

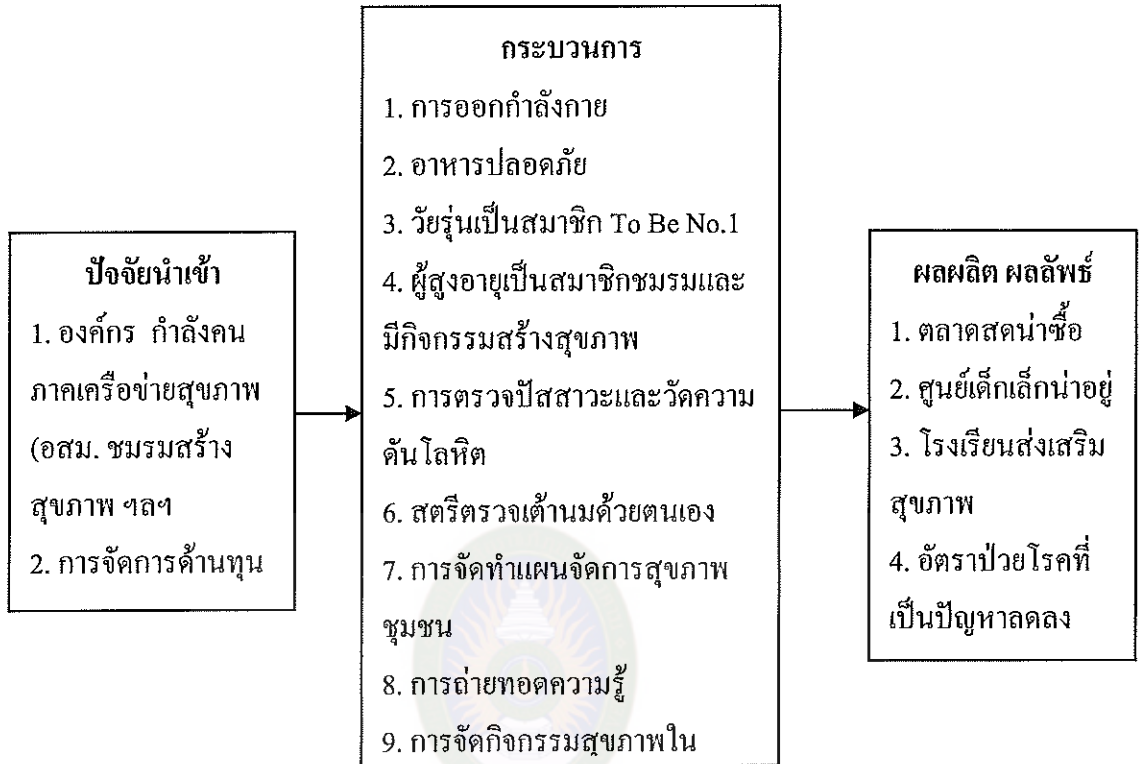
หรือองค์กรภายนอกทำได้เพียงร่วมมือกันอย่างจริงจังและต่อเนื่องในการสนับสนุน หรือ สร้าง กลไกปัจจัยที่เกื้อหนุนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุข มูลฐาน. 2545 : 13)

กระทรวงสาธารณสุข (2547 : 2) ได้กล่าวว่า การพัฒนาการจัดการสุขภาพ หรือระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นวิถีทางหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการสนับสนุน ส่งเสริมบทบาทภาคประชาชน ด้วยกระบวนการสร้างบทบาทของคนไทยให้ลุกขึ้นมาทำงาน ด้านสุขภาพและทำได้จริงโดยการสร้างกระบวนการให้เกิดปัจจัยที่เหมาะสม อันทำให้คนไทย แสดงบทบาทและมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ทั้ง มาตรการทางเทคนิคและมาตรการทางสังคมในการสร้างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และให้ความ ร่วมมือในการดำเนินการตามมาตรการทางสังคม

กระทรวงสาธารณสุข (2547 : 11-16) ได้กล่าวถึง การพัฒนาหมู่บ้านจัดการ สุขภาพไว้ว่า การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนและเป็นเป้าหมายสูงสุด ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ เป้าหมายของระบบสุขภาพและวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ซึ่งการที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น ประชาชน จะต้องสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการ สุขภาพได้อย่างแท้จริง โดยถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน เพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) และเป็นกระบวนการพัฒนาเพื่อให้เกิดหมู่บ้านจัดการ สุขภาพนั้น หากพิจารณาตามแนวคิดของกระบวนการบริหาร อาจแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 การพัฒนาปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ องค์กร กำลังคน ภาวดี เครื่องมือสุขภาพในชุมชน และการจัดการด้านทุนของชุมชน
2. ส่วนที่ 2 การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน (Process) ได้แก่ กระบวนการที่ชุมชนสามารถจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย อาหาร ปลอดภัย การส่งเสริมให้วัยรุ่นเป็นสมาชิก To Be Number One ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุและมีกิจกรรมการสร้างสุขภาพ การตรวจปีสสาวะ และวัดความดันโลหิต สตรีตรวจ เต้านมด้วยตนเอง การลด ละ เลิก บุหรี่ สุรา เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ โดย ชุมชนจะต้องมีการทำแผนการจัดการสุขภาพชุมชน การถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายและ การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชนของตนเอง
3. ส่วนที่ 3 การพัฒนาผลผลิตและผลลัพธ์ (Output and Outcome) ซึ่งเป็น ผลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการจัดกิจกรรมของชุมชน เช่น ตลาดสดนำซื้อ ศูนย์เด็กเล็กนำอยู่

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และลดอัตราป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนและของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข. 2547 : 18) ดังแผนภาพที่ 4



แผนภาพที่ 4 กระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพ  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข (2547 : 19-24) ได้มีแนวคิดตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 3 ประการ ดังนี้

1. คน เป็นองค์ประกอบหลักในการพัฒนา ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการที่คนในชุมชนรวมตัวกันช่วยกันคิด ช่วยกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความหลากหลายกันของสมาชิกทั้งความแตกต่างในเรื่องอาชีพ ฐานะ ความคิด เพศ คุณวุฒิ และวัยวุฒิ แต่มีจิตใจเป็นหนึ่งเดียวและมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การบรรลุถึงการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

2. องค์ความรู้ ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนนั้น จำเป็นต้องมีองค์ความรู้วิธีการเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และการดำรงชีวิตในการถ่ายทอดภูมิปัญญา

ตลอดจนประสบการณ์จากผู้ถ่ายทอด ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และการกระจายความรู้ ข้อมูลข่าวสารในชุมชน

3. ทู่น การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยทุนทั้งที่เป็นตัวเงิน และทุนทางสังคม รวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งทุนที่เป็นตัวเงินอาจมีความหมายในลักษณะ การเงินการคลังด้านสุขภาพ และการพัฒนาต่าง ๆ เพื่อจัดบริการในชุมชน ซึ่งแต่ละชุมชน สามารถแสวงหาแหล่งทุนต่าง ๆ เพื่อการบริหารจัดการให้เกิดผลกำไร และนำดอกผลนั้นมาใช้ ในการพัฒนาต่อไป ส่วนทุนทางสังคม คือ ทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรบุคคล ภูมิปัญญา สังคม วัฒนธรรม ประเพณี โดยมีกลไกของการจัดการเป็นจุดเชื่อมโยงในการปฏิบัติ การ ประสานในองค์กรประกอบทั้ง 3 นั้น เกิดการสมดุลเอื้อต่อการดำเนินการซึ่งกันและกัน โดยคน เป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนาและเป็นผู้ดำเนินการในขณะที่องค์ความรู้หรือวิธีการทำงาน เป็นเนื้อหาหรือบริบทของการพัฒนามีทุนเป็นวัตถุดิบที่จะทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ ต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน ตลอดจนสามารถป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้

เพื่อให้การดำเนินงานระบบสุขภาพประชาชนมีความต่อเนื่อง และเกิด ประสิทธิภาพมากที่สุด รูปแบบการวางยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน จึงเน้น การพัฒนาไปที้องค์ประกอบในเรื่องคน เป็นจุดมุ่งหมายหลัก บนหลักการและแนวคิดของการ สร้างคนและสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานการทำงานแบบมีส่วนร่วม

จากความหมายเกี่ยวกับกับการพัฒนาการจัดการสุขภาพ หรือระบบสุขภาพภาค ประชาชนดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า เป็นการพัฒนาสุขภาพของประชาชนสู่เป้าหมายของการมี สุขภาพดีภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคมโดยเน้นที่คน หรือสมาชิกของชุมชน ให้มีความรู้มีความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแลและบริหารจัดการให้เกิดสุขภาวะที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วย ตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และทรัพยากรที่จำเป็นจากรัฐ เอกชน และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ในการส่งเสริมสนับสนุนหรือสร้างกลไก ปัจจัยที่เกื้อหนุนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนที่จะทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ต่อเนื่อง และยั่งยืน ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน ตลอดจนสามารถป้องกันแก้ไขปัญหา สุขภาพที่เกิดขึ้นได้

### 3.2 การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข (2547 : 36 - 37) ได้กล่าวว่า การพัฒนาสุขภาพของประชาชนเพื่อไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดี ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคม โดยเน้นที่คนหรือสมาชิกของชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแลบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตัวเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และทรัพยากรที่จำเป็นจาก ภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง การจัดการสุขภาพหรือการสร้างสุขภาพจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริม ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพองค์กร กำลังคน ภาวการณ์เครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ อสม. ชมรมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำองค์กรชุมชนในหมู่บ้าน คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน เป็นต้น ให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน
2. การจัดการด้านทุน โดยส่งเสริมสนับสนุนให้มีการระดมทุน ทั้งจากภายในและภายนอกชุมชนเพื่อนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพของชุมชน โดยอาจจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพของหมู่บ้าน เป็นต้น
3. การจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน โดยชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้มีกระบวนการทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชน
4. การถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน โดยจัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตลอดจนการพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ของชุมชน
5. การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน

จากการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกิจกรรมการจัดการสุขภาพขึ้นในชุมชน เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาหรือการส่งเสริมกิจกรรมนั้น ๆ ตอบสนองต่อความต้องการและตรงตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่ ซึ่งมีตัวชี้วัด ดังนี้

1. มีองค์กร : มีองค์กรเจ้าภาพที่รับผิดชอบ หรือมีทีมที่รับผิดชอบดูแลจัดการด้านการพัฒนาสุขภาพที่ชัดเจน
2. มีทุน : มีเงินทุนหมุนเวียนสำหรับใช้ดำเนินงานด้านสุขภาพ



3. มีแผน : มีแผนพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้านหรือชุมชน
4. มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ คือ การสร้างสุขภาพ การรักษาพยาบาล  
เบื้องต้นการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน  
รวมทั้งมีแหล่งหรือสถานบริการอย่างชัดเจน
5. มีการจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ในชุมชน
6. การมีส่วนร่วมของประชาชน ภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
ในการพัฒนา

ดังนั้น การพัฒนาจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีกร  
วางแผน หรือกำหนดจุดมุ่งหมายและการปฏิบัติด้วยการปรับเปลี่ยนวิธีการ ที่มีความสอดคล้อง  
กับการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ และต้องอาศัยการตัดสินใจร่วมกันของกลุ่มสมาชิก

#### 4. องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ

##### 4.1 ความหมาย

สกุณา บุญนรากร (2551 : 2) ได้ศึกษาค้นคว้าหาความหมายของคำว่าสุขภาพ  
ดังนี้สุขภาพ มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษ โบราณ มีความหมายว่า ความปลอดภัย และทั้งหมด  
ของร่างกายองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ให้นิยามว่า สุขภาพ  
หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สามารถดำรงชีวิตอยู่ใน  
สังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้คำจำกัดความว่า สุขภาพ  
หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัย ไข้เจ็บ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อ  
สุขภาพพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง  
ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงการเป็นองค์  
รวมอย่างสมดุล

สุนทรา โทบัว (2549 : 1) กล่าวว่า สุขภาพคือสภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยง  
กันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยสภาวะคือ  
ความสุขและคุณค่าชีวิต ซึ่งจะมีความหมายลึกซึ้งถึงการมีร่างกาย แข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย  
ไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่พอเพียง มีจิตใจเบิกบาน มีปัญญาดี ไม่เครียด  
ไม่ถูกบีบบังคับ ครอบครัวยอบอุ้ม สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมปกติสุข มีความเสมอภาค  
และสมานฉันท์ ได้ทำความดี จิตใจเปี่ยมสุข มีศาสนธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวใจ มีความ  
เอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน สภาวะของการอยู่เย็นเป็นสุข นั่นเอง

ตำราเรียง แห่งกระโทก และชัยสิทธิ์ อาศิระวิชัย (2545 : 46) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพหรือสุขภาวะ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุขสมบูรณ์ อันเกิดจากการเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพไม่ได้หมายถึงเฉพาะความไม่มีโรคและการพิการเท่านั้น

จึงสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย มีจิตใจสบาย สงบ มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอในครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถดูแลสุขภาพกันเองได้ ดังนั้น สุขภาพจึงเป็นเรื่องของคนทุกคน ไม่ใช่เฉพาะเรื่องของหมอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือโรงพยาบาล ระบบสุขภาพที่ดีเกิดขึ้นจากการจัดการทั้งมวลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีรวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขด้วย

## 4.2 วิวัฒนาการการดูแลสุขภาพในประเทศไทย

พัฒนาการของการสาธารณสุขไทยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสถาบันพระมหากษัตริย์มาตั้งแต่ครั้งตั้งกรุงสุโขทัย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ของพระราชวงศ์จักรีกับการสาธารณสุข สามารถแบ่งได้เป็นยุค ๆ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2550 : 1-11) ดังนี้

### 4.2.1 ยุคฟื้นฟูวิทยาการแพทย์แผนไทย (พ.ศ. 2325 – พ.ศ. 2394)

#### 1) สมัยรัชกาลที่ 1 (ครองราชย์ พ.ศ. 2325 – พ.ศ. 2352)

พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดโพธารามหรือวัดโพธิ์ขึ้นเป็นพระอารามหลวงให้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ทรงให้รวบรวมและจารึกตำรายาและถ้ายัดคั่นไว้ตามศาลา สำหรับการจดหายาของราชการมีการจัดตั้งกรมหมอ โรงพระโอสถ คล้ายกับในสมัยอยุธยา หมอที่รับราชการ เรียกว่า หมอหลวง ส่วนหมอที่รักษาประชาชนทั่วไป เรียกว่า หมอราษฎร หรือหมอเฉลยศักดิ์

2) สมัยรัชกาลที่ 2 (ครองราชย์ พ.ศ. 2352 – พ.ศ. 2367) จัดให้มีกรมรวบรวมคัมภีร์แพทย์ที่กระจัดกระจายตามที่ต่าง ๆ แล้วให้กรมหมอหลวงคัดลอกจดเป็นตำราหลวงสำหรับ โรงพระโอสถ เพื่อประโยชน์ของประชาชน

#### 3) สมัยรัชกาลที่ 3 (ครองราชย์ พ.ศ. 2367 - พ.ศ. 2394) มีการจารึก

ตำราไว้บนแผ่นศิลาตามเสาระเบียงพระวิหารวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม โปรดเกล้าฯ ให้จารึกตำรายาไว้บนแผ่นหินอ่อน ประดับไว้ตามผนังโบสถ์และศาลาภายในบริเวณวัดมีตำรายาบอกสมุฏฐานของโรคและวิธีบำบัด ทรงให้นำสมุนไพรที่ใช้ในการปรุงยาที่หาได้ยากมาปลูกไว้เพื่อให้ราษฎรได้ศึกษาและนำไปใช้ในการรักษาตนโดยมิหวงห้ามไว้ในตระกูลใด นับได้ว่าเป็นมหาวิทยาลัยเปิดแห่งแรกในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2371 การแพทย์แผนตะวันตกเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการแพทย์และการสาธารณสุขของไทยโดยมีการดำเนินการควบคู่กันไปกับ การแพทย์แผนไทย ใน พ.ศ. 2378 นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) ที่ชาวบ้านเรียกว่า “หมอบรัดเลย์” นักเผยแพร่งานคริสต์ศาสนาชาวอเมริกัน เป็นผู้เริ่มมีการปลูกฝิ่นป้องกันไข้ทรพิษซึ่งได้ผลดี จนกระทั่งใน พ.ศ. 2381 ทรงโปรดให้หมอบรัดเลย์ไปเรียนวิธีปลูกฝิ่นจากหมอบรัดเลย์ เพื่อปลูกฝิ่นให้แก่ข้าราชการและประชาชน ในปี พ.ศ. 2392 นายแพทย์ซามูเอล เรย์โนลด์เฮ้าส์ (Samuel Reynolds House) เป็นหมอบรัดเลย์เผยแพร่งานศาสนาอเมริกัน เป็นผู้ให้นำยาสลบอีเธอร์มาใช้เป็นครั้งแรกในประเทศไทย

#### 4.2.2 ยุคบ้านเมืองเจริญรุ่งเรือง (สมัยรัชกาลที่ 4 ถึง 6)

1) สมัยรัชกาลที่ 4 (ครองราชย์ พ.ศ. 2394 – พ.ศ. 2411) การแพทย์ของประเทศไทยสมัยนี้แยกออกได้เป็นสองแผน คือ การแพทย์แผนโบราณและการแพทย์แผนปัจจุบัน มีแพทย์ชาวอเมริกัน 3 คน คือ หมอบรัดเลย์ หมอบเฮาส์และหมอบเลน เข้ามาอยู่ในประเทศไทยในช่วงเวลาหนึ่ง สำหรับหมอบเฮาส์ เป็นผู้ที่มีบทบาทในการควบคุมอหิวาตกโรคและรักษาคนไข้โดยการใช้ทิงเจอร์ผสมน้ำให้ดื่มซึ่งได้ผลดี

2) สมัยรัชกาลที่ 5 (ครองราชย์ พ.ศ. 2411 – พ.ศ. 2453) มีการก่อสร้างโรงพยาบาลศิริราช ในปี

พ.ศ. 2431 เพื่อเป็นอนุสรณ์แด่สมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ พระราชโอรสซึ่งสิ้นพระชนม์ลงเนื่องจากโรคบิด และต่อมาได้ทรงตั้ง กรมพยาบาล ขึ้นเพื่อดูแลกิจการศิริราชพยาบาลอยู่ในสังกัดกระทรวงธรรมการ

พ.ศ. 2432 สร้างโรงเรียนแพทยากรขึ้นที่ ศิริราชพยาบาล มีหลักสูตรการเรียนวิชาแพทย์แผนตะวันตกและแผนไทยร่วมด้วย และใน พ.ศ. 2438 ได้พิมพ์ตำรายาแพทย์สำหรับใช้ในโรงเรียนเล่มแรกคือ ตำรายาแพทยศาสตร์สงเคราะห์ซึ่งมีเนื้อหาทางการแพทย์แผนไทยและแผนตะวันตก

พ.ศ. 2439 การก่อตั้ง โรงเรียนนางผดุงครรภ์ขึ้นในบริเวณ โรงพยาบาลศิริราช

พ.ศ. 2440 จัดพิมพ์ตำราแพทย์เล่มใหม่ขึ้น โดยใช้ชื่อเดิมคือแพทยศาสตร์สงเคราะห์ แต่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแพทย์แผนตะวันตกเกือบทั้งสิ้น

พ.ศ. 2448 จัดการศุขาภิบาลเป็นการทดลองขึ้นที่ตำบลท่าฉลอม จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นแห่งแรก

3) สมัยรัชกาลที่ 6 (ครองราชย์ พ.ศ. 2453 ถึง พ.ศ. 2468)

พ.ศ. 2454 ทรงสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้ทุนทรัพย์ส่วนพระองค์ สมทบกับเงินทุนของสภาอุณาโลมแดง

พ.ศ. 2455 ทรงสถาปนาปาสตรูสภา เพื่อบำบัดโรคกลัวน้ำ และสร้างวชิรพยาบาล

พ.ศ. 2457 กระทรวงมหาดไทยให้จังหวัดต่าง ๆ มีสถานี่รักษาผู้ป่วย และจำหน่ายยา เรียกว่าโอสถสภาซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นสุขศาลา

พ.ศ. 2460 ตั้งโรงเรียนการแพทย์ทหารบก

พ.ศ. 2463 ก่อตั้งสถานเสาวภา

#### 5. ยุคการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน (พ.ศ. 2460-พ.ศ. 2472)

5.1 ยุคกำเนิดกระทรวงสาธารณสุขสมัยรัชกาลที่ 7 (ครองราชย์ พ.ศ. 2468 – พ.ศ. 2477) มีการออกกฎหมายดี แบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ กำหนดว่า ประเภทแผนปัจจุบัน คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิชา โดยสากลนิยมซึ่งดำเนินและเจริญขึ้น อาศัยการศึกษา ตรวจจับ และการทดลองของผู้รู้ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลกประเภทแผนโบราณ คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยความสังเกตความชำนาญ อันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราที่มีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปทางวิทยาศาสตร์

5.2 สมัยรัชกาลที่ 8 (ครองราชย์ พ.ศ. 2477 – พ.ศ. 2489) ในปี พ.ศ. 2485 มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข มีการศึกษาวิจัยสมุนไพรที่ใช้รักษาไข้มาลาเรียที่โรงพยาบาล สัตหีบ ระหว่าง พ.ศ. 2485 – 2486 โดยศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ และมีนโยบายให้โรงงานเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข นำสมุนไพรมาผลิตเป็นยารักษาโรค

5.3 สมัยรัชกาลที่ 9 (ครองราชย์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2489 จนถึงปัจจุบัน) พระราชกรณียกิจที่สำคัญเกี่ยวกับวงการสาธารณสุขไทย ได้แก่ โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ที่ทรงได้รับทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายเหรียญทองสุคติพระเกียรติคุณในการที่ทรง

พระราชทานแนวคิดและทิศทางในการเผยแพร่เกลือเสริม ไอโอดีนเพื่อควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน นอกจากนี้ยังทรงห่วงใยคนพิการ พระราชกรณียกิจที่สำคัญอื่น ๆ ได้แก่

5.3.1 โครงการก่อตั้งมูลนิธิอานันทมหิดล เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนผู้ที่ใฝ่ใจในการศึกษาให้มีโอกาสไปศึกษาวิชาการชั้นสูงในต่างประเทศ และเมื่อสำเร็จการศึกษากลับมาแล้วจะได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาประเทศต่อไป โดยเริ่มจากการทดลองดำเนินการก่อนด้วย ทุนอานันทมหิดล เมื่อ พ.ศ. 2498

5.3.2 โครงการก่อตั้งมูลนิธิราชประชาสมาสัย เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนและให้การศึกษแก่บุตรของผู้ป่วยโรคเรื้อน

5.3.3 การก่อตั้งมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อมอบรางวัลแก่บุคคลหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานและ/หรือวิจัยดีเด่นทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข อันก่อให้เกิดประโยชน์แก่นมนุษยชาติ โดยมีการให้รางวัลเป็นประจำทุก ๆ ปี ปีละ 2 รางวัล

5.3.4 มูลนิธิแพथ้อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นองค์กรที่รักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นทุรกันดาร

## 6. การสาธารณสุขมูลฐานกับการดูแลสุขภาพตนเอง

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เกิดขึ้นมาจากความพยายามของรัฐบาลทุกประเทศทั่วโลกที่จะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนทั้ง บุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ได้พิจารณาว่าการบริการสาธารณสุขจะครอบคลุมได้ ประชาชนต้องสามารถดำเนินการจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากประชาชนทราบถึงปัญหาตนเอง รวมทั้งทุกประเทศยอมรับหลักการที่ว่า การมีสุขภาพดีเป็นความต้องการพื้นฐาน โดยเน้นสิทธิมนุษยชนเบื้องต้นที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ ประเทศไทยนั้นเป็นประเทศหนึ่งที่ได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาสาธารณสุข โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2548 : 7-8 ; สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540 : 8) องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการสาธารณสุขมูลฐานไว้ดังนี้ คือเป็นลักษณะของบริการสุขภาพที่จำเป็นในระดับตำบลและหมู่บ้านหรือชุมชนในเขตเมือง ที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบจากระบบบริการสาธารณสุขปกติของรัฐ ด้วยการ

ผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพโดยประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงระดับที่สามารถดูแลตนเองได้และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชนของตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2540 : 3 ; กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. 2548 : 1-8 ; อ้างถึงใน WHO. 1978) ในปี พ.ศ. 2522 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้โครงการสาธารณสุขมูลฐานเป็นโครงการหนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ในปี พ.ศ. 2523 ได้มีการตกลงร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกกับสมาชิกทั่วโลก ในการที่จะสนับสนุนกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าขึ้นให้ได้ งานสาธารณสุขมูลฐานถูกกำหนดไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 ถึง 2524) ถึงฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 ถึง 2544) โดยมีเป้าหมายหลักของการสาธารณสุข คือ “สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543” โดยให้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่จะทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยไม่แบ่งชั้นวรรณะ ทุกคนทุกครอบครัวมีสิทธิเข้าร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และมีโอกาสเท่าเทียมกันที่จะเข้าถึงและได้รับประโยชน์และเข้าถึงบริการสุขภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวเชื่อมประสานการดำเนินงานระหว่างภาครัฐกับประชาชนในหมู่บ้าน รวมทั้งถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ประชาชน ซึ่งตรงกับหลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ประชาชนบริการประชาชน โดยมีปรัชญาการดำเนินงานดังนี้ (เขวดี สุวรรณาคะ. 2543 : 16)

1. ความเท่าเทียมและความยุติธรรม (Equity and Justice) เป็นแนวคิดที่ชี้ให้เห็นว่าสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จะต้องได้รับอย่างเท่าเทียมกัน เป็นความพยายามที่จะลดช่องว่างระหว่างคนและชุมชนที่มีความแตกต่างกันในด้านการได้รับผลประโยชน์หรือการเข้าถึงบริการ
2. การพึ่งพาตนเองของบุคคลและชุมชน (Individual and Community SelfReliance) เป็นแนวคิดที่ต้องการแก้ปัญหาการผูกขาดการบริการทางด้านสาธารณสุขทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน โดยเน้นการพัฒนาการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการดำเนินการ



3. การสาธารณสุขมูลฐาน คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพภาคประชาชน โดเน้นการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ซึ่งมีองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element Primary Health Care) ที่สำคัญมีทั้งสิ้น 14 กิจกรรม (NEWSITEMMDECAA) (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. 2548 : 8-14 ; เยาวดี สุวรรณาคะ. 2543 : 18-19) ดังนี้

1. การโภชนาการ (Nutrition : N)
2. การให้สุศึกษา (Education For Health : E)
3. การจัดหาสะอาดและสุขาภิบาล (Water Supply and Sanitation : W)
4. การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น (Surveillance For Local Disease Control : S)
5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization : I)
6. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Simple Treatment : T)
7. การจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน (Essential Drugs : E)
8. การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว (Maternal and Child Health and Family Planning : M)
9. การดูแลสุขภาพจิต (Mental Health : M)
10. การทันตสาธารณสุข (Dental Health : D)
11. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย (Environmental Health : E)
12. การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection : C)
13. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ (Accident and Rehabilitation : A)
14. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS : A)

กลวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีที่จะเสริมระบบบริการสาธารณสุข ที่มีอยู่เดิมให้สามารถดำเนินการตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงสามารถพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนให้บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ตามเป้าหมายและเหมาะสมกับวัฒนธรรม วิถีชีวิต และสภาพสังคมของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งกลวิธีในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญมีอยู่ 4 ประการ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2552 : 14-15 ; กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.

2548 : 14-16 ;สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2540 : 4 ; เยาวดี สุวรรณาคะ.  
2543 : 19-20) ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation : PP or Community Participation : CP or Community Involvement : CI) คือ การส่งเสริมให้บุคคลและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพและร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการในชุมชน โดยอาศัยหลักความร่วมมือ 3 ก คือ กำลังคน กองทุน และกรรมการ และต้องอาศัยแกนนำต่าง ๆ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำครอบครัวสื่อสารมวลชน เป็นต้น

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology : AT) เป็นการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีทางด้านสาธารณสุข หรือมีการประยุกต์กิจกรรม ด้านความรู้ทักษะ การคิดค้น การประดิษฐ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์สื่อ ที่ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีราคาถูก หาใช้ได้ง่ายและมีคุณภาพ มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้โดยสอดคล้องกับชีวิตประจำวันมาสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชน และท้องถิ่นนั้น ๆ

3. การปรับระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการสาธารณสุขมูลฐาน (Basic Health Service : BHS) เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมของรัฐนั้น จะต้องปรับรูปแบบและวิธีการ ให้สามารถรองรับและเชื่อมต่อกับระบบงานสาธารณสุขมูลฐานให้ได้เพื่อสามารถส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่ให้เกิดความยุ่งยากซ้ำซ้อน และสามารถดำเนินการพัฒนาไปในแนวทางเดียวกันได้

4. การผสมผสานกับงานกระทรวงอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration : IC) คือ การประสานเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานให้สอดคล้องและส่งเสริมการดำเนินงานตามกลวิธีของงานสาธารณสุขมูลฐาน องค์กรหรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนองค์กรภาคเอกชน หน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอุตสาหกรรมกระทรวงพาณิชย์ และองค์กรอื่น ๆ ที่สำคัญได้แก่

4.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล, อบจ.) (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. 2548 : 1-6)

4.2 ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้นำที่มาจากการแต่งตั้ง เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือกรรมการหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน หรือผู้ทรงคุณวุฒิ

- 4.3 เครือข่ายองค์กรเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ
- 4.4 บุคลากรของรัฐที่อยู่ในพื้นที่
- 4.5 ประชาชนหรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
- 4.6 อาสาสมัครสาธารณสุข

## 7. หลักการสุขภาพีบาลสิ่งแวดล้อม

ความหมายของการอนามัยสิ่งแวดล้อม (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา. 2552 : 1-33) การสุขภาพีบาล การสุขภาพีบาลสิ่งแวดล้อม อนามัยสิ่งแวดล้อม “สุขภาพีบาล” มาจากคำว่า สุข + อภิบาล ซึ่ง “สุข” นั้นมีความหมายว่า “สบาย” อภิบาลมีความหมายว่า “บำรุงรักษา” สุขภาพีบาลหมายถึงการระวังรักษา เพื่อความสุขปราศจากโรค การสุขภาพีบาลสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทั้งหมดของมนุษย์ที่กระทำหรืออาจกระทำให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาการทางด้านสุขภาพร่างกายและการมีชีวิตอยู่รอดของมนุษย์ อนามัยสิ่งแวดล้อม สภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวมนุษย์ ซึ่งมีทั้งสิ่งมีชีวิตและสิ่งที่ไม่มีชีวิต ทั้งที่เป็นรูปธรรมซึ่งจับต้องได้มองเห็นได้ อาจแบ่งได้เป็น “สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ” เช่น ดิน น้ำ อากาศ แร่ธาตุ รวมถึง มนุษย์ด้วยกัน สัตว์ ต้นไม้ ฯลฯ และ “สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น” เช่น อาคารบ้านเรือน ยานพาหนะ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น วัฒนธรรมประเพณี สิ่งแวดล้อมทางสังคมการเมือง ฯลฯ ดังนั้น อนามัยสิ่งแวดล้อม จึงหมายถึง “ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพอนามัยของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์” ขอบเขตของงานอนามัยสิ่งแวดล้อมมีดังนี้

1. การจัดหาสะอาด น้ำประปา
2. การควบคุมมลพิษทางน้ำ การควบคุมมลพิษทางน้ำ หมายถึง การที่ต้องป้องกันควบคุมรักษาแหล่งน้ำต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ห้วย หนอง คลองบึง แม่น้ำต่าง ๆ ตลอดจนน้ำใต้ดิน ไม่ให้คุณภาพเสื่อมโทรมลงจนเกิดเป็นมลพิษ และเกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์
3. การจัดการเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและของเสียที่มีลักษณะเป็นของแข็งการจัดการนี้รวมถึงการเก็บ การขนถ่ายและการกำจัดที่ถูกหลักสุขภาพีบาล ของเสียในลักษณะดังกล่าวข้างต้น เพราะเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคและพาหะนำโรค

4. การควบคุมสัตว์อาร์โทรพอดและสัตว์ทะเล สัตว์อาร์โทรพอดและสัตว์ทะเลต่างเป็นพาหะนำโรคร้ายแรงหลายอย่างมาสู่คน และยังเป็นต้นเหตุทำให้เกิดเหตุน้ำกัดและทำลายทรัพย์สิน โรคสำคัญๆ ที่เห็นได้ชัด เช่น อหิวาต์ตกโรค ไข้มาลาเรีย เป็นต้น

5. มลพิษของดิน มักจะเกิดขึ้นจากการทิ้งสิ่งสกปรกต่าง ๆ ลงสู่พื้นดินไม่ว่าจะเป็นในลักษณะของขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล น้ำเน่าเสีย ของทิ้งจากโรงงานอุตสาหกรรมทำให้เกิดความสกปรกบนพื้นดิน

6. การสุขาภิบาลอาหาร การสุขาภิบาลอาหารมีความจำเป็นในหลาย ๆ ส่วน เช่น วัตถุประสงค์ที่ใช้ปรุงอาหาร การปรุงอาหาร การเก็บรักษา ผู้สัมผัสอาหารและอื่น ๆ

7. การควบคุมมลพิษทางอากาศ เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมไม่ให้มีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่อากาศในปริมาณมากจนก่อให้เกิดเป็นพิษภัยต่อมนุษย์ สัตว์พืช

8. การป้องกันอันตรายจากรังสี ได้แก่รังสีที่นำใช้ทางการแพทย์ การแพทย์ เป็นต้น

9. อาชีวอนามัย เป็นการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ตีเหมาะสม ตลอดจนการดูแลป้องกันรักษาสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพและอื่น ๆ

10. การควบคุมมลพิษทางเสียง เพื่อมิให้เกิดมีเสียงดังมาก หรือเกิดเสียงดังเป็นเวลายาวนาน จนเกิดเป็นของเสียต่อสุขภาพอนามัย

11. ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การจัดให้ที่อยู่อาศัยและจัดสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้ถูกสุขลักษณะอันทำให้มีสุขภาพทางกาย และสุขภาพจิตดี

12. การวางผังเมือง เพื่อให้เกิดความถูกต้องเป็นสัดส่วน เช่น ย่านธุรกิจ ย่านอุตสาหกรรม ย่านที่พักอาศัย เป็นต้น

13. งานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการคมนาคม

14. การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ

15. การสุขาภิบาลของสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เพื่อให้มีคุณลักษณะและคุณภาพที่เหมาะสม ไม่เป็นแหล่งเสื่อมโทรมหรือเป็นแหล่งแพร่กระจายโรค

16. การดำเนินงานสุขาภิบาลเมื่อเกิดโรคระบาด เหตุฉุกเฉิน ภัยพิบัติ และการอพยพย้ายถิ่นของประชากร

8. การจัดบริการสาธารณสุขในยุคปัจจุบันนี้ (พ.ศ. 2515-ปัจจุบัน) การสาธารณสุขในปัจจุบันเป็นการสาธารณสุขในลักษณะที่เป็นการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Health as Integrated Health) ลักษณะการผสมผสานของบริการสาธารณสุขเป็นการผสมผสาน

ระหว่างการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพด้วย กล่าวคือในช่วงอดีตที่ผ่านมา ทิศทางการสาธารณสุขของประเทศไทย ได้เน้นด้านการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2515 และปี 2517 ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวนี้ ลักษณะการผสมผสานงานด้านป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลนั้นจะมีลักษณะเด่นชัดมาก โดยได้ปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาสาธารณสุขตั้งแต่ฉบับที่ 4 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 นั้น ได้มีการเน้นหนักในกลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีกิจกรรมสาธารณสุขที่ผสมผสาน การจัดการสุขภาพโดยการรวมให้หลาย ๆ กระทรวง ร่วมในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพประชาชน มีมาก่อนที่จะมีการกระจายอำนาจแล้ว โดยมีการทำงานประสานด้วยการทำงานของ 4 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงสาธารณสุข โดยพนักงำล้งร่วมกันในการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ)

พกา เศรษฐจันทร, กุลยา ตันติผลาชีวะ และเฟื่องฟ้า นรพัลลภ (2529 : 230-231) ได้กล่าวไว้ว่าความจำเป็นพื้นฐาน หรือเรียกกันสั้น ๆ ว่า “จปฐ” หมายถึง ความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตของคนไทย เป็นเครื่องช่วยชี้ให้เห็นว่า มีสิ่งใดบ้างที่จำเป็นแก่การครองชีพพื้นฐานของบุคคล และความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ตรวจสอบความขาดแคลนความต้องการของชุมชน ทำให้สามารถวางแผนพัฒนาได้ตรงเป้าหมาย และระดมทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์เต็มที่ ความจำเป็นพื้นฐาน 8 ประการได้แก่

1. ประชาชนในครอบครัวได้กินอาหารถูกสุขลักษณะและเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย
2. ประชาชนในครอบครัวมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพ
4. ประชาชนมีความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
5. ประชาชนมีการผลิตและจัดหาอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ
6. ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตร ได้ตาม ต้องการ
7. ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาความเป็นอยู่ และกำหนดวิถีชีวิตของชุมชนของตน

8. ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้นซึ่งความจำเป็นพื้นฐานที่กล่าวมาทั้ง 8 ประการ ก็มีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องบริการ สาธารณะให้แก่ประชาชน โดยมีการดูแลชีวิตและทรัพย์สิน การคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีการ ดูแลแบบองค์รวม คือการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม

จากความเป็นมาของการดูแลสุขภาพที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณ จนถึงการ เปลี่ยนแปลงด้านการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังพบว่า ใน ปัจจุบันการดูแลสุขภาพยังเป็นเรื่องของสถานีนอนามัย ซึ่งสถานีนอนามัยยังคงมีภาระงานเกี่ยวกับ ตรวจรักษาพยาบาลขั้นต้นการฝากครรภ์ การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ฉีดวัคซีนเด็ก การดูแลโภชนาการเด็กงานอนามัยโรงเรียน ตรวจสุขภาพเบื้องต้นสำหรับนักเรียน คัดกรอง ภาวะผิดปกติต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต คัดกรองมะเร็งปากมดลูก สำหรับหญิงวัย เจริญพันธุ์ การดูแลผู้พิการการดูแลวัยทำงาน การดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสุขภาพเบื้องต้น งานฟื้นฟู สมรรถภาพ และอีกมากมายภาระหน้าที่ เป็นสถานที่ดูแลประชาชนด้านสุขภาพที่ดูแล ประชาชนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เกิด จนตายกิจกรรมหลักที่ให้บริการในสถานีนอนามัย ได้แก่บริการ ด้านการรักษาพยาบาล ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเบื้องต้น โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่าน การอบรมหลักสูตร เวชปฏิบัติทั่วไปนอกจากนี้ยังทำการคัดกรองผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง และให้ คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อส่งเสริมการ ดูแลตนเองและครอบครัว ในส่วนของบริการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการคลินิกเด็กดี คลินิก วางแผนครอบครัว ตรวจสุขภาพและให้คำปรึกษาในด้านการบริการทันตกรรมก็มีการส่งเสริม และป้องกันในคลินิกเด็กดี ซึ่งทำในวันที่ฉีดวัคซีนให้แก่เด็ก มีการตรวจชั้นสูตร เช่น ตรวจ ความเข้มข้นของเลือด กรุ๊ปเลือด การตรวจหาน้ำตาลในเลือด มีบริการฉุกเฉิน เช่น ฉีดยา ทำแผล และบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โดยอาสาสมัครนวดแผนไทย ที่ผ่านการฝึกอบรม ให้บริการทุกวันเวลาราชการ และยังมีสมุนไพรจำหน่ายอีกด้วยโดยฝ่ายองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นยังเป็นเพียงการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานหรือหากร้องขอให้ช่วยเหลือ ก็จะมาช่วยเหลือเป็นครั้งคราว เช่น กิจกรรมการรณรงค์ในเรื่องเฝ้าระวังควบคุมโรค สถานี นอนามัย (Primary Care Center) คือสถานบริการทางสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้ กระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ ประชาชนในเขตรับผิดชอบตั้งแต่เกิดจนตาย เดิมเรียกว่า สุขศาลา มาเปลี่ยนเป็นสถานีนอนามัย



และปัจจุบันเปลี่ยนเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนในบางตำบล หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีอนามัยที่มีประสิทธิภาพสรุปได้ดังนี้คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้สูงอายุประจวบเหมาะ มิตร ก่อให้เกิดความอุ่นใจ และวางใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีก่อให้เกิดความเชื่อใจที่ผู้สูงอายุมีต่อ ผู้ให้บริการเพราะ โดยธรรมชาติของผู้สูงอายุ รู้สึกว่า ตนเองเป็นภาระแก่ครอบครัวบุตรหลาน กิจกรรมสำคัญคือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจให้เกิดขึ้น
2. ควรหาหนทางในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ให้การดูแล เชิงรุกและเชิงรับควบคู่กันไป จะทำให้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย
3. การสร้างความพึงพอใจให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อใจ สบายใจ วิธีการ ในการทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจคือ ในการดูแลด้านการบริการแก่ผู้สูงอายุ ควรให้เวลาที่ พอเหมาะ ไม่เร่งรีบ เพราะผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้าไม่คล่องตัว ต้องไม่แสดงอาการรำคาญ หรือรังเกียจไม่ว่าทางสีหน้า ท่าทาง หรือด้วยวาจา ติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านทั้งในภาวะปกติ และเจ็บป่วย จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและมีความพึงพอใจอย่างมาก ส่งผลให้ ผู้สูงอายุไว้วางใจเชื่อใจในที่สุด
4. การดูแลสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุ ทั้งในภาวะปกติ และในภาวะเจ็บป่วย โดย ในภาวะปกติควรให้คำแนะนำในด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เช่นการตรวจคัดกรองโรคนอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ เช่นการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มกิจกรรมรูปแบบอื่น ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ เจ็บป่วยควรให้การรักษาทันทีทั้งทางร่างกาย และจิตใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาที่บ้าน คือการ ดูแลที่บ้าน (Home Care) เพื่อติดตามการรักษาป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นการให้ ความรู้ด้านสุขภาพ
5. การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุแต่ละคนมีลักษณะของการ แก้ปัญหาแตกต่างกัน บางคนต้องใช้การพูดคุยส่วนตัว บางคนใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้สูงอายุ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระบายความในใจซึ่งกันและกัน และการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดู สาเหตุและปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ มุ่งสร้างความร่วมมือครอบครัวเครือญาติในการ ร่วมกันดูแลและแก้ปัญหาด้านจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุ

6. การดูแลด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุ ด้วยการจัดกลุ่มกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เช่น การรวมกลุ่มผลิตงานฝีมือของผู้สูงอายุเอง หรือการนวดแผนไทย โดยผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าช่วยลดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เจ้าหน้าที่สถานีนามัยควรประสานงานร่วมมือกับองค์กรชุมชนอื่นรวมทั้งกระตุ้นให้ชุมชนตระหนัก และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

7. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ช่วยสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมการดูแลที่บ้านควรเปิดโอกาสให้ครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนร่วมวัย ได้ร่วมฟังปัญหา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

8. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นการดูแลในสี่มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีการบริการแบบต่อเนื่อง รวมทั้ง ดูแลป้องกัน ส่งเสริม ด้านสุขภาพไปพร้อม ๆ กัน ทั้งสี่มิติ ในเวลาเดียวกันที่เกิดจากการประสานความร่วมมือจากครอบครัว และชุมชน และจากการศึกษาของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2539 : 29) เรื่องสถานีนามัยต้องทำงานบนพื้นฐานความจริงเพื่อการดูแลด้านสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพผสมผสานการใช้ภูมิปัญญาสมัยใหม่เข้ากับภูมิปัญญาพื้นบ้านอย่างเหมาะสมเจ้าหน้าที่สถานีนามัยต้องทำงานร่วมกับชุมชนและองค์กรต่างๆ อย่างใกล้ชิด ดังนั้นสถานีนามัยจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เชิงรุกที่เกิดจากการประสานความร่วมมือจากตัวผู้สูงอายุครอบครัวและชุมชน มีจุดมุ่งหมายคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและยังพบว่าการปฏิบัติงานของสถานีนามัยในชุมชน มีการแบ่งหมู่บ้านรับผิดชอบ โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบหมู่บ้านจะออกปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบทุกงานเช่น การตรวจคัดกรองและป้องกันโรค งานอนามัยโรงเรียน การออกเยี่ยมในกลุ่มเสี่ยง ถ้างานใดต้องใช้คนช่วยเหลือเจ้าหน้าที่คนอื่นจะช่วยเหลือซึ่งกันและกันกลุ่มที่ออกเยี่ยม คือหญิงก่อนคลอดและหลังคลอด การติดตามผู้ป่วยรับยาวันโรค โรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาตเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยจิตเวชที่ส่งต่อมาให้ติดตามเยี่ยม โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในแต่ละหมู่บ้านเป็นผู้ติดตามเยี่ยม โดยออกเยี่ยมช่วงบ่ายในวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 13.00 – 16.30 น. นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ยังออกให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัวตามแผนงาน โครงการ เป้าหมายในการเยี่ยมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อครอบครัวต่อปี โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการซึ่งมีกระบวนการในการทำงาน ดังนี้

1. การสำรวจครอบครัวและชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหมู่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำรวจครอบครัวด้วยเพิ่มครอบครัวเพื่อทำความรู้จัก สร้างสัมพันธ์ภาพทำให้รู้ถึงสภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ระบุกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย พิจารณ์ ค่อยโอกาสมีการจัดทำแผนที่หมู่บ้านผังเครือญาติกิจกรรมต่าง ๆ หรือกลุ่มอาชีพในชุมชน โครงสร้างขององค์กรชุมชน

2. นำข้อมูลจากการสำรวจมาจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้บริการ และเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง เช่นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง ผู้ป่วยพิการ

3. คัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง ในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมะเร็งเต้านม ในกลุ่มสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

4. ประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการรณรงค์ต่าง ๆ ของสถานบริการ เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก การเปิดบริการแพทย์แผนไทย การรณรงค์สำรวจลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์ เป็นต้น

จากการสำรวจชุมชน ทำให้รู้จักชุมชนมากขึ้นเกิดสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนและนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการปฏิบัติงาน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือของชุมชน ที่จะแก้ไขปัญหาของชุมชนตนเองนอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านจะเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การล้างแผลได้เอง การฉีดยาเบาหวานได้เองปัจจุบันมีองค์ประกอบของการบริการสุขภาพที่สำคัญ 4 องค์ประกอบตามรายละเอียด คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้มีร่างกายแข็งแรงเจริญเติบโตปราศจากโรคภัย ซึ่งบริการนี้เป็นบริการแก่ประชาชนทุกเพศทุกวัยตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดาจนถึงวัยชรา การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1.1 การวางแผนครอบครัว เป็นบริการวางแผนครอบครัว สำหรับกลุ่มเป้าหมายวัยเจริญพันธุ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับวางแผนครอบครัว มีการบริการวางแผนครอบครัวเคลื่อนที่ โดยมุ่งเน้นการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร เพื่อลดการเพิ่มของประชากรตามนโยบายและยังเป็นการลดอัตราตายของแม่และทารก ตลอดจนช่วยส่งเสริมสุขภาพอนามัยของแม่และลูกด้วยการจัดบริการควบคู่ไปกับการอนามัยแม่และเด็ก

1.2 อนามัยแม่และเด็ก เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพหญิงในระยะตั้งครรภ์ หลังคลอดทารกตลอดจนเด็กวัยก่อนเรียนให้มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยให้บริการอนามัยแม่และเด็กอย่างเพียงพอ การให้ความรู้แก่หญิงในระยะตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตนและมีการเตรียมตัว

ทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด ให้บริการทำคลอดที่ปลอดภัย ให้ความรู้มารดาเกี่ยวกับการ  
 บริบาลทารกและเด็กวัยก่อนเรียน ในเรื่อง โภชนาการและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การ  
 บริการอนามัยแม่และเด็กที่มีคุณภาพและทั่วถึง จะเป็นการลดอัตราการตายของมารดาและทารก

1.5 การโภชนาการ การจัดบริการด้านโภชนาการก็เพื่อต้องการให้  
 ประชาชนได้บริโภคอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดย  
 การจัดให้มีโครงการต่าง ๆ ขึ้น เพื่อลดปัญหาทุพโภชนาการอันเนื่องมาจากความบกพร่องทาง  
 โภชนาการในวัยทารกและวัยก่อนเรียน หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร จัดให้มีโภชนศึกษาแก่  
 กลุ่มเป้าหมายจัดตั้งศูนย์โภชนาการ จัดระบบเฝ้าระวังและติดตาม

1.6 การอนามัยโรงเรียน เป็นบริการที่ส่งเสริมป้องกันและแก้ไขสุขภาพ  
 เด็กวัยเรียนให้อยู่ในสภาพปกติ ปราศจากโรคอันเป็นอุปสรรคในการศึกษาเล่าเรียนและ  
 เจริญเติบโตตามวัย เป็นการปลูกฝังความรู้ ทักษะจิตด้านสุขภาพและมีสุขปฏิบัติที่ดี หลักการ  
 อนามัยโรงเรียนประกอบด้วยบริการอนามัยโรงเรียน (School Health Service) สุขศึกษาใน  
 โรงเรียน (School Health Education) อนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน (Healthful School Living)

1.7 การทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตกรรมในสถานบริการของรัฐ  
 และเอกชนเพื่อลดความป่วยและยึดอายุฟัน ให้บริการทันตกรรมป้องกัน โดยใช้น้ำยาฟลูออไรด์  
 อมบ้วนปาก ในโรงเรียนประถมศึกษาการให้ทันตสุขศึกษา โดยกำหนดหลักสูตรใน โรงเรียน  
 ระดับประถมศึกษา การสอนทันตสุขศึกษาแก่นักเรียน ฝึกหัดครูทั่วประเทศให้ทันตกรรม  
 สุขศึกษาแก่ประชาชนโดยผ่านสื่อมวลชน

1.8 การสุขศึกษา สุขศึกษาเป็นงานที่สนับสนุนการสาธารณสุขอื่นเพื่อ  
 แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น โภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว  
 การควบคุมโรคติดต่อต่าง ๆ การปรับปรุงสุขภาพเป็นต้น การสุขศึกษาครอบคลุมงาน  
 สาธารณสุข 3 ด้าน คือ สุขศึกษาในชุมชน สุขศึกษาในโรงเรียน และสุขศึกษาในสถานบริการ  
 สาธารณสุข

1.9 การส่งเสริมสุขภาพจิต โดยให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยโรค  
 จิตเวชได้มีโอกาสได้รับบริการทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสังคม อันจะเป็นผลให้สามารถ  
 ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข เพื่อป้องกันควบคุมแก้ไขปัญหาทางจิต โรคทางจิตเวช  
 โรงพยาบาลประสาทและปัญหาที่เกี่ยวข้องทางสังคมจิตวิทยา เช่น อาชญากรรม รวมทั้งการ  
 ตัดหญ้าและสารเสพติด

## 9. การป้องกันและควบคุมโรค

9.1 การป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ โดยการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยผู้ใหญ่

9.2 การปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหาน้ำสะอาดสำหรับประชาชนบริโภค การจัดสุขาภิบาลอาหาร การกำจัดของเสียและพาหะนำโรค การบริการอนามัยเพื่อป้องกันโรคภัยอันเกิดจากการประกอบอาชีพ เช่น อุบัติเหตุ การติดเชื้อ สารพิษต่าง ๆ เป็นต้น

9.3 การเฝ้าระวังโรค ได้แก่ รายงานการเกิดโรค รวบรวมวัตถุส่งตรวจหาเชื้อ ติดตามสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรค รายงานโรคและสถานการณ์ของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่ระบาดทั้งในและนอกประเทศอย่างสม่ำเสมอ

## 10. การรักษาพยาบาล

10.1 จัดบริการในการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมประชากรทั้งในเขตเมืองและชนบทโดยให้บริการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยในและนอกสถานบริการ โดยจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับศูนย์

10.2 การจัดให้มีระบบการรับ ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการรักษาให้ถูกต้องทุกระดับ การให้บริการซึ่งเป็นวิธีการประสานในด้านการรักษาพยาบาลให้ดีขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ส่งต่อทุกระดับมีโอกาสศึกษาการตรวจวินิจฉัยและการรักษา และผลการรักษาของผู้ป่วยที่ส่งมาต่อไปได้ ตามสมควร

## 11. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและผู้พิการ

11.1 การจัดบริการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังจากการเจ็บป่วย เพื่อให้ร่างกายได้กลับสู่สภาพปกติอย่างเดิม จัดบริการกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่ร่างกายได้รับผลเนื่องจากการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยโรค โปลิโอ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทำให้บางส่วนของร่างกายพิการ

11.2 การฟื้นฟูสภาพทางจิตใจ ผู้ป่วยหรือผู้มีสุขภาพจิตเสื่อมอันเนื่องมาจากเจ็บป่วยก็ติหรือสุขภาพจิตเสื่อมด้วยเหตุอื่น ๆ ก็ติ ต้องจัดให้มีบริการสำหรับช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพจิตให้อยู่ในภาวะปกติ จัดให้มีบริการแนะนำปรึกษาสำหรับผู้ที่มิปัญหาการเจ็บป่วยและสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง (ประยงค์ เต็มชวลา. 2540 : 36-37)

สรุปได้ว่า ก่อนหน้าที่จะมีการกระจายอำนาจ ก็ได้มีการดำเนินการในเรื่องของการจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมจากภาครัฐโดยมีการตั้ง 4 กระทรวงมาร่วมดำเนินการใน

รูปของการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์และกระทรวงสาธารณสุข โดยผนึกกำลังร่วมกันในการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน หรือเรียกกันสั้น ๆ ว่า “จปฐ” ก็คือการสำรวจความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตของคนไทย เป็นเครื่องช่วยชี้ให้เห็นว่า มีสิ่งใดบ้างที่จำเป็นแก่การครองชีพพื้นฐานของบุคคล และความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ตรวจสอบความขาดแคลนความต้องการของชุมชน ทำให้สามารถวางแผนพัฒนาได้ตรงเป้าหมาย และระดมทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์เต็มที่ แต่การจัดการสุขภาพก็ยังเป็นเรื่องของหน่วยงานสาธารณสุข ตั้งแต่โรงพยาบาล สถานีอนามัย โดยภาคประชาชนก็มีอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยในการดำเนินงานประกอบไปด้วย งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่รับทราบเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเข้าใจว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีหน้าที่ในการสนับสนุนงบประมาณให้แก่สถานีอนามัยเท่านั้น

## แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

### 1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

องค์การจะบรรลุถึงความสำเร็จตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความร่วมมือ ร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน การให้ความร่วมมือในการทำงานอย่างสมานฉันท์นั้น จะบังเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้บริหารองค์การเข้าใจถึงความต้องการของมนุษย์ และสามารถเลือกใช้วิธีการจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจและเกิดความรู้สึกที่จะอุทิศตนเพื่องาน ได้ถูกต้อง ซึ่งการจูงใจนี้มีผลอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์การ โดยเป็นที่ยอมรับกันว่าผลการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจเป็นแนวทางในการศึกษา ดังจะเสนอตามลำดับต่อไปนี้

#### ความหมายของแรงจูงใจ

ธงชัย สันติวงษ์ (2538 : 23) กล่าวว่า แรงจูงใจ หมายถึง จุดของทัศนคติที่มีอยู่ในตัวบุคคลนั้นที่ใช้สำหรับปฏิบัติต่อกรณีต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายและทิศทางที่แน่นอน เป็นสิ่งที่มีอยู่ภายในที่มีแรงผลักดันและมีทิศทางที่ใช้กำกับพฤติกรรมของมนุษย์ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ และคณะ (2539 : 28) สรุปไว้ว่า แรงจูงใจ เป็นปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้บุคคลใช้พลังงานไปเพื่อจุดมุ่งหมายที่ปรารถนา ซึ่งผู้บริหารสามารถนำไป



ประยุกต์ใช้ เพื่อจูงใจและสร้างความพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้ เมื่อบุคคลมีความพอใจในการทำงาน และเต็มใจอุทิศเวลา แรงกายและความคิดของตนเอง เพื่อสนองความต้องการของหน่วยงานหรือองค์กร

ปิยธิดา ตรีเดช (2540 : 99) ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ (Motive) หมายถึง แรงหนุนหรือความเครียดที่จะปฏิบัติไปในทิศทางที่กำหนดไว้ หรือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

กาญจนา วสุริริกุล (2540 : 20) ได้ให้ความหมายของการจูงใจไว้ว่า การจูงใจ คือ การกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจในการทำงานทั้งทางบวกและทางลบ การใช้สิ่งจูงใจแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์ การศึกษาถึงธรรมชาติและ ความต้องการของมนุษย์จะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ผู้บริหารสามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ทองใบ สุคชาลี (2543 : 194) สรุปความหมายของแรงจูงใจว่า เป็นวิธีการที่จะทำใ้บุคคลหนึ่งบุคคลใด ได้พยายามในการทำงานใ้บรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคล

สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ (2542 : 37) ได้สรุปว่า ปัจจัยจูงใจ หมายถึง สิ่งจูงใจที่ทำให้เกิดความพอใจในงานที่ปฏิบัติ ตั้งใจทำงานโดยใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อให้ งานประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ความสำเร็จของงาน ความนับถือยกย่อง ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้าทีกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพอใจในการปฏิบัติงาน แสดงพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

จากความหมายของ “แรงจูงใจ” ดังกล่าว สรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งที่ผลักดันใ้บุคคลตื่นตัวและแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน เกิดความคาดหวังจาก ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน มนุษย์มีแรงผลักดันบางอย่างที่ทำให้มีการแสดง พฤติกรรมออกมาเพื่อตอบสนองแรงผลักดันที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อหิวน้ำก็ต้องการน้ำมาดื่ม เพราะ มีแรงผลักดัน คือความกระหาย ซึ่งเป็นความต้องการของร่างกายและเป็นแรงผลักดันตาม ธรรมชาติเพื่อความอยู่รอด ดังนั้น ถ้าบุคคลใดสามารถสร้างแรงผลักดันให้เกิดขึ้นกับบุคคลอื่น ได้ก็เท่ากับเป็นการสร้างพฤติกรรมให้เกิดขึ้นด้วย และถ้าต้องการใ้มนุษย์แสดงพฤติกรรม แบบใดก็ตาม ก็ต้องสร้างแรงผลักดันที่เป็นต้นเหตุแห่งพฤติกรรมนั้น จากหลักการนี้ทำให้ มนุษย์เริ่มรู้จักการสร้างแรงผลักดันใ้คนอื่นทำในสิ่งที่ตัวเองต้องการ ซึ่งเรียกวิธีนี้ว่า การจูงใจ (Motivation)

## หลักพื้นฐานของการจูงใจ

การจูงใจ (Motivation) หมายถึง อิทธิพลภายในของบุคคล ซึ่งเกี่ยวกับระดับการกำหนดทิศทางและการใช้ความพยายามในการทำงานอย่างต่อเนื่อง (Schermerhorn, Hunt and Osborn. (2000 : G-7 อ้างถึงใน สุนรี ศรีสุคตผ่อง. 2550 : 29) การจูงใจจึงเป็นสิ่งเร้าซึ่งทำให้บุคคลเกิดความคิดริเริ่ม ควบคุม รักษาพฤติกรรมและกระทำ หรือเป็นสภาพภายในซึ่งเป็นสาเหตุให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายบางประการได้ Certo. (2007 : 555 อ้างถึงใน สุนรี ศรีสุคตผ่อง. 2550 : 29) มนุษย์มีความต้องการทางด้านร่างกาย (น้ำ อากาศ อาหาร การพักผ่อน และที่อยู่อาศัย) และมีความต้องการด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น การยกย่อง สถานะ ความรัก ความผูกพันกับบุคคลอื่น ความรู้สึกที่ดี การให้ การประสบความสำเร็จ และการรักษาผลประโยชน์ส่วนตัว โดยทั่วไปความต้องการจะเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป และความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลด้วย อาจกล่าวได้ว่า ผู้บริหารจะใช้การจูงใจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทำในสิ่งต่าง ๆ ด้วยความพึงพอใจในทางกลับกันผู้ใต้บังคับบัญชาที่อาจใช้วิธีการเดียวกันกับผู้บริหารด้วยการจูงใจผู้บริหารให้เกิดความพึงพอใจแก่ตน

1. สิ่งจูงใจ (Motivators) เป็นปัจจัยที่เป็นการจูงใจในการทำงานมากขึ้น เช่น ทำให้เกิดความรับผิดชอบในการทำงานมากขึ้น มีโอกาสสำหรับการเจริญเติบโตและการยอมรับของบุคคล ตลอดจนความรู้สึกต้องการความสำเร็จ Tomass. and Snell. (1999 : G-4 อ้างถึงใน สุนรี ศรีสุคตผ่อง. 2550 : 29) หรือเป็นปัจจัยที่สามารถสร้างความพึงพอใจ (Satisfaction) หรือเป็นอิทธิพล (Forces) ซึ่งชักจูงบุคคลให้กระทำเป็นอิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลจะทำให้บุคคลสร้างความแตกต่างในตัวเองภายในองค์กร ซึ่งผู้บริหารเป็นผู้จูงใจและเป็นผู้ค้นหาสิ่งเหล่านี้ เนื่องจากบุคคลสามารถตอบสนองความต้องการได้หลายด้าน

### ทฤษฎีการจูงใจ

จากการทบทวนแนวคิดการจูงใจของ Kinicki and Williams. (2006 ; อ้างถึงใน สุนรี ศรีสุคตผ่อง. 2550 : 29) พบว่า วิธีการจูงใจเพื่อผู้ปฏิบัติงานทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีทฤษฎีสนับสนุนอยู่ 3 กลุ่มทฤษฎีด้วยกัน คือ

1. ทฤษฎีความต้องการ (Need-based Perspective) หรือ ทฤษฎีความพอใจ (Content Theory) ทฤษฎีในกลุ่มนี้ กล่าวถึงความต้องการที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ทฤษฎีความต้องการอยู่บนพื้นฐานที่ว่า ความต้องการประเภทใดจูงใจพนักงานในองค์กรการทำงาน

ส่วนความต้องการ หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งความต้องการของมนุษย์ อาจจะมี ความแรงกล้าหรืออ่อนแอ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น เช่น สภาพแวดล้อม เป็นต้น กลุ่มทฤษฎีความต้องการนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ทฤษฎีด้วยกัน

1. ทฤษฎีความต้องการเป็นลำดับขั้นของ Maslow (Maslow's Hierarchy of Need Theory)

2. ทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two Factor Theory)

3. ทฤษฎีความต้องการที่ได้เกิดขึ้นภายหลัง (McClelland's Acquired Needs Theory)

## 2. ทฤษฎีกระบวนการ (Process Perspective)

ในขณะที่ทฤษฎีความต้องการมุ่งเน้นศึกษาความต้องการของมนุษย์ (ของ พนักงาน) แต่ทฤษฎีกระบวนการมุ่งเน้นที่จะศึกษาว่าเพราะเหตุใดมนุษย์จึงมีความต้องการที่แตกต่างกัน และพฤติกรรมแบบใดที่มนุษย์เลือกเพื่อตอบสนองความต้องการและมนุษย์ ประเมินความพอใจของตนอย่างไรถ้าหากพวกเขาประสบผลสำเร็จ ทฤษฎีกระบวนการ แบ่งเป็น 3 ทฤษฎีด้วยกัน คือ

1. ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory)

2. ทฤษฎีความเสมอภาค (Equity Theory)

3. ทฤษฎีตั้งเป้าหมาย (Goal-Setting Theory)

ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย ค้นพบโดย Locke. and Latham. (1990) โดยเน้นไว้ว่า มนุษย์สามารถถูกจูงใจโดยเป้าหมาย เพราะเป้าหมายจะเป็นตัวกำหนดทิศทาง และการกระทำต่าง ๆ การตั้งเป้าหมายเพื่อใช้เป็นแรงจูงใจให้กับพนักงานมีผลดีในแง่ที่ว่าผู้จัดการสามารถจัดตั้งรางวัล เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของและบุคคลว่าเขาคาดหวังอะไรจากองค์กรได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมแต่ ทั้งนี้เป้าหมายจะต้องมีลักษณะเฉพาะเจาะจง ทำนาย สามารถบรรลุผลได้และได้รับการยอมรับเข้าใจจากพนักงานด้วย นอกจากนี้ผู้จัดการต้องมีการแจ้งให้ทราบถึงผลของการปฏิบัติงานของพนักงาน เพื่อให้ทราบถึงผลการปฏิบัติงานของตนเองพร้อมทั้งให้รางวัลตามที่ตกลงกันไว้เมื่อพวกเขาสามารถทำงานได้บรรลุเป้าหมาย

ทฤษฎีการจูงใจของ Herzberg F. *et al.* (1990 อ้างถึงใน วีระวัฒน์ หมื่นมา. 2550 : 23-25)

Herzberg F. (1990) ได้สรุปถึงความต้องการของคนในองค์กรหรือการจูงใจจากการทำงานว่า ความพอใจในงานที่ทำ และความไม่พอใจในงานที่ทำ ไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่ม

เดียวกัน แต่มีสาเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) เป็นสิ่งที่สร้างความพึงพอใจในงานให้เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรักและชอบงานที่ปฏิบัติอยู่และทำให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1.1 ความสำเร็จของงาน (Achievement) หมายถึง ความสำเร็จสมบูรณ์ของงาน ความสามารถในการแก้ไขปัญหา การมองเห็นผลงาน ความชัดเจนของงานเป็นความสำเร็จที่วัดได้จากการปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย ตามกำหนดเวลา ความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน และความพอใจในผลการปฏิบัติงาน

1.2 การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การยอมรับหรือเห็นด้วยกับความสำเร็จ การได้รับการชมเชย ยกย่อง ชื่นชม เชื้อถือ ไว้วางใจในผลงานหรือการดำเนินงานจากผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชาและบุคคลอื่น ๆ ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการยอมรับนับถือก็จะทำให้เกิดการไม่ยอมรับ การได้รับคำตำหนิติเตียนหรือการกล่าวโทษ

1.3 ลักษณะของงาน (Work Itself) หมายถึง การลงมือกระทำหรือการทำงานเป็นชิ้นเป็นอัน ซึ่งมีกำหนดเวลาหรือเป็นกิจวัตรหรือยึดหยุ่นได้ อาจมีการสร้างสรรค์งานไม่ว่าเป็นงานง่ายหรืองานยาก เป็นงานที่ชวนให้ปฏิบัติไม่น่าเบื่อ เป็นงานที่ส่งเสริมต่อความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เป็นงานที่มีคุณค่า รวมทั้งปฏิบัติงานได้สมบูรณ์หรือทำงานให้เสร็จในเวลาอันสั้น

1.4 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง การจัดลำดับของการทำงานได้เอง ความตั้งใจ ความสำนึกในอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบ ตลอดจนอิสระในการปฏิบัติงาน

1.5 ความก้าวหน้าในตำแหน่ง (Advancement) หมายถึง ผลหรือการมองเห็นการเปลี่ยนแปลงในสภาพของบุคคล หรือตำแหน่งในสถานที่ทำงาน โอกาสในการเลื่อนตำแหน่งหรือระดับที่สูงขึ้น และมีโอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะที่เพิ่มขึ้นในวิชาชีพจากการปฏิบัติงาน ตลอดจนโอกาสการศึกษาต่อ อบรม ดูงาน

2. ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factors) Herzberg F. (1990) กล่าวถึง ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัยว่าเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความไม่พอใจในการทำงาน และเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลยังคงปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา ประกอบด้วย

2.1 เงินเดือน (Salary) หมายถึง ผลตอบแทนจากการทำงาน เช่น ค่าจ้าง เงินเดือน ค่าตอบแทน รวมทั้งสวัสดิการ ประโยชน์เกื้อกูลอื่น ๆ ตามความเหมาะสมของ เงินเดือนและขั้นเงินเดือน ตามความเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) หมายถึง สภาพความสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับคนอื่น ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา เพื่อน ร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชา ในสถานการณ์ต่าง ๆ การร่วมมือปฏิบัติงาน การช่วยเหลือ การสนับสนุนและการปรึกษาหารือ

2.3 การปกครองบังคับบัญชา (Supervision Technical) หมายถึง สภาพ การปกครองบังคับบัญชางานของผู้บริหารระดับสูง ในเรื่องการวิเคราะห์ความสามารถของ ผู้ปฏิบัติงาน การกระจายงาน การมอบหมายอำนาจ ความยุติธรรม

2.4 นโยบายและการบริหารงาน (Policy and Administration) หมายถึง ความสามารถในการจัดลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ ของการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงนโยบาย ของหน่วยงาน การบริหารงาน การจัดระบบงานของผู้บังคับบัญชา การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

2.5 สภาพการปฏิบัติงาน (Working Condition) หมายถึง สภาพ เหมาะสมในการทำงาน สภาพการทำงานที่เป็นกายภาพ ได้แก่ สภาพแวดล้อม สถานที่ทำงาน เครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ ความสะดวกสบายในการทำงาน สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ตลอดจนครอบคลุมไปถึงความสมดุลของปริมาณงานกับจำนวนบุคลากร

2.6 สภาพการปฏิบัติงาน (Status) หมายถึง สถานภาพของบุคคลใน สังคมที่มีวิชาชีพเดียวกัน หรือสถานภาพของวิชาชีพในสายตาของสังคมที่มีวิชาชีพต่างกัน หรือเป็นการรับรู้จากบุคคลวิชาชีพอื่น ที่เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลรู้สึกต่องาน ให้คุณค่า แก่งานที่ปฏิบัติ

2.7 ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (Job Security) หมายถึง ความรู้สึกที่มี ต่อการปฏิบัติงานในด้านความมั่นคงในตำแหน่งและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

2.8 ชีวิตความเป็นส่วนตัว (Factors in Personal Life) หรือสภาพความเป็นอยู่ หมายถึง สถานการณ์ที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกดี หรือไม่ดีในช่วงเวลาที่ได้ทำงาน สภาพความเป็นอยู่ทางครอบครัว และส่วนตัวอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน

จากทฤษฎีของ Herzberg F. (1990) หากความต้องการทางด้านปัจจัยค่าจ้างหรือ ปัจจัยสุขอนามัย ได้รับการตอบสนองอย่างไม่เต็มที่ที่มนุษย์จะเกิดความไม่พอใจ แต่ถึงแม้ว่าจะ

ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขอนามัยของมนุษย์จะเป็นเงื่อนไขในการลดความไม่พึงพอใจในการทำงานลงเท่านั้น แต่ไม่สามารถจะทำให้มนุษย์พอใจได้ในเวลาเดียวกัน หากความต้องการด้านความงูใจ (Motivation Factors) ได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่มนุษย์จะรู้สึกพึงพอใจพร้อมปฏิบัติงานด้วยความรักในหน้าที่ อุทิศตนเองอย่างหนัก รวมทั้งเสียสละทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจให้กับองค์กร อย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย แต่หากไม่ได้รับตอบสนองมนุษย์จะรู้สึกเฉย ๆ ไม่ยินดีในร้าย อาจทำงานเพียงเพื่อให้งานสำเร็จไปวัน ๆ เท่านั้น ไม่สนใจที่จะอุทิศตนเองแต่อย่างใด (ตุลา มหาพสุธานนท์, 2547 อ้างถึงใน วีระวัฒน์ หมั่นมา, 2550 : 25-26)

## แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

### 1. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

Schermerhorn. *et. al.* (1991 : 104 – 108 อ้างถึงใน ขวัญฤทัย พรรณวิจารณ์ 2543 : 30 -31) มีความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual Performance Factors) ประกอบด้วย

#### 1.1 ลักษณะส่วนบุคคล (Individual Characteristic)

1.1.1 ลักษณะประชากร (Demographic Characteristic) ได้แก่ ตัวแปรที่ช่วยให้เห็นถึงภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานที่อยู่อาศัย ขนาดของครอบครัว ตลอดจนสิ่งอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามลักษณะประชากรอย่างเดียวยังไม่เป็นเครื่องชี้วัดที่จะแสดงถึงผลการปฏิบัติงานที่ดี ทั้งนี้ยังมีสิ่งที่เกี่ยวข้อง คือ ความรู้ ความสามารถ และหรือลักษณะทางจิตวิทยา

1.1.2 ความรู้ ความสามารถ (Competency Characteristic) เป็นสิ่งที่สำคัญในการพิจารณาเลือกคนเพื่อมาปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถเป็นแรงงูใจอย่างหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงาน เป็นแรงงูใจขั้นต้นที่มีผลกระทบต่อไหวพริบของบุคคลที่เอาชนะสภาพแวดล้อมได้ บุคคลที่รู้สึกว่ามีความรู้ ความสามารถในงานของเขาสามารถคาดได้ว่าเขาจะทำงานอย่างจริงจัง ดังนั้น ความรู้ ความสามารถ แบ่งได้ 2 ด้าน คือ ด้านศักยภาพ (Physical Competency) และด้านสมอง (Mental Competency) ซึ่งบ่อยครั้งได้ใช้ผลการเรียนเป็นเครื่องชี้วัดถึงแนวโน้มความรู้ ความสามารถ ด้านสมองและการปฏิบัติงาน



1.1.3 ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological Characteristic) เป็นการแสดงแนวโน้มของพฤติกรรมแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้น และมีอิทธิพลค่อนข้างถาวรต่อพฤติกรรม ลักษณะทางจิตวิทยาเหล่านี้ เช่น ทักษะคติ การรับรู้ ความต้องการ และบุคลิกภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของคุณลักษณะของบุคคลเหล่านี้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความจำเป็นของแต่ละงาน ซึ่งเซอร์เมอร์ธอร์นเห็นว่าคุณลักษณะของบุคคลจะต้องมีความเหมาะสมกับความจำเป็นของแต่ละงาน เพื่อที่จะนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ต้องการ

1.2 ความพยายามในการทำงาน (Work Effect) คุณลักษณะของบุคคลที่มีความเหมาะสมกับความจำเป็นของงานนั้น ยังไม่สามารถที่จะทำให้บุคคลมีผลการปฏิบัติงานในระดับที่สูง อีกทั้งยังมีตัวแปรหนึ่งที่สำคัญและต้องมีก็คือ ความพยายามในการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความปรารถนาที่จะปฏิบัติงาน นั่นคือ ต้องมีแรงจูงใจที่จะทำงาน (Motivation to Work) เป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่มีผลโดยตรง และคงไว้ซึ่งความพยายามในการทำงาน คนที่มีแรงจูงใจในระดับสูงจะทำงานอย่างจริงจัง แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยกำหนดความพยายามในการทำงาน

1.3 การสนับสนุนจากองค์กร (Organization Support) ในการปฏิบัติงานของบุคคล จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ปฏิบัติอยู่ บุคคลที่มีลักษณะบุคคลตรงกับความต้องการของงานและได้รับการจูงใจในระดับสูง อาจไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี หากได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงาน หรือที่เรียกว่าข้อจำกัดด้านสถานการณ์ (Situation Constraint) เช่น ขาดเวลาที่จะทำงาน งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับงานไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลการปฏิบัติของบุคคล

#### 1.4 ระดับของแรงสนับสนุน

Gottlieb. (1985 อ้างถึงใน ยุพาพร สุภาคี 2547 : 31) แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในสังคมที่วัดจากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เขาอาศัยอยู่

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น

กลุ่มเพื่อนหรือ กลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิด การสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

3. ระดับแคบ (Micro Level) เป็นระดับความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด เชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย เช่น สมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ ทางอารมณ์ การแสดงความรักความห่วงใย

สรุปได้ว่า ระดับของการสนับสนุน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนระดับกลุ่มเครือข่าย ได้แก่ กลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มบุคคลใกล้ชิดจากภาครัฐ

### 1.5 การได้รับการฝึกอบรม

#### ความหมายของฝึกอบรม

दन्य तेयनपुठ (2537 : 18 – 19 อ้างใน อารี บุตรสอน 2546 : 55) ได้นิยามการฝึกอบรมว่า การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับงาน การเพิ่มพูนฝีมือ ความชำนาญและการเพิ่มพูนทัศนคติที่ดีในการทำงาน กระบวนการที่จัดตั้งโดยวัตถุประสงค์ในการที่จะพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ใหม่ ๆ มีความชำนาญในการปฏิบัติงาน มีเจตคติที่ดีในการทำงาน และเพื่อแลกเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ กิจกรรมที่ได้เกิดการเรียนรู้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งอย่างมีระบบแบบแผน เพื่อความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในการทำงาน

วิจิตร อาวะกุล (2537 : 10 อ้างถึงใน อารี บุตรสอน. 2546 : 55) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการฝึกอบรมว่า หมายถึง การพัฒนาหรือฝึกฝนอบรมบุคคลให้เหมาะหรือเข้ากับงานหรือทำงาน ส่วนการศึกษา หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ (Ability)

วิชัย เตชพรุ่ง (2538 : 68 อ้างถึงใน อารี บุตรสอน. 2546 : 55) กล่าวว่า การฝึกอบรมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการปรับปรุงผลการทำงาน การฝึกอบรมเรื่องทัศนคติมีความสำคัญยิ่ง การมีทัศนคติที่ถูกต้อง ทักษะต่าง ๆ จะถูกนำมาใช้และจุดบกพร่องต่าง ๆ ก็จะถูกแก้ไขได้

สมคิด บางโม (2538 : 14 อ้างใน อารี บุตรสอน 2546 : 55) ได้สรุปว่า การฝึกอบรม หมายถึง กระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลโดยมุ่งเพิ่มพูนความรู้ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) ความชำนาญงาน และเจตคติ (Attitude) อันจะ

นำมาสู่การยกมาตรฐานการทำงานให้สูงขึ้น ทำให้บุคคลมีความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานและองค์การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การได้รับการฝึกอบรม หมายถึง การที่บุคลากรด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุน การฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเพื่อให้มีการดำเนินงานตามบรรลุตามเป้าหมาย

### 1.6 การได้รับงบประมาณสนับสนุน

แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ทิศทางการสาธารณสุขมูลฐานได้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว โดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) และสนับสนุนให้ อสม.รวมตัวในรูปแบบของชมรมและสมาคมเพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน โดยเน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน ซึ่งในแผนงานสาธารณสุขมูลฐานได้สนับสนุนงบประมาณ 10,000 บาท ต่อหมู่บ้าน ต่อปี ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้กลไกแกนนำหมู่บ้านนำไปจัดทำแผนภารกิจหลัก 3 เรื่อง ได้แก่

1. พัฒนาศักยภาพกำลังคนในพื้นที่
2. การจัดบริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
3. จัดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาตามส่วนขาดของความจำเป็น (จปฐ.) ราย

หมู่บ้าน ขณะเดียวกันมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขบางประการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากที่กล่าวมาข้างต้น การได้รับการงบประมาณสนับสนุน หมายถึง การที่หมู่บ้านได้รับสนับสนุนประมาณหรือวัสดุจากประชาชน อบต. เทศบาล สส. สจ. เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน การจัดบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน และความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับ

### 1.7 การนิเทศงาน

ความหมายของการนิเทศงาน

ได้มีผู้นิยามความหมายของการนิเทศงานไว้ ดังนี้

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542 : 588) ให้ความหมายว่า แสดง  
ชี้แจง จำแนก

อำพล จินดาวัฒนะ (2536 : 131) กล่าวว่า การนิเทศงานเป็นเครื่องมือสำคัญ  
เป็นการพัฒนาขีดความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

ยงยุทธ สารสมบัติ (2536 : 33) ให้ความหมายไว้ว่า การนิเทศงานเป็นกลุ่ม  
ของกิจกรรมหรือกระบวนการแนะนำ สังเกตการณ์ ชี้แนะ กระตุ้น ติดตาม แก้ไข และ  
ส่งเสริมให้ผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติงานที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลงาน  
มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ตามพจนานุกรมของศาสตราจารย์ ดร.วิทย์ เทียงบุญธรรม (2545 : 829) ให้  
ความหมายไว้ว่า การดูแล การควบคุม การจัดการ การอำนวยความสะดวก การตรวจตรา

ทองหล่อ เดชไทย (2549 : 317) กล่าวว่า การนิเทศงานเป็นกิจกรรมซึ่งต้องทำ  
ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ เพื่อมุ่งไปสู่ความสำเร็จอันเดียวกัน โดยยึดหลักที่ว่า การนิเทศงานมุ่ง  
ที่จะส่งเสริมสนับสนุนมากกว่าการควบคุมให้ทำตามคำสั่ง

สรุปได้ว่า การนิเทศงาน หมายถึง การทำงานร่วมกันของกลุ่มคนที่เกี่ยวกับการ  
ตรวจงาน วางแผน การติดตามประเมินผลงาน การสังเกตการณ์ ชี้แจง การเสนอ ฝึกงาน  
อบรม กระตุ้น แก้ไข และส่งเสริมความสามารถของผู้รับการนิเทศ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้นิเทศ  
พึงมีให้แก่ผู้รับการนิเทศ เพื่อให้ปฏิบัติงานได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

#### วัตถุประสงค์ของการนิเทศ

ทองหล่อ เดชไทย (2549 : 316-317) ได้กำหนดวัตถุประสงค์เบื้องต้นที่สำคัญ

#### 2 ประการ คือ

1. เพื่อให้เกิดการประสานงานในระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็น  
ส่วนประกอบขององค์การ
2. เพื่อตรวจสอบงานที่แต่ละหน่วยงานในองค์การได้รับมอบหมายให้ไปทำ  
ว่าได้ปฏิบัติสำเร็จหรือไม่อย่างไร

การนิเทศงานนั้นเป็นการปฏิบัติที่เน้นตัวบุคคลมากกว่างาน เพราะถือว่างานจะ  
สำเร็จได้โดยอาศัยบุคคล และงานจะดีหรือไม่นั้นก็ย่อมจะขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเช่นกัน ไม่ได้  
ขึ้นกับเครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ ดังนั้น คนจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด

### หลักการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน

ในการที่จะนิเทศงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้นั้น เป็นบทบาทของผู้นิเทศงานที่จะต้องหารูปแบบวิธีการนิเทศ ที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีคุณภาพนั้น ผู้นิเทศงานต้องมีความรู้และแนวคิดในเรื่องนโยบายงานที่นิเทศงานของผู้รับการนิเทศ รวมทั้งทักษะขวัญกำลังใจของผู้รับการนิเทศ (ปิยะธิดา ศรีเดช 2532 : 2-32) เคารพในเอกกัตตบุคคลรกรงานที่นิเทศและคำนึงถึงปัจจัยทางสภาพแวดล้อมที่จะช่วยให้การนิเทศงานบรรลุวัตถุประสงค์โดยนิเทศงานให้ผู้รับการนิเทศงานมีความรู้ความสามารถ นำไปปฏิบัติงานให้ได้ผลดีจำเป็นต้องมีหลักในการนิเทศงานดังที่ ร่มไทร กล้าสุนทร (2525 : 632-635) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. การนิเทศงานเป็นกระบวนการหนึ่งของการบริหาร ซึ่งผู้บริหารจะต้องเข้าใจในความหมายที่แท้จริงของการนิเทศ การจัดรูปงาน การมอบหมายงาน และบังคับบัญชาตลอดจนการประเมินค่าหรือประสิทธิภาพของการปฏิบัติ
2. การนิเทศงานต้องแสดงให้เห็นให้เจ้าหน้าที่ผู้รับการนิเทศเข้าใจสายการบริหารงาน และเจ้าหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่มีความรับผิดชอบ และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งที่มีบทบาทที่สำคัญต่อความสำเร็จของหน่วยงานและต้องมอบอำนาจหน้าที่ที่เหมาะสมกับความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่
3. การนิเทศงานเป็นการดำเนินงานผ่านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การให้หลักมนุษยสัมพันธ์ในการแก้ปัญหา เพื่อแนะนำและปรับปรุงงานให้ดีขึ้น โดยที่ผู้นิเทศต้องเป็นที่พึ่งของเจ้าหน้าที่ทำการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือขจัดปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานต่าง ๆ พร้อมทั้งติดตามผลงานที่กำหนดไว้

### การดำเนินการนิเทศงาน

ระดับการนิเทศงาน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับกลาง เป็นการนิเทศงานจากกรมกองศูนย์เขตไปนิเทศหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับแต่เฉพาะงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีผู้ตรวจการสาธารณสุขประจำเขตเป็นหัวหน้าทีมทำการนิเทศอย่างน้อยแห่งละ 2 ครั้งต่อปี
2. ระดับจังหวัด เป็นการนิเทศงานของผู้นิเทศจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ไปนิเทศหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับแต่เน้นระดับอำเภอ โดยมีหัวหน้าหน่วยงานคนใดคนหนึ่ง เป็นหัวหน้าทีมแล้วแต่กรณีและทำการนิเทศงานอย่างน้อยแห่งละ 4 ครั้งต่อปี

3. ระดับอำเภอ เป็นการนิเทศงานของผู้นิเทศงานจากโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปนิเทศงานสถานีนอนามัย หรืออาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีหัวหน้าหน่วยงานคนใดคนหนึ่งเป็นหัวหน้าทีมและทำการนิเทศงานอย่างน้อยแห่งละ 6 ครั้งต่อปี

4. ระดับตำบล เป็นการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลไปนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยทำการนิเทศอย่างน้อยแห่งละ 12 ครั้งต่อปี

โดยสรุปจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงบทบาทที่ภาคีเครือข่ายต้องปฏิบัติงานร่วมกัน ตามภารกิจงานที่ต้องปฏิบัติในการจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะในงานส่งเสริมสุขภาพ ที่เป็นการปฏิบัติงานตามแนวทางของการสาธารณสุขมูลฐานเดิม แต่เน้นที่การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีในเรื่องของแรงจูงใจที่เป็นพื้นฐานว่าองค์การจะบรรลุถึงความสำเร็จตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความร่วมมือ ร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน การให้ความร่วมมือในการทำงานอย่างสมานฉันท์นั้น จะบังเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้บริหารองค์กรเข้าใจถึงความต้องการของมนุษย์ และสามารถเลือกใช้วิธีการจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจและเกิดความรู้สึกที่จะอุทิศตนเพื่องานได้ถูกต้อง ซึ่งการจูงใจนี้มีผลอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กร โดยเป็นที่ยอมรับกันว่าผลการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการจูงใจของ Herzberg F. et al. (1990 อ้างถึงใน วีระวัฒน์ หมิ่นมา. 2550 : 23-25) ซึ่งเฮร์ซเบิร์ก ได้สรุปถึงความต้องการของคนในองค์กรหรือการจูงใจจากการทำงานว่า ความพอใจในงานที่ทำและความไม่พอใจในงานที่ทำ ไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่มเดียวกัน แต่มีสาเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่มคือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) เป็นสิ่งที่สร้างความถึงพอใจในงานให้เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรักและชอบงานที่ปฏิบัติอยู่ และทำให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) หรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factors) เฮร์ซเบิร์ก กล่าวถึงปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัยว่าเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความไม่พอใจในการทำงานและเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลยังคงปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา ประกอบด้วยเงินเดือน ความสัมพันธ์



ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบายและการบริหารสภาพการปฏิบัติงานความ  
มั่นคงในการปฏิบัติงาน

จากแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน  
หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของ องค์การปกครองส่วน  
ท้องถิ่น ที่แสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จตาม  
เป้าหมายที่กำหนดไว้สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาทฤษฎีการจูงใจของเฮิร์ซเบิร์ก  
โดยศึกษาเฉพาะปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ซึ่งได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับ  
การยอมรับนับถือ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัย  
ค้ำจุนของเฮิร์ซเบิร์ก ซึ่งได้แก่ เงินเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับ  
บัญชา นโยบายและการบริหารงาน สภาพการปฏิบัติงาน และความมั่นคงในการปฏิบัติงาน  
พบว่า ตัวประกอบเหล่านี้มีผลต่อการกระตุ้นคนงาน ทำให้ประสิทธิภาพของงานสูงขึ้นหรือ  
ต่ำลงขึ้นอยู่กับว่าผู้จัดการใช้องค์ประกอบนี้ชี้เฉพาะหรือไม่ การมีองค์ประกอบเหล่านี้อยู่จะทำ  
ให้เกิดความพอใจและกระตุ้นการทำงานด้วย (บริษัท แสงค์ส. 2528 : 92 อ้างถึงใน สารานุกรม  
ลิมปิภูษณะ. 2548 : 53) และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการมี  
ส่วนร่วมในการปฏิบัติงานส่วนบุคคลส่วนใหญ่จะศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจที่กล่าวมา  
ในข้างต้น ซึ่งผลการวิจัยจะเห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการปฏิบัติงานทั้งสิ้น

ในงานวิจัยครั้งนี้ ที่เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคี  
เครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากลักษณะความสัมพันธ์  
ของภาคีเครือข่ายมีลักษณะที่แตกต่างไป คือ ภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพประกอบด้วย  
บุคคลที่มาจากหลายองค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ที่ผู้วิจัยใช้ประสบการณ์จริงจากการ  
ปฏิบัติงานเห็นว่า ลักษณะของปัจจัยที่จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ต้องการ  
ศึกษานั้นยังมีอีกหลายปัจจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึง ได้ยึดแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการ  
ปฏิบัติงาน ของ Schermerhorn. *et. al.* (1991 : 104 – 108 อ้างถึงใน ขวัญฤทัย พรรณวิจารณ์  
2543 : 30 -31) มีความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual  
Performance Factors) ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล (Individual Characteristic)  
หมายถึงลักษณะประชากร (Demographic Characteristic) ได้แก่ ตัวแปรที่ช่วยให้เห็นถึง  
ภูมิหลังของบุคคล เช่น ความรู้ ความสามารถ (Competency Characteristic) เป็นสิ่งที่สำคัญ  
ในการพิจารณาเลือกคนเพื่อมาปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่  
สามารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงาน เป็นแรงจูงใจขั้นต้นที่มีผลกระทบต่อ

ไหวพริบของบุคคลที่เอาชนะสภาพแวดล้อมได้ บุคคลที่รู้สึกว่ามีความรู้ ความสามารถในการงานของเขาสามารถคาดได้ว่าเขาจะทำงานอย่างจริงจัง ดังนั้น ความรู้ ความสามารถ แบ่งได้ 2 ด้าน คือ ด้านศักยภาพ (Physical Competency) และด้านสมอง (Mental Competency) ซึ่งบ่อยครั้งได้ใช้ผลการเรียนเป็นเครื่องชี้วัดถึงแนวโน้มความรู้ ความสามารถ ด้านสมองและการปฏิบัติงาน และลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological Characteristic) เป็นการแสดงแนวโน้มของพฤติกรรมแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้น และมีอิทธิพลค่อนข้างถาวรต่อพฤติกรรมลักษณะทางจิตวิทยาเหล่านี้ เช่น ทักษะคิด การรับรู้ ความต้องการ และบุคลิกภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของคุณลักษณะของบุคคลเหล่านี้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความจำเป็นแต่ละงาน ซึ่งเซอร์เมอร์ฮอร์นเห็นว่าคุณลักษณะของบุคคลจะต้องมีความเหมาะสมกับความจำเป็นของแต่ละงาน เพื่อที่จะนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ต้องการ และนอกจากนั้นผู้วิจัยได้ยึดปัจจัยในด้านปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการบริหาร ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยเกี่ยวกับกลไกของรัฐ โดยยึดเอาแนวคิดของ เดลย์ตัน เป็นแบบในการศึกษา ด้วยเหตุผลว่า ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเมื่อ เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับ เห็นความเหมาะสม และความสนใจต่อกลุ่มหรือองค์กรนั้น ๆ เห็นว่ามีผลต่อชีวิตตนเองอย่างไร องค์กรนั้นให้การสนับสนุนอย่างไร การมีโอกาสได้รับความรู้เพิ่มขึ้น และรู้สึกสุขสบายในการอยู่ในกลุ่ม หรือองค์กรนั้น ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนา มี 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยทางด้านบุคคล บุคคลที่จะทำงานพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของประชาชนต้องสร้างเงื่อนไขของบทบาทของตนให้พร้อมที่จะเข้าไปทำงานและให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยต้องมีทัศนคติและจิตสำนึกต่อประชาชนอย่างเหมาะสม เช่น การยอมรับศักดิ์ศรีของประชาชน เท่าเทียมกับตนการมีความเชื่อและเคารพในตัวประชาชน การพร้อมที่จะเรียนรู้จากประชาชน และให้โอกาสแก่ประชาชนในการแสดงความคิดเห็นและร่วมในกิจกรรมการพัฒนา และการส่งเสริม ให้เหมาะสมในขณะเดียวกันควรให้โอกาสผู้นำชุมชน รวมไปถึงบุคคลที่มีความคิดริเริ่มในการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาให้มีบทบาทในการพัฒนาอย่างเต็มความสามารถ ปัจจัยด้านการบริหาร เป็นผลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามระเบียบราชการหรือองค์กรพัฒนาเอกชนควรนำมาใช้ให้มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติพอสมควร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ค่อนข้างเป็นอิสระและไม่ผูกพันกับระเบียบราชการมากเกินไป

ปัจจัยด้านโครงสร้างชุมชน สำหรับปัจจัยด้านโครงสร้างชุมชน ยังแบ่งออกได้เป็นหลายองค์ประกอบ คือ ลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน ชุมชนใดที่มีความสัมพันธ์ในชุมชนเป็นลักษณะปฐมภูมิรู้จักเป็นญาติพี่น้อง การมีส่วนร่วมจะดีกว่าชุมชนที่มีประชาชนจากหลายแห่ง

และต่างวัฒนธรรมมาอยู่ด้วยกัน โดยมีฐานะความเป็นอยู่และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันแบบ  
 ทฤษฎีภูมิ โครงสร้างของประชากร ชุมชนมีโครงสร้างประชากรวัยแรงงานมาก การมีส่วนร่วม  
 จะมีมากกว่าโครงสร้างชุมชนที่วัยแรงงานย้ายออกไปทำงานที่อื่น วัฒนธรรมชุมชนที่เอื้อต่อ  
 การมีส่วนร่วม เช่น การที่คนในชุมชนมีความเห็นอกเห็นใจและการเห็นความสำคัญของการ  
 ช่วยเหลือผู้อื่น จะทำให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมในชุมชนมากกว่าชุมชนที่ต่างคนต่างอยู่  
 ค่านิยมของชุมชน เช่น ค่านิยมการนับถือผู้นำอาวุโสหรือผู้นำชุมชนทำให้ผู้นำชุมชนเป็น  
 แกนนำที่จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ คุณภาพของประชากร ในชุมชน  
 ที่ประชากรมีคุณภาพดี เช่น ฐานะรายได้ดีการศึกษาดีมีทัศนคติที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม  
 มีความตื่นตัวในการพึ่งตนเอง จะเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมของ  
 ชุมชนมากกว่า โครงสร้างของอำนาจ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจของ  
 กลุ่มในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ซึ่งโดยมากมักมีฐานะดี มีความรู้และประสบการณ์มากกว่าคน  
 อื่น ถ้าผู้นำเห็นประโยชน์ในการมีส่วนร่วม ก็จะเป็นแกนนำในการมีส่วนร่วมของประชาชน  
 ลักษณะการตั้งถิ่นฐานของประชาชน ถ้าชุมชนตั้งถิ่นฐานมีลักษณะเป็นกลุ่มจะทำให้ประชาชน  
 รู้จักกันและทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่าชุมชนที่ตั้งอยู่อย่างกระจัดกระจายยากต่อการรวมกลุ่ม  
 และปัจจัยเกี่ยวกับกลไกของรัฐ หมายถึง ปัจจัยทั้งในระดับนโยบาย การดำเนินการมาตรการ  
 และการปฏิบัติที่เอื้ออำนวย หรือสร้างช่องทางการมีส่วนร่วมของประชาชน จำเป็นที่จะต้องทำ  
 ให้การพัฒนาเป็นระบบเปิดที่มีความเป็นประชาธิปไตย มีความโปร่งใส รับฟังความคิดเห็นของ  
 ทุกฝ่าย และตรวจสอบได้ เพื่อศึกษาและหารูปแบบในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคี  
 เครือข่ายการจัดการสุขภาพให้สามารถดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหา  
 ในด้านสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

## สภาพพื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไปจังหวัดร้อยเอ็ด

#### ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งอยู่ตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างละติจูด  
 ที่ 15 องศา 24 ลิปดาเหนือ ถึง 16 องศา 19 ลิปดาเหนือ และลองจิจูดที่ 103 องศา 16 ลิปดา  
 ตะวันออก ถึง 104 องศา 21 ลิปดาตะวันออก อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร โดยทางรถยนต์  
 ประมาณ 512 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งสิ้น 8,299.46 ตารางกิโลเมตร หรือ 5,187,156 ไร่ มีเขตแดน  
 ติดต่อกับจังหวัดอื่น ๆ หลายจังหวัดดังนี้

ทิศเหนือและตะวันตกเฉียงเหนือ	จรด จังหวัดกาฬสินธุ์
ทิศตะวันออกเฉียงเหนือ	จรด จังหวัดมุกดาหาร
ทิศตะวันออก	จรด จังหวัดยโสธร
ทิศตะวันออกเฉียงใต้	จรด จังหวัดศรีสะเกษ
ทิศใต้	จรด จังหวัดสุรินทร์
ทิศตะวันตก	จรด จังหวัดมหาสารคาม

จังหวัดร้อยเอ็ด มีระยะทางจากจังหวัดนครราชสีมา 265 กิโลเมตร

### ลักษณะภูมิประเทศ

จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่บริเวณตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นที่ราบสูง สูงจากระดับน้ำทะเลปานกลางประมาณ 120-160 เมตร มีภูเขาทางตอนเหนือซึ่งติดต่อกันจากเทือกเขาภูพาน บริเวณตอนกลางของจังหวัด มีลักษณะเป็นที่ราบลูกคลื่น บริเวณตอนล่างมีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มริมฝั่งแม่น้ำมูลและสาขา ได้แก่ ได้แก่ ลำน้ำชี ลำน้ำพลับพลา ลำน้ำเตา เป็นต้น บริเวณที่ราบต่ำอันกว้างขวาง เรียกว่า พุ่งกุลาร้องไห้ มีพื้นที่ประมาณ 80,000 ไร่ มีลักษณะเป็นที่ราบแอ่งกระทะ

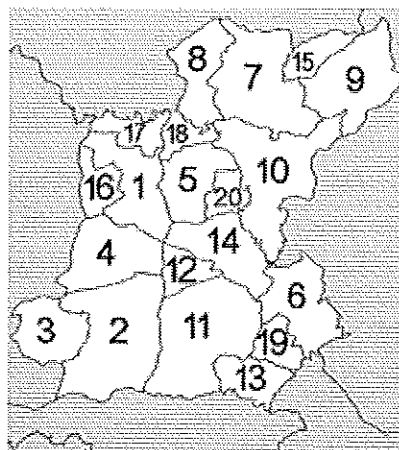
### ลักษณะภูมิอากาศ

จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือและลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ สภาพภูมิอากาศอยู่ในประเภทฝนเมืองร้อน ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 1,196.8 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ฝนตกชุกในเดือนมิถุนายนถึงกันยายน อากาศร้อนแห้งแล้งในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน

### การเมืองการปกครองและประชากร

การปกครองแบ่งออกเป็น 20 อำเภอ 193 ตำบล 2412 หมู่บ้าน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 รูปแบบ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาล 17 แห่ง (เทศบาลเมือง 1 แห่ง และเทศบาลตำบล 73 แห่ง) และองค์การบริหารส่วนตำบล 129 แห่ง

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| 1. อำเภอเมืองร้อยเอ็ด  | 11. อำเภอสุวรรณภูมิ  |
| 2. อำเภอเกษตรวิสัย     | 12. อำเภอเมืองสรวง   |
| 3. อำเภอปทุมรัตต์      | 13. อำเภอโพนทราย     |
| 4. อำเภอจตุรพักตรพิมาน | 14. อำเภออาจสามารถ   |
| 5. อำเภอธวัชบุรี       | 15. อำเภอเมยวดี      |
| 6. อำเภอพนมไพร         | 16. อำเภอศรีสมเด็จ   |
| 7. อำเภอโพนทอง         | 17. อำเภอจังหาร      |
| 8. อำเภอโพธิ์ชัย       | 18. อำเภอเชียงขวัญ   |
| 9. อำเภอหนองพอก        | 19. อำเภอหนองฮี      |
| 10. อำเภอเสลภูมิ       | 20. อำเภอทุ่งเขาหลวง |



มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,310,259 คน แยกเป็นชาย 654,508 คน หญิง 655,751 คน โดยมีอำเภอที่มีประชากรมากที่สุดได้แก่ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด 118,789 คน รองลงมาได้แก่ อำเภอเสลภูมิ มีจำนวน 108,063 คน และอำเภอสุวรรณภูมิ มีจำนวน 106,451 คน สำหรับอำเภอที่มีความหนาแน่นของประชากรมากที่สุด คือ อำเภอจังหาร โดยมีอัตราความหนาแน่น 295 คนต่อตารางกิโลเมตร รองลงมาได้แก่ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด มีอัตราความหนาแน่น 240 คนต่อตารางกิโลเมตร และอำเภอเชียงขวัญมีอัตราความหนาแน่น 215 คนต่อตารางกิโลเมตร โดยอัตราความหนาแน่นโดยเฉลี่ยของจังหวัดอยู่ในระดับ 158 คนต่อตารางกิโลเมตร โดยประชากรมีกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

กลุ่มไทย-ลาว เป็นกลุ่มชนพื้นเมืองเดิม อาศัยทั่วไปในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มไทย-เขมร เป็นคนที่อยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด แต่มีบรรพบุรุษที่มีเชื้อสายเขมร อยู่ในอำเภอสุวรรณภูมิ และเกษตรวิสัย

กลุ่มไทย-ส่วย เป็นคนที่อยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด มีเชื้อสายเป็นชาวส่วยหรือกูย อยู่บริเวณอำเภอสุวรรณภูมิและอำเภอโพนทราย ติดต่อกับจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มภูไทหรือผู้ไทย เป็นกลุ่มที่ตั้งถิ่นฐานในเขตอำเภอเมยวดี หนองพอก ซึ่งติดต่อกับจังหวัดกาฬสินธุ์ ยโสธร และมุกดาหาร

กลุ่มไทยย้อ เป็นกลุ่มที่มีเชื้อสายมาจากแขวงคำมวน ประเทศลาว อาศัยอยู่ในเขตอำเภอโพธิ์ชัย นอกจากนั้นยังมีกลุ่มคนอพยพเข้ามาอาศัยในจังหวัดร้อยเอ็ดในภายหลัง ได้แก่ กลุ่มไทย-จีน กลุ่มไทย-ยวน กลุ่มไทย-แขก



“สิบเอ็ดประตูเมืองงาม เรืองนามพระสูงใหญ่ ผ้าไหมสาเกต บุญผะเหวดประเพณี มหาเจดีย์ชัยมงคล งามน่ายลบึงพลาญชัย เขตกว้างไกลทุ่งกุลา โลกลือชาข้าวหอมมะลิ”

จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่ตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ห่างจาก กรุงเทพมหานคร เป็นระยะทางประมาณ 512 กิโลเมตร บริเวณที่ราบต่ำอันกว้างขวางและสำคัญในภาคอีสาน ที่เรียกว่าทุ่งกุลาร้องไห้ ซึ่งมีลักษณะเป็นที่ราบแอ่งกระทะ มีพื้นที่รวมทั้งสิ้น 2,107,690 ไร่ อาณาเขตครอบคลุม 5 จังหวัด โดยจังหวัดร้อยเอ็ดมีพื้นที่มากที่สุด 986,807 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 46.82 ของพื้นที่ทุ่งกุลาฯ ทั้งหมด และที่นี่คือแหล่งปลูกข้าวหอมมะลิที่สำคัญที่สุดของไทย สำหรับข้าวหอมมะลิที่เป็นที่รู้จักและยอมรับกัน โดยทั่วไป เป็นที่ต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ คือ “ข้าวหอมมะลิที่เป็นผลผลิตจาก ทุ่ง กุลา ร้องไห้” ซึ่งมีเอกลักษณ์ที่สำคัญและแตกต่างไปจากข้าวหอมมะลิที่ผลิตจากแหล่งปลูก อื่นๆ ได้แก่ ความหอม ซึ่งมีผลมาจากลักษณะทางกายภาพของดินที่มีลักษณะเป็นดินทรายและมีความเค็มที่พอเหมาะ กับข้าวพันธุ์นี้ ความเรียวยาว ซึ่งมีผลมาจากสภาพของภูมิศาสตร์ของน้ำและแสงแดดที่เหมาะสม ทำให้ได้เมล็ดข้าวที่เรียวยาวพอเหมาะนำมารับประทาน และความอ่อนนุ่ม ซึ่งเป็นผลมาจากลักษณะพิเศษของข้าวหอมมะลิ โดยทั่วไป ทำให้เป็นที่นิยมของผู้บริโภค

จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่กึ่งกลางของภาคอีสานมานานกว่า 200 ปี อดีตเคยเป็นเมืองใหญ่ที่รุ่งเรืองมาก ชื่อว่า สาเกตนคร มีประตูเข้าเมือง 11 ประตู เมืองขึ้น 11 เมือง แต่ปัจจุบันได้มีการพัฒนาในด้านต่างๆ มากมาย เมืองร้อยเอ็ดเป็นเมืองแห่งบึงพลาญชัย และมีส่วนหนึ่งของทุ่งกุลาร้องไห้ที่มีชื่อเสียง ซึ่งมีเนื้อที่กว้างใหญ่ถึงสองล้านไร่เศษ ขณะนี้กำลังได้รับการพัฒนาเพื่อให้เป็นแผ่นดินแห่งความอุดมสมบูรณ์จนแทบจะหาร่องรอยแห่งอดีตไม่พบ

ประวัติศาสตร์ของเมืองร้อยเอ็ดเริ่มปรากฏขึ้นในราวสมัยกรุงศรีอยุธยาตอนปลาย โดยมีเจ้าลาวจากนครจำปาศักดิ์ได้เดินทางมาตั้งบ้านเรือนในบริเวณที่เป็นอำเภอสุวรรณภูมิในปัจจุบัน ต่อมาได้มาพึ่งพระบรมโพธิสมภารสมเด็จพระบรมราชาที่ 3 แห่งกรุงศรีอยุธยา ในสมัยสมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรี ได้ย้ายเมืองใหม่มาตั้งที่บริเวณเมืองร้อยเอ็ดปัจจุบัน ส่วนเมืองสุวรรณภูมิเดิมก็ยังคงมีอยู่ในสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 3 เจ้าอนุวงศ์เวียงจันทน์ก่อกบฏต่อกรุงเทพฯ ได้ยกทัพเข้ามาตีหัวเมืองรายทางจนถึงนครราชสีมา แต่ก็ถูกทัพไทยตีแตกพ่ายไปในที่สุด

นอกจากหลักฐานทางประวัติศาสตร์แล้ว ยังพบหลักฐานทางโบราณคดีแสดงการอยู่อาศัยของคนมาตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์เช่นกันและรวมทั้งเคยเป็นดินแดนที่อยู่ในเขต



อิทธิพลของอาณาจักรขอมโบราณ เพราะพบโบราณสถานแบบขอมหลายแห่ง เช่น กู่พระโกนา อำเภอสวรรณภูมิ กู่กาสิงห์ อำเภอเกษตรวิสัย ปรากฏกู่ อำเภอธวัชบุรี เป็นต้น

จังหวัดร้อยเอ็ด มีเนื้อที่ 8,299 ตารางกิโลเมตร และแบ่งการปกครองออกเป็น 20 อำเภอ คือ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอปทุมรัตน์ อำเภอจตุรพักตรพิมาน อำเภอธวัชบุรี อำเภอพนมไพร อำเภอโพนทอง อำเภอเสลภูมิ อำเภอสวรรณภูมิ อำเภออาจสามารถ อำเภอหนองพอกอำเภอเมืองสรวง อำเภอโพธิ์ชัย อำเภอโพนทราย อำเภอเมยวดี อำเภอศรีสมเด็จ อำเภอจังหาร อำเภอเชียงขวัญอำเภอหนองฮีและอำเภอทุ่งเขาหลวง

### ประวัติศาสตร์

#### สมัยก่อนประวัติศาสตร์

มีการพบหลักฐานสมัยก่อนประวัติศาสตร์กระจายอยู่ทั่วไปในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด ได้ขุดพบแหล่งโบราณคดีบ้านเมืองบัวซึ่งสันนิษฐานว่า ชุมชนโบราณสมัยก่อนประวัติศาสตร์ที่ค้นพบมีอายุประมาณ 1,800-2,500 ปีมาแล้ว และมักมีถิ่นฐานอยู่บริเวณลุ่มน้ำกับใกล้แหล่งเกลือสินเธาว์ อิทธิพลของพุทธศาสนาภายใต้วัฒนธรรมทวารวดีได้เข้ามาเมื่อปลายพุทธศตวรรษที่ 12-15 มีหลักฐานสมัยทวารวดีที่สำคัญ เช่นคูเมืองร้อยเอ็ด เจดีย์เมืองหงส์ ในเขตอำเภอจตุรพักตรพิมาน กลุ่มใบเสมาบริเวณหนองศิลาเลขในเขตอำเภอพนมไพร และพระพิมพ์ดินเผาปางนาคปรกที่เมืองไพรในเขตอำเภอเสลภูมิ วัฒนธรรมจากอาณาจักรขอมได้แพร่เข้ามาในพุทธศตวรรษที่ 16 ปรากฏหลักฐานอยู่มาก เช่น สถาปัตยกรรมในรูปแบบของปราสาทหิน เช่น กู่กาสิงห์ในเขตอำเภอเกษตรวิสัย ปรากฏกู่ในเขตอำเภอธวัชบุรี กู่พระโกนาในเขตอำเภอสวรรณภูมิ และประติมากรรมที่เป็นรูปเคารพทางศาสนาที่เป็นเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันที่ทำจากหินทรายและโลหะเป็นจำนวนมาก

#### สมัยทวารวดี

การตั้งถิ่นฐานของชุมชนก่อนประวัติศาสตร์ได้ต่อเนื่องมาถึง สมัยทวารวดี ซึ่งเป็นวัฒนธรรมในพระพุทธศาสนา เมืองที่สร้างขึ้นมีรูปร่างและที่ตั้งไม่แน่นอน แต่มีลักษณะที่สำคัญคือ มีคูน้ำและคันดินล้อมรอบชุมชน ร่องรอยที่ยังเห็นอยู่ของคูเมืองและคันดินได้แก่ บริเวณด้านตะวันออกของวัดบูรพาภิราม ด้านใต้ของเมืองบริเวณ โรงเรียนสตรีศึกษา นอกจากนี้ยังพบอยู่ในอำเภอต่าง ๆ ของร้อยเอ็ด ได้แก่ บ้านเมืองไพร (เขตอำเภอเสลภูมิ) บ้านเมืองหงส์ (เขตอำเภอจตุรพักตรพิมาน) บ้านสีแก้ว (เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด) หนองศิลาเลข บ้านชะโด (เขตอำเภอพนมไพร) และบ้านดงสิงห์ (เขตอำเภอจังหาร)

### สมัยลพบุรี

ได้พบโบราณสถานและโบราณวัตถุสมัยลพบุรีหรือละโว้ที่เป็นที่รู้จักดี ได้แก่ ปราสาทหินคู่าสิงห์ในเขตอำเภอเกษตรวิสัย กู่พระ โภคนาในเขตอำเภอสวรรณภูมิ ปรากฏอยู่ในเขตอำเภอธวัชบุรี กู่โพนระฆัง กู่โพนวิท กู่บ้านเมืองบัวในเขตอำเภอเกษตรวิสัย กู่คันหนามในเขตอำเภอโพธิ์ทราย สำหรับโบราณวัตถุ ได้แก่ รูปเคารพและเครื่องมือเครื่องใช้ในศาสนา เช่น พระพุทธรูป เทวรูป ศิวลึงค์ ภาชนะดินเผา คันฉ่องสำริด กำไลสำริด เป็นต้น

### สมัยอาณาจักรล้านช้าง

ได้ปรากฏชื่อเมืองร้อยเอ็ดในเอกสารของลาวว่า พระเจ้าฟ้ารุ่งเมืองคำแดง ตำแหน่งเป็นบุตรเขยเมืองขอม ได้นำไพร่พลมารวมกำลังกันอยู่ที่เมืองร้อยเอ็ด ก่อนยกกำลังไปยึดเมืองเชียงทอง (หลวงพระบาง) ได้สำเร็จแล้วจึงได้สถาปนาอาณาจักรล้านช้าง

หลักฐานเกี่ยวกับเมืองร้อยเอ็ดขาดหายไปประมาณ 400 ปี จนถึงประมาณปี พ.ศ. 2231 เมืองเวียงจันทน์เกิดความไม่สงบ พระครูโพนสะเม็กพร้อมผู้คนประมาณ 3,000 คน ได้เชิญเจ้าหน่อกษัตริย์อพยพลงมาตามแม่น้ำโขง แล้วมาตั้งมั่นอยู่ที่บริเวณ เมืองจำปาศักดิ์ ผู้ปกครองเมืองจำปาศักดิ์มีความเลื่อมใสศรัทธาในพระครูโพนสะเม็ก จึงได้นิมนต์ให้ทำนุบำรุงพระพุทธศาสนาและปกครองเมืองจำปาศักดิ์ ต่อมาเจ้าหน่อกษัตริย์ได้รับสถาปนาขึ้นเป็นกษัตริย์พระนามว่า เจ้าสร้อยศรีสมุทรพุทธางกูร ได้ขยายอิทธิพลไปในดินแดนต่าง ๆ เหนือสองฝั่งแม่น้ำโขง ได้ตั้งเมืองใหม่ขึ้นหลายแห่งและส่งบริวารไปปกครอง เช่น เมืองเชียงแตง เมืองสีทันดร เมืองรัตนบุรี เมืองคำทอง เมืองสาละวัน และเมืองอัตตะปือ เป็นต้น

ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2256 เจ้าสร้อยศรีสมุทรพุทธางกูร ได้มอบหมายให้อาจารย์แก้วควบคุมไพร่พลประมาณ 3,000 คน มาสร้างเมืองขึ้นใหม่ในดินแดนอีสานตอนล่าง เรียกว่าเมืองท่ง ปัจจุบันอยู่ในเขตอำเภอสวรรณภูมิ มีเจ้าเมืองต่อมาคือ ท้าวเม็ด ท้าวทน ท้าวเชียง และท้าวสุน

### สมัยกรุงธนบุรีและกรุงรัตนโกสินทร์

ปี พ.ศ. 2256 สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชได้โปรดเกล้าฯ ให้พระยากรมท่าและพระยาพรหมเดินทางมาดูแลหัวเมืองในภาคอีสาน ท้าวทนจึงได้เข้ามาขออ่อนน้อม พระยาทั้งสองจึงมีใบบอกไปยังกรุงธนบุรีขอตั้งท้าวทนเป็นเจ้าเมือง โดยยกบ้านกุ่มข้างขึ้นเป็นเมืองร้อยเอ็ด ตามนามเดิม ท้าวทนได้รับแต่งตั้งเป็นพระขัติยะวงษา นับว่าเป็นเจ้าเมืองร้อยเอ็ดคนแรก ส่วนเมืองท่งนั้นบรรดากรรมการเมืองเห็นว่าเป็นชัยภูมิที่ไม่เหมาะสม จึงได้ย้ายไปตั้งบริเวณดงท้าวสาร และให้ชื่อว่า เมืองสุวรรณภูมิ นับแต่นั้นมาทั้งเมืองร้อยเอ็ดและเมือง

สุวรรณภูมิต่างมีฐานะขึ้นตรงต่อกรุงธนบุรีเช่นเดียวกัน

พ.ศ. 2325 พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราชทรงสถาปนากรุงรัตนโกสินทร์เป็นราชธานีแห่งใหม่ ทำให้เมืองร้อยเอ็ดและบรรดาหัวเมืองอีสานล้วนต้องขึ้นตรงต่อกรุงรัตนโกสินทร์ ส่วนเมืองร้อยเอ็ดก็ได้มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนมีฐานะทางการเมืองและความสำคัญเหนือเมืองสุวรรณภูมิในเวลาต่อมา

พ.ศ. 2326 พระขัติยะวงษา (ทน) ถึงแก่กรรม ท้าวสีลังบุตรคนโตได้รับโปรดเกล้าฯ ให้เป็นพระขัติยะวงษา เจ้าเมืองร้อยเอ็ดสืบแทน ต่อมาในปี พ.ศ. 2369 เกิดกบฏเจ้าอนุวงศ์ เมื่อกองทัพกบฏถูกตีแตกถอยร่นกลับมา กำลังทหารจากเมืองร้อยเอ็ดได้เข้าโจมตีซ้ำเติมจนพวกกบฏแตกพ่าย พระขัติยะวงษา (สีลัง) มีความดีความชอบได้รับโปรดเกล้าฯ ให้เป็นพระยาขัติยะวงษา

ในปี พ.ศ. 2418 เกิดสงครามปราบฮ่อที่เวียงจันทน์และหนองคาย เจ้าเมืองอุบลได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้ายกกำลังไปปราบ โดยเกณฑ์กำลังพลจากหัวเมืองตะวันออกเฉียงเหนือไปช่วยปราบกบฏ เมื่อกองทัพยกมาถึงเมืองร้อยเอ็ด พระขัติยะวงษา (สาร) และราชวงศ์ (เสือ) ได้สมทบกำลังไปปราบฮ่อด้วย เมื่อเสร็จศึก ราชวงศ์ (เสือ) ได้รับแต่งตั้งเป็นพระขัติยะวงษา

เมื่อพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงปฏิรูปการปกครองในระบบมณฑลเทศาภิบาล จึงให้รวมหัวเมืองอีสานเข้าด้วยกัน แล้วแบ่งออกเป็น 4 กองใหญ่ แต่ละกองมีข้าหลวงกำกับการปกครองกองละ 1 คน และมีข้าหลวงใหญ่กำกับราชการอีกชั้นหนึ่งอยู่ที่เมืองจำปาศักดิ์ กองใหญ่ทั้ง 4 กอง ได้แก่ หัวเมืองลาวฝ่ายตะวันออก หัวเมืองลาวฝ่ายตะวันออกเฉียงเหนือ หัวเมืองลาวฝ่ายเหนือ และหัวเมืองลาวฝ่ายกลาง เมืองร้อยเอ็ดเป็นหัวเมืองเอกในจำนวน 12 เมืองของหัวเมืองลาวฝ่ายตะวันออกเฉียงเหนือ มีศูนย์การบริหารหัวเมืองอยู่ที่เมืองอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2437 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้โปรดเกล้าฯ ให้ตราระบบการปกครองเทศาภิบาลขึ้นใช้ปกครองส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ หัวเมืองลาวลาวจึงเปลี่ยนฐานะเป็นมณฑลลาวลาว ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นมณฑลตะวันออกเฉียงเหนือ และมณฑลอีสานตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2450 เมืองร้อยเอ็ดได้รับการยกฐานะขึ้นเป็นบริเวณร้อยเอ็ด โดยแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 5 เมือง คือเมืองร้อยเอ็ด เมืองสุวรรณภูมิ เมืองมหาสารคาม เมืองกมลาไสย และเมืองกาฬสินธุ์

ในปี พ.ศ. 2453 สมเด็จพระมหาสมณเจ้าพรหมเทพราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ทรงเห็นด้วยกับข้อเสนอของเทศาภิบาลข้าหลวงมณฑลอีสานว่า ควรแยกมณฑลอีสานออกเป็น 2 มณฑล คือ มณฑลอุบลราชธานีและมณฑลร้อยเอ็ด พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวก็ได้ทรงโปรดเกล้าฯ ให้เป็นไปตามที่เสนอ มณฑลร้อยเอ็ดจึงมีเขตปกครอง 3 จังหวัดคือ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์

พ.ศ. 2465 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวได้โปรดเกล้าฯ ให้รวมมณฑลร้อยเอ็ด มณฑลอุบล และมณฑลอุดร เป็นภาคเรียกว่า ภาคอีสาน มีอุปราชาประจำภาคอยู่ที่เมืองอุดรธานี ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2468 ได้โปรดเกล้าฯ ให้ยกเลิกภาคอีสาน แล้วปรับเปลี่ยนเป็นการปกครองระบบมณฑลตามเดิม ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2469 ได้โปรดเกล้าฯ ให้ยุบมณฑลร้อยเอ็ด มณฑลอุบล และมณฑลอุดร แล้วให้เปลี่ยนชื่อเป็น จังหวัด ขึ้นต่อมณฑลนครราชสีมา

ระหว่างปี พ.ศ. 2445-2455 ได้เกิดกบฏผีบุญขึ้นในจังหวัดร้อยเอ็ดอันมีสาเหตุมาจากการยกเลิกการปกครองแบบดั้งเดิม โดยยกเลิกตำแหน่งเจ้าเมือง แล้วแต่งตั้งข้าราชการจากส่วนกลางไปปกครอง ทำให้เกิดการต่อต้านจากกลุ่มเจ้าเมืองเดิมและทายาท กบฏผีบุญเกิดขึ้นจากการมีผู้อ้างตัวเป็นผู้วิเศษตามท้องถิ่นต่าง ๆ ในภาคอีสาน ในที่สุดก็ถูกทางราชการปราบได้ราบคาบ

ในปี พ.ศ. 2469 อำมาตย์เอกพระยาสุนทรเทพกิจจารักษ์ (ทอง จันทรางศุ) ข้าหลวงจังหวัดร้อยเอ็ดเห็นว่า บึงปลาญชัย (เดิมใช้ว่าบึงพระลานชัย) ซึ่งตั้งอยู่ใจกลางเมืองร้อยเอ็ดตื้นเขิน ถ้าปล่อยทิ้งไว้บึงก็จะหมดสภาพไป จึงได้ชักชวนชาวบ้านจากทุกอำเภอมาขุดลอกบึงเพื่อให้มีน้ำขังอยู่ได้ตลอดปี ได้ดำเนินการขุดลอกบึงทั้งกลางวันและกลางคืนอยู่ 2 ปี มีชาวบ้านมาร่วมขุดลอกบึงถึง 40,000 คน นับว่าเป็นผลงานที่ยิ่งใหญ่แห่งหนึ่งของไทยที่ควรจารึกไว้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกหลานไทยต่อไปชั่วกาลนาน ต่อมาก็ได้มีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องจนเป็นมรดกที่สำคัญของจังหวัดร้อยเอ็ดมาตราบนานเท่านาน

#### ข้อมูลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดร้อยเอ็ด

องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด	จำนวน	1	แห่ง
เทศบาลเมือง	จำนวน	1	แห่ง
เทศบาลตำบล	จำนวน	73	แห่ง
องค์การบริหารส่วนตำบล	จำนวน	129	แห่ง

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. งานวิจัยภายในประเทศ

#### 1.1 งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม

ในการวิจัยครั้งนี้ปัจจัยที่ผู้วิจัยศึกษาได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการสุขภาพ การรับรู้บทบาทในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการบริหาร ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยเกี่ยวกับกลไกของรัฐ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ผู้วิจัยศึกษาในครั้งนี้โดยตรง แต่มีการศึกษาในลักษณะที่ใกล้เคียง ดังนี้

ยุคนธ์ หุติปัญญะบุตร (2546 : 95-100) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 41-51) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยสนใจอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547 : 101,111) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง อยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = 0.401$ )

ปิยะนารด สิงห์ชู (2547 : 78-81) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้อยู่ในระดับดีมาก โดยความรู้ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการคุ้มครองและป้องกันโรคในท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ยุพาพร สุภาคี (2547 : 81-87) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ไพฑูรย์ วงษ์ขจรเลิศเมธา (2547 : 62-100) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านการวางแผนงานสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดยะลา พบว่า การสนับสนุนจากภาครัฐอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม.

ณัฐพงศ์ ดามาพงศ์ (2549 : บทคัดย่อ) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.350$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

คุณากร สุวรรณพันธุ์ (2550 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดหนองคาย พบว่า แรงจูงใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบล ได้แก่ ปัจจัยค้ำจุน ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ปัจจัยจูงใจ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายในการบริหาร ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งปัจจัยทั้ง 5 ด้านสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 53.0 ปัญหาและอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ ร้อยละ 24.68 คือปัจจัยจูงใจด้านสภาพการปฏิบัติงาน

พรพันธ์ คชเดช (2550 : 126) ได้ศึกษา ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า ระดับปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และระดับปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับ



ปานกลางกับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี

วีระวัฒน์ หมั่นมา (2550 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องแรงจูงใจและการสนับสนุน  
จากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพ  
ชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยจูง  
ใจที่ร่วมพหุการณการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง ได้แก่ การยอมรับนับถือ การสนับสนุนจาก  
องค์กรด้านการบริหาร ลักษณะของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พงษ์เทพ ดีเสมอ (2552 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการ  
สุขภาพภาคประชาชน ในจังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการ  
ประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับการจัดการ  
สุขภาพภาคประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ตัวแปรที่สามารถทำนายการจัดการ  
สุขภาพภาคประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้แก่การสนับสนุนด้านทรัพยากร  
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอาชีพ โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการสุขภาพภาค  
ประชาชนในจังหวัดสุรินทร์ ได้ร้อยละ 39.7

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของภาคี  
เครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ในงานวิจัยที่  
ศึกษาจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจเป็นส่วนมาก ซึ่งผลการวิจัยปรากฏว่าแรงจูงใจใน  
ด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน แต่ไม่พบงานวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นกรอบ  
แนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้โดยตรง ซึ่งผู้วิจัยได้อาศัยข้อมูลจากการศึกษาทฤษฎีและ  
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริงว่าปัจจัยที่น่าจะส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย  
การจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ  
นโยบายการจัดการสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการสุขภาพ การรับรู้บทบาทในการ  
จัดการสุขภาพ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการบริหาร ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยเกี่ยวกับ  
กลไกของรัฐ จึงได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้

## 1.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ

อนุชิต นิตธิธรรมยง และคณะ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนา  
รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน :  
กรณีศึกษาคำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาผลลัพธ์  
ของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลมาก ทำให้ชุมชนได้รู้จักชุมชนของ

ตนเอง รู้จักปัญหา สามารถวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดภาพอนาคตของชุมชน รวมทั้งได้ ประสบการณ์และทักษะการเรียนรู้จากการศึกษาดูงาน ซึ่งมีแรงจูงใจให้เกิดการรวมกลุ่มกันจัด กิจกรรม โครงการเป็นแผนแม่บทชุมชนพึ่งตนเอง

ไพรวลัย เพชะ โกศล (2546 : 93-96) ได้ศึกษาการจัดการสุขภาพของชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การจัดการสุขภาพของชุมชนในจังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ชุมชนมีการจัดการด้านการป้องกันโรคมกกว่าการจัดการ ในด้านส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการจัดการสุขภาพ เรียงจากมากไปน้อย คือ ประสบการณ์ในการจัดการ การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร การได้รับสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพและทรัพยากรด้านสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่ของชุมชนต่อการจัดการสุขภาพของชุมชน คือ ขาดแคลนวัสดุ อุปกรณ์และงบประมาณในการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนไม่ให้ความสำคัญต่อการแก้ปัญหา ทางด้านสุขภาพในชุมชน และสมาชิกในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2546 : 4) ได้ศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วน ตำบลต่อการส่งเสริมสุขภาพชุมชน : การวิเคราะห์และกลยุทธ์ทางเพศมิติ พบว่า จากการวิจัย สะท้อนให้เห็นว่า การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางเพศมิติ เป็นเรื่อง สำคัญที่จะมองข้ามเสียมิได้ในกระบวนการพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัย หรือในด้านใดในขณะเดียวกัน นักพัฒนาที่ต้องตระหนักว่ากลยุทธ์ในการพัฒนาต้องมีมิติทาง เพศ เน้นการมีส่วนร่วมของทั้งหญิงและชายอย่างเท่าเทียมกันในด้านโอกาส การรับรู้ช่องทาง ผลประโยชน์และสวัสดิการ งานวิจัยนี้สะท้อนบทบาทของสตรีในการส่งเสริมในการส่งเสริม สุขภาพในทุกระดับ การเอื้อให้องค์กรปกครองระดับฐานราก ซึ่งได้แก่ องค์การบริหารส่วน ตำบลสามารถเป็นสถาบันการเรียนรู้ร่วมกันในด้านการสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมทั้งหญิงและชาย เป็นสิ่งจำเป็นในกระบวนการพัฒนาสุขภาพ

ประเทือง ราษฎร์ศิริ (2547 : 69-71) ได้ศึกษาการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า บุคลากร โดย ส่วนรวมและจำแนกตามระดับการศึกษาและประสบการณ์ก่อนดำรงตำแหน่งสมาชิกองค์การ บริหารส่วนตำบล เห็นว่ามีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล โดยรวมและทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเรียงลำดับมากไปน้อย คือ ด้านการวางแผน ด้านการ ปฏิบัติตามแผนการดำเนินการให้เหมาะสมและด้านการตรวจสอบผลการดำเนินงาน บุคลากร

องค์การบริหารส่วนตำบลต่อการดำเนินงาน ไม่มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาจะนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานสาธารณสุขต่อไป

นัจรินทร์ เนื่องเฉลิม (2547 : 68-70) ได้ศึกษาการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลด้านสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การดำเนินงานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล มีการดำเนินงานในด้านการวางแผนมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านปฏิบัติงาน และด้านการติดตามประเมินผล ตามลำดับ ซึ่งด้านการวางแผน พบว่า มีการดำเนินงานสาธารณสุขในเรื่องการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลด้านสาธารณสุขมากที่สุด รองลงมาได้แก่ มีการกำหนดและวางแผนการจัดโครงการหรือกิจกรรมด้านการปฏิบัติงานพบว่า มีการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลในเรื่องการประสานงานกับหน่วยราชการอื่น ๆ หรือองค์กรเอกชนในท้องถิ่นมากที่สุด รองลงมา คือ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามแผนที่จัดตั้งไว้ ส่วนด้านการติดตามประเมินผลพบว่า มีการดำเนินงานเรื่องมีการควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรรมากที่สุด และรองลงมา คือการตรวจสอบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ สม่าเสมอ

พินินท์ แสนรำคาญ (2547 : 103-105) ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ศักยภาพด้านการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาตำบลอยู่ในระดับปานกลาง มีการนำข้อมูลที่มีอยู่ในชุมชนในหลายส่วนมาใช้ในการพิจารณากำหนดนโยบายและแผนพัฒนาตำบล แต่แผนที่ได้มักจะเป็นแผนที่ใช้แก้ไขสภาพและปัญหาสาธารณสุขที่มีความเร่งด่วนเสียเป็นส่วนใหญ่ องค์การบริหารส่วนตำบลมีศักยภาพในการจัดการองค์กรอยู่ในระดับดีมาก มีการจัดกำลังคนดูแลการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยให้สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้รับผิดชอบมากที่สุด มีการทำงานเป็นทีม บุคลากรในหน่วยงานเคยได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพ การประสานงานอยู่ในระดับดีมาก โดยมีการประสานงานแบบเป็นทางการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า องค์การบริหารส่วนตำบลขาดการสร้างเครือข่ายระดับชุมชนเพื่อการประสานงานอย่างแท้จริง และพบว่าศักยภาพด้านการประเมินผลอยู่ในระดับดีมาก มีการประเมินผลและแจ้งให้ประชาชนทราบ มีการนำผลการประเมินไปปรับปรุง แต่พบปัญหา คือ ยังขาดผู้มีความรู้ ความชำนาญในเรื่องการประเมินผล

ปรีชา อุปโยคิน, อภิสม อินทรลาวัณย์ และลันนา เอี่ยมงาม (2547 : 62-64) ได้ศึกษาวิจัยการกระจายอำนาจการปกครองสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายด้านสุขภาพก็เป็นภารกิจด้านหนึ่งที่ต้องมีการกระจายอำนาจหรือถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นจากการสัมภาษณ์คณะกรรมการสุขภาพพระดัดพื้นที่ ในเรื่องการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ พบว่า นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีความชัดเจนในการปฏิบัติและการดำเนินงานถ่ายโอนอำนาจ ในปัจจุบันเป็นเพียงการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่เท่านั้น แต่ต้องรวมไปถึงการถ่ายโอนบุคลากรด้านสาธารณสุข และงบประมาณที่จะใช้ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพด้วย แต่ในปัจจุบันการถ่ายโอนบุคลากรและงบประมาณยังไม่มี การถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างจริงจัง การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในปัจจุบันยังไม่มีกระจายอำนาจเต็มรูปแบบ

ธงชัย พุ่มชลิต (2547 : 68-72) ได้ศึกษาการประกันคุณภาพภายในสถานศึกษาตามความคิดเห็นของผู้บริหารและครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดตราด โดยใช้กรอบแนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิง (Deming Cycle) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบประเมิน (Check) การปรับปรุงแก้ไข (Act) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหาร จำนวน 34 คน และครูจำนวน 195 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัย พบว่า ระดับของความคิดเห็นของผู้บริหาร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก เพื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ ด้านการปรับปรุง แก้ไข และด้านการตรวจสอบประเมินผล อยู่ในระดับมากทุกด้าน ระดับของความคิดเห็นของครู พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ระดับของความคิดเห็นของครู พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูให้ความสำคัญด้านการตรวจสอบประเมินผล อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการปฏิบัติ ด้านการปรับปรุงแก้ไข และด้านการวางแผน อยู่ในระดับปานกลาง

วนิดา วีระกุล (2548 : บทคัดย่อ) ได้ประเมินระดับศักยภาพความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ในการประเมินทั้ง 6 หมวดตัวชี้วัด ภาพรวมของระดับศักยภาพความเข้มแข็งของชุมชน ส่วนใหญ่มีระดับศักยภาพอยู่ในระดับ 4 ดาว รองลงมา คือ ระดับ 5 ดาว ส่วนการประเมินระดับศักยภาพความเข้มแข็งในแต่ละหมวดตัวชี้วัด พบว่า มี 2 หมวด ตัวชี้วัดที่มีระดับศักยภาพความเข้มแข็งอยู่ในระดับ 5 ดาว ได้แก่ หมวดตัวชี้วัดที่ 1 การมีกลุ่มองค์กร กำลังคนและภาคเครือข่าย ในการจัดการระบบสุขภาพประเมินผลและปรับปรุงการทำงาน โดยการสร้างพลังชุมชน พบว่า ใน

ชุมชนมีการปรับกระบวนการทางสังคมให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของหมู่บ้าน มีความรู้และทัศนคติที่กว้างขวางตัวดีขึ้น

วัฒน์ ยศบันเทิง (2549 : 51-53) ที่ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ บ้านแม่ระมาด หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ระมาด อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก พบว่า หลักการประชุมเชิงปฏิบัติการ แคนนำชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัยมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพมากขึ้น ทำให้ผ่านเกณฑ์ชี้วัดของการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพทุกตัวชี้วัด

ศุริยา รักเจริญ (2549 : 206-212) ได้ศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดอุดรธานี ในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ พบว่าความพร้อมในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุด รองลงมา ด้านบริหาร ด้านงบประมาณ ด้านการสนับสนุนจากองค์กรและความพร้อมด้านบุคลากร ตามลำดับ จากการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะ คือ 1) ควรประเมินความพร้อมและเตรียมความพร้อมก่อนที่จะกระจายอำนาจด้านสุขภาพ 2) ควรกระจายอำนาจให้เฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมแล้วเท่านั้น 3) สนับสนุนให้องค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และ 4) ความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับกรณีศึกษาทางการเมืองระดับประเทศ

สำเนียง สิมมาวัน (2549 : 78-80) ได้ศึกษาการถ่ายโอนอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า 1) องค์การบริหารส่วนตำบลรับโอนภารกิจมาน้อยกว่าจำนวนภารกิจที่ได้มีการโอนถ่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างมาก ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการบริการสาธารณะ 2) สาเหตุหลักของปัญหาในการถ่ายโอนเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน อันเป็นผลมาจากความไม่ชัดเจนในการถ่ายโอน นอกจากนั้นยังมีปัญหาในด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ และ 3) แนวทางแก้ไขปัญหาในการถ่ายโอนอำนาจคือ การทำความเข้าใจให้ชัดเจนในเรื่องภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ การกำหนดนโยบายและแผนในการรองรับภารกิจถ่ายโอนอย่างชัดเจน รวมทั้งการถ่ายโอนบุคลากรและงบประมาณให้เหมาะสมและเพียงพอต่อการดำเนินการภารกิจถ่ายโอน

เกรียงศักดิ์ ธนอัสวนนท์ (2550 : 505-515) ได้ทำการศึกษาแบบหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ เป็นการศึกษาแบบจำลองของการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ใน 3 หมู่บ้าน



ของตำบลไทรย้อย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ คัดเลือกแบบเจาะจง หมู่บ้านละ 10 คน จำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างตัวแทนครัวเรือนสุ่มแบบง่ายหมู่บ้านละ 50 คน จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า แขนงนำสุขภาพมีบทบาทเป็นผู้นำการพัฒนา ควบคุมกำกับแผนงาน / กิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพระดับหมู่บ้าน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และติดตามประเมินผลในด้านการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทุกหมู่บ้านมีชมรมสร้างสุขภาพหมู่บ้านละ 1 ชมรม, ร้อยละ 80 ของครัวเรือนปลูกผักพื้นบ้านบริโภคเอง ตรวจไม่พบสารปนเปื้อนในร้านอาหาร มีชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 1 ชมรม หลังการดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าที่  $<.001$ ) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมร้อยละ 49.3 ออกกำลังกายทุกสัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน ครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 88 ล้างมือก่อนและหลังกินอาหาร ร้อยละ 84 เลือกซื้อสารปรุงแต่งอาหารโดยสังเกตฉลากและเครื่องหมาย อย., ร้อยละ 75.3 กำจัดทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์ ร้อยละ 73.3 เป็นสมาชิกทูบีเอ็มเบอร์วัน ไม่พบผู้เสพยาบ้า, ร้อยละ 88 ในหนึ่งปีที่ผ่านมาได้วัดแรงดันเลือด, กลุ่มตัวอย่างสตรีร้อยละ 63.3 ไปตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก และร้อยละ 93.7 ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง จากผลการศึกษาได้แสดงว่าการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนควรมีการส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทุกองค์กรและภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐต้องสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารแผนการสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้าน

พรพันธ์ คชเดช (2550 : 126) ได้ศึกษา ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 43 ปี ระยะเวลาในการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อยกว่า 10 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานและปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานและปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ



อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้แก่ ด้านการจัดการงบประมาณ การจัดทำแผนด้านสาธารณสุข และด้านการประเมินผล

วัฒนา โปธา (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์การจัดการสุขภาพในตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สถานีอนามัย (สอ.) องค์กรประชาชน และองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งเพื่อหารูปแบบและข้อเสนอเป็นแนวทางการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสุขภาพโดยเครือข่ายในตำบล ผลการศึกษาพบว่า เรื่องการจัดการสุขภาพในตำบลนั้น ภาคประชาชนยังขาดความศรัทธาและขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เพราะเป็นฝ่ายตั้งรับกิจกรรมการพัฒนาที่ถูกกำหนดมาจากภายนอก และการเร้าจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค ส่งผลให้ประชาชนขาดการเอาใจใส่และใช้ชีวิตด้วยความประมาท และดูเหมือนจะคลอนว่า ภูมิปัญญาที่มีการสั่งสมมายาวนานนั้นล้าสมัย ก่อให้เกิดการทัศนคติในการฟังฟังผู้อื่น และบุคคลจากภายนอกชุมชนสำหรับในส่วนของ องค์การบริหารส่วนตำบล นั้น พบว่ามีทัศนคติต่อการพัฒนาด้านสุขภาพ แต่มีภารกิจที่ต้องดำเนินการหลากหลายที่ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกด้าน และถูกคาดหวังจากการรับรู้ของสังคมสูงมาก แต่ องค์การบริหารส่วนตำบล ยังมีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ทัศนคติและภูมิหลังของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งหากชอบคลุกคลีกับประชาชน และชอบทำงานพัฒนางานก็จะเกิดบรรยากาศที่ดี และการติดต่อประสานงานจากภาคประชาชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องจะราบรื่นใน องค์การบริหารส่วนตำบล หากมีบรรยากาศการทำงานแบบเป็นที่เป็นที่ เป็นน้อง ญาติมิตรมีการทำงานเป็นทีม ก็จะส่งผลที่เอื้อต่อการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบลนั้น เนื่องจากมีโครงการบริหารราชการแผ่นดินที่ต้องรอรับคำสั่งการปฏิบัติการจากหน่วยงานที่อยู่เหนือขึ้นไป จึงมักไม่ค่อยให้ความสำคัญต่อการประสานงาน และสนับสนุนการดำเนินงานของ องค์การบริหารส่วนตำบล และรอฟังคำสั่งจากผู้บังคับบัญชา ส่งผลให้การทำงานไม่เอื้อต่อการดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย และไม่สอดคล้องต่อการปฏิบัติงานของ องค์การบริหารส่วนตำบล ที่ต้องการการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร วิชาการ วิธีการและแนวทางจากหน่วยงานราชการ เพื่อใช้ประกอบการวางแผนและการพัฒนา แต่หากที่ใดมีข้าราชการคิดนอกกรอบ มีทัศนคติที่ดีต่องานพัฒนาและทำงานใกล้ชิดกับประชาชน และ องค์การบริหารส่วนตำบลก็มักจะได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการทำงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลด้วยดีเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์ไปด้วย จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอต่อแนวทางการดำเนินงาน โดยควรจัดให้มีเนื้อหาสาระที่ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ โดยเครือข่ายแก่องค์การบริหารส่วน

ตำบล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้นำองค์กรประชาชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นการประหยัดเวลา งบประมาณ ลดความซ้ำซ้อน และช่วยลดความขัดแย้ง และปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้กับกลุ่ม และองค์กรต่าง ๆ ในตำบลรวมทั้งควรส่งเสริมสนับสนุนให้ใช้ “กระบวนการแผนชุมชน” เป็นกลไกที่ก่อให้เกิดพื้นที่สาธารณะในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างแท้จริงของคนในชุมชน โดยกำหนดให้ “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นประเด็นรวม เพื่อแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในตำบล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล และหากเชื่อมโยงไปสู่การจัดการสุขภาพ โดยนัยของคำว่า “รัฐศาสตร์สุขภาพ” ได้ย่อมส่งผลต่อความเข้าใจและความตระหนักของประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนตำบล ในการให้ความสำคัญต่อการผลักดันให้เกิด “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ในระดับตำบลมากขึ้น

อัญญรัตน์ ยูชูปสวัสดิ์ (2550 : 174-184) ได้ศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการรองรับการกระจายอำนาจ ด้านสาธารณสุขผู้ท้องถิ่น : กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ด้านนโยบายที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ยังไม่มีความชัดเจนต่อการนำไปปฏิบัติและไม่มีความต่อเนื่อง ด้านงบประมาณทุกที่ยังมีความกังวลไม่เข้าใจว่าจะบริหารรูปแบบใด ด้านบุคลากร ทุกองค์การบริหารส่วนตำบลมีมีบุคลากรด้านสาธารณสุขปฏิบัติงานโดยตรง ใช้เพียงการประสานงานเท่านั้น โดยให้ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลรักษาราชการในตำแหน่งหัวหน้าส่วน ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ ส่วนกลางขาดความชัดเจนทางด้านนโยบาย ทำให้การปฏิบัติมีปัญหา

อำนาจ ถนอมทอง (2550 : 71-76) ได้ศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตอำเภอจันทร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาด้านการดำเนินงานสาธารณสุขพบว่า ด้านการปฏิบัติตามแผน การตามแผน การตรวจสอบผลการดำเนินการ และด้านการดำเนินการที่เหมาะสม ความเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการวางแผนมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ ควรจัดให้มีการฟื้นฟูประสิทธิภาพขององค์กร เช่น จัดฝึกอบรมเพื่อเสริมความรู้ความสามารถในด้านต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกและบุคลากรและสร้างทัศนคติที่ดีในการมองงานให้รอบด้านและตรงประเด็น

เศรษฐพงศ์ อาลีมินทร์ (2552 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เขตอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

แบบ 2 กลุ่ม ใช้แบบสอบถาม กลุ่มทดลอง จำนวน 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 47 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ การมีส่วนร่วม มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยองค์การชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความพึงพอใจ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.005

ชรัช พรอำนวยการ (2552 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา โปรแกรมการสร้างพลังแก่นักจัดการสุขภาพในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้และการปฏิบัติในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หลังจากได้รับการอบรมตาม โปรแกรมการสร้างพลังแก่นักจัดการสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยสรุป โปรแกรมการสร้างพลังแก่นักจัดการสุขภาพสามารถนำไปปรับใช้เพื่อเพิ่มพูน ความรู้และการปฏิบัติให้กับนักจัดการสุขภาพของหมู่บ้านอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายกัน

พงษ์เทพ ดีเสมอ (2552 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพภาคประชาชน ในจังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า การจัดการสุขภาพภาคประชาชน ในจังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับพอใช้ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้แก่ ด้านการควบคุมและแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านการจัดบริการ สุขภาพขั้นพื้นฐาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการพัฒนากิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และพบว่าเพศ อายุ สภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพรายได้เฉลี่ยต่อปีต่อครัวเรือน และจำนวนกองทุน ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการสุขภาพภาคประชาชน ส่วนอาชีพ จำนวนประชากรขนาดชุมชน จำนวนกลุ่มที่ดำเนินกิจกรรมในชุมชนการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการประเมินด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการสุขภาพภาคประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ตัวแปรที่สามารถทำนายการจัดการสุขภาพภาคประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้แก่การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอาชีพ โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการสุขภาพภาคประชาชนในจังหวัดสุรินทร์ ได้ร้อยละ 39.7 ปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่ของการจัดการสุขภาพภาคประชาชน ในจังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณการดำเนินงานในชุมชน แกนนำชุมชนขาดความรู้ในการดำเนินงาน และประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและไม่เห็นความสำคัญในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพ

พรวิมล พุฒซ้อน (2552 : 98) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัย พบว่า 1) อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45.3 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรกรรม รายได้พอเพียง ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 11 ปี เข้าสู่ตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขโดยวิธีสมัครใจ และเป็นสมาชิกกลุ่มชมรมต่างๆ ในหมู่บ้านมากที่สุด แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับสูง 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในภาพรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูงยกเว้นด้านการจัดการงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขแรงจูงใจภาพรวม ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน และ 4) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่สำคัญคือ ประชาชนไม่เห็นความสำคัญทางด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย ขาดวัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมต่างๆ งบประมาณ ไม่เพียงพอและล่าช้า และ อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผน ข้อเสนอแนะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการจัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพและประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมอย่างพอเพียง ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนงบประมาณอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องและจัดอบรมแกนนำสุขภาพในการจัดทำแผนพัฒนาด้านสุขภาพ

กันธิมา ศิริกุล (2553 : 78) ได้ศึกษา ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในจังหวัดนครปฐม ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้ปฏิบัติงานเป็นเพศหญิงในสัดส่วนที่มากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 34.08 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูงกว่าปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเฉลี่ย 2.967 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีส่วนสาธารณสุข ไม่เคยส่งบุคลากรเข้าอบรมด้านสาธารณสุขและไม่เคยสนับสนุนงบประมาณในการจัดการให้ความรู้ด้านจัดการสุขภาพแก่บุคลากร 2) องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการด้านสาธารณสุขตามสภาพความเร่งด่วนของปัญหา และจัดสรรงบประมาณทรัพยากร ตามความสำคัญของแผน 3) องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่กำหนดคนโยบายและจัดสรรงบประมาณสำหรับแผนพัฒนาสาธารณสุข และจัดอบรมให้ความรู้

สำหรับโครงการและป้องกันโรคต่าง ๆ ยาเสพติด การอบรมความรู้ด้านสุขภาพแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน และออกกำลังกายในชุมชน 4) องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่สนับสนุนงบประมาณ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชน จัดขึ้นในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มีจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบเฉลี่ย 1.5814 คน 5) องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง และ 6) เพศ การได้รับการอบรมและประสบการณ์การทำงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวนหมู่บ้านที่องค์การบริหารส่วนตำบลรับผิดชอบ การจัดสรรงบประมาณสำหรับ โครงการออกกำลังกาย การจัดการบริการด้านสุขภาพ และการป้องกันยาเสพติด พบว่ามีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

ไพบูลย์ แสงโทโพธิ์ (2553 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ เป็นรูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัยได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอนตามที่กำหนดไว้ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจข้อมูลสภาพทั่วไปของหมู่บ้าน 2) ศึกษาดูงานหมู่บ้านพัฒนาต้นแบบอื่น 3) วิเคราะห์สถานการณ์และจัดทำแผนสุขภาพชุมชน 4) ปฏิบัติการตามแผน และ 5) ประเมินผลการดำเนินงาน จากผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการดำเนินการมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในด้านผลสำเร็จตามเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ พบว่า สามารถบรรลุผลตามเกณฑ์ประเมินทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดทำแผนด้านสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ และการประเมินผลการจัดการสุขภาพซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับ 5 ดาว เป็นต้นแบบของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

เศรษฐพงศ์ อาลีมินทร์ (2552 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของ องค์การชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ องค์การชุมชนกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 องค์การชุมชนกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ



อยู่ใน ระดับมาก ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

สมเกียรติ ออกแดง (2554 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา การประยุกต์ใช้ กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่าย สุขภาพในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การรับรู้แนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการ สุขภาพ แรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.05$ ) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างใน กลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.05$ )

เย็นฤดี กะมุกดา (2554 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา รูปแบบการจัดการสุขภาพของ ประชาชนที่เหมาะสม โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาคกลางตอนบน ผลการวิจัยพบว่า ความเป็นมาของการจัดการสุขภาพของประชาชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาคกลาง ตอนบน เริ่มเมื่อ พ.ศ. 2537 ส่วนใหญ่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นการดูแลด้านอนามัยและ สิ่งแวดล้อม การจัดการเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลมูลฝอยและขยะการคุ้มครองผู้บริโภค และ การควบคุมโรคติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ โรคพิษสุนัขบ้าและโรคไข้เลือดออก เท่านั้น ใน ส่วนของการจัดการสุขภาพส่วนใหญ่ ยังเป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข ทั้งด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้นและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหรือ ผู้พิการสภาพ ปัจจุบัน และปัญหาของการจัดการสุขภาพของประชาชน ในด้านกำลังคนขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบไม่เพียงพอ ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ส่วนใหญ่เพียงพอต่อการ ดำเนินงาน มีเพียง 1 แห่ง ที่อุปกรณ์ทันสมัยไม่เพียงพอ ด้านงบประมาณ ได้รับงบประมาณ สนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบกองทุนที่ ใช้ได้ เฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและควบคุม ป้องกันโรคติดต่อ เท่านั้น จึง ไม่สามารถใช้เงิน แก้ปัญหาอื่นที่จำเป็นได้ เพราะองค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่มีโครงสร้างส่วนสาธารณสุข รองรับ รูปแบบการจัดการสุขภาพของประชาชนที่เหมาะสมในภาคกลางตอนบนนั้น พบว่า ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการจากทุกภาคส่วน ประกอบด้วย ส่วนเจ้าหน้าที่ ภาครัฐ เอกชนองค์กรต่าง ๆ แกนนำชุมชนและที่สำคัญคือประชาชน จัดตั้งในระดับตำบล ซึ่ง ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการในด้าน



การจัดการ เบิกจ่ายงบประมาณ และให้ส่วนสาธารณสุขดำเนินการในด้านสุขภาพ กำหนดโครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขให้อยู่ในส่วนของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดทำแผนงานและมีการดำเนินการให้ครอบคลุมทั้ง 4 งาน ได้แก่ งานสุขภาพและสิ่งแวดล้อม งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานบริการสาธารณสุข และงานส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า ปัญหาส่วนใหญ่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาเหตุสำคัญของปัญหานั้นสืบเนื่องมาจากการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับโครงสร้างอำนาจทางการเมือง การบริหารที่เน้นการรวมศูนย์อำนาจ พอมีกฎหมายออกมาบังคับให้ต้องมีการกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่น ทางส่วนกลางก็กระจายอำนาจการปกครองลงมา มีผลทำให้ท้องถิ่นต้องรองรับการดำเนินการภารกิจในด้านต่าง ๆ ที่ถ่ายโอนมาและในขณะเดียวกันตัวองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองยังมีข้อจำกัดหลายประการที่จะรองรับภารกิจในด้านต่าง ๆ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงสนใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของบุคลากรด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาชนผู้เป็นเจ้าของปัญหา ร่วมคิดหาวิธีดำเนินการแก้ปัญหา โดยให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นผู้ที่ส่งเสริม สนับสนุน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทและอำนาจหน้าที่ในการดูแลด้านสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ต่อไป

### 1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

บานเย็น ณ หนองคาย (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C และอบรมสร้างพลัง พบว่าภายหลังการอบรม กลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อติดตามหลังการอบรมพบว่า ร้อยละ 80 ของแกนนำชุมชนกลุ่มทดลองปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมสำเร็จตามที่ตั้งไว้โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจและมีพลังในการทำงาน จึงเป็นผลดีต่อการดำเนินงานหลังการจัดอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ

ณันท์ โจอาจหาญ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษากระบวนการการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขชุมชน ที่ตนเอง พบว่าการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

Appreciate Influence Control : A-I-C ทำให้แกนนำชุมชนเห็นคุณค่าในตนเองมีความสามารถในการทำงานร่วมกัน คือ มีการพัฒนาทักษะการฟัง การพูด การวิเคราะห์ปัญหา การนำทรัพยากรมาใช้ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในหมู่บ้าน กระบวนการเรียนรู้ของแกนนำชุมชนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสามารถจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขชุมชนพึ่งตนเองได้

นันทิยา พิมพ์แพง (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดสระแก้ว พบว่ามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ามีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด น้อยที่สุดด้านการวางแผน เพศ สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรมการศึกษาชุมชนและการวางแผนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ามีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกด้าน

พลากร สืบสำราญ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุขระดับตำบล กรณีศึกษาเฉพาะพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับดี แต่ยังมีบางส่วนที่มีความเข้าใจที่ผิด ๆ เกี่ยวกับบทบาทองค์การบริหารส่วนตำบลในงานการพัฒนาความรู้ด้านสาธารณสุข บทบาทในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในท้องถิ่น และการจัดการบริการสาธารณสุขระดับตำบล และยังพบอีกว่ามีผู้ที่ไม่รู้ว่างานสาธารณสุขมูลฐานประกอบด้วย 14 กิจกรรมที่สำคัญ ไม่รู้ว่าการจัดบริการสาธารณสุขระดับตำบลอยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล และไม่รู้จักการพัฒนาความรู้สาธารณสุขแก่ประชาชนเป็นบทบาทองค์การบริหารส่วนตำบล

เครือออน มานิตยกุล (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอเมือง และอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยสื่อตามป้ายประกาศ และคิดว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ระดับความพึงพอใจในด้านอาคารสถานที่อยู่ในระดับมาก และระดับความพึงพอใจ

ด้านเทคโนโลยีอยู่ในระดับมากและผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อโครงการหลักประกันสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ข้อดีของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของครอบครัว ลดความวิตกกังวลใจของผู้ป่วยและญาติมิตร ข้อด้อยของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุมทุกโรค การกำหนดให้ใช้บริการได้เฉพาะสถานบริการที่กำหนดเป็นอุปสรรคต่อการย้ายถิ่นฐาน สถานพยาบาลที่กำหนดไว้มีคุณภาพการบริการการรักษาพยาบาลไม่เท่าเทียมกัน ไม่สามารถทำการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษายังสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับบริการได้สะดวกและต่อเนื่องจากที่เคยรับการรักษาไว้ยังสถานพยาบาลแห่งเดิม ในการออกบัตรทองมีขั้นตอนยุ่งยากและใช้เวลานาน การให้ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำแก่ประชาชนถึงวิธีการใช้บัตรทองยังไม่ละเอียดเพียงพอ ปัญหาในการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลคือการบริการล่าช้า ผู้ป่วยรอคอยนาน การพูดจากับผู้ป่วยไม่เพราะ แพทย์ พยาบาลไม่ค่อยให้ความสนใจใส่ผู้ป่วยเท่าที่ควรคุณภาพการรักษาพยาบาลและยาตำ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้รับบริการถึงวิธีการรับบริการและระบบการให้บริการของโรงพยาบาลมีน้อยเกินไปทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน นอกจากนี้สิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติ อาทิเช่น สถานที่จอดรถมีไม่เพียงพอ

สมศรี นวรัตน์ (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเครือข่ายบริการโรงพยาบาลบ้านลาดอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเครือข่ายบริการโรงพยาบาลบ้านลาดมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 ด้าน คือด้านบริหารด้านการบริการ ด้านวิชาการ ผู้นำชุมชนและองค์กรในชุมชนที่มีส่วนสนับสนุนในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วยองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สภาตำบล (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) โรงเรียน วัด ชมรมผู้สูงอายุ และสหกรณ์เครดิตยูเนียน โดยการสนับสนุนในหลายรูปแบบได้แก่ การเงินการคลัง ขึ้นทะเบียนและออกบัตร การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค

เอกรัฐ แก้วสง่า (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการพัฒนาสุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยเพียงพอ ได้รับการเยี่ยมนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอ ได้รับการฝึกอบรมความรู้เพิ่มเติม เกือบทั้งหมดมีความภูมิใจที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นสมาชิกของชมรม

อาสาสมัครสาธารณสุขในสัดส่วนที่ใกล้เคียงไม่ใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเดียวไม่มีตำแหน่งทางสังคมปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมมีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพในระดับสูง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการติดเชื่อเฮดส์เกิดจากการกระทำของตนเอง ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการมีสุขภาพดีเกิดขึ้นได้เพราะตัวเราเอง

พัชรินทร์ สมบูรณ์ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกตามระยะเวลาเป็นอาสาสมัครแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบไม่พบความแตกต่าง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเองสามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้ร้อยละ 38.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ไพฑูรย์ อินทร์มณี (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาบทบาทของพหุภาคี ที่ส่งผลต่อการเกิดองค์กรชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (ยาบ้า) ในโรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่าบทบาทของพหุภาคีเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (ยาบ้า) ในโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกพิจารณารายตัวแปร พบว่า อยู่ในระดับมาก 6 ด้าน คือการกระตุ้นการสนับสนุน การป้องกัน การปราบปราม การให้คำแนะนำปรึกษา การประสานงานและการวางแผน ส่วนการแก้ไขปัญหายาอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการเกิดองค์กรชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก 6 ด้าน คือการวางแผนการจัดสรรทรัพยากร กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายการจัดองค์กร การจัดระบบบริหาร การจัดทีมงาน ส่วนการประเมินผล สรุปผล อยู่ในระดับปานกลาง บทบาทพหุภาคีกับการเกิดองค์กรชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด (ยาบ้า) ในโรงเรียนมัศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บทบาทของพหุภาคีกับการเกิดองค์กรชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด (ยาบ้า) ในโรงเรียนมัธยมศึกษา 5 บทบาท คือการประสานงาน การป้องกัน ปราบปราม การป้องกันการสนับสนุน การให้คำปรึกษาและการกระตุ้นบทบาทของพหุภาคีกับการเกิดองค์กรชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด (ยาบ้า) ในโรงเรียนมัธยมศึกษา

ด้านการวางแผน 5 บทบาท คือการประสานงาน การป้องกันปราบปราม การสนับสนุน การให้คำปรึกษาและการกระตุ้น

ศศิภาพรรณ คมสัจย์ธรรม (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการรับรู้ต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน ตำบลพระสิงห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.2 ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 43.3 สามารถให้ความหมายของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ถูกต้อง รับรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.3 กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และขั้นตอนการรับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังมีการรับรู้ต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ครอบคลุม ดังนั้นพนักงานของรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชาสัมพันธ์และการพัฒนาสื่อต่าง ๆ ที่ให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนมีการรับข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้อง

ไพโรจน์ จันทร์มณี (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนากลยุทธ์แบบพหุภาคีเพื่อลดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ จังหวัดหนองคาย พบว่าความรุนแรงของการได้รับอุบัติเหตุลดลงจากปี 2546 จากร้อยละ 8.70 เหลือ 2.35 ประชาชนชาวอำเภอโพนพิสัยมีส่วนร่วมในการหากกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอย่างเป็นรูปธรรม ระดับจิตสำนึกในการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับ 0.01 และเป็นไปได้ในแนวทางเดียวกัน ส่วนความรู้กับการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรู้สึกรับผิดชอบกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คุณากร สุวรรณพันธ์ (2549 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า ภายหลังจากจัดอบรมให้ความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพแก่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขนักจัดรายการวิทยุ และผู้ดูแลหอกระจายข่าว เพื่อเป็นเครือข่ายหลักประกันสุขภาพในการทำหน้าที่ติดตามการขึ้นทะเบียนสิทธิ เป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการใช้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น

เกรียงศักดิ์ ธนอัสวนนท์ (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษารูปแบบหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การจัดเวทีประชาคมแกนนำสุขภาพที่คัดเลือกแบบเจาะจง ผลการศึกษา พบว่าแกนนำสุขภาพมีบทบาทเป็นผู้นำการพัฒนาควบคุม กำกับแผน กิจกรรม



สร้างเสริมสุขภาพระดับหมู่บ้านประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ติดตามประเมินผล ในด้านการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกหมู่บ้านมีชมรมสร้างสุขภาพหมู่บ้านละ 1 ชมรม ร้อยละ 80 ของครัวเรือนปลูกผักพื้นบ้านบริโภคเอง ตรวจไม่พบสารปนเปื้อนในร้านอาหาร มีชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 1 ชมรม หลังการดำเนินโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 100 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า  $p < .001$ ) จากผลการศึกษาได้แสดงว่า การสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนควรมีการส่งเสริมและพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานของทุกองค์กรและภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐต้องสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารแผนการสร้างสุขภาพของหมู่บ้าน

เดชา แซ่หลี (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบและผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหานามัยแม่และเด็กแบบบูรณาการ และมีส่วนร่วม อำเภอเกาะพิ้อ จังหวัดปัตตานี พ.ศ. 2542 ถึง 2550 โดยกิจกรรม 3 ด้าน คือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การเพิ่มการเข้าถึงบริการการพัฒนาคุณภาพบริการ ผลลัพธ์การดำเนินการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ 4 ครั้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และมาคลอดที่โรงพยาบาล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (ตามเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย) พบว่า การฝากครรภ์ที่ได้มาตรฐานในปีงบประมาณ 2542-2550 คิดเป็นร้อยละ 78.9, 89.0, 93.4, 94.0, 97.5, 97.5, 98.4, 95.4, และ 98.1 ตามลำดับ และการคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 52.1, 54.6, 63.7, 72.4, 81.5, 81.8, 97.1, 97.5, และ 97.6 ตามลำดับ การศึกษานี้ได้เสนอรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการแก้ปัญหาแบบวางแผนดำเนินการ ประเมินผล ปรับแก้ข้อบกพร่อง และการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน

โสภณ วิเชียรประไพ (2551 : 615-622) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตรวจประเมินคุณภาพแบบเครือข่ายของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้ในการดำเนินงานตามมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยการตรวจประเมินคุณภาพแบบเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ (2551 : 1021-1030) ได้ศึกษาการพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลระดับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นการจัดทำแผนการมี



ส่วนร่วมและชั้นนำแผนไปสู่การปฏิบัติ การศึกษาพบว่าการใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบปรึกษาหารือผ่านการประชุมกลุ่มย่อย การกำหนดนโยบาย การจัดตั้งศูนย์การดูแลระดับประกรอง และกำหนดทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย จากผู้ป่วย 91 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 35 ราย การให้บริการของศูนย์ที่มากที่สุด คือ การสาริดและให้ญาติฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเจ้าหน้าที่ไปร่วมงานฉาปนกิจผู้ป่วย 18 ราย การพัฒนาต้นแบบนี้ดำเนินการตามหลักการมีส่วนร่วม 4 ประการ คือ เริ่มแต่เนิ่น ๆ คนกลางความจริงใจ และความเหมาะสม การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าการดำเนินงานของศูนย์บริการมีจุดแข็ง คือ นโยบายชัดเจน มีการสื่อสารที่ดี จุดอ่อนคือ ระบบงบประมาณไม่เอื้อต่อการจัดระบบบริการ โอกาสพัฒนาคือ การมีบัญญัติเรื่องการมีส่วนร่วมในรัฐธรรมนูญและนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และภาวะคุกคาม คือ การถ่ายโอนสู่ท้องถิ่น

ใจทิพ ดาวภคพันธ์ (2552 : 120) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหลักประกันสุขภาพจังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาทั้ง 4 ด้านดีขึ้นทุกด้าน ดังนี้ 1) บุคลากรในภาคีเครือข่ายหลักประกันสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพก่อนการทดลอง โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพหลังการทดลอง โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) บุคลากรในภาคีเครือข่ายหลักประกันสุขภาพ มีทรัพยากรในการดำเนินงานก่อนการทดลอง โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และมีทรัพยากรในการดำเนินงานหลังการทดลอง โดยรวมและเป็นรายด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) บุคลากรในภาคีเครือข่ายหลักประกันสุขภาพมีกระบวนการดำเนินงานก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย และมีกระบวนการดำเนินงานหลังการทดลองอยู่ในระดับมากซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) บุคลากรในภาคีเครือข่ายหลักประกันสุขภาพมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก รายด้านที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การค้นหาปัญหาและการวางแผนแก้ไขปัญหาซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุป การนำเอาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและทฤษฎีการบริหารจัดการ ในการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในภาคีเครือข่ายหลักประกันสุขภาพครั้งนี้ ทำให้บุคลากรในภาคีเครือข่ายเกิดการ

เปลี่ยนแปลงความสามารถด้านการจัดการดีขึ้นจากเดิม ดังนั้น จึงควรนำผลการวิจัยไปขยายผล และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่แห่งอื่น ๆ ต่อไป

#### 1.4 งานวิจัยเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย

ประหยัด จตุพรพิทักษ์กุล (2538 : 2-3) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการ เสริมสร้างเครือข่ายและการถ่ายทอดความรู้ในเครือข่ายการเรียนรู้ของชุมชน เกี่ยวกับ เกษตรกรรมทางเลือกเป็นการเรียนรู้ในรูปแบบใหม่ที่เชื่อมสัมพันธ์กับสถาบันภายนอกใน รูปแบบเวทีชาวบ้าน การประชุมสัมมนา การจัดฝึกอบรม การศึกษาดูงาน

วิมลลักษณ์ ชูชาติ (2540 : 198) ได้นำรูปแบบของกระบวนการสร้างเครือข่าย การเรียนรู้ในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ โดยการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ที่ประสบความสำเร็จ มีการพัฒนาการจากเครือข่ายระดับคนไปสู่คน คนไปสู่กลุ่ม และกลุ่มไปกลุ่ม ได้ศึกษา กระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการสร้างสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุไท่เก๊กภูเก็ต อำเภอกุฎีเขย จังหวัดชัยภูมิ พบว่า เครือข่ายสร้างสุขภาพ เกิด โครงสร้างเครือข่ายความร่วมมือและ สัมพันธ์ระหว่างกันจากภาคองค์กรในภาคราชการ องค์กรภาคธุรกิจเอกชน และองค์กรภาค ประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสื่อสารด้านสุขภาพ โดยมีการวิเคราะห์ปัญหา แนวทาง มาตรการกำหนดวัตถุประสงค์ กลยุทธ์การจัดทำแผนปฏิบัติการ 3 ปีฉบับร่างและประเมินผล ในการสร้างสุขภาพในประเด็น 5 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัยชุมชน อารมณ์และ อโรคนยา

นุชนาฏ จันทวิเศษ (2543 : 3) ได้ศึกษา “เครือข่าย” ในการจัดทรัพยากรแบบ มีส่วนร่วม กรณีศึกษาชุมชนอุซูด ทะเลสาบสงขลา พบว่า พัฒนาการเกิดของเครือข่ายเริ่ม จากการเกิดกลุ่มองค์กรในชุมชนอุซูดขึ้น แล้วมีการเชื่อมต่อไปยังกลุ่มต่าง ๆ จากภายนอกให้ มี การทำงานเป็นเครือข่ายกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ การฟื้นฟูทะเลสาบสงขลา และพบว่า กระบวนการที่เกิดขึ้นอาศัยปัจจัยเงื่อนไขภายในชุมชนที่ก่อให้เกิดการรวมตัวกันในการ แก้ปัญหาของชุมชน ในระดับหนึ่งประกอบด้วยกรณีจิตสำนึกร่วมของคนในชุมชน การเผชิญ ภาวะวิกฤติร่วมกัน การมีผู้นำที่หลากหลายและเข้มแข็ง การมีโครงสร้างความสัมพันธ์ทาง สังคม ในแนวราบมีองค์กรชุมชนที่มีองค์ประกอบของผู้คนที่หลากหลายมีศักยภาพในการ ทำงาน การมีช่องทางสื่อสารภายในชุมชนที่หลากหลายและเอื้อให้คนได้มารวมกันพบปะ แลกเปลี่ยนกัน ซึ่งปัจจัยเงื่อนไขต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการผลักดันให้เกิดการ เชื่อมโยงต่อกับกลุ่มต่าง ๆ ให้เข้ามาทำงานเป็นเครือข่ายในการจัดการดูแลทะเลสาบสงขลา ร่วมกัน

จักรพงษ์ รัชชะวงษ์ และนิตยา โชตินอก (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารณรงค์เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าโครงสร้างเครือข่ายรณรงค์สุขภาพบ้านสระมะค่า หมู่ 4 ตำบลหินลาด และบ้านทับสวาย หมู่ 4 ตำบลทับสวาย มีการสื่อสารระหว่างสมาชิกในกลุ่มและภายนอกกลุ่มเครือข่าย บทบาทสมาชิกมีบทบาทแตกต่างกันไป โดยมีแกนนำคือประธานอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นศูนย์กลางสื่อสาร (Hub) กลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มจะมีผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเป็นผู้ประสาน (Node) โดยมีหัวหน้าสถานีอนามัย กำนันและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งเป็นบุคคลที่สามารถเข้าถึงได้กับทุกกลุ่มย่อยและสามารถโยยเครือข่ายหนึ่งกับเครือข่ายหนึ่งได้ด้วย กระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายรณรงค์สร้างสุขภาพ ภาวะผู้นำ ความเป็นประโยชน์และความต่อเนื่องของกิจกรรมตลอดจนการปรับระบบบริหารภายในกลุ่มและความต่อเนื่องของกิจกรรม หากผู้นำสามารถรวมใจสมาชิกเครือข่าย และผลักดันให้เกิดความร่วมมือกันตามเป้าหมาย เครือข่ายมีแนวโน้มประสบความสำเร็จดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและผูกพันกับเครือข่ายมากขึ้น

รุจิรา สิทธิการและคณะ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงบ้านไผ่ล้อม ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่า เครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วยสมาชิกที่มีตำแหน่งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งได้จากการประชาคมหมู่บ้านและจากการพัฒนาองค์ความรู้แก่แกนนำเครือข่าย โดยวิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการทำให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาและคิดหาแนวทางแก้ปัญหาและนำแนวทางที่ได้ไปทำแผนกำหนดกิจกรรมโดยผ่านความคิดเห็นชอบจากประชาคมหมู่บ้าน โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาที่พบในการดำเนินงานในแต่ละครั้งสะท้อนข้อมูลในที่ประชุมให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบและมีการวางแผนดำเนินงานครั้งต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่าผู้นำชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ชุมชนมีความพร้อมเพียง การได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายมีการสื่อสารแบบปากต่อปาก ร่วมกับการใช้หอกระจายข่าว มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงในชุมชน

วิจักร อากัปกิริยา (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการสร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกายจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาสังคม ความร่วมมือ การส่งเสริมและสนับสนุนจากประชาสังคม นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและพึ่งตนเองได้

การจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ โดยประชาชนเป็นผู้ดำเนินการเองส่งผลให้ชมรมมีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาจากผลการวิจัยสามารถสรุปปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ ปัจจัยที่อาจทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนและข้อค้างงของการสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมหรือประชาคมสร้างสุขภาพ ได้ดังนี้ 1) ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ ได้แก่ นโยบายจากภาครัฐและการสร้างกระแสอย่างต่อเนื่อง การมีผู้นำกลุ่มที่เข้มแข็งในชุมชนและเข้าใจการสร้างสุขภาพในมิติที่เป็นองค์รวม การกำหนดกรอบการดำเนินงานที่ไม่ตายตัวเกินไป มีระบบการจัดการและกระบวนการดำเนินงานที่ดีที่เหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน การมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การได้รับประโยชน์ได้กำลังใจ ได้รับการยกย่องชมเชยอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐและองค์กรต่างๆตามความต้องการของชุมชน ซึ่งได้แก่ งบประมาณความรู้ทางด้านการจัดการด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ เป็นต้น 2) ปัจจัยที่อาจทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนได้แก่ การก่อตั้งชมรมที่มีรูปแบบตายตัวและกำหนดกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน การก่อให้เกิดการทำลายเอกภาพหรือบทบาทของกลุ่มที่มีอยู่เดิม การใช้เงินเป็นเครื่องมือหลักในการสนับสนุน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความแตกแยกในชุมชนได้ การดำเนินการโดยสมาชิกไม่มีบทบาทร่วมที่สำคัญ การขาดการสนับสนุนให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สวัสดี อภิวังวงศ์ (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษานำร่องกระบวนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพที่เข้มแข็ง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า กระบวนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง มีการร่วมคิด ร่วมทำ ความสามัคคีของสมาชิก การมีวัตถุประสงค์และแผนงานสร้างสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของสมาชิก การบริหารงานที่โปร่งใส มีกฎกติกาในการทำงาน นอกจากนี้มีปัจจัยด้านทุนทางสังคม ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งนโยบายของรัฐบาลที่จะกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวด้านการสร้างสุขภาพ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ นำไปสู่การพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

กองสุขศึกษา ( 2548 : 49) ได้ศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มการพัฒนาของชมรมสร้างสุขภาพตามนโยบาย “สร้างนำซ่อมสุขภาพ” พบว่า การส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เช่น การอบรมผู้นำการออกกำลังกาย

รายใหม่ และการฟื้นฟูรายเก่า การจัดทำแผนสนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรม 6 อ.สู่สุขภาพดี ที่เป็นความต้องการของชุมชนมีหลายรูปแบบ เช่น การเรียนรู้ร่วมกัน การอบรม การศึกษาดูงาน เป็นต้น การส่งเสริมให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ขั้นตอนการรับรู้ปัญหา ร่วมกัน แสดงความคิดเห็น ความต้องการนำมาเป็นแผนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การให้โอกาสและเวทีแสดงความคิดเห็นและความต้องการเป็น โอกาสที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ ร่วมกันของสมาชิก เกิดความร่วมมือในการที่จะแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กองสุศึกษา (2549 : 128) ได้ศึกษาสถานการณ์และบทเรียนการดำเนินงาน ชมรมสร้างสุขภาพกับการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่นๆ ในพื้นที่ จาก 25 จังหวัด จำนวน 631 ชมรม จากการศึกษาเชิงลึก พบว่า ชมรมที่ได้รับการสนับสนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีทั้งชมรมที่ก่อตั้งขึ้นเองก่อนที่รัฐจะมีนโยบาย “สร้างนำซ่อม” และ ชมรมที่เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายหลังมีนโยบายดังกล่าว ชมรมเหล่านี้มีกิจกรรมที่ หลากหลายนอกจากการออกกำลังกายหรือกีฬา มีแนวทางการจัดการชมรมที่มีวัฒนธรรมหรือ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นพื้นฐาน มีระบบการจัดการชุมชน เช่น วิสาหกิจชุมชน กลุ่มตั้งจะออม ทรัพย์ หรือเครือข่ายกิจกรรมชุมชนเป็นระบบใหญ่ โดยชมรมสร้างสุขภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่ง ในระบบใหญ่นั้น และจากการศึกษาชมรมสร้างสุขภาพตำบลคอนนางหงส์ หมู่ 6 อำเภอ พระธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า วิวัฒนาการชมรม เกิดจากการเรียนรู้ว่าบูรณาการทุกกลุ่ม กิจกรรมเข้าด้วยกัน และระดมทุนเพื่อการลงทุนร่วมกัน ชุมชนสำรวจค้นหาปัญหาของชุมชน ที่มีสาเหตุมาจากความยากจน ที่มาจากค่าใช้จ่ายคือ ใช้หนี้เงินกู้ ค่าปุ๋ย และค่าอาหาร จึงจัดการ แก้ปัญหาที่ง่ายก่อน ทำปุ๋ยชีวภาพใช้เอง และปลูกทุกอย่างที่กินได้ ชุมชนมีความเข้าใจว่า ทุก กลุ่มกิจกรรมเป็นกิจกรรมเพื่อการสร้างสุขภาพ ฉะนั้นกิจกรรมการออกกำลังกายจึงเป็นเพียงอีก กิจกรรมหนึ่งที่เข้ามาเสริมกิจกรรมชุมชนที่มีอยู่แล้ว

### 1.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิง (PDCA)

ธงชัย พุ่มขลิต (2547 : 68-72) ได้ศึกษาการประกันคุณภาพภายในสถานศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้บริหารและครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดตราด โดยใช้ กรอบแนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิง (Deming Cycle) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบประเมิน (Check) การปรับปรุงแก้ไข (Act) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บริหารจำนวน 34 คน และครูจำนวน 195 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัย พบว่า ระดับของความคิดเห็นของผู้บริหาร



พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก เพื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ ด้านการปรับปรุง แก้ไข และด้านการตรวจสอบประเมินผล อยู่ในระดับมากทุกด้าน ระดับของความคิดเห็นของครู พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูให้ความสำคัญด้านการตรวจสอบประเมินผล อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการปฏิบัติ ด้านการปรับปรุงแก้ไข และด้านการวางแผน อยู่ในระดับปานกลาง

วิรัตน์ จำปาวัน (2549 : 97-105) ได้ศึกษาผลการประยุกต์ใช้วัฏจักรของเดมมิ่ง (PDCA) และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน้าอยู่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ในกลุ่มตัวอย่างได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการศูนย์เด็กเล็กนักวิชาการศึกษาระง้าองค้การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็ก และผู้ปกครองเด็ก โดยอบรมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มทดลอง ตามกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วมจำนวน 2 วัน พบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กโดยรวมและเป้าหมาย 5 ด้าน คือ การค้นหาปัญหา การวางแผน การแก้ไขปัญหา การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากในทุกด้านและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

## 2. งานวิจัยต่างประเทศ

Varatharajan. (2004 : 41-51) ได้ศึกษาเพื่อหาวิธีการประเมินการปฏิบัติงานของศูนย์อนามัยเบื้องต้น ภายใต้รัฐบาลที่กระจายอำนาจ มีวิธีการดำเนินงานทั้งศึกษาเอกสาร ใช้ข้อมูลของรัฐบาลที่ตีพิมพ์และยังไม่ตีพิมพ์ รายงานการพัฒนากรรปกครองท้องถิ่น บันทึกการปกครองท้องถิ่นและศูนย์อนามัย บัญชีตรวจสอบรายการ รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้ป่วยที่ออกจากศูนย์อนามัยเบื้องต้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า หน่วยงานปกครองท้องถิ่นในเมืองเกรละ ประเทศอินเดีย จัดสรรสัดส่วนของทรัพยากรให้แก่สาธารณสุขต่ำกว่าที่รัฐบาลของประเทศจัดสรรให้ก่อนการกระจายอำนาจ ในขณะที่ทรัพยากรของส่วนปกครองท้องถิ่นเพิ่มขึ้นอัตราปีละ ร้อยละ 30.7 นั้น ทรัพยากรทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.9 ศูนย์อนามัยเบื้องต้นได้รับเงินอุดหนุนร้อยละ 0.7 ถึง 2.7 ของราคาทั้งหมด อีกร้อยละ 2 เพิ่มเติมในทรัพยากรศูนย์อนามัยเบื้องต้น มีความสัมพันธ์กับภาระงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการปรับปรุงขึ้น สรุปได้ว่า การกระจายอำนาจไม่ได้้นำการเปลี่ยนแปลงอย่างมี



นัยสำคัญมาไว้ภาคสาธารณสุข การสนับสนุนการปกครองท้องถิ่นอย่างกระตือรือร้นแก่ศูนย์อนามัยยังมีเพียงไม่กี่แห่ง แต่เมื่อไรก็ตามที่ปรากฏมีการสนับสนุนผลก็เป็นที่ทางบวก เมื่อกระทรวงมหาดไทยที่เลือก ได้แก่ การปกครองท้องถิ่นที่เป็นช่องทางไปสู่สาธารณสุขก่อนสาธารณสุขจะสูญเสียการต่อสู้เพื่อทรัพยากร

Alan. (2008 : 736-747) ได้วิจัยถึงการที่จะปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างไร โดยชี้ให้เห็นถึงความคาดหวังของผู้นำประเทศในการปฏิรูประบบสุขภาพที่ยังไม่เคยเอาจริงเอาจังสักครั้ง ประเทศที่เป็นประชาธิปไตย ที่ยังไม่เคยทำให้บทบาทในส่วนนี้ประสบความสำเร็จ เพราะขาดแรงจูงใจที่จะถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้ ได้มีการเสนอข้ออภิปรายในการสนับสนุนให้มึนนโยบายที่ลชัดเจนกว้างทางการดูแลสุขภาพ ที่รัฐจัดเตรียมยังไม่พอเพียง ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งท้าทายและความไม่เพียงพอของกองทุนการศึกษาในครั้งนี้ได้สรุป อภิปรายเกี่ยวกับความมั่นคงของสหพันธรัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

Winnie and William. (2008 : 460-468) ได้ศึกษาระบบสุขภาพในประชาชนเขตชายแดนของจีน พบว่า รัฐบาลจีนได้ตกลงที่จะตั้งกองทุนสุขภาพจาก 1 ถึง 1.5 % ของ GDP ผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ในการสาธารณสุขมูลฐาน อย่างไรก็ตาม จีนได้ทุ่มงบประมาณมหาศาลในการสร้างสาธารณสุขมูลฐานที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ การศึกษานี้เป็นตัวอย่างของประเทศที่มีความหลากหลายของชนกลุ่มน้อย ภายใต้ข้อถกเถียงกันอย่างมากมาย และเราพบว่าถ้าจีนยังจัดการระบบการดูแลสุขภาพในด้านนี้ไม่ได้ เพราะประสบปัญหาเกี่ยวกับภาวะเงินเฟ้อ ซึ่งไม่น่าจะนำมาใช้เป็นเหตุผล ดังนั้นจึงควรจะมีการจัดเตรียมบุคลากรทางสาธารณสุขมากกว่าเน้นในเรื่องรายได้และผลกำไร

Winnie and Ajay. (2008 : 921-932) ได้ศึกษาระบบการดูแลสุขภาพในจีนและอินเดีย : รูปแบบและการเปลี่ยนแปลงในอนาคต แล้วพบว่า เมื่อเร็ว ๆ นี้ทั้งจีนและอินเดียต่างก็มึนนโยบายในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ และหาช่องทางที่จะเพิ่มกองทุนเพื่อผลประโยชน์ของประชาชน การศึกษานี้ได้วิเคราะห์การจัดตั้งระบบการดูแลสุขภาพที่ดีเป็นอย่างไร และตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบใด พบพื้นฐานของการวิเคราะห์ เราพบว่าส่วนใหญ่เป็นการทุ่มงบประมาณอย่างเดียว เกิดช่องว่างในเรื่องของการประกันตนและโครงสร้างที่มั่นคง ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาและการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพและพบความเสี่ยงในเรื่องของงบประมาณและสิ่งท้าทายในอนาคต โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้น

Jolley, Lawless and Hurley. (2008 : 152-157) แห่งหน่วยค้นคว้าวิจัยสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัย Flinders ตอนใต้ประเทศออสเตรเลีย ได้ทำการศึกษาและพัฒนาศักยภาพเครื่องมือสำหรับการวางแผน และประเมินผลสัมฤทธิ์ของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานในชุมชน โดยเน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนอย่างเป็นทางการอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยเป้าหมายของเครื่องมือที่ถูกสร้างขึ้นนี้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนดำเนินการ การประเมินผลสัมฤทธิ์ รวมถึงการตอบคำถามที่เกิดขึ้นในชุมชนเก็บข้อมูลโดยวิธีการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารผลงานที่มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิด และที่มีผู้ศึกษาไว้ในอดีต แล้วนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาของตนเอง ผลการศึกษาพบว่าแนวคิดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่มีผู้ศึกษาไว้แต่ละประเด็นนั้น เกิดขึ้นโดยความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนเป็นกลุ่มแรกแล้วจึงถูกนำมาพัฒนาต่อเนื่อง

Morshed. (2004 : 1-8) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของชาวบังกลาเทศ แล้วพบว่า นโยบายทางด้านสุขภาพของบังกลาเทศ การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญ ในการสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้นยังเป็นเรื่องที่ยาก โดยทั่วไป สมาชิกในชุมชนจะเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพก็ต่อเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ ได้แสดงความคิดเห็นว่า ระบบการดูแลสุขภาพไม่ได้เคารพความรู้สึกของคนในชุมชน การขจัดความไม่เท่าเทียม จะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนได้ผลดี ในระดับท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชนในบังกลาเทศส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการบริจาคที่ดิน สิ่งก่อสร้าง เป็นต้น ในส่วนตัวของประชาชนเองยังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพแต่กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพถ้าพวกเขาสามารถมีส่วนร่วมในการเข้าไปวางแผน ดำเนินการ การกำกับติดตามและประเมินผลการให้บริการ และในระดับหมู่บ้านยังเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก ผู้นำและสมาชิกในชุมชน มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย โดยนโยบายระดับชาติลงมาปรับใช้ในชุมชนแต่เมื่อมีการเปลี่ยนผู้นำหรือนโยบายก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระดับนี้ได้ กิจกรรมทางเศรษฐกิจของบังกลาเทศส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเมืองหนุ่มสาวในชนบทจึงนิยมเข้าไปทำงานในเมืองใหญ่และจะอยู่ในเมืองอย่างถาวร มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ยังคงรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีของถิ่นเกิดด้วยเหตุนี้จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องของอาสาสมัครในระดับหมู่บ้าน มีประสบการณ์และแรงจูงใจก็ลดลงไปด้วย และเริ่มตั้งแต่ธนาคารโลก ธนาคารแห่งเอเชีย องค์กรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ องค์กรเอกชน (NGO)

เข้ามามีบทบาทในการจัดการระบบดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งในเรื่องของงบประมาณและการดำเนินการเริ่มมีรูปแบบคล้ายกับประเทศตะวันตกมากขึ้น

Schweizer. (2008 : 4) แห่งธนาคารโลกในวอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและการแก้ไขปัญหาวิกฤติสาธารณสุขของประเทศอินเดีย พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ และการส่งเสริมความสามารถของสตรีส่งผลดีต่อการจัดการด้านสาธารณสุข ความสำเร็จของภารกิจสุขภาพแห่งชาติของอินเดีย ขึ้นอยู่กับความสามารถของรัฐ ท้องถิ่น รวมถึงพันธมิตรที่แข็งแกร่ง

Jankowski. (2008 : 10) แห่งแผนกวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย San Diego State ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมต่อการตัดสินใจของชุมชน โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการสร้างระบบข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มบุคคลในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ และส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในชุมชนของตนเอง ได้อย่างยั่งยืน เก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศที่ประชาชนใช้ในการสื่อสารและตัดสินใจร่วมกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยและนำเสนอเป็นภาพรวมของระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ผลจากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ชุมชนเกิดแนวคิดใหม่ขึ้น 2 แนวคิด คือ แนวคิดการวางแผนการใช้ทรัพยากรทางน้ำร่วมกัน และแนวคิดการใช้คอมพิวเตอร์ค้นหาข้อมูลที่ทันสมัยขึ้นซึ่งผลจากการศึกษาในเรื่องระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์นี้ จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับชุมชน และข้อมูลต่าง ๆ ของพวกเขาได้ดีขึ้น

Minn. (2010 : 209-222) ได้ศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในประเทศพม่า พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยมีแนวโน้มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นการสร้างความตระหนักและการให้ความรู้ในด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาแต่ยังขาดการสร้างแรงจูงใจที่กว้างขวางเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งเป็นสภาพที่ยังเป็นอยู่ของหน่วยงานเกี่ยวข้องซึ่งถือเป็นข้อจำกัดทางสังคม

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า กระบวนการส่งเสริมและพัฒนา การมีส่วนร่วม มีกลวิธีที่สำคัญคือ การส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยเฉพาะการแก้ปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับมิติหลายมิติทางสังคม ที่จะต้องอาศัยพลังทางสังคม เสริมพลังอำนาจให้กลุ่มต่างๆ ที่อยู่ชุมชนให้มีส่วนร่วมระดมขีดความสามารถในการจัดการทรัพยากร การตัดสินใจและควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน กระบวนการมีส่วนร่วมจึงนับได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาหารูปแบบในการ

พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ โดยยึดเอากระบวนการนำไปสู่การมีส่วนร่วมตามแนวคิดกระบวนการบริหารงานของ เดมมิง (PDCA) เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรในภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมการดำเนินงานในระบบการจัดการสุขภาพในระดับท้องถิ่น จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ คือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวกับกับปัญหา และคัดเลือกปัญหา หรือ เสนอประเด็นพัฒนา การวางแผนงานกำหนดวิธีการและแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ คือ การมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการ ดำเนินการ รวมถึงการร่วมสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อดำเนินการ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์พึงได้รับจากการพัฒนา หรือยอมรับผลประโยชน์ในการพัฒนาทั้งทางวัตถุและจิตใจ และ 4) การมีส่วนร่วมติดตาม และประเมินผล หมายถึง การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องนับตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหาการวางแผนแก้ไขปัญหา กำหนดแนวทางกลยุทธ์และจัดทำแผนแก้ปัญหาชุมชน การแก้ไขปัญหา รวมทั้งการสรุปและประเมินผลการดำเนินการเพื่อปรับปรุงแผนการดำเนินงานใหม่ให้สอดคล้องกับสถานะทางสังคมภายใต้สถานการณ์จริง โดยการประสานประโยชน์ที่ทุกคนจะได้จากการเปลี่ยนแปลง ซึ่งถือว่ามีค่าอย่างยิ่งในการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะการส่งเสริมให้กลุ่มทั้งในรูปแบบของประชาคม ชุมชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เกิดการเชื่อมโยงเกาะเกี่ยวและพึ่งพาอาศัยกันเท่านั้นที่จะทำให้การดำรงอยู่ของสรรพสิ่งดำเนินไปอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดพลังขับเคลื่อนและกระบวนการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในชุมชน โดยได้นำแนวคิดภาคีเครือข่ายมาใช้เป็นแนวทางการวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มหรือองค์กรให้เข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมดำเนินการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

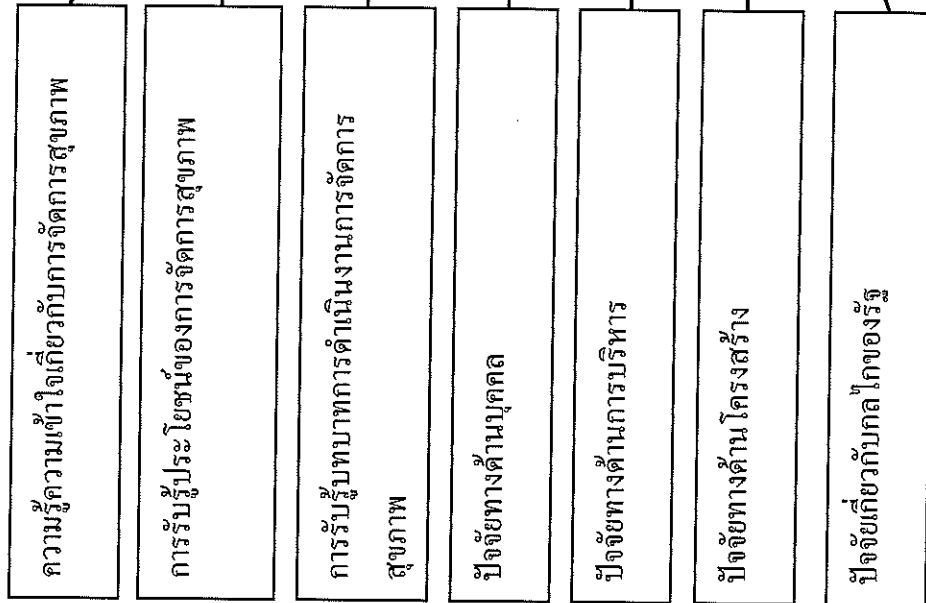
การศึกษาครั้งนี้ ในส่วนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีเชอร์เมอร์ฮอร์น และคนอื่น ๆ (Schermerhorn, *et. al.* 1991 : 104 – 108) ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ เคลย์ตัน (Clayton. 2008 : 28) และจากแนวคิดของ ปารีชาติ วัลย์เสถียร และคณะ (2543 : 7) โดยกระบวนการที่นำไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพนั้น ผู้วิจัยยึดแนวคิดกระบวนการบริหารกระบวนการปฏิบัติงานตามวงจรคุณภาพของ เดมมิง (Deming Cycle) 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การวางแผน (Plan : P) ด้านที่ 2

การปฏิบัติ (Do : D) ด้านที่ 3 การตรวจสอบ และประเมินผล (Check : C) และด้านที่ 4 การนำไปแก้ไข ในส่วนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff. (1980 ; citing Norman and Milton. 1998 : 76) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท เพื่อให้เกิดความสำเร็จได้นั้น ควรประกอบด้วยการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล นำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

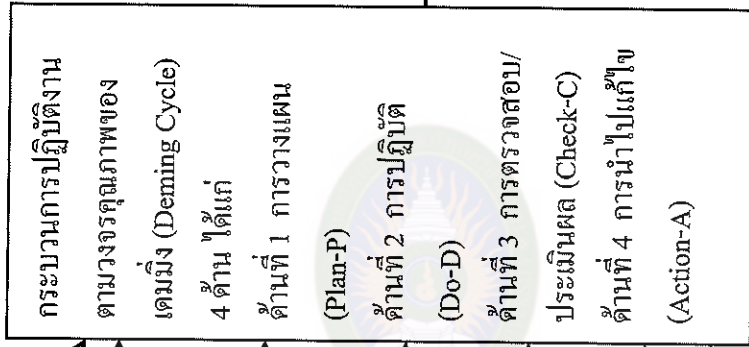


มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

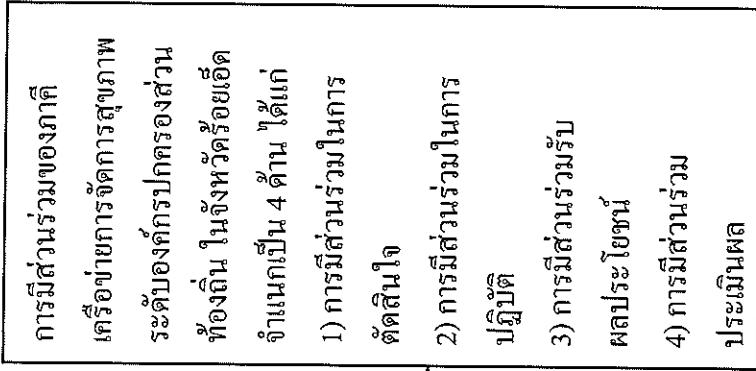
ตัวแปรต้น



กระบวนการ



ตัวแปรตาม



แผนภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย