

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549
ของสถานีอนามัยในสาธารณสุข เขต 7



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

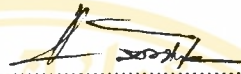
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

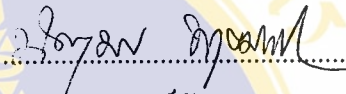
ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549

ของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7



นายพงษ์เทพ รอดทำไม้

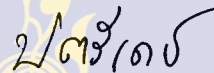
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉัตรสุนัน พฤทธิบุญโน

ศ.บ., น.บ., สม.ม., ปช.ค.(ประชากรศาสตร์)

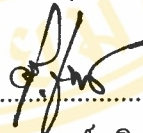
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ศรีเดช

บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ค.

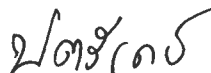
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ดุสิต สุจิราวัฒน์

วท.บ., วท.ม.(ชีวสถิติ)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ศรีเดช

บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

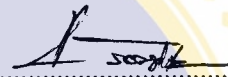
บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

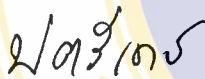
เรื่อง

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549
ของสถานีนอมนัยในสาธารณสุข เขต 7

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552



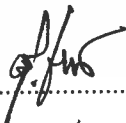
นายพงษ์เทพ รอดท่าไม้
ผู้วิจัย



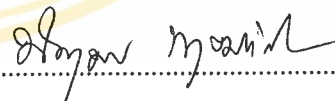
รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



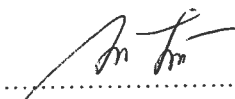
รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย
ค.บ.(สุขศึกษา), วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



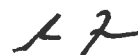
รองศาสตราจารย์कुสิต สุจิรัตน์
วท.บ., วท.ม.(ชีวสถิติ)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตรสมน พุทธิภิญโญ
ศ.บ., น.บ., สม.ม., ปช.ด.(ประชากรศาสตร์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล
พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)
คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัทรสุมณ พฤทธิภิญโญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยธิดา ศรีเดช และรองศาสตราจารย์ คุณิต สุจิรารัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ เสนอแนะ และให้ความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ตลอดมาจนสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี และรองศาสตราจารย์ สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้แนวคิดและข้อเสนอแนะที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ยุทธนา พูนพานิช นายแพทย์ 9 วช (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คุณรัมภา หทัยธรรม เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8 ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร คุณสำเริง เต็งจินดา นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพ้ว ที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ คุณรัชฎาธิษั ยิงยวด สาธารณสุขอำเภอบ้านแพ้ว ที่ได้คำปรึกษาและช่วยเหลือด้านการติดตามแบบสอบถามวิจัย

ขอขอบคุณ หัวหน้าสถานีอนามัยในสาธารณสุขเขต 7 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและกรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณพี่ๆนักวิชาการสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกทุกแห่งในสาธารณสุข เขต 7 ทุกท่านที่ช่วยรวบรวมและติดตามแบบสอบถามวิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้โอกาสทางการศึกษา ขอขอบคุณ คุณกนกวรรณ รอดทำไม้ ที่มีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดมา เป็นผลให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

พงษ์เทพ รอดทำไม้

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัย ปี 2549 ในสาธารณสุข เขต 7
(THE PERFORMANCE OF PUBLIC HEALTH IN HEALTHY THAILAND 2006 AT HEALTH CENTERS
IN REGIONAL AREA 7)

พงษ์เทพ รอดทำไม้ 4737929 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ฉัตรสุมน พงศ์กัญญา, ศ.บ., น.บ., สม.ม., ปช.ด.(ประชากรศาสตร์),
ปิยธิดา ศรีเดช, บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ด., อุดิต สุจิรารัตน์, วท.บ., วท.ม.(ชีวสถิติ)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยในสาธารณสุขเขต 7 และศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปของสถานอนามัย ลักษณะบุคคล ทักษะคิดต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานอนามัย กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยในสาธารณสุขเขต 7 เก็บข้อมูลจากหัวหน้าสถานอนามัยจำนวน 224 คน โดยใช้แบบสอบถาม และใช้สถิติไคสแควร์ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไปของสถานอนามัย ร้อยละ 86.2 อยู่ในพื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 69.2 มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานในสถานอนามัย 3 – 4 คน ร้อยละ 48.7 มีจำนวนประชากรอยู่ในเขตรับผิดชอบระหว่าง 2,001 - 4,000 คน ร้อยละ 50.0 มีอัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบเท่ากับ 1 : 1,001 – 2,000 ร้อยละ 47.8 ร้อยละ 69.2 มีโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง 1 – 5 โครงการ ร้อยละ 51.8 หัวหน้าสถานอนามัยเป็นหญิง ร้อยละ 63.4 มีอายุระหว่าง 41- 50 ปี ร้อยละ 65.2 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.8 หัวหน้าสถานอนามัยมีทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.9 มีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงระดับปานกลาง และร้อยละ 51.8 อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในระดับมาก ส่วนกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงโดยรวม พบว่า ร้อยละ 63.8 อยู่ในระดับดี มีการบริหารงานด้านการวางแผนในระดับดี ร้อยละ 65.6 และผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงสำหรับสถานอนามัย ร้อยละ 62.5 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 64.3 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน และร้อยละ 67.0 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับตำบล เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานอนามัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัย ส่วนอัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวนโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง ทักษะคิดของหัวหน้าสถานอนามัยต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการบริหารงานโดยรวมและการบริหารงานรายด้าน มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรจัดให้สัดส่วนจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เหมาะสมกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ มีการจัดทำโครงการเพื่อสนับสนุนงานตามตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง หัวหน้าสถานอนามัยควรมีทัศนคติที่ดีต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการบริหารงานที่ดี

คำสำคัญ : เมืองไทยแข็งแรง / การมีส่วนร่วมของชุมชน / กระบวนการบริหารงาน

THE PERFORMANCE OF PUBLIC HEALTH IN HEALTHY THAILAND 2006 AT HEALTH CENTERS IN REGIONAL AREA 7

PONGTEP RODTHAMAI 4737929 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE : CHARDSUMON PRUTIPINYO, Ph.D.(DEMOGRAPHY), PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H.(HEALTH ADMINISTRATION), DUSIT SUJIRARAT, M.Sc.(BIOSTATISTICS)

ABSTRACT

The objectives of this research were to study the public health performance based on the Healthy Thailand policy of a health center in regional area 7, and to find out relationships between general characteristic of the health center, demographic characteristics, attitudes toward Healthy Thailand, attitudes toward community participation on Healthy Thailand, management processes of Healthy Thailand and public health performance. Data were collected from 224 health center chiefs using questionnaires. The chi-square test was applied to test the research hypotheses.

Results showed that most health centers (86.2%) were in areas of the Sub-district Administrative Organization. More than half of them (69.2%) had 3-4 public health staff and 48.7% of them had 2,001 - 4,000 population in the area they covered. Half of them (50.0%) had a ratio of staff per population equal to 1 : 1,001-2000. More than half of them (69.2%) had 1-5 projects relating to Healthy Thailand. 51.8% had a female manager aged between 41- 50 years. Most of health center chiefs (65.2%) held a bachelor degree. More than half of them (59.8%) had good attitudes toward Healthy Thailand and 62.9% had a moderate attitude toward community participation. About half of health volunteers (51.8%) had participated in Healthy Thailand tasks at a high level. The overall management process on Healthy Thailand and management process on planning were good (63.8% and 65.6% respectively). More than half of health centers (62.5%) had performance that reached the standard of Healthy Thailand. 64.3% reached the standard of village level, and 67.0% reached the standard at sub-district level. The analysis showed that demographic characteristics of health center chiefs such as sex, age, educational level, and duration of being in a position were not related to public health performance based on Healthy Thailand of health centers. The ratio of public health staffs per population in area covered, number of projects on Healthy Thailand, attitudes towards Healthy Thailand, attitudes towards community participation and management process both overall and by items of health center chiefs were significantly related to public health performance on Healthy Thailand.

It is recommended from the research results that sufficient public health staff should be provided to match the population of the area covered. Also, Projects that support tasks as stated in all indicators of Healthy Thailand should be promoted. Lastly, health center chiefs should have good attitudes towards Healthy Thailand, encourage community participation and apply a good management process.

KEY WORDS : HEALTHY THAILAND/ COMMUNITY PARTICIPATION/
MANAGEMENT PROCESS

161 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2 ทบทวนวรรณกรรม	
ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับสถานีอนามัย.....	10
ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	13
ส่วนที่ 3 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับทัศนคติและการวัด.....	21
ส่วนที่ 4 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	23
ส่วนที่ 5 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับกระบวนการบริหารงาน.....	26
ส่วนที่ 6 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการประเมินผล.....	30
ส่วนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีการวิจัย	
1. รูปแบบการวิจัย.....	42
2. ประชากรที่ศึกษา.....	42
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	48
5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
6. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	49
7. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย.....	53
ส่วนที่ 2 ลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัย.....	59
ส่วนที่ 3 ทักษะจิตต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย.....	61
ส่วนที่ 4 ทักษะจิตต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย.....	23
ส่วนที่ 5 กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง.....	65
ส่วนที่ 6 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย.....	68
ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะจิตต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะจิตต่อการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงกับผลการ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของ สถานีนอนามัย.....	74
ส่วนที่ 8 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7...	94

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 อภิปรายผล	97
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	109
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	115
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	127
บรรณานุกรม.....	138
ภาคผนวก.....	145
ประวัติผู้วิจัย.....	161

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของสถานีนอนามัยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	55
2 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าสถานีนอนามัยจำแนกตามคุณลักษณะบุคคล.....	60
3 จำนวนและร้อยละตามระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้า สถานีนอนามัยเป็นรายชื่อ.....	62
4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของ หัวหน้าสถานีนอนามัย.....	65
5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย.....	66
6 จำนวนและร้อยละจำแนกตามการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้า สถานีนอนามัย.....	67
7 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย จำแนกตามการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านเป็นรายชื่อตัวชี้วัด.....	70
8 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย จำแนกตามการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับตำบลเป็นรายชื่อ.....	72
9 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย จำแนกตามเกณฑ์ประเมินในระดับหมู่บ้าน.....	73
10 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย จำแนกตามเกณฑ์ประเมินในระดับตำบล.....	73
11 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย จำแนกตามเกณฑ์ประเมินสำหรับสถานีนอนามัย.....	74
12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย.....	75
13 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย.....	83

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
14 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานี อนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีอนามัย.....	86
15 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของหัวหน้าสถานีอนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงกับผลการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีอนามัย.....	87
16 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของ หัวหน้าสถานีอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีอนามัย.....	91
17 จำนวนปัญหา อุปสรรค แลข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทย แข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยในสาธารณสุข เขต 7.....	94

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

หน้า

9



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาพแข็งแรง (Healthy) ในความหมายขององค์การอนามัยโลก ครอบคลุมความแข็งแรงของสุขภาพในมิติต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) สังคม (Social Health) และปัญญาจิตวิญญาณ (Spiritual Health) ซึ่งถ้าคนไทยมีความแข็งแรงทางสุขภาพครอบคลุมความหมายทั้ง 4 มิติ ย่อมจะสามารถเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีสู่เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ได้ตามนโยบายของรัฐบาลที่ประกาศให้เป็นวาระแห่งชาติ เมื่อ วันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ด้วยการเป็น “เมืองไทยแข็งแรง” ภายในปี พุทธศักราช 2560 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสู่เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง คือ การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ โดยได้รับความร่วมมือทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่างๆ เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การรณรงค์ลดการบริโภคสุรา ตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ การออกกฎหมายเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่เพิ่มเพื่อตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การรณรงค์ลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุจากท้องถนน การขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้น ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้มีการดำเนินงาน “เมืองน่าอยู่” (Healthy City) ที่ยึดหลักการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของประชาชนทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อนำไปสู่สำนึกของความเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) มีมโนธรรมสำนึก (Social conscience) และ ความร่วมมือ (Participation) อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ ด้านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนได้ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานจนเกิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จนได้ขยายตัวของการพัฒนาการที่เกิดจากการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงตามปรัชญาของ “เศรษฐกิจพอเพียง” ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่มีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผลความมีระบบภูมิคุ้มกันตัวเอง การใช้ความรู้และการมีคุณธรรมจริยธรรม นโยบายด้านการส่งเสริม

พัฒนาบุคคล มีการปฏิรูปการศึกษาของชาติ และขยายโอกาสทางการศึกษาเพื่อยกระดับการศึกษาของคนในชาติ รวมทั้งการฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การจัดการพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกเพื่อยกระดับความสำคัญในการพัฒนาภูมิปัญญาไทย และด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพมีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รับรองการดำเนินงานให้ยั่งยืนโดยยึดหลักการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มีความตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อม โดยในปี พ.ศ. 2545 ได้ประกาศให้เป็นปีแห่งการเริ่มต้นรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทยเพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2546 ได้เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มทำกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในรูปกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนรวมกลุ่มและมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สุก สะอาดและปลอดภัย ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2547 ยุทธศาสตร์เมืองไทยสุขภาพดีหรือเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนงานสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยเน้นเป้าหมายการดำเนินงานในเรื่องที่สำคัญ ดังนี้ การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ การป้องกันปัญหาเสพติด โครงการ To Be Number One การผลิต การกระจาย และการพัฒนากำลังคน การพัฒนาเด็กด้าน IQ และ EQ การลดปัจจัยเสี่ยงจากการเกิดโรคจากการดื่มสุราและสูบบุหรี่ การนวดแผนไทยและสมุนไพรไทย การพัฒนาด้านขวัญกำลังใจและสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เร่งรัดแก้ปัญหาไข้เลือดออก ลดปัญหาความเครียดและพัฒนาสุขภาพจิต การควบคุมโรคไม่ติดต่อ การควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จด้านสาธารณสุขในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานใน 5 ด้าน ดังนี้ 1) การออกกำลังกาย (Exercise) 2) อาหาร (Diet) 3) การพัฒนาอารมณ์ (Emotion) 4) การลดโรค (Disease Reduction) 5) สิ่งแวดล้อม (Environment) และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในระดับหมู่บ้าน / ตำบล 10 ตัวชี้วัด ในระดับอำเภอ / จังหวัด 6 ตัวชี้วัด ในปี พ.ศ. 2548 รัฐบาลมีนโยบายที่ส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา สามารถดำรงชีพบนความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ

เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาชีพ มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว ดังนั้นยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงจึงเป็นยุทธศาสตร์หลักของประเทศและเป็นวาระแห่งชาติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ปี 2548 ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานไว้ 23 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดด้านสาธารณสุข 17 ตัวชี้วัด มีประเด็นเป้าหมายไว้ 6 ด้าน (6 อ.) คือ 1) ออกกำลังกาย 2) อาหาร 3) อารมณ์ 4) อโรกยา 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม 6) อบายมุข และกำหนดการดำเนินงานออกเป็นระดับหมู่บ้าน / ตำบล 12 ตัวชี้วัด ในระดับอำเภอ / จังหวัด 5 ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ปี 2549 ยังคงกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในปี 2549 ไว้ 23 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดด้านสาธารณสุข 20 ตัวชี้วัด และได้กำหนดประเด็นเป้าหมายไว้ 6 หมวด (6 อ.) คือ 1) ออกกำลังกาย 2) อาหาร 3) อารมณ์ 4) อโรกยา 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม 6) อบายมุข และกำหนดการดำเนินงานออกเป็นระดับหมู่บ้าน 7 ตัวชี้วัด ระดับตำบล 5 ตัวชี้วัด ระดับอำเภอ 4 ตัวชี้วัด และระดับจังหวัด 4 ตัวชี้วัด และเน้นการปฏิบัติเพื่อการบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

สำหรับสถานีนามัยเป็นหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้ง 4 งานหลัก คือ 1) งานรักษา 2) งานป้องกันโรค 3) งานส่งเสริมสุขภาพ และ 4) งานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีเขตพื้นที่รับผิดชอบในระดับหมู่บ้านและตำบล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 ซึ่งประกอบไปด้วย 4 จังหวัด คือ จังหวัดสมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย เพราะการจะบรรลุความสำเร็จตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงต้องเริ่มมาจากการมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดในระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัดตามลำดับจึงจะบรรลุความสำเร็จสู่เป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง” ได้

คำถามการวิจัย

1. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 เป็นอย่างไร
2. ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะคิดต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 เป็นอย่างไร
3. ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะคิดต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7
2. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะคิดต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะคิดต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของสถานอนามัย มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยในสาธารณสุข เขต 7
2. ลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานอนามัย มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยในสาธารณสุข เขต 7
3. ทักษะจิตต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานอนามัย มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยในสาธารณสุข เขต 7
4. ทักษะจิตต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานอนามัย มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยในสาธารณสุข เขต 7
5. กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานอนามัย มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยในสาธารณสุข เขต 7

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาในกลุ่มหัวหน้าสถานอนามัยหรือรักษาการในตำแหน่งหัวหน้าสถานอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 ที่ปฏิบัติงาน ณ สถานอนามัย จำนวน 304 คน

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

สถานอนามัย หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานอยู่ใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ โดยมีเขตพื้นที่รับผิดชอบงานในระดับหมู่บ้านและตำบล ให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุนงานด้านสาธารณสุข การพัฒนาชุมชน และการบริการทางวิชาการ

หัวหน้าสถานีนามัย หมายถึง ผู้ดำรงตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข หรือ วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัยทำหน้าที่บริหารงาน รับผิดชอบ และควบคุมกำกับงาน ภายในสถานีนามัย

เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) หมายถึง แนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ที่รัฐบาล ส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกายใจ สังคมและปัญญา สามารถดำรงชีพบนความพอดี พอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรงและ อายุยืนยาว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงเชิง พฤติกรรมสุขภาพ โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และกำหนดการดำเนินงานไว้ 6 ด้าน คือ 1) การออกกำลังกาย 2) อาหาร 3) การพัฒนาอารมณ์ 4) การลดโรค 5) สิ่งแวดล้อม และ 6) ด้านอบายมุข

หมู่บ้านแข็งแรง หมายถึง หมู่บ้านที่มีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทย แข็งแรง ปี 2549 ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านทั้ง 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ร้อยละ 60 ของ ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที 2) ร้อยละ 90 ของ ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานท้องถิ่น 3) ร้อยละ 55 ของผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี เป็น สมาชิกชมรม To Be Number One 4) ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรม ทุกเดือน 5) ร้อยละ 80 ของสตรีอายุมากกว่า 35 ปี ได้รับการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 6) ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตและ เบาหวานตามมาตรฐาน และ 7) ร้อยละ 100 ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย หมายถึง ผลการดำเนินงานของสถานีนามัยตามตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้าน สาธารณสุขตามประเด็นเป้าหมาย 6 ด้าน คือ 1) การออกกำลังกาย 2) อาหาร 3) การพัฒนาอารมณ์ 4) การลดโรค 5) สิ่งแวดล้อม และ 6) อบายมุข ในระดับหมู่บ้าน 7 ตัวชี้วัด และระดับตำบล 5 ตัวชี้วัด แสดงในรูปของร้อยละของผลการดำเนินงานในแต่ละระดับตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับร้อยละของ เป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัด

การผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย หมายถึง สถานีนามัยมีจำนวนหมู่บ้านที่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านทั้ง 7 ตัวชี้วัดเป็นหมู่บ้านแข็งแรงอย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบรวมทั้งมีผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับตำบลผ่านทั้ง 5 ตัวชี้วัด

การไม่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย หมายถึง สถานีนามัยมีจำนวนหมู่บ้านที่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านทั้ง 7 ตัวชี้วัดเป็นหมู่บ้านแข็งแรงน้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบหรือมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับตำบลผ่านน้อยกว่า 5 ตัวชี้วัด

ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของหัวหน้าสถานีนามัยต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข

ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง หมายถึง ข้อเท็จจริงและความรู้สึกของหัวหน้าสถานีนามัยที่มีต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงซึ่งเป็นผลมาจากการสังเกตและรับรู้ของหัวหน้าสถานีนามัยที่มีต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในลักษณะองค์กรชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีนามัย

ชมรมสร้างสุขภาพ หมายถึง การรวมตัวของประชาชนในหมู่บ้านหรือตำบลในรูปของกลุ่มตั้งแต่สองคนขึ้นไปเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกและประชาชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย ชมรมกีฬา ชมรมคุ้มครองผู้บริโภค ชมรม ทุ บิ นัมเบอร์วัน เป็นต้น

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่องค์กรประชาชนรวมถึงองค์กรภาครัฐและเอกชนในชุมชนมีส่วนร่วมรับรู้ในขั้นตอน การวางแผน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ การให้ความร่วมมือปฏิบัติงาน การระดมทรัพยากรจากแหล่ง ๆ ต่างในชุมชน การถ่ายทอดความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ การติดตามประเมินผลการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหา โดยมีความมุ่งหมายเพื่อให้ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงบรรลุผลสำเร็จ

กระบวนการบริหารงาน หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัยในสาขารณสุข เขต 7 โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดของสโตนเนอร์ และแวนเคิล (Stoner and Wankel, 1986) ซึ่งประกอบด้วย

การวางแผนงาน (Planning) หมายถึง การกำหนดวัตถุประสงค์ และวิธีการที่ดีที่สุดที่จะบรรลุวัตถุประสงค์รวมทั้งทรัพยากร และกำลังคนที่ต้องใช้วัดความก้าวหน้าของยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

การจัดองค์การ (Organizing) หมายถึง หลังจากวางแผนโครงการจะต้องมีการออกแบบองค์การ และจัดคนเข้าทำงานให้เหมาะสมกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ

การเป็นผู้นำ (Leading) หมายถึง เป็นผู้นำที่จะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรภาคประชาชนรวมตัวกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

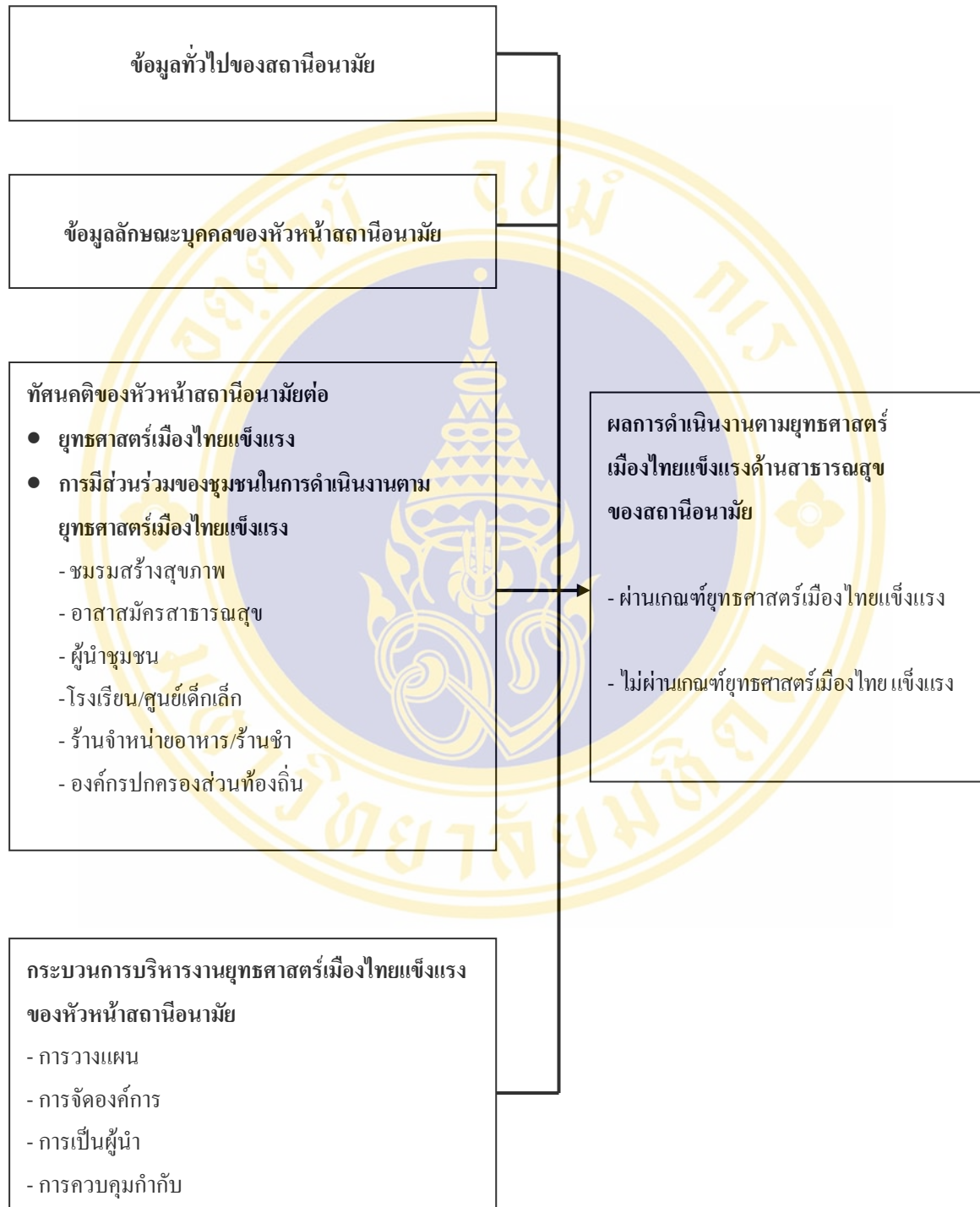
การควบคุมกำกับ (Controlling) หมายถึง การตรวจสอบ การประเมินผลและ
แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดจนบรรลุ
วัตถุประสงค์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานี
อนามัยข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะต่อการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์
เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้าน
สาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 โดยกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่ง
สามารถเขียนเป็นภาพประกอบได้ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุขและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 โดยได้มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 7 หัวข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับสถานอนามัย

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

ส่วนที่ 3 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการทัศนคติและการวัด

ส่วนที่ 4 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ส่วนที่ 5 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการกระบวนการบริหารงาน

ส่วนที่ 6 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการประเมินผล

ส่วนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับสถานอนามัย

สถานอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุขและเป็นหน่วยงานอยู่ใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงานระหว่างราชการส่วนภูมิภาคและโรงพยาบาล โดยมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสาธารณสุข และสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

บทบาทหน้าที่ของสถานอนามัย

สถานอนามัยมีหน้าที่และความรับผิดชอบดังต่อไปนี้ (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2538 : 49-51)

1. การบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมายและสนับสนุนบริการอื่นๆ โดยเน้นการพัฒนาวิถีเชิงรุกที่เหมาะสมได้แก่

1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุม กิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมายและเน้นการพัฒนาวิถีเชิงรุกที่เหมาะสม ได้แก่

1.1.1 การบริการอนามัยแม่และเด็กให้การดูแลแม่ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนดูแลเด็ก 0 – 5 ปี ในด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการของเด็ก ดูแลด้วยโภชนาการค้นหา เฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ เด็ก 0 – 5 ปี และ เด็กวัยเรียนรวมทั้งการเสริมภูมิคุ้มกันโรค

1.1.2 การบริการวางแผนครอบครัว ให้บริการวางแผนครอบครัว ในสถาน บริการตลอดจนค้นหาติดตาม และรณรงค์วางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมเป้าหมาย

1.1.3 การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน ให้บริการอนามัยเด็กวัยเรียนให้บริการ อนามัยโรงเรียนที่รับผิดชอบ และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้บริการรักษาพยาบาล รวมทั้งการ ดูแลด้านโภชนาการเด็กวัยเรียน การส่งเสริมสุขภาพแก่เยาวชนนอกระบบโรงเรียน และการสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรค

1.1.4 การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายแก่ บุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการให้บริการไอโอดีในพื้นที่มีปัญหา การขาดสารไอโอดี

1.1.5 การบริการทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขแบบผสมผสาน แก่ประชาชนทั่วไปในเขตรับผิดชอบ ให้การสนับสนุนประชาชนในการพัฒนางานทันตสุขภาพ ตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

1.1.6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ และ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ทราบข่าวสารที่ถูกต้องสามารถเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัยมี คุณภาพมาตรฐานเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายและไม่ได้มาตรฐาน ตลอดจน สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค

1.2 ด้านการรักษาพยาบาล ให้บริการได้ตามสภาพปัญหาของชุมชนในเขต รับผิดชอบ ได้แก่ เขตทุรกันดาร เขตชนบท เขตเมือง โดยสามารถปฏิบัติการได้ตามเกณฑ์การ ปฏิบัติงาน ทั้งในและนอกสถานบริการมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ตลอดจนรักษาพยาบาล โรคต่างๆได้ตามเกณฑ์ ทั้งโรคทั่วไปและโรคประจำถิ่น

1.2.1 เกณฑ์การปฏิบัติ สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาลได้ตามสภาพปัญหา สุขภาพอนามัยของแต่ละท้องถิ่น ทั้งโรคทั่วไป และโรคประจำถิ่น โดยสามารถตรวจหาทาง ห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและคัดกรองผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ นอกจากนั้นสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการ โดยจัดระบบส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

1.2.2 ความสามารถในการปฏิบัติงานในการปฐมพยาบาล การตรวจหาในห้องปฏิบัติการ การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังต่อจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยด้านสูติกรรม และด้านทันตกรรม

1.2.3 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่างๆ จำนวน 207 โรค ทั้งการรักษาพยาบาล และการส่งต่อ

1.3 ด้านควบคุมและป้องกัน การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาดำเนินการป้องกันและเกิดโรคทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อไม่ให้เกิดการกระจายของโรค

1.3.1 การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสมเพื่อลดอัตราความชุกชุมและความรุนแรงของโรค โดยการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค ให้ภูมิคุ้มกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ให้สุศึกษาและฝึกอบรม ประชาชน ครู นักเรียน ในการรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรค ตามลักษณะของกลุ่มโรคติดต่อ

1.3.2 การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือลดปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งการให้สุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนคัดกรองผู้ป่วยในประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไป โรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรมอุบัติเหตุ พันธุกรรม และอื่น ๆ

1.3.3 การอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้บริการเพื่อการควบคุมป้องกันโรคซึ่งมาจาก น้ำ อาหารและอากาศ พัฒนาการให้บริการตามสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

1.3.4 การอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้ประกอบการอาชีพทุกประเภท ตามความแตกต่างแต่ละพื้นที่ ตลอดจนการป้องกันและควบคุมโรคและอุบัติเหตุ อันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ

1.4 ด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้การรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติหรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และดูแลผู้ป่วยพิการในชุมชนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

1.5 ด้านสนับสนุนบริการอื่นๆ ได้แก่ การให้สุศึกษา ถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขในเรื่องการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ และการให้สุศึกษากับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

2. สนับสนุน การสาธารณสุขมูลฐาน และการพัฒนาชุมชน

2.1 ด้านสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

2.2 ด้านพัฒนาชุมชน วินิจฉัยปัญหาชุมชนและประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก

3. งานบริหาร

3.1 บริหารงานทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชี การพัสดุ และยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคาร สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

3.2 ด้านการวางแผน และการประเมินผล วางแผนจัดทำรายงานข้อมูลข่าวสาร

4. งานวิชาการและด้านการวิจัย

วิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการ และสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่าง ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)

2.1 แนวคิดและความเป็นมา

รัฐบาลในสมัย พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร ได้มองเห็นความสำคัญของทรัพยากรมนุษย์เป็นสำคัญ จึงมีการเคลื่อนไหวผลักดันงานสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย เมื่อการประชุมคณะรัฐมนตรีอย่างเป็นทางการ นอกสถานที่จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2547 คณะรัฐมนตรีอนุมัติในหลักการ กรอบแนวคิด และแนวทางการดำเนินงานยุทธศาสตร์แห่งชาติ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” และกำหนดให้ยุทธศาสตร์แห่งชาติดังกล่าว เป็นวาระแห่งชาตินับได้ว่าเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศที่สำคัญที่รัฐบาลกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ ประกาศ ณ วันที่ 18 ธันวาคม พุทธศักราช 2547 (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน ภาคประชาชน จะได้มีส่วนร่วมพลังเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและความแข็งแรงของคนไทยทั้งในมิติทางร่างกายและจิตใจสอดคล้องกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน เปลี่ยนแปลงเร็ว ซึ่งการจะให้หน่วยงานหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่งดำเนินการแต่เพียงลำพังคงไม่สามารถทำงานได้สำเร็จ แต่หากให้ทุกภาคส่วนของสังคมช่วยกันดำเนินการทำงานร่วมกันก็จะบรรลุเป้าหมาย แนวคิดของยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงได้นำมาจากการพัฒนางานด้านการสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก โดยมีเป้าหมายให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรงในความหมายขององค์การอนามัยโลก ครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพในมิติต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) สังคม

(Social Health) และปัญญา/จิตวิญญาณ (Spiritual Health) หากสามารถทำให้คนไทยมีความแข็งแกร่งทางสุขภาพครอบคลุมความหมายทั้ง 4 มิตินี้ ย่อมจะสามารถเสริมสร้างและส่งผลให้ประเทศไทยมีความแข็งแกร่งสามารถยืนหยัดต่อสู้ในเวทีประชาคมโลกได้อย่างมั่นคง การนำแนวคิดดังกล่าวสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมตามข้อตกลงของกฎบัตรกรุงเทพฯ หรือ "Bangkok Charter for Health Promotion" ที่เป็นบทสรุปและความเห็นชอบร่วมกันของประเทศต่างๆ ภายใต้แนวคิด และการให้ความหมายใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะ ให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดีสามารถควบคุมดูแลพฤติกรรมของตนเองได้เหมาะสมรวมถึงการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้าง สภาพสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

การผลักดันนโยบายสร้างสุขภาพให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาส่งผลให้ประเทศไทยได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เป็นเจ้าภาพการประชุมนานาชาติการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 (6th Global Conference on Health Promotion 2005) ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 เพื่อสานต่อความสำเร็จของการรณรงค์สร้างสุขภาพ ที่สะท้อนผลลัพธ์ชัดเจนตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมาเพื่อให้เกิดความร่วมมือ และการประสานการทำงานระหว่างหน่วยราชการต่าง ๆ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ทำงานเรื่อง “สุขภาพ” ในความหมายแบบกว้าง ที่มีได้จำกัดไว้ที่เรื่องของบริการทางแพทย์และสาธารณสุขอีกต่อไป รัฐบาลจึงได้ผลักดันนโยบายเมืองไทยแข็งแรงให้เป็นวาระแห่งชาติขึ้น โดยปรัชญาแนวคิดและวิธีการดำเนินกิจกรรมการสร้างสุขภาพ ถ้าพึ่งกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวคงไม่สามารถผลักดันนโยบายการสร้างสุขภาพคนไทยในมิติต่างๆ ที่ครอบคลุมเพียงพอ สุขภาพเป็นเรื่องของคนไทย 63 ล้านคน ดังนั้นคนไทยทุกคนจึงมีส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้เกิด “เมืองไทยแข็งแรง” ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง รวมถึงเทคโนโลยีต่างๆ จำเป็นต้องประสานความร่วมมือ ทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนร่วมผลักดันให้เรื่องนี้ เป็นวาระแห่งชาตินำไปสู่ “เมืองไทยแข็งแรง” ที่มั่นคง และยั่งยืนต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

2.2 กลยุทธ์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

สำหรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงนั้น ใช้กลยุทธ์ 7 ประการ ในการดำเนินงาน คือ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

2.2.1 กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation Strategy) ด้วยการระดมการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ในสังคม ทั้งภาคการเมือง ราชการ วิชาการ วิชาชีพ เอกชน และประชาชน เข้ามาร่วมคิด ร่วมทำอย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรม จริงจัง และต่อเนื่อง โดยมีภาคราชการ (กระทรวง

และองค์กรหลักที่เกี่ยวข้อง) เป็นแกนส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานอย่างบูรณาการ และฝ่ายการเมืองให้การสนับสนุน นโยบาย และงบประมาณ

2.2.2 กลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะ (Community Strategy) โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วมเรียนรู้ และร่วมขับเคลื่อน จึงต้องอาศัยการสื่อสารสาธารณะผ่านช่องทางต่าง ๆ และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างกว้างขวางเพื่อเชื่อมโยงทุกฝ่ายในสังคมเข้า ร่วมการขับเคลื่อนไปพร้อมๆ กัน

2.2.3 กลยุทธ์การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทางจิตใจ และการมีสำนึกสาธารณะ (Strengthening and Creating Public Mind Strategy) ซึ่งมักเน้นการสร้างจิตสำนึก ความเชื่อมั่นในตัวเองของคนไทยให้เกิดความเชื่อในศักยภาพของตนเอง สร้างความรับผิดชอบต่อสังคม ความไว้วางใจต่อกันเพื่อการร่วมกันทุกฝ่ายในการร่วมกันดำเนินงานทุกภาคส่วน

2.2.4 กลยุทธ์การจัดบริการ (Service Strategy) ซึ่งจะได้มีการพัฒนา ปรับปรุงปรับเปลี่ยนการจัดการบริการด้านต่างๆ ให้สอดคล้องกับบริบทสังคมและปัญหาที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยบริการทุกด้านต้องเน้นที่คุณภาพ ประสิทธิภาพ และโปร่งใส

2.2.5 กลยุทธ์การใช้มาตรการทางสังคม (Social Measure Strategy) ด้วยการทบทวนเร่งรัดมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้มีการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อการคุ้มครองสิทธิของประชาชนและให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งการรณรงค์ให้สังคมให้เกิดวัฒนธรรมที่ดีในสังคมให้เกิดแบบอย่างเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2.6 กลยุทธ์การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้ (Knowledge and Learning Strategy) เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานที่วางอยู่บนระบบฐานความรู้ การเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพราะการดำเนินงานไม่มีสูตรสำเร็จ ไม่มีวิธีการหนึ่งวิธีการใดที่ให้ผลสำเร็จอย่างสมบูรณ์จึงจำเป็นต้องสร้างกระบวนการให้เกิดการทำงานทางวิชาการเพื่อสร้างความรู้และสร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

2.2.7 กลยุทธ์การบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จ (Result Based Management Strategy) ที่มุ่งหวังให้เกิดระบบการจัดการที่ทันสมัย รวดเร็ว คล่องตัว ประหยัด มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดประสิทธิผลสามารถทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงศักยภาพของทุกฝ่ายในสังคม บูรณาการงานเข้าด้วยกันโดยมีภาครัฐเป็นแกนกลาง ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ และอย่างมีเอกภาพ

2.3 แนวทางนำยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงสู่การปฏิบัติ

สำหรับการนำยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมาใช้นั้นได้มีการแปลงยุทธศาสตร์สู่ภาคการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

2.3.1 ตั้งคณะกรรมการเมืองไทยแข็งแรง

2.3.2 จัดทำรายละเอียดแนวทางดำเนินงานตาม Road map เมืองไทยแข็งแรง โดยกำหนดเป้าหมาย 6 อ. ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรกยา อนามัยสิ่งแวดล้อม อนามัย และแบ่งตัวชี้วัดออกเป็นระดับ ได้แก่ ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด

2.3.3 กำหนดตัวชี้วัด นิยาม เป้าหมาย ประชากรกลุ่มเป้าหมาย รายการข้อมูล วิธีการคำนวณ ตัวชี้วัด วิธีการรายงาน ฯลฯ

2.3.4 จัดทำแนวทางการดำเนินงานแต่ละตัวชี้วัด เพื่อใช้เป็นคู่มือแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่

2.3.5 จังหวัดกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละระดับพื้นที่และชี้แจงความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ เกี่ยวกับแนวคิด เป้าหมายการดำเนินงาน ตัวชี้วัด และระยะเวลาดำเนินการโดยใช้งบประมาณปกติ

2.3.6 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดสนับสนุนด้านวิชาการแก่หน่วยงานในระดับพื้นที่

2.3.7 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูลและรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดเพื่อบรรลุเป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง และใช้เป็นข้อมูลการประเมินผลตามนโยบาย

2.3.8 สำนักตรวจการกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยกำกับ ติดตาม และเร่งรัดการดำเนินงานตามตัวชี้วัด และการจัดส่งข้อมูล

2.4 การกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549

(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดได้ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2549 ที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ได้ดำเนินการในปีงบประมาณ 2548 จำนวน 17 ตัวชี้วัด จะต้องดำเนินการต่อเนื่องไปจนถึงปี 2551 (ตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์) หากมีการปรับให้รับเฉพาะ นิยาม เป้าหมาย หรือรายละเอียดอื่น ๆ แต่ถ้านหน่วยงานใดเห็นว่า

ตัวชี้วัดที่ได้ดำเนินการมาแล้วเมื่อปีงบประมาณ 2548 ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน ก็ให้เสนอ
ปรับเพื่อนำเสนอศูนย์อำนวยการบริหารยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงให้ความเห็นชอบต่อไป

ส่วนที่ 2 ตัวชี้วัดที่เสนอใหม่ในปี 2549 ได้มีการประชุมเพื่อพิจารณาโดยเชิญ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน / ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและจังหวัด และศูนย์
อำนวยการยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง(สอม.) ให้ความเห็นชอบซึ่งมีตัวชี้วัดที่กำหนดใหม่ด้าน
สาธารณสุขปีงบประมาณ 2549 จำนวน 3 ตัวชี้วัด

ฉะนั้นในปี 2549 มีตัวชี้วัดที่ต้องดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขจำนวน
20 ตัวชี้วัด โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับหมู่บ้าน 7 ตัวชี้วัด ระดับตำบล 5
ตัวชี้วัด ระดับอำเภอ 4 ตัวชี้วัด และระดับจังหวัด 4 ตัวชี้วัด

2.5 การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549

เครื่องชี้วัดความสำเร็จมีทั้งหมด 6 ด้าน หรือ 6 อ. คือ ด้านที่ 1) ออกกำลังกาย ด้าน
ที่ 2) อาหาร ด้านที่ 3) อารมณ์ ด้านที่ 4) อโรกยา ด้านที่ 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านที่
6) อบายมุข โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

2.5.1 ระดับหมู่บ้าน

หมู่บ้านแข็งแรง หมายถึง หมู่บ้านนั้นจะต้องมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์
ที่กำหนดมากกว่าร้อยละ 90 ของตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน 7 ตัวชี้วัด ฉะนั้นจะต้องมีผลการดำเนินงาน
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 7 ตัวชี้วัดได้แก่

1) ด้านออกกำลังกาย

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละ 60 ของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่าง
น้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที

2) ด้านอาหาร

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้
มาตรฐานท้องถิ่น

3) ด้านอารมณ์

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละ 55 ของผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิกชมรม To Be Number One

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกิจกรรมทุกเดือน

4) ด้านอโรกยา

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละ 80 ของสตรีอายุมากกว่า 35 ปี ได้รับการถ่ายทอด
ความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวานตามมาตรฐาน

5) ด้านอบายมุข

ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละ 100 ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

2.5.2 ระดับตำบล

ตำบลแข็งแรง หมายถึง ตำบลนั้นจะต้องมีหมู่บ้านแข็งแรง อย่างน้อยร้อยละ 75 รวมกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับตำบลมากกว่าร้อยละ 90 ของตัวชี้วัดระดับตำบล 5 ตัวชี้วัด ซึ่งต้องมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

1) ด้านอาหาร

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละ 75 ของร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด

2) อโรควา

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์

3) อนามัยสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละ 80 ของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละ 100 ของโรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

2.5.3 ระดับอำเภอ

อำเภอแข็งแรง หมายถึง อำเภอนั้นจะต้องมีตำบลแข็งแรงอย่างน้อยร้อยละ 50 รวมกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับอำเภอมากกว่าร้อยละ 90 ของตัวชี้วัดระดับอำเภอ 4 ตัวชี้วัด ซึ่งต้องมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

1) ด้านอาหาร

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตอาหาร 54 ประเภทผ่านเกณฑ์ GMP

2) ด้านอารมณ

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละ 80 ของคนพิการได้รับบริการด้านสวัสดิการสังคม

สำหรับคนพิการในด้านต่างๆ

3) ด้านอโรควา

ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่า 20% ของค่ามัธยฐานของจังหวัด 5 ปีย้อนหลัง (2544-2548)

4) ด้านอบายมุข

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละ 90 ของร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ที่มีระบบ
ปรับอากาศจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ถูกต้องตามกฎหมาย

2.5.4 ระดับจังหวัด

จังหวัดแข็งแรง หมายถึง จังหวัดนั้นจะต้องมีอำเภอแข็งแรงอย่างน้อยร้อยละ
50 รวมกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับจังหวัดมากกว่าร้อยละ 90 ของตัวชี้วัดระดับจังหวัด 4
ตัวชี้วัด ซึ่งต้องมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

1) ด้านอาหาร

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละ 80 ของตลาดสดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่า
ซื้อขั้นพื้นฐาน

2) ด้านอารมณ์

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละ 97.5 ครอบคลุมผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3) ด้านอโรเคีย

ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก มากกว่าหรือเท่ากับ
อัตราตายปี 2548

ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราฆ่าตัวตายของประชาชนไม่เกิน 7 ต่อแสนประชากร

สำหรับสถานีนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่มีเขตรับผิดชอบในระดับหมู่บ้าน
และตำบล การผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงนั้น หมายถึง การมีผลการ
ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในระดับหมู่บ้าน คือ มีหมู่บ้านผ่านตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัวชี้วัด
เป็นหมู่บ้านแข็งแรงอย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบรวมทั้งมีผลการ
ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลทั้ง 5 ตัวชี้วัด

หลังจากการทำรัฐประหารรัฐบาล พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร โดยในปี 2550 และ 2551
รัฐบาลในสมัยต่อมาไม่ได้สานต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง แต่ตัวชี้วัดระดับต่างๆ ในยุทธศาสตร์
เมืองไทยแข็งแรงไม่ได้ถูกยกเลิกแต่อย่างใด โดยเฉพาะตัวชี้วัดยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงที่สถานีนามัย
ดำเนินงานในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนการตรวจราชการ
และนิเทศงานกรณีปกติเพื่อเป็นการกำกับติดตามและเร่งรัดการดำเนินงานที่สำคัญอันประกอบด้วย
12 โครงการ และได้จัดอยู่ในแผนตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติของกระทรวงสาธารณสุข
ดังนี้ ด้านอาหาร ตัวชี้วัดที่ 2 (ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐาน
ท้องถิ่น) จัดอยู่ในโครงการที่ 9 โครงการส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 70 ของร้านจำหน่าย

อาหารและแผลงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐาน CFGT) กรมอนามัยเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ด้านอนามัย ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 55 ของผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิกชมรม To Be Number One) จัดอยู่ในโครงการที่ 1 โครงการตามพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ โครงการอันเนื่องมาจาก พระบรมวงศานุวงศ์ ตัวชี้วัดที่ 4 (ร้อยละ 75 ของผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิกชมรม To Be Number One) กรมสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ตัวชี้วัดที่ 5 (ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุกิจกรรมทุกเดือน) จัดอยู่ในโครงการที่ 5 โครงการสนับสนุนและพัฒนาความเข้มแข็งและ การมีส่วนร่วมของขบวนการสุขภาพภาคประชาชน (ร้อยละ 90 ของตำบลที่มีชมรมผู้สูงอายุจัด กิจกรรมสุขภาพร่วมกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง) กรมอนามัยเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ด้านโรคยา ตัวชี้วัดที่ 5 (ร้อยละ 80 ของสตรีอายุมากกว่า 35 ปี ได้รับการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการตรวจ เฝ้านมด้วยตนเอง) จัดอยู่ในโครงการที่ 8 โครงการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 75 ของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปผ่านเกณฑ์ประเมินทักษะการตรวจเฝ้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข) กรมอนามัยเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ตัวชี้วัดที่ 6 (ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวานตามมาตรฐาน) จัดอยู่ในโครงการที่ 8 โครงการ ควบคุมป้องกันโรคมาติดต่อ ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 65 ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัด กรองความดันโลหิตและเบาหวานตามมาตรฐาน) กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ด้านอบายมุข ตัวชี้วัดที่ 7 (ร้อยละ 100 ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี) จัดอยู่ในโครงการที่ 10 โครงการลดปัญหาสุขภาพด้านอบายมุข ตัวชี้วัดที่ 2 (ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีกระบวนการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของเกณฑ์มาตรฐาน) กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ส่วนตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงระดับตำบล ด้านอาหาร ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 75 ของร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด) จัดอยู่ ในโครงการที่ 9 โครงการส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 85 ของร้านจำหน่ายอาหารสดผ่าน การรับรองอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นหน่วยงาน รับผิดชอบ ตัวชี้วัดที่ 5 (ร้อยละ 100 ของโรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริม) จัด อยู่ในโครงการที่ 5 โครงการสนับสนุนและพัฒนาความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของขบวนการ สุขภาพภาคประชาชน (โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร กลุ่มสาธารณสุขละ 1 โรงเรียน) กรมอนามัยเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ (สำนักตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข, 2551)

ส่วนที่ 3 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับทัศนคติและการวัด

3.1 ความหมายของทัศนคติ

นักจิตวิทยาและนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้คำจำกัดความและความหมายของทัศนคติพอจะสรุปได้ดังนี้คือ

เทพพนม เมืองแมน และสวีน สุวรรณ (2529 : 7) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นสภาพความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำการสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อบุคคล สิ่งของการกระทำ หรือสถานการณ์

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 224) ทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่น ๆ รวมทั้งท่าที ที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยที่ทัศนคติเป็นนามธรรมและเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่ทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ (motive) และแรงขับ (drive) หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมจะโต้ตอบ (state of readiness) และแสดงให้เห็นแนวทางของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า

Kagan and Ernest (1968 : 618) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความโน้มเอียงที่ฝังแน่นในความคิดและความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบที่มีต่อสิ่งที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะทัศนคติประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจกับอารมณ์

Garrison และ Magoon (1972 : 405) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง แนวโน้มที่บุคคลจะตอบสนองต่อวัตถุ สัญลักษณ์ สัตว์ป่าหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยวิถีทางที่แน่นอน

Good (1973 : 4) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง อาจเป็นการเข้าหาหรือหนี หรือต่อต้านต่อเหตุการณ์ บุคคลหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น รักเกลียดกลัว ไม่พอใจต่อสิ่งนั้น

Cruze (1974 : 187) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจที่มีต่อประสบการณ์ที่เราได้รับ และทัศนคติเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ

จากข้อความข้างต้น สรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึงความคิดเห็นและความรู้สึก ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งเกิดจากความพร้อมของสภาพจิตใจ เป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ โดยแสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรม ความคิดเห็น ความโน้มเอียง ความเชื่อที่ถูกกระตุ้นด้วย

อารมณ์และความรู้สึก ทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลคนนั้น

3.2 การวัดทัศนคติ

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2537: 253) กล่าวถึง วิธีการวัดทัศนคติหรือมาตรวัดเจตคติของลิเคอร์ธ ได้สร้างมาตรวัดทัศนคติขึ้นเรียกว่ามาตรวัดรวม (Summative scale or Summated ratings) โดยมีหลักสำคัญ 3 ประการ คือ

2.1 การสร้างข้อความ

2.2 การให้คะแนนข้อความ

2.3 การคัดเลือกข้อความ

ซึ่งการสร้างข้อความจะสร้างให้มีลักษณะเป็นบวกและลบพอ ๆ กัน เมื่อได้ข้อความแล้วกำหนดคำตอบ ซึ่งอาจเป็น 3 คำตอบ 5 คำตอบ หรือ 7 คำตอบก็ได้ แต่ส่วนมากใช้ 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3.3 มาตรวัดทัศนคติของลิเคอร์ธ

มาตรวัดลิเคอร์ธ (Likert Type Scale หรือ Likert's Method of Summated Rating) หมายถึงวิธีการวัดเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใด ๆ ซึ่งคิดค้นโดยเรนซิส ลิเคอร์ธ (Rensis Likert) ในปีคริสต์ศักราช 1932 (สำเร็จ บุญเรืองรัตน์, 2542 : 17-20)

3.3.1 ลักษณะของมาตรวัดลิเคอร์ธ เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยกำหนดช่วงการวัดที่มีค่าต่อเนื่องกัน (continuous attitude) ว่ามีทิศทางใด ปริมาณความเข้มระดับใด โดยมีลักษณะสำคัญ 2 ประการคือ

1) กำหนดข้อความที่เป็นรายการความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับเจตคติที่ต้องการวัด ให้ผู้ตอบประเมินความรู้สึกของตนต่อนัยของข้อความความคิดเห็นนั้นๆบนมาตรวัดที่เป็นช่วงของความรู้สึกที่กำหนดให้เป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2) สำหรับการให้ค่าของระดับ ถ้าเป็นข้อความทางบวก ให้ค่าของระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็น 5 4 3 2 จนถึงถ้าตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ค่าระดับเป็น 1 แต่ถ้าเป็นข้อความทางลบ ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ค่าระดับเป็น 1 2 3 4 จนถึงถ้าตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ค่าระดับเป็น 5

3.3.2 การสร้างมาตรวัดลิเคอร์ธ ดำเนินการสร้างเป็นขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดตัวแปรเจตคติที่วัด แล้วเขียนนิยามปฏิบัติการของตัวแปรเจตคติให้ครอบคลุมโครงสร้างทางทฤษฎี และการกระทำที่เป็นข้อเท็จจริงตามสภาพแวดล้อมและการกระทำที่เป็นข้อเท็จจริงตามสภาพแวดล้อมของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการวัด

2) เขียนข้อความเกี่ยวกับความคิดเห็นตามนิยามปฏิบัติการตัวแปรเจตคติ โดยให้มีจำนวนข้อความครอบคลุมโครงสร้างของตัวแปรเจตคติ

3.3.3 การตรวจให้คะแนนและการแปลความหมาย กำหนดระดับความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อข้อความของผู้ตอบมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นคะแนน 1 2 3 4 5 ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ หรือเป็น 5 4 3 2 1 ตามลำดับหากเป็นข้อความทางบวก นำผลการตอบแต่ละข้อความมาตรวจให้คะแนนแล้วรวมคะแนนทุกข้อความเป็นคะแนนเจตคติของผู้ตอบคนนั้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์วิธีใช้มาตรวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดข้อความทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในรูปของคำถามปลายปิด โดยเป็นแบบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อความทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในรูปของคำถามปลายปิด โดยเป็นแบบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วม เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จของงานด้านต่าง ๆ ดังมีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

อาภรณ์พันธ์ จันทรสว่าง (2529 : 19) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation) ว่าเป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกันนั้นจะต้องมีมากพอ จนเกิดการริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติการ กล่าวคือจะต้องเป็นความเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการนั้นๆ เหตุผลเบื้องต้นแรกของการที่คนเรามารวมกันได้ ควรจะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งองค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการได้

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2531 : 421-446) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล ทั้งนี้ต้องเป็นการตัดสินใจของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่เข้าร่วมด้วยตนเอง

ประเวศ วะสี และไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม (2541: 13) ให้ความหมายของชุมชนว่า การที่คนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกันมีความพยายามทำอะไรร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำซึ่งรวมถึงการติดต่อสื่อสารกัน และการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัว มีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการของเขาเองและชุมชนที่เขาอาศัยที่อยู่ โดยเน้นเรื่องพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชน

วันชัย วัฒนศัพท์ (2544 : 19 -24) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็นกระบวนการสื่อสารสองทางที่มีเป้าหมายเพื่อที่จะให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้น และได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชนเป็นช่องทางที่จะนำประชาชนมาร่วมกันเพื่อที่จะแก้ปัญหของส่วนรวมและสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นปัญหา “ของเรา”

อรทัย ก๊กผล (2546 : 2) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ กระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นเพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่างๆเกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกันซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 4) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดได้เข้าร่วมในโครงการอย่างแท้จริงตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้าย และเป็นไปอย่างมีอิสรภาพเสมอภาค

Richardson (1983; อ้างถึงใน ปิยะนุช เงินคล้าย, 2545 : 6) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การที่บุคคลกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือประเด็นที่บุคคลนั้นสนใจ ไม่ว่าเขาจะได้ปฏิบัติการเพื่อแสดงถึงความสนใจอย่างจริงจังหรือไม่ก็ตาม และไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นโดยตรงก็ได้ แต่การมีทัศนคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใย ก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมได้

Rifkin (1988 : 26) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการทางสังคมซึ่งประชาชนเข้ามามีความรับผิดชอบในการตัดสินใจของกลุ่ม ความต้องการของชุมชนนั้นอย่างกระตือรือร้นเพื่อระบุความต้องการของเขาทำการตัดสินใจและสร้างกลไกในการกำหนดความต้องการนั้น ซึ่งนั่นถือเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชนให้สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเอง

World Health Organization (2005 : 9-10) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพิจารณาเป็น 2 คำ คือ ชุมชน (Community) และการมีส่วนร่วม (Participation)

ชุมชน หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่อยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนสัมพันธ์กัน หรือมีความสนใจร่วมกัน รูปแบบความสัมพันธ์มีทั้งในแนวนอน คือ ในกลุ่มประชาชนด้วยกันเอง และในแนวดิ่ง คือระหว่างประชาชนกับองค์กรต่าง ๆ

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนเข้ามาร่วมทำกิจกรรมในเรื่องต่าง ๆ ที่สนใจ โดยร่วมกันคิด ตัดสินใจ วางแผน และปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ

ผลการศึกษาความหมายของการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น ทำให้พอสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ กลุ่มคนที่มีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนดการเปลี่ยนแปลง มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเองและดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4.2 ความหมายขององค์กรชุมชน

ไพรัตน์ เจริญมิตร (2532 : 1) ได้ให้ความหมายขององค์กรชุมชน คือ การรวมตัวของประชาชนในหมู่บ้านหรือตำบลในรูปของกลุ่มตั้งแต่สองคนขึ้นไปเพื่อดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มหรือสนองวัตถุประสงค์ของชุมชนหรือแม้กระทั่งวัตถุประสงค์ของทางราชการและหน่วยงานเอกชนที่ให้การสนับสนุนกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอาจจัดตั้งอย่างไม่เป็นทางการและกลุ่มที่จัดตั้งอย่างเป็นทางการแล้วแต่กรณี

สัมพันธ์ เจริญมิตร (2540 : 3) ได้ให้ความหมายขององค์กรชุมชนหรือองค์กรชาวบ้าน ในความหมายของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในหมู่บ้าน องค์ประกอบที่ทำให้องค์กรชุมชนหรือองค์กรชาวบ้านดำรงอยู่ได้ที่สำคัญ คือ การมีอุดมการณ์ร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญที่จะยึดเหนี่ยวทิศทางของการรวมกลุ่มกันเอาไว้ การมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน การมีผลประโยชน์ร่วมกัน และการกระจายผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

เมธี จันทจักรุณ และคณะ (2541 : 8) ให้ความหมายของคำว่า องค์กรชุมชน หมายถึง การรวมตัวของประชาชนเพื่อดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มหรือสนองวัตถุประสงค์ของกลุ่ม/ชุมชน โดยการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน มีการพัฒนาจิตสำนึก ศักยภาพของคนให้มีพลังและอำนาจให้การรักษาผลประโยชน์ และสามารถกำหนดอนาคตของประชาชนและชุมชนได้เอง โดยยึดหลักการที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของสมาชิกในรูปแบบของ การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินงาน และการกระจายผลประโยชน์ ซึ่งรูปแบบขององค์กรชุมชนนั้นอาจเป็นองค์กรที่มีอยู่แล้วตามธรรมชาติหรือเป็นองค์กรที่บุคคลภายนอกเข้าไปจัดตั้งก็ได้

ผลการศึกษาความหมายขององค์กรชุมชนดังกล่าวข้างต้น ทำให้พอสรุปได้ว่า องค์กรชุมชน คือ การรวมตัวของประชาชนในชุมชนโดยมีอุดมการณ์ร่วมกันเพื่อดำเนินกิจกรรมตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กลุ่มหรือชุมชนได้ตกลงกันไว้ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในรูปแบบของการตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินงาน และการกระจายผลประโยชน์และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

4.3 ลักษณะของการมีส่วนร่วม

Cohen and Unhoff (1980 : 7) ได้กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ซึ่งอาจเป็นการตัดสินใจตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การตัดสินใจในช่วงของกิจกรรม และการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) ซึ่งอาจเป็นไปในรูปของการเข้าร่วม โดยการให้การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการร่วมมือ ร่วมทั้งการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ สังคม และส่วนตัว
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและลักษณะการมีส่วนร่วมข้างต้นดังกล่าว ทำให้พอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การที่องค์กรประชาชน รวมถึงองค์กรภาครัฐและเอกชนในชุมชนมีส่วนร่วมรับรู้ในขั้นตอน การวางแผน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ การให้ความร่วมมือปฏิบัติงาน การระดมทรัพยากรในชุมชน การถ่ายทอดความรู้และทักษะ การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหาโดยมีความมุ่งหมายเพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จ

ส่วนที่ 5 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับกระบวนการบริหารงาน

กระบวนการบริหารงานมีส่วนสำคัญที่ทำให้งานบรรลุความสำเร็จ และเป็นกระบวนการที่ผู้บริหารทุกระดับควรปฏิบัติเพื่อให้งานเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด ดังมีผู้ได้ให้ความหมายและเสนอแนวคิด รูปแบบของกระบวนการบริหาร ไว้ดังนี้

5.1 ความหมายของการบริหาร

ธงชัย สันติวงษ์ (2537 : 11) ได้นำแนวคิดของดริคเกอร์ (Drucker) ที่กล่าวว่า การบริหาร คือ การทำงานต่าง ๆ ให้ลุล่วงโดยอาศัยผู้อื่นเป็นผู้ทำ หมายความว่า ภายในองค์การทรัพยากรด้านบุคคลนับเป็นทรัพยากรหลักขององค์การที่เข้ามาร่วมกันทำงานในองค์การ ซึ่งคนเหล่านี้จะเป็นผู้ใช้ทรัพยากรด้านวัตถุอื่น ๆ เช่น เครื่องจักร อุปกรณ์ วัตถุดิบ เงินทุน รวมทั้งข้อมูลสารสนเทศ เพื่อผลิตสินค้า หรือบริการออกจำหน่ายและตอบสนองความพอใจของสังคม

ปิยธิดา ศรีเดช (2537 : 34) กล่าวว่า กระบวนการบริหารจัดการ หมายถึง ขั้นตอนการทำงานที่หัวหน้าหรือผู้บริหาร พึงปฏิบัติเพื่อให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้

อุทัย สดสุข (2537 : 291) กล่าวว่า การบริหารหมายถึง การใช้ศาสตร์และศิลป์ในการเอาทรัพยากรเกี่ยวกับการบริหารมาประกอบกับกระบวนการบริหารงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทองหล่อ เดชไทย (2545 : 57) กล่าวว่า การบริหารและการจัดการเป็นคำที่ใช้แทนกันได้เพราะมีจุดมุ่งหมายที่เหมือนกันคือ เพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ แต่แตกต่างกันที่ความนิยมในการนำไปใช้ โดยที่การบริหารมักพบบ่อยในวงการงานราชการและรัฐวิสาหกิจ ส่วนการจัดการนั้นมักใช้ในทางธุรกิจ

Koontz, Harold and C.O. Donnell (1982 : 5) ได้ให้ความหมายของการบริหาร คือ การสร้างบรรยากาศแห่งการทำงานเป็นกลุ่ม เพื่อบรรลุเป้าประสงค์เดียวกันให้สำเร็จ ภายใต้ข้อจำกัดของคน เวลา เงิน และทรัพยากร

Griffin (1984 : 7) กล่าวว่า การบริหาร คือ กระบวนการวางแผน การจัดองค์การการนำและการควบคุม ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรการเงิน ทรัพยากรทางวัตถุและทรัพยากรสารสนเทศในองค์การ เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ขององค์การด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดี

Robbins (1987 : 6) กล่าวว่า การบริหารเกี่ยวข้องไปถึงกระบวนการของการทำให้กิจกรรมเสร็จสมบูรณ์ร่วมกับคนอื่นและโดยผ่านคนอื่น

Hodgetts & Kuratko (1988 : 4) กล่าวว่า การบริหาร คือ กระบวนการตั้งวัตถุประสงค์และประสานความพยายามของบุคลากรเพื่อให้บรรลุผล

Wagner & Hollenbeck (1992 : 22-24) กล่าวว่า การบริหาร คือกระบวนการของการใช้อิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์การ เป็นกระบวนการของการวางแผน การจัดองค์การ การสั่งการและการควบคุมพฤติกรรมขององค์การ เพื่อที่จะบรรลุพันธกิจโดยการแบ่งแผนกแรงงาน

จากข้อความข้างต้นสรุปได้ว่า กระบวนการบริหารงาน หมายถึง การทำงานต่าง ๆ ร่วมกับคนอื่นหรือโดยผ่านคนอื่นเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ และวัตถุประสงค์ขององค์การ เป็นการ ทำงานของบุคคลกับการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้ได้ประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด

5.2 กระบวนการบริหารงาน

Stoner and Wankel (1986 : 12-13) ได้อธิบายความหมายของการบริหารตามแนวคิดของ Mary Parker Follett ว่าการบริหารเป็นศิลปะของการทำงานโดยอาศัยบุคคลอื่น (The art of getting things done through people) ทั้งนี้การที่ผู้บริหารบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การได้นั้นเกิดจากการจัดการให้บุคคลต่างๆ ทำงานที่จำเป็น โดยผู้บริหารไม่ได้ดำเนินการเอง และสรุปว่า กระบวนการบริหาร มี 4 ประการ คือ

1. การวางแผนงาน (planning) จะต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์และวิธีการที่ดีที่สุดที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ รวมทั้งทรัพยากร และกำลังคนที่ต้องใช้วัดความก้าวหน้าของงาน
2. การจัดองค์การ (organizing) หลังจากวางแผนโครงการจะต้องมีกาออกแบบองค์การและจัดคนเข้าทำงานให้เหมาะสมกับงาน เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ
3. การเป็นผู้นำหรือผู้บริหาร (leading) เป็นผู้บริหารที่จะทำให้สมาชิกรวมตัวกันเพื่อทำให้บรรลุวัตถุประสงค์
4. การควบคุมกำกับ (controlling) เป็นหน้าที่สุดท้ายของผู้บริหาร เพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมที่สมาชิกได้ทำ และความสามารถในการทำงานของสมาชิกในองค์การและการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ขององค์การเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ขององค์การ ซึ่งมี 3 ขั้นตอน คือ
 - 1) การตั้งมาตรฐาน
 - 2) การวัดการทำงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย
 - 3) การแก้ไขปรับปรุงให้เป็นไปตามเป้าหมาย

ทองหล่อ เดชไทย (2545 : 61) ได้นำแนวคิดของกูลิคและเออร์วิค (Gulick and Urwick) ที่ได้สรุปกระบวนการบริหารที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง โดยเขียนคำย่อที่สะดวกต่อการจดจำว่า“ POSDCORB” ซึ่งหมายถึงหน้าที่หลักของผู้บริหาร 7 ประการ อันประกอบด้วย

1. การวางแผน (Planning)
2. การจัดระเบียบองค์การ (Organizing)
3. การบริหารงานบุคคล (Staffing)
4. การอำนวยการ (Directing)
5. การประสานงาน (Coordinating)

6. การรายงาน (Reporting)

7. การงบประมาณ (Budgeting)

Koonz (1982 : 27-30) ได้กำหนดกระบวนการบริหารไว้ 5 ประการ POSDC คือ

1. การวางแผน (Planning) คือ การกำหนดสิ่งที่จะทำ รวมทั้งวิธีการ เวลา และ ผู้รับผิดชอบงานนั้นไว้ล่วงหน้า

2. การจัดองค์การ (Organizing) คือ การบริหารจัดการเกี่ยวกับการกำหนด ขอบเขต หน้าที่รับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ การจัดรูปองค์การ

3. การบริหารงานบุคคล (Staffing) คือ การคัดเลือกบุคคลเข้าทำงานโดย คัดเลือกอย่างเหมาะสม ประสิทธิภาพ รวมถึงการปฐมนิเทศและฝึกอบรม

4. การอำนวยการ (Directing) คือ การสร้างสัมพันธ์อันดีในหมู่ผู้ปฏิบัติงานและ จูงใจให้ทุกคนปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเต็มใจ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของ หน่วยงาน

5. การควบคุมงาน (Controlling) เป็นกระบวนการตรวจสอบ ประเมินผลและ แก้ไขการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ธงชัย สันติวงษ์ (2537 : 49-50) ได้นำแนวคิดของเฮนรี ฟาโย (Henri Fayol) ที่ได้ อธิบายถึงกระบวนการบริหารงาน ประกอบด้วย 5 ประการ (POCCC) ดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อธุรกิจและกำหนดขึ้นเป็นแผนการปฏิบัติงานหรือวิถีทางที่จะปฏิบัติเอาไว้เพื่อ เป็นแนวทางในการดำเนินงานในอนาคต

2. การจัดองค์การ (Organization) หมายถึง การจัดให้มีโครงสร้างของงาน ต่างๆและอำนาจหน้าที่ เพื่อให้เครื่องจักรสิ่งของและตัวคนอยู่ในส่วนประกอบที่เหมาะสมในอันที่ จะช่วยให้งานขององค์การบรรลุผลสำเร็จได้

3. การสั่งการ (Commanding) การสั่งการงานต่างๆ รวมถึงการประเมิน โครงสร้างขององค์การและผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาของตนเป็นประจำอยู่เสมอด้วย

4. การประสานงาน (Coordinating) หมายถึงการเชื่อมโยงงานของทุกคนให้เข้า กันได้และกำกับไปสู่จุดหมายเดียวกัน

5. การควบคุม (Controlling) หมายถึง การกำกับให้สามารถประกันได้ว่า กิจกรรมต่างๆที่ทำไปนั้นสามารถเข้ากันได้กับแผนที่ได้วางไว้แล้ว

จากความหมายและแนวคิดของกระบวนการบริหารข้างต้น ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของสโตนเนอร์และแวนเคิล (Stoner and Wankel) เป็นแนวทางในการศึกษากระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยเชิงแรงด้านสาธารณสุขของหัวหน้าสถานีนามัย ว่าได้ดำเนินงานไปตามกระบวนการบริหารงานหรือไม่ และมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยเชิงแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 หรือไม่

ส่วนที่ 6 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการประเมินผล

6.1 ความหมายของการประเมินผล

ในการปฏิบัติงานทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ไว้ เพื่อเป็นการคาดหวังผลที่จะพึงเกิดขึ้นภายหลังตามระยะเวลาการปฏิบัติที่กำหนดไว้ ดังได้มีผู้ให้ความหมาย แนวคิด และรูปแบบกระบวนการของการประเมินผลหรือการวัดผลการดำเนินงานไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

อรุณ รักธรรม (2532 : 211) ได้ให้ความหมายของการประเมินผล คือ การตรวจสอบดูว่างานที่ได้ดำเนินการนั้นมีความก้าวหน้าไปแค่ไหน มีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ หรือมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างไร

รังสรรค์ มหาสันตะ (2533 : 239) ได้ให้ความหมายของการประเมินผล คือ การเปรียบเทียบผลที่ได้จากการปฏิบัติจริง กับผลที่คาดหวังหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

อนันต์ เกตุวงศ์ (2534 : 356) ได้ให้ความหมายของการประเมินผล คือ เป็นเรื่องของการตรวจสอบติดตามผลของการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยอาศัยวัตถุประสงค์ของกิจกรรมนั้น เป็นเครื่องพิจารณาดำเนินการประเมินผลจึงเป็นกระบวนการของการกระทำรูปแบบหนึ่งที่มีความมุ่งหมายของตัวเองโดยเฉพาะเป็นเรื่อง ๆ ไป

นวรรตน์ สุวรรณพ้อง และ ฉวีวรรณ บุญสุยา (2542 : 1) ได้ให้ความหมายของการประเมินผล คือ กระบวนการการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการนั้นกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ เพื่อตัดสินคุณค่าตลอดจนวินิจฉัยทางเลือก เพื่อปรับปรุงแผนงาน / โครงการนั้นให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ของแผนงาน/โครงการ

อรุณี เวียงแสงและคณะ (2547 : 28) ได้ให้ความหมายของการประเมิน คือ การดำเนินโครงการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ ภายใต้เงื่อนไข ปัจจัยใด หากจะดำเนินงานเพื่อการพัฒนาได้จะต้องดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และแสดงให้เห็นคุณค่าของโครงการนั้น

Dror (1968 : 25) ได้ให้ความหมายของการประเมินผล คือ การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติจริง (Actual Results) กับผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Results)

Weiss (1972 : 1) กล่าวถึงการประเมินผลว่า หมายถึง การพิจารณาถึงคุณค่าโดยการตรวจสอบและจัดสิ่งของปรากฏการณ์ หรือความคิดของมนุษย์ โดยใช้เครื่องวัดบางอย่างที่กำหนดไว้หรือเป็นที่เข้าใจอยู่แล้ว

Lewis & Zarb (1974 : 308) ได้ให้ความหมายของการประเมินผล คือ การวิเคราะห์ โครงสร้างและระบบของแผนปฏิบัติงาน เพื่อประเมินผลกระทบหรือประสิทธิผล หรือประสิทธิภาพของแผนงานด้วย

Robbins (1976 : 413) ได้ให้ความหมายของการประเมินผล คือ กระบวนการของการดูแลติดตาม เพื่อทราบว่าหน่วยงานและองค์การได้รับและใช้ทรัพยากรให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล หากการปฏิบัติมิได้เป็นไปตามแนวทางดังกล่าวการแก้ไขจะต้องเกิดขึ้น การปฏิบัติงานให้เข้ากับสภาพที่กำลังเปลี่ยนแปลงและการชดเชยสำหรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมาก่อน รวมทั้งการประเมินผลงานที่ผ่านมาหรือกำลังกระทำอยู่เป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะต้องปฏิบัติและจะต้องคอยดูแลแก้ไข ตลอดจนคอยป้องกันมิให้การกระทำที่ผิดไปจากมาตรฐานเกิดขึ้น

ผลการศึกษาความหมายของการประเมินผล ทำให้พอสรุปได้ว่า ความหมายของการประเมินผลหรือการวัดผลการดำเนินงานได้ว่า การประเมินผล คือ กระบวนการที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องในการจัดรูปแบบ การรวบรวม การวิเคราะห์ การเปรียบเทียบที่ได้จากการปฏิบัติจริงโดยใช้เครื่องมือหรือเกณฑ์ที่กำหนดไว้กับผลที่คาดหวังหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเสนอข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยหรือการตัดสินใจเพื่อกำหนดทางเลือกในการดำเนินงานรวมถึงการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

6.2 ทฤษฎีของการประเมินผล

6.2.1 แบบจำลองที่ยึดจุดมุ่งหมายเป็นหลัก

เยาเวดี ราชชัยกุล วิบูลศรี (2546 : 35) ได้นำแนวคิดของสกริเวน (Scriven) มาอธิบายไว้ว่า การประเมินผล คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การตัดสินใจเลือกใช้เครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูล และกำหนดเกณฑ์ประกอบในการประเมิน เป้าหมายของการประเมินก็คือ การตัดสินใจคุณค่าให้กับกิจกรรมใดๆ ที่ต้องการจะประเมิน ได้จำแนกประเภทและบทบาทของการประเมินออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินระหว่างดำเนินการ (Formative Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลขณะกำลังดำเนินการอยู่เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานดังกล่าวให้ดีขึ้น
2. การประเมินผลรวม (Summative Evaluation) เป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้ว เพื่อเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณค่าความสำเร็จ รวมถึงนำเอาความสำเร็จหรือแนวทางที่ดีไปใช้กับงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในโอกาสต่อไป

6.2.2 แบบจำลอง CIPP

จำเนียร สุขหลาย และคณะ (2537 : 205-207,217) ได้นำแนวคิดของสตัฟเฟิลบีมและคณะ (Stufflebeam et.al.) ที่เสนอแบบจำลอง CIPP (Context Input Process Product) มาอธิบายไว้ดังนี้ คือ เป็นกระบวนการของการวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจในทางเลือกต่างๆ ที่มีอยู่ โดยใช้หลักของเหตุผลทั่วๆ ไปอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลกับการตัดสินใจ และแสดงให้เห็นว่ากระบวนการประเมินใดๆ ประกอบด้วย การวิเคราะห์กิจกรรมและข้อมูลที่จะประเมินเพื่อสนองความต้องการของผู้ตัดสินใจ การรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ (Information) ที่ต้องการ และการเสนอสารสนเทศให้แก่ผู้ตัดสินใจด้วยเหตุผลนี้เชื่อว่าการตัดสินใจนั้นจะเป็นไปด้วยความสมเหตุสมผลในการบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ

รูปแบบของการประเมินผลของ CIPP Model จะประเมินด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การประเมินบริบท (Context evaluation) ช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนในการกำหนดวัตถุประสงค์
2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงสร้างเพื่อกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติงาน
3. การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการตัดสินใจในด้านการใช้ประโยชน์เพื่อควบคุมการดำเนินการของการปฏิบัติงาน
4. การประเมินผลผลิต (Product evaluation) จะช่วยการตัดสินใจ เพื่อตัดสินใจและดูผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน

6.3 กระบวนการในการประเมินผล

สุนทร เกิดแก้ว (2541 : 125-134) ได้เพิ่มขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์เป็นอันดับแรก ส่วนขั้นตอนอื่น ๆ ก็ยึดแนวของ เฮเยส (Hayes) เป็นหลัก ดังต่อไปนี้ คือ

1. การกำหนดวัตถุประสงค์เป็นส่วนที่สำคัญมากที่จะเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงรูปแบบการประเมิน ตลอดจนเทคนิควิธีที่จะใช้ รวมถึงการสรุปรายงานการประเมินด้วย
2. ศึกษาวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการ ได้แก่
 - 2.1 สถานภาพของโครงการ
 - 2.2 กิจกรรมของโครงการ
 - 2.3 โครงร่างของโครงการ ซึ่งเป็นกรอบกว้าง ๆ ที่จะทำให้ผู้ประเมินเห็นโครงการโดยย่อทั้งหมด
3. เลือกข้อมูลเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงตามทิศทางและวัตถุประสงค์ที่ต้องการการวัดเป็นเครื่องมือที่สำคัญ เป็นการวางแผนสร้างเครื่องมือในการวัด คือ พิจารณาว่าควรวัดอะไร จะใช้ข้อมูลประเภทใด ใช้ดัชนีใดมาเป็นตัววัด
4. การเก็บข้อมูล ผู้ประเมินผลจะนำแผนการเก็บข้อมูลออกปฏิบัติงาน จัดเก็บข้อมูลยังแหล่งที่ต้องการ ในการปฏิบัติจริงอาจมีปัญหากับความถูกต้องของข้อมูล
5. วิเคราะห์ แปลความหมายและสรุปผล ซึ่งต้องมีการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของข้อมูลแต่ละชุด ผู้ประเมินผลจะต้องแปลความหมายสรุปความสัมพันธ์ต่าง ๆ ให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและสรุปผลจัดทำรายงานเพื่อแจกจ่ายและเสนอผู้เกี่ยวข้องได้ศึกษาพัฒนา ปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ผลการศึกษา กระบวนการประเมินผล ทำให้พอสรุปได้ว่า กระบวนการประเมินผล คือ กระบวนการกำหนดขอบเขตและวัตถุประสงค์ในการประเมินผล การกำหนดหรือสร้างตัวชี้วัด การเก็บรวบรวมข้อมูล การสรุปผลโดยการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของข้อมูลแต่ละชุดแปลความหมาย และการนำเสนอผลของการประเมินผล

ส่วนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยเกี่ยวกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

พิษณุ อภิสมภารโยธิน (2549 : 68- 94) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยในจังหวัดนครปฐม โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

สุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีความตระหนักเรื่องสุขภาพในระดับมาก โดยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีอารมณ์ความรู้สึกเรื่องสุขภาพระดับมาก แนวโน้มของการกระทำระดับปานกลาง มีการสนใจจากครอบครัวเรื่องสุขภาพระดับมากและการสนใจจากเพื่อนระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านอารมณ์และอบายมุขอยู่ระดับมาก ส่วนอาหาร อโรกยา อนามัยสิ่งแวดล้อมและออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลางปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ภูมิฐานะที่พ่อกำชัยในปัจจุบัน และสถานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนภูมิฐานะเดิม และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยเสริม ได้แก่ ความตระหนักเรื่องสุขภาพ การสนใจจากครอบครัว และการสนใจจากเพื่อนในเรื่องสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเกื้อหนุน ได้แก่ บริบทของสถานศึกษาที่ต่างกัน คือ มหาวิทยาลัยที่เน้นด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม และมหาวิทยาลัยที่เน้นด้านศิลปศาสตร์ สังคมศาสตร์และศึกษาศาสตร์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สถิลรัตน์ จำแสง (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการบริหารโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการบริหารโครงการ และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการบริหารโครงการเมืองไทยแข็งแรง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนนทบุรี มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีผลต่อการบริหารโครงการเมืองไทยแข็งแรงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแวดล้อมในการปฏิบัติงานกับการบริหารโครงการเมืองไทยแข็งแรง คือในด้านความชัดเจนของนโยบาย ความพร้อมในการปฏิบัติงานของบุคลากร ความร่วมมือและความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน และการตอบรับจากประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น มีความสัมพันธ์กับการบริหารโครงการเมืองไทยแข็งแรงโดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

วิภาเพ็ญ เจียสกุล (2548 : 48-56) ได้ศึกษาปัจจัย และข้อเสนอการพัฒนาเทศบาลเพื่อการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานเมืองน่าอยู่ ของกรมอนามัย ปี 2547 เป็นการศึกษาจากเอกสาร โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากตำรา คู่มือการดำเนินงาน ตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสังเคราะห์ และนำเสนอผลการศึกษาดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการจัดทำข้อเสนอ ต่อกรมอนามัย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน โครงการเมืองน่าอยู่ โดยเห็นควรกำหนดให้มีกลยุทธ์ เพื่อการดำเนินงานโครงการเมืองน่าอยู่ ของกรมอนามัย มี 4 ด้าน คือ กลยุทธ์การเสริมสร้างศักยภาพ

บุคลากร กลยุทธ์การสร้างนโยบายสาธารณะร่วม กลยุทธ์การสร้างกระแสสังคม และกลยุทธ์การพัฒนาาระบบบริหารจัดการภายใน มีข้อเสนอให้ศูนย์อนามัยทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บทเรียน และประสบการณ์ในการดำเนินงานที่ผ่านมา สนับสนุนให้มีการนำแผนกลยุทธ์นี้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินโครงการเมืองน่าอยู่ และมีข้อเสนอให้สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ในฐานะผู้รับผิดชอบเร่งสร้างแนวร่วมในระดับนโยบาย จัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้มีการใช้มาตรการทางสังคมที่หลากหลาย พร้อมๆกับการจัดให้มีมาตรการในการติดตาม และผลักดันการดำเนินการต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ และผลลัพธ์เป้าหมายโครงการเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) อย่างยั่งยืนต่อไป

วิมล โรมา และมุกดา สำนวนกลาง (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการสร้างหุ้นส่วนชุมชนเพื่อพัฒนาการดำเนินงานเมืองน่าอยู่ด้านสุขภาพมุ่งสู่เมืองไทยแข็งแรงของเทศบาลในเขตศูนย์อนามัยที่ 1 เพื่อศึกษาการทำงานแบบหุ้นส่วนของคณะทำงานเมืองน่าอยู่ด้านสุขภาพผลการวิจัยพบว่า คณะทำงานเมืองน่าอยู่ด้านสุขภาพ มีการทำงานแบบหุ้นส่วนชุมชนเกิดเป็นหุ้นส่วนสุขภาพ (Health Partnership) ทำให้ค้นพบศักยภาพของตนเองและหุ้นส่วนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน (Interaction learning through action) ดำเนินการพัฒนาเมืองน่าอยู่โดยอาศัยพลังส่วนตัวและพลังเชิงสถาบันของแต่ละหุ้นส่วน ส่งผลให้การดำเนินงานเมืองน่าอยู่โดยอาศัยพลังส่วนตัว และพลังเชิงสถาบันของแต่ละหุ้นส่วน ส่งผลให้การดำเนินงานเมืองน่าอยู่ด้านสุขภาพ ในปี 2547 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดเมืองน่าอยู่ด้านสุขภาพ ร้อยละ 38.1 เป็นเทศบาลน่าอยู่ด้านสุขภาพ (เป้าหมายตามเกณฑ์ร้อยละ 20) และเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรง ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าการทำงานแบบหุ้นส่วนชุมชน ก่อให้เกิดพลังทวีคูณในการสร้างผลงานขยายการเรียนรู้จากชุมชนสู่ชุมชน จากชุมชนสู่เทศบาลและจากเทศบาลสู่ชุมชน

บรรจง จันทร์จีน (2551: 39-68) ได้ศึกษากระบวนการบริหารจัดการการดำเนินงานลพบุรีสุขภาพดีสู่เมืองไทยแข็งแรง ปี 2548 มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์นโยบายการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงส่วนกลางและระดับจังหวัดลพบุรี ศึกษากระบวนการบริหารจัดการปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานลพบุรีสุขภาพดี ๆ ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานลพบุรีสุขภาพดี ๆ เป็นการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการจัดทำกลยุทธ์ในการดำเนินงานที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับของกระทรวงสาธารณสุข และการถ่ายทอดนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสู่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ด้านกระบวนการบริหารพบว่า มีการใช้รูปแบบของการบริหารงาน โดยมีการวางแผน การจัดองค์การ การจัดคนเข้าทำงาน การอำนวยการและการควบคุมไปในทิศทางเดียวกันทั้ง 3 ระดับ แต่มีรายละเอียดในกิจกรรมย่อยต่างกัน ได้แก่ การควบคุม ข้อเสนอแนะการวิจัยควรมีการศึกษาทบทวนของชุมชนที่มี

ผลต่อการดำเนินงานลพบุรีสุขภาพดีฯ เพื่อให้ชุมชนมีบทบาทในการให้ความร่วมมือในการดำเนินการงานลพบุรีสุขภาพดีฯ

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย

พฤษ หรรษ์เลิศ (2541 : 86-104) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินการพัฒนาบริการของสถานีนอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรี ประชากรที่ศึกษา ได้แก่หัวหน้าสถานีนอนามัยจำนวน 139 คน พบว่า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ประชากรในเขตรับผิดชอบ ระยะทางจากโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินการพัฒนาบริการของสถานีนอนามัย

ประภัสสร ศันสนะพิทยากร (2541 : 69-92) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการจัดทำรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า จำนวนหมู่บ้าน ประชากรในเขตรับผิดชอบ ระยะทางจากสถานีนอนามัยถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับประสิทธิภาพการจัดทำรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

สายชล ไทยอุดม (2541 : 49 – 84) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน โดยสอบถามในกลุ่มหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน ทุกขนาด จำนวน 216 คน ผลการวิจัยพบว่าจำนวนบ้านเรือนในเขตรับผิดชอบ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อนุสร พรวิทย์วรกุล (2544 : 39-74) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า จำนวนเด็กอายุ 0 - 14 ปี และอัตราส่วนระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชากรที่รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กาญจนา อินทรักษ์ (2545 : 82-90) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดสระบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย ได้แก่ ประชากรที่ได้รับผิดชอบเฉลี่ย จำนวนหมู่บ้านที่ได้รับผิดชอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

7.3 งานวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะบุคคล

มานพ ทองตัน (2542 : 49-56) ได้ศึกษาความสามารถในการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดสระบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความสามารถในการประเมินผลกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผลการวิจัยพบว่า อายุ สถานภาพสมรส การดำรงตำแหน่ง และการได้รับการฝึกอบรม มีความสัมพันธ์กับความสามารถการประเมินผลกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เสกสรร มานวิโรจน์ (2543 : 62-68) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ ระดับสถานีนามัย เขตสาธารณสุขที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ ระดับสถานีนามัย ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะบุคคลของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ ได้แก่ ตำแหน่ง การได้รับการฝึกอบรม มีสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ

บรรเทิง สุพรรณ (2548 : 24-32) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการเคยเป็นโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มารุต อินทรประเสริฐ (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบสถานีนามัยบ้านพริก ตำบลบ้านพริก อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ผลการวิจัยด้านความสัมพันธ์ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

7.4 งานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติ

วรรัตน์ สุนทรสุข (2542 : 62-80) ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของสถานีนามัยในจังหวัดกำแพงเพชร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของสถานีนามัยในจังหวัดกำแพงเพชรและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ผลการวิจัยพบว่าทัศนคติต่องานอนามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.4 และไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก

เสกสรร มานวิโรจน์ (2543 : 58-89) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ ระดับสถานีนามัย เขตสาธารณสุขที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ ระดับสถานีนามัย เขตสาธารณสุขที่ 1 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโออยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

รัตติกาล จันทวงษ์ (2544 : 64-72) ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของสถานีนามัยในจังหวัดพิจิตร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของสถานีนามัยในจังหวัดพิจิตร และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติต่องานอนามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.8 และไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก

วิชาญ มีบุญครอง (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ระดับทัศนคติของญาติในการดูแลผู้ป่วยมีระดับทัศนคติที่ดีร้อยละ 65.95 และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นงเยาว์ นวลพรหม (2549 : 66-68) ได้ศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวทางการปฏิรูประบบราชการ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2549 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวทางการปฏิรูประบบราชการ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2549 และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สถานีนามัย จำนวน 160 คน ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวทางการปฏิรูประบบราชการ มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7.5 งานวิจัยที่เกี่ยวกับมีส่วนร่วมของชุมชน

สัมฤทธิ์ ต่อสติ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมอยู่ใน

ระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสาธารณสุขเขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล (2545 : 78-82) ศึกษาเรื่อง กระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับระดับปัญหาของสุขภาพของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

อภิสิทธิ์ ทองสุก (2545 : 87-95) ได้ศึกษาผลการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับผลการดำเนินงานของ ศสมช. พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของ ศสมช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$)

ปราณี ถาวรศิริ (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของตำบลทุ่งควายกิน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก และการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในความตระหนักในการป้องกันและการมีส่วนร่วมในความคาดหวัง ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมทั้งด้านความตระหนักและความคาดหวัง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

อุทัยวรรณ กาญจนกมล และคณะ (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในสถานีนอนมัย และภาคประชาชนซึ่งมีองค์กรชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า สถานีนอนมัยได้นำแนวคิดการสร้างสุขภาพตามแบบฉบับของชุมชนเอง โดยการดำเนินงานเน้นเนื้อหาให้สอดคล้องกับเรื่อง “เมืองไทยแข็งแรง คนไทยแข็งแรง” เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในบริการสาธารณะสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน เกิดพลังแห่งการเปลี่ยนแปลงชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน

พัชรินทร์ ศิริมาศทอง (2549 : 15) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพตำบลบ้านป้อม อำเภอกีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่าการมีส่วนร่วมในลักษณะของการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ด้านการป้องกันโรค เช่น การสำรวจและรายงานสัปดาห์ป่วยตายในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก การใส่ทรายอะเบทในการสำรวจทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การชั่ง

นำหน้าเด็กเพื่อเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการ การจัดชมรมออกกำลังกาย การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม ด้านการวางแผน จะมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลเพื่อให้ศูนย์สุขภาพนำไปวางแผนอีกครั้งหนึ่งและมีส่วนร่วมในการจัดประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเห็นว่าประชาชนจะได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมาก

อารีย์ บุญผ่อง (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนต่องานสุขภาพจิตชุมชน มีผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน แต่การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของพื้นที่ที่อสม.ได้รับการอบรม สูงกว่าในพื้นที่ที่อสม.ไม่ได้รับการอบรม

7.6 งานวิจัยที่เกี่ยวกับกระบวนการบริหาร

ประทวน สัตย์เชื้อ (2542 : 49-83) ได้ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็กอายุ 0-5 ปี ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการบริหารจัดการรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เด็ก 0-5 ปี ในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ณัฐนันท์ ผาพะวัฒน์ (2543 : 67-81) ได้ศึกษาเรื่องการประเมินการปฏิบัติงานสุขศึกษาของผู้รับผิดชอบงานประจำสถานีอนามัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการปฏิบัติงานสุขศึกษาของผู้รับผิดชอบงานประจำสถานีอนามัย ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการบริหาร ด้านการวางแผนงาน ด้านการจัดองค์การ ด้านการบริหารงานบุคคล ด้านการอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสุขศึกษาของผู้รับผิดชอบงานประจำสถานีอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เสกสรร มานวิโรจน์ (2543 : 58-89) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอระดับสถานีอนามัย เขตสาธารณสุขที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอระดับสถานีอนามัย เขตสาธารณสุขที่ 1 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการบริหารจัดการโดยรวมอยู่ในระดับดี ความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รัตติกาล จันทพงษ์ (2544 : 64 – 72) ได้ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดพิจิตร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดพิจิตร และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการบริหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.2 และไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก

กาญจนา อินทรักษ์ (2545 : 82-90) ได้ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดสระบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการบริหารจัดการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.2 ความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

จารุณี ทองเลื่อน (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขด้านบริหารในศูนย์สุขภาพชุมชน ภายใต้โครงการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถด้านสาธารณสุข 7 ด้าน ได้แก่ การเป็นผู้นำวิสัยทัศน์ การติดต่อสื่อสาร การจัดการสารสนเทศ การประเมินสภาพการวางแผนและการประเมินผล การทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นและร่วมมือกัน การคิดเป็นระบบ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการดำเนินงานด้านบริหารในศูนย์สุขภาพชุมชนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0000 ($r = 0.654$)

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีตัวแปรที่มีผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุข ประสิทธิภาพและความสำเร็จของงานด้านสาธารณสุข ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาตัวแปร และศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะคิดต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เรื่องผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ศึกษาข้อมูลทั่วไปของสถานอนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคล ทศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานอนามัย และผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่งไปยังประชากร ได้แก่ หัวหน้าสถานอนามัย

2. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ หัวหน้าสถานอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 ที่ปฏิบัติงาน ณ สถานอนามัยแห่งนั้นในช่วงปีงบประมาณ 2549 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2548 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2549 จำนวน 304 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนมัย ได้แก่ 1) ลักษณะพื้นที่ 2) จำนวนเจ้าหน้าที่สาขารณสุขที่ปฏิบัติงาน 3) จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ 4) อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาขารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ 5) จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี 6) จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป 7) จำนวนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป 8) จำนวนผู้สูงอายุ 9) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 10) จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 11) จำนวนโรงเรียนที่รับผิดชอบ 12) จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ 13) จำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร 14) จำนวนร้านค้า 15) จำนวนโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนมัย ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) ระดับการศึกษา 4) รายได้ 5) ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนมัย 6) การปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ซึ่งเป็นลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยข้อคำถามมีทั้งทางลบและทางบวก โดยประยุกต์จากวิธีของ Likert มีให้เลือกตอบได้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5	คะแนน

ดังนั้นคะแนนทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงจะมีค่าอยู่ระหว่าง 20 – 100 คะแนน เมื่อได้คะแนนแล้วนำมาพิจารณาจัดระดับทัศนคติ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับทัศนคติดี ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{100 - 20}{3} \\ &= 26.67\end{aligned}$$

ระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	ช่วงคะแนน
ระดับดี	73.35 - 100.00
ระดับปานกลาง	46.68 – 73.34
ระดับไม่ดี	20.00 – 46.67

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง อันประกอบด้วย ชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง แยกเป็นแต่ละองค์กรชุมชน

	ข้อที่	จำนวน (ข้อ)
ชมรมสร้างสุขภาพ	1-7	7
อาสาสมัครสาธารณสุข	8-13	6
ผู้นำชุมชน	14-19	6
โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก	20-28	9

	ข้อที่	จำนวน (ข้อ)
ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ	29-35	7
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	36-42	7
การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวม	1-42	42

คะแนนทัศนคติของหัวหน้าสถานีอนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงแต่ละองค์กรในชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวม จะใช้คะแนนเฉลี่ยโดยแยกเป็นรายองค์กรในชุมชนและคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวม ซึ่งคำนวณได้จากการนำคะแนนรวมในแต่ละองค์กรในชุมชนหารด้วยจำนวนข้อ คะแนนที่ได้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน เมื่อได้คะแนนแล้วนำมาพิจารณาจัดระดับทัศนคติ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับการมีส่วนร่วมมาก ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง และระดับการมีส่วนร่วมน้อย ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ระดับทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง แต่ละองค์กรชุมชน

	ช่วงคะแนน
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	3.67 – 5.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	2.34 – 3.66
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	1.00 – 2.33

ส่วนที่ 5 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการเป็นผู้นำ และด้านการควบคุมกำกับ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	0	คะแนน

กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง แยกเป็นรายด้านของ
กระบวนการบริหารงาน

รายด้านของกระบวนการบริหารงาน	ข้อที่	จำนวน(ข้อ)
การวางแผน	1-9	9
การจัดองค์การ	10-15	6
การเป็นผู้นำ	16-28	13
การควบคุมกำกับ	29-35	7
กระบวนการบริหารงานโดยรวม	1-35	35

คะแนนกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง จะใช้คะแนนเฉลี่ยโดยแยกเป็นรายด้านและคะแนนเฉลี่ยกระบวนการบริหารงานโดยรวม ซึ่งคำนวณได้จากการนำคะแนนรวมในแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อ คะแนนที่ได้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 2 เมื่อได้คะแนนแล้วนำมาพิจารณาจัดระดับกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง เป็น 3 ระดับ คือ กระบวนการบริหารงาน ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต้องปรับปรุง ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{2 - 0}{3} \\ &= 0.67 \end{aligned}$$

ระดับกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	ช่วงคะแนน
ระดับดี	1.35 – 3.00
ระดับปานกลาง	0.68 – 1.34
ระดับต้องปรับปรุง	0.00 – 0.67

ส่วนที่ 6 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย ซึ่งมี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน(หมู่บ้านแข็งแรง) ซึ่งมีตัวชี้วัดทั้งหมด 7 ตัวชี้วัด โดยให้ผู้ตอบกรอกผลการดำเนินงานเป็นร้อยละตามตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ในแต่ละหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัย

ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขในระดับตำบล ซึ่งมีตัวชี้วัดทั้งหมด 5 ตัวชี้วัด โดยให้ผู้ตอบกรอกข้อมูล จำนวนเป้าหมาย ผลการดำเนินงาน และร้อยละ ตามตัวชี้วัด ของยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ปี 2549 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย

สำหรับการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของสถานีอนามัย มีดังนี้

ตอนที่ 1 ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน

สถานีอนามัยมีจำนวนหมู่บ้านที่มีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงผ่านตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัวชี้วัด เป็นหมู่บ้านแข็งแรงอย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบถือว่าผ่านตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับตำบล

สถานีอนามัยมีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลทั้ง 5 ตัวชี้วัด ถือว่าผ่านตัวชี้วัดระดับตำบล

จากนั้นนำมาจัดระดับตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัย โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2549 โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1) สถานีอนามัยผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง หมายถึง สถานีอนามัยมีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในระดับหมู่บ้านผ่านตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัวชี้วัด เป็นหมู่บ้านแข็งแรงอย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ รวมกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลทั้ง 5 ตัวชี้วัด

2) สถานีอนามัยไม่ผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง หมายถึง สถานีอนามัยมีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในระดับหมู่บ้านผ่านตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัวชี้วัด เป็นหมู่บ้านแข็งแรงน้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ หรือมีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงระดับตำบลผ่านตัวชี้วัดน้อยกว่า 5 ตัวชี้วัด

ส่วนที่ 7 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยในสาธารณสุขเขต 7 เป็นคำถามปลายเปิด

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา ภาษาและนำไปใช้ตรวจสอบ

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่จะวิจัย คือ หัวหน้าสถานีอนามัย จำนวน 30 คน ในจังหวัดนครปฐม และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha)

โดยมีค่าความเชื่อมั่น ในแต่ละส่วนดังนี้

- แบบสอบถามส่วนที่ 3 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84
- แบบสอบถามส่วนที่ 4 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92
- แบบสอบถามส่วนที่ 5 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89
- แบบสอบถามส่วนที่ 3 ถึง ส่วนที่ 5 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ระยะเตรียมการเก็บข้อมูล

1. จัดทำแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของเนื้อหาและโครงสร้าง โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาทำการตรวจแก้ไข

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลจากจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลในการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยติดต่อประสานงานกับนักวิชาการสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลในการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยติดต่อประสานงานกับนักวิชาการสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครปฐม เพื่อทำการทดสอบเครื่องมือ จำนวน 30 คน

5. เตรียมระบบงานเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ผู้วิจัยทำหนังสือขอจริยธรรมในการวิจัยในคนจากกระทรวงสาธารณสุข

5.2 ระยะดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย
2. ชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย ความเป็นมา วัตถุประสงค์ และการเก็บข้อมูล การขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย กับผู้ประสานงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอใน จังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จำนวน 304 ชุด ส่งไปยังผู้ประสานงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดที่เป็นกลุ่มประชากร โดยจัดส่งแบบสอบถามให้ครบตามจำนวนหัวหน้าสถานีอนามัยในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในชุดแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวนหนึ่งชุดและซองจดหมายเปล่าติดแสตมป์พร้อม จ่าหน้าซองจดหมายกลับถึงผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการส่งกลับ
4. ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2550 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2550 กำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 เดือน และส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์โดยไม่มีค่าตอบแทน ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2550
5. ผู้วิจัยได้ข้อมูลกลับคืนมาจำนวน 224 ชุด ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ให้หมายเลขแก่แบบสอบถามที่เก็บมาได้ กำหนดรหัสให้ตัวแปรแต่ละตัว หลังจากนั้นป้อนข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง วิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อนำเสนอ

6. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

6.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย (Inclusion criteria)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นหัวหน้าสถานีอนามัยหรือรักษาการในตำแหน่งหัวหน้าสถานีอนามัย ปฏิบัติงาน ณ สถานีอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ควบคุมกำกับ ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของสถานีอนามัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยลงนามยินยอมด้วยการได้รับการบอกกล่าว และเต็มใจ (Individual informed consent) และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้

6.2 เกณฑ์การแยกผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัยโครงการ (Exclusion criteria)

หัวหน้าสถานีนามัยหรือรักษาการในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย ปฏิบัติงาน ณ สถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

6.3 เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

หัวหน้าสถานีนามัยหรือรักษาการในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย ปฏิบัติงาน ณ สถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลและบอกปฏิเสธด้วยวาจา หรือลายลักษณ์อักษร

6.4 ระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

โครงการนี้ไม่มีการทดลองใด ๆ จึงไม่มีความเสี่ยงจากการทดลอง ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้นได้จากการรั่วไหลของข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย และการปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาที่อยู่ในรูปแบบสอบถาม เป็นต้น

6.5 ระบุการตอบแทน ชดเชย การดูแลรักษา และการแก้ปัญหาอื่นๆ กรณีเกิดผลแทรกซ้อนแก่ผู้วิจัย

โครงการนี้ไม่มีการทดลองใดๆ จึงไม่มีความเสี่ยงจากการทดลอง ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้นได้จากการรั่วไหลของข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย และการปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาที่อยู่ในรูปแบบสอบถามที่กรอกแล้ว หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ข้อมูลที่กล่าวมาจะถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับ โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การเผยแพร่ข้อมูลจะต้องเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคล

ในกรณีที่ผู้บริหารที่อนุมัติให้ศึกษาข้อมูล หรือหัวหน้าสถานีนามัย มีข้อสงสัยเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย สามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นายพงษ์เทพ รอดท่าไม้ ได้ที่สถานีนามัยตำบลหลักสอง อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เบอร์โทรศัพท์ 034-481733

6.6 ระบุประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับด้านจริยธรรม

การบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ก่อนเริ่มการวิจัยและการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัย สามารถทำได้ทุกเมื่อ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา โดยใช้สถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบาย ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 โดยใช้สถิติ Pearson Chi Square Test

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัยในสาธารณสุขเขต 7 และศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย ลักษณะบุคคล ทักษะคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนประชากรที่ศึกษาทั้งหมด 304 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68 ของประชากร ซึ่งนำเสนอผลการศึกษาเป็น 8 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 2 ลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 3 ทักษะคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 4 ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 5 กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง
- ส่วนที่ 6 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 8 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยในสาธารณสุขเขต 7

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัยในสาขารณสุข เขต 7 ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูล ลักษณะพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาขารณสุขที่ปฏิบัติงาน ประชากรในเขตรับผิดชอบ อัตราส่วน เจ้าหน้าที่สาขารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ เด็กอายุ 0-5 ปี สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ หมู่บ้านที่รับผิดชอบ โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก ร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ร้านชำ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง มีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะพื้นที่ พบว่า สถานีนามัยส่วนใหญ่มีพื้นที่อยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 86.2 และมีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 13.8

เจ้าหน้าที่สาขารณสุขที่ปฏิบัติงาน พบว่า สถานีนามัยส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจำนวน 3 – 4 คน ร้อยละ 69.2 จำนวน 1-2 คน ร้อยละ 24. และมากกว่า 4 คน ร้อยละ 6.7 มีค่าเฉลี่ย 3.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88

ประชากรในเขตรับผิดชอบ พบว่า ส่วนใหญ่สถานีนามัยมีประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวน 2,001 - 4,000 คน ร้อยละ 48.7 จำนวน 4,001 - 6,000 คน ร้อยละ 24.1 จำนวน 1- 2,000 คน ร้อยละ 13.4 และมากกว่า 6,000 คน ร้อยละ 13.8 มีค่าเฉลี่ย 3,974.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,150.47

อัตราส่วนเจ้าหน้าที่สาขารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ พบว่า สถานีนามัยส่วนใหญ่มีอัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาขารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ เท่ากับ 1 : 1,001 – 2,000 ร้อยละ 50.0 อัตราส่วน 1- 1,000 ร้อยละ 37.5 อัตราส่วน 1 : 2,001 – 3,000 ร้อยละ 9.8 และอัตราส่วน 1 : 3,001 – 4,000 ร้อยละ 2.7

เด็กอายุ 0 - 5 ปี พบว่า สถานีนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี จำนวน 1 – 200 คน ร้อยละ 41.5 จำนวน 201-400 คน ร้อยละ 37.9 จำนวน 401-600 คน ร้อยละ 16.5 และจำนวนมากกว่า 600 คน ร้อยละ 4.0 มีค่าเฉลี่ย 268.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 163.28

สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่า สถานีนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 1 – 1,000 คน ร้อยละ 68.8 จำนวน 1,001 - 2,000 คน ร้อยละ 28.1 และจำนวนมากกว่า 2,000 คน ร้อยละ 3.1 มีค่าเฉลี่ย 894.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 564.07

ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่า สถานีนามัยส่วนใหญ่มีประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 1,001 - 2,000 คน ร้อยละ 47.3 จำนวน 1-1,000 คน ร้อยละ 35.7 จำนวน 2,001-3,000 คน ร้อยละ 13.8 และจำนวนมากกว่า 3,000 คน ร้อยละ 3.1 มีค่าเฉลี่ย 1,395.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 786.77

ผู้สูงอายุ พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 1–500 คน ร้อยละ 62.5 จำนวน 501-1,000 คน ร้อยละ 33.0 และจำนวนมากกว่า 1,000 คน ร้อยละ 4.5 มีค่าเฉลี่ย 507.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 273.62

หญิงตั้งครรภ์ พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 1–40 คน ร้อยละ 79.9 จำนวน 41-80 คน ร้อยละ 18.3 และจำนวนมากกว่า 80 ร้อยละ 1.8 มีค่าเฉลี่ย 29.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.21

หมู่บ้านที่รับผิดชอบ พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวน 4–6 หมู่บ้าน ร้อยละ 47.8 จำนวน 1 - 3 หมู่บ้าน ร้อยละ 26.8 จำนวน 7-9 หมู่บ้าน ร้อยละ 15.6 และจำนวนมากกว่า 9 หมู่บ้าน ร้อยละ 9.8 มีค่าเฉลี่ย 5.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.70

โรงเรียนที่รับผิดชอบ พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนโรงเรียนที่รับผิดชอบ จำนวน 2–3 โรงเรียน ร้อยละ 54.9 จำนวน 1 โรงเรียน ร้อยละ 35.7 และจำนวนมากกว่า 3 โรงเรียน ร้อยละ 9.4 มีค่าเฉลี่ย 2.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.21

ศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ จำนวน 1 แห่ง ร้อยละ 61.6 ไม่มีศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 21.4 และจำนวนมากกว่า 1 แห่ง ร้อยละ 17.0 มีค่าเฉลี่ย 0.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67

ร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 0–10 ร้าน ร้อยละ 67.4 จำนวน 11-20 ร้าน ร้อยละ 23.7 จำนวน 21-30 ร้าน ร้อยละ 4.9 และจำนวนมากกว่า 30 ร้าน ร้อยละ 4.0 มีค่าเฉลี่ย 9.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.35

ร้านชำ พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนร้านชำ จำนวน 11-20 ร้าน ร้อยละ 40.2 จำนวน 1-10 ร้าน ร้อยละ 27.7 จำนวน 21-30 ร้าน ร้อยละ 20.1 และจำนวนมากกว่า 30 ร้อยละ 12.1 มีค่าเฉลี่ย 18.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.49

โครงการของสถานีนอนามัยที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีจำนวนโครงการ 1–5 โครงการ ร้อยละ 69.2 จำนวนมากกว่า 5 โครงการ ร้อยละ 26.8 และไม่มีโครงการ ร้อยละ 4.0 มีค่าเฉลี่ย 4.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.21 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสถานื่อนามัยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของสถานื่อนามัย	จำนวน (n =224)	ร้อยละ
ลักษณะพื้นที่		
เขต อบต.	193	86.2
เขต เทศบาล	31	13.8
จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน (คน)		
1-2	54	24.1
3-4	155	69.2
มากกว่า 4	15	6.7
Min = 1 Max = 6 Mean = 3.14 S.D.= 0.88		
จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ (คน)		
1- 2,000	30	13.4
2,001 -4,000	109	48.7
4,001 -6,000	54	24.1
มากกว่า 6,000	31	13.8
Min = 1,032 Max = 13,605 Mean = 3,974.97 S.D.= 2,150.47		
อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากร		
ในเขตรับผิดชอบ		
1 : 1 - 1,000	84	37.5
1 : 1,001 – 2,000	112	50.0
1 : 2,001 – 3,000	22	9.8
1 : 3,001 – 4,000	6	2.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสถานีนอนามัยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย	จำนวน (n =224)	ร้อยละ
จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี (คน)		
1-200	93	41.5
201-400	85	37.9
401-600	37	16.5
มากกว่า 600	9	4.0
Min = 48 Max = 979 Mean = 268.37 S.D.= 163.28		
จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป (คน)		
1-1,000	154	68.8
1,001 - 2,000	63	28.1
มากกว่า 2,000	7	3.1
Min = 162 Max = 3,855 Mean = 894.11 S.D.= 564.07		
จำนวนประชากรอายุ 40 ปี ขึ้นไป (คน)		
1-1,000	80	35.7
1,001 - 2,000	106	47.3
2,001-3,000	31	13.8
มากกว่า 3,000	7	3.1
Min = 325 Max = 5,743 Mean = 1,395.62 S.D.= 786.77		
จำนวนผู้สูงอายุ (คน)		
1-500	140	62.5
501-1,000	74	33.0
มากกว่า 1,000	10	4.5
Min = 110 Max = 1,912 Mean = 507.19 S.D.= 273.62		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสถานื่อนามัยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของสถานื่อนามัย	จำนวน (n =224)	ร้อยละ
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ (คน)		
1-40	179	79.9
41-80	41	18.3
มากกว่า 80	4	1.8
Min = 2 Max = 128 Mean = 29.46 S.D.= 20.21		
จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ (หมู่บ้าน)		
1-3	60	26.8
4-6	107	47.8
7-9	35	15.6
มากกว่า 9	22	9.8
Min = 1 Max = 14 Mean = 5.30 S.D.= 2.70		
จำนวนโรงเรียนที่รับผิดชอบ (โรงเรียน)		
1	80	35.7
2-3	123	54.9
มากกว่า 3	21	9.4
Min = 1 Max = 7 Mean = 2.07 S.D.= 1.21		
จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ (แห่ง)		
ไม่มีศูนย์เด็กเล็ก	48	21.4
1	138	61.6
มากกว่า 1	38	17.0
Min = 0 Max = 4 Mean = 0.97 S.D.= 0.67		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสถานีนอนามัยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย	จำนวน (n =224)	ร้อยละ
จำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร (ร้าน)		
0-10	151	67.4
11-20	53	23.7
21-30	11	4.9
มากกว่า 30	9	4.0
Min = 0 Max = 54 Mean = 9.19 S.D = 8.35		
จำนวนร้านชำ (ร้าน)		
1-10	62	27.7
11-20	90	40.2
21-30	45	20.1
มากกว่า 30	27	12.1
Min = 1 Max = 117 Mean = 18.58 S.D.= 13.49		
จำนวนโครงการของสถานีนอนามัยที่เกี่ยวข้อง กับงานเมืองไทยแข็งแรง (โครงการ)		
ไม่มี	9	4.0
1-5	155	69.2
มากกว่า 5	60	26.8
Min = 0 Max = 11 Mean = 4.18 S.D.= 2.21		

ส่วนที่ 2 ลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัย

ผลการศึกษาลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย และการปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง มีรายละเอียดดังนี้

อายุ พบว่า หัวหน้าสถานีนามัยส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 41- 50 ปี ร้อยละ 63.4 อายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 21.0 และ อายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 15.6 มีค่าเฉลี่ย 44.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.10

เพศ พบว่า หัวหน้าสถานีนามัยส่วนใหญ่ เป็นผู้หญิง ร้อยละ 55.8 และเป็นผู้ชาย ร้อยละ 44.2

ระดับการศึกษา พบว่า หัวหน้าสถานีนามัยส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 65.2 ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 31.7 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 3.1

รายได้ พบว่า หัวหน้าสถานีนามัยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 20,001 - 25,000 บาท ร้อยละ 50.4 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 24.6 รายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 15,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 21.4 และรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 10,000 – 15,000 บาท ร้อยละ 3.6

ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง/ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย พบว่า หัวหน้าสถานีนามัยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง/ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย ตั้งแต่ 1-10 ปี ร้อยละ 66.5 ตั้งแต่ 11-20 ปี ร้อยละ 22.3 และมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 11.2 มีค่าเฉลี่ย 8.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.31

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน/ประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง พบว่า หัวหน้าสถานีนามัยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน/ประสบการณ์ 3 – 4 ปี ร้อยละ 50.4 และ 1-2 ปี ร้อยละ 49.6 มีค่าเฉลี่ย 2.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าสถานีนอนามัยจำแนกตามลักษณะบุคคล

ลักษณะบุคคล	จำนวน (N = 224)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
31 – 40	47	21.0
41 – 50	142	63.4
51 – 60	35	15.6
Min = 32 Max = 60 Mean = 44.62 S.D = 6.10		
เพศ		
ชาย	99	44.2
หญิง	125	55.8
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	71	31.7
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	146	65.2
สูงกว่าปริญญาตรี	7	3.1
รายได้ (บาท/เดือน)		
10,000 – 15,000	8	3.6
15,001 – 20,000	48	21.4
20,001 – 25,000	113	50.4
> 25,000	55	24.6
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัย (ปี)		
1-10	149	66.5
11-20	50	22.3
> 20	25	11.2
Min = 1 Max = 40 Mean = 8.96 S.D.= 9.31		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าสถานีนอนามัยจำแนกตามลักษณะบุคคล (ต่อ)

ลักษณะบุคคล	จำนวน (N = 224)	ร้อยละ
การปฏิบัติงานหรือประสบการณ์เกี่ยวกับงาน เมืองไทยแข็งแรง		
1 – 2 ปี	111	49.6
3 – 4 ปี	113	50.4
Min = 1 Max = 4 Mean = 2.50 S.D. = 0.82		

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยเป็นรายข้อ พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีความเห็นว่า นโยบายเมืองไทยแข็งแรงช่วยทำให้งานด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของสถานีนอนามัยสัมฤทธิ์ผลได้ดียิ่งขึ้น ร้อยละ 58.0 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนความสำเร็จของงานเมืองไทยแข็งแรงของสถานีนอนามัยส่งผลให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ร้อยละ 54.9 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้านอารมณ์ กำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยิ่งขึ้น ร้อยละ 54.0 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละตามระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้า
สถานีนามัยเป็นรายชื่อ

ข้อความ	ระดับทัศนคติ					รวม
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
1. นโยบายเมืองไทยแข็งแรงช่วยทำให้ งานด้านส่งเสริมสุขภาพและการ ป้องกันโรคของสถานีนามัยสัมฤทธิ์ ผลได้ดียิ่งขึ้น	130 (58.0)	81 (36.2)	10 (4.5)	3 (1.3)	0 (0.0)	224 (100.0)
2. งานเมืองไทยแข็งแรงเป็นการเพิ่มงาน ให้สถานีนามัยมากยิ่งขึ้น	3 (1.3)	84 (37.5)	67 (29.9)	65 (29.0)	5 (2.2)	224 (100.0)
3. ความสำเร็จของงานเมืองไทยแข็งแรง ของสถานีนามัยส่งผลให้สุขภาพของ ประชาชนดีขึ้น	123 (54.9)	75 (33.5)	24 (10.7)	2 (0.9)	0 (0.0)	224 (100.0)
4. ความสำเร็จของงานเมืองไทยแข็งแรง ของสถานีนามัยส่งผลให้รัฐบาลลด ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคของ ประชาชน	119 (53.1)	73 (32.6)	22 (9.8)	10 (4.5)	0 (0.0)	224 (100.0)
5. งานเมืองไทยแข็งแรงทำให้เกิดการ ตื่นตัวในการแก้ปัญหาสุขภาพของคน ในชุมชน	113 (50.4)	89 (39.7)	19 (8.5)	3 (1.3)	0 (0.0)	224 (100.0)
6. เครื่องชี้วัดความสำเร็จงานเมืองไทย แข็งแรง ประเมินผลในทางปฏิบัติได้ยาก	1 (0.4)	75 (33.5)	72 (32.1)	71 (31.7)	5 (2.2)	224 (100.0)
7. เป้าหมายของตัวชี้วัดความสำเร็จของ งานเมืองไทยแข็งแรง ไม่เหมาะสมกับ การดำเนินงานในพื้นที่ของสถานี อนามัย	3 (1.3)	95 (42.4)	66 (29.5)	58 (25.9)	2 (0.9)	224 (100.0)
8. งานเมืองไทยแข็งแรง ด้านออกกำลังกาย ส่งผลให้โรคไม่ติดต่อลดลงได้	10 (4.5)	101 (45.1)	66 (29.5)	47 (21.0)	0 (0.0)	224 (100.0)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละตามระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้า
สถานีนามัยเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติ					รวม
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
9. ตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรง ระดับ หมู่บ้านด้านออกกำลังกายไม่สามารถ ปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้	3 (1.3)	70 (31.3)	69 (30.8)	80 (35.7)	2 (0.9)	224 (100.0)
10. ความสำเร็จงานเมืองไทยแข็งแรง ด้านอาหาร ส่งผลให้โรคระบบ ทางเดินอาหารลดลงได้	112 (50.0)	84 (37.5)	18 (8.0)	9 (4.0)	1 (0.4)	224 (100.0)
11. ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน/ตำบลงาน เมืองไทยแข็งแรง ด้านอาหารไม่ สามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้	5 (2.2)	106 (47.3)	65 (29.0)	46 (20.5)	2 (0.9)	224 (100.0)
12. ตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรง ระดับ หมู่บ้าน ด้านอารมณ์ไม่สามารถ ปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้	4 (1.8)	93 (41.5)	95 (42.4)	29 (12.9)	3 (1.3)	224 (100.0)
13. การดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง ด้านอารมณ์ กำหนดให้ให้ผู้สูงอายุเป็น สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีกิจกรรม ทุกเดือนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน	121 (54.0)	92 (41.1)	5 (2.2)	6 (2.7)	0 (0.0)	224 (100.0)
14. การดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้าน อารมณ์ กำหนดให้วัยรุ่น เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE มีส่วนทำให้ ปัญหาเสพยาเสพติดลดลง	109 (48.7)	72 (32.1)	35 (15.6)	8 (3.6)	0 (0.0)	224 (100.0)
15. งานเมืองไทยแข็งแรง ด้านโรคยา ส่งผลให้ประชาชนตื่นตัวในการดูแล สุขภาพด้วยตนเอง	102 (45.5)	103 (46.0)	18 (8.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	224 (100.0)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละตามระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้า
สถานีนอนามัยเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติ					รวม
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
16. ตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรง ระดับหมู่บ้าน/ตำบล ด้านโอโรคาไม่ สามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้	8 (3.6)	88 (39.3)	92 (41.1)	36 (16.1)	0 (0.0)	224 (100.0)
17. ตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรงระดับตำบล ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมควรให้ หน่วยงานอื่นเป็นผู้รับผิดชอบหลัก	5 (2.2)	53 (23.7)	83 (37.1)	75 (33.5)	8 (3.6)	224 (100.0)
18. งานเมืองไทยแข็งแรง ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้สุขภาพของ กลุ่มเด็กและนักเรียนดีขึ้น	99 (44.2)	99 (44.2)	25 (11.2)	1 (0.4)	0 (0.0)	224 (100.0)
19. งานเมืองไทยแข็งแรงด้านอบายมุข ส่งผลให้การบริโภคบุหรี่และสุราใน กลุ่มวัยรุ่นลดลง	96 (42.9)	72 (32.1)	34 (15.2)	19 (8.5)	3 (1.3)	224 (100.0)
20. ตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรงระดับหมู่บ้านด้านอบายมุขไม่สามารถ ปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้	10 (4.5)	48 (21.4)	96 (42.9)	64 (28.6)	6 (2.7)	224 (100.0)

ระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

จากการศึกษา พบว่า ระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.8 ระดับทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 39.7 และระดับทัศนคติไม่ดี ร้อยละ 0.4 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 74.76 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.77 คะแนนสูงสุด 98 คะแนน คะแนนต่ำสุด 46 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้า
สถานีนามัย

ระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	จำนวน	ร้อยละ
ดี	134	59.8
ปานกลาง	89	39.7
ไม่ดี	1	0.4
รวม	224	100

Min = 46 Max = 98 Mean = 74.76 S.D. = 10.77

ส่วนที่ 4 ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทย
แข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย

จากการศึกษา พบว่า ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย แยกเป็นรายองค์กรในชุมชนได้ดังนี้

ชมรมสร้างสุขภาพ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 รองลงมาคือ ระดับมาก 38.4 และระดับน้อย ร้อยละ 11.2 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 คะแนน

อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.8 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 และระดับน้อย ร้อยละ 10.7 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 คะแนน

ผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 33.5 และระดับน้อย ร้อยละ 20.1 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 คะแนน

โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 41.1 และระดับน้อย ร้อยละ 6.7 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 คะแนน

ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.8 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 38.4 และระดับน้อย ร้อยละ 5.8 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 คะแนน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 36.2 และระดับน้อย ร้อยละ 21.4 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 คะแนน

และเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.9 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 29.9 และระดับน้อย ร้อยละ 7.1 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอมนัย

ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วม ของชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม			คะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ชมรมสร้างสุขภาพ	86 (38.4)	113 (50.4)	25 (11.2)	3.42	0.77
อาสาสมัครสาธารณสุข	116 (51.8)	84 (37.5)	24 (10.7)	3.56	0.77
ผู้นำชุมชน	75 (33.5)	104 (46.4)	45 (20.1)	3.23	0.83
โรงเรียน/ ศูนย์เด็กเล็ก	92 (41.1)	117 (52.2)	15 (6.7)	3.48	0.70
ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ	86 (38.4)	125 (55.8)	13 (5.8)	3.46	0.68
องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	81 (36.2)	95 (42.4)	48 (21.4)	3.27	0.90
การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรวม	67 (29.9)	141 (62.9)	16 (7.1)	3.40	0.65

ส่วนที่ 5 กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีอนามัย

ผลการศึกษากระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีอนามัย แยกเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านการวางแผน ส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.6 รองลงมาก็คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.7 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 6.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.56 คะแนน

ด้านการจัดองค์การ ส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.9 รองลงมาก็คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.9 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 15.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.40

ด้านการเป็นผู้นำ ส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.2 รองลงมาก็คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.9 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 0.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.54 คะแนน

ด้านการควบคุมกำกับ ส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.3 รองลงมาก็คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.2 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 12.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.50 คะแนน

เมื่อพิจารณากระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีอนามัยโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.8 รองลงมาก็คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.4 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 1.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.51 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีอนามัย

การบริหารงานยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง	ระดับการบริหารงาน			คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
	ดี	ปานกลาง	ต้อง ปรับปรุง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านการวางแผน	147 (65.6)	62 (27.7)	15 (6.7)	1.56	0.45
ด้านการจัดองค์การ	123 (54.9)	67 (29.9)	34 (15.2)	1.40	0.54

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้า
สถานีอนามัย (ต่อ)

การบริหารงานยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง	ระดับการบริหารงาน			คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
	ดี	ปานกลาง	ต้อง ปรับปรุง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านการเป็นผู้นำ	146 (65.2)	76 (33.9)	2 (0.9)	1.54	0.41
ด้านการควบคุมกำกับ	144 (64.3)	52 (23.2)	28 (12.5)	1.50	0.58
การบริหารงานโดยรวม	143 (63.8)	77 (34.4)	4 (1.8)	1.51	0.43

ส่วนที่ 6 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีอนามัย

6.1 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานี อนามัย จำแนกตามการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน

ผลการศึกษาการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของ
สถานีอนามัยตามตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านใน 5 ด้าน 7 ตัวชี้วัด จำนวนสถานีอนามัย 224 แห่ง จำแนก
เป็นรายตัวชี้วัด ได้ดังนี้

ด้านออกกำลังกาย

ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 60 ของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3
วัน ๆ ละ 30 นาที) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 97.8 และไม่
ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 2.2

ด้านอาหาร

ตัวชี้วัดที่ 2 (ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานท้องถิ่น) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 67.9 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 32.1

ด้านอารมณ์

ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 55 ของที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิกชมรม To Be Number One) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 95.1 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 4.9

ตัวชี้วัดที่ 4 (ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 87.1 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 12.9

ด้านโรคยา

ตัวชี้วัดที่ 5 (ร้อยละ 80 ของสตรีอายุมากกว่า 35 ปี ได้รับการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 89.3 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 10.7

ตัวชี้วัดที่ 6.1 (ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐาน) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 87.5 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 12.5

ตัวชี้วัดที่ 6.2 (ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานตามมาตรฐาน) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 64.3 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 35.7

ด้านอบายมุข

ตัวชี้วัดที่ 7 (ร้อยละ 100 ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 79.5 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 20.5 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย
จำแนกตามการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านเป็นรายข้อตัวชี้วัด (N = 224)

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข	สถานีนามัย ผ่านตัวชี้วัด	สถานีนามัย ไม่ผ่านตัวชี้วัด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน		
<u>ออกกำลังกาย</u>		
1. ร้อยละ 60 ของประชาชนอายุ 6 ปี ขึ้นไปออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ละคร 30 นาที	219 (97.8)	5 (2.2)
<u>อาหาร</u>		
2. ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานท้องถิ่น	152 (67.9)	72 (32.1)
<u>อารมณ์</u>		
3. ร้อยละ 55 ของผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิกชมรม To Be Number One	213 (95.1)	11 (4.9)
4. ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน	195 (87.1)	28 (12.9)
<u>อโรคยา</u>		
5. ร้อยละ 80 ของสตรีอายุมากกว่า 35 ปี ได้รับการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	200 (89.3)	24 (10.7)
6.1 ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐาน	196 (87.5)	28 (12.5)
6.2 ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานตามมาตรฐาน	144 (64.3)	80 (35.7)
<u>อบายมุข</u>		
7. ร้อยละ 100 ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี	178 (79.5)	46 (20.5)

6.2 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัย จำแนกตามการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับตำบล

ผลการศึกษาดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยตามตัวชี้วัดระดับตำบลใน 3 ด้าน 5 ตัวชี้วัด จำนวน 224 แห่ง จำแนกเป็นรายตัวชี้วัด ได้ดังนี้

ด้านอาหาร

ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 75 ของร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 89.3 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 10.7

ด้านโรคภัย

ตัวชี้วัดที่ 2 (ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 72.8 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 27.2

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน) พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 98.2 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 1.8

ตัวชี้วัดที่ 4 (ร้อยละ 80 ของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย) มีสถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดร้อยละ 92.4 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 7.6

ตัวชี้วัดที่ 5 (ร้อยละ 100 ของโรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ) สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 95.5 และไม่ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 4.5 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย
จำแนกตามการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับตำบลเป็นรายชื่อ (N = 224)

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข	สถานีนอนามัย ผ่านตัวชี้วัด	สถานีนอนามัย ไม่ผ่านตัวชี้วัด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวชี้วัดระดับตำบล		
<u>อาหาร</u>		
1. ร้อยละ 75 ร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัย	200	24
จากสารปนเปื้อน 6 ชนิด	(89.3)	(10.7)
<u>อโรคยา</u>		
2. ร้อยละ 90 หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจครรภ์	163	61
ก่อนคลอดตามเกณฑ์	(72.8)	(27.2)
<u>อนามัยสิ่งแวดล้อม</u>		
3. ร้อยละ 100 ตำบลที่มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	220	4
	(98.2)	(1.8)
4. ร้อยละ 80 เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	207	12
	(92.4)	(7.6)
5. ร้อยละ 100 โรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	214	10
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	(95.5)	(4.5)

6.3 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย จำแนกตามเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดในระดับหมู่บ้าน

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย
จำแนกตามเกณฑ์ประเมินในระดับหมู่บ้าน พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานตาม
ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านแข็งแรง โดยมีผล
การดำเนินงานระดับหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านเป็นหมู่บ้านแข็งแรง
ตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 64.3 และสถานีนอนามัยมีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์
เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านแข็งแรง โดยมีผลการ

ดำเนินงานระดับหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านเป็นหมู่บ้านแข็งแรงน้อยกว่า ร้อยละ 75 คิดเป็นร้อยละ 35.7 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย
จำแนกตามเกณฑ์ประเมินในระดับหมู่บ้าน

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	สถานีนามัย (แห่ง)	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสาธารณสุข ระดับหมู่บ้าน		
สถานีนามัยมีจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบผ่านเกณฑ์หมู่บ้านแข็งแรงตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป	144	64.3
สถานีนามัยมีจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบผ่านเกณฑ์หมู่บ้านแข็งแรงน้อยกว่าร้อยละ 75	80	35.7
รวม	244	100.0

6.4 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย จำแนกตามเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดในระดับตำบล

ผลการศึกษาการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย จำแนกตามเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดในระดับตำบล พบว่าส่วนใหญ่สถานีนามัยมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลทั้ง 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 67.0 สถานีนามัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตำบลโดยมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดน้อยกว่า 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 33.0 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย
จำแนกตามเกณฑ์ประเมินในระดับตำบล

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	สถานีนามัย (แห่ง)	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสาธารณสุข ระดับตำบล		
สถานีนามัยมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 5 ตัวชี้วัด	150	67.0
สถานีนามัยมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด น้อยกว่า 5 ตัวชี้วัด	74	33.0
รวม	244	100.0

6.5 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย

อนามัย จำแนกตามเกณฑ์ประเมินสำหรับสถานีนามัย

เมื่อพิจารณาสถานีนามัยที่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย คือสถานีนามัยที่มีผลการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน มีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดเป็นหมู่บ้านแข็งแรงอย่างน้อยร้อยละ 75 ของหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ รวมทั้งมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดในระดับตำบลทั้ง 5 ตัวชี้วัด พบว่า สถานีนามัยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 62.5 และสถานีนามัยที่ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข คือสถานีนามัยที่มีผลการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน มีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดเป็นหมู่บ้านแข็งแรงน้อยกว่าร้อยละ 75 ของหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ หรือมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดในระดับตำบลน้อยกว่า 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 37.5 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย จำแนกตามเกณฑ์ประเมินสำหรับสถานีนามัย

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ของสถานีนามัย	สถานีนามัย (แห่ง)	
	จำนวน	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข	140	62.5
ไม่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข	84	37.5
รวม	224	100.0

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคล ทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัย ทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะต่อการมีส่วนร่วม

ของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงและกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย พบว่า

ลักษณะพื้นที่ จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไปจำนวนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวนโรงเรียนที่รับผิดชอบ จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ จำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร และจำนวนร้านชำ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย

อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ พบว่า มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$)

จำนวนโครงการของสถานีนามัยที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง พบว่ามีความสัมพันธ์กับ ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัย

ข้อมูลทั่วไป ของสถานีนามัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ลักษณะพื้นที่				0.062	1	0.803
เขต อบต.	120 (62.2)	73 (37.8)	193 (100.0)			
เขต เทศบาล	20 (64.5)	11 (35.5)	31 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ของสถานีนอนามัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน (คน)				5.074	2	0.079
1-2	27 (50.0)	27 (50.0)	54 (100.0)			
3-4	102 (65.8)	53 (34.2)	155 (100.0)			
มากกว่า 4	11 (73.3)	4 (26.7)	15 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (คน)				3.235	3	0.357
1- 2,000	23 (76.7)	7 (23.3)	30 (100.0)			
2,001 -4,000	67 (61.5)	42 (38.5)	109 (100.0)			
4,001 -6,000	31 (57.4)	23 (42.6)	54 (100.0)			
มากกว่า 6,000	19 (61.3)	12 (38.7)	31 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ของสถานีนอนามัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่ต่อ ประชากรในเขตรับผิดชอบ				10.616	3	0.014*
1 : 1 - 1,000	63 (75.0)	21 (25.0)	84 (100.0)			
1 : 1,001 - 2,000	64 (57.1)	48 (42.9)	112 (100.0)			
1 : 2,001 - 3,000	11 (50.0)	11 (50.0)	22 (100.0)			
1 : 3,001 - 4,000	2 (33.3)	4 (66.7)	6 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี (คน)				3.115	3	0.374
1-200	64 (68.8)	29 (31.2)	93 (100.0)			
201-400	48 (56.5)	37 (43.5)	85 (100.0)			
401-600	22 (59.5)	15 (40.5)	37 (100.0)			
มากกว่า 600	6 (66.7)	3 (33.3)	9 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ของสถานีนอนามัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป (คน)				0.249	2	0.883
1-1,000	96 (62.3)	58 (37.7)	154 (100.0)			
1,001 - 2,000	39 (61.9)	24 (38.1)	63 (100.0)			
มากกว่า 2,000	5 (71.4)	2 (28.6)	7 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
จำนวนประชากรอายุ 40 ปี ขึ้นไป (คน)				2.191	3	0.534
1-1,000	53 (66.3)	27 (33.8)	80 (100.0)			
1,001 - 2,000	61 (57.5)	45 (42.5)	106 (100.0)			
2,001-3,000	21 (67.7)	10 (32.3)	31 (100.0)			
มากกว่า 3,000	5 (71.4)	2 (28.6)	7 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ของสถานีนอนามัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				0.338	2	0.845
1-500	88 (62.9)	52 (37.1)	140 (100.0)			
501-1,000	45 (60.8)	29 (39.2)	74 (100.0)			
มากกว่า 1,000	7 (70.0)	3 (30.0)	10 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ (คน)				0.282	2	0.869
1-40	112 (62.6)	67 (37.4)	179 (100.0)			
41-80	26 (63.4)	15 (36.6)	41 (100.0)			
มากกว่า 80	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
จำนวนหมู่บ้าน (หมู่บ้าน)				0.939	3	0.816
1 – 3	35 (58.3)	25 (41.7)	60 (100.0)			
4 – 6	70 (65.4)	37 (34.6)	107 (100.0)			

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตาม
ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ของสถานีนอนามัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
7-9	21 (60.0)	14 (40.0)	35 (100)	0.497	2	0.780
มากกว่า 9	14 (63.6)	8 (36.4)	22 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
จำนวนโรงเรียน (โรงเรียน)						
0-1	52 (65.0)	28 (35.0)	80 (100.0)			
2-3	76 (61.8)	47 (38.2)	123 (100.0)			
มากกว่า 3	12 (57.1)	9 (42.9)	21 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
จำนวนศูนย์เด็กเล็ก (แห่ง)				5.229	2	0.073
ไม่มีศูนย์เด็กเล็ก	34 (70.8)	14 (29.2)	48 (100.0)			
1	88 (63.8)	50 (36.2)	138 (100.0)			
มากกว่า 1	18 (47.4)	20 (52.6)	38 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ของสถานีนอนามัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
จำนวนร้านเหล้าจำหน่าย อาหาร(ร้าน)				0.376	3	0.945
0-10	95 (62.9)	56 (37.1)	151 (100.0)			
11-20	33 (62.3)	20 (37.7)	53 (100.0)			
21-30	6 (54.5)	5 (45.5)	11 (100.0)			
มากกว่า 30	6 (66.7)	3 (33.3)	9 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
จำนวนร้านชำ (ร้าน)				1.310	3	0.727
1-10	36 (58.1)	26 (41.9)	62 (100.0)			
11-20	60 (66.7)	30 (33.3)	90 (100.0)			
21-30	28 (62.2)	17 (37.8)	45 (100.0)			
มากกว่า 30	16 (59.3)	11 (40.7)	27 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ของสถานีนอนามัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
จำนวนโครงการที่เกี่ยวข้อง กับงานเมืองไทยแข็งแรง (โครงการ)				27.776	2	<0.001**
ไม่มี	1 (11.1)	8 (88.9)	9 (100.0)			
1-5	87 (56.1)	68 (43.9)	155 (100.0)			
มากกว่า 5	52 (86.7)	8 (13.3)	60 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ผลการศึกษาข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัย พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัย และการปฏิบัติงานหรือประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงาน
ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข						
ลักษณะบุคคล	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ (ปี)				1.202	2	0.548
31 – 40	32 (68.1)	15 (31.9)	47 (100.0)			
41 – 50	85 (59.9)	57 (40.1)	142 (100.0)			
51 – 60	23 (65.7)	12 (34.3)	35 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
เพศ				0.059	1	0.808
ชาย	61 (61.6)	38 (38.4)	99 (100.0)			
หญิง	79 (63.2)	46 (36.8)	125 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนมัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนมัย (ต่อ)

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข						
ลักษณะบุคคล	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา				1.250	2	0.535
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	44 (62.0)	27 (38.0)	71 (100.0)			
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	93 (63.7)	53 (36.3)	146 (100.0)			
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (42.9)	4 (57.1)	7 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
รายได้ (บาท/เดือน)				0.598	3	0.897
10,000 – 15,000	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (100.0)			
15,001 – 20,000	31 (64.6)	17 (35.4)	48 (100.0)			
20,001 – 25,000	72 (63.7)	41 (36.3)	113 (100.0)			
> 25,000	32 (58.2)	23 (41.8)	55 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย (ต่อ)

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง						
ลักษณะบุคคล	ด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง หัวหน้าสถานีนอนามัย (ปี)				5.366	2	0.068
1-10	86 (57.7)	63 (42.3)	149 (100.0)			
11-20	34 (68.0)	16 (32.0)	50 (100.0)			
>20	20 (80.0)	5 (20.0)	25 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
การปฏิบัติงานหรือ ประสบการณ์เกี่ยวกับงาน เมืองไทยแข็งแรง (ปี)				0.144	1	0.704
1 – 2	68 (61.3)	43 (38.7)	111 (100.0)			
3 – 4	72 (63.7)	41 (36.3)	113 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ผลการศึกษา พบว่า ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย

ปัจจัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง				184.529	2	<0.001**
ดี	132 (98.5)	2 (1.5)	134 (100.0)			
ปานกลาง	8 (9.0)	81 (91.0)	89 (100.0)			
ไม่ดี	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ผลการศึกษา พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมชุมชนโดยรวมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย พบว่า มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ของสถานีนอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของหัวหน้าสถานีนอนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย

ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วม ของชุมชน	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ชมรมสร้างสุขภาพ				91.121	2	<0.001**
มาก	84 (97.7)	2 (2.3)	86 (100.0)			
ปานกลาง	55 (48.7)	58 (51.3)	113 (100.0)			
น้อย	1 (4.0)	24 (96.0)	25 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของหัวหน้าสถานีนอมนัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแกร่งกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์
เมืองไทยแข็งแกร่ง ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอมนัย (ต่อ)

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแกร่ง ด้านสาธารณสุข						
ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วม ของชุมชน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อาสาสมัครสาธารณสุข				29.334	2	<0.001**
มาก	90 (77.6)	26 (22.4)	116 (100.0)			
ปานกลาง	44 (52.4)	40 (47.6)	84 (100.0)			
น้อย	6 (25.0)	18 (75.0)	24 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
ผู้นำชุมชน (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน)				97.410	2	<0.001**
มาก	74 (98.7)	1 (1.3)	75 (100.0)			
ปานกลาง	62 (59.6)	42 (40.4)	104 (100.0)			
น้อย	4 (8.9)	41 (91.1)	45 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทย แข็งแรงกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์
เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัย (ต่อ)

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข						
ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วม ของชุมชน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก				23.432	2	<0.001**
มาก	74 (80.4)	18 (19.6)	92 (100.0)			
ปานกลาง	56 (47.9)	61 (52.1)	117 (100.0)			
น้อย	10 (66.7)	5 (33.3)	15 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านค้า				28.913	2	<0.001**
มาก	70 (81.4)	16 (18.6)	86 (100.0)			
ปานกลาง	68 (54.4)	57 (45.6)	125 (100.0)			
น้อย	2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทย แข็งแรงกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์
เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัย (ต่อ)

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข						
ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วม ของชุมชน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				118.542	2	<0.001**
มาก	81 (100.0)	0 (0.0)	81 (100.0)			
ปานกลาง	57 (60.0)	38 (40.0)	95 (100.0)			
น้อย	2 (4.2)	46 (95.8)	48 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรวม				57.986	2	<0.001**
มาก	64 (95.5)	3 (4.5)	67 (100.0)			
ปานกลาง	75 (53.2)	66 (46.8)	141 (100.0)			
น้อย	1 (6.3)	15 (93.8)	16 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย

ผลการศึกษา พบว่า ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการเป็นผู้นำ และด้านการควบคุมกำกับ มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อพิจารณาการกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงโดยรวมของหัวหน้าสถานีนามัย พบว่า มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัย

กระบวนการบริหารงาน เมืองไทยแข็งแรง	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข			χ^2	df	p
	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านการวางแผน				80.971	2	<0.001**
ดี	122 (83.0)	25 (17.0)	147 (100.0)			
ปานกลาง	18 (29.0)	44 (71.0)	62 (100.0)			
ปรับปรุง	0 (0.0)	15 (100.0)	15 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง
ของหัวหน้าสถานีนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง
ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัย (ต่อ)

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข						
กระบวนการบริหารงาน เมืองไทยแข็งแรง	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านการจัดการองค์การ				73.118	2	<0.001**
ดี	106 (86.2)	17 (13.8)	123 (100.0)			
ปานกลาง	29 (43.3)	38 (56.7)	67 (100.0)			
ปรับปรุง	5 (14.7)	29 (85.3)	34 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
ด้านการเป็นผู้นำ				74.798	2	<0.001**
ดี	121 (82.9)	25 (17.1)	146 (100.0)			
ปานกลาง	19 (25.0)	57 (75.0)	76 (100.0)			
ปรับปรุง	0 (0.0)	2 (100.0)	2 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง
ของหัวหน้าสถานีนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง
ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัย (ต่อ)

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข						
กระบวนการบริหารงาน เมืองไทยแข็งแรง	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	รวม	χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านควบคุมกำกับ				103.257	2	<0.001**
ดี	124 (86.1)	20 (13.9)	144 (100.0)			
ปานกลาง	16 (30.8)	36 (69.2)	52 (100.0)			
ปรับปรุง	0 (0.0)	28 (100.0)	28 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			
กระบวนการบริหารงาน โดยรวม				94.082	2	<0.001**
ดี	123 (86.0)	20 (14.0)	143 (100.0)			
ปานกลาง	17 (22.1)	60 (77.9)	77 (100.0)			
ปรับปรุง	0 (0.0)	4 (100.0)	4 (100.0)			
รวม	140 (62.5)	84 (37.5)	224 (100.0)			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนที่ 8 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทย แข็งแรง ด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย ในสาธารณสุข เขต 7

จากการตอบแบบสอบถาม พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 มีปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ดังแสดงในตารางที่ 17 ดังนี้

ตารางที่ 17 จำนวนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทย
แข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	จำนวน
ด้านการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยของสถานีนอนามัย	
- ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นเรื่องการทำงานหาเลี้ยงชีพและให้ความสำคัญกับการบริการด้านการรักษามากกว่า	6
- ในการเจาะเลือดคัดกรองเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องออกปฏิบัติงานในช่วงเช้ามืดและส่วนใหญ่สถานีนอนามัยคัดกรองเบาหวานโดยการเจาะเลือดที่หลอดเลือดดำเท่านั้นและส่งตรวจห้องชันสูตรที่โรงพยาบาลซึ่งทำได้ยากและล่าช้า	5
- กิจกรรมในตัวชี้วัดไม่เหมาะสมกับในบางพื้นที่ในเขตชนบท ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ การคมนาคมไม่สะดวก สภาพทางสังคม เช่น ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน กิจกรรมชมรมสร้างสุขภาพด้านการออกกำลังกาย	4
- ประชาชนที่ตั้งครรภ์ในพื้นที่ของสถานีนอนามัยจะไปตรวจครรภ์ก่อนคลอดที่โรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์เอกชนทำให้ขาดการส่งต่อข้อมูลด้านการตรวจครรภ์ก่อนคลอด	4
- การดำเนินงาน ของสมาชิก To Be Number One ไม่มีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง	4
- ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	3

ตารางที่ 17 จำนวนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทย
 แข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	จำนวน
ด้านการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยของสถานีนามัย (ต่อ)	
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถปฏิบัติงานในการตรวจสอบร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่สุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และร้านจำหน่ายอาหารไม่ได้มาตรฐานได้ เนื่องจากปัญหาด้านข้อกฎหมายและความปลอดภัย	3
- ประชาชนมีการเคลื่อนย้าย ทำให้ยากต่อการดำเนินงานให้ต่อเนื่องเป็นอุปสรรคในการติดตามผลการดำเนินงาน	2
ด้านทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	
- เกณฑ์ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในการปฏิบัติทำได้ยาก	4
- เกณฑ์ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมีความซ้ำซ้อนกับงานเดิมเพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่	4
- เกณฑ์ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงตั้งเป้าหมายไว้สูงเกินไป	3
ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน	
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ค่อยเห็นความสำคัญ และไม่ค่อยสนับสนุนเรื่องงบประมาณในการจัดทำโครงการตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	7
- ภาาีเครือข่ายสุขภาพ เช่น โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก ชมรมสร้างสุขภาพ มีความเข้าใจงานด้านสาธารณสุขน้อย ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมหรือขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน	4
- ผู้นำชุมชนไม่เห็นความสำคัญของงานด้านส่งเสริมสุขภาพให้ความร่วมมือน้อย เพราะไม่ใช่หน้าที่หลักของผู้นำชุมชน	3
- ร้านจำหน่ายอาหารและร้านค้าบางแห่งให้ความร่วมมือน้อยเนื่องจากข้อบัญญัติหรือกฎหมายไม่มีผลบังคับใช้ตามกฎหมาย	3
ด้านการบริหารงาน	
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีไม่เพียงพอกับงานตามตัวชี้วัด เนื่องจากยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมีการกำหนดเป้าหมายในประชากรหลายกลุ่มหลายช่วงอายุ	8
- มีการสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงานหรือวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอและมีขั้นตอนในการอนุมัติงบประมาณในโครงการล่าช้า	7

ตารางที่ 17 จำนวนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทย
 แข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	จำนวน
ด้านการบริหารงาน (ต่อ)	
- การประสานงานในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน และหลายองค์กรในชุมชนซึ่งทำได้ยาก	5
- ระบบการรายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมีความซ้ำซ้อนกับรายงานประจำเดือน ไม่มีความชัดเจนและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน	4
- ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้หญิงทำงาน ทำให้งานในบางตัวชี้วัดทำได้ยาก	3
- การใช้ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร์ในการกำหนดเป้าหมายหรือวางแผนงานตามตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงไม่มีความชัดเจนทำให้ในการประเมินผลการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน	3
- การประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละตัวชี้วัดไม่มีความชัดเจน	3
ข้อเสนอแนะ	
- ควรมีการสนับสนุนด้านงบประมาณหรือบุคลากรเพิ่มในการดำเนินงานตามโครงการตามตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	6
- ในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงจะประสบความสำเร็จด้วยดีนั้นต้องอาศัยทุกภาคส่วนราชการให้มีความรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย หรือชมรมต่าง ๆ ต้องร่วมกันดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมในเชิงประจักษ์และต้องทำอย่างต่อเนื่อง	6
- รายละเอียดการดำเนินงานหรือกิจกรรมบางตัวชี้วัดไม่ชัดเจนหรือทำได้ยากตามคู่มือที่กำหนดมา ควรมีการกำหนดเป้าหมายให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่และให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมหาวิธีการหรือสร้างกิจกรรมขึ้นเองให้บรรลุตามตัวชี้วัด	5
- ให้มีการสนับสนุนในเรื่องของแรงจูงใจให้ประชาชนมีความสนใจอยากร่วมมือกับโครงการนี้ เช่นการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ การออกเยี่ยมและติดตาม ตลอดจนการให้รางวัล หรือของขวัญแก่ชมรมหรือหมู่บ้านเป็นต้น	3

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 และปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยในประเด็นดังนี้คือ

- ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 3 ลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 4 ทักษะการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 5 ทักษะการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย
- ส่วนที่ 6 กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย ผลการศึกษาการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 จำนวน 224 แห่ง เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง คือ สถานีนอนามัยมีจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบผ่านเกณฑ์หมู่บ้านแข็งแรงตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป รวมทั้งมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลครบ 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 62.5 และมีสถานีนอนามัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

คือ สถานีอนามัยมีจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบผ่านเกณฑ์หมู่บ้านแข็งแรงน้อยกว่าร้อยละ 75 หรือมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลน้อยกว่า 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 37.5

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยในสาธารณสุขเขต 7 ในระดับหมู่บ้าน พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านเป็นหมู่บ้านแข็งแรงตั้งแต่ร้อยละ 75 ของหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 64.3 และมีสถานีอนามัยที่มีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านเป็นหมู่บ้านแข็งแรงน้อยกว่าร้อยละ 75 ของหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 35.7 โดยมีตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านที่มีจำนวนสถานีอนามัยผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 60 ของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที) คิดเป็นร้อยละ 97.8 เนื่องจากในการประเมินผลการดำเนินงานด้านการออกกำลังกายใช้วิธีสุ่มตัวอย่างจากแบบสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีการกำหนดความหมายของการออกกำลังกายไว้อย่างกว้างขวาง เช่น การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายทุกประเภททั้งการออกแรงในงานอาชีพ งานบ้าน งานสวน งานสนาม และการเดินทางที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เป็นต้น และสถานีอนามัยมีการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ เช่น ชมรมออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน ชมรมกีฬาประเภทต่างๆ ตลอดจนโรงเรียนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในกลุ่มนักเรียนออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และตัวชี้วัดที่มีจำนวนสถานีอนามัยผ่านตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านน้อยที่สุดได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 6.2 (ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานตามมาตรฐาน) คิดเป็นร้อยละ 64.3 เนื่องจากในการคัดกรองโรคเบาหวานประชาชนยังมีความกลัวในการเจาะเลือด กระบวนการและขั้นตอนในการคัดกรองเบาหวานค่อนข้างยุ่งยาก เช่น ประชาชนต้องอดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องออกปฏิบัติงานในช่วงเช้ามืด และการส่งเลือดตรวจห้องชันสูตรที่โรงพยาบาล ตลอดจนส่วนใหญ่สถานีอนามัยคัดกรองเบาหวานด้วยการเจาะเลือดที่หลอดเลือดดำเท่านั้น

ผลการศึกษาดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยในสาธารณสุขเขต 7 ในระดับระดับตำบล พบว่า สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลทั้ง 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 67.0 และจำนวนสถานีอนามัยที่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดน้อยกว่า 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 33.0 โดยมีตัวชี้วัดระดับตำบลที่มีจำนวนสถานีอนามัยผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน) คิดเป็นร้อยละ 98.2 ถึงแม้จะมีการตั้งเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดไว้สูงที่ร้อยละ 100 แต่ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนให้ความร่วมมือกับสถานีอนามัย โดยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 41.1 และเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงานประจำปีของศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป็น

เกณฑ์ตัวชี้วัดของหน่วยงานศูนย์เด็กเล็กทุกแห่งต้องปฏิบัติให้ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตลอดจนผลการประเมินส่งผลต่อการได้พิจารณาความดีความชอบของเจ้าหน้าที่ในศูนย์เด็กเล็ก ส่วนตัวชี้วัดระดับตำบลที่มีจำนวนสถานีนามัยผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลน้อยที่สุด ได้แก่ตัวชี้วัดที่ 2 (ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์) คิดเป็นร้อยละ 72.8 เนื่องจากในสภาพปัจจุบันสถานีนามัยส่วนใหญ่ไม่มีการรับฝากครรภ์หรือตรวจครรภ์ก่อนคลอด และในบางสถานีนามัยไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้หญิงปฏิบัติงาน ซึ่งประชาชนในเขตพื้นที่ชนบทจะให้ความไว้วางใจในการตรวจครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้หญิงมากกว่า นอกจากนี้ประชาชนที่ตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบของสถานีนามัยจะไปตรวจครรภ์ก่อนคลอดที่โรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์เอกชน ทำให้ขาดการส่งต่อข้อมูลด้านการตรวจครรภ์ก่อนคลอด ตลอดจนด้วยสภาพสังคมที่ต้องทำงานเลี้ยงชีพ และการคมนาคมที่ไม่สะดวกทำให้หญิงตั้งครรภ์บางส่วนไม่สามารถได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนดได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย

ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดสมุทรสาครสมุทรสงครามเพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่สถานีนามัยมีพื้นที่รับผิดชอบเป็นเขตชนบทโดยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 86.2 สำหรับจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสถานีนามัยยังมีน้อยกว่ากรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (5-7 คน) โดยส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงาน 3-4 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 และมีสถานีนามัยที่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 1-2 คน ร้อยละ 24.1 ส่วนจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบส่วนใหญ่มีจำนวน 2,001 - 4,000 คน คิดเป็นร้อยละ 48.7 อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบส่วนใหญ่เท่ากับ 1 : 1,001 - 2,000 คิดเป็นร้อยละ 50.0 จากการศึกษาพบว่า สถานีนามัยต้องรับผิดชอบประชากรหลายกลุ่มเป้าหมาย และองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมีจำนวนมาก ได้แก่จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี โดยเฉลี่ย 268.4 คน สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป 894.1 คน ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป 1,395.6 คน ผู้สูงอายุ 507.2 คน หญิงตั้งครรภ์ 29.5 คน จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 5.3 หมู่บ้านโรงเรียนที่รับผิดชอบ 2.1 โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ 1.0 แห่ง จำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร 10.2 ร้าน จำนวนร้านชำ 18.6 ร้าน จำนวนโครงการของสถานีนามัยที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง 4.2 โครงการ

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนมัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$) และจำนวนโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากการศึกษา พบว่า เมื่ออัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบมาก ร้อยละของสถานีนมัยที่ผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงจะลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบน้อย เนื่องจากสถานีนมัยต้องรับผิดชอบต่อประชากรในกลุ่มเป้าหมายตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงซึ่งมีเป้าหมายตามตัวชี้วัดเกี่ยวข้องกับประชากรหลายกลุ่ม หลายช่วงอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำงานอย่างหนักเพื่อให้การดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อนุสรฯ พรวิทย์วรกุล (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งพบว่า อัตราส่วนระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชากรที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ พบว่า เมื่อสถานีนมัยมีจำนวนโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรงมีจำนวนมาก ร้อยละของสถานีนมัยที่ผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงก็จะมากด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับสถานีนมัยที่มีจำนวนโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรงมีจำนวนน้อย เนื่องจากโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรงย่อมสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรม มีเป้าหมาย กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินงาน งบประมาณและการประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น และการมีจำนวนโครงการที่มากขึ้นย่อมสนับสนุนการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของสถานีนมัย

ส่วนข้อมูลทั่วไปของสถานีนมัยด้านอื่นๆ ได้แก่ ลักษณะพื้นที่ จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวนสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ จำนวนหมู่บ้าน จำนวนโรงเรียน จำนวนศูนย์เด็กเล็ก จำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร และจำนวนร้านค้า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พงษ์พิศ พรวงศ์เลิศ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินการพัฒนาบริการของสถานีนมัย ซึ่งพบ ว่าจำนวนหมู่บ้านที่

รับผิดชอบ ประชากรในเขตที่รับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินการพัฒนาบริการของสถานีนามัย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กาญจนา อินทรักษ์ (2545) ที่ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งพบว่า ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย ได้แก่ ประชากรที่ได้รับผิชอบเฉลี่ย จำนวนหมู่บ้านที่ได้รับผิชอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 ลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัย

ข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 พบว่า หัวหน้าสถานีนามัย ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 41- 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.4 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 55.8 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 65.2 รายได้เฉลี่ย/เดือนตั้งแต่ 20,001 - 25,000 บาท ร้อยละ 50.4 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง/ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย 0-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 66.5 และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน/ประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน /ประสบการณ์ 3 – 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.4

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข จากการศึกษา พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย และการปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลลักษณะบุคคลด้านต่างๆของหัวหน้าสถานีนามัย มีจำนวนร้อยละแตกต่างกันไม่มากทั้งในกลุ่มสถานีนามัยที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง เนื่องจากในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ซึ่งประกอบด้วยงานตามเป้าหมายตัวชี้วัดในประชากรและองค์กรในชุมชน ซึ่งต้องใช้การบริหารงานที่ดี การมีส่วนร่วมของชุมชน และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ซึ่งประชาชน หน่วยงาน และองค์กรในชุมชนไม่ได้ให้ความสำคัญกับลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัย ประกอบกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงเป็นนโยบายใหม่ที่เริ่มนำมาสู่การปฏิบัติ ทำให้หัวหน้าสถานีนามัยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรงในระดับสถานีนามัยใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เสกสรรค์ มานวิโรจน์ (2543) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอระดับสถานีนามัย ซึ่งพบว่า ลักษณะบุคคลของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

โรคโปลิโอ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ มารุต อินทรประเสริฐ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่า แตกต่างกับผลการวิจัยของ บันเทิง สุพรรณ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมถึงแตกต่างกับผลการวิจัยของ พิษณุ อภิสมมาตรโยธิน (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และสถานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 4 ทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย

ทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย ส่วนใหญ่มีระดับ ทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.8 ระดับทักษะปานกลาง ร้อยละ 39.7 และระดับทักษะไม่ดี ร้อยละ 0.4 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 74.76 คะแนน แสดงว่าส่วนใหญ่ หัวหน้าสถานีนามัยมีความคิดเห็นและความรู้สึกที่ดีต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่าทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัยมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

จากการศึกษา พบว่า หัวหน้าสถานีนามัยที่มีทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง อยู่ในระดับดี มีจำนวนร้อยละของสถานีนามัยที่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มของหัวหน้าสถานีนามัยที่มีทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลางและระดับไม่ดี แสดงให้เห็นว่า การมีทักษะที่ดีต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย ส่งผลให้ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงสำหรับสถานีนามัยมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะนโยบายเมืองไทยแข็งแรงช่วยทำให้งานด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของสถานีนามัยสัมฤทธิ์ผลได้ดียิ่งขึ้น ร้อยละ 58.0 หัวหน้าสถานีนามัยเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนความสำเร็จของงาน

เมืองไทยแข็งแรงของสถานีนามัยส่งผลให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ร้อยละ 54.9 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้านอารมณ์กำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ร้อยละ 54.0 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เสกสรรค์ มานวิโรจน์ (2543) ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ ระดับสถานีนามัย พบว่าทัศนคติของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมทั้งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิชัญ มินุญครอง (2548) ที่ศึกษาพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าทัศนคติของญาติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นงเยาว์ นวลพรหม (2549) ที่ศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวทางการปฏิรูประบบราชการ พบว่าทัศนคติในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวทางการปฏิรูประบบราชการมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนที่ 5 ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย

ทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนอันประกอบด้วยองค์กรต่างๆ ในชุมชนทั้งที่เป็นองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ได้แก่ ชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง การมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.9 และพบว่าทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบของ องค์กรชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยมากที่สุด ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.8 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.56 เนื่องจากเป็นองค์กรชุมชนที่จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข และสถานีนามัยมีส่วนสำคัญในการคัดเลือกบุคคลในองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข มีการประสานงาน โดยการประชุมและทำงานร่วมกันมากกว่าองค์กรใดๆ ในชุมชน จึงทำให้อาสาสมัคร

สาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยมากที่สุด รองลงมา คือร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.8 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.46 โดยร้านจำหน่ายอาหารและร้านชำ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยเฉพาะในตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 2 (ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานท้องถิ่น) ตัวชี้วัดที่ 7 (ร้อยละ 100 ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี) และตัวชี้วัดระดับตำบล ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 75 ของร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด) เนื่องจากในตัวชี้วัดทั้ง 3 ข้อเป็นกฎหมายที่บังคับใช้ และเป็นข้อบัญญัติของท้องถิ่น ซึ่งมีผลต่อการประกอบกิจการของร้านจำหน่ายอาหารและร้านชำ รองลงมาคือ โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก โดยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.48 โรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง โดยเฉพาะในตัวชี้วัด ระดับตำบล ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน) และตัวชี้วัดที่ 5 (ร้อยละ 100 ของโรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ) เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่เป็นการประเมินของหน่วยงานทั้งโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็กเช่นกัน รองลงมาคือ ชมรมสร้างสุขภาพ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.42 ชมรมสร้างสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ครองผู้บริโภครวมออกกำลังกาย ชมรมกีฬา และชมรมทู บี นัมเบอร์ วัน ล้วนแต่เป็นชมรมเป็นองค์กรที่กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการจัดตั้งและสนับสนุน โดยเน้นการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนและเป็นองค์กรที่มีส่วนทำให้ผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด แต่ผลการศึกษาพบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงยังไม่มากเท่าที่ควร เนื่องจากเป็นองค์กรที่เกิดขึ้นใหม่ยังไม่มีกรอบตัวชี้วัดที่เข้มแข็งและเป็นรูปธรรม รองลงมาคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.27 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง โดยเฉพาะด้านการสนับสนุนงบประมาณในโครงการที่เกี่ยวข้องและการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น แต่ผลการศึกษาพบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงยังไม่มากเท่าที่ควร ส่วนผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.23 ซึ่งน้อยที่สุด บทบาทของผู้นำชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงไม่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดโดยตรง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการให้ความร่วมมือการสนับสนุนการดำเนินงานและการเตรียมความพร้อมของชุมชน เช่นการจัดประชุมในหมู่บ้านซึ่ง

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมักขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวนำชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่าทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวม มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4

จากการศึกษาพบว่า หัวหน้าสถานีนามัยที่มีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในแต่ละองค์กรชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมในระดับมาก มีจำนวนร้อยละของสถานีนามัยที่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับหัวหน้าสถานีนามัยที่มีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในแต่ละองค์กรชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมในระดับปานกลางและระดับน้อย แสดงให้เห็นว่า การที่องค์กรต่างๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัย ส่งผลให้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงสำหรับสถานีนามัยมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป้าหมายยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อย ดังนั้นในการดำเนินงานจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการในการทำงานร่วมกัน จึงจะส่งผลให้การดำเนินงานของสถานีนามัยผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สัมฤทธิ์ ต่อสติ (2542) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขเขตเมืองซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสาธารณสุขเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ทรงสุดา ไตรปรณกุล (2545) ที่ศึกษากระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพชุมชน ซึ่งพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับระดับปัญหาของสุขภาพของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อภิสิทธิ์ ทองสุก (2545) ที่ศึกษาผลการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของชมรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปราณี ถาวรศิริ (2548) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อุทัยวรรณ กาญจนกมล และคณะ (2549) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในสถานีนอนามัยและภาคประชาชนซึ่งมีองค์กรชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า สถานีนอนามัยได้นำแนวคิดการสร้างสุขภาพ ดำเนินงานสอดคล้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง คนไทยแข็งแรง เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกันและนำไปสู่การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิมล โรมา และมุกดา สำนักกลาง (2549) ที่ได้ศึกษาการสร้างหุ้นส่วนชุมชนเพื่อพัฒนาการดำเนินงานเมืองน่าอยู่ด้านสุขภาพมุ่งสู่เมืองไทยแข็งแรงของเทศบาล พบว่า เทศบาลที่มีการทำงานแบบหุ้นส่วนชุมชนเกิดเป็นหุ้นส่วนสุขภาพ ส่งผลให้การดำเนินงานเมืองน่าอยู่ด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดเป็นเทศบาลน่าอยู่เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรง และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พัทรินทร์ คีรีมาศทอง (2549) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในลักษณะของการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการวางแผน และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารีย์ บุญผ่อง (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีผลต่องานสุขภาพจิตชุมชน

ส่วนที่ 6 กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย

กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย โดยรวม พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีระดับการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.8 การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารงาน พบว่า ด้านการวางแผน ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.56 เนื่องจากหัวหน้าสถานีนอนามัยต้องจัดทำแผนงานและโครงการของสถานีนอนามัยให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านและระดับตำบล และแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ ดังนั้นการปฏิบัติด้านการวางแผนจึงมากที่สุด รองลงมาด้านการเป็นผู้นำ ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.2 โดยค่าคะแนนเฉลี่ย 1.54 เนื่องจากยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดที่ค่อนข้างสูงและมีหลายองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้อง หัวหน้าสถานีนอนามัยจึงมีการปฏิบัติงานด้านการเป็นผู้นำ โดยมีการประสานงานระหว่างหน่วยงาน การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน และการแก้ไขขัดแย้งในการทำงาน ด้านการควบคุมกำกับ

พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.3 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50 โดยมีการกำหนดวิธีการ กำหนดระยะเวลา การรายงานผลงาน แต่ยังมีการปฏิบัติในด้าน การติดตามประเมินผล ตลอดจนนำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานไม่มากนัก และด้านการจัดองค์การ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.9 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.40 เนื่องจากสถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานจำนวน 3-4 คน ร้อยละ 67.9 แต่กิจกรรมในยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมีอยู่หลายด้านหลายตัวชี้วัดและเกี่ยวข้องกับประชากรหลายกลุ่ม และหลายหน่วยงาน ทำให้การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบหรือการจัดคนในการทำงานไม่มีความชัดเจนและไม่ตรงตามความรู้ความสารถ จึงมีการปฏิบัติในการจัดองค์การน้อยที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย กับผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่า กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยรายด้าน และกระบวนการบริหารงานโดยรวม มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5

จากการศึกษา พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยที่มีกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงรายด้าน และกระบวนการบริหารงานโดยรวมในระดับมาก มีจำนวนร้อยละของสถานีนอนามัยที่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับหัวหน้าสถานีนอนามัยที่มีกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงรายด้าน และกระบวนการบริหารงานโดยรวมในระดับปานกลางและระดับน้อย แสดงให้เห็นว่า กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยที่ดีส่งผลให้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงสำหรับสถานีนอนามัยมากยิ่งขึ้น เนื่องจากยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงนั้นมีเป้าหมายตัวชี้วัดที่เป็นประชากรหลายกลุ่ม และต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรในชุมชน ภายใต้งานบูรณาการและทรัพยากรที่มีจำกัดของสถานีนอนามัย ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ สังคม และเศรษฐกิจที่มีความหลากหลายกันในแต่ละพื้นที่ หัวหน้าสถานีนอนามัยจึงต้องใช้กระบวนการบริหารงานที่ดีเพื่อให้ผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประทวน สัตย์เชื้อ (2542) ที่ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0 - 5 ปี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งพบว่า กระบวนการบริหารการจัดการรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเด็ก 0 - 5 ปี ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ญัฐสนันท์ ผาพะวัฒณ์ (2543) ที่ศึกษาการประเมินการปฏิบัติงานสุขศึกษาของผู้รับผิดชอบงานประจำสถานีนอนามัย ซึ่ง

พบว่า กระบวนการบริหาร ด้านการวางแผนงาน ด้านการจัดองค์การ ด้านการบริหารงานบุคคล ด้านการอำนวยการ ด้านควบคุมกำกับงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสุขศึกษาของผู้รับผิดชอบงานประจำสถานีนานามัยอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เสกสรร มานวิโรจน์ (2543) ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ ระดับสถานีนานามัย ซึ่งพบว่า กระบวนการบริหารจัดการโดยรวมมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กาญจนา อินทรักษ์ (2545) ที่ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล พบว่า กระบวนการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) รวมถึงสอดคล้องกับผลการวิจัยของ บรรจง จันทรจัน (2551) ได้ศึกษากระบวนการบริหารจัดการการดำเนินงานลพบุรีสุภาพดี สู่เมืองไทยแข็งแรง ปี 2548 พบว่า สถานีนานามัยมีการใช้รูปแบบการบริหารงานโดยมีการวางแผน การจัดองค์การ การจัดคนเข้าทำงาน การอำนวยการและการควบคุม ในการดำเนินงานสู่เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดสมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ รวมถึงศึกษาข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัย ทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย ข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัย ทักษะต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ หัวหน้าสถานีนอนามัยในสาธารณสุขเขต 7 จำนวน 304 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงและความน่าเชื่อถือตามวิธีของครอนบาค ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.93 โดยผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ส่งไปยังผู้ประสานงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดที่เป็นกลุ่มประชากร โดยแจกแบบสอบถามให้กับหัวหน้าสถานีนอนามัยในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและผู้ประสานงานรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ โดยเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2550 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2550 เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลกลับคืนมา ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยได้ติดตามสอบถามโดยตรงกับกลุ่มประชากร อีกเป็นเวลา 3 เดือน เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน ซึ่งได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวนทั้งสิ้น 224 ชุดจาก 304 ชุด คิดเป็นร้อยละ 73.7 และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งได้แก่ สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-square) ในการหาความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการวิจัยสามารถสรุปและให้ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย

ผลการศึกษาการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 จำนวน 224 แห่ง เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขสำหรับสถานีนอนามัย พบว่าสถานีนอนามัยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงสำหรับสถานีนอนามัย คิดเป็นร้อยละ 62.5 และมีสถานีนอนามัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงสำหรับสถานีนอนามัย คิดเป็นร้อยละ 37.5

ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน

ผลการศึกษา พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านเป็นหมู่บ้านแข็งแรงตั้งแต่ร้อยละ 75 ของหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 64.3 โดยมีตัวชี้วัดที่มีจำนวนสถานีนอนามัยผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 60 ของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที) พบว่า มีจำนวนสถานีนอนามัยที่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 97.8 และตัวชี้วัดที่มีจำนวนสถานีนอนามัยผ่านตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านน้อยที่สุด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 6.2 (ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานตามมาตรฐาน) พบว่า มีจำนวนสถานีนอนามัยที่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 64.3

ตัวชี้วัดระดับตำบล

ผลการศึกษา พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลครบ 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 67.0 โดยมีตัวชี้วัดระดับตำบลที่มีจำนวนสถานีนอนามัยผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน) คิดเป็นร้อยละ 98.2 ส่วนตัวชี้วัดระดับตำบลที่มีจำนวนสถานีนอนามัยผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลน้อยที่สุด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 2 (ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์) พบว่า จำนวนสถานีนอนามัยที่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 72.8

ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย

ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัยในสาธารณสุข เขต 7 พบว่าส่วนใหญ่มีพื้นที่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 86.2 สำหรับจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ มี 3 – 4 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 ส่วนจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบส่วนใหญ่มีจำนวน 2,001 - 4,000 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 48.7 อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบส่วนใหญ่ เท่ากับ 1 : 1,001 – 2,000 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยส่วนใหญ่มีจำนวน

เด็กอายุ 0-5 ปี มี 1-200 คน คิดเป็นร้อยละ 41.5 จำนวนสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป มี 1 – 1,000 คน คิดเป็นร้อยละ 68.8 จำนวนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป มี 1,001 - 2,000 คน คิดเป็นร้อยละ 47.3 จำนวนผู้สูงอายุ มี 1 – 500 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มี 1 – 40 คน คิดเป็นร้อยละ 79.9 จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ มี 4 – 6 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 47.8 จำนวนโรงเรียนที่รับผิดชอบมี 2 – 3 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 54.9 จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61.6 จำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร มี 0 – 10 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 67.4 จำนวนร้านค้า มี 11 -20 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 40.2 จำนวนโครงการของสถานีนามัยที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรงมี 1 – 5 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 69.2

ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย ได้แก่ ลักษณะพื้นที่ จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวนสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวนโรงเรียนที่รับผิดชอบ จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ จำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร และจำนวนร้านค้า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แต่อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$) และจำนวนโครงการของสถานีนามัยที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรงมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัย

ข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41- 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 55.8 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 65.2 รายได้เฉลี่ย/เดือนตั้งแต่ 20,001 - 25,000 บาท ร้อยละ 50.4 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย 6-10 ปี ร้อยละ 66.5 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน/ประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง 3 – 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.4

ข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย การปฏิบัติงานหรือประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย

ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย ส่วนใหญ่ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.8 และมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ของสถานีนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ของหัวหน้าสถานีนามัย

ระดับทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.9 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.40 และเมื่อพิจารณาเป็นรายองค์กรในชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.8 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.56 รองลงมา ได้แก่ ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.8 โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 ชมรมสร้างสุขภาพ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4 และผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.46 3.48 3.42 3.27 และ 3.23 ตามลำดับ

ชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวม มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4

กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย

กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัยโดยรวมในทุกด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.8 การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารงาน พบว่า ด้านการวางแผน มีการปฏิบัติมากที่สุด โดยส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.56 รองลงมา คือ ด้านการเป็นผู้นำ ส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.2 ด้านการควบคุมกำกับ ส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.3 และด้านการจัดองค์การ ส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.9 โดยค่าคะแนนเฉลี่ย 1.54 1.50 และ 1.40 ตามลำดับ

การบริหารงานด้านการวางแผนด้านการจัดองค์การ ด้านการเป็นผู้นำ และด้านการควบคุมกำกับ และการบริหารงานโดยรวมของหัวหน้าสถานีนามัย มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัย มีข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชน โดยมีเป้าหมายตัวชี้วัดในประชากรหลายกลุ่มเป้าหมาย แต่อุปสรรคในการดำเนินงานที่สำคัญคือ อัตราส่วนระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบที่มากเกินไป จึงควรมีการจัดให้สถานีนามัยมีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเหมาะสมกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ
2. การจัดทำโครงการเพื่อรองรับการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมีผลทำให้การดำเนินงานเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น และได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จึงควรให้สถานีนามัยมีการจัดทำโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบส่งเสริมและป้องกันโรคจาก สปสช.ในระดับพื้นที่ และงบส่งเสริมและป้องกันโรคจาก สปสช.ในระดับเขต
3. การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงเกี่ยวข้องกับหน่วยงานในหลายองค์กรในชุมชน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน บูรณาการงานต่างๆโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม จึงควรมีการสนับสนุนองค์กรในชุมชนที่กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนจัดตั้งขึ้น เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย ชมรมคุ้มครองผู้บริโภค และชมรมทูปีนัมเบอร์วัน ให้มีความเข้มแข็งและมีการดำเนินอย่างต่อเนื่อง
4. ภายใต้งานทรัพยากรทั้งบุคคลากรและงบประมาณของสถานีนามัยที่มีอยู่อย่างจำกัด หัวหน้าสถานีนามัยจึงควรมีการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการบริหารงานที่ดี เพื่อให้ผลการดำเนินงานในแต่ละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในปัจจุบันตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ได้จัดอยู่ในแผนตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการศึกษาผลการดำเนินงานในแต่ละตัวชี้วัดตามแผนตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติกระทรวงสาธารณสุข
2. ควรศึกษาตัวชี้วัดด้านอบายมุขที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนเพิ่มเติมจากเรื่องของบุหรี่ย สุรา และยาเสพติดให้รวมถึงการติดการพนันซึ่งล้วนส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน



ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย
ในสาธารณสุข เขต 7

(THE PERFORMANCE OF PUBLIC HEALTH IN HEALTHY THAILAND 2006 AT
HEALTH CENTERS IN REGIONAL AREA 7)

นาย พงษ์เทพ รอดทำไม้ 4737929 PHPH / M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นัตรสุนน พุทธิกิจโย, ศ.บ., น.บ., สม.ม., ปช.ค.(ประชากรศาสตร์),
ปิยธิดา ตรีเดช, บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ด., คุณิต สุจิรารัตน์, วท.บ., วท.ม.(ชีวสถิติ)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสู่เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง คือการสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่างๆ เช่น ตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ การออกกฎหมายเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่เพิ่มเพื่อตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้น ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพมีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยยึดหลักการสร้างสุขภาพนำ การซ่อมสุขภาพ และได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มีความตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อมรัฐบาลได้ประกาศให้ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงเป็นวาระแห่งชาติ ภายในปีพุทธศักราช 2560 โดยให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนงานสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัยในสาธารณสุขเขต 7 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข เนื่องจากสถานีนามัยมีพื้นที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุขแบบผสมผสานในระดับหมู่บ้านและตำบล เพราะการจะบรรลุความสำเร็จตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงต้องเริ่มมาจากการมีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดในระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ตามลำดับ จึงจะบรรลุความสำเร็จสู่เป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง” ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7
2. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย ลักษณะบุคคล ทักษะคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย ลักษณะบุคคล ทักษะคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง และกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

ในการพัฒนาประเทศในสมัยรัฐบาล พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร ได้เห็นความสำคัญของทรัพยากรมนุษย์เป็นสำคัญ จึงมีการเคลื่อนไหวผลักดันงานสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนา

คุณภาพชีวิตของคนไทย ในหลักการแนวทางการดำเนินงานยุทธศาสตร์แห่งชาติ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” และกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์แห่งชาติเป็นวาระแห่งชาติประกาศ ณ วันที่ 18 ธันวาคม พุทธศักราช 2547 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาชน ได้มีส่วนร่วมพลังเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและความแข็งแรงของคนไทย โดยมีเป้าหมายให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรงในความหมายขององค์การอนามัยโลก ครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพในมิติต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา / จิตวิญญาณ ย่อมสามารถเสริมสร้างและส่งผลให้ประเทศไทยมีความแข็งแรงสามารถยืนหยัดต่อสู้ในเวทีประชาคมโลกได้อย่างมั่นคง (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนัม ปี 2549

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2549 ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของสถานีนอนัม ได้แก่ ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านและตัวชี้วัดระดับตำบล ดังนี้

ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 60 ของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที)

ตัวชี้วัดที่ 2 (ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้มาตรฐานท้องถิ่น)

ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 55 ของที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิกชมรม To Be Number One)

ตัวชี้วัดที่ 4 (ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน)

ตัวชี้วัดที่ 5 (ร้อยละ 80 ของสตรีอายุมากกว่า 35 ปี ได้รับการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง)

ตัวชี้วัดที่ 6.1 (ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต)

ตัวชี้วัดที่ 6.2 (ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานตามมาตรฐาน)

ตัวชี้วัดที่ 7 (ร้อยละ 100 ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี)

ตัวชี้วัดระดับตำบล 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 75 ของร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด)

ตัวชี้วัดที่ 2 (ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์)

ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน)

ตัวชี้วัดที่ 4 (ร้อยละ 80 ของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย)

ตัวชี้วัดที่ 5 (ร้อยละ 100 ของโรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ)

สำหรับสถานีนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่มีเขตรับผิดชอบในระดับหมู่บ้านและตำบล การผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงนั้น หมายถึงการมีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงในระดับหมู่บ้านมีจำนวนหมู่บ้านผ่านตัวชี้วัดทั้ง 7 ตัวชี้วัดเป็นหมู่บ้านแข็งแรงอย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ รวมทั้งมีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลทั้ง 5 ตัวชี้วัด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ศึกษาด้านข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัยลักษณะบุคคล ทักษะคดีต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทักษะคดีต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย และผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่งไปยังประชากรได้แก่ หัวหน้าสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson Chi - Square Test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 มีดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย

ผลการศึกษา พบว่า สถานีนามัยส่วนใหญ่มีพื้นที่ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบล คิดเป็นร้อยละ 86.2 จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน 3 – 4 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบมี 2,001 - 4,000 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1 อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ เท่ากับ 1 : 1,001 – 2,000 คิดเป็นร้อยละ 50.0 จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ มี 4 – 6 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 47.8 และจำนวนโครงการของสถานีนามัยที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง มี 1 – 5 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 69.2

ลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ผลการศึกษา พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 41- 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.4 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 51.8 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.2 รายได้เฉลี่ย/เดือน ตั้งแต่ 20,001-25,000 บาท ร้อยละ 50.4 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง/ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัย 1-10 ปี ร้อยละ 66.5 และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน/ประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง 3 – 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.4

ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ผลการศึกษา พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.8 ระดับทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 39.7 และระดับทัศนคติไม่ดี ร้อยละ 0.4

ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ผลการศึกษา พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.42 อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.8 ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.56 ผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4 ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.23 โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.48 ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.8 ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.46 และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4 ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.27 และเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมในทุกองค์กรชุมชนแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.9 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.40

กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ผลการศึกษา พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีการบริหารงานด้านการวางแผนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.6 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.56 ด้านการจัดองค์การอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.9 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.40 ด้านการเป็นผู้นำอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.54 ด้านการควบคุมกำกับ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.3 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50 และเมื่อพิจารณากระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัยโดยรวมในทุกด้าน พบว่าส่วนหัวหน้าสถานีนอนามัยใหญ่มีระดับการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.8 โดยค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย

ผลการศึกษา พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 62.5 ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 37.5 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน พบว่า สถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 64.3 ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 35.7 และผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุขระดับตำบล พบว่าสถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 67.0 ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 33.0

ปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย

ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย

ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะพื้นที่ จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไปจำนวนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวนโรงเรียนที่รับผิดชอบ จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ จำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร และจำนวนร้านชำ ไม่มีความสัมพันธ์กับกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ พบว่า มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$) จำนวนโครงการของสถานีนอนามัยที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง พบว่า มีความสัมพันธ์กับกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

ผลการศึกษา พบว่า ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทย แข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ผลการศึกษา พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมชุมชนโดยรวม มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ผลการศึกษา พบว่า การบริหารงานด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์การ ด้านการเป็นผู้นำ และด้านการควบคุมกำกับ และกระบวนการบริหารงานโดยรวมของหัวหน้าสถานีนอนามัยมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน และกระบวนการบริหารงาน กับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย

ปัจจัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข		
	χ^2	df	p
ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย			
ลักษณะพื้นที่	0.062	1	0.803
จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5.074	2	0.079
จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ	3.235	3	0.357
อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากร	10.616	3	0.014*
จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี	3.115	3	0.374
จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป	0.249	2	0.883
จำนวนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป	2.191	3	0.534
จำนวนผู้สูงอายุ	0.338	2	0.845

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย ทักษะคิดต่อยุทธศาสตร์เมืองไทย
แข็งแรง ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน และกระบวนการบริหารงาน กับผลการ
ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัย (ต่อ)

ปัจจัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข		
	χ^2	df	p
ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย			
จำนวนหญิงตั้งครรภ์	0.282	2	0.869
จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ	0.939	3	0.816
จำนวนโรงเรียนที่รับผิดชอบ	0.497	2	0.780
จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ	5.229	2	0.073
จำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร	0.376	3	0.945
จำนวนร้านชำ	1.310	3	0.727
จำนวนโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง	27.776	2	< 0.001**
ทักษะคิดต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	184.529	2	< 0.001**
ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน			
ชมรมสร้างสุขภาพ	91.121	2	< 0.001**
อาสาสมัครสาธารณสุข	29.334	2	< 0.001**
ผู้นำชุมชน (กำนัน , ผู้ใหญ่บ้าน)	97.410	2	< 0.001**
โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก	23.432	2	< 0.001**
ร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ	28.913	2	< 0.001**
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	118.542	2	< 0.001**
การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวม	57.986	2	< 0.001**

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย ทักษะคิดต่อยุทธศาสตร์เมืองไทย
แข็งแรง ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการบริหารงานกับผลการ
ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย (ต่อ)

ปัจจัย	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข		
	χ^2	df	p
กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง			
ด้านการวางแผน	80.971	2	<0.001**
ด้านการจัดองค์การ	73.118	2	<0.001**
ด้านการเป็นผู้นำ	74.798	2	<0.001**
ด้านควบคุมกำกับ	103.257	2	<0.001**
กระบวนการบริหารงานโดยรวม	94.082	2	<0.001**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยในสาธารณสุข เขต 7 พบว่า สถานีนามัยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 62.5 และไม่ผ่านเกณฑ์เกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ร้อยละ 37.5 เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน พบว่าสถานีนามัยส่วนใหญ่มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านเป็นหมู่บ้านแข็งแรงตั้งแต่ร้อยละ 75 ของหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 64.3 โดยมีตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านที่มีจำนวนสถานีนามัยผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1 (ร้อยละ 60 ของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที) คิดเป็นร้อยละ 97.8 เนื่องจากในการประเมินผลการดำเนินงานด้านการออกกำลังกายใช้วิธีสุ่มตัวอย่างจากแบบสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีนามัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีการกำหนดความหมายของการออกกำลังกายไว้อย่างกว้างขวาง เช่น การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายทุกประเภททั้งการออกแรงในงานอาชีพ งานบ้าน งานสวน งานสนาม และการเดินจากที่หนึ่งไป

ยังอีกทีหนึ่งเป็นต้น และสถานื่อนามัยมีการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ เช่น ชมรมออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน ชมรมกีฬาประเภทต่างๆ ตลอดจนโรงเรียนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในกลุ่มนักเรียนออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนตัวชี้วัดที่มีจำนวนสถานื่อนามัยผ่านตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านน้อยที่สุดได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 6.2 (ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานตามมาตรฐาน) คิดเป็นร้อยละ 64.3 เนื่องจากการคัดกรองโรคเบาหวานประชาชนยังมีความกลัวในการเจาะเลือด กระบวนการและขั้นตอนในการคัดกรองเบาหวานค่อนข้างยุ่งยาก เช่น ประชาชนต้องงดอาหารและน้ำก่อนการตรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องออกปฏิบัติงานในช่วงเช้ามืด และการส่งเลือดตรวจห้องชันสูตรที่โรงพยาบาล ตลอดจนส่วนใหญ่สถานื่อนามัยคัดกรองเบาหวานด้วยการเจาะเลือดที่หลอดเลือดดำเท่านั้น

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานื่อนามัยตามตัวชี้วัดระดับตำบล พบว่า สถานื่อนามัยส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลทั้ง 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 67.0 โดยมีตัวชี้วัดระดับตำบลที่มีจำนวนสถานื่อนามัยผ่านเกณฑ์มากที่สุดได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 3 (ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน) คิดเป็นร้อยละ 98.2 ถึงแม้จะมีการตั้งเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดไว้สูงที่ร้อยละ 100 แต่ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนให้ความร่วมมือกับสถานื่อนามัยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็นอย่างดี และเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐานเป็นเกณฑ์ตัวชี้วัดของศูนย์เด็กเล็กทุกแห่งต้องปฏิบัติให้ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตลอดจนผลการประเมินส่งผลการได้รับพิจารณาความดีความชอบของเจ้าหน้าที่ในศูนย์เด็กเล็ก ส่วนตัวชี้วัดระดับตำบลที่มีจำนวนสถานื่อนามัยผ่านตัวชี้วัดระดับตำบลน้อยที่สุด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 2 (ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์) คิดเป็นร้อยละ 72.8 เนื่องจากในสภาพปัจจุบันสถานื่อนามัยส่วนใหญ่ไม่มีการรับฝากครรภ์หรือตรวจครรภ์ก่อนคลอด และในบางสถานื่อนามัยไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้หญิงปฏิบัติงาน นอกจากนี้ประชาชนที่ตั้งครรภ์ในพื้นที่ของสถานื่อนามัยจะไปตรวจครรภ์ก่อนคลอดที่โรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์เอกชนทำให้ขาดการส่งต่อข้อมูลด้านการตรวจครรภ์ก่อนคลอด ตลอดจนสภาพสังคมที่ต้องทำงานเลี้ยงชีพและการคมนาคมที่ไม่สะดวกทำให้หญิงตั้งครรภ์บางส่วนไม่สามารถได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนดได้

ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย พบว่า สถานีนามัยต้องรับผิดชอบประชากรในกลุ่มเป้าหมายตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงซึ่งมีเป้าหมายตามตัวชี้วัดเกี่ยวข้องกับประชากรหลายกลุ่ม หลายช่วงอายุ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเจ้าหน้าที่ พบว่าเจ้าหน้าที่ต้องทำงานอย่างหนักในการทำให้ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงให้ผ่านตัวชี้วัดในระดับหมู่บ้าน และการจัดทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรงย่อมสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรม มีเป้าหมาย กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินงานและงบประมาณที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.8 แสดงว่าส่วนใหญ่หัวหน้าสถานีนามัยมีความคิดเห็นและความรู้สึกที่ดีต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง เนื่องจากนโยบายเมืองไทยแข็งแรงช่วยทำให้งานด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของสถานีนามัยสัมฤทธิ์ผล รวมถึงความสำเร็จของงานเมืองไทยแข็งแรงของสถานีนามัยส่งผลให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น

ทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนอันประกอบด้วยองค์กรต่างๆในชุมชนทั้งที่เป็นองค์กรภาครัฐ เอกชนและองค์กรภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.9 และพบว่าองค์กรชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยมากที่สุด ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากเป็นองค์กรชุมชนที่จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข สถานีนามัยมีส่วนสำคัญในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข มีการประสานงาน การประชุมทำให้ทำงานร่วมกันมากกว่าองค์กรใดๆในชุมชน ตลอดจนเป้าหมายยุทธศาสตร์เมืองไทยมีส่วนเกี่ยวข้องกับประชากรในหลายกลุ่ม และเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานในชุมชน ดังนั้นในการดำเนินงานจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการในการทำงานร่วมกัน

กระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัยโดยรวมพบว่าส่วนใหญ่มีการบริหารงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.8 โดยหัวหน้าสถานีนามัยมีการปฏิบัติด้านการวางแผนมากที่สุด โดยมีการบริหารงานในระดับดี ร้อยละ 65.6 เนื่องจากหัวหน้าสถานีนามัยต้องจัดทำแผนงานและโครงการของสถานีนามัยให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ ดังนั้นการที่ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงซึ่งประกอบด้วย เป้าหมายตัวชี้วัดที่เป็นประชากรหลายกลุ่ม หลายช่วงอายุ ต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและองค์กรต่างๆในชุมชน ภายใต้อำนาจบุคลากรและทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด หัวหน้าสถานีนามัยจึงต้องมีกระบวนการบริหารงานที่ดีเพื่อให้ผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรมีการกำหนดให้สถานีนามัยมีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเหมาะสมกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ มีการทำโครงการเพื่อสนับสนุนการทำงานตามตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรง หัวหน้าสถานีนามัยควรมีทัศนคติที่ดีต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง บูรณาการงานต่างๆโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีกระบวนการบริหารงานที่ดี
2. ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ได้จัดอยู่ในแผนตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติของกระทรวงสาธารณสุข จึงควรมีการศึกษาผลการดำเนินงานในแต่ละตัวชี้วัดตามแผนตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป
3. ควรศึกษาตัวชี้วัดด้านอบายมุขที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนเพิ่มเติมจากเรื่องของบุหรี่ย สุรา และยาเสพติดให้รวมถึงการติดการพนันซึ่งล้วนส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน

THE PERFORMANCE OF PUBLIC HEALTH IN HEALTHY THAILAND 2006
AT HEALTH CENTERS IN REGIONAL AREA 7

PONGTEP RODTHAMAI 4737929 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE : CHARDSUMON PRUTIPINYO, Ph.D.
(DEMOGRAPHY), PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H.(HEALTH ADMINISTRATION),
DUSIT SUJIRARAT, M.Sc.(BIOSTATISTICS)

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale

The Thai Ministry of Public Health has run many public health tasks to reach the target of “Healthy Thailand”. First, the Healthy Public Policy is established and other public policies were set to promote good health. For example, the National Alcohol Consumer Control Board is set. Besides, tobacco and alcohol taxes are collected lawfully and the revenues received from this channel are used as budget to support activities of the Thai Health Promotion Foundation. Then, the National Health Act has been reformed. For Health Service System Reorientation, the health security scheme has been introduced to ensure that all Thais shall have equal opportunity to access standard health care service. Not long after that, the National Health Security Act, B.E.2545 was declared based on the principle of ‘build’ rather than ‘fix’ or focusing on health promotion more than treatment. The strategy to strengthen community was indicated to promote adapting behaviors that support good health and environment at individual, family and community levels. The Thai government had declared “Healthy Thailand” to be significant at the National level in the year 2017. Under responsibility of the Ministry of Public Health, planning for activities of ‘Healthy Thailand’ was concretely arranged. Indicators to measure public health success at various levels

starting from village, sub-district, district and province were set up. The 6 goals for launching tasks include (1) exercise, (2) diet, (3) emotion, (4) disease reduction, (5) environmen and (6) ruination.

Since health centers perform combined public health tasks at village and sub-district level, the success of such tasks based on Healthy Thailand has to begin with passing standard indicators set at village, sub-district, amphoe, and provincial level respectively to achieve Healthy Thailand. Then, the researcher was interested in studying the performance of health center in regional 7 based on Healthy Thailand 2006 and factors affecting such performance.

Research Objectives

1. To study public health performance based on ‘Healthy Thailand 2006’ at health center in regional area 7.
2. To study General characteristic of the health center, demographic characteristics of health center chiefs, attitudes toward ‘Healthy Thailand’, attitudes toward community participation in relation to ‘Healthy Thailand’ and management processes of health center chiefs in regional area 7.
3. To analyze relationships between General characteristic of health centers, demographic characteristics of health center chiefs, attitudes toward ‘Healthy Thailand’, attitudes toward community participation in relation to ‘Healthy Thailand’, management processes of the health center chiefs and public health performance based on ‘Healthy Thailand 2006’ at health center in regional area 7.

Literature Review

Healthy Thailand

During the period of Taksin Chinawatra Prime minister had focused on the importance of human resources development. Many activities in relation to health promotion and quality of life improvement were pushed in to practice based on national strategy “Pull power to build healthy people and Healthy Thailand”. The strategy was indicated to be at National level and declared on 18th December, 2004 with aims to build

cooperation among many parties and networks of government, private and civilian sectors. The health condition defined by the World Health Organization covers physical health, mental health, social health, and spiritual health. This health status can support and promote the strength of Thailand to be well-known at the world level sustainably (Ministry of Public Health, 2005).

Public health indicators as per Healthy Thailand 2006

The Minister of Public Health designates public health indicators for fiscal year 2006 for all health centers at village and sub-district level as follows;

At village level include;

- 1) 60% of population aged 6 years and over do exercise at least three times a week and 30 minutes each time.
- 2) 90% of restaurants and food stalls sell food that meet local standard.
- 3) 55% of population aged between 10-24 years are members of 'To Be Number One' club.
- 4) 50% of aging population join aging club and participate in activities every month.
- 5) 80% of women aged more than 35 years are trained to have self-examination for breast-mass.
- 6) 60% of population aged 40 years and over received screening for hypertension and for diabetes mellitus.
- 7) 100% of restaurants and shops do not sell alcohol and cigarette to those whose age are less than 18 years.

At sub-district level include;

- 1) 75% of restaurants sell food uncontaminated from 6 hazardous substances.
- 2) 90% of pregnant women receive standard antenatal care before delivering babies)
- 3) 100% of sub-districts with nurseries reach the se standard), (80% of children aged 0-5 years have suitable development.
- 4) 100% of schools reach the standard of health promotion.

For those health centers which have responsible area at village and sub-district level, to pass standard of Healthy Thailand means that 75% of villages in responsible area must reach standards of 7 indicators and their performance based on Healthy Thailand at sub-district level must reach standard of 5 indicators (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2006)

Materials and Methods

This descriptive research was conducted with aims to study General characteristic of health centers, demographic characteristics of health center chiefs, attitudes toward 'Healthy Thailand', attitudes toward community participation in relation to 'Healthy Thailand', management process on Healthy Thailand of health center chiefs in regional area 7 and performance of health centers in regional area 7 based on Healthy Thailand. Questionnaires were sent to health center chiefs in regional area 7 for data collection. Percentage, mean, standard deviation and Pearson Chi - Square test were used for data analysis.

Research Results

The results on the study of public health performance based on Healthy Thailand 2006 of health centers in regional area 7 are as follows;

General characteristic of health centers in regional area 7

It was found that most health centers or 86.2% were in the area of Sub-district Administrative Organization. Most of those health centers or 69.2% had 3-4 public health officers with 2,001 - 4,000 population in area covered or 49.1%. Ratio of public health officers per population in area covered was 1: 1,001 – 2,000 (or 50.0%). Four to six villages (47.8%) were in in area covered. The numbers of projects of health centers in relation to Healthy Thailand were 1-5 or 69.2%.

Demographic characteristics of health center chiefs

It was found that most of health center chiefs in regional area 7 (63.4%) were aged between 41-50 years. More than half of them (51.8%) were female with bachelor degree (65.2%). Their average monthly incomes were ranged between 20,001-25,000 THB. (50.4%). Most of them were in a position on health center chief with the duration of 1-10 years (66.5%) and their experiences on tasks in relation to Healthy Thailand were 3-4 years (50.4%).

Attitudes of health center chiefs toward Healthy Thailand

The percentage of 59.8 had attitudes toward Healthy Thailand at a good level, followed by a moderate level (39.7%) and a poor level (0.4%).

Attitudes of health center chiefs toward community participation based on Healthy Thailand

When considering by each organization in a community, it was found that most of health-building clubs performed tasks based on Healthy Thailand at a moderate level (50.4%) with a mean score of 3.42. Most of health volunteers performed tasks based on Healthy Thailand at a high level (51.8%) with a mean score of 3.56, while community leader was at a moderate level (46.4%) with a mean score of 3.23. For schools/nurseries, most of them were at moderate level (52.2%) with a mean score of 3.48. Most of restaurants/food stalls were at moderate level (55.8%) with a mean score of 3.46. Similar to most local administration organizations (42.4%, and mean score was 3.27). When considering overall organizations in the community, it showed that most of them participated in performing tasks based on Healthy Thailand at a moderate level (62.9% with a mean score of 3.40).

Management process on Healthy Thailand of health center chiefs

The results showed that most of health center chiefs had management process in regard to planning at a good level (65.6%) with a mean score of 1.56. Similar to organizing was at the same level (54.9%) with a mean score of 1.40. For directing or leadership and controlling were at a good level (65.2% and mean score of 1.54; 64.3% and mean score of 1.50). When considering overall management process on Healthy Thailand, it was found that health center chiefs had a good level of management process (63.8% with a mean score of 1.51).

Performance of health center based on Healthy Thailand 2006

It was showed that most health centers (62.5%) met the standard of Healthy Thailand, and the rest of 37.5% did not. At village level, it was revealed that most health centers (64.3%) held performance that passed the standard while 35.7% of them did not passed. At the sub-district level, it revealed that most health centers (67.0%) had performance that passed the standard while the rest of 33.0% did not.

Factors relate to public health performance based on Healthy Thailand 2006 of health centers.

General characteristic of health centers in regional area 7

It was found that characteristics of area, number of public health officers, number of population in responsible area, number of children aged 0-5 years, number of women aged 35 years and over, number of population aged 40 years and over, number of aging population, number of pregnant women, number of village in area covered, number of schools and nurseries, number of restaurants/food stalls were not related to public health performance based on Healthy Thailand. However, it showed that ratio of public health officers per population in area covered was significantly related to public health performance based on Healthy Thailand ($p = 0.014$). Number of projects of health centers regarding tasks on Healthy Thailand was also significantly related to public health performance based on Healthy Thailand ($p < 0.001$).

Attitudes toward Healthy Thailand of health center chiefs

It was found that attitudes toward Health Thailand were significantly related to public health performance based on Healthy Thailand ($p < 0.001$).

Attitudes toward community participation based on Healthy Thailand of health center chiefs.

It was revealed that health-building club, health volunteers, community leaders, schools/nurseries, restaurants/food stalls, local administrative organization and overall community participation were significantly related to public health performance based on Healthy Thailand ($p < 0.001$).

Management process in Healthy Thailand of health center chiefs

It showed that management process in regard to planning, organizing, directing, controlling and overall performance of health center chiefs were significantly related with public health performance based on Healthy Thailand ($p < 0.001$). Details are presented in Table 1.

Table 1 Relationships between general characteristics of health center, attitudes toward Healthy Thailand, attitudes towards community participation, management process in Healthy Thailand of health center chiefs and public health performance based on Healthy Thailand 2006 of health centers.

Factors	Public health performance based on Healthy Thailand		
	χ^2	df	p
General characteristics of health center			
Characteristics of area	0.062	1	0.803
Number of public health officers	5.074	2	0.079
Number of population in area covered	3.235	3	0.357
Ratio of public health officer to population	10.616	3	0.014*
Number of children aged 0-5 years	3.115	3	0.374
Number of women aged 35 years and over	0.249	2	0.883
Number of population aged 40 years and over	2.191	3	0.534
Number of elderly population	0.338	2	0.845
Number of pregnant women	0.282	2	0.869
Number of villages	0.939	3	0.816
Number of schools	0.497	2	0.780
Number of nurseries	5.229	2	0.073
Number of restaurants/food stalls	0.376	3	0.945
Number of groceries	1.310	3	0.727
Number of projects relating to Healthy Thailand	27.776	2	< 0.001**

Table 1 Relationships between general characteristics of health center, attitudes toward Healthy Thailand, attitudes towards community participation, management process in Healthy Thailand of health center chiefs and public health performance based on Healthy Thailand 2006 of health centers.

Factors	Public health performance based on Healthy Thailand		
	χ^2	df	p
Attitudes towards Healthy Thailand	184.529	2	< 0.001**
Attitudes towards community participation			
Health building club	91.121	2	< 0.001**
Public health volunteer	29.334	2	< 0.001**
Community leaders (village headman)	97.410	2	< 0.001**
School/nursery	23.432	2	< 0.001**
Restaurants/food stalls	28.913	2	< 0.001**
Local administrative organization	118.542	2	< 0.001**
Overall community participation	57.986	2	< 0.001**
Management process in Healthy Thailand			
Planning	80.971	2	< 0.001**
Organizing	73.118	2	< 0.001**
Directing	74.798	2	< 0.001**
Controlling	103.257	2	< 0.001**
Total	94.082	2	< 0.001**

* Significance at 0.05 level

** Significance at 0.01 level

Discussion

The study on public health performance based on Healthy Thailand 2006 of health center in regional area 7 showed that most of health centers passed the standard of Healthy Thailand (62.5%) and only 37.5% did not pass. When considering at village level, it was found that most of them (64.3%) reached the standard. The percentage 97.8 of health centers passed the first indicator the most (60% of population aged 6 years and over do exercise at least three time a week, and 30 minute each). It may be because the evaluation on performance in relation to exercise applied random sampling technique from questionnaires that asked population aged 6 years and over in responsible area of health center. Besides, definition of exercise was rather wide. For example, exercise were physical movements in all types including working, housework, gardening, field work and traveling from one place to another. In addition, public health centers also provided health-building clubs in a village, exercising club, and sport clubs. Also, schools in a community had participated in encourage students to do exercise regularly. The indicator that health centers passed the least was indicator number 6.2 (60% of population aged 40 years and over received standard screening for diabetes mellitus) or 64.3% of them passed. This may be because people felt fear to get blood test. The process of screening test were difficult such as people had fasting food before test, screening test were performed by public health officers during early morning and sent specimen to test in laboratory at the hospital.

For public health performance based on Healthy Thailand at sub-district level, it was revealed that most health centers (67.0%) had performance that passed all five indicators. They passed the third indicator (100% of sub-district had standard nurseries) the most or 98.2%. Although the set criterion was very high or at 100%, nurseries and schools worked together with health centers to carry on this work. Moreover, the evaluation according to set criteria of all nurseries must be passed and the results of evaluation were used for consideration in promotion to the higher position. At sub-district level, health centers passed the indicator number 2 (90% of pregnant women received standard antenatal care) the least or 72.8%. This may be because; most health centers at present did not provide antenatal care. And in some health

centers, there was no female officer to perform this task. Besides, some pregnant women had checked up their health at hospitals or private clinic, this then cause insufficient information transfer to health centers. For some women, they needed to work for living so they did not have time to receive antenatal care.

General characteristic of health centers; most of them were responsible for target population based on Healthy Thailand which was related to various ranges of groups and ages. When comparing to number of staffs, it was revealed that public health officers or healthcare staffs needed to work hard to force their performance to pass the criteria at the village level (as stated in each indicator) of Healthy Thailand. Besides, the project in relation to Healthy Thailand can serve the concrete work performance with precise goal, activities, duration of work and budget.

Attitudes towards Healthy Thailand of health center chiefs; most of them had good attitudes toward this issue (59.8%). Besides, the Healthy Thailand Policy enhances the success in regard to health promotion and disease prevention of public health center. Moreover, the achievement of tasks in Healthy Thailand of public health center leads to better health of population.

Attitude of health center chiefs toward community participation which their public health performance were related to Healthy Thailand; most of them had moderate attitudes concerning this issue (62.9%). And the organization of health volunteers was most participated in implementing public health tasks based on Healthy Thailand because this organization was set up by the Ministry of Public Health. Public health centers play an important role in recruiting health volunteers. And some coordination and meeting were set to serve cooperative work among these men and public health staffs. Another reason was the Healthy Thailand tasks are related to many groups of population and organization in the community, to achieve these tasks need integration of all community participations.

Management process on Healthy Thailand of health center chiefs; overall was at a good level (63.8%). They performed planning the most and had a good level of performance (65.6%). This may be because health center chiefs had to set the plan and project which conformed to the policies of the Ministry of Public Health. Besides, they need to solve public health problems in their responsible area. The Healthy Thailand Policy which is composed of many indicators and tasks that related to population in

various groups and ages, as well as government and private organizations in the community and with the limited resources, health center chiefs must run a good management process to meet standard of Healthy Thailand.

Research Recommendations

1. Sufficient public health staff should be provided to match the population of the area covered. Besides, projects supporting indicator tasks for “Healthy Thailand.” should be arranged. The most important thing is that health center chiefs must have good attitudes towards Healthy Thailand Strategy first, and then integrate all tasks in accompany with community participation and by using appropriate management process.
2. Since indicators of Healthy Thailand Strategy have already put in the normal plan for official assessment and supervision of the Ministry of Public Health, the studies on performance in relation to each indicator should be conducted continuously.
3. Suggestion about gambling, should be put into health plan and strategy.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). “ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง,” การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 28 (3) ; กรกฎาคม – กันยายน 2548. (Online). Available : <http://www.advisor.anamai.moph.go.th/283/bookvolaNo.3html>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง. (Online). Available : <http://www.moph.go.th/infonews-show.php?ContentID=5641>.
- กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลสุขภาพ. (2549). รายงานผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง. (Online). Available : [http://www.healthdata.moph.go.th / HealthyThailand2006/Gui/Assess Result Form](http://www.healthdata.moph.go.th/HealthyThailand2006/Gui/Assess Result Form).
- กองสาธารณสุขภูมิภาค. (2538). บทบาทหน้าที่และมาตรฐานการบริการของสถานอนามัยตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย (ทสอ.) นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา อินทรักษ์. (2545). ประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุณี ทองเลื่อน. (2550). ปัจจัยที่มีผลกับประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขด้านการบริหารในศูนย์สุขภาพชุมชน ภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำเนียร สุขหลาย และคณะ. (2537). รวมบทความทางสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐสนันท์ ผาพะวัฒน์. (2543). การประเมินการปฏิบัติงานสุขศึกษาของผู้รับผิดชอบงานประจำสถานอนามัย ในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทรงสุดา ไตรปกรณ์กุล. (2545). กระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญหสุขภาพชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ ถวัลย์และคณะ. (2531). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา
สาธารณสุข การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
 ทองหล่อ เดชไทย. (2545). หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บริษัทสาม
 เจริญพาณิชย์.
- เทพพนม เมืองแมน และสวีส สุวรรณ. (2529). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
 ธงชัย สันติวงษ์. (2537). องค์กรและการบริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
 นงเยาว์ นวลพรหม. (2550). “ผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวทางการปฏิรูประบบ
 ราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2549,” ทันตภิบาล. 19 (2) : 1-7 ; พ.ค.-ส.ค. 2550.
 นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2547). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิค และกรณีตัวอย่าง.
 (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่ : สิริลักษณ์การพิมพ์.
- นวรรตน์ สุวรรณพ้อง และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2542). การประเมินผลและการเขียนแผนงาน /
โครงการด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : พรทิพย์การพิมพ์.
- บรรจง จันทรจัน. (2551). กระบวนการบริหารจัดการดำเนินงานลพบุรีสุขภาพดี
สู่เมืองไทยแข็งแรงปี 2548. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรเทิง สุพรรณ. (2548). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ
ประชาชนในเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งใหญ่ จังหวัดศรีสะเกษ.
 รายงานการวิจัย. เอกสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2537). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :
 โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประทวน ลัดยี่ซ้อ. (2542). ประสิทธิผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภัศสร ศันสนะพิทยากร. (2541). ประสิทธิผลการจัดทำรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). “การวัดสถานะทางสุขภาพ” การสร้างมาตรฐานส่วนประมาณค่า
และแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.

- ประเวศ วะสี และ ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม . (2541). กระบวนการทฤษฎีใหม่ในการพัฒนา (New Development Paradigm) แนวทางใหม่แห่งความร่วมมือในการพัฒนา.
ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- ปราณี ถาวรศิริ. (2548). “การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของตำบลทุ่งควายกิน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง,” รายงานผลการวิจัยทางระบาดวิทยา ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 3.3 จังหวัด ระยอง.
- ปิยธิดา ตรีเดช. (2537). ศานุกรมศัพท์การบริหารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะนุช เงินคล้าย. (2545). การมีส่วนทางการเมืองของประชาชน . กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พฤตัส พรพงษ์เลิศ. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินการพัฒนาบริการของสถานีอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรินทร์ ศิริมาศทอง. (2549). “การศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพตำบลบ้านป้อมอำเภอกีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย,” สุขภาพภาคประชาชน. 2 (1); ตุลาคม 2549.
- พิษณุ อภิธมาจาร โยธิน. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยในจังหวัดนครปฐม . วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์. (2532). นโยบายและวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบันการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ : สักดิโสภากการพิมพ์.
- มานพ ทองตัน. (2542). ความสามารถในการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มารุต อินทรประเสริฐ. (2549). พฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบสถานีอนามัยบ้านพริก ตำบลบ้านพริก อำเภอบ้านนา จังหวัด นครนายก. ภาคนิพนธ์ของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง)
ภาคพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เมธี จันทจักรุณณ์ และคณะ. (2541). องค์กรชุมชนพลังในการพัฒนาสังคม. ชลบุรี : สำนักพิมพ์ พี เพรส.
- เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2546). การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสรรค์ มหาสันทนะ. (2533). การบริหารงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ในความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารสาธารณสุขและโรงพยาบาล (เล่มที่ 2). เอกสารประกอบการสอน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์อักษรไทย.
- รัตติกาล จันทวงษ์. (2544). ประสิทธิผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของสถานอนามัยในเขตจังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วริรัตน์ สุนทรสุข. (2542). ประสิทธิผลของการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของสถานอนามัยจังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2544). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจของชุมชน. นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า.
- วิชาญ มีบุญครอง. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย. เอกสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วิภาเพ็ญ เจียสกุล. (2548). “การศึกษาปัจจัย และข้อเสนอการพัฒนาเทศบาล เพื่อการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานเมื่อนำอยู่ของกรมอนามัย,” การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 23 (4) ; เมษายน – มิถุนายน 2548.
- วิมล โรมา และ มุกดา ลำนวนกลาง. (2549). “การสร้างหุ้นส่วนชุมชนเพื่อพัฒนาการดำเนินงานเมื่อนำอยู่ด้านสุขภาพมุ่งสู่เมืองไทยแข็งแรง,” รายงานวิจัยด้านสาธารณสุข กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข : นนทบุรี.
- สถิลรัตน์ จำแสง (2549). การบริหารโครงการเมืองไทยแข็งแรง (เฮลท์ดี ไทยแลนด์) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สัมพันธ์ เตชะอธิก. (2540). การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน. ขอนแก่น : เจริญวิทย์การพิมพ์.

- สัมฤทธิ์ ต่อสดี. (2542). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข เขตเมือง ภูมิศึกษา : ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชวิทยาลัย สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายชล ไทยอดม. (2541). ประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่าย สุขาภิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชวิทยาลัย สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลสุขภาพ. (2548). รายงานข้อมูลสุขภาพ. (Online). Available : <http://healthdata.moph.go.th/HealthyThailand2005/GUI/AnnounceForm/SelectProvinceForm.aspx>.
- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (2551). คู่มือการรายงาน e-Inspection 2551. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข. (2548). เมืองไทยแข็งแรง. (Online). Available : <http://www.pbro.moph.go.th/index2>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข. (2549). ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง. (Online). Available : <http://www.pbro.moph.go.th/index2/elva2.pdf>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). กลยุทธ์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง. (Online). Available : <http://www.pbro.moph.go.th/203.157.19.191>.
- สำเริง บุญเรืองรัตน์. (2542). การวัดจิตพิสัยของมนุษย์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุนทร เกิดแก้ว. (2541). การบริหารโครงการ : การติดตาม ควบคุมและประเมินผล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เสมาธรรม.
- เสกสรร มานวิโรจน์. (2543). การประเมินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอระดับสถานีนามัย ของเขตสาธารณสุขที่ 1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชวิทยาลัย สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนันต์ เกตุวงศ์. (2534). การวัดและประเมินความสำเร็จของแผน ในการวางแผนและควบคุมงานบริหาร(เล่มที่ 2). เอกสารประกอบการสอนมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.

อนุสรณ์ พรวิทย์วรกุล. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดสมุทรสาคร. รายงานการวิจัย. เอกสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

อภิสิทธิ์ ทองสุก. (2545). ผลการดำเนินงานของศูนย์สาขารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรุณ รักธรรม. (2532). การพัฒนาองค์การ : แนวความคิดและการประยุกต์ใช้ในระบบสังคมไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

อรุณี เวียงสระ และคณะ. (2547). การติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์โครงการสร้างเสริมการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส).

อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง. (2529). การพัฒนาบุคคลกลุ่มและชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อารีย์ บุญผ่อง. (2550). ประสิทธิผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุทัย สุดสุข. (2537). หลักและกระบวนการบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย การบริหารสาธารณสุขทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

อุทัยวรรณ กาญจนกมลและคณะ(2549). โครงการวิจัยการยกระดับการให้บริการสาธารณสุขโดยมีส่วนร่วมของประชาชน. เอกสารประกอบการประชุม KPI Congress กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

Best, John W. (1977). Research in Education. Engle Wood Clift, NJ: Prentice Hall.

Cohen, John M. and Uphoff Norman T(1980). Participation's Place in Rural Development : Seeking Charity Through Specificity. World Development.

Cruze, W.W. (1974). Educational Psychology. New York : The Ronald Press Company.

Dror, Yehezkel. (1968). Public policy making reexamined. Pennsylvania : Chandter.

- Garrison, K.C. and R. Magoon. (1972). Educational Psychology. Columbus Ohio : Charles E. Merrill Publishing.
- Good ,Carter V. (1973). Dictionary of Education. New York : Mc Craw Hill Book Company.
- Griffin, R.W. (1984). Management. Boston : Houghton Mifflin.
- Hodgetts, R.M.,&kuratko,D.F. (1988). Management. San Diego : Harcourt Brace Jovanovich.
- Kagan, J. and H.Ernest. (1968). Psychology. New York : Harcourt, Brace&World, Inc.
- Koontz, Harold , C.O. Donnell.and Heing Weihrich. (1982). Essentials of Management. (3 th). New Delhi : McGraw – Hill, Inc.
- Richardson Ann. (1983).Participation. London : Routledge&Kegan Paul.
- Robbins, S.P. (1976). The administrative process : Integrating theory and practice. Englewood Cliffs, New York : Prentice-Hill Inc.
- Robbins,S.P. (1987). Management : concept and applications. New Jersey : Printice Hall.
- Stoner, Jame A.F. and Wankel. (1986). Management. (3 th ed). Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.
- Wagner,J.A.,&Hollenbeck, J.R. (1992). Management of organizational behavior. New Jersey : Printice Hall.
- Weihrich, H., &Koontz, H. (1993). Management : A global perspective. New York : McGraw Hill.
- Weiss, C.H. (1972). Evaluation research :Methods for assessing program effectiveness. Englewood Cliffs, New York : Prentice-Hill Inc.
- World Health Organization. (2005). Community participation. [Online]. Available : <http://www.euro.who.int/Document/e78652.pdf>. .

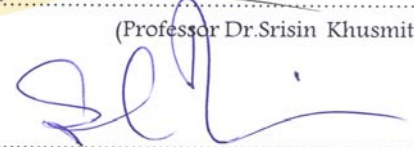


ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 
- | | |
|----------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ยุทธนา พูนพานิช | นายแพทย์ 9 วช (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสาคร |
| 3. นางรัมภา หทัยธรรม | เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8 ว
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสาคร |
| 4. นางสาวอังค์ เต็กจินดา | นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว (ด้านบริการทางวิชาการ)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพ้ว
จังหวัดสมุทรสาคร |

ภาคผนวก ข

	
No. <u>MU 2007-084</u>	
Documentary Proof of Ethical Clearance The Committee on Human Rights Related to Human Experimentation Mahidol University, Bangkok	
Title of Project.	The Policy Success's Evaluation of Public Health in Healthy Thailand 2006 at Health Center in Regional Area 7 (Thesis for Master Degree)
Principle Investigator.	Mr. Pongtep Rodthamai
Name of Institution.	Faculty of Public Health
Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation	
Signature of Chairman.	 (Professor Dr.Srisin Khusmith)
Signature of Head of the Institute.	(for)  (Professor Dr.Pornchai Matangkasombut)
Date of Approval.	- 2 MAY 2007
Date of Expiration.	- 1 MAY 2008

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามเรื่อง ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549

ของสถานีนามัย ในสาธารณสุข เขต 7

- คำชี้แจง** แบบสอบถาม ตอบโดยหัวหน้าสถานีนามัย แบ่งเป็น 7 ส่วนดังนี้
- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนามัย
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัย
 - ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย
 - ส่วนที่ 4 ข้อมูลทัศนคติของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง
 - ส่วนที่ 5 ข้อมูลกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนามัย
 - ส่วนที่ 6 ข้อมูลผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนามัย
 - ส่วนที่ 7 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง

ด้วยจรรยาบรรณของผู้วิจัย คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามทุกข้อจะถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นจึงไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ของท่านแต่อย่างใด

นายพงษ์เทพ รอดทำไม้

นักศึกษาลัทธิสุตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา บริหารสาธารณสุข (ภาคพิเศษ)

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ติดต่อนักศึกษา โทรศัพท์ 081 5719178 หรือ 034 481733

e-mail address : tap_ok@hotmail.com

แบบสอบถามสำหรับหัวหน้าสถานีนอนามัย

เรื่อง ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนามัย
ในสาขารณสุข เขต 7

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานีนอนามัย (ข้อมูลในปีงบประมาณ 2549)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
ชื่อสถานีนอนามัย.....

ที่อยู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1. ลักษณะพื้นที่

() เขต อบต.

() เขต เทศบาล

2. จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน..... คน

3. จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ..... คน

4. อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ

() 1 : 0 - 1,000

() 1 : 1,001 - 2,000

() 1 : 2,001 - 3,000

() 1 : 3,001 - 4,000

5. จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี..... คน

6. จำนวนสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป..... คน

7. จำนวนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป..... คน

8. จำนวนผู้สูงอายุ..... คน

9. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในปี 2549..... คน

10. จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ..... หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่.....

11. จำนวนโรงเรียนที่รับผิดชอบ..... โรงเรียน

12. จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่รับผิดชอบ..... แห่ง

13. จำนวนร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร..... ร้าน

14. จำนวนร้านชำ..... ร้าน

15. จำนวนโครงการของสถานีนอนามัยที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง โครงการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะบุคคลของหัวหน้าสถานีนอนามัย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ ปี

2. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

3. ท่านสำเร็จการศึกษาระดับสูงสุดระดับใด

() 1. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า () 2. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 3. สูงกว่าปริญญาตรี

4. รายได้ของท่านโดยเฉลี่ยต่อเดือน
 () 1. 10,000 - 15,000 บาท () 2. 15,001 - 20,000 บาท
 () 3. 20,001 - 25,000 บาท () 4. มากกว่า 25,000 บาท
5. ท่านดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานีนานนับเป็นระยะเวลา.....ปี
6. ท่านได้ปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานเมืองไทยแข็งแรง เป็นระยะเวลา ปี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติต่อยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีนานนับ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับทัศนคติให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับทัศนคติ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. นโยบายเมืองไทยแข็งแรง ช่วยทำให้งานด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของสถานีนานนับสัมฤทธิ์ผลได้ดียิ่งขึ้น					
2. งานเมืองไทยแข็งแรงเป็นการเพิ่มงานให้สถานีนานนับ มากยิ่งขึ้น					
3. ความสำเร็จของงานเมืองไทยแข็งแรง ของสถานีนานนับส่งผลให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น					
4. ความสำเร็จของงานเมืองไทยแข็งแรงของสถานีนานนับส่งผลให้รัฐบาลลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคของประชาชน					
5. งานเมืองไทยแข็งแรงทำให้เกิดการตื่นตัวในการแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน					
6. เครื่องชี้วัดความสำเร็จงานเมืองไทยแข็งแรง ประเมินผลในทางปฏิบัติได้ยาก					
7. เป้าหมายของตัวชี้วัดความสำเร็จของงานเมืองไทยแข็งแรง ไม่เหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่ของสถานีนานนับ					
8. งานเมืองไทยแข็งแรงด้านออกกำลังกายส่งผลให้โรคไม่ติดต่อลดลงได้					
9. ตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรงระดับหมู่บ้านด้านออกกำลังกายไม่สามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้					

ข้อความ	ระดับทัศนคติ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. ความสำเร็จงานเมืองไทยแข็งแรงด้านอาหารส่งผลให้โรกระบบทางเดินอาหารลดลงได้					
11. ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน/ตำบลงานเมืองไทยแข็งแรงด้านอาหารไม่สามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้					
12. ตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรง ระดับหมู่บ้านด้านอารมณ์ ไม่สามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้					
13. การดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้านอารมณ์ กำหนดให้ให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือนเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน					
14. การดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง ด้านอารมณ์ กำหนดให้วัยรุ่นเป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE มีส่วนทำให้ปัญหาเสพติดลดลง					
15. งานเมืองไทยแข็งแรง ด้านโรคยาส่งผลให้ประชาชนตื่นตัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง					
16. ตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรงด้านโรคยาไม่สามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้					
17. ตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรงระดับตำบลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมควรให้หน่วยงานอื่นเป็นผู้รับผิดชอบหลัก					
18. งานเมืองไทยแข็งแรง ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลให้สุขภาพของกลุ่มเด็กและนักเรียนดีขึ้น					
19. งานเมืองไทยแข็งแรง ด้านอบายมุขส่งผลให้การบริโภคบุหรี่และสุราในกลุ่มวัยรุ่นลดลง					
20. ตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรง ระดับหมู่บ้านด้านอบายมุขไม่สามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้					

**ส่วนที่ 4 ข้อมูลทัศนคติของหัวหน้าสถานีนอมนัยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์
เมืองไทยแข็งแรง**

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการมีส่วนร่วมที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ชมรมสร้างสุขภาพ					
1. สมาชิกในชมรมสร้างสุขภาพเข้าร่วมประชุมเพื่อรับทราบนโยบายและแนวทางปฏิบัติ					
2. สมาชิกในชมรมฯเข้าร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและวางแผนโครงการ ด้านสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย, การบริโภคอาหาร เป็นต้น					
3. มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที					
4. ให้ความร่วมมือปฏิบัติงานหรือจัดกิจกรรมต่างๆของโครงการในงานเมืองไทยแข็งแรง					
5. มีกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ และทักษะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ชุมชน เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร เป็นต้น					
6. มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการติดตามและ ประเมินผลงานในโครงการที่เกี่ยวข้องกับชมรมสร้างสุขภาพ					
7. เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานในโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้น					
อาสาสมัครสาธารณสุข					
8. เข้าร่วมประชุมเพื่อรับทราบนโยบายและแนวทางปฏิบัติ					
9. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่และวางแผนโครงการในงานเมืองไทยแข็งแรง					
10. มีการเตรียมความพร้อมของชุมชน เช่น การจัดประชุมหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนในกิจกรรมในงานเมืองไทยแข็งแรง					

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11. มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานหรือประชาสัมพันธ์โครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง					
12. มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการติดตามและประเมินผลโครงการที่เกี่ยวข้องในงานเมืองไทยแข็งแรง					
13. เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานด้านความร่วมมือของประชาชน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้น					
ผู้นำชุมชน (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน)					
14. ประชุมเพื่อรับทราบนโยบายและแนวทางปฏิบัติในงานเมืองไทยแข็งแรง					
15. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ และวางแผนโครงการในงานเมืองไทยแข็งแรง					
16. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานในโครงการที่เกี่ยวข้องในงานเมืองไทยแข็งแรง					
17. มีการเตรียมความพร้อมของชุมชน เช่น การจัดประชาคมหมู่บ้าน, การขอความร่วมมือของประชาชน					
18. มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการติดตามและประเมินผลโครงการที่เกี่ยวข้องในงานเมืองไทยแข็งแรง					
19. เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้น					
โรงเรียน / ศูนย์เด็กเล็ก					
20. ประชุมเพื่อรับทราบนโยบายและแนวทางปฏิบัติงาน					
21. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของหน่วยงาน และวางแผนงาน					
22. มีการจัดทำงบประมาณเพื่อสนับสนุนในกิจกรรมด้านการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ					
23. มีการจัดทำงบประมาณ เพื่อสนับสนุนในกิจกรรมด้านการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก					
24. ให้ความร่วมมือ หรือจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ					

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
25. ให้ความร่วมมือ หรือจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก					
26. ติดตามและประเมินผลโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ					
27. เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคเกี่ยวข้องกับการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้น					
28. เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้น					
ร้านจำหน่ายอาหาร / ร้านชำ					
29. ประชุมเพื่อรับทราบนโยบายและแนวทางปฏิบัติงาน					
30. เสนอข้อปัญหาหรืออุปสรรคของร้านจำหน่ายอาหาร / ร้านชำ					
31. มีส่วนในการวางแผนงาน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับร้านจำหน่ายอาหาร/ร้านชำ					
32. ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามข้อกำหนดสุขภาพและข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					
33. ให้ความร่วมมือในการไม่จำหน่ายแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี					
34. เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินด้านอาหารปลอดภัย มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้น					
35. เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน ด้านร้านค้าไม่จำหน่ายแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้น					
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					
36. ประชุมเพื่อรับทราบนโยบายและแนวทางปฏิบัติงาน					
37. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่และวางแผนงานโครงการในงานเมืองไทยแข็งแรง					

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
38. สนับสนุนด้านงบประมาณในการจัดทำโครงการในงานเมืองไทยแข็งแรง					
39. ให้ความร่วมมือหรือจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในงานเมืองไทยแข็งแรง					
40. ติดตามและประเมินผลโครงการที่เกี่ยวข้องในงานเมืองไทยแข็งแรง					
41. เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้น					
42. ออกข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการสุขาภิบาลอาหารเพื่อสนับสนุนงานเมืองไทยแข็งแรง					

ส่วนที่ 5 ข้อมูลกระบวนการบริหารงานยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของหัวหน้าสถานีอนามัย
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
ด้านการวางแผน			
1. มีการสำรวจและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทยแข็งแรง			
2. มีการจัดทำแผนการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงประจำปีไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร			
3. มีการวางแผนงานดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง มีการนำข้อมูลและปัญหาในพื้นที่มาประกอบในการวางแผนงาน			
4. มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงในปีที่ผ่านมาเพื่อใช้ในการวางแผน			
5. มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงไว้อย่างชัดเจนในทุกกิจกรรม			
6. มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานสอดคล้องกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของกระทรวงสาธารณสุข			
7. การปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง ในปีที่ผ่านมาหน่วยงานของท่านมีการปรับแผนงาน เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่			

ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
8. มีการวางแผนงานเมืองไทยแข็งแรงร่วมกับหน่วยงานอื่นหรือองค์กร ชุมชน เช่น โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก อบต./เทศบาล อสม. ร้านค้า/ร้านชำ เป็นต้น			
9. มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงไว้อย่างชัดเจน			
ด้านการจัดองค์การ			
10. ประชุมชี้แจงให้ผู้ร่วมงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และการประเมินผลงาน			
11. มีการจัดตั้งคณะทำงานในแต่ละด้านของงานเมืองไทยแข็งแรง			
12. มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบงานเมืองไทยแข็งแรงไว้อย่างชัดเจน			
13. มีการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับงานเมืองไทย แข็งแรงอย่างเหมาะสม			
14. มีการเลือกบุคลากรผู้รับผิดชอบงานเมืองไทยแข็งแรงในแต่ละด้าน โดยเลือกตามความรู้ความสามารถ			
15. มีการมอบหมายงานให้ผู้อื่น และให้อำนาจในการตัดสินใจในการ ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ในขอบเขตความรับผิดชอบ			
ด้านการเป็นผู้นำ			
16. มีการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงให้สามารถ ปฏิบัติงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย			
17. มีการให้กำลังใจและคำแนะนำกับผู้ปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง เมื่อ เกิดปัญหาหรืออุปสรรค			
18. เมื่อเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้งในการดำเนินงานได้ให้การช่วยเหลือ และร่วมลงมือแก้ไขปัญหา			
19. การดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง เมื่อพบปัญหาและอุปสรรค มีการ รับฟังข้อเสนอแนะในการปฏิบัติจากผู้ร่วมงาน			
20. มีการจัดกิจกรรมหรือสร้างบรรยากาศในการทำงานเป็นทีม			
21. มีการเสนอผลงานของผู้ปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงที่ปฏิบัติงานได้ บรรลุเป้าหมายให้ได้รับการพิจารณาความดีความชอบ			
22. มีการวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญ หาสาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหา ในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงอย่างเป็นระบบ			
23. มีการใช้ทรัพยากรในด้านคน เงิน ของ ในการดำเนินงานเมืองไทย แข็งแรง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ			

ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
24. มีการใช้ข้อมูล ประสิทธิภาพการทำงาน หรือปรึกษาผู้รู้หรือ ผู้ชำนาญการ ในการตัดสินใจดำเนินงาน หรือแก้ปัญหาอุปสรรค			
25. เมื่อมีการประชุม/เข้ารับการอบรมงานเมืองไทยแข็งแรง หน่วยงาน ของท่านได้เข้าร่วมทุกครั้ง			
26. มีการประชุม/ชี้แจงให้ผู้ร่วมงานทราบทุกครั้งเมื่อมีการประชุม/หรือ รับทราบนโยบายและแนวทางปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง			
27. ผู้ปฏิบัติงาน ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงเป็น อย่างดี			
28. ประสานงานในการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงกับหน่วยงานอื่น หรือองค์กรในชุมชน (เช่น โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก อบต./เทศบาล อสม. ร้านค้า/ร้านชำ เป็นต้น)			
ด้านการควบคุมกำกับ			
29. กำหนดวิธีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน			
30. กำหนดระยะเวลาในการประเมินผลไว้อย่างชัดเจน			
31. รายงานผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงพร้อมทั้งส่งข้อมูลในทุกไตร มาส			
32. นิเทศงานการดำเนินงานด้านต่างๆของงานเมืองไทยแข็งแรงใน ระยะเวลาที่กำหนด			
33. รายงานผลการปฏิบัติงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ให้ผู้บังคับบัญชาทราบ			
34. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานในด้านต่างๆของเมืองไทยแข็งแรง เป็นระยะในทุกไตรมาส			
35. นำผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงมาวิเคราะห์ เพื่อใช้ในการ แก้ไข ปรับปรุงและพัฒนางาน			

ส่วนที่ 6 ข้อมูลผลการดำเนินตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีอนามัย
ตอนที่ 1 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ตัวชี้วัด ระดับหมู่บ้าน
คำชี้แจง ลงข้อมูลผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ปี 2549 กันสุดไตรมาส 4 (30 ก.ย. 49) ของหน่วยงานของท่าน ตามตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน

ตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ	หมู่บ้าน.....	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
ออกกำลังกาย																		
1. ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที																		
อาหาร																		
2. ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้มาตรฐานท้องถิ่น																		
อารมณ์																		
3. ผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิกชมรม To Be Number One																		
4. ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมมทุกเดือน																		
อโรกยา																		
5. สตรีอายุมากกว่า 35 ปี ได้รับการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง																		
6.1 ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐาน																		
6.2 ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานตามมาตรฐาน																		
อบายมุข																		
7. ร้านค้า ไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี																		

ส่วนที่ 6 (ต่อ) ข้อมูลผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ของสถานีนอนนัย
 ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ตัวชี้วัด ระดับตำบล
 คำชี้แจง ลงข้อมูลผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ปี 2549 ถึงสุดไตรมาส 4 (30 ก.ย.49) ของหน่วยงานของท่าน ตามตัวชี้วัดระดับตำบล

ตัวชี้วัดระดับตำบล	รวมทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ		
	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
อาหาร			
1. ร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด			
อโรคยา			
2. หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์			
อนามัยสิ่งแวดล้อม			
3. ศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			
4. เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย			
5. โรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ			

หมายเหตุ:

1. ตัวชี้วัดระดับตำบลข้อ 1, 2, 3 และ 5 สามารถ กำหนดข้อมูลเป้าหมายเป็น 0 ได้ ในกรณีที่ไม่มีเป้าหมาย อยู่ในเขตรับผิดชอบ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นายพงษ์เทพ รอดท่าไม้
วัน เดือน ปีเกิด	14 พฤศจิกายน 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรสาคร
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, พ.ศ.2538-2541 สาขารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2547-2552 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาขารณสุข
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตำแหน่ง: นักวิชาการสาขารณสุข ระดับชำนาญการ สำนักงานสาขารณสุขอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร