

การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล
และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดชลบุรี



นาย ณรงค์ศักดิ์ ทองธรรมชาติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-2766-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PERCEPTION TOWARD HEALTH PROMOTION ROLE
AMONG SUBDISTRICT ADMINISTRATIVE ORGANIZATION MEMBERS
AND HEALTH CENTER OFFICERS IN CHON BURI PROVINCE

Mr. Narongsak Tongtummachart

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-2766-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในจังหวัดชลบุรี
โดย	นายณรงค์ศักดิ์ ทองธรรมชาติ
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุนทร ศุภพงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ เจริญศรีรัมย์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์บดินทร์ ฐนมะนัน)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุนทร ศุภพงษ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ เจริญศรีรัมย์)

..... กรรมการ
(นายแพทย์ลือชา วรรัตน์)

ณรงค์ศักดิ์ ทองธรรมชาติ : การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดชลบุรี (PERCEPTION TOWARD HEALTH PROMOTION ROLE AMONG SUBDISTRICT ADMINISTRATIVE ORGANIZATION MEMBERS AND HEALTH CENTER OFFICERS IN CHONBURI PROVINCE) อ.ที่ปรึกษา : ศศ.นพ.สุนทร ศุภพงษ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อ.นพ.วิโรจน์ เข็มจรัสรัมย์, 184 หน้า. ISBN 974-17-2766-6.

การศึกษานี้ เป็นการศึกษเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ และการปฏิบัติตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (สอ.) ในจังหวัดชลบุรี โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2545 ถึง กุมภาพันธ์ 2546 กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิก อบต. จำนวน 651 คน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 582 คน (ร้อยละ 89.4) และเจ้าหน้าที่ สอ. จำนวน 218 คน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 192 คน (ร้อยละ 88.1) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Paired t-test, Unpaired t-test, One - way ANOVA และ Kruskal - Wallis test.

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทในแต่ละกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น กิจกรรมการวางแผนครอบครัวที่อยู่ในระดับน้อย และมีการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม อยู่ในระดับน้อย ยกเว้น กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน และกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่สมาชิก อบต. มีการรับรู้ และปฏิบัติตามบทบาทในกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้เทคโนโลยีหรือวิชาการเฉพาะ เช่น ณรงค์ประชาสัมพันธ์ สนับสนุนงบประมาณ และประสานงาน เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติ พบว่าแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติ ตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่ามีความแตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามปัจจัยลักษณะของ อบต.

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้และปฏิบัติตามบทบาทในแต่ละกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด - 5 ปี) ที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้และปฏิบัติตามบทบาทน้อยเกี่ยวกับเรื่อง การจัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนงบประมาณร่วมกับ อบต. เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาท พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติ ตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามปัจจัยการเคยได้รับการฝึกอบรม และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรจะพัฒนาศักยภาพของสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่ สอ. ทั้งในเรื่องความรู้ การประสานงาน ส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อเนื่อง กำหนดบทบาทของ อบต. และ สอ. ให้ชัดเจน รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงาน เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน

ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อนิติ
.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....
.....

447 52184 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD: PERCEPTION/HEALTH PROMOTION/SUBDISTRICT ADMINISTRATIVE ORGANIZATION

NARONGSAK TONGTUMMACHART : PERCEPTION TOWARD HEALTH PROMOTION ROLE AMONG SUBDISTRICT ADMINISTRATIVE ORGANIZATION MEMBERS AND HEALTH CENTER OFFICERS IN CHONBURI PROVINCE. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. DR. SOONTORN SUPAPONG, THESIS COADVISOR : DR. WIROJ JIAMJARASRANGSI , 184 pp. ISBN 974-17-2766-6.

The present descriptive study aimed at exploring perception and practice of Subdistrict Administrative Organization Members (SAOM) and health center officers in Chonburi Province regarding their health promotion role concerning the transferred activities between them. The subjects were 651 SAOM and 218 health center officers who were selected by mean of stratified random sampling from all SAOM and health center officers in Chonburi Province. Data were collected by using a set of designed questionnaires from November 2002 to February 2003. There were 589 SAOM (89.4 percent) and 192 health center officers (88.1 percent) responding to the questionnaires. The data were then analyzed in terms of frequency, percentage, mean, and standard deviation, paired and unpaired t-test, One-way ANOVA, and Kruskal – Wallis test.

The results showed that scores of SAOM’s role perception about health promoting activities were at a moderate level (except for those for family planning activity, which were at a low level), while their role performance scores were at a low level (except for those of child development surveillance, milk supplementation for school children and elderly supporting activities, which were at a moderate level). It was noticeable that SAOM’s role perception and practice scores were high for non-technical or non-specialized activities such as public campaign, public relation, budgetary support, and coordination. Further analyses revealed that the differences between role perception and practice scores concerning various health promoting topics were statistically significant ($p < 0.001$), and these scores were varied significantly according to types of SAOM ($p < 0.05$)

As regards health center officers, their role perception and practice scores were at a moderate level, except for those scores concerning health promotion for pre-school age children which were at a low level. The scores were considered low for the operational and budgetary planning aspects of the health promotion activities. The differences between role perception and practice scores were statistically significant ($p < 0.05$), and the scores varied significantly according to training experience and level of exposure to health promotion information ($p < 0.05$).

Based on these findings, the author recommended that improving knowledge and coordination skills among SAOM and health offices is essential. Promoting continuing education, identifying the role of SAOM and health officers clearly, and promoting the participation among health volunteers are also vital for the delegation of authority to SAOM.

Department of Preventive and Social Medicine

Field of study Community Medicine

Academic year 2002

Student’s signature.....

Advisor’s signature.....

Co-advisor’s signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุนทร ศุภพงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์นายแพทย์วิโรจน์ เจริญศรีสรังมี อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือ ชี้แนะในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์บดี ณะมัน ที่กรุณาเป็นประธานในการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ลือชา วรรณดี นายแพทย์ 10 หัวหน้าสำนักงานวิชาการ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และพี่ ๆ ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการตรวจความถูกต้องของข้อคำถาม และความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่อนุญาติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย และสาธารณสุขอำเภอทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการประสานเก็บข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทุกท่านในจังหวัดชลบุรี ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ เพื่อนนิสิตปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ชุมชน สาขาอาชีพเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเพื่อนนิสิตปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ณรงค์ศักดิ์ ทองธรรมชาติ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	7
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	8
นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย.....	8
ปัญหาทางจริยธรรม.....	9
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2. ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ และบทบาท.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ และองค์การบริหารส่วนตำบล.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ.....	21
สถานีอนามัย.....	32
ข้อมูลจังหวัดชลบุรี.....	33
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
รูปแบบการวิจัย.....	42
ระเบียบวิธีวิจัย.....	42
ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49

สารบัญ

	หน้า
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
ส่วนที่ 1 สมาชิก อบต.	53
1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล.....	53
1.2 ปัจจัยลักษณะ อบต. และปัจจัยทางประสบการณ์.....	54
1.3 การรับรู้ และการปฏิบัติตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน.....	57
1.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ และการปฏิบัติตามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะ อบต. และปัจจัยทางประสบการณ์.....	75
1.5 ปัญหาและข้อเสนอแนะ.....	89
ส่วนที่ 2 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย.....	91
2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล.....	91
2.2 ปัจจัยลักษณะ สอ. และปัจจัยทางประสบการณ์.....	92
2.3 การรับรู้ และการปฏิบัติตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน.....	94
2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ และการปฏิบัติตามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะ สอ. และปัจจัยทางประสบการณ์.....	112
2.5 ปัญหาและข้อเสนอแนะ.....	122
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	124
สรุปผลการวิจัย.....	124
อภิปรายผลการวิจัย.....	133
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	144
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	146
รายการอ้างอิง.....	147
ภาคผนวก.....	155
ภาคผนวก ก. แบบสอบถาม.....	156
ภาคผนวก ข. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัย.....	176
ภาคผนวก ค. รายชื่อกลุ่มตัวอย่าง.....	178
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	184

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเลือกได้ ตามสัดส่วนในแต่ละระดับชั้น อบต. ตามการสุ่มตัวอย่างตามชั้นภูมิ.....	43
4.1 จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถามกลับ ของสมาชิก อบต. จำแนกตามระดับชั้น.....	52
4.2 จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถามกลับ ของเจ้าหน้าที่ สอ. จำแนกตามเขตที่ตั้ง ของระดับชั้น อบต.	52
4.3 จำนวนและร้อยละของสมาชิก อบต. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	53
4.4 จำนวนและร้อยละของสมาชิก อบต. จำแนกตามลักษณะ อบต.....	55
4.5 จำนวนและร้อยละของสมาชิก อบต. จำแนกตามปัจจัยด้านประสบการณ์.....	56
4.6 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายชื่อ.....	58
4.7 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรม การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง จำแนกตามรายชื่อ.....	58
4.8 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) จำแนกตามรายชื่อ.....	60
4.9 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ.....	61
4.10 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรม การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต จำแนกตามรายชื่อ.....	61
4.11 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรม สนับสนุนวางแผนครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ.....	62
4.12 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรม การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ.....	63
4.13 คะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายกิจกรรมการถ่ายโอน.....	63
4.14 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทใน กิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายชื่อ.....	64
4.15 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทใน กิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง จำแนกตามรายชื่อ.....	65

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.16 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท ในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) จำแนกตามรายชื่อ.....	66
4.17 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท ในกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ.....	67
4.18 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท ในกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต จำแนกตามรายชื่อ.....	68
4.19 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท ในกิจกรรมการสนับสนุนวางแผนครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ.....	69
4.20 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท ในกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ.....	70
4.21 คะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ แยกตามรายกิจกรรมการถ่ายโอน.....	70
4.22 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท ของสมาชิก อบต. จำแนกตามรายชื่อในแต่ละกิจกรรม ที่มีการรับรู้บทบาทมากใน 3-5 อันดับแรก....	73
4.23 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ราย กิจกรรม และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของสมาชิก อบต.....	76
4.24 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ ราย กิจกรรม และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยลักษณะ อบต.	78
4.25 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ ราย กิจกรรม และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยประสบการณ์ ของสมาชิก อบต...	80
4.26 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริม สุขภาพ รายกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของ อบต...	82
4.27 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริม สุขภาพ รายกิจกรรม และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามลักษณะ อบต.	84
4.28 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริม สุขภาพ รายกิจกรรม และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยประสบการณ์ ของสมาชิก อบต.	86
4.29 สรุประดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้และปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริม สุขภาพรายกิจกรรม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะ อบต. และปัจจัยทางประสบ การณ์ ของ อบต.	87

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.30 ร้อยละของลำดับความสำคัญของปัญหาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของสมาชิก อบต.	89
4.31 จำนวนและร้อยละของสมาชิก อบต. ที่ให้ข้อเสนอแนะของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	90
4.32 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	91
4.33 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามลักษณะหน่วยงานและปัจจัยด้านประสบการณ์.....	92
4.34 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายชื่อ.....	94
4.35 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง จำแนกตามรายชื่อ.....	95
4.36 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) จำแนกตามรายชื่อ.....	96
4.37 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ.....	98
4.38 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต จำแนกตามรายชื่อ.....	98
4.39 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการสนับสนุนวางแผนครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ.....	99
4.40 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ.....	100
4.41 คะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพแยกตามรายการกิจกรรมการถ่ายโอน.....	100
4.42 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายชื่อ.....	101
4.43 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง จำแนกตามรายชื่อ.....	102
4.44 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) จำแนกตามรายชื่อ.....	103
4.45 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ.....	105

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.46 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท ในกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต จำแนกตามรายชื่อ.....	105
4.47 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท ในกิจกรรมการสนับสนุนวางแผนครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ.....	106
4.48 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท ในกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ.....	107
4.49 คะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทกิจกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพ แยกตามรายกิจกรรมการถ่ายโอน.....	107
4.50 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริง จำแนกตามรายชื่อ ในแต่ละกิจกรรม ของเจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีการรับรู้บทบาทมากใน 3-5 อันดับแรก.....	110
4.51 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ ราย กิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของเจ้าหน้าที่ สอ.	113
4.52 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ ราย กิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามลักษณะ สอ. และปัจจัยทางประการณ์ ของเจ้าหน้าที่ สอ.	115
4.53 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริม สุขภาพ รายกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของ เจ้าหน้าที่ สอ.	117
4.54 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริม สุขภาพ รายกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามลักษณะ สอ.และปัจจัยทาง ประสพการณ์ ของเจ้าหน้าที่ สอ.	119
4.55 สรุประดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริม สุขภาพ รายกิจกรรม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของเจ้าหน้าที่ สอ.	120
4.56 สรุประดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริม สุขภาพ รายกิจกรรม จำแนกตามลักษณะ สอ. และปัจจัยทางประสพการณ์.....	121
4.57 ร้อยละของลำดับความสำคัญของปัญหาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรม การถ่ายโอน ของเจ้าหน้าที่ สอ.	122
4.58 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ สอ. ที่ให้ข้อเสนอแนะของการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพ.....	123

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
แผนภูมิที่ 2.1	กระบวนการรับรู้ของเชอร์เมอร์ฮอร์น (Schermerhorn) ฮันท์ (Hunt) และ ออสบอร์น (Osborn).....	11
แผนภูมิที่ 2.2	กระบวนการรับรู้บทบาทของคาสท์ (Kast) และ โรเซนวิก (Rosenzweig).....	11
แผนภูมิที่ 2.3	แสดงผังโครงสร้างองค์การบริหารส่วนตำบล.....	17
แผนภูมิที่ 2.4	กรอบภารกิจของ อบต.ในการดูแลสุขภาพประชาชน.....	19
แผนภูมิที่ 2.5	มิติของงานส่งเสริมสุขภาพ.....	24
แผนภูมิที่ 3.1	แสดงการสุ่มตัวอย่าง.....	43



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

สุขภาพ (Health) ตามคำจำกัดความในธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO) พ.ศ. 2491 (ค.ศ.1948) ระบุว่า คือ สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยไม่ได้หมายความว่าแค่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น⁽¹⁾ ดังนั้นในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงต้องมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย และเป็นการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้อยู่บนรากฐานของสุขภาพอนามัยที่ดี กล่าวคือจะต้องมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากความพิการ⁽²⁾ และเนื่องจากแนวโน้มปัญหาสุขภาพอนามัยของประชากรโลกเริ่มเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อ (Communicable Disease) และโรคจากความยากจน ไปเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ (Non-communicable Disease) และโรคที่เกิดจากพฤติกรรม^(3,4) ทำให้ประชาคมโลกโดยทั่วไปตระหนักว่าการบริการสุขภาพที่เน้นหนักไปในด้านการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมให้หมดไปได้ เพราะถึงแม้จะมีความสำเร็จจากการทำให้มนุษย์มีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรลดลง แต่คุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนกลับไม่ดีขึ้นไปด้วย อีกทั้งยังเป็นบริการสุขภาพที่ใช้งบประมาณในปริมาณที่สูงกว่าการบริการสุขภาพอื่นๆ ดังนั้น การดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น จะต้องไม่เพียงมุ่งเน้นไปที่การรักษาหรือการป้องกันโรคเท่านั้น แต่ต้องมุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมสุขภาพเป็นนโยบายหลัก⁽⁵⁾

แต่การบริการด้านสุขภาพที่ผ่านมา ในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย กลับมุ่งเน้นที่การดูแลรักษาความเจ็บป่วย (Sick Health Approach) เป็นกระแสหลักเหมือนกัน ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง แต่กลับให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำ เมื่อเทียบกับการดูแลสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ^(6,7) การจัดบริการด้านสุขภาพที่ผ่านมาซึ่งมุ่งเน้นการรักษาพยาบาล แม้จะส่งผลดีทำให้ดัชนีด้านสุขภาพดีขึ้น และช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจ (Economic Burden) ที่เกิดจากการมีสุขภาพไม่คลั่งได้ก็ตาม แต่โรคและปัญหาด้านสุขภาพอีกเป็นจำนวนมากที่น่าจะป้องกันได้ยังคงดำรงอยู่ นอกจากนี้ยังมีโรคและปัญหาใหม่ๆ ที่น่าจะป้องกันได้เกิดขึ้นอีกมากมาย ซึ่งการจัดบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพสามารถลดปัญหาเหล่านี้ได้ อีกทั้งเป็นกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพสูงกว่า (Cost-effectiveness) แต่กลับได้รับความสนใจและให้ความสำคัญน้อย⁽⁸⁾

สำหรับประเทศไทยนั้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วมาก โดยจ่ายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเพียงร้อยละ 15 และร้อยละ 85 จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล แม้แต่การคุ้มครองของการประกัน

สุขภาพทุกประเภทที่มุ่งคุ้มครองที่การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น⁽⁶⁾ ในการประชุมองค์การอนามัยโลก ที่กรุงออตตาวา ในปี ค.ศ. 1986 ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่จะให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยได้ให้คำนิยามของการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมความสามารถของคนในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของตนเองและชุมชนด้วย⁽¹⁾ แผนพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) มีแนวทางและวิสัยทัศน์ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนไปจากการรักษาพยาบาล เป็นการสร้างเสริมสุขภาพในทุกส่วนของสังคมและทุกระดับ⁽⁹⁾ ซึ่งกล่าวได้ว่าความรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นภาระร่วมกันระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน และองค์กรในท้องถิ่นเป็นหลัก ที่ต้องร่วมกันคิดหาระบบที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ โดยให้ตอบสนองความต้องการของปัจเจกบุคคลและชุมชนที่ต้องการ ต่อไป

จากสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาประกอบกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบัน ทำให้โลกไร้พรมแดน เนื่องจากการพัฒนาด้านข่าวสารข้อมูล ทำให้จุดเล็กๆ ในสังคมมีความสำคัญมากขึ้น ตลอดจนแนวคิดในการกระจายอำนาจแพร่ขยายมากขึ้น จึงส่งผลให้แนวความคิดของแผนพัฒนาฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) เปลี่ยนไปสู่การพัฒนา คือ เน้นคนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ยุทธศาสตร์หลัก คือ 1) การพัฒนาคนให้มีความรู้ความสามารถเต็มศักยภาพ โดยพัฒนาคนทุกกลุ่มอาชีพทุกเพศทุกวัยตลอดจนเน้นด้านสุขภาพอนามัย 2) การเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตของคน 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาประเทศ กระจายอำนาจให้ชุมชนชนบท ส่งเสริมให้สตรีมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา 4) ปรับปรุงระบบบริหาร กระจายอำนาจไปสู่ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่นมากขึ้น เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมในลักษณะ Participative approach และสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรท้องถิ่นระดับล่างให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานตามภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยมีบทบาทในการดำเนินการด้านสาธารณสุข อย่างครอบคลุมประชากรทั่วประเทศทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งประกอบด้วยทำให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ⁽⁶⁾ โครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปในลักษณะรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง โดยแบ่งการบริหารเป็นส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ด้วยโครงสร้างอำนาจและการบริหารงาน ดังกล่าว การดำเนินงานสาธารณสุขในตำบลหรือหมู่บ้าน จึงอยู่ในความรับผิดชอบของสถานีอนามัย (สอ.) ในการดำเนินการสนองตอบนโยบายจากส่วนกลาง ผ่านการกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหลัก เป็นโครงสร้างการรวมศูนย์อำนาจและสั่งการของระบบราชการอันเป็นลักษณะเดียวกันทั่วประเทศ ซึ่งการดำเนินการในลักษณะนี้ พบว่ามักจะไม่สามารถสนองตอบความต้องการ และสภาพปัญหาของชุมชนในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและภูมิประเทศ⁽¹¹⁾

ขณะเดียวกับที่สภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและการปกครองของประเทศไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก การออกพระราชบัญญัติสภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 นับว่า

เป็นก้าวแรกของรัฐบาล ในการที่จะส่งเสริมการกระจายอำนาจและการปกครองไปสู่ประชาชน เจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. ฉบับนี้สอดคล้องกับทิศทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และเป็นไปตามกระแสการพัฒนาในระดับสากลที่เน้นการวางรากฐานของระบอบประชาธิปไตยให้มั่นคง การที่รัฐบาลออก พ.ร.บ. ฉบับนี้เป็นผลให้สภาตำบล เป็นนิติบุคคลทั่วประเทศและมีการยกฐานะสภาตำบลที่มีรายได้ตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่มีผู้แทนใน อบต. ที่มาจากการเลือกตั้ง มีอำนาจในการบริหาร การกำหนดนโยบาย การจัดแผนพัฒนาตำบล รวมทั้งมีอำนาจในการออกข้อบังคับตำบลที่บังคับใช้กับราษฎรในพื้นที่อีกด้วย ซึ่งครอบคลุมงานทุกด้าน รวมทั้งงานด้านสาธารณสุข^(12,13) และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในมาตรา 78 กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง จึงได้ตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้รัฐถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะที่รัฐจัดให้บริการในเขตองค์กรท้องถิ่น ซึ่งงานสาธารณสุขเป็นหนึ่งในบริการสาธารณะที่ต้องมีการถ่ายโอน⁽¹⁴⁾

บทบาทของ อบต. ในเรื่องการจัดบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนนั้น ถูกกำหนดไว้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยอนุมาตรา 10 ของมาตรา 16 (...การพัฒนาคุณภาพชีวิต เด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส)⁽¹⁴⁾ ให้มีหน้าที่โดยตรงที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้จัดการถ่ายโอนกิจกรรมงานสร้างเสริมสุขภาพให้กับ อบต. 7 กิจกรรม ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์เพื่อทารกแรกเกิด น้ำหนักปกติ การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-44 ปี) การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด - 5 ปี) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว และการสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ^(15,16) ซึ่งภารกิจเหล่านี้เป็นงานที่ต้องการผู้รู้ เข้าใจในขอบเขตของการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพ และมีความสัมพันธ์สอดคล้องและเชื่อมโยงกับการบริการของสถานีอนามัย ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในระดับตำบล ที่มีทั้งบทบาทหน้าที่และพื้นที่รับผิดชอบซ้ำซ้อนกัน ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรขึ้นได้ ดังนั้นทั้ง 2 ส่วนราชการ ควรมีเป้าหมายร่วมกันคือให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า และดำเนินการร่วมมือประสานงานกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของ อบต. ที่ผ่านมามีข้อจำกัดให้เห็นปัญหาสำคัญ เป็นต้นว่า แผนงาน/โครงการพัฒนาตำบลยังเน้นงานเฉพาะด้าน ไม่ครอบคลุมงานทุกด้าน อบต. ยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน จากการศึกษาวิจัยของ โกวิท วัฒนกุล พบว่า อบต. จัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนเพียง ร้อยละ 13.05 ของงบประมาณเพื่อการพัฒนาทั้งหมดของ อบต. เท่านั้น และส่วนใหญ่เป็นโครงการขนาดเล็กและเป็นโครงการให้เงินอุดหนุน แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะเน้นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในแนวการป้องกันและตั้งรับมากกว่า และยังคงพบว่าการบริหาร อบต. ยังให้ความสำคัญในเรื่องการก่อสร้างถนน หรือการก่อสร้างอื่นๆ⁽¹⁷⁾ และจากการศึกษาวิจัย

ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อบต.และสถานีอนามัยยังมีสถานภาพไม่ได้รับการเตรียมการให้พร้อมต่อการดำเนินงานที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน อบต.มีความพร้อมและศักยภาพในการดำเนินการด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย และสถานีอนามัยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบบทบาทของตนเอง⁽¹⁸⁾

จังหวัดชลบุรี เป็นจังหวัดนำร่องในการกระจายอำนาจในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งได้ดำเนินการตามแนวนโยบายดังกล่าวไปในระดับหนึ่งแล้ว โดยได้มีกระบวนการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ของจังหวัด⁽¹⁹⁾ และมี อบต.ครบทั้ง 5 ระดับชั้น จำนวน 75 แห่ง⁽²⁰⁾ จากสรุปผลการประเมินรายงานสถานการณ์และสภาวะสุขภาพของประชาชน จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2544 พบว่า ยังคงเป็นจังหวัดที่มีปัญหาสาธารณสุขสูง กล่าวคือ⁽²¹⁾ จำนวนประชากรกลางปี 1,059,756 คน อัตราการเกิดมีชีพต่อประชากรพันคน ในช่วง 10 ปีลดลงมาตลอด ในขณะที่อัตราตายต่อประชากรพันคนอยู่ในระดับคงที่ (3.9-6.2) และอัตราการตายต่อการเกิดมีชีพพันคนอยู่ในช่วง (6.0-7.0) ต่ำกว่าเป้าหมาย ขณะเดียวกันอัตราการตายกลับเพิ่มขึ้น จากการศึกษารายละเอียดพบว่ามารดาที่เสียชีวิตมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และไม่มาฝากครรภ์ นอกจากนี้พบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 12.18 ซึ่งเกินเป้าหมายแผนฯ 8 (ร้อยละ 10) ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ร้อยละ 9.3 เกินเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 7) และยังพบเด็กขาดสารอาหาร แต่ไม่เกินเป้าหมายในเขตพื้นที่ชนบทห่างไกล และจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2545⁽²²⁾ พบว่าทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 9.25 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายแผนฯ 9 (ร้อยละ 7) ความครอบคลุมจำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักร้อยละ 87.78 ต่ำกว่าเป้าหมายแผนฯ 9 (ร้อยละ 90) และพบว่าจำนวนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 15.71 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายแผนฯ 9 (ร้อยละ 10)

จากปัญหาสาธารณสุขข้างต้น ส่วนหนึ่งของปัญหาอาจเกิดขึ้นเนื่องจากข้อจำกัดของ อบต. เอง และในส่วนของสาธารณสุขที่ขาดการเชื่อมโยงกันในการทำงานระดับตำบล จึงทำให้ อบต. บางแห่งไม่ได้จัดทำแผนปฏิบัติงานและงบประมาณ ดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะในส่วนของสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้การดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ เกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นกระทำไม่ได้ไม่ครอบคลุมทั่วถึง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน โดยที่ อบต.เป็นหน่วยราชการท้องถิ่นที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด หากมีความรู้ความเข้าใจที่ดีต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ผลประโยชน์สูงสุดจะเกิดกับประชาชนในพื้นที่ จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน และการปฏิบัติจริงตามบทบาทของสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดชลบุรี ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ปัญหาอุปสรรค ซึ่งยังไม่มีผู้ใดศึกษา คาดว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปสู่การกำหนดแนวทางนโยบาย และแผนงานสำหรับ อบต. และสถานีอนามัย ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพตามบทบาทหน้าที่ให้เกิดประสิทธิภาพ ได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงตามปัญหาและความต้องการของชุมชน และจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ อบต.ในการ

ปฏิบัติงานร่วมกัน ตลอดจนเป็นแนวทางในการวางแผนให้การสนับสนุน และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ อบต. และสถานีอนามัย ให้กับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ของจังหวัดชลบุรี ต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นอย่างไร
2. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทเป็นอย่างไร และแตกต่างจากบทบาทตามการรับรู้ของตนเองหรือไม่
3. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางประชากรณ์ และลักษณะหน่วยงานของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทและการปฏิบัติจริง การสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไร
4. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ตลอดจนปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติจริง เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล
2. เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติจริง เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ตามการรับรู้ และการปฏิบัติจริง ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ตามการรับรู้ และการปฏิบัติจริง ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
5. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้และการปฏิบัติจริง เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยประชากรณ์และลักษณะหน่วยงาน
6. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้และการปฏิบัติจริง เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางประชากรณ์และลักษณะหน่วยงาน

7. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข ในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน

สมมติฐานของการวิจัย (Hypotheses)

1. บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามการรับรู้ และการปฏิบัติจริงของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีความแตกต่างกัน
2. บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามการรับรู้ และการปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีความแตกต่างกัน
3. การรับรู้และการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ตาม ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ และลักษณะหน่วยงาน ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล
4. การรับรู้และการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ตาม ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ และลักษณะหน่วยงาน ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ตัวแปร (Variables)

ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ตำแหน่ง
2. ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ระยะเวลาทำงานในตำแหน่ง การเป็น/เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น (เฉพาะ อบต.) การได้รับการอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ
3. ปัจจัยลักษณะหน่วยงาน ได้แก่ ระดับชั้น อบต. รายได้ อบต. การมี/ไม่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นสมาชิก อบต. สถานีอนามัยที่เป็นที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และ สถานีอนามัยไม่เป็นที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

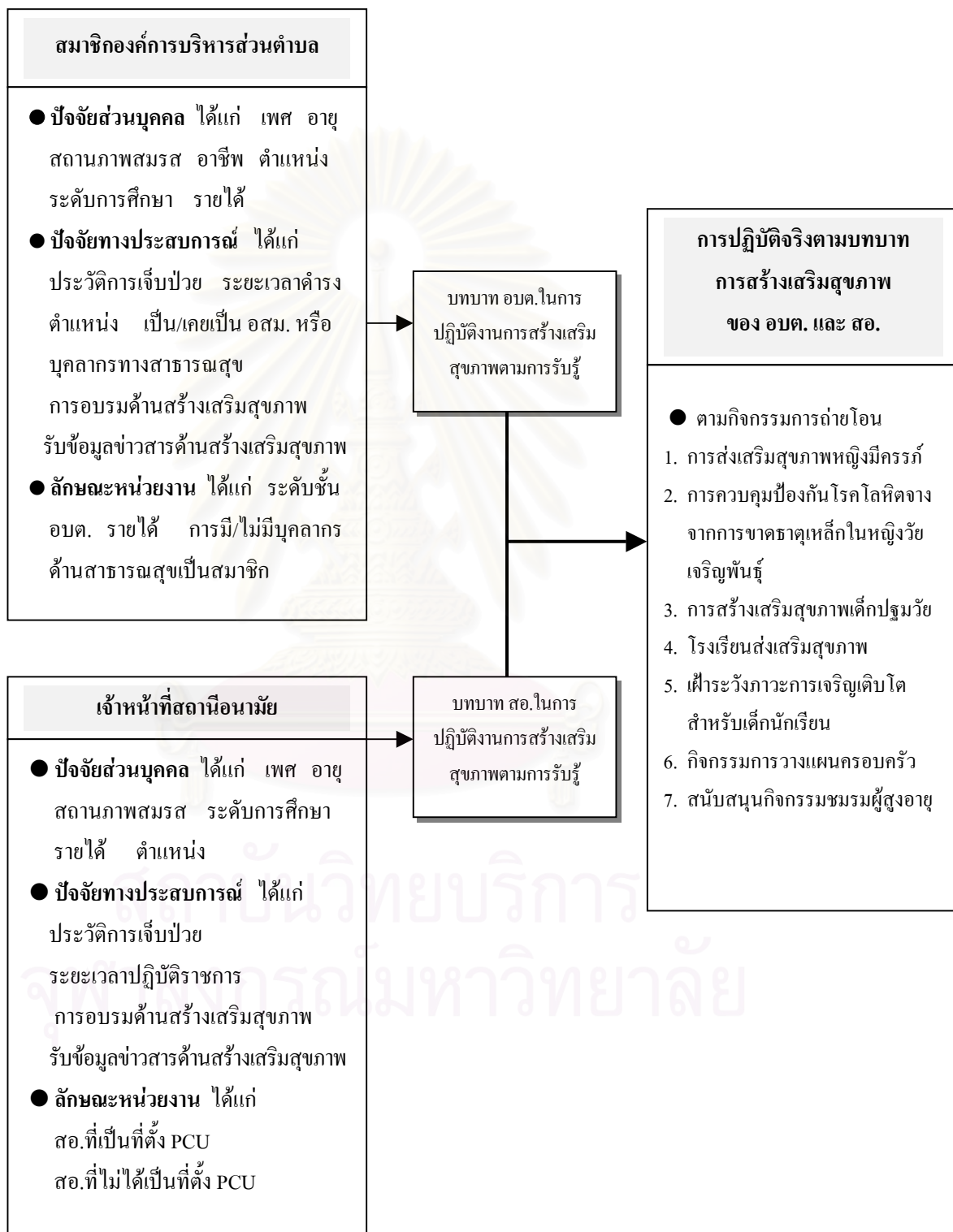
ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิก อบต. และ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในภารกิจถ่ายโอน 7 กิจกรรม ตามการรับรู้ 1) การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ เพื่อทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ 2) การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อจากขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-44 ปี) 3) การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด-5ปี) 4) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 5) เฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน 6) สนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว และ 7) การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

คำสำคัญ (Key Words)

Perception, Health Promotion, Subdistrict Administrative Organization

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. นโยบายการถ่ายโอนภารกิจ จากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรส่วนท้องถิ่น (อบต.) ยังคงมีเช่นเดิมไม่เปลี่ยนแปลง
2. สมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย รับรู้บทบาทหน้าที่การดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ทุกคน
3. ระดับคะแนนการวัดการรับรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ 1) การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ 2) การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง 3) การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 5) การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต 6) วางแผนครอบครัว และ 7) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 เป็น สเกลอันดับ (Ordinal Scale) จะพิจารณาตัวแปรว่ามีอันตรภาคชั้นแต่ละอันตรภาคชั้นเท่ากัน (Equal Interval) และถือว่าค่าของคะแนนเดียวกันของแต่ละคนไม่แตกต่างกัน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสเกลอันตรภาค (Interval Scale) ต่อไป
4. ข้อมูลทั่วไปของ อบต. จะสอบถามจากปลัด อบต. และแหล่งข้อมูลอื่น

นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย (Operational Definition)

1. การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้ความหมายเดียวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุม และส่งเสริมสุขภาพตนเองดีขึ้น ในการที่จะบรรลุซึ่งสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ปึงเจกบุคคลหรือกลุ่มคนจะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง ที่จะสนองความต้องการต่างๆ ของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนเองให้เข้ากลับสิ่งแวดล้อม
2. การรับรู้ หมายถึง การเข้าใจความหมายต่อสิ่งสัมผัสที่เลือกเข้ามาในจิตสำนึก ด้วยความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ในที่นี้หมายถึงเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามภารกิจถ่ายโอนของกรมอนามัย 7 กิจกรรม คือ 1) การสร้างเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ 2) การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง 3) การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 5) การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน 6) สนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว และ 7) การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
3. องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) หมายถึง หน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยกฐานะจากสภาตำบล เกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537
4. สมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) หมายถึง กลุ่มคนที่ได้รับเลือกตั้งและแต่งตั้งให้เป็นสมาชิก อบต. ประกอบด้วยสมาชิก อบต. โดยการเลือกตั้งจากรายชื่อในแต่ละหมู่บ้านในตำบลนั้น หมู่บ้านละ 2 คน ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 และปลัด อบต.

5. เจ้าหน้าที่สถานีนามัย (สอ.) หมายถึง เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล และปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Considerations)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ไม่ได้ใส่สิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใดๆ กับกลุ่มที่ศึกษา จึงไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ และการปฏิบัติตามบทบาทเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน 7 กิจกรรม โดยใช้แบบสอบถามสมาชิก อบต. ที่เป็นสมาชิกสภาและคณะกรรมการบริหาร และเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ในจังหวัดชลบุรีเท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ อาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนการรับรู้ และการปฏิบัติตามบทบาทเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ในมิตี้อื่นๆ และจังหวัดอื่นได้

ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected benefit & Application)

นำผลการศึกษาที่ได้ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) องค์การบริหารส่วนตำบล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อนำไปใช้กำหนดแนวคิดนโยบาย และจัดทำแผนงานสำหรับ อบต. และสถานีนามัย ในการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามบทบาทหน้าที่ให้เกิดประสิทธิภาพ ในการให้บริการได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง สามารถตอบสนองได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของชุมชน ตามหลักการกระจายอำนาจ และการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรของสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีนามัย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติงานร่วมกัน รวมทั้งเป็นแนวทางให้การสนับสนุน และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ อบต. และสถานีนามัย เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ ต่อไป

อุปสรรคและมาตรการในการแก้ไข (Obstacles and Strategies to Solve the Problem)

ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีนามัยอาจไม่ครบถ้วน แก้ไขโดยทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ประสานขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและประธานกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล

บทที่ 2

ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา เกี่ยวกับการรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอนของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในจังหวัดชลบุรี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบรวม แนวคิด และทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอ เป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ และบทบาท
2. แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ และองค์การบริหารส่วนตำบล
3. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
4. สถานีอนามัย
5. ข้อมูลจังหวัดชลบุรี
6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ และบทบาท

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary) ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง⁽²³⁾

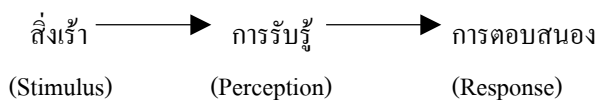
เกริสันและมากูน (Garrison and Magoon)⁽²⁴⁾ ให้ความหมายไว้ว่า “กระบวนการซึ่งทางสมองตีความ หรือแปลความหมายข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส (sensation) ของร่างกาย (ประสาทสัมผัสต่างๆ) กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร

จำเนียร ช่วงโชติ⁽²⁵⁾ และกรรณิการ์ สุวรรณโคตร⁽²⁶⁾ ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหมายของสิ่งที่เราได้รับ โดยผ่านประสาทสัมผัสและพาหะข้อมูลที่แปลนี้ไปสู่การกระทำที่มีความหมาย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์เฉพาะบุคคล

สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความ อาการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม โดยมีความเชื่อมโยงกับความรู้และอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

กระบวนการรับรู้ (The Perception Process)

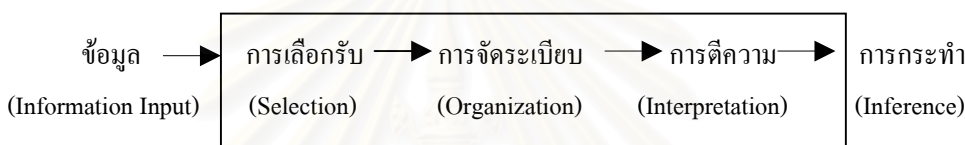
จำเนียร ช่วงโชติ⁽²⁵⁾ กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองของบุคคล ดังแผนภูมิข้างล่างนี้ คือ



(จำเนียร ช่วงโชติ 2516 : 34)

เซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt and Osborn)⁽²⁷⁾ ได้กล่าวถึงกระบวนการรับรู้ว่าการรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาเบื้องต้นในการตีความสิ่งเร้าที่ได้สัมผัสต่างๆ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้ การรับรู้เป็นสิ่งที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความแตกต่างกัน ไม่มีบุคคลใดที่จะมีการรับรู้ที่เหมือนกับบุคคลอื่นที่เดียวเพราะเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้า หรือสิ่งรับรู้ก็จะประมวลสิ่งรับรู้นั้นขึ้นเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตัวเอง ดังภาพต่อไปนี้

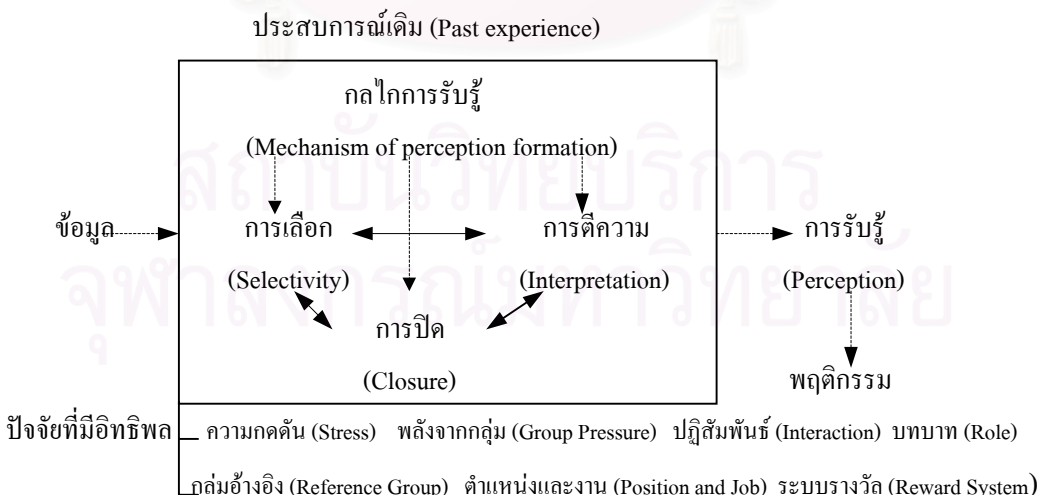
แผนภูมิที่ 2.1 กระบวนการรับรู้ของเซอร์เมอร์ฮอร์น (Schermerhorn) ฮันท์ (Hunt) และออสบอร์น (Osborn)



The perceptual Process

คาสท์ และโรเซนวิก (Kast and Rosenzweig)⁽²⁸⁾ ได้กล่าวถึงในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งบุคคลก็มีความแตกต่างกันไปในส่วนของประสบการณ์เดิม และนอกจากนี้จากสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นแรงกระทบจากภายนอก เช่น แรงกดดัน พลังกลุ่ม บทบาท ฯลฯ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ จะมีผลต่อกระบวนการรับรู้ ดังภาพต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 2.2 กระบวนการรับรู้บทบาทของคาสท์ (Kast) และโรเซนวิก (Rosenzweig)



ที่มา : Perception formation and its effect on behavior โดย Fremont E. Kast and Janes E. Rosenzweig, Organization Management A System and Contingency Approach, Mcgraw Hill Book Company: Singapore, 1985. p. 285.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

กรณีการ์ สุวรรณโคตร⁽²⁶⁾ กล่าวไว้ว่า การรับรู้เกิดจากการแปลความหมายจากการสัมผัส ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความถูกต้อง หรือแตกต่างกันอย่างไรนั้นขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ 1) ลักษณะของสิ่งเร้าโดยสิ่งเร้าเป็นปัจจัยภายนอก ที่ทำให้เกิดความในใจที่จะรับรู้หรือทำให้การรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง 2) ลักษณะของผู้รับรู้ ซึ่งมีปัจจัยด้านกายภาพ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ความจำ สติปัญญา ความสนใจ การตั้งใจ เป็นต้น

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล⁽²⁹⁾ กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลจะแตกต่างกันแม้ว่าจะรับรู้ในเรื่องเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ใช้ในการรับรู้ที่แตกต่างกันเล็กน้อยเพียงใดและประสบการณ์ในอดีต ภูมิหลังทางการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น เทพพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ⁽³⁰⁾ กล่าวถึง องค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้ ได้แก่ ประสบการณ์ สถานการณ์ ความต้องการ และหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคล การรับรู้ที่แตกต่างกันมีผลทำให้พฤติกรรมแตกต่างกัน

การวัดการรับรู้

เนื่องจากการรับรู้ คือ การแสดงออกถึงความรู้สึนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความอาการสัมผัส (sensation) ของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย ดังนั้นการวัดการรับรู้ จึงต้องวัดจากสิ่งที่บุคคลแสดงออก อันได้แก่ความรู้สึนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการรับรู้บทบาท

บทบาท

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary)⁽²³⁾ ให้คำจำกัดความของบทบาทไว้ 2 ประการ

1. บทบาทที่ได้รับมอบหมายให้แสดง เช่น บทบาทของตัวพระเอก นางเอก บทบาทของตัวผู้ร้าย และตัวแสดงประกอบอื่นๆ

2. หน้าที่ ซึ่งความหมายของหน้าที่ก็คือ การปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย หรืออีกนัยหนึ่งตามลักษณะของงานที่กำหนดไว้

ฉะนั้น คำว่า “บทบาท” จึงหมายถึงการปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพที่ตนดำรงอยู่ ซึ่งในบุคคลเดียวกันอาจมีได้หลายบทบาท เช่น บทบาทของผู้บังคับบัญชาและหรือผู้ใต้บังคับบัญชา

“หน้าที่” คือ สิ่งที่ต้องกระทำตามลักษณะของงานที่ได้รับมอบหมาย ดังนั้น บทบาทและหน้าที่จึงมีความสัมพันธ์กัน

สุชา จันทรเฒ และสุรางค์ จันทรเฒ⁽³¹⁾ อธิบายความหมายของบทบาทว่า มีความหมายใกล้เคียงกับสถานภาพมาก บทบาทเป็นสิ่งที่บุคคลในสถานภาพต่าง ๆ พึงกระทำ คือเมื่อสังคมกำหนดสิทธิและหน้าที่ในสถานภาพใดแล้ว บุคคลนั้นจะต้องประพฤติปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนดไว้

บรูมและเซลส์นิก (Broom and Selznick)⁽³²⁾ ได้กล่าวถึงบทบาทว่า ประกอบด้วย 3 ลักษณะ

1. บทบาทตามอุดมคติหรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ (The social prescribed or ideal role) เป็นบทบาทในอุดมคติ ซึ่งมีการกำหนดคตินิยาม และหน้าที่ไว้ตามตำแหน่งทางสังคม

2. บทบาทที่ควรกระทำ (The perceived role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลในตำแหน่ง เชื่อว่าควรกระทำซึ่งอาจไม่ตรงกับบทบาทในอุดมคติ หรืออาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

3. บทบาทที่กระทำจริง (The performed role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล

รอย (Roy) กล่าวว่า บทบาทเป็นความต้องการของสังคม เป็นพฤติกรรมที่สังคมคาดหวัง ถึงแม้ว่าบทบาทจะเป็นพฤติกรรมของบุคคล แต่บทบาทก็เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากผลการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น⁽³³⁾

ปรินซิซัน และคณะ (Princition et al.) ให้ความหมายว่า บทบาทคือ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาตามตำแหน่งหน้าที่ที่รับผิดชอบ และพฤติกรรมตามความคาดหวังจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องว่าควรเป็นอย่างไร ซึ่งทั้งหมดนี้จะต้องขึ้นกับอัตมโนทัศน์ของคนที่แสดงพฤติกรรมและจากผลการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น⁽³⁴⁾

กล่าวโดยสรุป บทบาท หมายถึง หน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำ เมื่อเข้าดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง รวมทั้งการปฏิบัติตามหน้าที่ที่ถูกกำหนดตามการรับรู้ของตนเอง และตามความคาดหวังของสังคม

การรับรู้บทบาท

โมนีท และอีแวน (Monet and Evan) กล่าวว่า บทบาทคือ กลุ่มของความคาดหวังจากตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้และการกระทำของบุคคลโดยมีแรงจูงใจ วัฒนธรรมพื้นฐานเดิม และการให้คุณค่าของกลุ่มเดียวกัน อาจจะมีอิทธิพลต่อบทบาทด้วย และในทางกลับกัน สุขภาพอนามัย คุณค่าและการศึกษา ก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้เช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่า บทบาทนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้และการปฏิบัติ⁽³⁵⁾

สมยศ นาวิการ และสุสดี รุมาคม⁽³⁶⁾ กล่าวถึงการรับรู้บทบาทของบุคคลว่า บุคคลต่างกันย่อมเข้าใจหรือรับรู้บทบาทต่างกัน การรับรู้อย่างถูกต้องในบทบาทย่อมมีผลต่อการมีประสิทธิภาพขององค์กร ภายในองค์กรใดองค์กรหนึ่งอาจมีการรับรู้ที่แตกต่างกันสำหรับบทบาทเดียวกัน บุคคลใดสามารถรับรู้บทบาทได้เป็นอย่างดีก็สามารถรับรู้ความคิดเห็นคนอื่นได้ดีด้วย ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลใดไม่สามารถพัฒนาการรับรู้บทบาทได้ จะเกิดความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลงบทบาทนั้น ๆ

พอร์เตอร์ และลอเลอร์ (Lyman W. Porter and Edward E. Lawler)⁽³⁷⁾ ได้กล่าวว่าการรับรู้บทบาทจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน และให้ความหมายของการรับรู้บทบาทว่า คือแนวทางที่บุคคลให้ความพยายามที่เขาเชื่อว่าจะมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ และยังให้ข้อเสนอว่า ถ้าหากการรับรู้บทบาทไม่ถูกต้องแล้วผลของการปฏิบัติงานจะเท่ากับศูนย์ ถึงแม้ว่าความสามารถและแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงก็ตาม

จากแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการรับรู้บทบาท สรุปได้ว่า บทบาทคือการปฏิบัติตามหน้าที่ของตำแหน่ง ที่ตนเองดำรงอยู่ การปฏิบัติบทบาทจะกระทำได้ดี ส่วนหนึ่งขึ้นกับความสามารถในการรับรู้บทบาทนั้น สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้บทบาท คือ ภูมิหลัง ฐานะทางสังคม ทัศนคติ ฯลฯ บุคคลที่แตกต่างกันย่อมมีการรับรู้ และเข้าใจบทบาทแตกต่างกัน

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้และบทบาท พอสรุปได้ว่า การที่จะแสดงบทบาทได้เหมาะสมต้องมีการรับรู้บทบาทนั้นก่อน เพราะการรับรู้เป็นพื้นฐานพฤติกรรมของบุคคลและหากบุคคลไม่สามารถปรับบทบาทที่รับรู้ออกมาเป็นบทบาทได้ก็จะเกิดความขัดแย้งในบทบาทขึ้น ซึ่งบทบาทที่ปฏิบัติจริงของบุคคลจะกระทำได้นั้น บุคคลต้องมีการรับรู้ ความเข้าใจในบทบาทที่กำหนด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติบทบาทจริงได้ดีและถ้าหากผู้ปฏิบัติรับรู้บทบาทไม่ชัดเจนหรือการกำหนดบทบาทไม่ชัดเจน ก็อาจทำให้เกิดปัญหาในการแสดงบทบาทของบุคคลและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติจริงด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและองค์การบริหารส่วนตำบล

แนวคิดการกระจายอำนาจ⁽³⁸⁻⁴¹⁾

การกระจายอำนาจ (Decentralization) เป็นหลักการอย่างหนึ่งของการจัดระเบียบการปกครองประเทศ โดยมีหลักการสำคัญ คือเป็นการโอนอำนาจการปกครองจากส่วนกลางไปให้ประชาชนในท้องถิ่นดำเนินการเองโดยอิสระภายใต้บทบัญญัติทางกฎหมาย การกระจายอำนาจทำให้เกิดการจัดระเบียบการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นขึ้น องค์การบริหารส่วนตำบลถือได้ว่าเป็นหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบหนึ่งตามแนวความคิดของหลักการกระจายอำนาจการปกครอง

ความหมายของการกระจายอำนาจ แบ่งออกได้ 2 ความหมาย คือ

1. การกระจายอำนาจตามอาณาเขต (Size and Boundary) หมายถึง การมอบอำนาจไปให้ท้องถิ่นจัดทำกิจการหรือบริการสาธารณะภายในเขตท้องถิ่น แต่ละท้องถิ่นมีอิสระบางประการในการปกครองตนเอง เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล
2. การกระจายอำนาจตามกิจการ (Functional) หมายถึง การมอบอำนาจให้องค์การสาธารณะจัดทำกิจการประเภทใดประเภทหนึ่งเพื่อให้มีอิสระในการดำเนินการที่เหมาะสม เช่น การไฟฟ้า การประปา เป็นต้น เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นในลักษณะการกระจายอำนาจนั้น อาจเป็นผู้รับการเลือกตั้งจากประชาชนในท้องถิ่นหรือโดยการแต่งตั้งจากราชการส่วนกลางก็ได้ สาระสำคัญของการกระจายอำนาจอยู่ที่ว่าท้องถิ่นมีอิสระในการปกครองตนเอง (Autonomy) บางประการ โดยท้องถิ่นได้รับมอบอำนาจนี้จากส่วนกลาง

หลักและลักษณะสำคัญของการกระจายอำนาจการปกครอง มีลักษณะ ดังนี้

1. มีความเป็นนิติบุคคล (Artificial Person) จะต้องมียุติบัตรเป็นนิติบุคคลต่างหากจากองค์กรของรัฐบาลกลาง เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ของตน องค์กรเหล่านี้จะต้องมีงบประมาณทรัพย์สินหนี้สินและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเป็นของตนเอง

2. มีอำนาจอิสระในการบริหารงาน (Autonomy) หรือจัดทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายได้เองพอสมควร คือ มีอำนาจวินิจฉัยและดำเนินการได้เองด้วยงบประมาณ และเจ้าหน้าที่ของตนเอง
3. ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการเลือกผู้บริหารและเจ้าหน้าที่นิติบัญญัติ(สภาท้องถิ่น)
4. มีงบประมาณเป็นของท้องถิ่นตนเอง ซึ่งแยกต่างหากจากส่วนกลางโดยมีรายได้จากการเก็บภาษีอากรค่าธรรมเนียมต่าง ๆ และทรัพย์สินตลอดจนเงินอุดหนุน (ถ้ามี) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจการต่าง ๆ

จากองค์ประกอบทั้ง 4 ประการ ของหลักการกระจายอำนาจที่กล่าวมานี้ หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานส่วนท้องถิ่น มีองค์ประกอบครบ 4 ประการ และสามารถปฏิบัติงานโดยปราศจากการควบคุมหรือแทรกแซงจากหน่วยงานในระดับสูงกว่าไม่ว่าจะเป็นส่วนกลางหรือส่วนภูมิภาคแล้ว ย่อมจะเป็นองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือหน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่มีความสมบูรณ์ และพร้อมที่จะปฏิบัติงานเพื่อท้องถิ่นของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับประเทศไทยนั้น แนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจในการบริหารและการพัฒนาไปสู่ระดับท้องถิ่นนั้น ได้เริ่มมีการคิดและเสนอแนะมาตั้งแต่ ช่วงปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) แต่เพิ่งมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมในช่วงปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7(พ.ศ.2535-2539) ซึ่งกระแสที่ช่วยผลักดันให้มีการเร่งออกพระราชบัญญัติที่กระจายอำนาจสู่ระดับชุมชนนี้ มาจากปัญหาที่สะสมมานานในเรื่องการจัดการพัฒนาชนบทในระดับชุมชน และมาเห็นชัดในระยะที่มีการดำเนินงานการพัฒนาชนบทภายใต้ระบบคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ซึ่งภาคราชการได้พยายามที่จะสร้างกลไกในการประสานงาน และพัฒนาปรับปรุงศักยภาพของภาคราชการมาโดยตลอด แต่ก็ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่หวัง

จากการประเมินผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาชนบทเป็นระยะๆ พบว่า การบริหารงานและการดำเนินโครงการพัฒนาต่างๆ ของภาครัฐยังมีปัญหาหลายประการ เช่น ขาดความคล่องตัวในการบริหาร เนื่องจากกฎระเบียบต่างๆ และความล่าช้าในการดำเนินงาน เมื่อได้รับโครงการแล้วก็ไม่สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมได้ บางครั้งต้องดำเนินงาน ที่อาจไม่ได้แก้ไขปัญหาลงทุนของชุมชนในพื้นที่ ประชาชนขาดความร่วมมือในการดำเนินงานโครงการพัฒนาในพื้นที่ เพราะไม่เห็นถึงความสำคัญ ไม่เข้าใจเหตุผลของความจำเป็นที่ต้องดำเนินกิจกรรมการพัฒนาต่างๆ และขาดจิตสำนึกในการเป็นเจ้าของโครงการ เมื่อโครงการดำเนินไปแล้วประชาชนจึงไม่สนใจที่จะดูแล บำรุงรักษา หรือเข้าร่วมดำเนินการเป็นผลให้โครงการต่างๆ ส่วนใหญ่ประสบความล้มเหลวหรือได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจเท่าที่ควร และที่สำคัญโครงการของภาคราชการที่จำเป็นต้องจัดสรรและดำเนินงานตามกรอบของกระทรวง ทบวง กรม ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถเปลี่ยนแปลงกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน อีกทั้งสภาพความต้องการพัฒนาของแต่ละชุมชนมีความหลากหลาย สภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และที่สำคัญโครงการพัฒนาประเภทที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต การปกป้องรักษาสิ่งแวดล้อม การพัฒนาด้านสาธารณสุขหลายประเภท จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและความสมัครใจจากกลุ่มเป้าหมายจึงจะทำให้ภาคราชการสามารถดำเนินงานได้ ในอดีตข้าราชการสามารถดำเนินงานได้ในระดับหนึ่ง เพราะใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวและชาวบ้านมีความเกรงใจ แต่ในสังคมยุคปัจจุบันที่มีการแข่งขันและมีปัญหาเศรษฐกิจถดถอยต่างๆ ก็เริ่มใช้ไม่ได้ผล

บทเรียนและประสบการณ์จากการศึกษาและการดำเนินงานในอดีต นำไปสู่การเสนอแนะให้มีการกระจายอำนาจในการจัดการสู่ระดับตำบล / หมู่บ้าน ดังนั้นในปี พ.ศ. 2537 รัฐบาลโดยกระทรวงมหาดไทยได้เห็นความสำคัญของการกระจายอำนาจ จึงได้มีการผลักดันให้มีพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ซึ่งประกาศใช้ในวันที่ 2 ธันวาคม 2537 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2538 ภายหลังจากการประกาศ พ.ร.บ.ฉบับนี้แล้ว สภาตำบลมีฐานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมายและสภาตำบลส่วนหนึ่งที่มีรายได้งบประมาณ 3 ปีซ้อนหลังติดต่อกันเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่าปีละ 150,000 บาท ได้รับการยกฐานะเป็นหน่วยงานบริหารส่วนท้องถิ่นที่เรียกว่า “องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)” ภายใต้อาณัติของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

องค์การบริหารส่วนตำบล

โครงสร้างองค์การบริหารส่วนตำบล⁽⁴²⁾

พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ได้แบ่งองค์การบริหารส่วนตำบล เป็น 2 ส่วนที่สำคัญคือ

1. สภาองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการเลือกตั้งจากราษฎรในหมู่บ้านที่อยู่ในเขตตำบลนั้น ๆ หมู่บ้านละ 2 คน อนึ่งหากพื้นที่ของอบต.ใดมีเพียง 1 หมู่บ้านให้มีสมาชิกสภาอบต. ได้ 6 คน อบต.ใดมี 2 หมู่บ้าน กำหนดให้มีสมาชิกในสภาฯได้หมู่บ้านละ 3 คน ดำรงตำแหน่งได้คราวละ 4 ปี นับแต่วันเลือกตั้ง สภา อบต.มีอำนาจหน้าที่ (มาตรา 46) ดังนี้

- 1.1 ให้ความเห็นชอบแผนพัฒนาตำบลเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารกิจการของอบต.
- 1.2 พิจารณาและให้ความเห็นชอบร่างข้อบังคับงบประมาณรายจ่ายประจำปี และร่างข้อบังคับงบประมาณ รายจ่ายเพิ่มเติม
- 1.3 ควบคุมการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหาร อบต. ให้เป็นไปตามนโยบาย และแผนพัฒนาตำบล รวมทั้งตามกฎหมายระเบียบและข้อบังคับ

2. คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล สภาอบต.เป็นผู้เลือกคณะกรรมการบริหารที่ประกอบไปด้วย ประธานกรรมการบริหาร 1 คน และกรรมการบริหาร 2 คน โดยมีปลัด อบต. เป็นเลขานุการฯ และเสนอให้นายอำเภอแต่งตั้ง ดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี มีอำนาจหน้าที่ (มาตรา 59) ดังนี้

- 2.1 บริหารกิจการของ อบต. ให้เป็นไปตามมติ ข้อบังคับและแผนพัฒนาตำบล และรับผิดชอบการบริหารกิจการของอบต.ต่อสภาอบต.
- 2.2 จัดทำแผนพัฒนาตำบลและงบประมาณรายจ่ายประจำปี เพื่อเสนอให้สภาอบต.พิจารณาให้ความเห็นชอบ
- 2.3 รายงานผลการปฏิบัติงานและการใช้จ่ายเงินให้ สภาอบต.ทราบอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- 2.4 ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ราชการมอบหมาย

นอกจากนี้ยังมีอีกหน่วยงานหนึ่งซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสำนักงาน ประกอบด้วยข้าราชการประจำ มีปลัด อบต.เป็นหัวหน้าพนักงานประจำซึ่งเรียกว่า พนักงานส่วนตำบลได้แก่ หัวหน้าส่วนการ

คลัง หัวหน้าส่วนโยธา เจ้าหน้าที่ธุรการ ฯลฯ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะอยู่ภายใต้สายการบังคับบัญชาของ ปลัด อบต. และภายใต้การกำกับดูแลของประธานกรรมการบริหาร อบต.

แผนภูมิที่ 2.3 แสดงผังโครงสร้างองค์การบริหารส่วนตำบล



เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลแต่ละแห่งมีศักยภาพแตกต่างกัน โดยเฉพาะในเรื่องของรายได้ สำนักงานคณะกรรมการพนักงานเทศบาล (กท.) จึงได้ดำเนินการแบ่งชั้น อบต. ออกเป็น 5 ชั้น คือ ชั้น 1 เกณฑ์รายได้ 20 ล้านบาทขึ้นไป , ชั้น 2 เกณฑ์รายได้ 12-20 ล้านบาท , ชั้น 3 เกณฑ์รายได้ 6-12 ล้านบาท, ชั้น 4 เกณฑ์รายได้ 3-6 ล้านบาท และชั้น 5 มีรายได้ไม่เกิน 3 ล้านบาท

ในปัจจุบันส่วนสาธารณสุขจะมีเฉพาะใน อบต. ชั้น 1 ประกอบด้วยพนักงานส่วนตำบล 4 ตำแหน่งคือ นักบริหารงานสาธารณสุข ระดับ 3-6 จำนวน 1 ตำแหน่ง นักวิชาการสุขาภิบาล ระดับ 3-5 จำนวน 1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 3-5 จำนวน 1 ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระดับ 2-4 จำนวน 1 ตำแหน่ง

อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล^(43,44)

จากบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 เรื่องอำนาจหน้าที่ของอบต. มีดังนี้

1. มาตรา 66 กำหนดให้ อบต. มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบลทั้งในด้าน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ซึ่งถือได้ว่าเป็นกรอบภาระหน้าที่หลักของ อบต.

2. มีหน้าที่ที่ต้องทำในเขต อบต. (มาตรา 67) ดังนี้ 1) จัดให้มีการบำรุงรักษาทางน้ำ ทางบก 2) รักษาความสะอาดของถนนทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล 3) ป้องกันและระงับโรคติดต่อ 4) ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย 5) ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม 6) ส่งเสริมพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ 7) คุ้มครองดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 8) บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น 9) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ทางราชการมอบหมาย โดยจัดสรรงบประมาณหรือบุคลากรให้ตามความจำเป็น และสมควร

3. มีหน้าที่ที่อาจทำกิจการในเขต อบต. (มาตรา 68) ดังนี้ 1) จัดให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค และการเกษตร 2) จัดให้มีการบำรุงรักษาไฟฟ้า หรือแสงสว่างโดยวิธีอื่น 3) จัดให้มีการบำรุงรักษาทางระบายน้ำ 4) จัดให้มีและบำรุงรักษาสถานีที่ประชุม การกีฬา การพักผ่อนหย่อนใจ และสวนสาธารณะ 5) จัดให้มีและส่งเสริมกลุ่มเกษตรและกิจการสหกรณ์ 6) ส่งเสริมให้มีอุตสาหกรรมในครอบครัว 7) บำรุงและส่งเสริมการประกอบอาชีพของราษฎร 8) การคุ้มครองดูแลและรักษาทรัพย์สินอันเป็นสาธารณสมบัติของแผ่นดิน 9) หาผลประโยชน์จากทรัพย์สินของ องค์การบริหารส่วนตำบล 10) จัดให้มีตลาด ท่าเทียบเรือ และท่าข้าม 11) กิจการเกี่ยวกับการพาณิชย์ 12) การท่องเที่ยว 13) การผังเมือง

4. อำนาจหน้าที่ของ อบต. ข้อ 1 (มาตรา 66) ข้อ 2 (มาตรา 67) และ ข้อ 3 (มาตรา 68) ข้างต้นนั้น ไม่เป็นการตัดอำนาจหน้าที่ของกระทรวง ทบวง กรม หรือองค์การ หรือหน่วยงานของรัฐที่จะต้องดำเนินการใด ๆ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในตำบล แต่ต้องแจ้งให้ อบต.ทราบล่วงหน้าตามสมควร และหาก อบต. มีความเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการดังกล่าว ให้นำความเห็นของ อบต. ไปประกอบการพิจารณาดำเนินการนั้นด้วย (มาตรา 69)

5. มีสิทธิได้รับทราบข้อมูลจากทางราชการในเรื่องที่เกี่ยวกับการดำเนินการของทางราชการ ในตำบล (มาตรา 70)

6. ออกข้อบังคับตำบลเพื่อใช้บังคับในตำบลได้เท่าที่ไม่ขัดต่อกฎหมายหรืออำนาจหน้าที่ ของ อบต. โดยจะกำหนดค่าธรรมเนียมที่จะเรียกเก็บ และกำหนดโทษปรับผู้ฝ่าฝืนด้วยก็ได้ (มาตรา 71)

7. อาจขอให้ข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้างของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นไปดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติกิจการของ อบต.เป็นการชั่วคราวได้โดยไม่ขาดจากต้นสังกัดเดิม

8. อาจทำกิจการนอกเขต อบต.หรือร่วมกับสภาตำบล อบต. อบจ. หรือหน่วยการบริหารราชการ ส่วนท้องถิ่นอื่น เพื่อกระทำกิจการร่วมกันได้

9. อำนาจหน้าที่ของ อบต. ตามกฎหมายอื่นๆ ในฐานะหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเจ้าพนักงานส่วนท้องถิ่น เช่น พ.ร.บ. ควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 มีอำนาจอนุญาต ไม่อนุญาตให้ก่อสร้าง ดัดแปลง รื้อถอน เคลื่อนย้าย เปลี่ยนแปลงการใช้อาคาร หรือ พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นเจ้าพนักงานท้องถิ่นเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลมูลฝอย, สุขลักษณะของอาคาร, เหนือราคา, ควบคุมการเลี้ยงปลา

ปล่อยปลา และกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นต้น

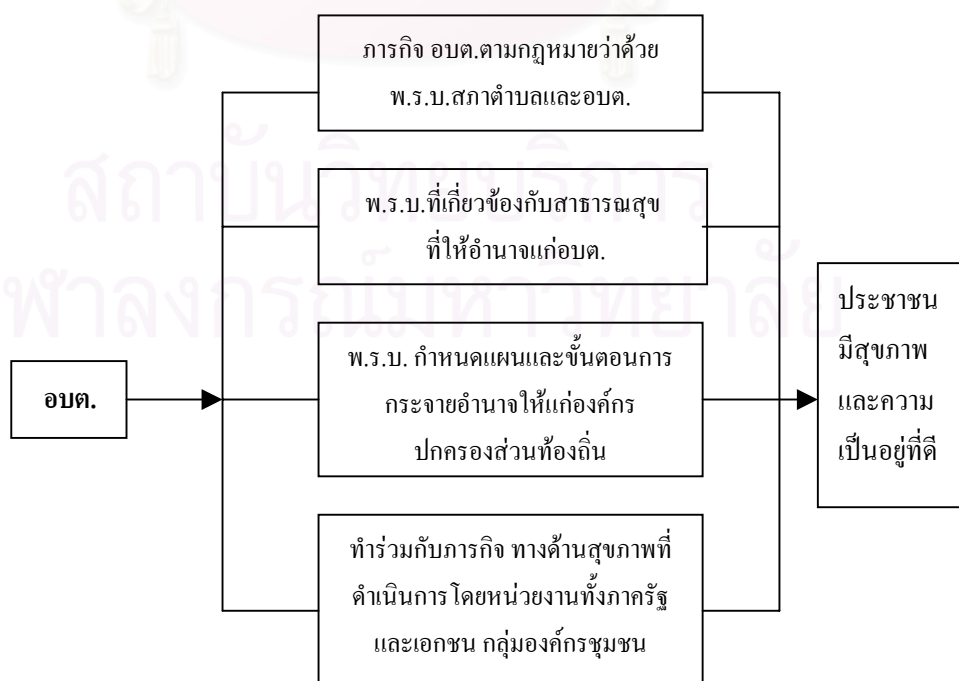
นอกจากภารกิจตามอำนาจหน้าที่ดังกล่าวนี้แล้ว ในกฎหมายตาม พระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้ขยายขอบเขต ภารกิจ อำนาจหน้าที่ของอบต.ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา 16 ไปถึง 31 รายการ และในข้อหนึ่งได้กล่าวถึงการสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตเด็ก สตรี คนชราและผู้ด้อยโอกาส

อบต.กับภารกิจอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในด้านสาธารณสุข^(14,45)

ภารกิจในกฎหมายตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพ คือการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส

หากดูสาระของกฎหมายดังกล่าวในกรอบความคิดเรื่องบริการสุขภาพ จะเห็นได้ว่ากฎหมายได้เขียนครอบคลุมงานด้านสร้างเสริมสุขภาพไว้มากพอสมควร โดยองค์การบริหารส่วนตำบลตั้งแต่ระดับ 5 นั้นถูกกำหนดโดยกฎหมายให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของคนในเขตปกครอง ประเด็นที่น่าสังเกตคือกฎหมายได้กำหนดกรอบที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสร้างเสริมสุขภาพไว้กว้างๆ ซึ่งบทบาทหน้าที่ของ อบต.จะมีความสัมพันธ์สอดคล้อง และเชื่อมโยงกับการบริการของสถานีนามัย ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในระดับตำบลที่มีทั้งบทบาทหน้าที่และพื้นที่รับผิดชอบซ้ำซ้อนกัน จึงถือว่าเป็นประเด็น น่าสนใจของการศึกษานี้

แผนภูมิที่ 2.4 กรอบภารกิจของ อบต.ในการดูแลสุขภาพประชาชน⁽⁴⁶⁾



บทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประสบการณ์ต่างประเทศ

ในประเทศพัฒนา

กลุ่มประเทศนอร์ดิก เป็นตัวแทนที่ดีสำหรับการศึกษาในกลุ่มประเทศพัฒนา เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกลุ่มประเทศนอร์ดิกมีบริการด้านสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญ และมีโครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ง่ายต่อการเข้าใจ

กลุ่มประเทศนอร์ดิก สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ 1) กลุ่มที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 ระดับ ได้แก่ เดนมาร์ก นอร์เวย์ และสวีเดน เทศบาลเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับล่าง และเคาน์ตี (county) เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับกลางสูงกว่าเทศบาล 2) กลุ่มที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเดียว คือเทศบาลเท่านั้น⁽⁴⁷⁾ ได้แก่ ประเทศฟินแลนด์และไอซ์แลนด์ บทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 ระดับนั้น ทั้งเทศบาลและเคาน์ตีมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขของตนเองซึ่งไม่ขัดกับนโยบายประเทศ การจัดบริการสุขภาพนั้น เคาน์ตีรับผิดชอบดูแลการแพทย์ขั้นทุติยภูมิ ตติยภูมิ และบริการพิเศษสำหรับผู้พิการ เป็นเจ้าของโรงพยาบาลและสถานอนามัย สนับสนุนงบประมาณแก่สถานบริการ กำหนดราคาค่ารักษาพยาบาล ควบคุมการแพทย์เอกชน และซื้อบริการจากหน่วยงานอื่นๆ ในภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อบริการแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ส่วนเทศบาลรับผิดชอบดูแลบริการการแพทย์ขั้นปฐมภูมิ และบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุ^(48,49) ประเทศสวีเดนนั้นเคาน์ตีที่มีศักยภาพสูงสามารถดูแลการขั้นปฐมภูมิแบบองค์รวมไปพร้อมกับการบริการการแพทย์ขั้นสูงอื่นๆ และบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เทศบาลของสวีเดนมีศักยภาพสูงจึงรับผิดชอบดูแลผู้พิการ⁽⁵⁰⁾

บทบาทด้านสาธารณสุขของกลุ่มประเทศนอร์ดิกที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงระดับเดียว เทศบาลรับผิดชอบจัดบริการสุขภาพทั้งหมดและบริหารสถานบริการทุกระดับ ยกเว้นสถาบันการแพทย์ขั้นสูงและมหาวิทยาลัยรัฐบาลกลางเป็นผู้รับผิดชอบ เทศบาลสนับสนุนงบประมาณสำหรับบริการทุกประเภทร่วมกับรัฐบาลกลาง^(51,52) แต่ประเทศไอซ์แลนด์ซึ่งมีขนาดเล็กมาก บทบาทด้านสุขภาพส่วนใหญ่จึงอยู่ในการดูแลของรัฐบาลกลาง เทศบาลไอซ์แลนด์จัดบริการทางการแพทย์ขั้นปฐมภูมิและเรื้อรังเท่านั้น ดังนั้นงบประมาณส่วนใหญ่ของประเทศไอซ์แลนด์จึงมาจากรัฐบาลกลาง เทศบาลร่วมลงทุนทางการเงินเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น⁽⁵²⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับรัฐบาลกลางของกลุ่มประเทศนอร์ดิกนั้นเป็นการประสานงาน รัฐบาลกลางควบคุมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตามนโยบายที่กำหนด โดยใช้มาตรการทางการเงินและการเงินการคลัง เป็นเครื่องมือกำกับให้เป็นไปตามนโยบายที่ต้องการ⁽⁵³⁾

ในประเทศกำลังพัฒนา

บทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศกำลังพัฒนาแตกต่างหลากหลายและยากที่จะเปรียบเทียบระหว่างแต่ละประเทศ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในประเทศต่างๆ ทั้งในทวีปอเมริกา เช่น บราซิล อาเจนติน่า ทวีปแอฟริกา เช่น ไนจีเรีย ชูดาน และทวีปเอเชีย เช่น ฟิลิปปินส์

เป็นต้น สามารถแบ่งบทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามโครงสร้างออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับล่างสุดและระดับที่สูงกว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับล่างสุด คือ เทศบาล เช่นเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เทศบาลมีบทบาทเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขทั่วไป และสุขภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การกำจัดขยะมูลฝอย การสาธารณสุขมูลฐาน บริการสังคม และการจัดบริการทางการแพทย์ขั้นปฐมภูมิ ประเทศที่เทศบาลมีศักยภาพสูงก็สามารถจัดบริการทางการแพทย์ขั้นทุติยภูมิได้ เช่น ฟิลิปปินส์ เป็นต้น งบประมาณสาธารณสุขของเทศบาลมาจากรัฐบาลกลาง แม้เทศบาลจะจัดหารายได้ท้องถิ่นจากภาษีและค่าธรรมเนียมต่าง ๆ แต่ก็มีปริมาณน้อยและไม่เพียงพอ⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ ในประเทศกำลังพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญแก่การสาธารณสุขน้อยมากและอยู่ลำดับท้ายๆ เมื่อเทียบกับการก่อสร้างถนนและโครงสร้างพื้นฐานอื่นๆ เช่น ประปา เป็นต้น⁽⁵⁷⁾

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับสูงกว่าเทศบาล มีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น “จังหวัด (province)” “รัฐ (state)” “อำเภอ (district)” เป็นต้น แต่บทบาทด้านสาธารณสุขคล้ายคลึงกันมาก ได้แก่ รับผิดชอบการวางแผนและนโยบายสาธารณสุขระดับท้องถิ่น ดูแลโรงพยาบาลและสถานอนามัย จัดบริการการแพทย์ขั้นทุติยภูมิและตติยภูมิ หากมีศักยภาพสูงก็สามารถจัดบริการพิเศษอื่นๆ เช่น ทันตสาธารณสุขและเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับกลางนี้มีอำนาจออกกฎระเบียบด้านสุขภาพที่ไม่ขัดแย้งกับระบียบกลาง บางประเทศยังต้องรับผิดชอบสนับสนุนบริการสุขภาพเอกชนที่ไม่แสวงกำไร เช่น โรงพยาบาลขององค์กรศาสนา เป็นต้นงบประมาณด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่มาจากส่วนกลางเช่นเดียวกับเทศบาล⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนานั้น ประสบปัญหาที่สำคัญหลายประการคือ 1) เกิดการต่อต้านอย่างรุนแรงจากบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่อาวุโส เนื่องจากสูญเสียอำนาจและบทบาทที่มีอยู่ และขาดความมั่นคงในหน้าที่การงาน 2) ขาดแคลนงบประมาณและองค์ความรู้ มีผู้มีความรู้ความชำนาญไม่เพียงพอทำให้คุณภาพการบริการเลวลง 3) เกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ชัดเจน และ 4) เกิดการแทรกแซงทางการเมืองท้องถิ่น โดยเฉพาะผู้บริหารขาดภาวะผู้นำที่ดี และบางประเทศเปิดโอกาสให้มีการคอร์รัปชันมากขึ้น^(55,57)

แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพในปี พ.ศ. 2491 ว่า คือสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่ปราศจากการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วยเท่านั้น ซึ่งต่อมาได้เพิ่มเรื่องจิตวิญญาณเข้าไปด้วย

ในการประชุมองค์การอนามัยโลก ณ กรุงออกตาวา ประเทศแคนาดา ในปี พ.ศ. 2529 ได้กล่าวถึงสุขภาพว่า “สุขภาพเป็นทรัพยากรของการใช้ชีวิตประจำวันด้วยมิใช่เป็นเพียงวัตถุประสงค์ ของการ

ดำรงชีวิต” สุขภาพจึงเป็นแนวคิดทางบวกที่เป็นทรัพยากรทางสังคม และทรัพยากรส่วนบุคคล ซึ่งหมายรวมถึงสมรรถภาพทางกายด้วย⁽¹⁾

สรุปความหมายและแนวคิดในการมองสุขภาพ คงไม่ใช่เป็นการมองแค่เรื่องการบำบัดโรคหรือการรักษาโรคให้หมดไปเท่านั้น แต่คำว่าสุขภาพก็คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม มีความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) และมีการจัดการปัญหาสุขภาพก็คือ การสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นสำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการ ที่ทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของเขาเอง⁽¹⁾

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ผสมผสานระหว่างกระบวนการทางการเมือง และกระบวนการทางสังคม ไม่เพียงแต่เป็นกิจกรรมที่มุ่งจะเสริมสร้างทักษะและสมรรถภาพของคนเท่านั้น แต่ยังเป็นกิจกรรมที่มุ่งต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในปัจจุบันและสาธารณะลดลง

Nutbeam D. กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดำเนินการได้ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่กระทำต่อประชาชน แต่เป็นสิ่งที่ทำร่วมกับประชาชน อาจจะเป็นแต่ละบุคคลหรือกลุ่มประชาชน การมีส่วนร่วมและการเป็นเจ้าของ(หุ้นส่วน)ในการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่มีคุณค่าในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้แต่ละบุคคลมีความชำนาญและมีความสามารถในการทำกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ⁽⁵⁸⁾ และเป็นการสร้างเสริมให้กลุ่มชนหรือชุมชนมีความสามารถในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน เพื่อที่จะควบคุมตัวกำหนดสภาวะสุขภาพ⁽⁵⁹⁾

แคปแลน,แซลลิส และ แพทเทอร์สัน (1993:81) (อ้างถึงใน วสันต์ ศิลปสุวรรณ, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2541)⁽⁵⁸⁾ ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ คือความพยายามเพื่อให้แน่ใจว่าประชากรที่มีสุขภาพดีต้องมีการป้องกันโรคและได้รับการส่งเสริมการมีสุขภาพดีในแบบแผนของการดำเนินชีวิต แนวคิดนี้ยังเชื่อกันว่าการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี น่าจะมีส่วนช่วยลดต้นทุนราคาในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ใน Ottawa Charter ได้กำหนดกลยุทธ์พื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพไว้ 3 ประการคือ^(1,60,61)

1. Advocacy for health คือ การรวบรวมทั้งการกระทำส่วนบุคคลและสังคมเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนทั้งจากทางการเมือง และนโยบาย การยอมรับทางสังคม รวมถึงระบบที่จะสนับสนุน เพื่อให้มีเป้าหมายหรือโครงการด้านสุขภาพ

2. Enabling คือ การทำกิจกรรมร่วมกับปัจเจกชนหรือกลุ่มคน โดยสนับสนุนให้เขาเหล่านั้นสามารถปรับใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพย์สินในการสร้างเสริมและปกป้องสุขภาพของเขา

3. Mediating คือ กระบวนการที่ทำให้ความสนใจในสิ่งที่แตกต่างกันทั้งในด้านเกี่ยวกับบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งของปัจเจกชน และของชุมชน และในระดับต่างๆกัน เช่น ในระดับสาธารณชนกับในระดับบุคคล ได้รับการเชื่อมประสานให้ไปในทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพของเขาเหล่านั้น

ซึ่งกลยุทธ์เหล่านี้จะต้องมีกิจกรรมที่สำคัญเกี่ยวพัน ได้แก่⁽⁴⁵⁾

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) ผู้บริหารสามารถส่งเสริมสุขภาพได้มาก เนื่องจากสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กัน สิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อชีวิตมนุษย์มากคือ สังคม การเมือง และเศรษฐกิจซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้มีอำนาจหรือผู้บริหารมีโอกาสตัดสินใจสร้างนโยบาย เพื่อก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพต่อประชาชนได้เป็นอย่างมาก เช่น นโยบายเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การสนทนาเพื่อผ่อนคลาย ความเครียด

2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) คือการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้เกิดการพิทักษ์บุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ และทำให้บุคคลมีความสามารถที่จะขยายความสามารถที่มีอยู่และพัฒนาศักยภาพเพื่อพึ่งพาตนเองได้ในด้านสุขภาพ และครอบคลุมไปถึงที่ที่บุคคลอยู่ ชุมชนของเขา บ้านของเขา ที่ทำงานและรวมไปถึงการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรเพื่อสุขภาพและโอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการรวมพลังทางสังคม

3. การสร้างพลังให้ชุมชนดำเนินการเอง (Strengthening Community Action) คือ การส่งเสริมให้ชุมชนมีความมั่นคงและมีประสิทธิภาพในการจัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผนกลยุทธ์ แล้วดำเนินการเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้น ให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและการควบคุมกิจกรรมของชุมชน โดยแนวคิดนี้เป็นการส่งเสริมให้ชุมชนไม่ว่าจะเป็นปัจเจกชนหรือองค์กรในชุมชน ประยุกต์ทักษะของตนและทรัพยากรในชุมชนในการดำเนินการให้บรรลุการมีสุขภาพดีตามที่ต้องการ

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing Personal Skill) หมายถึง การพัฒนาความสามารถในการปรับตัว และการมีพฤติกรรมสุขภาพในเชิงสร้างสรรค์สนับสนุนให้บุคคลมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างของทักษะส่วนบุคคลได้แก่ ทักษะในการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา ความคิดที่สร้างสรรค์ และความคิดในเชิงวิเคราะห์

5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Re-Orientation Health Service) คือการเปลี่ยนเจตคติและการจัดองค์กรของการบริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องให้ความสนใจกับความต้องการทางด้านสุขภาพของปัจเจกชน และคำนึงถึงความสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในกลุ่มด้วย

มิติของการส่งเสริมสุขภาพ⁽⁶²⁾

จากสภาพปัญหาสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งพบว่าโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมกำลังเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจะต้องวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของประเทศอย่างละเอียด การให้บริการหรือโครงการสาธารณสุขต้องเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย กลยุทธ์ที่ใช้ต้องเหมาะสมที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและยั่งยืน โดยมุ่งเน้นทั้งสิ่งเกี่ยวกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังต้องวิเคราะห์องค์ประกอบทางด้านนโยบาย กฎ ระเบียบ และวัฒนธรรม และคำนึงถึงองค์ประกอบหลายอย่างใน 4 มิติ ซึ่งประกอบด้วยสภาพของปัญหาสุขภาพ กลุ่มประชากร กลยุทธ์และสถานที่ที่โครงการส่งเสริมสุขภาพควรดำเนินการ ซึ่งเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดนโยบายให้ชัดเจน กำหนดความรับผิดชอบและดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม จากมิติของการส่งเสริมสุขภาพ 4 มิติ

แผนภูมิที่ 2.5 มิติของงานส่งเสริมสุขภาพ

	1. ครอบครัว 2. โรงเรียน 3. สถานประกอบการ 4. ชุมชน 5. เมือง 6. กีฬาและวัฒนธรรม			
	KEY SETTINGS			
1. การสูบบุหรี่ 2. การดื่มสุรา 3. นิสัยการรับประทานอาหาร 4. การออกกำลังกาย 5. พฤติกรรมความปลอดภัย 6. การตรวจคัดกรองโรค - โรคหัวใจ - สุขภาพจิต - ท้นตสุขภาพ - พฤติกรรมทางเพศ	E N H A N C E M E N T		S T R A T E G I E S	1. กิจกรรมสุขศึกษาการให้ข่าวสารแก่สาธารณชน 2. การตลาดเชิงสังคม 3. การสร้างกระแสสังคม 4. การสร้างเครือข่าย 5. บริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค 6. นโยบายสาธารณะ 7. กฎ/ระเบียบ 8. นโยบายด้านการเงิน 9. การประชาสัมพันธ์
	POPULATION GROUP			
	1. เด็ก 2. วัยรุ่น-เยาวชน 3. บุรุษ 4. สตรี 5. ผู้ด้อย-ขาดโอกาส 6. ผู้สูงอายุ			

ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ, 2541 : 11

แนวทางการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ^(15,16)

1. กลุ่มแม่และเด็ก

การพัฒนาการของมนุษย์เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา โดยมารดาที่กำลังมีครรภ์บุตรจะต้องมีสุขภาพอนามัยดี ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี แม่รู้จักปฏิบัติตนให้ถูกต้องระหว่างมีครรภ์ คลอดและหลังคลอด อบรมเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพแข็งแรง เจริญเติบโตและมีการพัฒนาตามวัยเพื่อให้ลูกเติบโตเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า เป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศ สังคม ชุมชน และครอบครัว โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการสำรวจหญิงตั้งครรภ์และสนับสนุนให้ไปฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาล เพื่อให้หญิงมีครรภ์ดูแลสุขภาพตนเองที่ดี สนับสนุน/จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และให้การสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กในชุมชน

2. กลุ่มเด็กและเยาวชน

2.1 การสนับสนุนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นโรงเรียนที่มีกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่วิเคราะห์สภาพปัญหาชุมชน การแสวงหาแนวทางแก้ไข โดยการจัดทำแผน/โครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรในโรงเรียน นักเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีส่วนร่วมให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในด้านการร่วมเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนงบประมาณหรือกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม

2.2 การส่งเสริมการเจริญเติบโตและป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กไทย เช่น การมีน้ำหนักหรือส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคคอพอก การมีภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งพบมากขึ้นในเด็กที่อยู่ในเขตเมือง ปัจจุบันได้มีการถ่ายโอนงบประมาณในการจัดอาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในเด็กนักเรียน จึงเป็นหน้าที่โดยตรงที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องบริหารจัดการเพื่อให้เด็กนักเรียนได้มีอาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) กินอย่างทั่วถึงครบทุกวันและเป้าหมายสูงสุด คือ เด็กไทยได้กินอาหารที่มีคุณภาพถูกต้องตามหลักโภชนาการ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรประสานกับหน่วยงานต่างๆที่เคยมีประสบการณ์ในการดำเนินการโครงการเหล่านี้มาก่อนแล้ว เช่น โรงเรียน พัฒนาชุมชน เกษตรตำบล หรือองค์กรภาคเอกชนต่างๆ เพื่อจัดหาทรัพยากรและความรู้ในการจัดการให้มีการผลิตอาหาร การแปรรูป การจัดทำกองทุนเพื่อให้มีอาหารอย่างเพียงพอในชุมชนสำหรับเด็กทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

2.3 การสร้างเสริมทักษะชีวิตให้กับเด็กวัยเรียนและเยาวชน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง การเสริมสร้างทักษะชีวิตให้กับเด็กวัยเรียน หมายถึง การดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้เด็กสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปลอดภัยในสภาพสังคมแวดล้อมที่เลวร้าย และสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามสภาพของตน ทั้งนี้เพราะเด็กและเยาวชนต้องเผชิญกับปัญหาในหลายด้านจากสภาพสังคม วัฒนธรรม และภาวะเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลง การได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมตะวันตกทำให้มีค่านิยมในทางที่ผิดก่อให้เกิดปัญหาตามมา เช่น การใช้สารเสพติด การติดโรคเอดส์ การตั้งครุฑไม่พึงประสงค์

ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ และการใช้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับเด็กมากขึ้น

กิจกรรมจำนวนมากที่ต้องการการสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น เช่น การจัดสร้างสนามเด็กเล่น สนามกีฬา ศูนย์เยาวชน สนับสนุนอุปกรณ์กีฬา สนับสนุนกิจกรรมดนตรี ศิลปะ กิจกรรมส่งเสริมอาชีพ รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของเยาวชน เป็นต้น

2.4 การให้ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรหลานแก่ผู้ปกครอง

ครอบครัวที่อบอุ่น มีความรู้ความเข้าใจในการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กจะช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัยมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ดังนั้นการให้ความรู้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครองของเด็กเยาวชน จะช่วยลดช่องว่างของปัญหาระหว่างเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครอง มีความเข้าใจถึงความต้องการของวัยรุ่น ช่วยประคับประคองไม่ให้เด็กเกิดความคับข้องใจ ต้องหนีออกจากบ้านไปมั่วสุมกับกลุ่มเพื่อน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นเหยื่อไปสู่ปัญหาการใช้สารเสพติด การค้าประเวณี การถูกล่อลวงต่างๆ

การดำเนินงานเพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยรุ่นและเยาวชนนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้ในลักษณะต่างๆ ที่เหมาะสมกับสภาพวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นและทรัพยากรที่มี โดยปรึกษากับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน องค์กรต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ

3. กลุ่มวัยทำงาน

3.1 รวบรวมข้อมูลประชากรในท้องถิ่นที่รับผิดชอบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

3.2 ค้นหาปัญหาสุขภาพ/สิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไข

3.3 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ ด้านส่งเสริมสุขภาพ / สิ่งแวดล้อม ด้วยสื่อสิ่งพิมพ์ เสียงตามสาย เป็นต้น และเรื่องที่น่าสนใจตามลำดับความสำคัญตามปัญหาของท้องถิ่นให้สอดคล้องกับความต้องการของประชากรและปัจจัยเอื้อที่ทำได้จากท้องถิ่น

3.4 องค์กรและชุมชนควรร่วมมือร่วมใจกันทำงาน โดยใช้ภูมิปัญญาไทย และปัจจัยเอื้อที่ทำได้ในท้องถิ่น และใช้อย่างคุ้มค่า

3.5 ขอสนับสนุนปัจจัยเอื้อต่างๆ ที่นำสู่ความสำเร็จ เช่น งบประมาณ เอกสาร สิ่งพิมพ์ วิทยากร ฯลฯ ในการดำเนินงานจากภาครัฐและเอกชน

3.6 อบต. และชุมชนดูแลเฝ้าระวังสุขภาพของคนในชุมชนให้มีสุขภาพดีและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพกายและจิตดี

3.7 จัดตั้งชมรมส่งเสริมศิลปกรรม จริยธรรมและวัฒนธรรม เพื่อผูกจิตสำนึกให้ชุมชนตระหนักถึงการมีพฤติกรรมดี ถูกต้องเหมาะสม อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

3.8 สร้างเครือข่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อการประสานงานและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ที่รวดเร็ว

3.9 อบต.สนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง และพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ให้รู้จักใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ และทางเลือกอื่นๆจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3.10 มีการติดตามผลการดำเนินงานโดย อบต./ชุมชน เป็นระยะๆเพื่อการพัฒนางานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

4. กลุ่มผู้สูงอายุ

4.1 ส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้ต่างๆ ที่จะให้ผู้สูงอายุรู้จักปรับตัว ดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถที่จะดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณค่าและมีความสุข

4.2 ให้บริการพื้นฐานทางสวัสดิการสังคม ตลอดจนการสงเคราะห์ในด้านต่างๆตามความต้องการและจำเป็นอย่างเพียงพอแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและไม่มีผู้อุปการะให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

4.3 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามกำลัง ความถนัด และความสามารถและได้ถ่ายทอดประสบการณ์และความชำนาญให้แก่คนรุ่นหลัง รวมทั้งได้ทำประโยชน์อื่นๆแก่สังคม

4.4 ส่งเสริมลักษณะความสัมพันธ์ ระหว่างสมาชิกในครอบครัวแบบสังคมไทยดั้งเดิม รวมทั้งเสริมสร้างค่านิยมในการให้ความเคารพและกตัญญูแก่ผู้สูงอายุ

4.5 สนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการเผยแพร่คุณธรรมและค่านิยม ที่พึงประสงค์ตลอดจนเป็นที่พึ่งทางใจแก่ผู้สูงอายุได้

4.6 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการและบริการผู้สูงอายุ ให้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่างๆอย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์ทั้งแก่ผู้สูงอายุและสังคม

4.7 สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากร สำหรับดูแลรักษาและให้บริการผู้สูงอายุ

4.8 จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

4.9 จัดให้มีกิจกรรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการและชุมชน

4.10 ให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

กรอบกิจกรรมงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล ^(15,16)

1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์เพื่อทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ

การดูแลและส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกอย่างมีคุณภาพให้บรรลุเป้าหมาย ต้องมีการเฝ้าระวังตั้งแต่เริ่มมีครรภ์ ซึ่งหญิงมีครรภ์ทุกคนควรประเมินภาวะเสี่ยงที่จำเป็นและต้องได้รับการดูแลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดโดยการใช้แบบการประเมินภาวะเสี่ยงหญิงมีครรภ์ และส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในหญิงมีครรภ์โดยการใช้กราฟโภชนาการหญิงมีครรภ์ตาม “สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก” ควบคู่ไปกับการใช้ภาพชุดอาหารทดแทนสำหรับหญิงมีครรภ์ และข้อปฏิบัติการกินอาหารของหญิงมีครรภ์ในแผ่นภาพ “เส้นทางลูกรัก”

บทบาท/กิจกรรม

- 1.1 จัดตั้งคณะกรรมการและร่วมเป็นคณะกรรมการซึ่งควรประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ อบต. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ปกครอง ประชาชน
- 1.2 จัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายการส่งเสริม อนามัยแม่และเด็ก
- 1.3 สํารวจ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารในชุมชน จำนวนหญิงมีครรภ์ภาวะโภชนาการหญิงมีครรภ์ น้ําหนักเด็กแรกเกิด
- 1.4 จัดทำแผนงาน/แผนเงินเพื่อขอตั้งงบประมาณ ดำเนินการ
- 1.5 จัดประชุม/อบรม อสม. กลุ่มผู้นำและสมาชิกต่างๆ ในชุมชน
- 1.6 กำหนดกิจกรรมในการดำเนินงาน ค้นหาหญิงมีครรภ์ เฝ้าระวังสุขภาพหญิงมีครรภ์โดยแนะนำให้ฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่ามีการตั้งครรภ์ ที่สถานบริการสาธารณสุข
- 1.7 จัดบริการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์/คลอด/หลังคลอดและทารกแรกเกิด แนะนำสถานบริการ การจัดซื้อบริการ (กรณีชุมชนนั้น ไม่มีสถานบริการ)
- 1.8 ประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบให้หญิงมีครรภ์/ญาติ/องค์กรต่างๆ ในชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนัก จนสามารถให้การดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ การส่งต่อได้ทันที
- 1.9 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครือข่ายให้ความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง
- 1.10 ดูแลติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. การควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (15- 44 ปี)

ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญในการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งเม็ดเลือดแดงจะนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ได้ หญิงวัยเจริญพันธุ์ต้องการธาตุเหล็กเพิ่ม เพื่อชดเชยการเสียเลือดประจำเดือน หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ได้ธาตุเหล็กชดเชยการสูญเสียเลือดประจำเดือนจะทำให้มีความต้านทานโรคริดีกว่า และเมื่อตั้งครรรภ์จะลดความเสี่ยงในการแท้งบุตร ตกเลือด คลอดบุตรที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ สาเหตุสำคัญของโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กคือ การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ และการเสียเลือดเรื้อรัง เช่น การเสียเลือดมาจากการมีประจำเดือน ดังนั้นเพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ จึงควรได้รับธาตุเหล็กที่เพียงพอตลอดช่วงชีวิต

บทบาท/กิจกรรม

- 2.1 สนับสนุนการตรวจหาค่าฮีมาโตคริต (ความเข้มข้นของเลือด) ในกลุ่มเป้าหมายก่อนการดำเนินการเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน
- 2.2 สนับสนุนยาเม็ดธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ดสม่ำเสมอ สำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ในรายที่มีค่าฮีมาโตคริตปกติ ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก ปี คศ. 1997 ส่วนผู้ที่พบโลหิตจางทำการรักษาตามคู่มือการดำเนินงาน
- 2.3 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งคณะกรรมการโดยมีสมาชิกจากองค์กรทุกระดับ
- 2.4 รวบรวมทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ควบคุมกำกับการทำงาน จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการเสริมธาตุเหล็ก

2.5 จัดทำแผนงาน / แผนเงิน / โครงการ

2.6 เป็นแหล่งความรู้ / ให้คำปรึกษา ร่วมสนับสนุนการจัดประชุม อบรม / ปฏิบัติการ เผยแพร่ วรรณคดีให้มีการกินยาเม็ดธาตุเหล็กและยาน้ำวิตามิน

2.7 รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานแจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี)

ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

1. การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. การควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย
3. ศูนย์เด็กเล็กน่ายอยู่ในชุมชน

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในชีวิต การอบรมเลี้ยงดู และประสบการณ์ต่างๆที่เด็กได้รับในช่วงนี้จะส่งผลต่อสติปัญญา จิตใจ คุณธรรม บุคลิกภาพ และด้านสังคมของเด็กไปตลอดชีวิต ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการวางรากฐานชีวิตเด็ก ทั้งนี้การดูแลสุขภาพของเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย และไม่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ นับเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาเด็ก อย่างไรก็ตามจากสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในปัจจุบันส่งผลให้เด็กเป็นจำนวนมากได้รับการเลี้ยงดูและเอาใจใส่น้อยลง และมีเด็กส่วนหนึ่งที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อเด็กในเรื่องการเจริญเติบโต การพัฒนาด้านสติปัญญา และความสามารถในการเรียนรู้ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว และได้มีการเสนอแนวทางการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยขึ้นเพื่อให้ อบรม.สามารถนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพให้แก่เด็กปฐมวัย ซึ่งจะส่งผลให้เด็กมีสุขภาพอนามัยและมีสุขนิสัยที่ดี รวมทั้งมีการเจริญเติบโต มีการพัฒนาการได้อย่างเต็มที่ตามศักยภาพของตนเองทั้งด้านพุทธิปัญญาและทักษะของเด็ก อันจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยพัฒนาเด็กไทยให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของสังคม

กิจกรรมที่ 1 การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย

บทบาท/กิจกรรม

1.1 จัดตั้งคณะกรรมการและร่วมเป็นกรรมการซึ่งควรประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ อบรม. เจ้าหน้าที่ สถานีอนามัย ครู อสม. ผู้ปกครอง ประชาชน

1.2 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร สถานะสุขภาพเด็กในชุมชน เรื่องจำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ภาวะโภชนาการเด็ก ภาวะพัฒนาการเด็กตามวัย

1.3 จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงินเพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ

1.4 ควบคุม กำกับการสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพของเด็ก เช่น ภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็ก โดยชั่งน้ำหนักเด็กแรกเกิดถึง 60 เดือนทุก 3 เดือน โดย อสม.

1.5 จัดประชุม/อบรม อสม. และกลุ่มผู้นำและสมาชิกต่างๆ ในชุมชน

1.6 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้พ่อแม่ / ผู้ปกครอง นำเด็กไปชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงตามนัดของ อสม.

- 1.7 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อจัดหน่วยเคลื่อนที่ตรวจสุขภาพเด็ก
- 1.8 ร่วมแก้ไขปัญหาและประสานการส่งต่อเมื่อพบเด็กเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ

กิจกรรมที่ 2 การควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย

บทบาท/กิจกรรม

- 2.1 จัดตั้งคณะกรรมการและร่วมเป็นคณะกรรมการ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ อบต. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม. ครู ผู้ปกครอง ประชาชน
- 2.2 รวบรวมและเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารในชุมชน จัดทำทะเบียนเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ทุกคน อายุ 1-5 ปี ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
- 2.3 จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงินเพื่อขอตั้งงบประมาณ
- 2.4 จัดประชุม/อบรม อสม. กลุ่มผู้นำและสมาชิกต่างๆ ในชุมชน
- 2.5 มีส่วนร่วมและสนับสนุนประสานงานการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน
- 2.6 สนับสนุนงบประมาณดำเนินการวัสดุอุปกรณ์การตรวจเลือดเพื่อหาความเข้มข้นของเลือด

กิจกรรมที่ 3 การควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย

บทบาท/กิจกรรม

- 3.1 จัดตั้งคณะกรรมการและร่วมเป็นคณะกรรมการ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ อบต. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม. ครู ผู้ปกครอง ประชาชน
- 3.2 รวบรวมข้อมูลและเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารในชุมชน จำนวนเด็ก 0-5 ปี ศูนย์เด็กเล็ก
- 3.3 จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงินเพื่อขอตั้งงบประมาณ
- 3.4 ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ปกครองเด็ก เพื่อขอความร่วมมือและแลกเปลี่ยนเปลี่ยนความคิดเห็นการพัฒนาศูนย์
- 3.5 พัฒนาบุคลากรในการเลี้ยงดูเด็ก
- 3.6 ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน/กิจกรรมต่างๆ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี
- 3.7 สนับสนุนงบประมาณดำเนินการของศูนย์เด็กเล็ก

4. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

โรงเรียนควรเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาสุขภาพควบคู่ไปกับการเรียน โดยโรงเรียนเป็นศูนย์กลางในการสร้างความเข้าใจและส่งเสริมให้นักเรียน ผู้ปกครองและบุคลากรในโรงเรียนได้ร่วมกับหน่วยงานและองค์กรในท้องถิ่น ริเริ่มสร้างสรรค์ในการสร้างสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลไปถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทบาท/กิจกรรม

- 4.1 ร่วมเป็นคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็น

4.2 สนับสนุนทรัพยากร และงบประมาณเพื่อดำเนินการด้านต่างๆ เช่น จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม จัดหาอาหารเสริม (นม) สนับสนุนเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก, ยาแก้ปวด ฯลฯ

4.3 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน เช่น จัดตั้งกลุ่ม/ชมรมการออกกำลังกายในโรงเรียน

4.4 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น จัดทำสื่อ (พื้นบ้าน) เอกสารเพื่อเผยแพร่

4.5 ดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยดูแลควบคุมจำหน่าย/ผลิตอาหารให้ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร ควบคุมการจำหน่ายอาหารและผลิตภัณฑ์อาหาร ฯลฯ

5. การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน

ภาวะการเจริญเติบโตเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของเด็กไทย โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนจะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จึงมีความไวต่อการขาดสารอาหาร ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายไม่แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย และสติปัญญาด้อยกว่าเด็กปกติ

บทบาท/กิจกรรม

5.1 รวบรวม ผลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต ของเด็กนักเรียนซึ่งได้จากโรงเรียนเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนของงบประมาณดำเนินการ

5.2 จัดซื้ออาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้แก่นักเรียนที่มีปัญหาทุพโภชนาการ โดยให้ความสำคัญกับการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นก่อนเป็นอันดับแรก

5.3 ร่วมกับครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารในเด็กหลังจากการให้อาหารเสริมแล้วพร้อมทั้งหาทางแก้ไข

5.4 สนับสนุนให้มีการเผยแพร่ความรู้ เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ และความรู้เรื่องการออกกำลังกาย

5.5 ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและป้องกันภาวะโภชนาการเกิน

6. การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว

ในสถานการณ์เศรษฐกิจปัจจุบัน การมีบุตรยังเป็นความต้องการของทุกครอบครัวทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของระยะเวลาและจำนวนบุตรด้วย ดังนั้นการจัดบริการวางแผนครอบครัวโดย อบต. จะทำให้เกิดบริการวางแผนครอบครัวที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและตรงตามความต้องการของประชาชน

บทบาท/กิจกรรม

6.1 รวบรวมข้อมูลชายหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการบริการวางแผนครอบครัว ตามวิธีคำนวณ

6.2 ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดทำแผนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ ที่สามารถให้บริการ

6.3 จัดทำรายงานการรับบริการ

6.4 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์

7. การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมไปตามวัย โดยเฉพาะร่างกายซึ่งเห็นชัดเจน ส่งผลให้อัตราการเป็นภาระหรือการพึ่งพาของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานมีมากขึ้น แต่ปัจจุบันประชากรวัยทำงานซึ่งเป็นลูกหลานต้องอพยพไปอยู่ในเขตเมืองหรือทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นทำอย่างไรจึงจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขและมีศักดิ์ศรี

บทบาท/กิจกรรม

- 7.1 จัดตั้งคณะกรรมการและร่วมเป็นคณะกรรมการ ซึ่งควรประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อสม. กลุ่มผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ประชาชน
- 7.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและสร้างเครือข่ายแบบเบญจภาคี
- 7.3 สำรวจรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารในชุมชน เช่น จำนวนผู้สูงอายุในชุมชน จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือ จำนวนสถานที่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ จำนวนเครือข่ายผู้สูงอายุ
- 7.4 จัดทำแผนงาน/แผนเงินเพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ
- 7.5 จัดประชุม/อบรม อสม. กลุ่มผู้นำ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน
- 7.6 สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนให้มีลานกีฬา/อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายและกีฬา
- 7.7 จัดบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพกายฟื้นฟูสภาพ ประกวดสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- 7.8 รมรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น วันผู้สูงอายุแห่งชาติ (วันสงกรานต์)

สถานีนอนามัย^(11,63)

เป็นหน่วยงานบริการสาธารณสุขระดับตำบลที่มีวิวัฒนาการมายาวนาน มีหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขระดับต้นแบบผสมผสาน แนะนำการปฏิบัติงานให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเป็นพี่เลี้ยงให้กับประชาชนในการพัฒนาการสาธารณสุขของชุมชน เป็นจุดเชื่อมระหว่างชุมชนกับระบบบริการสาธารณสุข อยู่ใกล้ชิดชุมชน ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถทำงานได้หลายด้าน ทีมงานมีขนาดเล็ก มีเขตรับผิดชอบชัดเจน มีหัวหน้าสถานีนอนามัยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหน่วยงานสายงานการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงาน ให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

สถานีนอนามัยในกระทรวงสาธารณสุข ได้มีวิวัฒนาการทั้งด้านโครงสร้างและการบริการประชาชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2456 เป็นต้นมา เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้

สถานีนอามัย ในปัจจุบันแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ตามโครงสร้างและระดับขีดความสามารถในการบริการประชาชน

1. สถานีนอามัยที่เป็นที่ตั้งเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) หมายถึง สถานีนอามัยที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนชัดเจน และมีแพทย์ บุคลากรสาขาต่างๆ ครอบคลุมเกณฑ์มาตรฐานที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

2. สถานีนอามัยไม่เป็นที่ตั้งเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หมายถึง สถานีนอามัยที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และไม่มีแพทย์ บุคลากรสาขาต่างๆ ครอบคลุมเกณฑ์มาตรฐานที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

บทบาทหน้าที่ของสถานีนอามัย

สถานีนอามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข และมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน 5 สาขา ในตำบลที่รับผิดชอบ ทั้งในและนอกสถานบริการ อันได้แก่ 1) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การควบคุมและป้องกันโรค 3) การรักษาพยาบาล 4) การฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ 5) สนับสนุนบริการรวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และพัฒนาชุมชน ตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องที่ เช่น เขตชนบท เขตทุรกันดาร เขตชนบท กิ่งเมือง และเขตชานเมือง เป็นต้น

หน้าที่และความรับผิดชอบด้านสร้างเสริมสุขภาพของสถานีนอามัย

สถานีนอามัยให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นพัฒนาวิถีเชิงรุกที่เหมาะสม 1) การบริการนอามัยแม่ตั้งแต่เริ่มมีครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนการดูแลเด็ก 0-5 ปี 2) การบริการวางแผนครอบครัว 3) การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน 4) การดูแลสุขภาพคนทั่วไปให้บริการการส่งเสริมออกกำลังกาย 5) การบริการทันตสาธารณสุข 6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ข้อมูลจังหวัดชลบุรี⁽⁶⁴⁾

คำขวัญจังหวัดชลบุรี

ทะเลงาม ข้าวหลามอร่อย อ้อยหวาน จักสานดี ประเพณีวิ่งควาย

ข้อมูลทั่วไป

1. ที่ตั้งและสภาพพื้นที่

จังหวัดชลบุรี ตั้งอยู่ที่ทิศตะวันออกของประเทศไทย หรือริมฝั่งทะเลด้านตะวันออกของอ่าวไทย ระหว่างเส้นรุ้งที่ 13 องศาเหนือ และเส้นแวงที่ 100 องศาตะวันออก มีพื้นที่รวม 4,363 ตารางกิโลเมตร มีระยะห่างจากกรุงเทพฯ ไปทางทิศตะวันออกตามทางหลวงแผ่นดินบางนา - ตราด ประมาณ 80 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ เขตอำเภอพานทองและอำเภอนันทนิกม ติดต่อกับจังหวัดฉะเชิงเทรา

ทิศใต้ เขตอำเภอสัตหีบและอำเภอบางละมุง ติดต่อกับจังหวัดระยอง

ทิศตะวันออก เขตอำเภอบ่อทอง ติดต่อกับจังหวัดฉะเชิงเทราและจังหวัดจันทบุรี
อำเภอหนองใหญ่ ติดต่อกับจังหวัดระยอง

ทิศตะวันตก เขตอำเภอเมืองชลบุรี อำเภอสัตหีบ อำเภอบางละมุง ติดต่อกับ
ทะเลฝั่งตะวันออกของอ่าวไทย

2. การแบ่งเขตการปกครอง

แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 10 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ 92 ตำบล 679 หมู่บ้าน 26 เทศบาล 1 เมืองพัทยา 75 อบต. และ 93 ชุมชน

3. ประชากร หลังคาเรือน และความหนาแน่น

จังหวัดชลบุรี มีประชากร (ณ 31 ธ.ค.44) รวมทั้งสิ้น 1,104,231 คน แยกเป็นเพศชาย 555,195 คน เพศหญิง 549,036 คน ความหนาแน่น 253 คนต่อตารางกิโลเมตร

- ประชากรกลุ่มอายุแรกเกิด - 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.67

- กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 9.53

4. สถานบริการของรัฐ

รพช. ขนาดเตียง 823 จำนวน 1 แห่ง , รพช. ขนาดเตียง 120 จำนวน 2 แห่ง

รพช. ขนาดเตียง 90 จำนวน 2 แห่ง , รพช. ขนาดเตียง 60 จำนวน 3 แห่ง

รพช. ขนาดเตียง 30 จำนวน 3 แห่ง , รพ.สังกัดอื่นๆ ของรัฐ จำนวน 8 แห่ง

สถานีอนามัย จำนวน 120 แห่ง

5. สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน

โรงพยาบาลเอกชน 9 แห่ง, คลินิกแพทย์ 318 แห่ง, คลินิกทันตกรรม 110 แห่ง

สถานผดุงครรภ์ 1 แห่ง, ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 261 แห่ง, ยาแผนโบราณ 57 แห่ง

6. สภาพเศรษฐกิจ

จังหวัดชลบุรี เป็นจังหวัดที่มีสภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี จากการที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวและเมืองอุตสาหกรรม มีมูลค่าผลิตภัณฑ์จังหวัด(GPP) ในปี 2542 คิดเป็น 206,859 ล้านบาท มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี คิดเป็น 210,009 บาท

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้หลายมุมมอง และในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ โดยทั่วไปจะเป็นการศึกษาวิจัย อบต. ในระยะเริ่มแรก หลังจากที่ พรบ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2537 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2538 และในทีนี้จะขอยกตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ อบต. พอเป็นสังเขป

ลีอชา วรรัตน์ และคณะ (2539)⁽⁶⁵⁾ ได้ศึกษาการบริหารงาน อบต. กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี สุโขทัย มุกดาหาร ปัตตานี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสังเกต สัมภาษณ์ เจาะลึก พื้นที่ศึกษา 4 จังหวัด จังหวัดละ 1 ตำบล รวม 4 แห่ง พบว่ากระบวนการทำแผนของอบต. ไม่ได้ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ (ข้อมูล จปฐ.และกชช. 2 ค) อีกทั้งไม่ได้พิจารณาบทบาทหน้าที่ของ อบต. ตามกฎหมายพระราชบัญญัติมาประกอบการพิจารณาในการทำแผนเป็นตัวกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายการดำเนินงาน ปัญหาที่สำคัญคือได้รับงบประมาณน้อยและล่าช้า การขาดแคลนเจ้าหน้าที่การเงิน ตลอดจนผู้มีความรู้ที่จะมาช่วยแนะนำด้านเทคโนโลยี เจ้าหน้าที่ของรัฐจากกระทรวงอื่นจะเข้ามามีส่วนร่วมน้อย การใช้ประโยชน์จากเอกสารแนวทางการปฏิบัติงานของสภาตำบลและ อบต.พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติทางราชการเองไม่ค่อยศึกษาหาความรู้ความเข้าใจจะใช้เมื่อมีปัญหาเท่านั้น ในส่วนของ อบต.ใช้ประโยชน์น้อยเพราะเล่มหนาอ่านยากบางคนบอกไม่เคยเห็น ไม่รู้จัก ในส่วนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่หลักและรอง เจ้าหน้าที่ของ อบต. และประชาชนยังไม่ทราบเท่าที่ควร ดังนั้นการจัดทำแผนพัฒนาชุมชนของแต่ละแห่งจึงเป็นส่วนเลี้ยวของงานที่ปฏิบัติตามกฎหมายเท่านั้น โดยให้ความสนใจในด้านโครงสร้างพื้นฐาน ถนน ประปา ไฟฟ้าหรือน้ำอุปโภคบริโภค ตลอดจนเรื่องแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรและเรื่องการประกอบอาชีพรายได้ทั้งสิ้น ปัญหาของชุมชนในเรื่องการป้องกันโรค การป้องกันบรรเทาสาธารณภัย การส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม การส่งเสริมพัฒนาเด็ก สตรี เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ และแม้แต่หน้าที่ในการดูแล ค้ำครองดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ยังไม่ปรากฏอยู่ในความคิดของผู้ตอบ ผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเร่งรัดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องในเนื้อหาสาระของกฎหมายและแนวทางในการปฏิบัติในการดำเนินงาน แนวทางในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินการทุก ๆ ด้าน และเผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ และควรเตรียมแผนการอำนวยการทางภาครัฐ เพื่อเป็นการเตรียมชุมชน เตรียมข้าราชการที่ต้องมีหน้าที่เกี่ยวข้อง เตรียมการเลือกตั้ง มาสนับสนุนการดำเนินงานของ อบต. ในระยะต่าง ๆ และเนื่องจาก อบต. มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวข้องกับงานอย่างกว้างขวาง หลายหน่วยงานรัฐ จึงควรมีคณะกรรมการอำนวยการที่ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ หรือ อาจกำหนดให้องค์กรระดับชาติที่ทำหน้าที่ควบคุมนโยบาย อำนวยการประสานการสั่งการพัฒนาชนบท เข้ามารับหน้าที่นี้อีกบทบาทหนึ่ง

สถาบันดำรงราชานุภาพ ร่วมกับ กรมการปกครอง (2539)⁽⁶⁶⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัญหาการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล เป็นการศึกษาจากเอกสารและการศึกษาวิจัยภาคสนาม พื้นที่

ศึกษา 12 จังหวัด 30 อำเภอ จำนวน 61 อบต. เป็น อบต.ที่จัดตั้งขึ้นเป็นปีแรก (พ.ศ.2538) ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาการบริหารงาน อบต. มีปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านการจัด โครงสร้างและระบบงานซึ่งพบว่า ปัญหาที่สำคัญ เช่น สมาชิกสภายังไม่ค่อยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง กำนันยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการตัดสินใจ เกิดความขัดแย้งระหว่างฝ่ายสภาและฝ่ายบริหาร และมีความขัดแย้งกันเองในฝ่ายของตน โดยเฉพาะมีสาเหตุมาจากการต่อรองในการจัดสรรงบประมาณและโครงการต่างๆ ขาดการประสานงาน ระหว่าง อบต.ใกล้เคียงในการจัดทำข้อบังคับตำบล 2) ปัญหาด้านการบริหารบุคคลขาดบุคลากรที่จำเป็น ในบางตำแหน่ง นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่หน่วยราชการบางแห่งไม่มีนโยบายให้ข้าราชการในสังกัดไปช่วย ปฏิบัติงานใน อบต. ส่วนข้าราชการที่ไปช่วยก็ไม่ทุ่มเทอย่างเต็มที่เนื่องจากมีงานประจำอยู่แล้ว 3) ปัญหา ด้านการบริหารการคลังและงบประมาณ ขาดความรู้และความเข้าใจในการจัดทำและกระบวนการจัดทำ แผน ขาดข้อมูลทำให้ไม่อาจคาดการณ์เรื่องการจัดเก็บรายได้ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด การไม่ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนพัฒนาตำบล และอบต.บางแห่งยังไม่ทราบถึงแหล่งที่มาของงบประมาณว่า ได้รับจัดสรรมาจากหน่วยงานใดและจำนวนเท่าใด เป็นต้น

จรัส สุวรรณมาลา (2539)⁽⁶⁷⁾ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง สภาตำบล และอบต. ศักยภาพและทางเลือกผู้ อนาคต เป็นการประเมินศักยภาพของสภาตำบล และ อบต. พื้นที่ศึกษา 15 ตำบล (สภาตำบล 5 แห่ง อบต. 10 แห่ง) คัดเลือกจาก 5 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ อำเภอละ 2 อบต. และ 1 สภาตำบล) ผลการศึกษาพบว่า สภาตำบล และอบต. มีโครงสร้างองค์กรที่เล็กมีความยืดหยุ่นที่สูง ประกอบด้วยบุคคลในท้องถิ่น มีการ ทำงานเป็นทีม มีความตั้งใจทำงานเพื่อชุมชนตนเองสูง สามารถประสานงานขอความช่วยเหลือรวมทั้งทำ กิจกรรมร่วมกับหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจองค์กรเอกชนได้ แต่มีข้อด้อยที่จำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข เพื่อพัฒนาศักยภาพการบริหารให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ การวางแผนและการจัดทำงบประมาณ การบริหารจัดการ และบุคลากร

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539)⁽¹⁸⁾ ศึกษาถึง สถานภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสถานีอนามัย (สอ.) ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เป็นการศึกษามาจากเอกสารและการศึกษา วิจัยภาคสนาม พื้นที่ศึกษา เขตละ 1 จังหวัด รวม 12 จังหวัด (แต่ละจังหวัด คัดเลือก อบต. 100% ที่จัดตั้งใน ปี 2538) รวม 193 อบต. พบว่า ทั้ง อบต. และสถานีอนามัย ยังมีสภาพที่ยังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม ต่อการดำเนินงานในฐานะองค์กรท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เดียวกัน ใน ด้านศักยภาพของ อบต. ต่อการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขในบทบาทที่ต้องกระทำคือ การควบคุมและ ป้องกันโรคติดต่อ การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล การดูแลทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมพบว่า อบต. ยังมีความพร้อมและศักยภาพในการดำเนินงานน้อย ยกเว้นการกำจัดขยะ และในส่วนของสถานีอนามัยนั้น ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบบทบาทของตนเองที่จะต้องปฏิบัติในฐานะที่มีพื้นที่ดำเนินการในพื้นที่เดียวกับ อบต. และมีงานที่ซ้ำซ้อนกัน จากการประมวลข้อเสนอแนะ ประเด็นของการที่จะต้องเพิ่มศักยภาพในการ สนับสนุน อบต. การดำเนินงานสาธารณสุข สถานีอนามัยจะต้องเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนและ พัฒนาศักยภาพให้แก่ อบต.

ลือชา วรรัตน์ และคณะ (2540)⁽⁶⁸⁾ ศึกษาเรื่องบทบาทของ อบต.ในงานส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่มและสังเกต พื้นที่ศึกษา 4 ภาค จำนวน 19 อบต. (แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ชั้น 1 ชั้น 2-4 และชั้น 5) พบว่า บทบาทหน้าที่ของอบต.ตามกฎหมายบางประการยังไม่ชัดเจน ควรมีการอบรมชี้แจงและทำความเข้าใจ กฎหมายที่มีส่วนกับการปฏิบัติงานของ อบต. รวมถึงการนิเทศติดตาม ในส่วนของปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม อบต.ส่วนใหญ่ยังไม่รับรู้ ที่รู้แล้วก็ยังไม่สามารถจัดการแก้ไขป้องกันได้ ส่วนหนึ่งเพราะไม่มีพื้นฐานความรู้เฉพาะในเรื่องนั้นทั้งด้านกฎหมายและประสบการณ์ อีกส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่ชุมชนหรือประชาชนในท้องถิ่นขาดความสำนึกในความสำคัญของปัญหาและไม่ร่วมมือในการแก้ไขปัญหา มีเจตคติว่าเป็นเรื่องของหน่วยงานราชการ สำหรับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาด้าน สุขภาพอนามัยของอบต.นั้น ยังมองว่าเรื่องสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คิดขึ้น และจัดขึ้น โดยหน่วยราชการนั้นทุกฝ่ายในอบต.ยังไม่รู้รายละเอียดนักว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างที่อบต.จะมีส่วนร่วมได้ ยังมีความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุข

รุจิ จารุภาชน์ และคณะ (2540)⁽⁶⁹⁾ ศึกษา เรื่องการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ในการปฏิบัติงานขององค์การบริหารงานส่วนตำบล : กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดเลย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 13 คน) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล มีความรู้ความเข้าใจเพียงเล็กน้อยในโครงสร้างและบทบาทด้านสาธารณสุขของ อบต.

นันทิยา พัฒนโสภณ (2541)⁽⁷⁰⁾ ศึกษาความรู้ ความคิดเห็น และการประสานงานของหัวหน้าสถานีอนามัยในการดำเนินงานสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดฉะเชิงเทรา เกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของพนักงานสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และบทบาทหน้าที่ของอบต. ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและอบต. พ.ศ. 2537 พบว่า การประสานงานส่วนใหญ่มีการประสานงานน้อย หรือไม่มีการประสานงานร้อยละ 64.2

เกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542)⁽⁷¹⁾ ได้ศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหาร อบต.ต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น พื้นที่ศึกษา จังหวัดนครปฐม และสมุทรสาคร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกรรมการบริหาร อบต. จำนวน 219 คน พบว่าอบต.ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นมากต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ในด้านการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข 4 ด้าน คือด้านสาธารณสุขโดยรวม ด้านการควบคุมและป้องกันโรค การบริหารด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านรักษาพยาบาล พบว่าอบต.มีส่วนร่วมปานกลางต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นร้อยละ 40.1 ยังพบว่าระยะเวลาการอยู่ในท้องถิ่น ตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน การรับข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุข มีผลต่อความคิดเห็นต่อการพัฒนางานสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานภาพใน อบต. ตำแหน่งในชุมชน การรับข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุข และชั้นของอบต.มีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนางานสาธารณสุข

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เสนอแนะให้มีการจัดอบรมเสริมความรู้ในงานสาธารณสุข ควรจัดทำคู่มือการดำเนินงานและเผยแพร่กิจกรรมผ่านทางสื่อต่าง ๆ

ทองเพชร โสหนองบัว (2542)⁽⁷²⁾ ได้ศึกษาเรื่องอบต.กับการพัฒนาสาธารณสุข กรณีศึกษา อบต.ชั้นหนึ่ง ตำบลธนู อำเภออุทัย จังหวัดนครศรีอยุธยา เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่ากระบวนการทำงานของอบต.มี 3 ขั้นตอน คือ วางแผน ดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล แผนงานส่วนใหญ่มักเป็นด้านโครงการก่อสร้างพื้นฐาน ส่วนบทบาทด้านสาธารณสุขหลัก ๆ มีการเก็บและกำจัดขยะเท่านั้น ส่วนบุคคลที่มีบทบาทในการวางแผนส่วนใหญ่จะเป็นข้าราชการกระทรวงมหาดไทย โดยทำหน้าที่เป็นเสมือนตัวแทนของระบบราชการรวมศูนย์อำนาจ ดำเนินการผ่านทางนโยบายและระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขและ อสม. ไม่ค่อยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันโครงการหรืองบประมาณสู่งานสาธารณสุขมากนัก ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีทัศนคติในแง่ลบกับ อบต.

ธรรมจันทร์ วังศรีและคณะ (2543)⁽⁷³⁾ ศึกษาเรื่อง สถานการณ์และศักยภาพการพัฒนาสาธารณสุข ของอบต. ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขน้อยกว่าด้านอื่นๆ การนำเสนอปัญหาสำคัญของพื้นที่พบว่าปัญหาสาธารณสุขจัดอยู่ในลำดับความสำคัญอันดับที่ 3 รองจากโครงสร้างพื้นฐานและส่งเสริมอาชีพ ในด้านศักยภาพการพัฒนาสาธารณสุขด้านการปฏิบัติตามแผน พบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะการร่วมกิจกรรมรณรงค์ทางสาธารณสุข รองลงมาคือการวางแผนและประเมินผล

สมฤดี ลิ้มปรีชทวีชัย (2544)⁽⁷⁴⁾ ได้ศึกษาบทบาทของอบต.ต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของชุมชน : กรณีศึกษาอบต.เกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าอบต.กับชุมชนจะมีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือวางแผน การปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล แผนงานของอบต.ยังคงเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานซึ่งเป็นการส่งเสริมงานสาธารณสุขทางอ้อม ส่วนงานที่มีแผนชัดเจนและทำต่อเนื่องคืองานกำจัดขยะมูลฝอย โดยมีปัจจัยต่อการดำเนินงานคือ ความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทด้านสาธารณสุข วิธีการเมื่อระบบงานสาธารณสุข งบประมาณ ความร่วมมือระหว่างองค์กร สภาพสิ่งแวดล้อมและชุมชน ส่วนความคาดหวังอบต.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนต้องการให้รัฐเป็นผู้แบกรับภาระงานด้านสาธารณสุขมากกว่าให้เป็นหน้าที่ของอบต. ในเรื่องความพร้อมพบว่าอบต.ยังขาดกำลังคนงบประมาณ แต่มีสถานที่อุปกรณ์เพียงพอรวมทั้งระบบการบริหารงานที่ดี

งานวิจัยเกี่ยวข้องกับตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัย

เพชร จากการศึกษาของสัตย์ชัย สุตพันธ์วิหาร (2539)⁽⁷⁵⁾ พบว่าเพศที่แตกต่างกันจะมีผลทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อปัญหามลพิษทางน้ำแตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับปรัชญา ศรีกา (2540)⁽⁷⁶⁾ พบว่าเพศที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภา อบต. ต่อการพัฒนาหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาชรินทร์ ศึกษากิจ (2545)⁽⁷⁷⁾ พบว่า เพศที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิก อบต.ในการดูแลสุขภาพประชาชนอำเภอบ้านแพ้วและอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

อายุ จากการศึกษาของปรัชญา ศรีภา (2540)⁽⁷⁶⁾ พบว่าระดับอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาอบต.ต่อการพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสุรินทร์ หลักแหลม (2540)⁽⁷⁸⁾ ที่พบว่าสมาชิกสภาเขตในกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่าง มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคทางสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับเริงศักดิ์ ส่งสุข (2539)⁽⁷⁹⁾ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาท้องถิ่น และ ชรินทร์ ศีกษากิจ (2545)⁽⁷⁷⁾ พบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิก อบต.ในการดูแลสุขภาพประชาชนอำเภอบ้านแพ้วและอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

สถานภาพสมรส จากการศึกษาของชรินทร์ ศีกษากิจ (2545)⁽⁷⁷⁾ พบว่า สถานภาพสมรสที่ต่างกันไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ สมาชิก อบต. ในการดูแลสุขภาพประชาชนอำเภอบ้านแพ้ว และ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

ระดับการศึกษา จากการศึกษาปรัชญา ศรีภา (2540)⁽⁷⁶⁾ พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาอบต.ต่อการพัฒนาหมู่บ้าน สอดคล้องกับจ้ออัน วุฒิกมรรักษ์ (2526)⁽⁸⁰⁾ พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าเข้ามีส่วนร่วมในโครงการสร้างงานในชนบทมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งขัดแย้งกับเริงศักดิ์ ส่งสุข (2539)⁽⁷⁹⁾ พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาท้องถิ่น และ ศิริชัย ไตรสารศรี (2539)⁽⁸¹⁾ พบว่าปัจจัยการศึกษาของผู้นำท้องถิ่น ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้บทบาทในด้านการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมชุมชน

อาชีพ จากการศึกษา กฤษดา ทองสังวรณ (2540)⁽⁸²⁾ ความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรธรรมชาติขึ้นอยู่กับอาชีพของคณะกรรมการบริหารอบต. ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ มนต์รี ดวงปริกษา (2541)⁽⁸³⁾ สมาชิกสภาอบต.มีอาชีพแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรป่าไม้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับเริงศักดิ์ ส่งสุข (2539)⁽⁷⁹⁾ พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาท้องถิ่น

รายได้ จากการศึกษาของสมใจ เข้มเจริญ (2531)⁽⁸⁴⁾ พบว่ารายได้ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรส่วนท้องถิ่น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ จรูญ ขุนทรง (2539)⁽⁸⁵⁾ ที่พบว่าสมาชิกสภาอบต.ที่มีรายได้ที่ต่างกัน มีผลทำให้การอนุรักษ์แม่น้ำลำคลองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ ปรัชญา ศรีภา (2540)⁽⁷⁶⁾ พบว่ารายได้ที่ต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาอบต.ต่อการพัฒนาหมู่บ้านไม่แตกต่างกัน และเพลงพิน มั่นอยู่ (2540)⁽⁸⁶⁾ พบว่าความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมของคณะกรรมการบริหาร อบต.ไม่ได้ขึ้นอยู่กับรายได้ที่ต่างกัน

ตำแหน่ง จากการศึกษาเกสร วงศ์วัฒนาจิก (2542)⁽⁷¹⁾ พบว่าการดำรงตำแหน่งใน อบต.ที่ต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ จรูญ ขุนทรง (2539)⁽⁸⁵⁾ ที่พบว่าสมาชิกสภา อบต.ที่มีสถานภาพในสภา อบต.ที่แตกต่างกัน มีผลทำให้การอนุรักษ์แม่น้ำลำคลองไม่แตกต่างกัน และปรัชญา ศรีภา (2540)⁽⁷⁶⁾ พบว่าสถานภาพหรือตำแหน่งที่ต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภา อบต.ต่อการพัฒนาหมู่บ้านไม่แตกต่างกัน

ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง จากการศึกษาของสมบุรณ์ สอนประภา (2537)⁽⁸⁷⁾ พบว่าประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของคณะกรรมการสภาตำบล ไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพรรณ สุดาวงษ์ (2539)⁽⁸⁸⁾ ที่พบว่า ระยะเวลาที่สมาชิกองค์การบริหารอาศัยอยู่ในพื้นที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการพัฒนาในการพัฒนาชนบท

เป็นหรือเคยเป็นอสม. บุคลากรสาธารณสุขอื่น จากการศึกษา เกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542)⁽⁷¹⁾ พบว่าการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชนมีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สมเกียรติ ยุติธรรม (2541)⁽⁸⁹⁾ คณะกรรมการบริหาร อบต.ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม มีความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับมลพิษทางน้ำและการแก้ปัญหา มากกว่าคณะกรรมการบริหาร อบต. ที่เป็นสมาชิกกลุ่ม

การได้รับการฝึกอบรม จากการศึกษา ของ เกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542)⁽⁷¹⁾ พบว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุข มีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุเชษฐ์ มิไทรจิต (2540)⁽⁹⁰⁾ ที่พบว่า การได้รับการฝึกอบรมของกรรมการบริหาร อบต. มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงาน

การได้รับข้อมูลข่าวสารทางสาธารณสุข จากการศึกษาของ เกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542)⁽⁷¹⁾ พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารทางสาธารณสุข มีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นและการศึกษาของ เพลงพิน มั่นอยู่ (2540)⁽⁸⁶⁾ พบว่าความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมของคณะกรรมการบริหาร อบต.ขึ้นอยู่กับ การรับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ จรุงญ ขุนทรง (2539)⁽⁸⁵⁾ ที่พบว่าสมาชิกสภาอบต.ที่มีการรับรู้ข่าวสารที่ต่างกัน มีผลทำให้การอนุรักษ์แม่น้ำลำคลองไม่แตกต่างกัน

ระดับชั้นของอบต. จากการศึกษาของ เกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542)⁽⁷¹⁾ พบว่าระดับชั้น มีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น และการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ (2540)⁽⁹¹⁾ พบว่าอบต.ชั้นแตกต่างกันจะมีศักยภาพในการในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน ชั้นสูงกว่าจะดำเนินงานได้มากกว่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สุดเขตต์ เจ้มไท (2540)⁽⁹²⁾ ในเรื่องอำนาจหน้าที่ของ อบต.ในการดำเนินงานเกี่ยวกับสาธารณสุข พบว่า ระดับชั้นของ อบต. ที่ต่ำ จะมีการออกข้อบังคับตำบลและการจัดให้มีกิจการบริการได้ดีกว่า อบต. ที่มีชั้นสูง

รายได้ของอบต. จากการศึกษา สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ (2540)⁽⁹¹⁾ พบว่า อบต.ชั้นแตกต่างกันจะมีศักยภาพในการในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน ชั้นสูงกว่าจะดำเนินงานได้มากกว่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สุดเขตต์ เจ้มไท (2540)⁽⁹²⁾ ในเรื่องอำนาจหน้าที่ของ อบต. ในการดำเนินงานเกี่ยวกับสาธารณสุข พบว่า รายได้ของ อบต. ต่ำจะมีการออกข้อบังคับตำบลและการจัดให้มีกิจการบริการได้ดีกว่า อบต. ที่มีรายได้สูง

การมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นสมาชิกใน อบต. จากการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2540)⁽⁹¹⁾ พบว่า อบต. ที่มีโครงสร้างสาธารณสุขรองรับชัดเจน มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมสูงกว่า อบต. ที่ไม่มีโครงสร้างสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของภูมิวิชัย ขวัญเมือง และคณะ (2540)⁽⁹³⁾ และการศึกษาของ ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ และคณะ (2540)⁽⁹⁴⁾ พบว่า อบต. ที่ไม่มีสมาชิกสาธารณสุขรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมโดยตรง ทำให้ อบต. ไม่สามารถวางแผนการปฏิบัติงาน และการจัดสรรงบประมาณเพื่อกิจกรรมด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้อย่างเป็นระบบ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาการรับรู้ และการปฏิบัติตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอนโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และการเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากแผนพัฒนาตำบลของ อบต. ผู้ทำการตอบแบบสอบถาม คือ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target Population) หมายถึง สมาชิกขององค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย

2. ประชากรที่ศึกษา (Study Population) หมายถึง สมาชิกสภา คณะกรรมการบริหารและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล จาก 75 อบต. ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 1,111 คน⁽²⁰⁾ โดยแยกเป็นระดับชั้น ดังนี้

อบต.ชั้น 1 จำนวน 5 แห่ง จำนวนสมาชิก 84 คน

อบต.ชั้น 2 จำนวน 5 แห่ง จำนวนสมาชิก 102 คน

อบต.ชั้น 3 จำนวน 10 แห่ง จำนวนสมาชิก 148 คน

อบต.ชั้น 4 จำนวน 14 แห่ง จำนวนสมาชิก 232 คน

อบต.ชั้น 5 จำนวน 41 แห่ง จำนวนสมาชิก 545 คน

และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย ในจังหวัดชลบุรี จาก 120 แห่ง จำนวน 423 คน⁽⁹⁵⁾

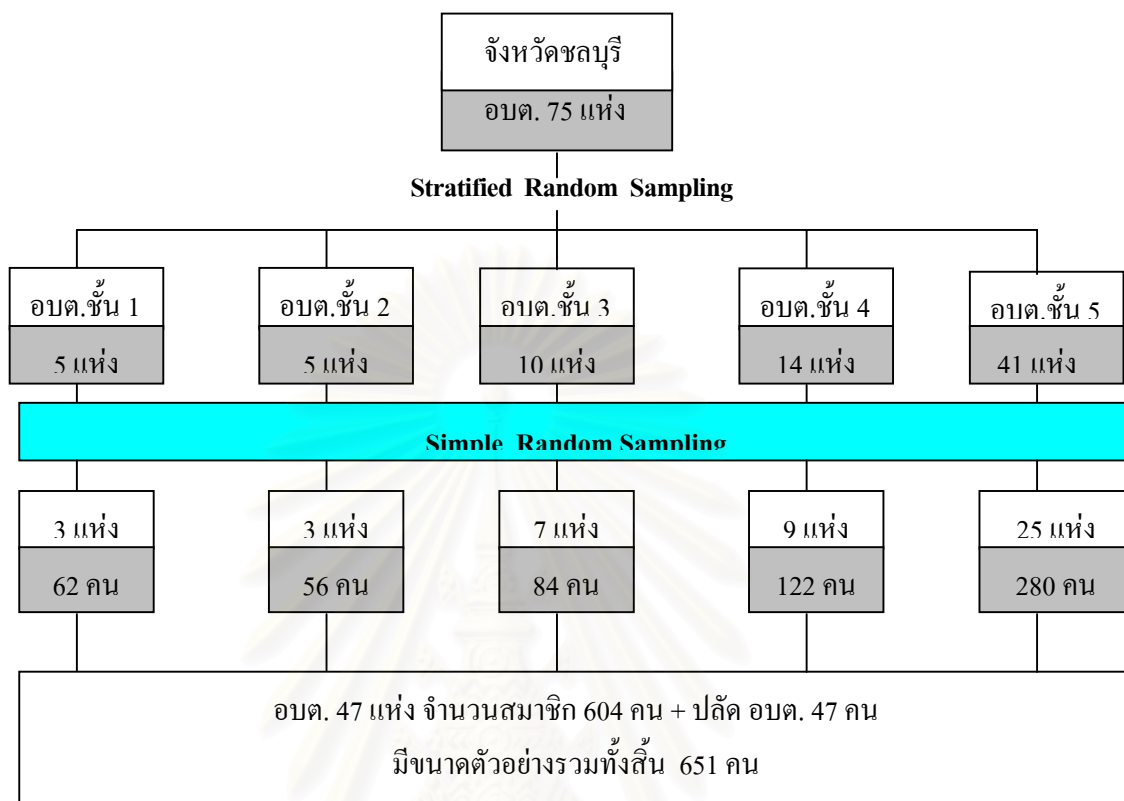
3. ตัวอย่าง (Sample) หมายถึง สมาชิกสภา คณะกรรมการบริหารและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ที่ถูกสุ่มเลือกโดยวิธี Stratified Random Sampling จำนวน 651 คน จาก 47 อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทุกคนที่ปฏิบัติงานในเขตที่ตั้งของ อบต. ที่สุ่มได้ จำนวน 218 คน จาก 69 แห่ง

4. เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sampling techniques)

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling มีขั้นตอนการสุ่มดังนี้⁽⁹⁶⁾

จังหวัดชลบุรี มี อบต. 75 แห่ง แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามโครงสร้าง อบต. ได้เป็นระดับ 1 - 5 (ตามวิธีการสุ่มแบบ Stratified Random Sampling) สุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับสลากรายชื่อ อบต. (กำหนดให้สมาชิกทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่าง) ให้ได้ตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละระดับชั้น (ตาราง 3.1) และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทุกคนที่ปฏิบัติงานในเขตที่ตั้งของ อบต. ที่ถูกสุ่มเลือกได้

แผนภูมิที่ 3.1 แสดงการสุ่มตัวอย่าง



ตารางที่ 3.1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเลือกได้ ตามสัดส่วนในแต่ละระดับชั้น อบต. ตามการสุ่มตัวอย่างตามชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

ระดับชั้น อบต.	จำนวนอบต.ทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนสมาชิกอบต.ทั้งหมด (คน)	สัดส่วนตามระดับชั้น	ขนาด คย. จำนวนได้ (คน)	อบต. ที่สุ่มได้ (แห่ง)	สมาชิก อบต. สุ่มเลือกได้* (คน)
1	5	84	0.08	45	3	62
2	5	102	0.09	51	3	56
3	10	148	0.13	74	7	84
4	14	232	0.21	120	9	122
5	41	545	0.49	280	25	280
รวม	75	1,111	1.00	570	47	604

* สมาชิกทุกคน ใน อบต. ที่ถูกสุ่มเลือกได้

5. หน่วยการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Unit) หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล และสถานีอนามัย
 6. หน่วยการศึกษา (Study Unit) หมายถึง สมาชิกสภา คณะกรรมการบริหารและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ที่สุ่มเลือกได้ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทุกคนในเขตที่ตั้งของ อบต. ที่สุ่มเลือกได้ ในจังหวัดชลบุรี

7. ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

1) สมาชิกของ อบต. ในจังหวัดชลบุรี ทั้งหมดจำนวน 1,111 คน⁽²⁰⁾

ขนาดตัวอย่างโดยสูตร Finite population⁽⁹⁷⁾

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)+Z^2pq}$$

N = ขนาดประชากร (1,111)

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

d = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ 0.05

Z = ค่าที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

p = สัดส่วนการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดให้เท่ากับ 0.5 เนื่องจากยังไม่เคยมีผู้ใดศึกษามาก่อน และในทางสถิติค่า $p = 0.5$ จะให้ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

$q = (1-p)$

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1,111)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(1,111-1)+(1.96)^2(0.5)(0.5)} \\ &= 285 \text{ คน} \end{aligned}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างต้องใช้ขนาดตัวอย่าง ไม่น้อยกว่า 285 คน แต่เนื่องจากการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างตามชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 เท่า เพื่อให้ในแต่ละชั้นภูมิมีจำนวนตัวอย่างมากพอ ในการนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ทำการศึกษาเท่ากับ 570 คน

2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทุกคนในเขตที่ตั้งของ อบต. ที่ถูกสุ่มเลือกได้ จำนวน 218 คน จากสถานีอนามัย 69 แห่ง

8. การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ตำแหน่ง

2) ปัจจัยทางประสบการณ์ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ระยะเวลาทำงานในตำแหน่ง การเป็น/เคยเป็น อสม. หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ (เฉพาะ อบต.) การได้รับการอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

3) ปัจจัยลักษณะหน่วยงาน เช่น ระดับชั้น อบต. รายได้ของ อบต. การมี/ไม่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นสมาชิก ใน อบต. สถานีอนามัยที่เป็นที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และไม่เป็นที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในภารกิจการถ่ายโอน 7 กิจกรรม 1) การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์เพื่อทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ 2) การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์ 3) การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 5) การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและอาหารเสริมสำหรับเด็กนักเรียน 6) กิจกรรมการวางแผนครอบครัว และ 7) การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

9. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Instrument)

9.1 ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งแบบเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถาม โดยสมาชิก และปลัด อบต. เป็นผู้ตอบ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง

ข้อมูลด้านประสบการณ์ ได้แก่ เคย/ไม่เคยดำรงตำแหน่งบุคลากรทางสาธารณสุข ประวัติการเจ็บป่วย การอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2

ข้อมูลของหน่วยงาน ได้แก่ ระดับชั้นของ อบต. รูปแบบการดำเนินงานด้านสาธารณสุข รายได้ และรายจ่าย (สอบถามเฉพาะ ปลัด อบต. เท่านั้น)

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ

ส่วนที่ 3

ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 42 ข้อ แบ่งการรับรู้และการปฏิบัติจริง ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ | จำนวน 6 ข้อ |
| 2. การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง | จำนวน 4 ข้อ |
| 3. การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย | จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย |
| - การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต | จำนวน 3 ข้อ |
| - ป้องกันภาวะโรคโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก | จำนวน 4 ข้อ |
| - ศูนย์เด็กเล็กนออยู่ | จำนวน 5 ข้อ |
| 4. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ | จำนวน 5 ข้อ |

5. การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต จำนวน 5 ข้อ
 6. การวางแผนครอบครัว จำนวน 4 ข้อ
 7. สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ

ระดับการรับรู้บทบาท หมายถึง กิจกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในแต่ละกิจกรรมมีความสำคัญว่าควรเป็นบทบาทของ องค์กร.มากน้อยเพียงใด ตามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

ระดับการปฏิบัติจริง หมายถึง กิจกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในแต่ละกิจกรรมมีการปฏิบัติตามสภาพเป็นจริง มากน้อยเพียงใด ตามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

โดยจัดทำเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5 = มากที่สุด	หมายถึง ระดับการรับรู้มากที่สุด/ปฏิบัติจริงมากที่สุด	เท่ากับ 81-100 %
4 = มาก	หมายถึง ระดับการรับรู้มาก/ปฏิบัติจริงมาก	เท่ากับ 61-80 %
3 = ปานกลาง	หมายถึง ระดับการรับรู้ปานกลาง/ปฏิบัติจริงปานกลาง	เท่ากับ 41-60 %
2 = น้อย	หมายถึง ระดับการรับรู้/ปฏิบัติจริงน้อย	เท่ากับ 21-40 %
1 = น้อยที่สุด	หมายถึง ระดับการรับรู้/ปฏิบัติจริงน้อยที่สุด / การปฏิบัติจริงน้อยที่สุดหรือไม่ได้ปฏิบัติ	เท่ากับ 0-20 %

ส่วนที่ 4

ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามกิจกรรมการถ่ายโอน ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 13 ข้อ โดยกำหนดระดับความสำคัญของปัญหาไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 5 = เป็นปัญหามากที่สุด 4 = เป็นปัญหามาก 3 = เป็นปัญหาปานกลาง 2 = เป็นปัญหาน้อย 1 = เป็นปัญหาน้อยที่สุดหรือไม่มี และแบบเติมข้อความ

ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถาม โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นผู้ตอบ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง

ข้อมูลด้านประสบการณ์ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย การอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

ลักษณะหน่วยงาน เช่น สถานีอนามัยที่ปฏิบัติงาน

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2

ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 49 ข้อ แบ่งการรับรู้และการปฏิบัติจริง ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุดในแต่ละกิจกรรม ดังนี้ (ใช้เกณฑ์ในการวัดเหมือน แบบสอบถามชุดที่ 1)

1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ จำนวน 6 ข้อ
2. การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง จำนวน 6 ข้อ
3. การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย
 - การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต จำนวน 5 ข้อ
 - ป้องกันภาวะโรคโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก จำนวน 5 ข้อ
 - ศูนย์เด็กเล็กก่อนอายุ จำนวน 6 ข้อ
4. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ
5. การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต จำนวน 5 ข้อ
6. การวางแผนครอบครัว จำนวน 4 ข้อ
7. สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3

ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามกิจกรรมการถ่ายโอน ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 13 ข้อ โดยกำหนดระดับความสำคัญของปัญหา เหมือนแบบสอบถามชุด 1 และแบบเดิมข้อความ

9.2 ข้อมูลทฤษฎีจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนพัฒนาตำบล 5 ปี แผนพัฒนาตำบลประจำปี เพื่อนำมาประกอบการอภิปราย

10. การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม

1. ความถูกต้องตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษาในข้อคำถามทุกข้อ โดยใช้เกณฑ์เกินร้อยละ 50 ถือว่าเลือกข้อคำถามนั้น

2. ทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและแก้ไขแล้วไปทดสอบกับสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในอำเภอเมือง อำเภอพนัส อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach' s Alpha coefficient) ได้ผลดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับสมาชิก อบต.

แบบสอบถามรวมทุกหมวดกิจกรรม ตามการรับรู้ Alpha เท่ากับ 0.93 และการปฏิบัติจริง Alpha เท่ากับ 0.92 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง โดยแบ่งออกเป็น 7 กิจกรรม

ความน่าเชื่อถือในกิจกรรม	ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา
• การรับรู้บทบาทการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	0.87
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.85
• การรับรู้บทบาทการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง	0.84
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.78

• การรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย	0.88
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.84
• การรับรู้บทบาทกิจกรรม โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	0.90
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.89
• การรับรู้บทบาทการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตสำหรับเด็กนักเรียน	0.75
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.84
• การรับรู้บทบาทการวางแผนครอบครัว	0.85
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.73
• การรับรู้บทบาทการสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	0.83
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.90

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย

แบบสอบถามรวมทุกหมวดกิจกรรม ตามการรับรู้ Alpha เท่ากับ 0.97 และการปฏิบัติจริง Alpha เท่ากับ 0.96 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง โดยแบ่งออกเป็น 7 กิจกรรม

ความน่าเชื่อถือในกิจกรรม	ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา
• การรับรู้บทบาทการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	0.88
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.74
• การรับรู้บทบาทการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง	0.88
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.83
• การรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย	0.95
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.94
• การรับรู้บทบาทกิจกรรม โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	0.88
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.80
• การรับรู้บทบาทการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตสำหรับเด็กนักเรียน	0.83
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.77
• การรับรู้บทบาทการวางแผนครอบครัว	0.88
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.86
• การรับรู้บทบาทการสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	0.93
การปฏิบัติจริงตามบทบาท	0.92

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2545 ถึง เมษายน 2546

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นดังนี้

1. เตรียมอุปกรณ์การวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ และการปฏิบัติตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
2. ออกหนังสืออย่างเป็นทางการจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ในการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง มาตอบแบบสอบถาม
3. กรณีของ อบต. ที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาตามที่นัดหมาย ได้ประสานกับปลัด อบต.ช่วยในการกำกับและติดตามแบบสอบถามส่งกลับคืน
4. ในส่วนของสถานีอนามัย ได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการติดตามแบบสอบถามส่งกลับคืน
5. วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนพัฒนาตำบล 5 ปี แผนประจำปีของ อบต. ขณะที่เข้าไปเก็บแบบสอบถามในแต่ละแห่ง ตามที่นัดหมายไว้ เพื่อนำมาประกอบการอภิปรายผล
6. โทรศัพท์ติดตามเป็นระยะ กรณีที่แบบสอบถามยังไม่ได้รับกลับ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับมา
7. สร้างคู่มือการลงรหัส
8. แปลงข้อมูลที่ได้เป็นรหัสตามคู่มือลงรหัสที่จัดเตรียมไว้พร้อมที่จะนำไปบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

นำข้อมูลที่ได้ลงรหัสตามคู่มือที่ได้จัดเตรียมไว้บันทึกลงในเครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows วิเคราะห์ข้อมูลโดย

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) มีรายละเอียดดังนี้
 - 1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ได้แก่ อายุ รายได้ อายุงาน รายได้ของ อบต.สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง
 - 1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประวัติการเจ็บป่วย การเคยเป็น อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น การได้รับการอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสาร ลักษณะหน่วยงาน สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำเสนอด้วยตาราง
 - 1.3 การรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ 7 กิจกรรม สรุปโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย นำเสนอเป็นตาราง
 - 1.4 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ สรุปโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ นำเสนอด้วยตาราง และนำมาประกอบการอภิปรายผล

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดย^(97,98)

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง โดยนำผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง มาทดสอบเงื่อนไขการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S) ร่วมกับกราฟ Histogram พบว่า มีการแจกแจงเป็นแบบใกล้เคียงแบบปกติ จึงใช้ Paired t-test ในการทดสอบ

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริง การสร้างเสริมสุขภาพ รายการกิจกรรม ตาม ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางประชากรณ์ และลักษณะหน่วยงาน โดยรวมคะแนนทั้งหมดของทุกข้อในกิจกรรมนั้นๆ นำไปทดสอบเงื่อนไขการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S) ร่วมกับกราฟ Histogram พบว่า

- ตัวแปรที่มีลักษณะ 2 กลุ่ม (Categories) มีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบใกล้เคียงแบบปกติ จึงใช้ Unpaired t-test ในการทดสอบ

- ตัวแปรที่มีลักษณะมากกว่า 2 กลุ่ม (Categories) มีการแจกแจงแบบปกติและไม่ปกติ ดังนั้นจึงใช้

- One-way ANOVA สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ
- Kruskal - Wallis test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน 7 กิจกรรม ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ คือ สมาชิก อบต. ที่สุ่มเลือกได้ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทุกคนที่ปฏิบัติงานในเขตที่ตั้งของ อบต. ที่ถูกสุ่มได้ โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2545 – กุมภาพันธ์ 2546 โดยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สมาชิก อบต.

ส่วนที่ 2 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

โดยในแต่ละส่วนประกอบด้วย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล
2. ข้อมูลลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่นๆ
3. การรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน
4. การปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน
5. ความแตกต่างของการรับรู้ และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ
6. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยทางประชากรณ์
7. เปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยทางประชากรณ์
8. ปัญหาและข้อเสนอแนะ

เพื่อความสะดวกในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ขอกำหนดคำย่อ ดังนี้

- การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์เพื่อทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ = การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์
- การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 44 ปี) = การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง
- การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด - 5 ปี) = การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย
- การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน = การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต

การตอบกลับของข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิก อบต. ที่สุ่มตัวอย่างได้ 47 แห่ง มีการตอบแบบสอบถามกลับ 45 แห่ง จำนวน 582 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 651 คน คิดเป็น ร้อยละ 89.4 โดยสมาชิก อบต. ที่อยู่ในระดับชั้นที่ 4 มีการตอบกลับมากที่สุด ร้อยละ 97.7 และสมาชิก อบต. ที่อยู่ในระดับชั้นที่ 1 มีการตอบกลับต่ำสุด ร้อยละ 81.5 (ดังตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถามกลับ ของสมาชิก อบต. จำแนกตามระดับชั้น

ระดับ ชั้น อบต.	กลุ่มตัวอย่าง		ตอบกลับ	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1	65	10.0	53	81.5
2	59	9.1	55	93.2
3	91	14.0	79	86.8
4	131	20.1	128	97.7
5	305	46.8	267	87.5
รวม	651	100	582	89.4

เจ้าหน้าที่ สอ. มีการตอบแบบสอบถามกลับ ทั้งหมด 192 คน จากกลุ่มตัวอย่าง 218 คน คิดเป็นร้อยละ 88.1 โดยผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตที่ตั้งของ อบต. ระดับ 4 มีการตอบกลับมากที่สุด ร้อยละ 90.2 และน้อยที่สุดในเขตที่ตั้งของ อบต. ระดับ 2 มีการตอบกลับร้อยละ 82.6 (ดังตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถามกลับ ของเจ้าหน้าที่ สอ. จำแนกตามเขตที่ตั้งของระดับชั้น อบต.

สอ. ในเขตที่ตั้งของ ระดับชั้น อบต. ที่สุ่มได้	กลุ่มตัวอย่าง		ตอบกลับ	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1	30	13.8	27	90.0
2	23	10.5	19	82.6
3	27	12.4	23	85.2
4	41	18.8	37	90.2
5	97	44.5	86	88.6
รวม	218	100	192	88.1

ส่วนที่ 1 สมาชิก อบต.

1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

สมาชิก อบต. ที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 491 คน (ร้อยละ 84.4) มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 36-45 ปี (ร้อยละ 44.5) อายุน้อยที่สุด 26 ปี มากที่สุด 74 ปี มีอายุเฉลี่ย 44.2 ปี (S.D = 9.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87.6) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 33.7) รองลงมาคือ ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 21.6) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา (ร้อยละ 32.0) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 28.4) รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.0 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุด 2,000 บาท สูงสุด 100,000 บาท มีรายได้เฉลี่ย 12,588.4 บาท (S.D.= 10,720.1) ดำรงตำแหน่งเป็นสมาชิกสภา อบต. (ร้อยละ 69.9) และตำแหน่งบริหาร ร้อยละ 30.1 (ดังตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของสมาชิก อบต. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	491	84.4
	หญิง	91	15.6
	รวม	582	100.0
	ชาย : หญิง	5.4 : 1	
อายุ (ปี)	26 – 35	97	16.8
	36 – 45	257	44.5
	46 – 55	151	26.1
	56 – 65	65	11.2
	66 – 75	8	1.4
	รวม	578	100.0
	(Min = 26 Max = 74 Mean = 44.2 S.D. = 9.0)		
สถานภาพสมรส	โสด	53	9.1
	คู่	510	87.6
	หม้าย/หย่า/แยก	19	3.3
	รวม	582	100.0
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	186	32.0
	มัธยมศึกษาตอนต้น	95	16.2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	165	28.4
	อนุปริญญาตรี/ปวส./ปวท.	40	6.9
	ปริญญาตรีขึ้นไป	96	16.5
	รวม	582	100.0

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของสมาชิก อบต. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาชีพ	เกษตรกรรม	196	33.7
	รับจ้างทั่วไป	95	16.3
	ธุรกิจส่วนตัว	126	21.6
	แม่บ้าน	26	4.5
	ค้าขาย	97	16.7
	ข้าราชการ (ปลัด ปอด.)	42	7.2
	รวม	582	100.0
รายได้/เดือน	ต่ำกว่า 5,000 บาท	103	17.8
	5,001 – 10,000 บาท	259	45.0
	10,001 – 15,000 บาท	103	17.9
	15,001 – 20,000 บาท	57	9.9
	20,001 บาท ขึ้นไป	54	9.4
	รวม	576	100.0
(Min = 2,000 Max = 100,000 Median = 10,000 Mean = 12,588.4 S.D.= 10,720.1)			
ตำแหน่ง*	บริหาร	175	30.1
	สภา อบต.	407	69.9
	รวม	582	100.0

* บริหาร = ประธานกรรมการบริหาร, กรรมการบริหาร, เลขานุการคณะกรรมการบริหาร (ปลัด อบต.)

สภาตำบล = ประธานสภา อบต., สมาชิกสภา อบต., เลขานุการสภา อบต.

1.2 ข้อมูลลักษณะหน่วยงานและปัจจัยด้านประสิทธิภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นสมาชิก อบต. ระดับชั้น 5 (ร้อยละ 45.9) และ อบต. ที่มีรายได้ อยู่ระหว่าง 3-6 ล้านบาท (ร้อยละ 38.5) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานใน อบต. ที่ไม่มีบุคลากรสาธารณสุขเป็นสมาชิก (ร้อยละ 90.9)

และในปีงบประมาณ 2545 พบว่า อบต. มีรายได้รวมทั้งหมด จำนวน 415,067,053.13 บาท เป็นรายได้จากที่ อบต. จัดเก็บเอง 99,515,569 บาท และรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาลและจากแหล่งอื่นๆ (หน่วยงานอื่นจัดเก็บให้ เงินบริจาค) 315,551,484.1 บาท โดยมีสัดส่วนของรายได้จาก อบต. จัดเก็บเองกับรายได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 23.97 ในส่วนของรายจ่ายพบว่า อบต. มีรายจ่ายรวมทั้งหมด 317,035,747 บาท เป็นรายจ่ายเพื่อการพัฒนา 180,032,955 บาท รายจ่ายเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ 2,891,791.35 บาท โดยมีสัดส่วนของรายจ่ายเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกับรายจ่ายเพื่อการพัฒนา เพียงร้อยละ 1.60 เท่านั้น (ดังตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของสมาชิก อบต. จำแนกตามลักษณะ อบต.

	ลักษณะของ อบต.	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคลากรสาธารณสุข เป็นสมาชิก	ไม่มี	529	90.9
	มี	53	9.1
	รวม	582	100.0
ระดับชั้น อบต.	ระดับ 1	53	9.1
	ระดับ 2-4	262	45.0
	ระดับ 5	267	45.9
	รวม	582	100.0
	รายได้ อบต.	น้อยกว่า 3 ล้านบาท	27
	3 – 6 ล้านบาท	224	38.5
	6 – 12 ล้านบาท	184	31.6
	12 – 20 ล้านบาท	70	12.0
	20 ล้านบาท ขึ้นไป	77	13.3
	รวม	582	100.0
(ปีงบประมาณ 2545)	รายได้รวมทั้งหมด	415,067,053.13	บาท
	(Min = 1,950,000 Max = 43,313,938.57 Median = 6,622,030.9 Mean = 9,882,548.9 S.D.= 8,444,793.4)		
	จัดเก็บเอง	99,515,569	บาท
	(Min = 42,203.86 Max = 22,475,755 Median = 759,148.49 Mean = 2,369,418.3 S.D.= 3,990,296.1)		
	รัฐอุดหนุนและอื่นๆ	315,551,484.1	บาท
	(Min = 1,222,458.2 Max = 40,952,597 Median = 5,423,397 Mean = 7,251,175.2 S.D.= 6,826,616.1)		
	สัดส่วน(%) รายได้จัดเก็บเองกับรายได้รวมทั้งหมด = 23.97		
หมวดรายจ่าย	รายจ่ายรวมทั้งหมด	317,035,747	บาท
	(Min = 1,950,000 Max = 31,960,860 Median = 5,141,274.6 Mean = 7,548,470.2 S.D.= 6,459,613.5)		
	รายจ่ายเพื่อพัฒนา	180,032,955	บาท
	(Min = 342,800 Max = 25,115,180 Median = 2,262,316 Mean = 4,286,498.9 S.D.= 5,075,803.1)		
	รายจ่ายประจำ	137,002,792	บาท
	(Min = 381,060 Max = 9,131,220 Median = 2,721,76 Mean = 3,238,892.1 S.D.= 2,043,942.8)		
	จ่ายด้านสร้างเสริมสุขภาพ	2,891,791.35	บาท
	(Min = 15,000 Max = 1,083,590 Median = 56,500 Mean = 120,491.3 S.D.= 217,769.1)		
	สัดส่วน(%) รายจ่ายด้านสร้างเสริมสุขภาพกับรายจ่ายเพื่อการพัฒนา = 1.6		

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาเป็นสมาชิก อบต. มาแล้ว 3-4 ปี (ร้อยละ 53.4) เฉลี่ย 3.1ปี (S.D.= 1.4) ระยะเวลาดำรงตำแหน่งใน อบต. น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 7 ปี และพบว่าสมาชิก อบต. เคยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคลากรทางสาธารณสุขอื่น (ร้อยละ 17.2) ด้านสุขภาพอนามัย พบว่าสมาชิก อบต. ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.2) ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 85.1) แต่ในด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 91.6 เรื่องที่ได้รับมากที่สุด คือเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.3) โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย โทรทัศน์ และแผ่นพับ/เอกสาร (ร้อยละ 79.7, 76.3, และ 48.1 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของสมาชิก อบต. จำแนกตามปัจจัยด้านประสบการณ์

ปัจจัยด้านประสบการณ์		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วย	ไม่มีโรคประจำตัว	525	90.2
	มีโรคประจำตัว	57	9.8
	รวม	582	100.0
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง	1 – 2 ปี	200	34.4
	3 – 4 ปี	311	53.4
	5 – 6 ปี	41	7.0
	> 6 ปี	30	5.2
	รวม	582	100.0
(Min = 1 Max = 7 Mean = 3.1 SD = 1.4)			
เป็น/เคยเป็น อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น	ไม่เคย	482	82.8
	เคย	100	17.2
	รวม	582	100.0
การได้รับการอบรม	ไม่เคย	495	85.1
	เคย	87	14.9
	รวม	582	100.0
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	ไม่เคย	49	8.4
	เคย	533	91.6
	รวม	582	100.0

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของสมาชิก อบต. จำแนกตามปัจจัยด้านประสบการณ์ (ต่อ)

ปัจจัยด้านประสบการณ์		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
(n = 582)	การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	270	46.5
	การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจาง	194	33.3
	การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย	360	61.9
	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	333	57.2
	การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต	346	59.5
	วางแผนครอบครัว	431	74.1
	ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	485	83.3
แหล่งข้อมูลข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
(n = 582)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	464	79.7
	เพื่อนสมาชิก อบต.	172	29.6
	อสม.	209	35.9
	โทรทัศน์	444	76.3
	เอกสาร/แผ่นพับ	280	48.1

1.3 การรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายทอด

1.3.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับน้อยค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.99) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ประสานงานกับสถานีอนามัย เพื่อสร้างเครือข่าย (3.22) รองลงมาคือ ประชาสัมพันธ์ให้หญิงมีครรภ์/ญาติ/องค์กรต่างๆ ในชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนัก ในการดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ (3.13) และจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ (3.06) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ค้นหาหญิงมีครรภ์ และเฝ้าระวังสุขภาพ โดยแนะนำให้ฝากครรภ์ (2.78) รองลงมาคือ จัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (2.85) และแนะนำสถานบริการสาธารณสุขหรือจัดหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการแก่หญิงมีครรภ์ (2.93) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 45.2, 34.6 และ 32.5 ตามลำดับ) ดังตาราง 4.6

1.3.2 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับน้อยค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.80) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง จัดกิจกรรมรณรงค์ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้มีการกินยาเม็ดธาตุเหล็กหรืออาหารที่มีธาตุเหล็ก (2.89) รองลงมาคือ จัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ (2.86) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดฮีมาโตคริต เข็มเจาะเลือด (2.72) รองลงมาคือ สนับสนุนยาเม็ดธาตุเหล็ก ให้แก่หญิงมีครรภ์ (2.75) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 45.2 และ 43.5) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.6 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. ประสานงานกับ สถานีอนามัย เพื่อสร้างเครือข่าย ในการให้ความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง	3.3	18.4	39.9	29.6	8.8	3.22 (581)
2. ประชาสัมพันธ์ให้หญิงมีครรภ์/ญาติ/องค์กรในชุมชน มีความรู้ และตระหนัก ในการดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์	3.8	22.9	38.3	26.4	8.6	3.13 (580)
3. จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณ ดำเนินการ	5.2	23.4	36.6	29.8	5.0	3.06 (580)
4. แนะนำสถานบริการสาธารณสุข หรือ จัดหน่วยเคลื่อนที่ ให้บริการแก่ หญิงมีครรภ์ และทารกแรกเกิด	5.3	27.2	41.1	21.8	4.6	2.93 (582)
5. จัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพ แม่และเด็ก	5.9	28.7	42.9	19.6	2.9	2.85 (581)
6. ค้นหาหญิงมีครรภ์ และเฝ้าระวังสุขภาพ โดยแนะนำ ให้ฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่ามีการตั้งครรภ์	8.5	36.7	29.1	20.2	5.5	2.78 (578)
รวม						2.99 (573)

ตารางที่ 4.7 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการควบคุม และป้องกันโรคโลหิตจาง จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการควบคุม และป้องกันโรคโลหิตจาง	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. จัดกิจกรรมรณรงค์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้มีการกินยาเม็ดธาตุเหล็ก หรืออาหารที่มีธาตุเหล็ก	5.9	29.3	38.7	22.7	3.4	2.89 (581)
2. จัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ	7.2	31.2	35.6	20.5	5.5	2.86 (581)
3. สนับสนุนยาเม็ดธาตุเหล็กให้แก่หญิงมีครรภ์เพื่อป้องกันโรคโลหิตจาง	9.3	34.2	33.3	18.9	4.3	2.75 (582)
4. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดชิมาโตคริต เข็มเจาะเลือด ในการดำเนินงาน ให้กับสถานีอนามัย	9.3	35.9	32.6	18.1	4.1	2.72 (582)
รวม						2.80 (580)

1.3.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.20) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนงบประมาณดำเนินการของศูนย์เด็กในความรับผิดชอบ (3.51) รองลงมาคือ จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อดำเนินการศูนย์เด็กเล็ก (3.42) และจัดตั้งคณะกรรมการ และร่วมเป็นคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก (3.38) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 56.0, 51.6 และ 49.0 ตามลำดับ) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดสีมาโตคริต เข็มเจาะเลือด (2.63) รองลงมาคือ สนับสนุนยาน้ำวิตามินรวมผสมธาตุเหล็กสำหรับเด็ก (2.75) และจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง (2.88) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 47.8, 42.6 และ 33.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.8

1.3.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.27) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ลานกีฬา (3.52) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 52.5) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาแก้ปวด (2.96) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 32.2) ดังตารางที่ 4.9

1.3.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตสำหรับเด็กนักเรียน สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.45) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง จัดซื้ออาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้นักเรียน (3.73) รองลงมาคือ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ปรับปรุงลานกีฬา (3.68) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 63.1 และ 58.3) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง รวบรวมผลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กนักเรียน เพื่อวางแผนของบประมาณดำเนินการ (3.24) รองลงมาคือ สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ของเด็กนักเรียน (3.29) ดังตารางที่ 4.10

1.3.6 การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับน้อย (2.52) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง จัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว (2.77) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ทำทะเบียนของ ผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว (2.38) รองลงมาคือ รวบรวมข้อมูลชาย/หญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่ต้องการบริการวางแผนครอบครัว (2.49) และประสานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อจัดทำแผนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ (2.50) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 58.5, 52.0 และ 53.4 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.8 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี)	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. สนับสนุนงบประมาณดำเนินการของศูนย์เด็กเล็ก ในความรับผิดชอบ	4.4	12.3	27.3	39.7	16.3	3.51 (567)
2. จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณ ดำเนินการของศูนย์เด็กเล็ก	4.2	12.5	31.7	40.6	11.0	3.42 (574)
3. จัดตั้งคณะกรรมการ และร่วมเป็นคณะกรรมการ ศูนย์เด็กเล็ก	3.3	15.8	31.9	37.4	11.6	3.38 (576)
4. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์เด็ก เช่น ตรวจ สุขภาพประจำปี การดูแลพัฒนาการเด็กตามวัย เป็นต้น	5.0	14.9	31.6	38.3	10.2	3.34 (579)
5. จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่พ่อแม่/ผู้ ปกครองนำเด็กไปซั้่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ตามนัด	4.8	16.3	40.0	33.2	5.7	3.19 (582)
6. สนับสนุนและร่วมแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ สอ. ในการ ส่งต่อเมื่อพบเด็กขาดสารอาหาร และพัฒนาการผิดปกติ	2.7	20.6	39.6	30.4	6.9	3.18 (579)
7. จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อดำเนินการเฝ้าระวัง การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย	4.0	19.7	39.8	31.7	4.8	3.14 (581)
8. จัดอบรมพี่เลี้ยงดูแลเด็ก และ/หรือ พาไปศึกษาดูงาน ศูนย์เด็กเล็ก ตามเหมาะสม	7.2	21.5	35.6	27.7	8.0	3.08 (573)
9. จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ให้ความรู้แก่ ผู้ปกครอง ในการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง	5.5	26.2	38.4	24.8	5.1	2.98 (580)
10. จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณ ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง	8.3	25.6	40.4	20.9	4.8	2.88 (579)
11. สนับสนุนยาน้ำวิตามินรวมผสมธาตุเหล็กสำหรับเด็กวัย ก่อนเรียน อายุ 1-5 ปี	10.9	31.7	33.0	20.1	4.3	2.75 (578)
12. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดฮีมาโตคริต เข็มเจาะ เลือด ในการตรวจเพื่อหาความเข้มข้นเลือด	11.3	36.5	32.9	16.7	2.6	2.63 (575)
รวม						3.20 (489)

ตารางที่ 4.9 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. สนับสนุนงบประมาณ จัดหาอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ลานกีฬา	1.7	9.6	36.2	39.4	13.1	3.52 (574)
2. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน	2.3	13.7	41.2	34.3	8.5	3.33 (577)
3. ร่วมเป็นคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	2.6	14.5	43.3	32.9	6.7	3.26 (571)
4. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น จัดกิจกรรมรณรงค์ประกวด เอกสารเพื่อเผยแพร่	4.0	17.1	38.5	31.6	8.8	3.24 (579)
5. สนับสนุนเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาแก้ปวดหา ในการดำเนินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	7.3	24.9	37.7	25.4	4.7	2.96 (579)
รวม						3.27 (554)

ตารางที่ 4.10 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. จัดซื้ออาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้ให้นักเรียนที่มีปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	0.9	6.6	29.4	44.6	18.5	3.73 (578)
2. สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ปรับปรุงลานกีฬา เป็นต้น	1.7	8.5	31.5	43.2	15.1	3.68 (581)
3. ร่วมกับครูและเจ้าหน้าที่ สอ. ในการค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารในเด็กหลังจากการให้อาหารเสริมแล้ว	2.6	12.7	40.1	37.5	7.1	3.34 (576)
4. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ของเด็กนักเรียน	2.1	14.4	42.4	35.0	6.1	3.29 (578)
5. รวบรวมผลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กนักเรียน เพื่อวางแผนของงบประมาณดำเนินการ	3.3	13.1	45.4	32.5	5.7	3.24 (581)
รวม						3.45 (565)

ตารางที่ 4.11 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการสนับสนุนวางแผนครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสนับสนุนวางแผนครอบครัว	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. จัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว เช่น รณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย ฯลฯ	8.0	32.3	38.2	18.0	3.5	2.77 (578)
2. ประสานงานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อจัดทำแผนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย	17.4	36.0	29.5	13.3	3.8	2.50 (580)
3. รวบรวมข้อมูล ชายหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการบริการวางแผนครอบครัว แยกตามวิธีการคุมกำเนิด	13.7	38.3	33.8	13.4	0.7	2.49 (582)
4. จัดทำทะเบียนของผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว	18.6	39.9	28.3	11.8	1.4	2.38 (559)
รวม						2.52 (553)

1.3.7 การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.44) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง รณรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ (3.76) รองลงมาคือ สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เช่น ให้มีลานกีฬา อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย (3.47) และจัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินงาน (3.45) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 63.8, 53.1 และ 48.0 ตามลำดับ) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ในการจัดบริการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (3.29) ดังตารางที่ 4.12

สรุปได้ว่า สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน 7 กิจกรรม ตามการรับรู้ของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นกิจกรรมการวางแผนครอบครัวที่มีการรับรู้บทบาทน้อย (2.52) โดยมีการรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน (3.45) และกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ (3.44) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมการวางแผนครอบครัว (2.52) ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.12 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. รมรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ เช่น รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ	1.4	6.8	28.0	41.6	22.2	3.76 (582)
2. สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เช่น อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย	1.9	12.0	33.0	43.0	10.1	3.47 (582)
3. จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินงาน	1.0	10.1	40.9	39.2	8.8	3.45 (582)
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชน	1.4	12.9	37.6	38.1	10.0	3.42 (580)
5. จัดตั้งคณะกรรมการ และร่วมเป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ	2.5	15.9	34.8	37.1	9.7	3.35 (580)
6. ดำรวจ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและเป็นแหล่งข้อมูล เช่น จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น	1.7	15.1	37.8	37.5	7.9	3.35 (582)
7. สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ในการจัดบริการตรวจสุขภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.6	14.9	41.6	33.2	7.7	3.29 (582)
รวม						3.44 (579)

ตารางที่ 4.13 คะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายกิจกรรมการถ่ายโอน

รายกิจกรรมการถ่ายโอน	จำนวน (คน)	คะแนน ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	573	2.99	0.74
การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง	580	2.80	0.81
การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย	489	3.20	0.69
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	554	3.27	0.73
การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต	565	3.45	0.68
วางแผนครอบครัว	553	2.52	0.82
สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	579	3.44	0.69

1.4 การปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน

1.4.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ สมาชิก อบต. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับน้อย (2.4) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ประสานงานกับสถานีอนามัย เพื่อสร้างเครือข่าย (2.77) รองลงมาคือ ประชาสัมพันธ์ให้หญิงมีครรภ์/ญาติ/องค์กรต่างๆ ในชุมชน มีความรู้ และตระหนักในการดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ (2.55) และจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินงาน (2.51) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง จัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (2.16) รองลงมาคือ ค้นหาหญิงมีครรภ์และเฝ้าระวังสุขภาพ (2.21) และแนะนำสถานบริการสาธารณสุขหรือจัดหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการแก่หญิงมีครรภ์ (2.44) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 67.5, 67.7 และ 56.1 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. ประสานงานกับ สถานีอนามัย เพื่อสร้างเครือข่าย ในการให้ความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง	7.1	32.6	40.6	15.9	3.8	2.77 (577)
2. ประชาสัมพันธ์ให้หญิงมีครรภ์/ญาติ/องค์กรในชุมชน มีความรู้ และตระหนัก ในการดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์	14.8	36.4	34.3	11.7	2.8	2.55 (580)
3. จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณ ดำเนินการ	12.8	39.0	31.4	14.0	2.8	2.51 (579)
4. แนะนำสถานบริการสาธารณสุข หรือ จัดหน่วยเคลื่อนที่ ให้บริการแก่ หญิงมีครรภ์ และทารกแรกเกิด	11.6	44.5	33.7	8.6	1.6	2.44 (580)
5. ค้นหาหญิงมีครรภ์ และเฝ้าระวังสุขภาพ โดยแนะนำ ให้ฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่ามีการตั้งครรภ์	21.0	46.7	24.1	6.6	1.6	2.21 (576)
6. จัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพ แม่และเด็ก	21.0	46.5	27.7	4.8	-	2.16 (581)
รวม						2.43 (564)

1.4.2 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง สมาชิก อบต. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับน้อย (2.17) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง จัดกิจกรรมรณรงค์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้มีการกินยาเม็ดธาตุเหล็กหรืออาหารที่มีธาตุเหล็ก (2.33) รองลงมาคือ จัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ (2.29) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนยาเม็ดธาตุเหล็กให้แก่หญิงมีครรภ์เพื่อป้องกันโรคโลหิตจาง (2.01) รองลงมาคือ สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดฮีมาโตคริต เข็มเจาะเลือด (2.04) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 75.0 และ 77.4 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการควบคุม และป้องกันโรคโลหิตจาง	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. จัดกิจกรรมรณรงค์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้มีการกินยาเม็ดธาตุเหล็ก หรืออาหารที่มีธาตุเหล็ก	17.6	40.9	33.2	7.3	1.0	2.33 (579)
2. จัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ	19.6	43.2	27.4	7.9	1.9	2.29 (581)
3. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดฮีมาโตคริต เข็มเจาะเลือด ในการดำเนินงาน ให้กับสถานีอนามัย	27.6	49.8	17.1	5.0	0.5	2.04 (580)
4. สนับสนุนยาเม็ดธาตุเหล็กให้แก่หญิงมีครรภ์เพื่อป้องกันโรคโลหิตจาง	27.2	47.8	19.3	4.8	0.9	2.01 (578)
รวม						2.17 (575)

1.4.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย สมาชิก อบต. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับน้อยค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.67) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่องสนับสนุนงบประมาณดำเนินการของศูนย์เด็กเล็กในความรับผิดชอบ (3.27) รองลงมาคือจัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อดำเนินการศูนย์เด็กเล็ก (3.21) และจัดตั้ง/ร่วมเป็นคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก (3.17) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 43.2, 41.3 และ 38.8 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดฮีมาโตคริต เข็มเจาะเลือด (1.95) รองลงมาคือ สนับสนุนยาน้ำวิตามินรวมผสมธาตุเหล็กสำหรับเด็ก (2.01) และจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนงาน ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง (2.20) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 76.2, 74.0 และ 65.8 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามทบาทในกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี)	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. สนับสนุนงบประมาณดำเนินการของศูนย์เด็กเล็ก ในความรับผิดชอบ	6.7	15.7	34.4	30.7	12.5	3.27 (566)
2. จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณ ดำเนินการของศูนย์เด็กเล็ก	5.4	17.5	35.8	32.8	8.5	3.21 (577)
3. จัดตั้งคณะกรรมการ และร่วมเป็นคณะกรรมการ ศูนย์เด็กเล็ก	5.1	21.1	35.0	29.6	9.2	3.17 (574)
4. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์เด็ก เช่น ตรวจ สุขภาพประจำปี การดูแลพัฒนาการเด็กตามวัย เป็นต้น	8.7	20.9	32.8	30.3	7.3	3.07 (574)
5. สนับสนุนและร่วมแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ สอ. ในการ ส่งต่อเมื่อพบเด็กขาดสารอาหาร และพัฒนาการผิดปกติ	10.2	31.2	37.4	18.4	2.8	2.72 (580)
6. จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่พ่อแม่/ ผู้ ปกครองนำเด็กไปชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ตามนัด	7.3	36.4	35.8	18.4	2.1	2.72 (577)
7. จัดอบรมที่เลี้ยงดูดูแลเด็ก และ/หรือ พาไปศึกษาดูงาน ศูนย์เด็กเล็ก ตามเหมาะสม	10.4	37.2	36.5	13.0	2.9	2.69 (578)
8. จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อดำเนินการเฝ้าระวัง การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย	14.5	28.7	34.3	18.3	4.2	2.61 (574)
9. จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ให้ความรู้แก่ ผู้ปกครอง ในการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง	16.6	40.0	30.8	11.6	1.0	2.40 (578)
10. จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนงาน เพื่อขอตั้งงบประมาณ ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง	25.3	40.5	24.1	8.5	1.6	2.20 (576)
11. สนับสนุนยาน้ำวิตามินรวมผสมธาตุเหล็กสำหรับเด็กวัย ก่อนเรียน อายุ 1-5 ปี	33.1	40.9	18.7	6.4	0.9	2.01 (577)
12. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดฮีมาโตคริต เข็มเจาะ เลือด ในการตรวจเพื่อหาความเข้มข้นเลือด	35.4	40.8	18.1	5.4	0.3	1.95 (575)
รวม						2.67 (529)

1.4.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สมาชิก อบต. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับน้อย ก่อนข้างไปทางปานกลาง (2.90) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ลานกีฬา (3.30) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 39.5) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาแก้ปวด (2.47) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 50.9) ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรม โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. สนับสนุนงบประมาณ จัดหาอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ลานกีฬา	3.3	14.6	42.6	28.2	11.3	3.30 (577)
2. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน	5.5	20.6	48.5	20.5	4.9	2.98 (577)
3. ร่วมเป็นคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	6.0	25.1	43.6	20.0	5.3	2.94 (571)
4. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น จัดกิจกรรมรณรงค์ประกวด เอกสารเพื่อเผยแพร่	9.0	24.7	44.3	18.5	3.5	2.83 (579)
5. สนับสนุนเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาแก้ปวด ในการดำเนินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	18.3	32.6	34.4	13.0	1.7	2.47 (579)
รวม						2.90 (561)

1.4.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตสำหรับเด็กนักเรียน สมาชิก อบต. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.14) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง จัดซื้ออาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้นักเรียน (3.56) รองลงมาคือ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ปรับปรุงลานกีฬา (3.43) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 52.6 และ 48.1) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ของเด็กนักเรียน (2.88) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 32.0) ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. จัดซื้ออาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้เด็กนักเรียนที่มีปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	1.8	8.9	36.7	37.2	15.4	3.56 (570)
2. สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ปรับปรุงลานกีฬา เป็นต้น	2.4	10.8	38.7	37.1	11.0	3.43 (572)
3. รวบรวมผลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กนักเรียน เพื่อวางแผนของงบประมาณดำเนินการ	6.6	25.3	44.9	19.9	3.3	2.93 (573)
4. ร่วมกับครูและเจ้าหน้าที่ สอ. ในการค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารในเด็กหลังจากการให้อาหารเสริมแล้ว	5.4	25.8	43.7	20.4	4.7	2.93 (569)
5. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ของเด็กนักเรียน	6.0	26.0	41.3	22.3	4.4	2.88 (572)
รวม						3.14 (563)

1.4.6 การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว สมาชิก อบต. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับน้อย (2.00) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุด ในกิจกรรมเรื่อง จัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว (2.38) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ทำทะเบียนของผู้นับบริการวางแผนครอบครัว (1.78) รองลงมาคือ รวบรวมข้อมูล ชายหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการบริการวางแผนครอบครัว (1.94) และประสานงานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อจัดทำแผนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัยวางแผนครอบครัว (2.00) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 82.6, 76.4 และ 72.5 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมการสนับสนุนวางแผนครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสนับสนุนวางแผนครอบครัว	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. จัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ความรู้ด้านกรวางแผนครอบครัว เช่น รณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย ฯลฯ	16.0	42.3	31.3	8.7	1.7	2.38 (575)
2. ประสานงานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อจัดทำแผนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย	35.9	36.6	20.5	5.4	1.6	2.00 (577)
3. รวบรวมข้อมูล ชายหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการบริการวางแผนครอบครัว แยกตามวิธีการคุมกำเนิด	35.1	41.3	18.8	4.3	0.5	1.94 (579)
4. จัดทำทะเบียนของผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว	44.5	38.1	12.9	3.8	0.7	1.78 (559)
รวม						2.00 (553)

1.4.7 การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ สมาชิก อบต. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.14) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุดในการเรื่อง รณรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ (3.66) รองลงมาคือ จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินงาน (3.16) และสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เช่น ให้มีลานกีฬา อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย (3.11) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 56.0, 33.4 และ 33.2 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการจัดบริการตรวจสุขภาพ ของผู้สูงอายุให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (2.92) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 30.1) ดังตารางที่ 4.20

สรุปได้ว่า สมาชิก อบต. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน 7 กิจกรรม อยู่ในระดับน้อย ยกเว้นกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต (3.14) และกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ (3.14) ที่มีการปฏิบัติตามบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมการวางแผนครอบครัว (2.00) ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.20 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทใน
กิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย มาก	ปาน กลาง	มาก น้อย	มาก ที่สุด	
1. รมรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวัน ผู้สูงอายุแห่งชาติ เช่น รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ	2.1	11.5	30.4	30.1	25.9	3.66 (582)
3. จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณ ดำเนินงาน	3.1	23.2	40.3	26.3	7.1	3.16 (581)
3. สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เช่น อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย	2.2	18.2	46.4	27.9	5.3	3.11 (581)
4. สำรวจ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและเป็นแหล่งข้อมูล เช่น จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น	4.5	25.9	41.6	20.7	7.3	3.09 (579)
5. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มและสร้าง เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชน	2.9	22.3	43.2	25.9	5.7	3.07 (582)
6. จัดตั้งคณะกรรมการ และร่วมเป็นคณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุ	2.4	25.2	42.3	22.8	7.3	3.00 (579)
7. สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ในการจัดบริการตรวจสุขภาพ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	5.5	24.6	45.8	20.5	3.6	2.92 (581)
รวม						3.14 (578)

ตารางที่ 4.21 คะแนนเฉลี่ยของสมาชิก อบต. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ
แยกตามรายกิจกรรมการถ่ายโอน

รายกิจกรรมการถ่ายโอน	จำนวน (คน)	คะแนน ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	564	2.43	0.67
การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง	575	2.17	0.69
การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย	529	2.67	0.64
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	561	2.90	0.71
การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต	563	3.14	0.70
วางแผนครอบครัว	553	2.00	0.73
สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	578	3.14	0.71

1.5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ และการปฏิบัติจริงตามบทบาท

เมื่อพิจารณา ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริง แต่ละข้อ และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทกับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริง โดยใช้ Paired t-test สรุปได้ดังนี้

1.5.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่า สมาชิก อบต. รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (2.85-3.22) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.16-2.77) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่า มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) จัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก 2) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ในการดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์

1.5.2 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางการขาดธาตุเหล็ก

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่า สมาชิก อบต. รับรู้บทบาทอยู่ในระดับน้อยค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.71-2.89) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อย (2.01-2.33) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่า มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) สนับสนุนยาเม็ดธาตุเหล็กให้แก่หญิงมีครรภ์

1.5.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด - 5 ปี)

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่า สมาชิก อบต. รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (3.71-4.14) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (2.70-3.27) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่า มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) จัดอบรมพี่เลี้ยง/ศึกษาดูงานศูนย์เด็กเล็ก ตามเหมาะสม 2) ส่งเสริม/สนับสนุนการดำเนินงานศูนย์เด็ก เช่น ตรวจสอบสุขภาพเด็ก

1.5.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่า สมาชิก อบต. รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างไปทางมาก (3.02-3.58) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (2.47-3.29) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่า มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) สนับสนุนเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยากำจัดเหา 2) เผยแพร่ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น ทำสื่อ (พื้นบ้าน)/เอกสาร

1.5.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่า สมาชิก อบต.รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างไปทางมาก (3.25-3.74) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (2.88-3.56) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่ามีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) ร่วมกับครูและเจ้าหน้าที่ สอ. ในการค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารในเด็กหลังจากการให้อาหารเสริมแล้ว พร้อมทั้งหาทางแก้ไข 2) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ของเด็กนักเรียน

1.5.6 การสนับสนุนวางแผนครอบครัว

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่า สมาชิก อบต.รับรู้บทบาทอยู่ในระดับน้อยถึงค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.43-2.76) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อย (1.78-2.38) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่า มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) จัดทำทะเบียนของผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว

1.5.7 การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่าสมาชิก อบต.รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างไปทางมาก (3.35-3.76) และการปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างไปทางมาก (3.07-3.66) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่ามีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ยกเว้น กิจกรรมรณรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ($p = 0.002$) โดยมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เช่น ให้มีลานกีฬา อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย 2) สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ในการจัดบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพกาย ฟันฟูสภาพของผู้สูงอายุ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท ของสมาชิก อบต. จำแนกตามรายชื่อในแต่ละกิจกรรม ที่มีการรับรู้บทบาทมากใน 3-5 อันดับแรก

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่าง ของ ค่าเฉลี่ย	P-value **
	รับรู้ บทบาท	ปฏิบัติ จริง		
การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์				
1. จัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก	2.85	2.16	0.69	< 0.001*
2. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ในการดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์	3.13	2.51	0.62	< 0.001*
3. จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ	3.06	2.54	0.51	< 0.001*
4. แนะนำสถานบริการสาธารณสุข/ จัดหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการ	2.93	2.44	0.49	< 0.001*
5. ประสานงานกับสถานีอนามัย เพื่อสร้างเครือข่ายให้ความช่วยเหลือ	3.22	2.77	0.45	< 0.001*
การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง				
1. สนับสนุนยาเม็ดธาตุเหล็กให้แก่หญิงมีครรภ์	2.75	2.01	0.74	< 0.001*
2. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดฮีมาโตคริต เข็มเจาะเลือด	2.71	2.04	0.67	< 0.001*
3. จัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ	2.86	2.29	0.57	< 0.001*
4. ร่วมสนับสนุน จัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้	2.89	2.33	0.56	< 0.001*
การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด - 5 ปี)				
1. จัดอบรมพี่เลี้ยง/ศึกษาดูงานศูนย์เด็กเล็ก ตามเหมาะสม	3.71	2.70	1.01	< 0.001*
2. ส่งเสริม/สนับสนุนการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก เช่น ตรวจสุขภาพเด็ก	3.99	3.07	0.92	< 0.001*
3. สนับสนุนงบประมาณดำเนินการของศูนย์เด็กเล็ก	4.14	3.27	0.87	< 0.001*
4. จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อดำเนินการศูนย์เด็กเล็ก	4.03	3.21	0.82	< 0.001*
5. จัดตั้งคณะกรรมการ/ร่วมเป็นคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก	3.97	3.17	0.80	< 0.001*
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ				
1. สนับสนุนเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาแก้ปวด	3.02	2.47	0.55	< 0.001*
2. เผยแพร่ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น ทำสื่อ(พื้นบ้าน)/เอกสาร	3.29	2.83	0.46	< 0.001*
3. ส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่าง รร. ครอบครัว/ชุมชน	3.39	2.98	0.41	< 0.001*
4. ร่วมเป็นคณะกรรมการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	3.32	2.93	0.39	< 0.001*
5. สนับสนุนอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์/ ลานกีฬา	3.58	3.29	0.29	< 0.001*

** paired t-test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ตารางที่ 4.22 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท ของสมาชิก อบต.จำแนกตามรายชื่อในแต่ละกิจกรรม ที่มีการรับรู้บทบาทมากใน 3-5 อันดับแรก (ต่อ)

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่าง ของ ค่าเฉลี่ย	P-value **
	รับรู้ บทบาท	ปฏิบัติ จริง		
การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต				
1. ร่วมกับ รร./สอ. ค้นหาสาเหตุการขาดสารอาหาร/แนวทางแก้ไข	3.35	2.93	0.42	< 0.001*
2. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการเผยแพร่ความรู้	3.29	2.88	0.41	< 0.001*
3. รวบรวมผลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กนักเรียน	3.25	2.93	0.32	< 0.001*
4. สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย	3.62	3.43	0.19	< 0.001*
5. จัดซื้ออาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้แก่นักเรียน	3.74	3.56	0.18	< 0.001*
การสนับสนุนวางแผนครอบครัว				
1. จัดทำทะเบียนของผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว	2.43	1.78	0.65	< 0.001*
2. รวบรวมข้อมูล ชายหญิง ที่ต้องการบริการวางแผนครอบครัว	2.49	1.94	0.55	< 0.001*
3. ประสานงาน สอ. เพื่อจัดทำแผนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ เช่น ยาคุม	2.50	2.00	0.50	< 0.001*
4. รณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว	2.76	2.38	0.38	< 0.001*
การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ				
1. สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ	3.48	3.11	0.36	< 0.001*
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่าย	3.42	3.07	0.35	< 0.001*
3. จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณ	3.44	3.16	0.28	< 0.001*
4. สำรวจ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร	3.35	3.09	0.26	< 0.001*
5. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ	3.76	3.66	0.10	0.002*

** paired t-test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

1.6 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของการรับรู้และการปฏิบัติจริง ตามปัจจัย ส่วนบุคคล ลักษณะ อบท. และปัจจัยทางประสบการณ์

คะแนนที่ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริงแต่ละส่วน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 43 ข้อ แบ่งเป็น 7 กิจกรรม คือ การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ (6 ข้อ), การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจาง (4 ข้อ), การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (12 ข้อ), โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (5 ข้อ), การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต (5 ข้อ), การวางแผนครอบครัว (4 ข้อ) และกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ (7 ข้อ) แต่ละข้อมีคะแนน 5 ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก, 5 = มากที่สุด ดังนั้นในแต่ละคนจึงมีคะแนนตั้งแต่ 43 (1×43) ถึง 215 (5×43) คะแนน เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อหรือรายกิจกรรมจะมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1 ถึง 5 คะแนน

1.6.1 การรับรู้บทบาท

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ตามปัจจัยส่วนบุคคล ในภาพรวมพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามปัจจัยด้านอาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ สำหรับปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งใน อบท. พบว่ามีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่า

เพศ สมาชิก อบท. เพศชายและเพศหญิง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกันทั้ง 7 กิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าเพศชายทุกกิจกรรม

อายุ สมาชิก อบท. ที่มีอายุต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกันทั้ง 7 กิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยกลุ่มอายุ 26 –35 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

สถานภาพ สมาชิก อบท. ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกันทั้ง 7 กิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยสมาชิก อบท. ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่า สมาชิก อบท. ที่มีสถานภาพสมรสคู่และโสด

อาชีพ สมาชิก อบท. ที่ประกอบอาชีพที่ต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) ส่วนในกิจกรรมอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยสมาชิก อบท. ที่ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

ระดับการศึกษา สมาชิก อบต. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต และกิจกรรมสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนในกิจกรรมควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง และกิจกรรมการวางแผนครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยสมาชิก อบต. ที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าระดับต่ำกว่าปริญญาตรี

รายได้ของสมาชิก/เดือน สมาชิก อบต. ที่มีรายได้ต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทกิจกรรมสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในส่วนกิจกรรมอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยสมาชิก อบต. ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่า สมาชิก อบต. ที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท

ตำแหน่ง สมาชิก อบต. ที่ดำรงตำแหน่งใน อบต. ที่ต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยสมาชิก อบต. ที่ดำรงตำแหน่ง บริหาร จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่า สมาชิก อบต. ที่ดำรงตำแหน่งสภา อบต. ดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ รายกิจกรรม และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของสมาชิก อบต.

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายกิจกรรม							
	ส่งเสริมหญิงมีครรภ์	ป้องกันโลหิตจาง	เด็กปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	เฝ้าระวังการเจริญเติบโต	วางแผนครอบครัว	ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	
เพศ^a								
ชาย	2.98	2.79	3.18	3.25	3.44	2.52	3.43	
หญิง	3.04	2.85	3.29	3.35	3.52	2.52	3.49	
p-value	0.464	0.535	0.198	0.233	0.283	0.969	0.430	
อายุ (ปี)^b								
26 – 35	3.01	2.85	3.23	3.33	3.56	2.57	3.59	
36 – 45	3.02	2.78	3.20	3.29	3.41	2.53	3.41	
46 – 55	2.91	2.79	3.17	3.19	3.40	2.48	3.37	
56 – 65	3.01	2.81	3.25	3.31	3.56	2.47	3.46	
66 – 75	3.09	2.50	2.95	2.95	3.25	2.81	3.32	
p-value	0.668	0.817	0.813	0.368	0.167	0.747	0.142	

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.23 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพรายกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของสมาชิก อบต.(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		คะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายกิจกรรม						
		ส่งเสริม	ป้องกัน	เด็ก	โรงเรียน	เฝ้าระวัง	วางแผน	ส่งเสริม
		หญิงมี	โลหิต	ปฐมวัย	ส่งเสริม	การเจริญ	ครอบครัว	สุขภาพ
		ครรภ์	จาง	(0-5ปี)	สุขภาพ	เติบโต	ครัว	ผู้สูงอายุ
สถานภาพ	โสด	3.06	2.81	3.20	3.40	3.47	2.57	3.51
	สมรส ^c							
	คู่	2.98	2.78	3.19	3.25	3.44	2.52	3.43
	หม้าย/หย่า/แยก	3.21	3.14	3.47	3.24	3.62	2.42	3.52
	<i>p-value</i>	0.352	0.178	0.417	0.390	0.558	0.791	0.649
อาชีพ	เกษตรกร	3.00	2.70	3.13	3.23	3.41	2.46	3.43
	รับจ้าง	2.94	2.79	3.08	3.21	3.38	2.54	3.35
	ธุรกิจ	3.03	2.94	3.30	3.33	3.43	2.57	3.44
	แม่บ้าน	3.14	2.81	3.37	3.48	3.30	2.62	3.52
	ค้าขาย	2.97	2.88	3.22	3.23	3.53	2.51	3.43
	ข้าราชการ	2.94	2.67	3.30	3.33	3.71	2.53	3.63
	<i>p-value</i>	0.840 ^b	0.131 ^b	0.148 ^b	0.464 ^b	0.046^{c*}	0.896 ^b	0.409 ^b
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	2.99	2.79	3.11	3.18	3.37	2.51	3.35
	มัธยมต้น	2.78	2.71	3.07	3.14	3.32	2.43	3.32
	มัธยมปลาย/ปวช.	3.02	2.75	3.27	3.33	3.45	2.47	3.47
	อนุปริญญาตรี	3.07	2.88	3.16	3.43	3.48	2.65	3.40
	ปริญญาตรีขึ้นไป	3.12	2.95	3.37	3.40	3.70	2.64	3.67
	<i>p-value</i>	0.027^{b*}	0.238 ^b	0.007^{c*}	0.023^{b*}	0.001^{b*}	0.334 ^b	0.002^{b*}
รายได้ ^b (บาท)	ต่ำกว่า 5,000	2.91	2.72	3.21	3.25	3.40	2.51	3.35
	5,000 – 10,000	2.98	2.81	3.12	3.24	3.39	2.46	3.39
	10,001 – 15,000	2.95	2.73	3.26	3.25	3.51	2.52	3.46
	15,001 – 20,000	3.05	2.85	3.25	3.27	3.50	2.47	3.53
	20,001 ขึ้นไป	3.22	2.90	3.38	3.40	3.61	2.85	3.69
	<i>p-value</i>	0.120	0.602	0.117	0.739	0.191	0.042[*]	0.029[*]
ตำแหน่งใน อบต. ^a	บริหาร	2.97	2.84	3.22	3.23	3.49	2.45	3.47
	สภา อบต.	3.06	2.78	3.19	3.28	3.43	2.55	3.42
	<i>p-value</i>	0.640	0.462	0.665	0.470	0.325	0.195	0.468

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* p < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ตามลักษณะ อบต. พบว่ามีความแตกต่างทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยสมาชิก อบต.ระดับชั้น 1 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่า สมาชิก อบต.ระดับชั้นอื่น และสมาชิกที่ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีรายได้ของ อบต. 20 ล้านบาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีรายได้น้อยกว่า 20 ล้านบาท และสมาชิกที่ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีโครงสร้างบุคลากรสาธารณสุขเป็นสมาชิก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานใน อบต. ที่ไม่มีโครงสร้างบุคลากรสาธารณสุขเป็นสมาชิก ดังตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ รายการกิจกรรม และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยลักษณะ อบต. ของสมาชิก อบต

ลักษณะ อบต.	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายการกิจกรรม						
	ส่งเสริม หญิงมี ครรภ์	ป้องกัน โลหิตจาง	เด็ก ปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียน ส่งเสริม สุขภาพ	เฝ้าระวัง การเจริญ เติบโต	วางแผน ครอบครัว	ส่งเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุ
ระดับชั้น							
อบต.ชั้น 1	3.56	3.51	3.82	3.87	3.88	3.22	3.99
อบต. ชั้น 2-4	3.17	2.93	3.33	3.41	3.57	2.63	3.55
อบต. ชั้น 5	2.70	2.52	2.89	3.00	3.25	2.28	3.22
<i>p-value</i>	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}
รายได้ (บาท)							
< 3 ล้าน	3.01	2.93	3.23	3.23	3.35	2.45	3.21
3 - 6 ล้าน	2.71	2.45	2.85	3.04	3.30	2.29	3.27
6 - 12 ล้าน	3.11	2.93	3.34	3.32	3.45	2.62	3.51
12 - 20 ล้าน	3.31	3.07	3.39	3.41	3.54	2.48	3.44
> 20 ล้าน	3.25	3.18	3.76	3.69	3.85	3.04	3.83
<i>p-value</i>	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}
บุคลากร ^a สาธารณสุข							
ไม่มี	2.93	2.73	3.13	3.21	3.41	2.45	3.38
มี	3.56	3.51	3.82	3.87	3.88	3.22	3.99
<i>p-value</i>	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}	< 0.001 ^{c*}

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ตามปัจจัยทางประสบการณ์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามปัจจัยด้าน ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ประวัติการเจ็บป่วย เป็น/เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น การได้รับการอบรม สำหรับการ ได้รับข้อมูลข่าวสาร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณา เป็นรายกิจกรรม พบว่า

ระยะเวลาดำรงตำแหน่งใน อบต. สมาชิก ที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งใน อบต. ต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพหญิงมีครรภ์ การวางแผนครอบครัวและการสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ สำหรับใน กิจกรรมอื่นๆ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีระยะเวลาดำรงตำแหน่ง มากกว่า 6 ปี จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าผู้ที่มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งใน อบต. น้อยกว่า 6 ปี

ประวัติการเจ็บป่วย สมาชิกที่มีประวัติการเจ็บป่วยที่ต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง การ สร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย การเฝ้าระวังภาวะการการเจริญเติบโต และการสนับสนุนกิจกรรมวางแผนครอบครัว สำหรับในกิจกรรมอื่นๆ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว

เป็น/เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น สมาชิกที่เคยเป็น/ไม่เคยเป็น อสม. หรือบุคลากรทางสาธารณสุขอื่น คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ใน กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะ การเจริญเติบโต และกิจกรรมสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนในกิจกรรมอื่นๆ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยสมาชิก อบต.ที่เป็น/เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรทาง สาธารณสุขอื่น คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าสมาชิกที่ไม่เป็น/ไม่เคยเป็น

การได้รับการอบรม สมาชิกที่ อบต. ได้รับการฝึกอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกัน จะมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพหญิงมีครรภ์ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การวางแผนครอบครัว และกิจกรรมสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) สำหรับกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่เคยได้รับการอบรม จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรม

การได้รับข้อมูลข่าวสาร สมาชิก อบต.ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ทุกกิจกรรม โดยผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าสมาชิกที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ รายการกิจกรรม และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยประสบการณ์ ของสมาชิก อบต.

ปัจจัยประสบการณ์		คะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายการกิจกรรม						
		ส่งเสริมหญิงมีครรภ์	ป้องกันโลหิตจาง	เด็กปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	เฝ้าระวังการเจริญเติบโต	วางแผนครอบครัว	ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ระยะเวลา	1 – 2 ปี	2.86	2.69	3.06	3.15	3.34	2.49	3.29
ดำรงตำแหน่ง	3 – 4 ปี	3.03	2.82	3.24	3.27	3.45	2.48	3.48
	5 – 6 ปี	3.00	2.82	3.32	3.36	3.66	2.62	3.55
	> 6 ปี	3.46	3.33	3.67	3.84	3.89	3.00	3.87
	<i>p-value</i>	0.008^{c*}	0.075 ^c	0.345 ^c	0.147 ^c	0.849 ^c	0.008^{b*}	0.036^{c*}
ประวัติโรค	ไม่มี	2.98	2.77	3.17	3.26	3.43	2.49	3.42
ประจำตัว ^a	มี	3.09	3.07	3.51	3.37	3.63	2.78	3.61
	<i>p-value</i>	0.284	0.007[*]	0.002[*]	0.271	0.038[*]	0.014[*]	0.051
เป็น/เคยเป็น ^a	ไม่เคย	2.96	2.77	3.16	3.24	3.41	2.49	3.41
อสม./บุคลากร	เคย	3.14	2.91	3.39	3.40	3.61	2.66	3.60
ทางการแพทย์	<i>p-value</i>	0.030[*]	0.123	0.007[*]	0.063	0.008[*]	0.109	0.012[*]
ได้รับการอบรม ^a	ไม่เคย	2.95	2.75	3.15	3.23	3.43	2.47	3.41
	เคย	3.21	3.09	3.46	3.48	3.56	2.80	3.62
	<i>p-value</i>	0.003[*]	<.001[*]	0.001[*]	0.003[*]	0.116	0.001[*]	0.007[*]
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	ไม่ได้รับ	3.00	2.82	3.18	3.25	3.42	2.57	3.33
	ได้รับ	2.99	2.80	3.20	3.27	3.45	2.51	3.45
	<i>p-value</i>	0.941	0.893	0.919	0.888	0.731	0.644	0.245

^a Unpaired t – test

^bOne – Way ANOVA

^cKruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

5.1.2 การปฏิบัติจริงตามบทบาท

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท ตามปัจจัยส่วนบุคคล ในภาพรวม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามปัจจัยด้านอาชีพ ตำแหน่งใน อบต. สำหรับปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ พบว่ามีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่า

เพศ สมาชิก อบต. เพศชายและเพศหญิง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทไม่แตกต่างกันทั้ง 7 กิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยเพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงสูงกว่าเพศหญิง

อายุ สมาชิก อบต. ที่มีอายุต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทไม่แตกต่างกันทั้ง 7 กิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยกลุ่มอายุ 66 –75 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

สถานภาพ สมาชิก อบต. ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่และโสด

อาชีพ สมาชิกอบต. ที่ประกอบอาชีพที่ต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) ส่วนในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) สำหรับกิจกรรมอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

ระดับการศึกษา สมาชิก อบต. ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทสูงกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับอื่น

รายได้ของสมาชิก/เดือน สมาชิก อบต. ที่มีรายได้ต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริง ตามบทบาท ไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทสูงกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท

ตำแหน่ง สมาชิก อบต. ที่ดำรงตำแหน่งใน อบต.ที่ต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทแตกต่างกัน ในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง และกิจกรรมสนับสนุนการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับกิจกรรมอื่น พบว่าไม่แตกต่างกัน อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่ดำรงตำแหน่ง สภา อบต. จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทสูงกว่า ผู้ที่ดำรงตำแหน่งบริหาร ใน อบต. ดังตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ รายกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงรายกิจกรรม							
	ส่งเสริม หญิงมี ครรภ์	ป้องกัน โลหิต จาง	เด็ก ปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียน ส่งเสริม สุขภาพ	เฝ้าระวัง การเจริญ เติบโต	วางแผน ครอบครัว	ส่งเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุ	
เพศ ^a	ชาย	2.45	2.17	2.67	2.91	3.14	2.02	3.15
	หญิง	2.37	2.19	2.66	2.85	3.15	1.91	3.08
	<i>p-value</i>	0.334	0.769	0.897	0.377	0.895	0.179	0.259
อายุ (ปี)	26 – 35	2.39	2.06	2.63	2.84	3.19	2.01	3.21
	36 – 45	2.43	2.18	2.66	2.94	3.14	2.03	3.14
	46 – 55	2.41	2.17	2.65	2.81	3.08	1.92	3.03
	56 – 65	2.47	2.21	2.77	2.99	3.18	2.04	3.24
	66 – 75	2.92	2.37	2.80	3.02	3.07	2.40	3.33
	<i>p-value</i>	0.335 ^b	0.481 ^c	0.734 ^b	0.294 ^b	0.785 ^b	0.347 ^b	0.194 ^b
สถานภาพ สมรส ^b	โสด	2.42	2.12	2.68	2.94	3.06	2.04	3.07
	คู่	2.44	2.17	2.67	2.89	3.14	2.00	3.15
	หม้าย/หย่า/แยก	2.43	2.27	2.75	2.98	3.29	1.85	3.25
	<i>p-value</i>	0.993	0.737	0.909	0.788	0.436	0.678	0.632
อาชีพ	เกษตรกร	2.41	2.10	2.63	2.83	3.07	1.97	3.09
	รับจ้าง	2.61	2.34	2.79	3.05	3.15	2.13	3.11
	ธุรกิจ	2.44	2.21	2.68	2.95	3.15	2.08	3.22
	แม่บ้าน	2.42	2.34	2.71	2.90	2.94	1.79	3.05
	ค้าขาย	2.45	2.22	2.69	2.89	3.25	1.94	3.17
	ข้าราชการ	2.18	1.76	2.52	2.76	3.30	1.96	3.20
	<i>p-value</i>	0.028 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	0.305 ^b	0.144 ^b	0.223 ^c	0.482 ^c	0.663 ^b

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.26 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ รายกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงรายกิจกรรม						
		ส่งเสริม หญิงมี ครรภ์	ป้องกัน โลหิต จาง	เด็ก ปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียน ส่งเสริม สุขภาพ	เฝ้าระวัง การเจริญ เติบโต	วางแผน ครอบครัว	ส่งเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุ
ระดับ การศึกษา	ประถมศึกษา	2.54	2.21	2.72	2.88	3.10	2.09	3.08
	มัธยมต้น	2.37	2.24	2.56	2.82	3.09	2.08	3.12
	มัธยมปลาย/ปวช.	2.44	2.18	2.72	3.00	3.17	1.91	3.19
	อนุปริญญาตรี	2.32	2.11	2.57	2.92	3.03	2.01	3.09
	ปริญญาตรีขึ้นไป	2.34	2.01	2.66	2.85	3.26	1.93	3.23
	<i>p-value</i>	0.079 ^b	0.138 ^b	0.270 ^b	0.319 ^b	0.329 ^c	0.143 ^b	0.410 ^b
รายได้ (บาท)	ต่ำกว่า 5,000	2.43	2.16	2.73	2.90	3.15	2.01	3.12
	5,000 – 10,000	2.47	2.20	2.65	2.91	3.12	1.98	3.13
	10,001 – 15,000	2.32	2.03	2.60	2.81	3.16	1.96	3.16
	15,001 – 20,000	2.40	2.16	2.63	2.85	3.12	1.99	3.08
	20,001 ขึ้นไป	2.50	2.27	2.81	3.02	3.22	2.18	3.15
	<i>p-value</i>	0.380 ^b	0.254 ^c	0.298 ^b	0.435 ^b	0.901 ^b	0.491 ^b	0.734 ^b
ตำแหน่งใน อบต. ^a	บริหาร	2.38	2.08	2.65	2.82	3.18	1.89	3.14
	สภา อบต.	2.46	2.21	2.68	2.93	3.13	2.05	3.14
	<i>p-value</i>	0.208	0.036*	0.625	0.116	0.435	0.016*	0.897

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท ตามลักษณะ อบต. พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทแตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยสมาชิก อบต. ระดับชั้น 1 มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าสมาชิก อบต. ระดับชั้นอื่น ดังตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ
 รายการกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามลักษณะ อบต.

ลักษณะ อบต.	คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงรายการกิจกรรม							
	ส่งเสริม หญิงมี ครรภ์	ป้องกัน โลหิตจาง	เด็ก ปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียน ส่งเสริม สุขภาพ	เฝ้าระวัง การเจริญ เติบโต	วางแผน ครอบครัว	ส่งเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุ	
ระดับชั้น	อบต.ชั้น 1	2.77	2.51	3.24	3.54	3.57	2.66	3.86
	อบต.ชั้น 2-4	2.61	2.34	2.83	3.05	3.27	2.10	3.25
	อบต.ชั้น 5	2.20	1.94	2.39	2.63	2.93	1.78	2.89
	<i>p-value</i>	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}
รายได้ (บาท)	< 3 ล้าน	2.51	2.37	2.68	2.79	2.97	1.91	3.10
	3 - 6 ล้าน	2.23	1.90	2.35	2.69	2.97	1.83	2.91
	6 - 12 ล้าน	2.49	2.26	2.75	2.88	3.15	1.99	3.16
	12 - 20 ล้าน	2.64	2.40	3.03	3.08	3.28	2.00	3.27
	> 20 ล้าน	2.68	2.47	3.10	3.45	3.57	2.62	3.67
	<i>p-value</i>	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}
บุคลากร ^a สาธารณสุข	ไม่มี	2.93	2.73	3.13	3.21	3.41	2.45	3.38
	มี	3.56	3.51	3.82	3.87	3.88	3.22	3.99
	<i>p-value</i>	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}	<0.001 ^{b*}

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ตามปัจจัยทางประชากร พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามปัจจัยด้าน ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง เป็น/เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น การได้รับการอบรม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สำหรับการมีประวัติโรคประจำตัว คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายการกิจกรรม พบว่า

ระยะเวลาดำรงตำแหน่งใน อบต. สมาชิกที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งใน อบต. ต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติแตกต่างกันเกือบทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้น กิจกรรมการวางแผนครอบครัว โดยผู้ที่มีระยะเวลาดำรงมากกว่า 6 ปี จะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น

ประวัติการเจ็บป่วย สมาชิกที่มีประวัติการเจ็บป่วยที่ต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท ไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริง สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

เป็น/เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น สมาชิกที่เคยเป็น/ไม่เคยเป็น อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนในกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ส่วนในกิจกรรมอื่นๆ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่เป็น / เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็น/ไม่เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น

การได้รับการอบรม สมาชิกที่ได้รับการฝึกอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมอื่นๆ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่เคยได้รับการอบรมจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรม

การได้รับข้อมูลข่าวสาร สมาชิก อบต. ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท ในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับกิจกรรมอื่นๆ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (ตารางที่ 4.28)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.28 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ
 รายการกิจกรรม และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยประสบการณ์ ของสมาชิก อบต.

ปัจจัยทางประสบการณ์		คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงรายการกิจกรรม						
		ส่งเสริม หญิงมี ครรภ์	ป้องกัน โลหิตจาง	เด็ก ปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียน ส่งเสริม สุขภาพ	เฝ้าระวัง การเจริญ เติบโต	วางแผน ครอบครัว	ส่งเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุ
ระยะเวลา ^b	1 – 2 ปี	2.30	2.04	2.51	2.76	2.97	1.94	2.91
ดำรงตำแหน่ง	3 – 4 ปี	2.52	2.29	2.75	2.96	3.22	2.03	3.25
	5 – 6 ปี	2.16	1.86	2.62	2.81	3.22	1.99	3.10
	> 6 ปี	2.76	2.24	3.02	3.41	3.35	2.19	3.64
	<i>p-value</i>	< 0.001 [*]	< 0.001 [*]	< 0.001 [*]	< 0.001 [*]	< 0.001 [*]	0.328	< 0.001 [*]
ประวัติโรค	ไม่มี	2.45	2.19	2.66	2.91	3.14	2.00	3.13
	มี	2.30	2.02	2.73	2.84	3.18	2.07	3.21
	<i>p-value</i>	0.114	0.091	0.479	0.503	0.656	0.492	0.427
เป็น/เคยเป็น ^b	ไม่เคย	2.41	2.14	2.65	2.87	3.09	1.98	3.11
	เคย	2.54	2.32	2.75	3.04	3.40	2.12	3.29
อสม./บุคลากร ทางการแพทย์	<i>p-value</i>	0.074	0.017[*]	0.194	0.039[*]	< 0.001 [*]	0.087	0.024[*]
การได้รับการ อบรม ^a	ไม่เคย	2.24	1.99	2.59	2.69	2.98	1.93	3.06
	เคย	2.45	2.19	2.68	2.92	3.16	2.01	3.15
	<i>p-value</i>	0.637	0.870	0.603	0.519	0.094	0.370	0.018[*]
การได้รับ ^a ข้อมูลข่าวสาร	ไม่ได้รับ	3.00	2.82	3.18	3.25	3.42	2.57	3.33
	ได้รับ	2.99	2.80	3.20	3.27	3.45	2.51	3.45
	<i>p-value</i>	0.009[*]	0.059	0.437	0.038[*]	0.097	0.295	0.389

^a Unpaired t – test

^bOne – Way ANOVA

^cKruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.29 สรุประดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้และปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ รายกิจกรรม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยทางประชากรณ์ ของสมาชิก อบต.

ปัจจัย	ระดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้รายกิจกรรม							ระดับนัยสำคัญทางสถิติของการปฏิบัติจริงรายกิจกรรม						
	ส่งเสริม	ป้องกัน	เด็ก	โรงเรียน	เฝ้าระวัง	วางแผน	ส่งเสริม	ส่งเสริม	ป้องกัน	เด็ก	โรงเรียน	เฝ้าระวัง	วางแผน	ส่งเสริม
	หญิงมี ครรภ์	โลหิต จาง	ปฐมวัย (0-5ปี)	ส่งเสริม สุขภาพ	การเจริญ เติบโต	ครอบ ครัว	สุขภาพ ผู้สูงอายุ	หญิงมี ครรภ์	โลหิต จาง	ปฐมวัย (0-5ปี)	ส่งเสริม สุขภาพ	การเจริญ เติบโต	ครอบ ครัว	สุขภาพ ผู้สูงอายุ
เพศ ^a	0.464	0.535	0.198	0.233	0.283	0.969	0.430	0.334	0.769	0.897	0.377	0.895	0.179	0.259
อายุ (ปี)	0.668 ^b	0.817 ^b	0.813 ^b	0.368 ^b	0.167 ^b	0.747 ^b	0.142 ^b	0.335 ^b	0.481 ^b	0.734 ^b	0.294 ^b	0.785 ^b	0.347 ^b	0.194 ^b
สถานภาพสมรส ^b	0.352	0.178	0.417	0.390	0.558	0.791	0.649	0.993	0.737	0.909	0.788	0.436	0.678	0.632
อาชีพ	0.840 ^b	0.131 ^b	0.148 ^b	0.464 ^b	0.046^{c*}	0.896 ^b	0.409 ^b	0.028^{b*}	<.001^{b*}	0.305 ^b	0.144 ^b	0.223 ^c	0.482 ^c	0.663 ^b
ระดับการศึกษา	0.027^{b*}	0.238 ^b	0.007^{c*}	0.023^{b*}	0.001^{b*}	0.334 ^b	0.002^{b*}	0.079 ^b	0.138 ^b	0.270 ^b	0.319 ^b	0.329 ^c	0.143 ^b	0.410 ^b
รายได้ (บาท)	0.120 ^b	0.602 ^b	0.117 ^b	0.739 ^b	0.191 ^b	0.042^b	0.029^{b*}	0.380 ^b	0.254 ^c	0.298 ^b	0.435 ^b	0.901 ^b	0.491 ^b	0.734 ^b
ตำแหน่งใน อบต. ^a	0.640	0.462	0.665	0.470	0.325	0.195	0.468	0.208	0.036[*]	0.625	0.116	0.435	0.016[*]	0.897

^aUnpaired t – test

^bOne – Way ANOVA

^cKruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.29 สรุประดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้และปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ รายกิจกรรม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยทางประชากรณ์ ของสมาชิก อบต. (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้รายกิจกรรม							ระดับนัยสำคัญทางสถิติของการปฏิบัติจริงรายกิจกรรม						
	ส่งเสริม หญิงมี ครรภ์	ป้องกัน โลหิต จาง	เด็ก ปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียน ส่งเสริม สุขภาพ	เฝ้าระวัง การเจริญ เติบโต	วางแผน ครอบครัว	ส่งเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุ	ส่งเสริม หญิงมี ครรภ์	ป้องกัน โลหิต จาง	เด็ก ปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียน ส่งเสริม สุขภาพ	เฝ้าระวัง การเจริญ เติบโต	วางแผน ครัว	ส่งเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุ
	ระดับชั้น อบต	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}
รายได้ อบต.(บาท)	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}
บุคลากรสาธารณสุข ^a	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง	0.008 ^{c*}	0.075 ^c	0.345 ^c	0.147 ^c	0.849 ^c	0.008 ^{b*}	0.036 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	<0.001 ^{c*}	0.328 ^b	<0.001 ^{c*}
ประวัติโรคประจำตัว ^a	0.284	0.007 [*]	0.002 [*]	0.271 [*]	0.038 [*]	0.014 [*]	0.051	0.114	0.091	0.479	0.503	0.656	0.492	0.427
เป็น/เคยเป็น อสม. ^a	0.030 [*]	0.123	0.007 [*]	0.063	0.008 [*]	0.109	0.012 [*]	0.074	0.017 [*]	0.194	0.039 [*]	<0.001 [*]	0.087	0.024 [*]
การได้รับการอบรม ^a	0.003 [*]	<0.001 [*]	0.001 [*]	0.003 [*]	0.186	0.001 [*]	0.007 [*]	0.637	0.870	0.603	0.519	0.094	0.370	0.018 [*]
ข้อมูลข่าวสาร ^a	0.941	0.893	0.919	0.888	0.731	0.644	0.245	0.009 [*]	0.059	0.437	0.038 [*]	0.097	0.295	0.389

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis H test

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

1.8 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของ สมาชิก อบต. ที่พบว่า มีปัญหามากที่สุด เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ การที่ อบต.ไม่มีบุคลากรทางสาธารณสุขที่จะดำเนินการได้เองโดยตรง (3.48) รองลงมาคือ ปัญหาการขาดวัสดุ อุปกรณ์ ที่จะมาสนับสนุนการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ (3.41) และการขาดงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุข (3.40) โดยระดับความสำคัญ ปัญหาอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 53.3, 50.2 และ 49.60 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.30 ร้อยละของลำดับความสำคัญของปัญหาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของสมาชิก อบต.

ข้อปัญหา	ร้อยละของระดับความสำคัญ					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. บุคลากรที่รับผิดชอบในการดำเนินงานสาธารณสุข	4.6	16.5	25.6	32.3	21.0	3.48 (581)
2. วัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	2.9	17.0	29.9	36.5	13.7	3.41 (578)
3. งบประมาณในการสนับสนุน กิจกรรมต่างๆ	3.6	18.6	28.2	33.8	15.8	3.40 (578)
4. การฝึกอบรม เกี่ยวกับงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ	5.3	19.1	44.2	25.3	6.1	3.08 (581)
5. ประสบการณ์ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	4.0	22.4	45.2	23.6	4.8	3.03 (580)
6. ความรู้ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	4.3	25.3	48.6	17.8	4.0	2.92 (578)
7. การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	6.4	27.2	46.3	17.3	2.8	2.83 (578)
8. การประสานงานกับสถานีอนามัย	10.8	31.0	37.2	18.6	2.4	2.71 (581)
9. ความร่วมมือจากประชาชน	6.4	38.2	41.6	11.7	2.1	2.65 (579)
10. ความร่วมมือจากกลุ่ม อสม.	10.8	38.1	41.4	8.6	1.1	2.51 (582)
11. ความร่วมมือจากผู้นำชุมชน	11.6	39.8	37.6	9.3	1.7	2.50 (580)
12. ความร่วมมือจากทางโรงเรียน	15.3	19.6	27.7	6.3	1.2	2.28 (568)
13. ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	18.0	46.1	28.6	5.9	1.4	2.27 (579)

ข้อเสนอแนะ สมาชิก อบต. เสนอแนะมากที่สุด เรียงจากมากไปน้อย คือ การถ่ายโอนกิจกรรมงานของสาธารณสุข ควรมีการถ่ายโอนงบประมาณ และบุคลากรมาให้กับ อบต.ด้วย (ร้อยละ 62.96) รองลงมา คือ สถานบริการสาธารณสุข (สถานีอนามัย) ควรมีการประสานงานและให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในการร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ (ร้อยละ 44.44) และ สถานบริการสาธารณสุขควรเน้นการอบรม เผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 40.74) ดังตารางที่ 4.31

ตารางที่ 4.31 จำนวนและร้อยละของสมาชิก อบต. ที่ให้ข้อเสนอแนะของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ	จำนวน (n=27)	ร้อยละ
1. การถ่ายโอนกิจกรรมงานของสาธารณสุข ควรมีการถ่ายโอนงบประมาณ และบุคลากรมาให้กับ อบต. ด้วย	17	62.96
2. สถานบริการสาธารณสุข (สถานีอนามัย) ควรมีการประสานงานและให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในการร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่	12	44.44
3. สถานบริการสาธารณสุขควรเน้นการอบรม เผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ	9	33.33
4. การดำเนินงานสาธารณสุข ควรเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	5	18.51
5. งานส่งเสริมสุขภาพควรส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	3	11.11
6. จัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และเด็ก	2	7.40

ส่วนที่ 2 เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย

2.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 30–39 ปี (ร้อยละ 39.7) อายุน้อยที่สุด 21 ปี มากที่สุด 58 ปี มีอายุเฉลี่ย 35.5 ปี (S.D. = 8.4) มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 60.4) จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ขึ้นไป (ร้อยละ 65.6) เป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งบริการ (ร้อยละ 56.2) ระดับผู้บริหารและนักวิชาการ (ร้อยละ 29.2 และ 14.6 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001–15,000 บาท (ร้อยละ 39.2) โดยมีรายได้เฉลี่ย เท่ากับ 13,230.4 บาท (S.D.= 5,589.47) รายได้ต่ำสุด 5,180 บาท และสูงสุด 35,000 บาท (ดังตารางที่ 4.32)

ตารางที่ 4.32 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	64	33.3
	หญิง	128	66.7
	รวม	192	100.0
	ชาย : หญิง	1 : 2	
อายุ (ปี)	20 – 29	60	31.7
	30 – 39	75	39.7
	40 – 49	38	20.1
	50 – 59	16	8.5
	รวม	189	100.0
	(Min = 21 Max = 58 Mean = 35.5 S.D.= 8.4)		
สถานภาพสมรส	โสด	59	30.7
	คู่	116	60.4
	หม้าย/หย่า/แยก	17	8.9
	รวม	192	100.0
ระดับการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่าปริญญาตรี	66	34.4
	ปริญญาตรีขึ้นไป	126	65.6
	รวม	192	100.0
ตำแหน่ง*	บริการ	108	56.2
	บริหาร	56	29.2
	วิชาการ	28	14.6
	รวม	192	100.0

ตารางที่ 4.32 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รายได้/เดือน (บาท)	5,000 – 10,000	70	37.6
	10,001 – 15,000	73	39.3
	15,001 – 20,000	30	16.1
	20,001 บาท ขึ้นไป	13	7.0
	รวม	186	100.0
(Min = 5,180 Max = 35,000 Mean = 13,230.4 S.D. = 5,589.5)			

* บริหาร = เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข, วิชาการ = นักวิชาการสาธารณสุข,
บริการ = เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน, เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข,พยาบาลเทคนิคและวิชาชีพ

2.2 ข้อมูลลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยด้านประสิทธิภาพ

เจ้าหน้าที่สถานีนามัย ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัยที่ไม่เป็นที่ตั้งของหน่วย PCU (ร้อยละ 52.1) มีอายุราชการอยู่ระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 32.3) เฉลี่ย 13.7 ปี (S.D.= 8.38) อายุราชการมากที่สุด 36 ปี และน้อยสุด 1 ปี ในด้านสุขภาพอนามัยพบว่า เจ้าหน้าที่สถานีนามัยไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.6) เคยได้รับการอบรม, เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 41.7 และ 90.1) โดยส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 85.2) โดยได้รับผ่านสื่อทางวารสารวิชาการมากที่สุด (ร้อยละ 78.6) ดังตารางที่ 4.33

ตารางที่ 4.33 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย จำแนกตามลักษณะหน่วยงานและปัจจัยด้านประสิทธิภาพ

	ลักษณะสถานีนามัย และปัจจัยด้านประสิทธิภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สถานีนามัย	เป็นที่ตั้ง PCU	92	47.9
	ไม่เป็นที่ตั้ง PCU	100	52.1
	รวม	192	100.0
ระยะเวลาปฏิบัติราชการ	1 – 5 ปี	26	13.6
	6 – 10 ปี	62	32.3
	10 – 15 ปี	30	15.6
	16 – 20 ปี	29	15.1
	21 ปี ขึ้นไป	45	23.4
	รวม	192	100.0
	(Min = 1 Max = 36 Mean = 13.7 S.D. = 8.38)		

ตารางที่ 4.33 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามลักษณะหน่วยงานและปัจจัย
ด้านประสบการณ์ (ต่อ)

ลักษณะสถานีอนามัย และปัจจัย ด้านประสบการณ์		จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วย	ไม่มีโรคประจำตัว	149	77.6
	มีโรคประจำตัว	43	22.4
	รวม	192	100.0
การได้รับการอบรม	ไม่เคย	112	58.3
	เคย	80	41.7
	รวม	192	100.0
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	ไม่เคย	19	9.9
	เคย	173	90.1
	รวม	192	100.0
ได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่อง (n=192)	(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	159	83.2
	การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจาง	140	73.7
	การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย	147	77.4
	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	141	75.0
	การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต	144	75.8
	วางแผนครอบครัว	148	78.7
	สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	161	85.2
แหล่งข้อมูลข่าวสาร (n=192)	(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	แพทย์	44	22.9
	เพื่อนร่วมงาน	125	65.1
	แผ่นพับ/โปสเตอร์	146	76.0
	เอกสาร	150	78.1
	วารสารวิชาการ	151	78.6
	วิทยุ	57	29.7
	โทรทัศน์	118	61.5
อินเทอร์เน็ต	17	8.9	

2.3 การรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน

2.3.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.19) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง จัดให้มีเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (3.59) รองลงมาคือ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ งานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (3.41) อยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 55.2 และ 47.4) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา กับ อบต. อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 44.5) ดังตารางที่ 4.34

ตารางที่ 4.34 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. จัดให้มีเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก	-	5.2	39.6	45.8	9.4	3.59 (192)
2. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก	0.5	12.0	40.1	41.1	6.3	3.41 (192)
3. พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ (หมู่บ้าน ตำบล) เช่น อบต., อสม., กลุ่มผู้นำ ในด้านความรู้	4.2	14.6	46.4	29.2	5.7	3.18 (192)
4. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	4.3	15.4	42.0	36.2	2.1	3.16 (188)
5. ประสานงานและสนับสนุนองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ด้านวิชาการ	3.1	16.7	44.8	32.8	2.6	3.15 (192)
6. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา กับ อบต.	14.1	30.4	29.8	22.0	3.7	2.71 (191)
รวม						3.19 (187)

2.3.2 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาท อยู่ในระดับปานกลาง (3.30) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรม เรื่อง เสริมยามีดธาตุเหล็กให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ และทำการรักษาในรายที่พบโลหิตจาง (3.51) รองลงมาคือ รวบรวมข้อมูลกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตรับผิดชอบ (3.44) และจัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ (3.43) อยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 53.2, 47.9 และ 46.4 ตามลำดับ) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหา กับ อบต. (2.86) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 38.6) ดังตารางที่ 4.35

ตารางที่ 4.35 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรม การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการควบคุม และป้องกันโรคโลหิตจาง	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด	
1. เสริมขานี้ดธาตุเหล็กให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ในรายที่มี ค่าฮีมาโตคริตปกติ และรักษาในรายที่พบโลหิตจาง	5.7	10.4	30.7	33.4	19.8	3.51 (192)
2. รวบรวม ข้อมูลกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ15-44 ปี) และกลุ่มที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ในเขตรับผิดชอบ	7.3	6.8	38.0	30.7	17.2	3.44 (192)
3. จัดกิจกรรม อบรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ ให้มี การกินขานี้ดธาตุเหล็ก หรือ กินอาหารที่มีธาตุเหล็ก	3.1	9.4	41.1	33.9	12.5	3.43 (192)
4. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ	4.2	11.5	39.1	38.5	6.8	3.32 (192)
5. ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ15-44ปี)	12.5	10.9	30.7	30.2	15.6	3.26 (192)
6. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการ ดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา กับ อบต.	14.6	24.0	27.6	28.1	5.7	2.86 (191)
รวม						3.30 (192)

2.3.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย เจ้าหน้าที่ สอ.รับรู้บทบาทในระดับน้อยค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.97) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุด ในกิจกรรมเรื่อง สํารวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สถานะสุขภาพ (จำนวนเด็ก 0-5 ปี ภาวะโภชนาการ พัฒนาการเด็ก) (3.74) รองลงมาคือ สํารวจ รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล (เด็ก 0-5 ปี) ในการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (3.41) และติดตามประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (3.39) อยู่ใน ระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 63.0, 47.1 และ 44.0 ตามลำดับ) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง เป็นที่ปรึกษาและส่งเสริมสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน “ศูนย์เด็กเล็ก น่าอยู่” (2.42) รองลงมาคือ ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงินเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็ก (2.43) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ในชุมชน (2.47) และพัฒนาบุคลากรในการ เลี้ยงดูเด็ก (2.49) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 51.3, 53.1, 46.2 และ 47.9 ตามลำดับ) ดัง ตารางที่ 4.36

ตารางที่ 4.36 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรม
การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี)	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. สํารวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สถานะสุขภาพ (จำนวนเด็ก 0-5 ปี ภาวะโภชนาการ พัฒนาการเด็ก)	-	6.3	30.7	45.3	17.7	3.74 (192)
2. สํารวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (เด็ก 0-5 ปี) ในการ ควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก	2.1	13.1	37.7	36.1	11.0	3.41 (191)
3. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และพัฒนารเด็กปฐมวัย อย่างต่อเนื่อง	2.6	9.0	44.4	34.9	9.1	3.39 (189)
4. ประสานงานและสนับสนุนองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อ สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ด้านวิชาการ	5.7	13.0	41.7	29.7	9.9	3.25 (192)
5. เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหา กับ อบต., ผู้ปกครอง เด็กเมื่อพบเด็กเจริญเติบโต พัฒนาการผิดปกติ	4.7	16.2	37.2	33.0	8.9	3.25 (192)
6. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานการควบคุมและป้องกัน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อย่างต่อเนื่อง	6.8	18.2	37.5	30.2	7.3	3.13 (192)
7. เสริมย่น้ำวิตามินรวมผสมธาตุเหล็กสำหรับเด็กวัย ก่อน เรียน ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	13.0	13.0	39.6	25.0	9.4	3.05 (192)
8. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุน งานเฝ้า ระวังการเจริญเติบโตและพัฒนารเด็กปฐมวัย	10.4	20.3	32.8	30.7	5.7	3.01 (192)
9. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนงาน ควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก	12.6	20.9	36.1	24.6	5.8	2.90 (191)
10. สํารวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (จำนวนเด็ก0-5 ปี , ศูนย์เด็ก)	19.5	14.0	33.5	25.4	7.6	2.88 (185)
11. ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต ในกลุ่มเด็ก อายุ 1-5 ปี	18.4	15.3	34.7	24.2	7.4	2.87 (190)
12. จัดบริการกิจกรรม สนับสนุนศูนย์เด็กเล็ก เช่น การ ตรวจสุขภาพเด็กการ ให้ภูมิคุ้มกันขั้นพื้นฐาน ฯลฯ	29.7	8.9	28.6	22.4	10.4	2.75 (192)
13. พัฒนาบุคลากรในการเลี้ยงดูเด็ก โดยสนับสนุนเอกสาร ความรู้ต่างๆ และเป็นวิทยากรในการอบรม	33.3	14.6	27.1	19.8	5.2	2.49 (192)

ตารางที่ 4.36 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี)	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
14. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก นำอยู่ในชุมชน	32.4	13.8	32.4	17.0	4.4	2.47 (188)
15. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการ ดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็ก	33.3	19.8	24.0	16.1	6.8	2.43 (191)
16. เป็นที่ปรึกษาและส่งเสริมสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กมี คุณ ภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน “ศูนย์เด็กเล็กนำอยู่”	34.0	17.3	26.7	16.8	5.2	2.42 (191)
รวม						2.97 (174)

2.3.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.32) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง จัดตั้งคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (3.52) รองลงมา คือ ร่วมจัดทำแผนงาน การสร้างเสริมสุขภาพกับทางโรงเรียน โดยให้ผู้ปกครองและองค์กรชุมชน เข้ามา มีส่วนร่วม (3.49) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 55.3 และ 51.8) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดใน กิจกรรมเรื่อง ให้มีการวางแผนเพื่อใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ต่อการ ดำเนินงาน (3.14) ดังตารางที่ 4.37

2.3.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปาน กลางค่อนข้างไปทางมาก (3.64) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ตรวจสอบสุขภาพ นักเรียนที่มีปัญหา ทูพโภชนาการเพื่อค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารและหาแนวทางแก้ไข (4.00) รองลงมาคือ ชั่งน้ำ หนัก วัดส่วนสูงอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง (3.90) และจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยสอดแทรกในชั่วโมงการเรียนการสอน (3.74) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 72.5, 68.8 และ 61.9 ตามลำดับ) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง นิเทศ ติดตาม ประเมินผลเป็น ระยะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (3.24) รองลงมาคือ ประชุมชี้แจงผู้ปกครอง ให้มีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพของนักเรียน (3.26) ดังตารางที่ 4.38

2.3.6 การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาทอยู่ ในระดับปานกลาง (3.49) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลสถาน การณ์การวางแผน ครอบครัว (3.70) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 60.9) และมีการรับรู้บทบาท น้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง เบิก-จ่าย เวชภัณฑ์และสื่อเผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (3.28) ดังตาราง ที่ 4.39

ตารางที่ 4.37 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรม
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. จัดตั้งคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	5.3	8.9	30.5	39.5	15.8	3.52 (190)
2. ร่วมจัดทำแผนงาน การสร้างเสริมสุขภาพกับโรงเรียน โดยให้ผู้ปกครองและองค์กรชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม	5.2	7.9	35.1	36.6	15.2	3.49 (191)
3. ติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	5.9	11.2	40.4	34.6	8.0	3.28 (188)
4. ดำเนินงานตามแผนที่จัดทำไว้พร้อมทั้งรายงานผลความ ก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน เป็นระยะ	6.8	13.1	40.3	31.4	8.4	3.21 (191)
5. จัดให้มีการวางแผน เพื่อใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญา ท้อง ถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงาน	8.9	12.6	41.4	30.4	6.8	3.14 (192)
รวม						3.32 (187)

ตารางที่ 4.38 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรม
การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. ตรวจสอบสุขภาพ นักเรียนที่มีปัญหาทุพโภชนาการเพื่อ ค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารและหาทางแก้ไข	0.5	3.6	23.4	40.2	32.3	4.00 (192)
2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง และบันทึกลงในแบบฟอร์มรายงาน	1.0	5.2	25.0	40.2	28.6	3.90 (191)
3. จัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยสอดแทรกในชั่วโมงการเรียนการสอน	3.2	4.7	30.2	38.5	23.4	3.74 (192)
4. ประชุมชี้แจงผู้ปกครอง ให้มีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพและภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียน	7.9	10.5	39.8	31.9	9.9	3.26 (191)
5. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ	5.3	15.3	38.1	32.3	9.0	3.24 (189)
รวม						3.64 (188)

ตารางที่ 4.39 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรม
การสนับสนุนวางแผนครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสนับสนุนวางแผนครอบครัว	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การวางแผน ครอบครัว	1.0	6.8	31.3	42.7	18.2	3.70 (192)
2. เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหา ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรณีส่งต่อการคุมกำเนิดที่มีปัญหา	2.1	10.4	36.5	35.4	15.6	3.52 (191)
3. ติดตามประเมิน ผลการให้บริการคุมกำเนิด ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและมีคุณภาพ	2.1	9.9	35.1	42.9	9.9	3.49 (192)
4. เบิก-จ่าย เวชภัณฑ์ และสื่อเผยแพร่ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	7.3	9.9	40.8	30.9	11.0	3.28 (191)
รวม						3.49 (190)

2.3.7 การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมาก (3.58) โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการรณรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ (3.82) รองลงมาคือจัดบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการหรือในชุมชน (3.67) และเป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (3.65) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 65.1, 58.9 และ 54.7 ตามลำดับ) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหาให้กับ อบต. (3.29) ดังตารางที่ 4.40

สรุปได้ว่า เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน 7 กิจกรรม ตามการรับรู้ของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต (3.64) และมีการรับรู้บทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด-5 ปี) (2.97) ดังตารางที่ 4.41

ตารางที่ 4.40 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	ร้อยละของระดับการรับรู้บทบาท					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการรณรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ	2.1	4.2	28.6	39.6	25.5	3.82 (192)
2. จัดบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางผู้สูงอายุ ในสถานบริการ และ/หรือ ในชุมชน	2.1	7.3	31.8	39.6	19.3	3.67 (192)
3. เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การส่งต่อไปรับบริการรักษาพยาบาล	2.1	4.7	38.5	35.4	19.3	3.65 (192)
4. รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน	0.5	7.9	36.1	41.4	14.1	3.61 (191)
5. ติดตามประเมินผลเป็นระยะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	3.6	6.8	35.9	38.5	15.1	3.55 (192)
6. สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในชุมชน	2.6	11.5	35.4	32.8	17.7	3.52 (192)
7. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหาให้กับ อบต.	5.8	12.6	39.8	30.4	11.4	3.29 (191)
รวม						3.58 (190)

ตารางที่ 4.41 คะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพแยกตามราย กิจกรรมการถ่ายโอน

รายกิจกรรมการถ่ายโอน	จำนวน (คน)	คะแนน ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	187	3.19	0.59
การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจาง	192	3.30	0.87
การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย	174	2.97	0.78
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	187	3.32	0.91
การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต (นม)	188	3.64	0.77
วางแผนครอบครัว	190	3.49	0.76
สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	190	3.58	0.80

2.4 การปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน

2.4.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ เจ้าหน้าที่ สอ. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับน้อยค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.83) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง จัดให้มีเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (3.13) รองลงมาคือ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ (3.04) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 34.9 และ 32.1) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา กับ อบต. (2.19) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 60.6) ดังตารางที่ 4.42

ตารางที่ 4.42 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท ในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนนเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. จัดให้มีเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก	4.8	15.1	45.2	31.7	3.2	3.13 (186)
2. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก	6.0	22.2	39.7	26.1	6.0	3.04 (184)
3. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	10.9	17.5	44.3	25.7	1.6	2.90 (183)
4. ประสานงานและสนับสนุนองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ด้านวิชาการ	9.8	22.2	44.3	20.5	3.2	2.85 (185)
5. พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ (หมู่บ้าน ตำบล) เช่น อบต., อสม., กลุ่มผู้นำ ในด้านความรู้	10.2	22.6	45.2	18.8	3.2	2.82 (186)
6. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา กับ อบต.	27.6	33.0	32.4	6.5	0.5	2.19 (185)
รวม						2.83 (180)

2.4.2 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง เจ้าหน้าที่ สอ. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับน้อยค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.76) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง เสริมยาเม็ดธาตุเหล็กให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ และทำการรักษาในรายที่พบโลหิตจาง (3.14) รองลงมาคือ รวบรวมข้อมูลกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตรับผิดชอบ (3.04) และจัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ (3.01) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 40.6, 35.9 และ 32.8 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา กับ อบต. (2.04) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 69.4) ดังตารางที่ 4.43

ตารางที่ 4.43 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท
ในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด	
1. เสริมขามีธาตุเหล็กให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ในรายที่มี ค่าฮีมาโตคริตปกติ และรักษาในรายที่พบโลหิตจาง	11.9	18.9	28.6	24.3	16.3	3.14 (185)
2. รวบรวม ข้อมูลกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ15-44 ปี) และกลุ่มที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ในเขตรับผิดชอบ	13.0	15.8	35.3	26.1	9.8	3.04 (192)
3. จัดกิจกรรม รณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ ให้มี การกินขามีธาตุเหล็ก หรือ กินอาหารที่มีธาตุเหล็ก	8.6	21.0	37.6	26.3	6.5	3.01 (186)
4. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ	10.7	21.4	42.8	23.5	1.6	2.84 (187)
5. ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ15-44ปี)	25.8	21.5	26.9	18.8	7.0	2.60 (186)
6. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการ ดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา กับ อบต.	36.6	32.8	21.0	9.6	-	2.04 (191)
รวม						2.76 (181)

2.4.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย เจ้าหน้าที่ สอ. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับน้อย (2.51) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุด ในกิจกรรมเรื่อง สํารวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพ (จำนวนเด็ก 0-5 ปี ภาวะโภชนาการ พัฒนาการเด็ก) (3.38) รองลงมาคือ สํารวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (เด็ก 0-5 ปี) ในการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (3.01) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 56.6 และ 30.8) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก (2.07) รองลงมาคือ ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต ในกลุ่มเด็ก อายุ 1-5 ปี (2.14) , ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนงานควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (2.15) และเป็นที่ยปรึกษาและส่งเสริมสนับสนุนศูนย์เด็ก (2.19) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 66.6, 62.2, 64.7 และ 57.4 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.44

ตารางที่ 4.44 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท
ในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี)	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. สํารวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สถานะสุขภาพ (จำนวนเด็ก 0-5 ปี ภาวะโภชนาการ พัฒนาการเด็ก)	4.2	12.7	36.5	33.9	12.7	3.38 (189)
2. สํารวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (เด็ก 0-5 ปี) ในการ ควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก	8.5	20.2	40.5	23.9	6.9	3.01 (188)
3. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และพัฒนาการเด็กปฐมวัย อย่างต่อเนื่อง	9.2	17.3	45.4	24.9	3.2	2.96 (185)
4. ประสานงานและสนับสนุนองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อ สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ด้านวิชาการ	12.2	21.7	39.7	22.2	4.2	2.85 (189)
5. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานการควบคุมและป้องกัน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อย่างต่อเนื่อง	12.7	21.7	41.3	21.1	3.2	2.80 (189)
6. เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหาให้กับ อบต., ผู้ปกครอง เด็กเมื่อพบเด็กเจริญเติบโต พัฒนาการผิดปกติ	16.0	27.1	33.5	21.3	2.1	2.66 (188)
7. เสริมขาน้ำวิตามินรวมผสมธาตุเหล็กสำหรับเด็กวัย ก่อน เรียน ที่ที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	21.2	19.6	34.9	21.7	2.6	2.65 (189)
8. จัดบริการกิจกรรม สนับสนุนศูนย์เด็กเล็ก เช่น การ ตรวจ สุขภาพเด็กการให้ภูมิคุ้มกันขั้นพื้นฐาน ฯลฯ	33.3	15.3	27.0	19.0	5.4	2.48 (189)
9. สํารวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (จำนวนเด็ก 0-5 ปี , ศูนย์เด็กเล็ก)	33.0	16.2	25.7	21.2	3.9	2.47 (179)
10. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนงานเฝ้า ระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย	27.0	30.7	27.0	15.3	-	2.31 (189)
11. พัฒนานุเคราะห์ในการเลี้ยงดูเด็กโดยสนับสนุนเอกสาร ความรู้ต่างๆ และเป็นวิทยากรในการอบรม	38.8	17.0	28.7	12.8	2.7	2.23 (188)
12. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก นํายู่ในชุมชน	37.5	18.5	29.9	13.0	1.1	2.22 (184)
13. เป็นที่ปรึกษาและส่งเสริมสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กมี คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน “ศูนย์เด็กเล็กนํายู่”	38.8	18.6	28.2	13.3	1.1	2.19 (188)

ตารางที่ 4.44 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทใน
กิจกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

กิจกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี)	ระดับการปฏิบัติจริง					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
14. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนงาน ควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก	28.9	35.8	27.3	7.5	0.5	2.15 (187)
15. ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต ในกลุ่มเด็ก อายุ 1-5 ปี	36.8	25.4	25.9	10.8	1.1	2.14 (185)
16. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการ ดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็ก	42.3	24.3	20.1	10.1	3.2	2.07 (189)
รวม						2.51 (166)

2.4.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ สอ. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับน้อย
ค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.82) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุด ในกิจกรรมเรื่องจัดตั้งคณะกรรมการ
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (3.19) รองลงมาคือ ร่วมจัดทำแผนงาน การสร้างเสริมสุขภาพกับทางโรงเรียน
โดยให้ผู้ปกครองและองค์กรชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม (3.05) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 44.4
และ 38.3) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ให้มีการวางแผน เพื่อใช้ทรัพยากร
และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงาน (2.65) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อย
ละ 44.4) ดังตารางที่ 4.45

2.4.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต เจ้าหน้าที่ สอ. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ใน
ระดับปานกลาง (3.31) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุด ในกิจกรรมเรื่อง ตรวจสอบสุขภาพ นักเรียนที่มี
ปัญหาทุพโภชนาการเพื่อค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารและหาทางแก้ไข (3.87) รองลงมาคือ ชั่งน้ำ
หนัก วัดส่วนสูงอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง (3.86) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 67.7 และ 67.6)
และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง นิเทศ ติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ อย่างต่อ
เนื่องและสม่ำเสมอ (2.49) รองลงมาคือ ประชุมชี้แจงผู้ปกครองให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและภาวะ
การเจริญเติบโตของนักเรียน (2.89) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 49.4 และ 35.7) ดังตารางที่ 4.46

2.4.6 การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว เจ้าหน้าที่ สอ. มีการปฏิบัติจริงตาม
บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.07) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทที่สุดในกิจกรรมเรื่อง รวบรวม และ
วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การวางแผนครอบครัว (3.36) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 45.8) และ
มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง เบิก-จ่าย เวชภัณฑ์และสื่อเผยแพร่ ให้กับหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้อง (2.72) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 41.7) ดังตารางที่ 4.47

ตารางที่ 4.45 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทใน
กิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1 จัดตั้งคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	10.1	14.4	32.1	33.2	10.2	3.19 (187)
2. ร่วมจัดทำแผนงาน การสร้างเสริมสุขภาพกับโรงเรียน โดยให้ผู้ปกครองและองค์กรชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม	9.6	21.8	30.3	30.3	8.0	3.05 (191)
3. ติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	12.0	23.9	36.3	24.5	3.3	2.83 (188)
4. ดำเนินงานตามแผนที่จัดทำไว้พร้อมทั้งรายงานผลความ ก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน เป็นระยะ	14.4	25.1	34.8	21.4	4.3	2.76 (187)
5. จัดให้มีการวางแผน เพื่อใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญา ท้อง ถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงาน	17.7	26.7	32.1	19.8	3.7	2.65 (187)
รวม						2.89 (183)

ตารางที่ 4.46 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทใน
กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. ตรวจสอบสุขภาพ นักเรียนที่มีปัญหาทุพโภชนาการเพื่อ ค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารและหาทางแก้ไข	1.6	5.8	24.9	39.7	28.0	3.87 (189)
2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง และบันทึกลงในแบบฟอร์มรายงาน	2.1	4.8	25.5	40.4	27.2	3.86 (188)
3. จัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยสอดแทรกในชั่วโมงการเรียนการสอน	4.2	11.6	32.3	37.6	14.3	3.46 (189)
4. ประชุมชี้แจงผู้ปกครอง ให้มีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพและภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียน	9.2	26.5	35.7	23.2	5.4	2.89 (185)
5. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ	16.1	33.3	38.2	9.7	2.7	2.49 (186)
รวม						3.31 (183)

ตารางที่ 4.47 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทใน
กิจกรรมการสนับสนุนวางแผนครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสนับสนุนวางแผนครอบครัว	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย ปานกลาง	ปานกลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การวางแผน ครอบครัว	2.6	16.0	35.6	34.6	11.2	3.36 (188)
2. เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหา ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรณีส่งต่อการคุมกำเนิดที่มีปัญหา	5.9	15.6	39.8	34.9	3.8	3.15 (188)
3. ติดตามประเมิน ผลการให้บริการคุมกำเนิด ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและมีคุณภาพ	5.2	24.5	33.0	27.7	9.6	3.12 (188)
4. เบิกจ่าย เวชภัณฑ์ และสื่อเผยแพร่ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	18.2	23.5	32.1	20.9	5.3	2.72 (187)
รวม						3.07 (186)

2.4.7 การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ สอ. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.21) โดยปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุด ในกิจกรรมเรื่อง สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการรณรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ (3.56) รองลงมาคือ เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การส่งต่อไปรับบริการรักษาพยาบาล (3.33) และ ติดตามประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ (3.31) อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 53.2, 43.4 และ 45.5 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุดในกิจกรรมเรื่อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงานงาน / แผนเงิน เพื่อสนับสนุน การดำเนินงาน และแก้ไขปัญหาให้กับ อบต. (2.82) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 38.3) ดังตารางที่ 4.48

สรุปได้ว่า เจ้าหน้าที่ สอ. มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน 7 กิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด-5 ปี) (2.51) ที่มีการปฏิบัติจริงตามบทบาทน้อยที่สุด และมีการปฏิบัติมากที่สุดในกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน (3.31) ดังตารางที่ 4.49

ตารางที่ 4.48 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาท
ในกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ

กิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	ร้อยละของระดับการปฏิบัติจริง					คะแนน เฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. สนับสนุนและส่งเสริมให้ มีการรณรงค์และจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ	4.8	9.6	32.4	31.4	21.8	3.56 (188)
2. เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหากับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง เช่น การส่งต่อไปรับบริการรักษาพยาบาล	5.8	13.8	37.0	28.1	15.3	3.33 (189)
3. ติดตามประเมินผลเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ	6.9	13.2	34.4	33.3	12.2	3.31 (189)
4. จัดบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพกายพื้น สภาพ ผู้สูงอายุ ในสถานบริการ และ/หรือ ในชุมชน	6.9	20.2	29.8	27.7	15.4	3.24 (188)
5. รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน	3.2	18.2	40.6	27.8	10.2	3.24 (187)
6. สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือ ข่ายชมรมผู้สูงอายุในชุมชน	6.9	22.8	37.5	20.6	12.2	3.08 (189)
7. ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงานงาน / แผนเงิน เพื่อสนับสนุน การดำเนินงาน และแก้ไขปัญหา กับ อบต.	16.0	22.3	31.9	22.9	6.9	2.82 (188)
รวม						3.21 (186)

ตารางที่ 4.49 คะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ สอ. ตามระดับการปฏิบัติจริงตามบทบาทกิจกรรมการสร้าง
เสริมสุขภาพ แยกตามรายกิจกรรมการถ่ายโอน

รายกิจกรรมการถ่ายโอน	จำนวน (คน)	คะแนน ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์	180	2.83	0.69
การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจาง	181	2.76	0.82
การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย	166	2.51	0.69
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	183	2.89	0.96
การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต	183	3.31	0.74
วางแผนครอบครัว	186	3.07	0.82
สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	186	3.21	0.89

2.5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ และการปฏิบัติจริงตามบทบาท

เมื่อพิจารณา ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงแต่ละข้อ และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทกับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงโดยใช้ Paired t-test สรุปได้ดังนี้

2.5.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่าเจ้าหน้าที่ สอ.รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างไปทางมาก (3.14-3.60) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (2.82-3.13) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่ามีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) การจัดให้มีเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก

2.5.2 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่าเจ้าหน้าที่ สอ.รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.26-3.53) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงค่อนข้างไปทางปานกลาง (2.60-3.14) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่า มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) ตรวจหาค่าฮีมาโตคริต ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์

2.5.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด - 5 ปี)

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่า เจ้าหน้าที่ สอ.รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างไปทางมาก (3.25-3.75) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (2.66-3.38) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่า มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหากับ อบต.และผู้ปกครองเด็ก เมื่อพบเด็กเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ

2.5.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่าเจ้าหน้าที่ สอ.รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (3.13-3.51) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (2.65-3.19) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่า มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) จัดให้มีการวางแผน เพื่อใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

2.5.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่า เจ้าหน้าที่ สอ.รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.24-4.01) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางค่อนข้างไปทางมาก (2.49-3.87)) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่ามีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) ประชุมชี้แจงผู้ปกครอง ให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียน ยกเว้น กิจกรรมการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กนักเรียน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.32$)

2.5.6 การสนับสนุนวางแผนครอบครัว

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่าเจ้าหน้าที่ สอ.รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างไปทางมาก (3.28-3.71) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (2.72-3.36) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่ามีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) เบิก-จ่ายเวชภัณฑ์ และสื่อเผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.5.7 การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติจริง พบว่าเจ้าหน้าที่ สอ.รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างไปทางมาก (3.60-3.82) ในขณะที่การปฏิบัติจริงตามบทบาทคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (3.23-3.56) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่า มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในกิจกรรม 1) จัดบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพกาย ฟันสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการหรือในชุมชน ดังตารางที่ 4.50

ตารางที่ 4.50 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริง จำแนกตามรายชื่อในแต่ละกิจกรรม ของเจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีการรับรู้บทบาทมากใน 3-5 อันดับแรก

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่าง ของ ค่าเฉลี่ย	P-value **
	รับรู้ บทบาท	ปฏิบัติ จริง		
การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์				
1. จัดให้มีเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก	3.60	3.13	0.47	< 0.001*
2. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก	3.42	3.04	0.38	< 0.001*
3. พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ (หมู่บ้าน ตำบล)	3.19	2.82	0.37	< 0.001*
4. ประสานงานและสนับสนุนองค์กรต่างๆในชุมชน	3.15	2.85	0.30	< 0.001*
5. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง	3.14	2.88	0.26	< 0.001*
การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง				
1. ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์	3.26	2.60	0.66	< 0.001*
2. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง	3.33	2.84	0.49	< 0.001*
3. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ ให้มีการกินยาเม็ดธาตุเหล็ก/อาหาร	3.44	3.01	0.43	< 0.001*
4. รวบรวม ข้อมูลกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-44 ปี)	3.46	3.04	0.42	< 0.001*
5. เสริมยาเม็ดธาตุเหล็กให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์	3.53	3.14	0.39	< 0.001*
การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด - 5 ปี)				
1. เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหา กับ อบต./ผู้ปกครองเด็ก	3.26	2.66	0.60	< 0.001*
2. ติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการ	3.39	2.96	0.43	< 0.001*
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล (เด็ก 0-5 ปี) ในการควบคุมโรคโลหิตจาง	3.41	3.01	0.40	< 0.001*
4. ประสานงานและสนับสนุนองค์กรต่างๆในชุมชน	3.25	2.85	0.40	< 0.001*
5. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล (เด็ก 0-5 ปี) เฝ้าระวังการเจริญเติบโต	3.75	3.38	0.37	< 0.001*
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ				
1. จัดให้มีการวางแผน เพื่อใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น	3.13	2.65	0.48	< 0.001*
2. ดำเนินงานตามแผนที่จัดทำไว้พร้อมทั้งรายงานผลความก้าวหน้า	3.21	2.76	0.45	< 0.001*
3. ติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการ โรงเรียนส่งเสริมฯ	3.27	2.83	0.44	< 0.001*
4. ร่วมจัดทำแผนงาน โดยให้ผู้ปกครองและองค์กรชุมชนมีส่วนร่วม	3.48	3.05	0.43	< 0.001*
5. ร่วมจัดตั้งคณะกรรมการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	3.51	3.19	0.33	< 0.001*

** paire t-test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ตารางที่ 4.50 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริง จำแนกตามรายชื่อในแต่ละกิจกรรม ของเจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีการรับรู้บทบาทมากใน 3-5 อันดับแรก (ต่อ)

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่าง ของ ค่าเฉลี่ย	P-value **
	รับรู้ บทบาท	ปฏิบัติ จริง		
การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต				
1. ประชุมชี้แจงผู้ปกครอง ให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ	3.26	2.49	0.77	< 0.001 *
2. นิเทศติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ	3.24	2.89	0.35	< 0.001 *
3. จัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ สอดแทรกในชั่วโมงการเรียน	3.75	3.46	0.29	< 0.001 *
4. ตรวจสอบสุขภาพ เพื่อค้นหาสาเหตุ/แก้ไข เด็กขาดสารอาหาร	4.01	3.87	0.14	< 0.001 *
5. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง	3.90	3.86	0.04	0.32
การสนับสนุนวางแผนครอบครัว				
1. เบิก-จ่ายเวชภัณฑ์ และสื่อเผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.28	2.72	0.56	< 0.001 *
2. เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหา ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.53	3.12	0.41	< 0.001 *
3. รวบรวมวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนครอบครัว	3.71	3.36	0.36	< 0.001 *
4. ติดตามประเมินผล การให้บริการคุมกำเนิด	3.49	3.15	0.34	< 0.001 *
การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ				
1. จัดบริการตรวจสุขภาพ ในสถานบริการหรือในชุมชน	3.66	3.24	0.42	< 0.001 *
2. รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์สถานการณ์ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	3.60	3.23	0.37	< 0.001 *
3. เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหา ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.65	3.33	0.32	< 0.001 *
4. สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการรณรงค์ ในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ	3.82	3.56	0.27	< 0.001 *
5. ติดตามประเมินผลเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง	3.55	3.31	0.24	< 0.001 *

** paire t-test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

2.6 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้และการปฏิบัติจริง ตามปัจจัย ส่วนบุคคล

ลักษณะ สอ. และปัจจัยทางประชากรณ์

คะแนนที่ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริง แต่ละส่วนประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ แบ่งเป็น 7 กิจกรรม คือ การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ (6 ข้อ), การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจาง (6 ข้อ), การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (16 ข้อ), โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (5 ข้อ), การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต (5 ข้อ), การวางแผนครอบครัว (4 ข้อ) และกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ (7 ข้อ) แต่ละข้อมีคะแนน 5 ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก, 5 = มากที่สุด ดังนั้นในแต่ละคนจึงมีคะแนนตั้งแต่ 49 (1×49) ถึง 245 (5×49) คะแนน เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อหรือรายกิจกรรมจะมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1 ถึง 5 คะแนน

2.6.1 การรับรู้บทบาท

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ไม่มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่า

เพศ เจ้าหน้าที่ สอ. เพศชายและเพศหญิง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่า

อายุ เจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีอายุแตกต่างกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

สถานภาพ เจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีสถานภาพโสด มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย/หย่า/แยก

ระดับการศึกษา เจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

รายได้ เจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีรายได้แตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าผู้ที่มียาได้ในกลุ่มอื่น

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ สอ. ที่ดำรงตำแหน่งแตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีตำแหน่งบริหาร มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าผู้ที่ดำรงตำแหน่งบริการและวิชาการ ดังตาราง 4.51

ตารางที่ 4.51 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ รายกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของเจ้าหน้าที่ สอ.

ปัจจัยส่วนบุคคล		คะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายกิจกรรม						
		ส่งเสริม หญิงมี ครรภ์	ป้องกัน โลหิต จาง	เด็ก ปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียน ส่งเสริม สุขภาพ	เฝ้าระวัง การเจริญ เติบโต	วางแผน ครอบครัว	ส่งเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุ
เพศ ^a	ชาย	3.15	3.32	3.09	3.19	3.59	3.46	3.62
	หญิง	3.21	3.29	2.91	3.39	3.66	3.51	3.56
	<i>p-value</i>	0.560	0.831	0.143	0.147	0.537	0.679	0.635
อายุ (ปี)	20 – 29	3.16	3.33	3.03	3.36	3.72	3.60	3.70
	30 – 39	3.14	3.22	2.87	3.26	3.60	3.48	3.58
	40 – 49	3.31	3.36	3.07	3.47	3.64	3.47	3.49
	50 – 59	3.29	3.36	2.90	3.10	3.38	3.21	3.33
	<i>p-value</i>	0.469 ^b	0.817 ^b	0.403 ^c	0.508 ^b	0.493 ^b	0.375 ^b	0.309 ^b
สถานภาพ สมรส ^b	โสด	3.13	3.33	3.09	3.50	3.81	3.63	3.72
	คู่	3.24	3.30	2.93	3.21	3.55	3.42	3.52
	หม้าย/หย่า/แยก	3.07	3.20	2.78	3.48	3.58	3.51	3.53
	<i>p-value</i>	0.367	0.864	0.306	0.123	0.128	0.225	0.293
ระดับ การศึกษา ^a	ต่ำกว่าปริญญาตรี	3.25	3.38	3.00	3.33	3.70	3.57	3.61
	ปริญญาตรีขึ้นไป	3.16	3.26	2.95	3.32	3.60	3.45	3.56
	<i>p-value</i>	0.337	0.374	0.704	0.975	0.435	0.283	0.703
รายได้ ^b (บาท)	5,000 – 10,000	3.12	3.32	2.95	3.35	3.67	3.57	3.67
	10,001 – 15,000	3.19	3.31	3.04	3.44	3.66	3.53	3.62
	15,001 – 20,000	3.36	3.38	2.98	3.18	3.62	3.39	3.35
	20,001 ขึ้นไป	3.23	3.14	2.67	2.95	3.16	3.07	3.28
	<i>p-value</i>	0.320	0.858	0.511	0.257	0.188	0.154	0.151

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.51 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ ราย กิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของเจ้าหน้าที่ สอ.(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายกิจกรรม							
	ส่งเสริม หญิงมี ครรภ์	ป้องกัน โลหิต จาง	เด็ก ปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียน ส่งเสริม สุขภาพ	เฝ้าระวัง การเจริญ เติบโต	วางแผน ครอบครัว	ส่งเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุ	
	ตำแหน่ง	บริการ	3.17	3.30	2.98	3.36	3.61	3.56
	บริหาร	3.17	3.29	3.06	3.28	3.77	3.46	3.64
	วิชาการ	3.23	3.30	2.91	3.29	3.61	3.38	3.50
	<i>p-value</i>	0.668 ^c	0.996 ^b	0.747 ^b	0.869 ^b	0.656 ^c	0.161 ^c	0.683 ^b

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ตามลักษณะของ สอ. และ ปัจจัยทางประชากร พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามปัจจัยด้านการได้รับการอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่า

สถานีนอมนัย เจ้าหน้าที่ สอ. ที่ปฏิบัติงานที่ สอ. ต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่ปฏิบัติงานใน สอ.ที่เป็นตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานใน สอ.ที่ไม่เป็นที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน ที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยเจ้าหน้าที่สถานีนอมนัยที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 6-10 ปี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในระยะเวลาอื่น

ประวัติการเจ็บป่วย เจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีประวัติการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีโรคประจำตัว จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว

การได้รับการอบรม เจ้าหน้าที่ สอ. ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทในกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับกิจกรรมอื่นๆ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่เคยรับการอบรม คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรม

การได้รับข้อมูลข่าวสาร เจ้าหน้าที่ สอ. ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และกิจกรรมการสนับสนุนการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับกิจกรรมอื่นๆ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ดังตารางที่ 4.51

ตารางที่ 4.52 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ รายกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามลักษณะ สอ. และปัจจัยทางประชากรศาสตร์ของเจ้าหน้าที่ สอ.

ปัจจัยลักษณะ สอ. และปัจจัยทางประชากรศาสตร์		คะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายกิจกรรม						
		ส่งเสริม	ป้องกัน	เด็ก	โรงเรียน	เฝ้าระวัง	วางแผน	ส่งเสริม
		หญิงมีครรภ์	โลหิตจาง	ปฐมวัย (0-5ปี)	ส่งเสริมสุขภาพ	การเจริญเติบโต	ครอบครัว	สุขภาพผู้สูงอายุ
สถาน	ที่ตั้ง PCU	3.24	3.39	2.98	3.40	3.73	3.53	3.64
อนามัย^a	ไม่เป็นที่ตั้ง PCU	3.14	3.20	2.96	3.25	3.54	3.45	3.51
	<i>p-value</i>	0.279	0.128	0.887	0.264	0.098	0.509	0.265
ระยะเวลา^b	1 – 5 ปี	3.06	3.53	2.98	3.31	3.77	3.43	3.85
ปฏิบัติราชการ	6 – 10 ปี	3.19	3.21	3.01	3.45	3.67	3.70	3.61
	11 – 15 ปี	3.07	3.26	2.90	3.13	3.50	3.35	3.43
	16 – 20 ปี	3.27	3.28	2.96	3.37	3.79	3.54	3.69
	21 ปี ขึ้นไป	3.26	3.33	2.96	3.25	3.50	3.31	3.41
	<i>p-value</i>	0.385 ^b	0.818 ^c	0.943 ^c	0.587 ^b	0.296 ^c	0.082 ^b	0.149 ^b
ประวัติโรค	ไม่มีโรคประจำตัว	3.20	3.30	2.93	3.32	3.64	3.50	3.56
ประจำตัว^a	มีโรคประจำตัว	3.15	3.31	3.09	3.34	3.60	3.48	3.65
	<i>p-value</i>	0.628	0.931	0.277	0.874	0.771	0.930	0.535

^a Unpaired t – test^b One – Way ANOVA^c Kruskal – Wallis test* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.52 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ รายกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามลักษณะ สอ. และปัจจัยทางประชากรศาสตร์ของเจ้าหน้าที่ สอ. (ต่อ)

ปัจจัยลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยทางประชากรศาสตร์		คะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายกิจกรรม						
		ส่งเสริม	ป้องกัน	เด็ก	โรงเรียน	เฝ้าระวัง	วางแผน	ส่งเสริม
		หญิงมี ครรภ์	โลหิต จาง	ปฐมวัย (0-5ปี)	ส่งเสริม สุขภาพ	การเจริญ เติบโต	ครอบครัว	สุขภาพ ผู้สูงอายุ
การได้รับ	ไม่เคย	3.15	3.26	2.92	3.22	3.60	3.42	3.51
การอบรม ^a	เคย	3.25	3.36	3.03	3.47	3.69	3.59	3.67
	<i>p-value</i>	0.260	0.432	0.351	0.039*	0.448	0.140	0.180
การได้รับ ^b	ไม่เคย	2.86	2.90	2.85	2.96	3.22	2.92	3.33
ข้อมูลข่าวสาร	เคย	3.23	3.34	2.98	3.37	3.68	3.56	3.61
	<i>p-value</i>	0.012*	0.035*	0.544	0.068	0.013*	<0.001*	0.267

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

5.2.2 การปฏิบัติจริงตามบทบาท

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท ตามปัจจัยส่วนบุคคล คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท ไม่มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า

เพศ เจ้าหน้าที่ สอ.เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าเพศชาย

อายุ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

สถานภาพสมรส ผู้ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มโสดและคู่

ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มอื่น

รายได้ ผู้ที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ในกลุ่มอื่น

ตำแหน่ง ผู้ที่ปฏิบัติงานตำแหน่งบริการ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าผู้ที่ดำรงตำแหน่งอื่น

(ดังตารางที่ 4.53)

ตารางที่ 4.53 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ
 รายการกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของเจ้าหน้าที่ สอ.

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงรายการกิจกรรม							
	ส่งเสริม หญิงมี ครรภ์	ป้องกัน โลหิต จาง	เด็ก ปฐมวัย (0-5ปี)	โรงเรียน ส่งเสริม สุขภาพ	เฝ้าระวัง การเจริญ เติบโต	วางแผน ครอบครัว	ส่งเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุ	
เพศ ^a	ชาย	2.82	2.72	2.43	2.85	3.30	3.03	3.21
	หญิง	2.83	2.85	2.64	2.91	3.32	3.15	3.23
	<i>p-value</i>	0.940	0.314	0.067	0.728	0.899	0.331	0.861
อายุ (ปี) ^b	20 – 29	2.85	2.84	2.59	2.92	3.37	3.20	3.27
	30 – 39	2.76	2.62	2.35	2.72	3.27	3.02	3.17
	40 – 49	2.88	2.87	2.71	3.20	3.41	3.05	3.18
	50 – 59	2.94	2.86	2.41	2.68	3.00	2.80	3.26
	<i>p-value</i>	0.720	0.328	0.071	0.088	0.333	0.364	0.920
สถานภาพ สมรส	โสด	2.79	2.66	2.45	2.92	3.43	3.19	3.14
	คู่	2.85	2.85	2.55	2.81	3.23	2.98	3.22
	หม้าย/หย่า/แยก	2.82	2.54	2.43	3.36	3.45	3.33	3.47
	<i>p-value</i>	0.933 ^c	0.192 ^c	0.646 ^b	0.115 ^b	0.198 ^b	0.127 ^b	0.432 ^c
ระดับ การศึกษา ^a	ต่ำกว่าปริญญาตรี	2.94	2.89	2.57	2.99	3.34	3.19	3.31
	ปริญญาตรีขึ้นไป	2.77	2.70	2.47	2.83	3.30	3.01	3.16
	<i>p-value</i>	0.113	0.160	0.406	0.287	0.682	0.169	0.283
รายได้ ^b (บาท)	5,000 – 10,000	2.82	2.83	2.51	2.93	3.34	3.21	3.29
	10,001 – 15,000	2.80	2.72	2.53	2.89	3.38	3.02	3.19
	15,001 – 20,000	2.90	2.84	2.57	2.81	3.22	2.93	3.05
	20,001 ขึ้นไป	2.70	2.57	2.21	2.64	2.76	2.76	3.15
	<i>p-value</i>	0.856	0.692	0.520	0.767	0.050	0.191	0.695
ตำแหน่ง ^b	บริการ	2.83	2.79	2.52	2.95	3.28	3.15	3.23
	บริหาร	2.78	2.82	2.52	2.80	3.47	2.99	3.19
	วิชาการ	2.84	2.69	2.47	2.81	3.29	2.97	3.20
	<i>p-value</i>	0.933	0.746	0.929	0.648	0.500	0.366	0.978

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท ตามลักษณะ สอ. และปัจจัยทางประสพการณ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามลักษณะของ สอ. การได้รับการอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่า

สถานีนอมา้ย เจ้าหน้าที่ สอ. ที่ปฏิบัติงานใน สอ. ที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ในกิจกรรมการสนับสนุนการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.032$) สำหรับ ในกิจกรรมอื่นๆ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน โดยผู้ที่ปฏิบัติงานใน สอ. ที่เป็นตั้งของหน่วย บริการปฐมภูมิ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานใน สอ. ที่ไม่เป็นที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การได้รับการอบรม เจ้าหน้าที่ สอ. ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในกิจกรรมสนับสนุนวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$) สำหรับกิจกรรมอื่น ๆ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่เคยรับการอบรม คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรม

การได้รับข้อมูลข่าวสาร เจ้าหน้าที่ สอ. ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ และกิจกรรมการสนับสนุน การวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับกิจกรรมอื่นๆ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

สำหรับปัจจัยด้าน ระยะเวลาปฏิบัติราชการ ประวัติการเจ็บป่วย ที่แตกต่างกันคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติจริงตามบทบาท ไม่มีความแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อ พิจารณาแต่ละตัวแปรพบว่า

ระยะเวลาปฏิบัติราชการ เจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-5 ปี คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ จริงตามบทบาทสูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาอื่น

ประวัติการเจ็บป่วย เจ้าหน้าที่ สอ. ที่มีโรคประจำตัว คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงสูงกว่ากลุ่มที่ ไม่มีโรคประจำตัว (ตั้งตารางที่ 4.54)

ตารางที่ 4.54 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริม สุขภาพ รายกิจกรรมและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามลักษณะ สอ. และปัจจัยทาง ประสพการณ์ ของเจ้าหน้าที่ สอ.

ปัจจัยลักษณะ สอ. และปัจจัยทางประสพการณ์	ปัจจัยลักษณะ สอ.	คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงรายกิจกรรม						
		ส่งเสริม	ป้องกัน	เด็ก	โรงเรียน	เฝ้าระวัง	วางแผน	ส่งเสริม
		หญิงมี ครรภ์	โลหิต จาง	ปฐมวัย (0-5ปี)	ส่งเสริม สุขภาพ	การเจริญ เติบโต	ครอบ ครัว	สุขภาพ ผู้สูงอายุ
สถานี ^a	ที่ตั้ง PCU	2.82	2.72	2.55	2.82	3.26	2.94	3.13
อนามัย	ไม่เป็นที่ตั้ง PCU	2.84	2.81	2.46	2.95	3.73	3.36	3.19
	<i>p-value</i>	0.829	0.475	0.426	0.369	0.374	0.032*	0.246
ระยะเวลา	1 – 5 ปี	2.95	3.04	2.60	3.10	3.44	3.05	3.55
ปฏิบัติราชการ	6 – 10 ปี	2.81	2.72	2.53	2.91	3.32	3.27	3.16
	11 – 15 ปี	2.64	2.66	2.27	2.63	3.16	2.91	2.99
	16 – 20 ปี	2.78	2.55	2.51	2.77	3.33	3.00	3.25
	21 ปี ขึ้นไป	2.94	2.87	2.59	2.99	3.31	2.95	3.22
	<i>p-value</i>	0.408 ^b	0.818 ^c	0.355 ^b	0.385 ^b	0.737 ^b	0.220 ^b	0.211 ^b
ประวัติโรค ^a	ไม่มีโรคประจำตัว	2.83	2.77	2.47	2.89	3.31	3.08	3.21
ประจำตัว	มีโรคประจำตัว	2.84	2.75	2.63	2.89	3.34	3.04	3.23
	<i>p-value</i>	0.930	0.914	0.234	0.972	0.833	0.807	0.890
การได้รับ	ไม่เคย	2.80	2.73	2.48	2.82	3.28	2.98	3.17
การอบรม ^a	เคย	2.86	2.81	2.55	2.98	3.36	3.20	3.27
	<i>p-value</i>	0.585	0.552	0.483	0.276	0.490	0.040*	0.462
การได้รับ ^a	ไม่เคย	2.50	2.81	2.53	2.76	3.04	2.71	3.09
ข้อมูลข่าวสาร	เคย	2.87	2.76	2.50	2.90	3.35	3.11	3.23
	<i>p-value</i>	0.030*	0.818	0.899	0.555	0.220	0.040*	0.534

^a Unpaired t – test

^b One – Way ANOVA

^c Kruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.55 สรุประดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้และปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ รายกิจกรรม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ปัจจัย	ระดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้รายกิจกรรม							ระดับนัยสำคัญทางสถิติของการปฏิบัติจริงรายกิจกรรม						
	ส่งเสริม	ป้องกัน	เด็ก	โรงเรียน	เฝ้าระวัง	วางแผน	ส่งเสริม	ส่งเสริม	ป้องกัน	เด็ก	โรงเรียน	เฝ้าระวัง	วางแผน	ส่งเสริม
	หญิงมี	โลหิต	ปฐมวัย	ส่งเสริม	การเจริญ	ครอบครัว	สุขภาพ	หญิงมี	โลหิต	ปฐมวัย	ส่งเสริม	การเจริญ	ครอบครัว	สุขภาพ
ครรภ์	จาง	(0-5ปี)	สุขภาพ	เติบโต	ครัว	ผู้สูงอายุ	ครรภ์	จาง	(0-5ปี)	สุขภาพ	เติบโต	ครัว	ผู้สูงอายุ	
เพศ ^a	0.560	0.831	0.143	0.147	0.537	0.679	0.635	0.940	0.314	0.067	0.728	0.899	0.331	0.861
อายุ (ปี)	0.469 ^b	0.817 ^b	0.403 ^c	0.508 ^b	0.493 ^b	0.375 ^b	0.309 ^b	0.720 ^b	0.328 ^b	0.071 ^b	0.088 ^b	0.333 ^b	0.364 ^b	0.920 ^b
สถานภาพสมรส	0.367 ^b	0.864 ^b	0.306 ^b	0.123 ^b	0.128 ^b	0.225 ^b	0.293 ^b	0.933 ^c	0.192 ^c	0.646 ^b	0.115 ^b	0.198 ^b	0.127 ^b	0.432 ^b
ระดับการศึกษา ^a	0.337	0.374	0.704	0.975	0.435	0.283	0.703	0.113	0.160	0.406	0.287	0.682	0.169	0.283
รายได้ (บาท) ^b	0.320	0.858	0.511	0.257	0.188	0.154	0.151	0.856	0.692	0.520	0.767	0.050	0.191	0.695
ตำแหน่งในสถานีอนามัย	0.668 ^c	0.996 ^b	0.747 ^b	0.869 ^b	0.656 ^c	0.161 ^c	0.683 ^b	0.933 ^b	0.746 ^b	0.929 ^b	0.648 ^b	0.500 ^b	0.366 ^b	0.978 ^b

^aUnpaired t – test

^bOne – Way ANOVA

^cKruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.56 สรุประดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้และปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ รายการกิจกรรม จำแนกตาม ลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยทางประชากรศาสตร์ ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ปัจจัย	ระดับนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้รายการกิจกรรม							ระดับนัยสำคัญทางสถิติของการปฏิบัติจริงรายการกิจกรรม						
	ส่งเสริม	ป้องกัน	เด็ก	โรงเรียน	เฝ้าระวัง	วางแผน	ส่งเสริม	ส่งเสริม	ป้องกัน	เด็ก	โรงเรียน	เฝ้าระวัง	วางแผน	ส่งเสริม
	หญิงมี	โลหิต	ปฐมวัย	ส่งเสริม	การเจริญ	ครอบครัว	สุขภาพ	หญิงมี	โลหิต	ปฐมวัย	ส่งเสริม	การเจริญ	ครอบครัว	สุขภาพ
ครรภ์	จาง	(0-5ปี)	สุขภาพ	เติบโต	ครัว	ผู้สูงอายุ	ครรภ์	จาง	(0-5ปี)	สุขภาพ	เติบโต	ครัว	ผู้สูงอายุ	
สถานีอนามัย ^a	0.279	0.128	0.887	0.264	0.098	0.509	0.265	0.829	0.475	0.426	0.369	0.374	0.032*	0.246
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง	0.385 ^b	0.818 ^c	0.943 ^c	0.587 ^b	0.296 ^b	0.082 ^b	0.149 ^b	0.408 ^b	0.818 ^b	0.355 ^b	0.385 ^b	0.737 ^b	0.220 ^b	0.211 ^b
ประวัติโรคประจำตัว ^a	0.628	0.931	0.277	0.874	0.771	0.930	0.535	0.930	0.914	0.234	0.972	0.833	0.807	0.890
การได้รับการอบรม ^a	0.260	0.432	0.351	0.039*	0.448	0.140	0.180	0.585	0.552	0.483	0.276	0.490	0.040*	0.462
การได้รับข้อมูลข่าวสาร ^a	0.012*	0.035*	0.544	0.068	0.013*	<.001*	0.267	0.030*	0.818	0.899	0.555	0.220	0.040*	0.534

^aUnpaired t – test

^bOne – Way ANOVA

^cKruskal – Wallis test

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

2.8 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหาการดำเนินงาน ที่พบว่าเป็นปัญหามากที่สุดของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย คือ งบประมาณในการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ (3.16) รองลงมาคือ วัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ในการดำเนินงาน (3.08) และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยขาดประสบการณ์ (2.86) โดยระดับความสำคัญของปัญหาอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 35.5, 31.8 และ 20.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.57

ตารางที่ 4.57 ร้อยละของลำดับความสำคัญของปัญหาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ข้อปัญหา	ร้อยละของระดับความสำคัญ					ค่าเฉลี่ยคะแนน
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. งบประมาณในการสนับสนุน กิจกรรมต่างๆ	6.3	19.6	38.6	22.2	13.2	3.16 (189)
2. วัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ ในการดำเนินงาน	6.3	22.2	39.7	20.6	11.2	3.08 (189)
3. ประสบการณ์ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	5.8	25.9	48.1	16.4	3.8	2.86 (189)
4. ความรู้ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	5.3	30.7	41.3	19.0	3.7	2.85 (189)
5. ความร่วมมือ กับ อบต	10.6	27.7	37.2	16.0	8.5	2.84 (188)
6. การประสานงานกับ อบต.	4.8	27.1	52.1	13.8	2.2	2.81 (188)
7. การฝึกอบรม เกี่ยวกับงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ	4.8	28.6	49.7	14.3	2.6	2.81 (189)
9. ความร่วมมือจากผู้นำชุมชน	10.1	23.3	46.6	15.9	4.2	2.81 (189)
9 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	6.9	29.8	45.7	13.3	4.3	2.78 (188)
10. ความร่วมมือจากโรงเรียน	13.3	28.7	39.4	14.9	3.7	2.67 (188)

ข้อเสนอแนะ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเสนอแนะมากที่สุด เรียงอันดับจากมากไปหาน้อย คือ ให้มีการเตรียมความพร้อมของ อบต. โดยการจัดประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ของ อบต.ให้ชัดเจน เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ ร้อยละ 38.70 รองลงมา คือ จัดประชุมชี้แจงนโยบาย ทิศทางการกระจายอำนาจให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยให้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ร้อยละ 16.12) และ อบต.ควรเพิ่มงบประมาณในการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ให้มากขึ้น (ร้อยละ 12.90) ดังตารางที่ 4.54

ตารางที่ 4.58 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ สอ. ที่ให้ข้อเสนอแนะของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ	จำนวน (n=31)	ร้อยละ
1. เตรียมความพร้อมของ อบต. โดยจัดประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ของ อบต. ให้ชัดเจน ในขอบข่ายงานที่มีการถ่ายโอน เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ	12	38.70
2. จัดประชุมชี้แจงนโยบาย ทิศทางการกระจายอำนาจให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยให้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	5	16.12
3. อบต. ควรเพิ่มงบประมาณในการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ให้มากขึ้น	4	12.90
4. การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ควรจัดให้ผู้บริหารเข้ารับทราบนโยบาย	4	12.90
5. ให้ความรู้หญิงมีครรภ์ โภชนศึกษา ในการดูแลตนเองแก่กลุ่มที่มีฐานะยากจน	3	9.67
6. ประชากรเคลื่อนย้าย เข้ามาทำให้การดูแลติดตามหญิงมีครรภ์ได้ไม่ทั่วถึง	3	9.67
7. สถานีอนามัย ต้องเข้าไปร่วมวางแผนงาน/แผนเงิน กับ อบต. ให้มากขึ้น	2	6.45
8. สถานีอนามัย ควรมีการประสานงานระหว่าง อบต. และองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อระดมทรัพยากรในท้องถิ่นมาร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุข	2	6.45

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดจุดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดชลบุรี รวมทั้งศึกษาถึงความแตกต่างของการรับรู้และการปฏิบัติจริง และหาความสัมพันธ์ของการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยทางประชากรศาสตร์ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม โดยได้ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach และเก็บข้อมูลจากแผนพัฒนาตำบลของ อบต. กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิก และปลัด อบต.ทุกคนในองค์การบริหารส่วนตำบลที่สุ่มเลือกได้ จำนวน 651 คน (47 แห่ง) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ปฏิบัติงานในเขตที่ตั้งของ อบต.ที่สุ่มได้ จำนวน 218 คน (69 แห่ง) โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2545 - กุมภาพันธ์ 2546 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired t-test, Unpaired t-test, One-way ANOVA และ Kruskal-Wallis test สรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สมาชิก อบต.

1.1 ข้อมูลทั่วไป

สมาชิก อบต. ส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 44.2 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33.7 จบการศึกษาระดับสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 32.0 มีรายได้เฉลี่ย 12,588.4 บาท/เดือน ปฏิบัติงานในตำแหน่งฝ่ายสภา ร้อยละ 69.9 (ตารางที่ 4.3) เคยดำรงตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือบุคลากรทางสาธารณสุขอื่น ร้อยละ 17.2 เคยได้รับการฝึกอบรมและได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 14.9 และ 91.6) และได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 83.3 โดยผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 79.7 สถานภาพด้านสุขภาพอนามัย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.2) ไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัว (ตารางที่ 4.5)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นสมาชิก อบต. อยู่ระดับชั้น 5, รายได้ของ อบต. อยู่ระหว่าง 3 – 6 ล้านบาท และเป็น อบต. ไม่มีโครงสร้างส่วนสาธารณสุข (ร้อยละ 45.9, 38.5 และ 90.9 ตามลำดับ)

ด้านงบประมาณ พบว่า ในปีงบประมาณ 2545 อบต. มีรายได้รวมทั้งหมด 415,067,053.13 บาท แบ่งเป็นรายได้จาก อบต.จัดเก็บเอง 99,515,569 บาท และเป็นรายได้ที่รัฐอุดหนุนและให้หน่วย

งานอื่นจัดเก็บให้และอื่นๆ 315,551,484 บาท โดยคิดเป็นสัดส่วนรายได้ที่ อบต.จัดเก็บเองกับรายได้รวมทั้งหมด ร้อยละ 23.97 หมวดย่อยจ่าย รวมทั้งหมด 317,035,747 บาท แบ่งเป็นรายจ่ายเพื่อการพัฒนา 180,032,955 บาท รายจ่ายประจำ 137,002,792 บาท ส่วนรายจ่ายด้านสาธารณสุขเพื่อกิจกรรมงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ 2,891,791 บาท โดยคิดเป็นสัดส่วนของรายจ่ายด้านสร้างเสริมสุขภาพกับรายจ่ายเพื่อการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 1.6 (ตารางที่ 4.4)

1.2 การรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน

ผลการศึกษา ในภาพรวม พบว่าสมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทในแต่ละกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นกิจกรรมการวางแผนครอบครัวที่มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับน้อย และมีการปฏิบัติจริงในแต่ละกิจกรรม อยู่ในระดับน้อยทุกกิจกรรม ยกเว้นกิจกรรมเรื่องการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ และการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต ที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละรายกิจกรรม พบว่าสมาชิก อบต. มีการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุด ในกิจกรรมเรื่องการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต (ค่าเฉลี่ยการรับรู้ = 3.45, ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ = 3.14) และกิจกรรมการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยการรับรู้ = 3.44, ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ = 3.14) และน้อยที่สุดในกิจกรรมการวางแผนครอบครัว (ค่าเฉลี่ยการรับรู้ = 2.52, ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ = 2.00) (ตารางที่ 4.13 และ 4.21)

เมื่อพิจารณาการรับรู้บทบาท ร่วมกับการปฏิบัติจริง เป็นประเด็นแต่ละข้อในแต่ละรายกิจกรรมตามลำดับของการรับรู้บทบาท พบว่า

1.2.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ สมาชิก อบต.มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติน้อย โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง 1)ประสานงานกับสถานีอนามัย เพื่อสร้างเครือข่าย 2) ประชาสัมพันธ์ให้หญิงมีครรภ์/ญาติ/องค์กรต่างๆในชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนัก ในการดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ 3)จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด(ร้อยละ 38.4 , 35.0 และ 34.8 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 19.7, 14.5 และ 16.8 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ในกิจกรรมการค้นหาหญิงมีครรภ์ และเฝ้าระวังสุขภาพ โดยแนะนำให้มีฝากครรภ์ สมาชิก อบต. มีการรับรู้และปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 25.7 และ 8.2) เท่านั้น (ตารางที่ 4.6 และ 4.14)

1.2.2 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับน้อย ก่อนไปทางปานกลาง และมีการปฏิบัติน้อย โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง 1) จัดกิจกรรมรณรงค์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้มีการกินยาเม็ดธาตุเหล็กหรืออาหารที่มีธาตุเหล็ก 2)จัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด(ร้อยละ 26.1 และ 26.0) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 8.3 และ 9.8) เท่านั้น (ตารางที่ 4.7 และ 4.15)

1.2.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติน้อย โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง 1) สนับสนุนงบประมาณดำเนินการของ

ศูนย์เด็กเล็กในความรับผิดชอบ 2) จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อดำเนินการศูนย์เด็กเล็ก 3) จัดตั้ง และร่วมเป็นคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก อยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 56.0, 51.6 และ 49.0 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 43.2, 41.3 และ 38.8 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ยังพบว่า ในกิจกรรมเรื่องของการจัดทำแผนงาน/แผนเงิน การดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และการควบคุม และป้องกันโรคโลหิตจางในเด็ก สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 36.5 และ 25.7) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (เพียงร้อยละ 22.5 และ 10.1) เท่านั้น (ตารางที่ 4.8 และ 4.16)

1.2.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติไม่น้อยก่อนไปทางปานกลาง โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่องสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ลานกีฬา อยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 52.5) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 39.5) (ตารางที่ 4.9 และ 4.17)

1.2.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต สมาชิก อบต. มีการรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรม 1) จัดซื้ออาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้นักเรียน 2) สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ปรับปรุงลานกีฬา อยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 63.1 และ 58.3) ในส่วนของการปฏิบัติจริง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 52.6 และ 48.1) (ตารางที่ 4.10 และ 4.18)

1.2.6 การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว สมาชิก อบต. มีการรับรู้และปฏิบัติตามบทบาทอยู่ในระดับน้อย โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง จัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว อยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 21.5) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 4.5) เท่านั้น (ตารางที่ 4.11 และ 4.19)

1.2.7 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สมาชิก อบต. มีการรับรู้และปฏิบัติตามบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง 1) รณรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 2) สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เช่น ให้มีลานกีฬา อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย 3) จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 63.8, 53.1 และ 48.0 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (ร้อยละ 56.0, 33.2 และ 33.4 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.12 และ 4.20)

1.3. ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ

เมื่อพิจารณา ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของสมาชิก อบต. พบว่า มีความแตกต่างต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ในทุกกิจกรรม และกิจกรรมที่มีความแตกต่างกันมาก ระหว่างการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริง มีดังนี้ (ตารางที่ 4.22)

1.3.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) จัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (0.69) 2) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ในการดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ (0.62) 3) จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อดำเนินงาน (0.51)

1.3.2 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) สนับสนุนยาเม็ดธาตุเหล็กให้แก่หญิงมีครรภ์ (0.74) 2) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดฮีมาโตคริต เข็มเจาะเลือด (0.67) 3) จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อดำเนินงาน (0.57)

1.3.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) จัดอบรมพี่เลี้ยง/ศึกษาดูงานศูนย์เด็กเล็ก ตามเหมาะสม (1.01) 2) ส่งเสริม/สนับสนุนการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก เช่น ตรวจสอบสุขภาพเด็ก (0.92) 3) สนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน ของศูนย์เด็กเล็ก (0.87)

1.3.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) สนับสนุนเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาแก้ปวด (0.55) 2) เผยแพร่ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น ทำสื่อ(พ่นบ้าน)/เอกสาร (0.46) 3) การส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน (0.41)

1.3.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) ร่วมกับครูและเจ้าหน้าที่ สอ. ในการค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารในเด็กหลังจากการให้อาหารเสริมแล้ว พร้อมทั้งหาทางแก้ไข (0.42) 2) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ (0.41) 3) รวบรวมผลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กนักเรียน (0.32)

1.3.6 การสนับสนุนวางแผนครอบครัว กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) จัดทำทะเบียนของผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว (0.65) 2) รวบรวมข้อมูล ชายหญิงที่ต้องการบริการวางแผนครอบครัว (0.55) 3) ประสานงานกับสถานีอนามัย เพื่อจัดทำแผนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ (0.50)

1.3.7 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เช่น ให้มีลานกีฬา อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย (0.36) 2) ส่งเสริมและสนับสนุน ให้มีการจัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชน (0.35) 3) จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ (0.28)

1.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ และการปฏิบัติจริง ตามปัจจัยส่วนบุคคล
ลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยทางประชากรณ์

ลักษณะของ อบต. ที่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้และการปฏิบัติจริง ตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันทุกกิจกรรม โดยผู้ที่เป็นสมาชิก อบต. ระดับชั้น 1, อบต.ที่มีรายได้มากกว่า 20 ล้านบาท และ อบต.ที่มีโครงสร้างส่วนสาธารณสุข จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ และปฏิบัติสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4.24 และ 4.27)

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางประสบการณ์ ของสมาชิก อบต. เมื่อพิจารณาในแต่ละรายการกิจกรรม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

1.4.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ พบว่า ระดับการศึกษา ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง เป็น/เคยเป็น อสม. หรือบุคลากรอื่น และการได้รับการอบรม ที่ต่างกัน ทำให้การรับรู้บทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.23 และ 4.25) และปัจจัยทางด้าน อาชีพ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่ต่างกัน ทำให้การปฏิบัติตามบทบาทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.26 และ 4.28)

1.4.2 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง พบว่า ประวัติโรคประจำตัว การได้รับการอบรม ที่ต่างกัน ทำให้การรับรู้บทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.25) และปัจจัยทางด้าน อาชีพ ตำแหน่งใน อบต. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่ต่างกัน ทำให้การปฏิบัติตามบทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.26 และ 4.28)

1.4.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย พบว่า ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัว เป็น/เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการอบรมที่ต่างกัน ทำให้การรับรู้บทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.23 และ 4.25) และปัจจัยทางด้าน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ที่ต่างกัน ทำให้การปฏิบัติตามบทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.28)

1.4.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษา และการได้รับการอบรม ที่ต่างกัน การรับรู้บทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.23 และ 4.25) และปัจจัยทางด้านระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง เป็น/เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่ต่างกันการปฏิบัติตามบทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.28)

1.4.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต พบว่า อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัว และเป็น/เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ต่างกัน การรับรู้บทบาทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.23 และ 4.25) และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง เป็น/เคยเป็น อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ต่างกัน การปฏิบัติตามบทบาทต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.28)

1.4.6 การสนับสนุนวางแผนครอบครัว พบว่า รายได้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ประวัติโรคประจำตัว และการได้รับการอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกัน ทำให้การรับรู้บทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.23 และ 4.25) และปัจจัยทางด้านการดำรงตำแหน่ง ใน อบต. ที่ต่างกัน การปฏิบัติตามบทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตาราง 4.26)

1.4.7 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง เป็น/เคยเป็น อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่ต่างกัน ทำให้การรับรู้บทบาท และการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.25 และ 4.28) และปัจจัยทางด้าน ระดับการศึกษา รายได้ ที่ต่างกันการรับรู้บทบาทแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.23)

ส่วนที่ 2 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

2.1 ข้อมูลทั่วไป

เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 35.3 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 60.4 จบการศึกษาสูงสุด ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 65.6 ปฏิบัติงานในตำแหน่งบริการ ร้อยละ 56.2 มีรายได้เฉลี่ย 13,230.4 บาท/เดือน (ตารางที่ 4.32) ระยะเวลาปฏิบัติราชการเฉลี่ย 13.7 ปี เป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ใน สอ.ไม่เป็นที่ตั้งของ PCU ร้อยละ 52.1 เคยได้รับการอบรม และเคยได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 41.7 และ 90.1) ได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องกิจกรรมการ สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.2 โดยผ่านสื่อทางวารสารวิชาการมากที่สุด ร้อยละ 78.6 สถานภาพด้าน สุขภาพอนามัย พบว่า เจ้าหน้าที่ สอ.ไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.6 (ตารางที่ 4.33)

2.2. การรับรู้ และการปฏิบัติจริงตามบทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน

ผลการศึกษา ในภาพรวมพบว่า เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาท อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้าง ไปทางมาก ในส่วนของการปฏิบัติจริงมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นกิจกรรมเรื่องการสร้าง เสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาแต่ละรายกิจกรรม พบว่า

เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุด ในกิจกรรมเรื่อง การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต (ค่าเฉลี่ยการรับรู้ = 3.64, ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ = 3.31) และน้อยที่สุดในกิจกรรม การสร้างเสริมเด็กปฐมวัย (ค่าเฉลี่ยการรับรู้ = 2.97, ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ = 2.51) (ตารางที่ 4.41 และ 4.49)

เมื่อพิจารณาการรับรู้บทบาท ร่วมกับการปฏิบัติจริง เป็นประเด็นแต่ละข้อในแต่ละรายกิจกรรมตาม ลำดับของการรับรู้บทบาทมากขึ้น พบว่า

2.2.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ เจ้าหน้าที่ สอ.มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติเล็กน้อยค่อนข้างไปทางปานกลาง โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง 1) จัดให้มีเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก 2) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ งานส่งเสริมสุขภาพ

แม่และเด็ก อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 55.2 และ 47.4) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 34.9, 32.1) นอกจากนี้พบว่าในกิจกรรมเรื่องการร่วมจัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหาให้กับ อบต. มีการรับรู้และปฏิบัติ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเพียง (ร้อยละ 25.7 และ 7.0) (ตารางที่ 4.34 และ 4.42)

2.2.2 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติน้อยก่อนไปทางปานกลาง โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรม 1) เสริมยาเม็ดธาตุเหล็กให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ และทำการรักษาในรายที่พบโลหิตจาง 2) รวบรวมข้อมูลกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตรับผิดชอบ 3) จัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ ให้มีการกินยาเม็ดธาตุเหล็ก หรือกินอาหารที่มีธาตุเหล็ก อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 53.2, 47.9 และ 46.4 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 40.6, 35.9 และ 32.8 ตามลำดับ) นอกจากนี้พบว่าในกิจกรรมเรื่องการร่วมจัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อดำเนินงานและการแก้ไขปัญหาให้กับ อบต. มีการรับรู้และปฏิบัติ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเพียง (ร้อยละ 33.8 และ 9.6) เท่านั้น (ตารางที่ 4.35 และ 4.43)

2.2.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย เจ้าหน้าที่ สอ. รับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติน้อย โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง 1) สำรวจรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพ (จำนวนเด็ก 0-5 ปี ภาวะโภชนาการ พัฒนาการเด็ก) 2) สำรวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (เด็ก 0-5 ปี) ในการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 3) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 63.0, 47.1 และ 44.0 ตามลำดับ) และ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 56.6, 30.8 และ 28.1 ตามลำดับ) นอกจากนี้ พบว่าในกิจกรรมเรื่องของการร่วมจัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโต, งานควบคุมป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และกิจกรรมเพื่อสนับสนุนศูนย์เด็กเล็ก มีการรับรู้อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเพียง (ร้อยละ 36.4, 30.4 และ 22.9 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติจริงอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเพียง (ร้อยละ 15.3, 8.0 และ 13.3 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.36 และ 4.44)

2.2.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติน้อยก่อนไปทางปานกลาง โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง 1) จัดตั้งคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 2) ร่วมจัดทำแผนงาน การสร้างเสริมสุขภาพกับทางโรงเรียน โดยให้ผู้ปกครองและองค์กรชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 55.3 และ 51.8) และมีการปฏิบัติจริง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 44.4 และ 38.3) (ตารางที่ 4.37 และ 4.45)

2.2.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ก่อนไปทางมาก และมีการปฏิบัติปานกลาง โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง 1) ตรวจสอบสุขภาพนักเรียนที่มีปัญหาทุพโภชนาการเพื่อค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารและหาแนวทางแก้ไข 2) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง 3) จัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมการออกกำลังกายโดย

สอดคล้องในชั่วโมงการเรียนการสอน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 72.5, 68.8 และ 61.9 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 67.7, 67.6 และ 51.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.38 และ 4.46)

2.2.6 การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีการรับรู้และปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การวางแผน ครอบครัว อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 60.9) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 45.8) (ตารางที่ 4.39 และ 4.47)

2.2.7 การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ สอ. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมาก และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง โดยรับรู้บทบาทมากที่สุดในกิจกรรมเรื่อง 1) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการรณรงค์และจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 2) จัดบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการ หรือในชุมชน 3) เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 65.1, 58.9 และ 54.7 ตามลำดับ) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 53.2, 43.1 และ 43.4 ตามลำดับ) นอกจากนี้พบว่าในกิจกรรมเรื่องการจัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับ อบต. มีการรับรู้และปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 41.8 และ 29.8) เท่านั้น (ตารางที่ 4.40 และ 4.48)

2.3. ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ

เมื่อพิจารณา ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริง ตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกกิจกรรม ยกเว้นกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต (นม) ในเรื่องการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงนักเรียนภาคเรียนละ 1 ครั้ง ($p=0.32$) และกิจกรรมที่มีความแตกต่างกันมากระหว่างการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริง มีดังนี้ (ตารางที่ 4.50)

2.3.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) การจัดให้มีเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (0.47) 2) การรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก (0.38) 3) พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ (0.37)

2.3.2. การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) ตรวจหาค่าฮีมาโตคริต ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (0.66) 2) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (0.49) 3) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ ให้มีการกินยา และอาหารที่มีธาตุเหล็ก (0.43)

2.3.3 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับ อบต.และผู้ปกครองเด็ก เมื่อพบเด็กเจริญเติบโตและพัฒนาการผิด

ปกติ (0.60) 2) ติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (0.43) 3) รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล (เด็ก 0-5 ปี) ในการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง (0.40)

2.3.4 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) จัดให้มีการวางแผน เพื่อใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (0.48) 2) ดำเนินงานตามแผนที่จัดทำไว้พร้อมทั้งรายงานผลความก้าวหน้า (0.45) 3) ติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (0.44)

2.3.5 การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) ประชุมชี้แจงผู้ปกครอง ให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของนักเรียน (0.77) 2) นิเทศติดตามประเมินผลเป็นระยะ (0.35) 3) จัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ สอดแทรกในชั่วโมงการเรียนการสอน (0.29)

2.3.6 การสนับสนุนวางแผนครอบครัว กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) เบิกจ่ายเวชภัณฑ์ และสื่อเผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (0.56) 2) เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (0.41) 3) รวบรวมวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนครอบครัว (0.34)

2.3.7 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด คือ 1) จัดบริการตรวจสุขภาพ ในสถานบริการหรือในชุมชน (0.42) 2) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (0.37) 3) เป็นที่ปรึกษา/ร่วมแก้ไขปัญหา ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (0.32)

2.4. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ และการปฏิบัติจริง ตามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยทางประชากรศาสตร์

ผู้ที่ปฏิบัติงานใน สอ. ที่ต่างกัน ทำให้การปฏิบัติตามบทบาทในกิจกรรมสนับสนุนวางแผนครอบครัว แตกต่างกัน โดยผู้ที่ปฏิบัติงานใน สอ.ที่เป็นที่ตั้งหน่วย PCU จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.52)

การได้รับการฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกัน ทำให้การรับรู้บทบาทในกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมการสนับสนุนการวางแผนครอบครัว แตกต่างกัน โดยผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรม จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และปฏิบัติสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.52)

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกัน ทำให้การรับรู้และปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ และ กิจกรรมการวางแผนครอบครัว แตกต่างกัน และทำให้การรับรู้บทบาทในกิจกรรม การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง และการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต แตกต่างกัน โดยผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรม จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และปฏิบัติสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4.52)

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นสมาชิก อบต. มีการตอบแบบสอบถามกลับ ทั้งหมด 582 คน (45 แห่ง) จากกลุ่มตัวอย่าง 651 คน (47 แห่ง) คิดเป็นร้อยละ 89.4 สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นเจ้าหน้าที่ สอ. มีการตอบแบบสอบถามกลับ ทั้งหมด 192 คน (69 แห่ง) จากกลุ่มตัวอย่าง 218 คน (69 แห่ง) คิดเป็นร้อยละ 88.1 ซึ่งถือได้ว่าจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามกลับทั้งหมดมีจำนวนใกล้เคียงกับขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ดังนั้นจึงถือได้ว่าผลการศึกษานี้สามารถเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้

ส่วนที่ 1 สมาชิก อบต.

1.1 ข้อมูลทั่วไป

จากกลุ่มตัวอย่าง สมาชิก อบต. ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และจบการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับข้อมูลของกองราชการส่วนตำบล กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พ.ศ.2540⁽⁹⁹⁾ ได้สำรวจการเลือกตั้งสมาชิก อบต.ทั่วประเทศ พบว่าเป็นเพศชายถึง ร้อยละ 93.6 และจากการสุ่มตัวอย่าง อบต.16 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า สมาชิก อบต.จบการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.6 ซึ่งสนับสนุนข้อเท็จจริงที่ว่า ในการปกครองหรือการพัฒนาต่างๆ นั้น เพศชายมักจะเป็นผู้ที่มีบทบาทมากกว่า เพศหญิง โดยผู้ที่มีบทบาทนั้นจะต้องมีวุฒิมากพอสมควร และส่วนใหญ่จะเป็นผู้ประกอบการอาชีพในพื้นที่นั้นๆ แต่ประเด็นที่ควรพิจารณาถึงก็คือ ในด้านระดับการศึกษาที่ยังมีความแตกต่างกันระหว่างสมาชิก อบต. ด้วยกันเอง โดยอาจมีผลถึงความขัดแย้งกันในด้านความคิด ซึ่งจะทำการดำเนินงานต่างๆ ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ของ อบต. ซึ่งมีเพียงส่วนน้อยของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 14.9) ที่เคยได้รับการฝึกอบรม ทั้งนี้เนื่องจากตามแผนงานดำเนินงานต่างๆ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จะพิจารณาให้การอบรมดังกล่าวแก่ปลัด อบต. ประธานกรรมการบริหาร และประธานสภา รวมถึงการจัดอบรมให้ความรู้ ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จากหน่วยงานสาธารณสุขให้กับ อบต. นั้นมีไม่มากนัก เนื่องจากอยู่ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นสมาชิกอยู่ใน อบต. ระดับชั้น 5 และเป็น อบต. ที่มีรายได้อยู่ระหว่าง 3-6 ล้านบาท ซึ่งสนับสนุนข้อเท็จจริงที่ว่า อบต.ระดับชั้น 5 ซึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 3 ล้านบาท จะมีจำนวนอยู่ถึงร้อยละ 91 ของจำนวน อบต.ทั้งหมด⁽⁴⁰⁾ และ อบต. ที่มีโครงสร้างส่วนสาธารณสุข และมีผู้รับผิดชอบโดยตรงเป็นหัวหน้าส่วนสาธารณสุขนั้นมีอยู่ใน อบต. ระดับชั้น 1 และมีเพียง 3 อบต. ในการศึกษา (ร้อยละ 9.1) ซึ่งสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงกล่าวคือ อบต.ระดับ 2-5 นั้นตามโครงสร้างมิได้จัดให้มีส่วนใดรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข ทั้งนี้เพราะโครงสร้างที่กำหนดไว้โดยกระทรวงมหาดไทยนั้นประกอบด้วยด้านการเงินการคลัง ด้านโยธา และด้านสำนักปลัด อบต. เท่านั้น⁽⁴⁰⁾ อย่างไรก็ตามในมุมมองของผู้ศึกษา เห็นว่าโครงสร้างส่วนสาธารณสุขตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้วางไว้ นั้นมีผู้รับผิดชอบชัดเจนทั้งในระดับตำบล คือ สถานีอนามัย ระดับหมู่บ้านมี อสม. เป็นผู้ดูแลและประสานกับสถานีอนามัย และระดับครอบครัวมีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เป็นโครงสร้างที่จะเอื้อประโยชน์ ต่อการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่หากเกิดการประสานงานที่คล้อยตามตำบล

1.2. การรับรู้ และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน

สมาชิก อบต. มีการรับรู้บทบาทในแต่ละกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นกิจกรรมการวางแผนครอบครัวมีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับน้อย และปฏิบัติจริงอยู่ในระดับน้อยทุกกิจกรรม ยกเว้นกิจกรรมเรื่องการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ และการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต ซึ่งมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจะเห็นได้ว่าสมาชิก อบต. มีการรับรู้ และปฏิบัติตามบทบาทมากในกิจกรรมที่มีการถ่ายโอนให้ อบต. เป็นรูปธรรมแล้ว กล่าวคือ มีการโอนงบประมาณลงไปให้ อบต. ด้วย ได้แก่ การจัดซื้ออาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้กับนักเรียน การสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็ก และในกิจกรรมที่ไม่ต้องอาศัยเทคโนโลยี หรือวิชาการเฉพาะทาง เช่น ในเรื่องของการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล การจัดณรงค์ประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนงบประมาณของ อบต. ในบางกิจกรรมที่ อบต. ให้ความสำคัญ และอีกประเด็นคือ อบต. มองว่าการพัฒนาคนนั้น อบต. ให้ความสำคัญกับวัยเด็กเล็กก่อนวัยต่างๆ⁽¹⁰⁰⁾ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า บุคลากรใน อบต. ยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเนื่องจาก

- 1) สมาชิก อบต. ไม่ได้ศึกษาหรือไม่มีความสนใจในอำนาจหน้าที่ของตนเองที่แท้จริง
- 2) สมาชิก อบต. มีความสนใจในอำนาจหน้าที่ของตนเอง แต่ขาดรายละเอียดของข้อมูลในกิจกรรมต่างๆ ทำให้ไม่สามารถศึกษาอำนาจหน้าที่ของตนเองที่แท้จริงได้
- 3) สมาชิก อบต. ส่วนใหญ่มีประสบการณ์และความรู้ค่อนข้างจำกัด จากการศึกษาพบว่า มีระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 83.5
- 4) การประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งการติดต่อประสานงานในทางปฏิบัติแล้วพบว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากกว่า โดยเฉพาะสถานีอนามัยที่มีชื่อเสียงดี เป็นที่ยอมรับของชุมชนก็จะมีการประสานงานกับ อบต. อย่างต่อเนื่อง ส่วนสถานีอนามัยอื่นๆ ก็จะมีการประสานงานน้อย ทำให้ขาดความร่วมมือ ประสานงานในการทำงานเท่าที่ควร
- 5) แนวคิดต่อการพัฒนางานระดับตำบลของแต่ละ อบต. วามองเห็นสภาพปัญหาแตกต่างกันอย่างไร บางแห่งมองว่าปัญหาความยากจนเป็นปัญหาที่เร่งด่วน เป็นปัญหาพื้นฐานของชุมชน เมื่อดำเนินแก้ไขเป็นรูปธรรม ประชาชนเห็นได้ชัด ส่วนในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของประชาชน เป็นปัญหาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐ ต้องดำเนินการเป็นส่วนใหญ่
- 6) ความไม่พร้อมของกระทรวงสาธารณสุข ในการกำหนดนโยบายในการกระจายอำนาจในบทบาทหน้าที่ในกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ให้กับ อบต. อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ซึ่งจะเห็นว่า มีบางกิจกรรมเท่านั้น ที่สมาชิก อบต. ทราบ เช่น กิจกรรมการสนับสนุนศูนย์เด็กเล็ก การจัดซื้อนมโรงเรียน เป็นต้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของผู้อื่นที่เคยได้ศึกษาไว้ ดังนี้

ลือชา วรรัตน์และคณะ (2540)⁽⁶⁸⁾ ศึกษาเรื่องบทบาท ของ อบต. ในงานส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม พบว่า อบต. ยังมองว่าเรื่องสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คิดขึ้น และจัดขึ้น

โดยหน่วยราชการนั้นทุกฝ่ายใน อบต.ยังไม่รู้รายละเอียดว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างที่ อบต. จะมีส่วนร่วมได้ ยังมีความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานสาธารณสุข

ประภา วัฒนชีพ และคณะ (2541)⁽¹⁰¹⁾ ศึกษาเรื่อง อบต.กับการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานใน จังหวัดจันทบุรี พบว่า สมาชิก อบต.มองว่ากิจกรรมการป้องกันโรคเป็นหน้าที่โดยตรงของสถานีอนามัย เพราะเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการจัดการมากกว่า

1.3. ความแตกต่างระหว่างการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริงตามบทบาท

สมาชิก อบต. มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ในทุกกิจกรรม สอดคล้องกับสมมติฐาน ซึ่งสังเกตได้ว่าในบางกิจกรรมสมาชิก อบต. มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก แต่มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติได้น้อย โดยกิจกรรมที่มีความแตกต่างกันมากที่สุดคือเรื่องของการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ ต่างๆในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก

1) สมาชิก อบต.ยังไม่เข้าใจปัญหาสาธารณสุข ตามกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น กลุ่มหญิงมีครรภ์ , กลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุ 0 – 5 ปี), กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 6-12ปี) และ กลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ของตนเองเท่าที่ควร

2) การที่ไม่ได้มีการกำหนดโครงสร้างด้านสาธารณสุข ใน อบต.ชั้น 2-5 ทำให้ อบต. ไม่สามารถวางแผนปฏิบัติงาน และจัดสรรงบประมาณเพื่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ

3) การขาดงบประมาณสนับสนุนทั้งจากงบประมาณของ อบต.เอง และจากหน่วยงานภาครัฐแต่ที่สำคัญคืองบประมาณของ อบต.เอง ที่จะต้องจัดสรรมาใช้ในเรื่องนี้ โดยจะต้องเขียนเป็นแผนงาน/โครงการในแผนการปฏิบัติประจำปีของ อบต.

ซึ่งสนับสนุนกับขอเท็จจริง กล่าวคือ เมื่อพิจารณาแผนพัฒนาตำบลของแต่ละ อบต. ในจังหวัด ชลบุรี ในปีงบประมาณ 2546 พบว่า อบต. มีแผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุข ที่พบมากที่สุดอยู่ใน กลุ่มของการควบคุมโรคในท้องถิ่น ยาเสพติด และโรคเอดส์ และภาพรวมในการใช้จ่ายงบประมาณในปีงบประมาณ 2545 พบว่ามีการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานอยู่ร้อยละ 56.78 ของงบประมาณรายจ่าย มีเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น ที่มีการใช้งบประมาณเพื่อดำเนินงานกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และในแผนพัฒนา 5 ปี พบว่า กลุ่มปัญหาสำคัญที่ อบต.กำหนดไว้ในแผนคือ โครงการกิจกรรมด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ขยาย/ปรับปรุง/ซ่อมแซมถนน ขุดสระ สาธารณูปโภค ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ประชาชนท้องถิ่นส่วนมาก มีข้อเรียกร้องต่อความต้องการพื้นฐานดังกล่าวมายัง อบต. มากกว่าความต้องการด้านอื่นๆ และในภาพรวมสถานะทางการเงินของ อบต. ในจังหวัดชลบุรี พบว่า งบประมาณที่รัฐจัดสรรให้แต่ละ อบต. ก็ไม่ต่างกันมากนักในปี 2545 อยู่ประมาณ 1,500,000 บาทต่อปี ส่วนเงินที่ได้จากการเก็บภาษีเองในตำบลนั้นมีความแตกต่างกันระหว่างตำบล แต่ในภาพรวมรายได้ที่จัดเก็บเองมีน้อยมาก ประเด็นที่น่าสนใจประการหนึ่ง คือ อบต.ส่วนใหญ่จะนำเงินที่ได้จากการจัดเก็บภาษีอากรนั้นมาจัดสรรเป็นงบค่าใช้จ่ายในการทำกิจกรรมน้อยมาก จึงทำให้ปีงบประมาณ 2545 อบต. เกือบทุกแห่งมีเงินเหลือ

เก็บ ในมุมมองของผู้ศึกษาคิดว่าประเด็นความรู้ ความเข้าใจ ต่อปัญหาสาธารณสุขของสมาชิก อบต. ยังมีน้อยที่ทราบถึงปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ในเขตรับผิดชอบว่ามีปัญหาสาธารณสุขอะไรบ้างที่ร้ายแรงและควรเร่งแก้ไขด่วน สอดคล้องกับการศึกษา ลือชา วรรัตน์ (2539)⁽⁶⁵⁾ พบว่าแผนพัฒนาตำบลของ อบต. ให้ความสนใจด้านโครงสร้างพื้นฐาน ถนน และ ธรรมชันธ์ วังศรีและคณะ(2543)⁽⁷³⁾ พบว่า อบต. มีการจัดสรรทรัพยากรงบประมาณดำเนินงานสาธารณสุขน้อยกว่าด้านอื่นๆ และผลการวิจัยของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2542)⁽¹⁰²⁾ พบว่า ภาพรวมของการใช้จ่ายเงินอุดหนุน ส่วนใหญ่ใช้ไปในกิจกรรมแผนงานด้านโครงสร้างพื้นฐานเกือบทั้งหมด

1.4. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ และการปฏิบัติจริง ตามบทบาท

เพศ สมาชิก อบต. เพศชายและเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ และการปฏิบัติจริงการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จึงอาจมีมุมมองในการพัฒนาต่างๆ เหมือนกัน สอดคล้องกับการศึกษาปรัชญา ศรีภา (2540)⁽⁷⁶⁾ พบว่าเพศที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิก อบต. ต่อการพัฒนาหมู่บ้าน

อายุ สมาชิก อบต. ที่มีอายุต่างกัน คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ และการปฏิบัติจริงการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เรืองศักดิ์ ส่งสุข (2539)⁽⁷⁹⁾ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อการบริหารงานพัฒนาท้องถิ่น และ สุรินทร์ หลักแหลม (2540)⁽⁷⁸⁾ พบว่าสมาชิกสภาเขตในกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุแตกต่าง มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามลพิษทางสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรส สมาชิกอบต. ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ และการปฏิบัติจริงการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชรินทร์ ศิษยาภิ (2545)⁽⁷⁷⁾ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิก อบต. ในการดูแลสุขภาพประชาชนอำเภอบ้านแพ้วและอำเภอกะทู้มูเบน จังหวัดสมุทรสาคร

ระดับการศึกษา สมาชิกอบต. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้บทบาทกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสมาชิกอบต. ที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าเนื่องจากผู้ที่จบปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ เป็นที่ปรึกษาในการกำหนดทำแผนต่างๆ ของ อบต. และส่วนมากได้รับการเชิญเข้าอบรม ชี้แจงนโยบาย จากหน่วยงานต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษา ปรัชญา ศรีภา (2540)⁽⁷⁶⁾ พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภา อบต. ต่อการพัฒนาหมู่บ้าน และฉอาน วุฒิกรรมรักษา (2526)⁽⁸⁰⁾ พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าเข้ามีส่วนร่วมในโครงการสร้างงานในชนบทมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ศิริชัย ไตรสารศรี (2539)⁽⁸¹⁾ พบว่าปัจจัยการศึกษาของผู้นำท้องถิ่น ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้บทบาท ในด้านการเสริมสร้าง

ความรู้ความเข้าใจในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมชุมชน ในส่วนของการปฏิบัติจริง พบว่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อาจเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นสมาชิกอบต. มาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและอยู่ในชุมชนมานาน จึงมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของ อบต. มาโดยตลอด สอดคล้องกับ เริงศักดิ์ ส่งสุข (2539)⁽⁷⁹⁾ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ สมาชิก อบต. ต่อการบริหารงานพัฒนาท้องถิ่น

อาชีพ สมาชิก อบต. ที่ประกอบอาชีพต่างกัน คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้บทบาทในกิจกรรมการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) โดยสมาชิก ที่ประกอบอาชีพแม่บ้านจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่า เนื่องจากเพศหญิงจะมีความใส่ใจ ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ส่วนในการปฏิบัติจริง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ และกิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคโลหิตจาง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสมาชิก ที่ประกอบอาชีพรับจ้างจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่า เนื่องจากกลุ่มอาชีพรับจ้าง เป็นผู้ที่มีรายได้น้อย จึงมีการรับผลประโยชน์โดยการฟังฟังและให้ความสำคัญกับกิจกรรมโครงการต่างๆ ที่ อบต. จัดทำขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา กฤษดา ทองสังวรณ์ (2540)⁽⁸²⁾ พบว่า ความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรธรรมชาติขึ้นอยู่กับอาชีพของคณะกรรมการบริหาร อบต. ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของมนตรี ด้วงปริกษา (2541)⁽⁸³⁾ สมาชิกสภาอบต. มีอาชีพแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรป่าไม้ไม่แตกต่างกัน และเริงศักดิ์ ส่งสุข (2539)⁽⁷⁹⁾ พบว่าอาชีพของสมาชิก อบต. ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานพัฒนาท้องถิ่น

รายได้ของสมาชิก/เดือน สมาชิกอบต. ที่มีรายได้ต่างกัน คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้บทบาทกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และกิจกรรมวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และการปฏิบัติสูงกว่า เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีความพร้อม มีบุคลิกเด่นในการเป็นผู้นำ กล่าวให้คำวิจารณ์และเสนอแนะในการทำงานของ อบต. เป็นที่เคารพนับถือของสมาชิก จึงได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ เข้มเจริญ (2531)⁽⁸⁴⁾ พบว่ารายได้ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรส่วนท้องถิ่น ส่วนในการปฏิบัติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกกิจกรรม ($p > 0.05$) อาจเนื่องจากส่วนใหญ่สมาชิก อบต. มีรายได้มาจากอาชีพเกษตรกรรม มีการติดต่อเกี่ยวข้องกับทางสังคมคล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับ ปรัชญา ศรีภา (2540)⁽⁷⁶⁾ พบว่ารายได้ที่แตกต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาอบต. ต่อการพัฒนาหมู่บ้านไม่แตกต่างกัน และจรูญ ขุนทรง (2539)⁽⁸⁵⁾ พบว่า สมาชิกสภาอบต. ที่มีรายได้ที่แตกต่างกัน มีผลทำให้การอนุรักษ์แม่น้ำลำคลองไม่แตกต่างกัน

ตำแหน่งในอบต. สมาชิกอบต. ที่มีตำแหน่งต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ทุกกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษา ปรัชญา ศรีภา (2540)⁽⁷⁶⁾ พบว่าตำแหน่งที่ต่างกัน มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาอบต. ต่อการพัฒนาหมู่บ้านไม่แตกต่างกัน

ส่วนในการปฏิบัติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมีความแตกต่างกัน ในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง และกิจกรรมสนับสนุนวางแผนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสมาชิก อบต. ที่ดำรงตำแหน่งฝ่ายบริหารจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าสมาชิก อบต. ฝ่ายสภา เนื่องจากสมาชิก ฝ่ายบริหาร จะเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่กำหนดแผน/โครงการ ต่างๆ ซึ่งทำให้มีการรับทราบนโยบายแผนงานต่างๆ อบต. สอดคล้องกับเกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542)⁽⁷¹⁾ พบว่าการดำรงตำแหน่งในอบต. ที่แตกต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน

ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง สมาชิก อบต. ที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งใน อบต. ต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การวางแผนครอบครัว และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เกือบทุกกิจกรรม ยกเว้นกิจกรรมด้านการวางแผนครอบครัว โดยสมาชิกอบต. ที่มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งมากกว่า 6 ปี มีการรับรู้และปฏิบัติตามบทบาทมากกว่าผู้ที่ดำรงตำแหน่งน้อยกว่า 6 ปี เนื่องจากผู้ที่มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งมากกว่าย่อมมีประสบการณ์ มีความรู้ความเข้าใจในงานมากกว่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สมบูรณ์ สอนประภา (2537)⁽⁸⁷⁾ ที่พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของคณะกรรมการสภาตำบล ไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ และจารุวรรณ สุดาวงษ์ (2539)⁽⁸⁸⁾ ที่พบว่า ระยะเวลาที่สมาชิกองค์การบริหารอาศัยอยู่ในพื้นที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการพัฒนาชนบท

ประวัติการเจ็บป่วย สมาชิกอบต. ที่มีประวัติการเจ็บป่วยที่ต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีประวัติมีโรคประจำตัว คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และการปฏิบัติจริงสูงกว่า เนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วย จะทำให้เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานเป็นแรงผลักดันทำให้เกิดพฤติกรรมของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย ก็จะมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ได้บ่อย สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ ของจำเนียร ช่วงโชติ⁽²⁵⁾ พบว่ากระบวนการรับรู้ประกอบด้วย ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเป็นปัจจัยสำคัญช่วยให้คนแปลความหมายของสิ่งที่รับสัมผัสเกิดเป็นการรับรู้ขึ้น

การเป็นหรือเคยเป็น อสม. บุคลากรทางสาธารณสุขอื่น สมาชิก อบต. ที่เป็น/เคยเป็นอสม. หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ที่ต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคโลหิตจาง การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้ที่เป็น/เคยเป็น อสม. หรือบุคลากรทางการแพทย์ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และปฏิบัติตามบทบาทสูงกว่า เนื่องจาก

กลุ่มคนนี้เคยได้รับการฝึกอบรมความรู้ด้านสาธารณสุขเบื้องต้นมาแล้ว และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมาบ้างพอควร ทำให้มีทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสมเกียรติ ยุติธรรม (2541)⁽⁸⁹⁾ พบว่าคณะกรรมการบริหาร อบต. ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม มีความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับมลพิษทางน้ำและการแก้ปัญหามากกว่า คณะกรรมการบริหาร อบต. ที่เป็นสมาชิกกลุ่ม

การได้รับการอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ สมาชิก อบต. ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจาง การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การวางแผนครอบครัว และกิจกรรมสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงตามบทบาทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรม คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และปฏิบัติตามบทบาทสูงกว่า เนื่องจากผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรม จะมีความรู้ความสามารถและความเข้าใจทั้งหลักวิชาการ วิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้อง สอดคล้องตามแนวคิดของ อูทัย หิรัญโต⁽¹⁰³⁾ ที่กล่าวว่า การฝึกอบรมเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคคล และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ การปฏิบัติงานของบุคคล เป็นการสร้างเสริมคุณวุฒิ และสมรรถภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับสุเชษฐ์ มีไมตรีจิต (2540)⁽⁹⁰⁾ พบว่าการได้รับการฝึกอบรมของกรรมการบริหาร อบต. มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงาน และเกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542)⁽⁷¹⁾ พบว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุข มีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ซึ่งจากการศึกษา พบว่าสมาชิกเคยได้รับการฝึกอบรมเพียงร้อยละ 14.9 ซึ่งพบว่า อบต. ส่วนใหญ่จะได้รับการฝึกอบรมทางด้าน กฎระเบียบ และวิธีปฏิบัติต่างๆ ทางด้านการบริหารจัดการ การเงิน และงบประมาณเป็นหลัก การได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ด้านเทคนิควิชาการเฉพาะด้านนั้น ยังมีน้อยมากและในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ได้มีการประสานงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในด้านนี้แต่อย่างใด

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สมาชิก อบต. ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ทุกกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษา จรูญ ชุนทรง (2539)⁽⁸⁵⁾ พบว่าสมาชิกสภาอบต. ที่มีการรับรู้ข่าวสารที่แตกต่างกัน มีผลทำให้การอนุรักษ์แม่น้ำลำคลองไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติจริงตามบทบาท พบว่า คะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยสมาชิก อบต. ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการรับรู้บทบาทสูงกว่า เนื่องจากสมาชิกที่ได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ประจำ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจและเกิดความตระหนักเห็นความสำคัญของงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา เกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542)⁽⁷¹⁾ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิก อบต. ต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น และการศึกษาของ เพลงพิน มั่นอยู่ (2540)⁽⁸⁶⁾ พบว่า ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมของคณะกรรมการบริหาร อบต. ขึ้นอยู่กับการรับข้อมูลข่าวสาร

ระดับชั้นของ อบต. สมาชิก อบต. ที่ปฏิบัติงานในระดับชั้นของ อบต. ที่ต่างกัน คะแนนเฉลี่ย การรับรู้บทบาท และการปฏิบัติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ทุกกิจกรรม โดยสมาชิกที่ปฏิบัติงานใน อบต.ระดับชั้น 1 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และการปฏิบัติสูงกว่า เนื่องจาก อบต.ชั้น 1 จะมีส่วนสาธารณสุข และจะมีงบประมาณมากกว่า อบต. ชั้น 2-5 จึงมีส่วนสำคัญมาก ในการจัดบริการสาธารณสุข และมีศักยภาพในการจัดบริการสาธารณสุขในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ (2540)⁽⁹¹⁾ ที่พบว่า อบต. ระดับชั้นแตกต่างกัน จะมีศักยภาพในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน ชั้นสูงกว่าจะดำเนินงานได้มากกว่า และเกสร วงศ์วัฒนากิจ (2542)⁽⁷¹⁾ พบว่าระดับชั้น มีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ สุดเขตต์ เข้มไถ่ (2540)⁽⁹²⁾ ในเรื่องอำนาจหน้าที่ของ อบต.ในการดำเนินงานเกี่ยวกับสาธารณสุข พบว่า ระดับชั้นของ อบต.ที่ต่ำ จะมีการออกข้อบังคับตำบลและการจัดให้มีกิจการบริการได้ดีกว่าอบต.ที่มีชั้นสูง

รายได้ของ อบต. สมาชิก อบต.ที่ปฏิบัติงานใน อบต.ที่มีรายได้ต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และการปฏิบัติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ทุกกิจกรรม โดยสมาชิกที่ปฏิบัติงานใน อบต.ที่มีรายได้ 20 ล้านบาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และการปฏิบัติสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ (2540)⁽⁹¹⁾ พบว่า อบต.ที่มีรายได้สูง จะมีศักยภาพในการดำเนินงานด้าน สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมมากกว่า อบต.ที่มีรายได้ต่ำกว่า

การมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นสมาชิกใน อบต. สมาชิก อบต.ที่ปฏิบัติงานใน อบต.ที่มี/ไม่มี บุคลากรสาธารณสุขเป็นสมาชิก คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และการปฏิบัติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ทุกกิจกรรม โดยสมาชิกที่ปฏิบัติงานใน อบต.ที่มีบุคลากรสาธารณสุขเป็นสมาชิก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และการปฏิบัติสูงกว่า เนื่องจาก อบต.ที่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นสมาชิก ทำให้ อบต.สามารถวางแผนการปฏิบัติงาน และการจัดสรรงบประมาณเพื่อกิจกรรมด้านสาธารณสุขได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ (2540)⁽⁹¹⁾ พบว่า อบต.ที่มี โครงสร้างสาธารณสุขรองรับชัดเจน มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมสูงกว่า อบต.ที่ไม่มี และการศึกษาของ ภูมิวิชัย ขวัญเมือง และคณะ (2540)⁽⁹³⁾ และณรงค์ สหเมธาพัฒน์ และคณะ (2540)⁽⁷⁹⁾ พบว่า อบต.ที่ไม่มีสมาชิกสาธารณสุขรับผิดชอบโดยตรง ทำให้ อบต.ไม่สามารถวางแผนการปฏิบัติงาน และการจัดสรรงบประมาณเพื่อกิจกรรมด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ อบต.ในระดับ 2-5 มิได้จัดโครงสร้างที่มีส่วนใดรับผิดชอบกับงานด้านสาธารณสุข จะพบว่า มีเพียง อบต. ชั้น 1 เท่านั้น เพราะว่าโครงสร้างที่กำหนดไว้โดยกระทรวงมหาดไทยนั้น ประกอบด้วย ด้านการเงิน การคลัง ด้านโยธา และด้านสำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า มี อบต. บางแห่ง พยายามมอบหมายกิจกรรมด้านสาธารณสุข ให้กับบุคคลบางคนที่มิใช่ภูมิหลังด้านสาธารณสุขมาก่อน เช่น แพทย์ประจำตำบล หรือ อสม. ที่ได้รับเลือกตั้งเข้ามาเป็นสมาชิก อบต.

1.5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบในการดำเนินงานสาธารณสุขโดยตรง อาจเนื่องมาจากสมาชิก อบต.เองยังไม่มีความรู้ในบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เท่าที่ควร จะเห็นได้จากสมาชิกอบต.ที่เคยได้รับการอบรมมีเพียงส่วนน้อย และตามโครงสร้าง อบต. จะมีส่วนสาธารณสุขที่มีผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะ อบต.ระดับชั้น 1 เท่านั้น ย่อมส่งผลให้ไม่มีการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง หรือมีน้อยมาก รองลงมาขาดวัสดุ อุปกรณ์ เนื่องจาก อบต.ส่วนหนึ่งไม่มีโครงสร้างด้านสาธารณสุข หรือมีแต่เจ้าหน้าที่ที่ไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่และเห็นว่ามีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐรับผิดชอบอยู่แล้ว ก็จะไม่เตรียมความพร้อมในเรื่องของเครื่องมือทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ อบต. จึงทำได้เพียงให้ความร่วมมือหรือทำงานร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในเรื่องของการให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์ การส่งเจ้าหน้าที่เข้าไปมีส่วนร่วมเท่านั้น และปัญหาขาดงบประมาณในการสนับสนุน เนื่องจาก อบต.ส่วนใหญ่มีการแบ่งงบประมาณรายจ่ายออกเป็น 2 หมวด ใหญ่ๆ คือหมวดรายจ่ายประจำและหมวดรายจ่ายเพื่อการพัฒนา ซึ่งงานด้านสาธารณสุขจะเป็นส่วนหนึ่งของรายจ่ายเพื่อการพัฒนา จะเห็นได้ว่าไม่ได้ระบุให้มีการจัดสรรงบประมาณไว้ต่างหาก (ยกเว้นในเรื่องของเอดส์ ยาเสพติดซึ่งเป็นข้อตกลงของกระทรวงมหาดไทยที่ให้ อบต. ต้องทำ) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของสมาชิกอบต. ถ้าพิจารณาถึงเกณฑ์การแบ่งระดับชั้นของ อบต. ที่ได้มีการนำเอาระดับของรายได้มาเป็นเกณฑ์ประการหนึ่ง จะพบว่า อบต. ชั้นที่ 5 ซึ่งจะมีรายได้ต่ำกว่า 3 ล้านบาท จะมีจำนวนอยู่ถึง 45.9 ของจำนวน อบต.ทั้งหมดในจังหวัดชลบุรี และเมื่อรวมเงินอุดหนุนจากรัฐบาล จะมีงบประมาณโดยเฉลี่ยไม่เกิน 4 - 6 ล้านบาท/ปีเท่านั้น และหากพิจารณาถึงแหล่งที่มาในส่วนรายได้ของ อบต. จะเห็นได้ว่าในส่วนที่ อบต.จัดเก็บเองนั้นมีน้อยมากเมื่อเทียบสัดส่วนกับรายได้ทั้งหมดของ อบต. มีเพียงร้อยละ 23.9 ส่วนรายได้หลักมาจากเงินอุดหนุนจากรัฐบาลจึงทำให้ อบต. ต้องพึ่งงบประมาณจากรัฐสูง ถ้ารัฐจัดสรรงบประมาณมาให้มากก็จะมีโอกาสทำงานได้มากขึ้น เมื่อพิจารณาถึงงบประมาณทางด้านสร้างเสริมสุขภาพเห็นได้ว่า อบต. ยังให้การสนับสนุนงบประมาณทางด้านสาธารณสุขน้อยมากหรือบางแห่งก็ไม่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณเลย

ส่วนที่ 2 สถานีนอนมัธยม

2.1. ข้อมูลทั่วไป

ส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ซึ่งตรงกับข้อเท็จจริงที่ว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ซึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.2 ของบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด⁽¹⁰⁴⁾ ข้อสังเกต เจ้าหน้าที่สถานีนอนมัธยมได้รับการอบรมไม่ถึง ร้อยละ 50 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ส่วนใหญ่ตามแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จะพิจารณาให้การอบรมเฉพาะผู้บริหาร หรือผู้ที่รับผิดชอบงานเท่านั้น ในส่วนของการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เห็นได้ว่าในปัจจุบันเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัธยมมีการศึกษาและค้นคว้าหาความรู้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

2.2 การรับรู้ และการปฏิบัติจริงตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน

ผลการศึกษา ในภาพรวมพบว่า มีการรับรู้บทบาท อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมาก ในส่วนของการปฏิบัติจริงมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นกิจกรรมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย โดยมีการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทมากที่สุด ในกิจกรรมเรื่องการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน และน้อยที่สุดในกิจกรรมการสร้างเสริมเด็กปฐมวัย ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุจาก

1) สถานีนามัยมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพไม่เพียงพอ โดยสถานีนามัยในจังหวัดชลบุรี จะมีเจ้าหน้าที่เฉลี่ยแห่งละ 3 คน ซึ่งไม่เหมาะสมกับปริมาณงานของสถานีนามัยที่จะต้องดำเนินงานในปัจจุบันนี้ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นการให้บริการเชิงรุก ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2) งานสร้างเสริมสุขภาพของสถานีนามัยมีทีมงานบริการที่สถานีนามัย และงานเชิงรุกที่ต้องเข้าไปปฏิบัติงานในหมู่บ้าน ซึ่งสถานีนามัยต้องให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการพัฒนาวิถีเชิงรุกที่เหมาะสม

3) ความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ยังมีไม่เพียงพอในด้านการบริหารจัดการ การประสานงาน ด้านวิชาการ กับกระแสของการเปลี่ยนแปลงในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกระแสของการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรท้องถิ่น ซึ่งบทบาทเจ้าหน้าที่สถานีนามัยจะต้องเปลี่ยนไปจากเดิม การปฏิบัติงานต้องอาศัยวิชาการมากขึ้น โดยต้องมีการวางแผนให้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม จากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่พบบ่อยในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ สอ. คือขาดประสบการณ์ถึง ร้อยละ 20.2

4) งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ซึ่งในปัจจุบันงบดำเนินงานต่างๆ ได้ถูกจัดโอนไปให้กับทางโรงพยาบาล เป็นผู้ตั้งงบเบิกจ่าย จัดหาเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ ในการสนับสนุนให้แก่ทางสถานีนามัย ในแนวทางการปฏิบัติพบว่า เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ทางสถานีนามัยได้รับไม่เพียงพอต่อการจัดให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากไม่มีการจัดทำแผนงาน และทางโรงพยาบาลไม่มีฝ่ายใดที่รับผิดชอบงานนี้โดยตรง เนื่องจากเป็นช่วงของระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 35.4 รองลงมาคือขาดวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ร้อยละ 31.8 และอีกประเด็นหนึ่งคือการได้รับงบประมาณจากหน่วยงานอื่นและภาคเอกชนน้อย โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล จากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมีการรับรู้และปฏิบัติน้อยมากในการเข้าไปมีส่วนร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน และแผนงบประมาณในทุกกิจกรรม

ประเด็นที่น่าสนใจคือ ในกิจกรรมเรื่องร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน แผนงบประมาณในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกิจกรรมต่างๆ พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมีการรับรู้บ้าง อาจเนื่องจากต่างฝ่ายต่างไม่รู้บทบาทของตนเอง รวมทั้งการขาดข้อมูลทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนบทบาทการสนับสนุนของสถานีนามัยยังไม่ชัดเจน และทาง อบต. ไม่ได้ร้องขอให้บุคลากรเข้าร่วมจัดทำแผน สังเกตได้จาก การเข้าร่วมการประชุมของ อบต. หากทาง อบต. ไม่มีหนังสือเชิญเจ้าหน้าที่สถานีนามัยให้เข้าร่วมประชุม เจ้า

หน้าที่สถานีนอนามัยก็จะไม่ได้เข้าร่วมประชุม สอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักนโยบายและแผน(2539)⁽¹⁸⁾ พบว่าเจ้าหน้าที่ยังไม่ทราบบทบาทของตนเองในการปฏิบัติงานในพื้นที่เดียวกันร่วมกับ อบต. และการศึกษาของ รุจี จารุภาชน์และคณะ (2540)⁽⁶⁹⁾ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจเพียงเล็กน้อย ในโครงสร้าง และบทบาทด้านสาธารณสุขของ อบต. และ การศึกษาของนันทิยา พัฒนโสภณ (2541)⁽⁷⁰⁾ พบว่า การประสานงานของหัวหน้าสถานีนอนามัยส่วนใหญ่มีการประสานงานน้อย หรือไม่มีการประสานงานเลย และการศึกษาของทองเพชร โสหนองบัว (2542)⁽⁷²⁾ พบว่า ส่วนราชการสาธารณสุขและ อสม.ไม่ค่อยได้มีส่วนร่วมในการผลักดัน โครงการหรืองบประมาณสู่งานสาธารณสุขมากนัก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีทัศนคติในแง่ลบกับ อบต.

2.3. ความแตกต่างระหว่างการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริงตามบทบาท

เมื่อพิจารณา ความแตกต่างระหว่างการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริง ตามบทบาท พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกกิจกรรม สอดคล้องกับสมมติฐาน ยกเว้นกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต (นม) ในเรื่องการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงนักเรียนภาคเรียนละ 1 ครั้ง ($p=0.32$) เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นการร่วมประสานงานกับครูอนามัยโรงเรียน ซึ่งครูก็จะปฏิบัติงานเป็นปกติอยู่แล้ว และเป็นกิจกรรมไม่ต้องใช้งบประมาณ จึงทำให้การรับรู้และการปฏิบัติจริง ไม่แตกต่างกันมาก โดยทุกกิจกรรมมีการปฏิบัติจริงน้อยกว่าการรับรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยในปัจจุบันซึ่งส่วนใหญ่ จะใช้เวลาในการปฏิบัติงานบริการรักษาพยาบาล ตั้งรับที่สถานีนอนามัยมากกว่าการที่จะออกไปปฏิบัติงานเชิงรุก เพราะกิจกรรมของงานส่งเสริมสุขภาพก็จะเป็นลักษณะงานที่ต้องออกไปดำเนินงานในพื้นที่ และการประสานงานร่วมกับชุมชน องค์กรต่างๆ ในชุมชน

2.4. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ และการปฏิบัติจริงตามบทบาท

จากการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริงรายกิจกรรม ตามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะหน่วยงาน และปัจจัยทางประสบการณ์ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ประวัติการเจ็บป่วย ระยะเวลาปฏิบัติราชการ ไม่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ และการปฏิบัติจริงทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ทั้งนี้อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากสถานีนอนามัย แต่ละแห่งมีผู้ปฏิบัติงานเฉลี่ย 3 คน ซึ่งต้องมีการร่วมประสานความร่วมมือกันช่วยเหลือระหว่างกันในการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ถึงแม้จะมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบกันอย่างชัดเจนก็จะทำให้งานของสถานีนอนามัยประสบความสำเร็จ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยทุกคนจึงมีการเรียนรู้การปฏิบัติงานในส่วนของตนเองรับผิดชอบและของร่วมงานด้วยเช่นกัน และอีกประการหนึ่งคือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นงานที่ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานของสถานีนอนามัย ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้น ให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยปฏิบัติ และอาจเนื่องจากรูปแบบการถ่ายโอนงานให้กับ อบต. ยังไม่เป็นรูปธรรม ชัดเจนเท่าที่ควร ดังนั้นการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แต่ละคนจึงมีการรับรู้ และปฏิบัติไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรเจริญ บัวพุ่ม (2543)⁽¹⁰⁵⁾ พบว่า ปัจจัย

ทางคุณลักษณะประชากร ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยเขต 2 และพรทิพย์ พึ่งอ่อน (2543)⁽¹⁰⁶⁾ พบว่าปัจจัยทางคุณลักษณะประชากร ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของสถานอนามัย

ลักษณะสถานอนามัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงในกิจกรรมการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยที่เป็นที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเนื่องจากผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยที่เป็นที่ตั้ง PCU ซึ่งเป็นสถานอนามัยขนาดใหญ่ มีจำนวนบุคลากรมาก เครื่องมือเวชภัณฑ์ต่างๆ พร้อม และตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนใหญ่ ทำให้มีศักยภาพการดำเนินงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การได้รับการฝึกอบรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทในกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการปฏิบัติจริงในกิจกรรมการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรม คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และการปฏิบัติสูงกว่า เนื่องจากผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรม จะมีความรู้ความสามารถ และมีความเข้าใจทั้งหลักวิชาการวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง สอดคล้องตามแนวคิดของอุทัย หิรัญโต⁽¹⁰³⁾ ที่กล่าวว่า การฝึกอบรม เป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคคลและเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ การปฏิบัติงานของบุคคล เป็นการสร้างเสริมคุณวุฒิ และสมรรถภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

การได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้และปฏิบัติจริงตามบทบาทในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ และการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทในกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และการปฏิบัติสูงกว่า เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่เป็นประจำ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ ทราบทิศทางแนวนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล

1. การรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริงของ อบต. ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า อบต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย และปัจจัยทางด้านการศึกษา การได้รับการอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสาร การเป็น/เคยเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ และการปฏิบัติงานของ อบต. ดังนั้นควรมีการพัฒนา ดังนี้

1.1 การเพิ่มศักยภาพให้กับ อบต. โดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อเนื่อง และการจัดการศึกษานอกระบบเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ การประชุม/สัมมนา การศึกษาดูงาน การจัดข้อมูลข่าวสารให้กับ สมาชิก อบต. อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

1.2 จัดอบรมในเรื่องของการวางแผนกลยุทธ์ ให้กับประธานกรรมการบริหาร ประธานสภา เพื่อเพิ่มวิสัยทัศน์ ในการจัดทำแผนงานของ อบต. เพราะบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้ที่มีบทบาท และอนุมัติแผนงาน/โครงการต่างๆ และพัฒนาทักษะการวางแผนพัฒนาตำบลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแก่สมาชิกอบต.

2. การรับรู้บทบาท และการปฏิบัติจริง ของสมาชิก อบต. พบว่า ระดับชั้น รายได้ การมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นสมาชิก อบต. มีผลให้การรับรู้และการปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ดังนั้น

2.1 การพัฒนางานด้านสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิก อบต. ในแต่ละระดับชั้น โดยเฉพาะ อบต.ชั้น 2 - 4 ที่โครงสร้างไม่มีส่วนสาธารณสุขรับผิดชอบโดยตรง และ ในอบต.ที่มีงบประมาณมาก การมีศักยภาพในการดำเนินงานย่อมแตกต่างกัน ฉะนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบาย มาตรการ กลวิธีบทบาทของ อบต. ในการดำเนินงานให้ชัดเจน มีความเหมาะสมกับสภาพพื้นที่และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

2.2 รัฐบาลควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการกระจาย และจัดสรรงบประมาณให้แก่ อบต. เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในแต่ละพื้นที่ยิ่งขึ้น

2.3 อบต. ควรสร้างกลไกในการทำงานในแนวราบ คือมีการประสานร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ องค์กรชุมชนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัครสาธารณสุข ให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อการพัฒนางานด้านสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน

สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในระดับอำเภอและตำบล เพื่อพัฒนาบุคลากร ให้เข้าใจถึงแนวคิด และวิธีดำเนินงานร่วมกับ อบต. ปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของบุคลากร เพื่อรองรับการกระจายอำนาจในระยะเปลี่ยนผ่าน ควรได้รับการพัฒนาทักษะ การฝึกอบรม เพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานในพื้นที่ในด้านความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาชนบท การปกครองท้องถิ่น และความรู้เกี่ยวกับบทบาทของ อบต.ให้มากขึ้น อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้มีทักษะในการปฏิบัติงานร่วมกับ อบต.และชุมชนได้ดีขึ้น

2. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดเพิ่มบทบาทที่เกี่ยวข้องกับ อบต. ของสถานีอนามัยให้ชัดเจน เช่น การประสานงานร่วมกัน การให้ความรู้ด้านสาธารณสุขแก่ อบต. และการสนับสนุนวิชาการ/ทรัพยากรแก่ อบต. ควรเพิ่มบทบาทในการเป็นพี่เลี้ยงแก่ อบต. ซึ่งจะต้องรับผิดชอบในการเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือการดำเนินงานของ อบต.

3. สถานีอนามัยควรมีการประสานจัดทำแผนงาน/โครงการ ในการแก้ไขปัญหางานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับ อบต. ให้มากขึ้น โดยใช้ฐานข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพอนามัยมาจัดทำแผน รวมทั้งทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในพื้นที่ และควรมีการพิจารณากำหนดรูปแบบการประสานงานให้มีประสิทธิภาพและง่ายต่อการปฏิบัติให้มากขึ้น

4. อบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ สถานีอนามัยในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ในงานสร้างเสริมสุขภาพทางด้านวิชาการ การวางแผน ด้านการวิเคราะห์ปัญหา การประสานงาน กับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ

5. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยควรให้ข้อมูลที่ชัดเจน เกี่ยวกับสถานการณ์และการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุต่างๆ รวมทั้งความรู้ให้ครอบคลุมแก่สมาชิก อบต. ในทุกประเด็น เช่น ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร การเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น

6. กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพและประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของ อสม.ให้สาธารณสุขชนได้รับทราบมากขึ้น เพื่อให้เกิดการยอมรับ และส่งเสริมให้ อสม.เข้าร่วมกิจกรรมกับ อบต.ในการพัฒนาตำบล

7. การเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ให้ครบตามกรอบ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานเพื่อรองรับการกระจายอำนาจ และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากภาระการดำเนินงานของสถานีอนามัยในขณะนี้ประกอบไปด้วยภาระหน้าที่หลายด้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ และจำแนกตามโครงสร้างองค์การบริหารส่วนตำบลแต่ละชั้น เพื่อจะได้เปรียบเทียบการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ขององค์การบริหารส่วนตำบลในแต่ละโครงสร้างได้ชัดเจน

2. ควรมีการศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบล ในกรอบแนวคิดทฤษฎีและงานด้านอื่นๆ ที่มีการถ่ายโอน เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย งานทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความหลากหลายขององค์ความรู้ในการพัฒนาศักยภาพของ อบต.ให้มีความเข้มแข็งต่อไป

3. ควรมีการศึกษาถึงบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ อบต. ในมุมมองของประชาชน หรือองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ อบต.ในพื้นที่ เช่น กลุ่มสตรีพัฒนา กลุ่มเยาวชน กลุ่ม อสม. ครู ผู้นำชุมชน และกลุ่มประชาชนทั่วไป เป็นต้น

4. ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบปริมาณงาน และบทบาทหน้าที่ ของสถานีอนามัยที่เป็นที่ตั้ง (PCU) กับสถานีอนามัยที่ไม่เป็นที่ตั้ง (PCU) และกำลังคนที่เหมาะสมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพเพื่อรองรับการกระจายอำนาจ ผู้องค์กรท้องถิ่น

5. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพียงการรับรู้ และการปฏิบัติในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ของ อบต.และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เท่านั้น ซึ่งในสถานการณ์ในปัจจุบันการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองท้องถิ่นยังอยู่ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน ดังนั้น ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ในระยะที่ 2 ในรูปแบบของการวิจัยถึงทดลองในภาคสนามที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคมปัจจุบัน เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสมของ อบต. และสถานีอนามัย ต่อไป

รายการอ้างอิง

1. World Health Organization. (Regional Office for Europe). Public Health in Latvia with particular reference to Health Promotion. Copenhagen, 1998 : 22-41.
2. กัญญา กาญจนบุรานนท์. การบริการสุขภาพ. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสาธารณสุข, 65-69. นนทบุรี: สุขุขทัยธรรมาราช, 2526.
3. ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. กองทุนส่งเสริมสุขภาพ: ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพของประชาชนไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องพยาบาลกับบทบาทการส่งเสริมสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี; 17 กรกฎาคม 2541; ณ วิทยาลัยพยาบาลกาชาดไทย. กรุงเทพมหานคร: 1-22.
4. Ziglio, E., Baranski, B. Health promotion in the workplace strategy options. Copenhagen: World Health Organization (Regional office for Europe), 1995: 7-41.
5. Theorell, T. Work and health-New challenges for public health research and practice. Gesundheitswesen 57(Mar 1995): 130-134.
6. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ทฤษฎี สมุทัย ในระบบสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.
7. สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กลยุทธ์ใหม่ในการพัฒนาสาธารณสุข. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2, (2537): 91-108.
8. หทัย ชิดานนท์. รายงานพัฒนาโลก พ.ศ. 2536 : การลงทุนด้านสุขภาพ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2, (2537): 91-108.
9. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. 4(1-2): 49-70.
10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544). กรุงเทพฯ : หจก. เม็ดทรายพรินต์ริ่ง, 2540.
11. กองสาธารณสุขภูมิภาค. กระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่และมาตรฐานบริการของสถานีอนามัย โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาศาสนาอนามัย (ทศอ.) พ.ศ.2535-2544. กรุงเทพฯ, 2539.
12. สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ และคณะ. อนาคตสถานีอนามัยไทย(การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาศาสนาอนามัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อาคารสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.
13. วินัย สีสมิทธิ, ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์. รายงานผลการวิจัยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น : ความเป็นไปได้ของการบรรลุความครอบคลุมถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
14. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2542. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 116, ตอนที่ 114 ก. (ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2542), 2542.

15. สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กรมอนามัย. คู่มือการบริหารจัดการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.
16. กรมอนามัย, แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.
17. โกวิทช์ พวงงาม. การศึกษาภารกิจ วัตถุประสงค์และความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
18. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวง ส่วนแผนงานและทรัพยากรสาธารณสุข. ศึกษาสถานภาพและความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนตำบลและสถานีอนามัยในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.
19. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. การเตรียมการรองรับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : ภารกิจด้านสุขภาพ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2545.
20. มหาดไทย, กระทรวง. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น [Online]. 2544. แหล่งที่มา: <http://www.dola.go.th/local/chonburi44.html>. [2003, July 25]
21. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. สรุปผลการประเมินรายงานสถานการณ์และสภาวะสุขภาพของประชาชน จังหวัดชลบุรี ปี 2544. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2544.
22. ส่งเสริมสุขภาพ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. สรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2545, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2545.
23. Collins, W. Webster' s New Twentieth Century Ditionary. United State of American : World pulishing, 1975 : 1100.
24. Garrion, Karl C., and Magoon-Robert. Educational Psychology. Columbus : Chares E.Merril Publishing Company, 1972.
25. จำเนียร ช่างโชติ และคณะ. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร :มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2533.
26. กรรณิการ์ณ สุวรรณโคตร. “การพยาบาลกับพฤติกรรมของบุคคล” ใน เอกสารการสอนชุดมโนมติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-7 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2537.
27. Schermerhom, John R. , Hunt , James G. , and Osborn, Richard N. Behavior in Organization. Newyork : John Wiley & Sons, 1982.
28. E, Kast., and Janes, E.Rosenzweig. Organization Management A System and Contingency Approach. Mcgraw Hill Book Company: Singapore, 1985.
29. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของจริง ในการพยาบาลกับการนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2828.

30. เทพพนม เมืองแมน, สวิง สุวรรณ. พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2529.
31. สุชา จันทร์อม, สุรางค์ จันทร์อม. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2536.
32. Lonard, B., and Selznick, P. Sociology. First edition. New York: Harper t Row Publisher, 1973 : 36.
33. Roy , Sister Callista. Introduction to Nursing: An Adaptation Model. New Jersey: Prentice Hall, 1976.
34. Princetion, Joy., and etc. Maaternity Nurse Today. New york : McGraw- Hill Book Company, 1973.
35. Monet, F., and Evan, C. The Role of The Nurse in Community Mental Health. New York : The Macmillan Company.
36. สมยศ นาวิการ, ผุสดี รุมาคม. องค์การทฤษฎีและพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ดวงกมล, 2520 : 113-117.
37. Porter Lyman, W., Lawler III, Edward E. and Heckman Richard I. Behavior in Organization. New York: Mc Graw Hill, 1957 : 24.
38. จรัส สุวรรณมาลา. ปฏิรูประบบการคลังไทย : กระจายอำนาจสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2541.
39. ตระกูล มีชัย. การกระจายอำนาจ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สุขุมและบุตร จำกัด, 2538.
40. Mill A. Decentralization concepts and issuers: a review. In: Mill A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadedh I, editors. Health system decentralization: concept, issues and country experience. Geneva: WHO; 1990. P.1-94.
41. Collin C. Management and organization of developing health system. Oxford University Press; 1994.
42. มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. คัมภีร์สมาชิก อบต. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : มุลนิธิริักษ์ไทย (องค์การแคร์-ประเทศไทย), 2542.
43. มหาดไทย, กระทรวง. กรมการปกครอง. กฎระเบียบและข้อบังคับสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพฯ: ส่วนท้องถิ่น, 2538.
44. กรมการปกครอง. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2539.
45. ศุภมล ศรีสุขวัฒนา. คู่มือปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล เรื่องบทบาท อำนาจหน้าที่ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมาย. นนทบุรี : สำนักพิมพ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
46. โกวิท พวงงามและคณะ. ภารกิจอบต.และความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล. มุลนิธิส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, 2543.
47. Hakkinen U, Gudfinnsdottir GK, Unde A. Overview of the structures of the Nordic health care systems. In: Alban A, Christiansen T, editors. The Nordic lights: new initiatives in health care system. Odense: Odense University Press; 1995. P. 14-30.

48. Vallgarda S, Krasnik A. Health care system in transition: Denmark. In: Thomson S, Mossialos E, editors. European observatory on health care systems. Geneva: WHO; 2001.
49. WHO. Health care system in transition: Norway. Geneva: WHO; 2001.
50. Hakansson S, Nordling S. The health system of Sweden. In: Raffel MW, editor. Health care and reform in industrialized countries. Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press; 1997.
51. Koivusalo M. Decentralisation and equity of health care provision in Finland. *BMJ* 1999; 318: 1198-1200.
52. Gudfinndottir GK, Gunnarsson DA. Health care in Iceland. In: Alban A, Christiansen T, editors. The Nordic lights: new initiatives in health care system. Odense: Odense University Press; 1995. p. 87-99.
53. Brogen P-O, Brommels M. Central and local control in Nordic health care: the public organisation spectrum revised. *Int J Health Plan Manage* 1990; 5:27-39.
54. Norris MW. Local government and decentralization in the Sudan. *Public Adm Manage* 1983; 3:209-222.
55. Smith BC. The powers and functions of local government in Nigeria 1966-1980. *Iras* 1981; 4: 325-331.
56. Reilly Q. Experience of decentralization in Papua New Guinea. In Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, editors. Health system decentralization: concept, issues and country experience. Geneva: WHO; 1990. p. 95 – 105.
57. Capuno JJ Solon O. The impact of devolution on local health expenditure: anecdotes and some estimates from the Philippines. *Philippine Review and Economics and Business* 1996; XXXIII: 283-318.
58. Nutbeam D. Evaluating health promotion-progress, problem and solutions. In O'Byrne D, Kickbusch I, Review and evaluation of health promotion. *Proceed of the Rourth*, 1997: 3-43.
59. Drupp M., Krech R., Enterprise for Health, A case Study From Lower Saony, Germany. [cited 2202 September 23]. Available from: URL=<http://www.ho.int/hpr/conference/products/casestudies/Saxony.pdf>.
60. Griffith J H. A practical guide to health promotion in the workplace. Guideline for alliance building and networking with companies with the assistance of A Nidha. European health promotion Series No.5. Cardiff, Wales, 1955:11-13, 17-19, 21-43.
61. Kickbush I. Health promotion: A global perspective. Health Promotion An Anthology pan American Health Organization. Pan American Sanitary Burean, Regional office of the World Health Organization. Washington, 1996: 1-15.

62. ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและรักษาสุขภาพของลูกจ้างผู้ประกันตนในประเทศไทย. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2541.
63. สาธารณสุข, กระทรวง. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: (ม.ป.ท.), 2544.
64. สาธารณสุข, กระทรวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, รายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประจำปี 2545. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2545.
65. ลือชา วรรัตน์ และคณะ. การบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบล กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี สุโขทัย มุกดาหาร ปัตตานี. วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน. สำนักงาน กพ., 2539.
66. สถาบันดำรงราชานุภาพ กองวิชาการการและแผนงาน ร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง. ปัญหาการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล. เอกสารวิชาการ สดร.11/2539. โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น กรมการปกครอง, กรุงเทพฯ. 2540.
67. จรัส สุวรรณมาลา. สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลศักยภาพและทางเลือกสู่อนาคต. คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
68. ลือชา วรรัตน์ และคณะ. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย, 2540.
69. รุจี จารุภรณ์. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ในการปฏิบัติงานขององค์การบริหารส่วนตำบล: กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดเลย. 2540. (เอกสารอัดสำเนา)
70. นันทิยา พัฒนโสภณ. ความรู้ ความคิดเห็นและการประสานงานของหัวหน้าสถานีอนามัยในการดำเนินงานสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล ศึกษากรณีเฉพาะกรณีจังหวัดฉะเชิงเทรา. ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
71. เกสร วงศ์วัฒนากิจ. ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรมการปกครององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น. ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
72. ทองเพชร โสหนองบัว. องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)กับการพัฒนางานสาธารณสุขกรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลชั้น 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
73. ชรรมพันธ์ วังศรี, สายใจ เรืองศรีมัน, ธวัชชัย ไตรทิพย์, เสวย อุคำพันธ์, สม นาสอ้าน, สมศักดิ์ พ่อไชยราช. การศึกษาศาสนาการณและศักยภาพการพัฒนางานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสาร สสม.อีสาน, (ธันวาคม 2542-มกราคม 2543) : 34.
74. สมฤดี ลิ้มปรีชตวิชัย. บทบาทของอบต.ต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของชุมชน : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนชนบทศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
75. สันชัย สุตพันธ์วิหการ การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อปัญหามลพิษทางน้ำจากชุมชน กรณีศึกษาเทศบาลเมืองภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

76. ปรัชญา ศรีภา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาหมู่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
77. ชรินทร์ ศึกษากิจ. การมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการดูแลสุขภาพประชาชน อำเภอบ้านแพ้วและอำเภอกะทู้มูแบน จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
78. สุรินทร์ หลีกแหลม. ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมของนักศึกษาวิทยาลัยครู. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
79. เริงศักดิ์ ส่งสุข. การมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลต่อการบริหารงานพัฒนาท้องถิ่น ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. กรุงเทพมหานคร: ภาคนิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2539.
80. ฉอาน วุฒิภรณ์รักษา. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสร้างงานในชนบทศึกษาเฉพาะกรณี โครงการที่ได้รับรางวัลดีเด่น ต.กึ่งพยอม อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526.
81. ศิริชัย ไตรสารศรี. การรับรู้บทบาทของผู้นำท้องถิ่นในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม: ศึกษากรณีอำเภอคลองหลวง อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. กรุงเทพมหานคร: วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2539.
82. กฤษฎา ทองสังวรณ. ความพร้อมของคณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่นจังหวัดอุดรราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
83. มนตรี ดั่งปรีक्षा. ความคิดเห็นของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรป่าไม้. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สิ่งแวดล้อม) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
84. สมใจ เข้มเจริญ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลสะเอียน อำเภอสอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
85. จรูญ ขุนทรง. ความตระหนักของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ในการอนุรักษ์แม่น้ำลำคลองในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
86. เพลงพิน มั่นอยู่. ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมของคณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

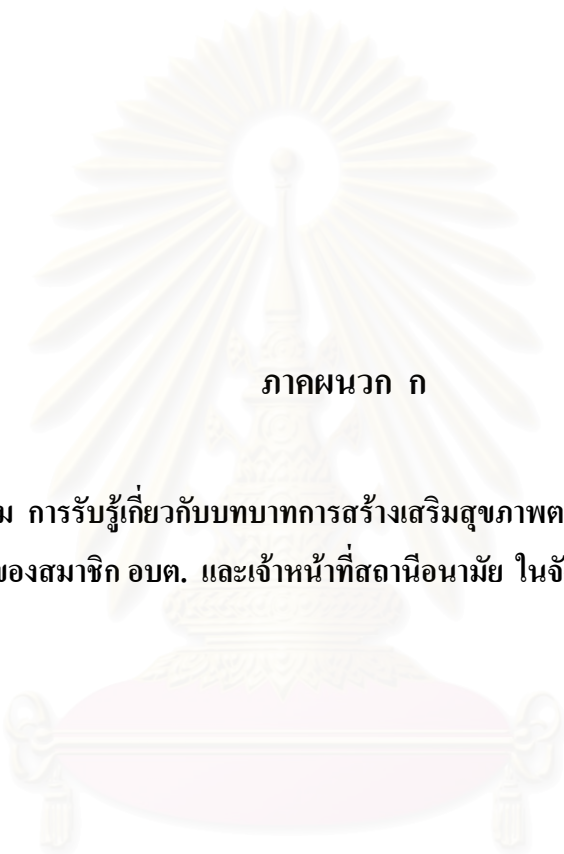
87. สมบูรณ์ สอนประภา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการสภาตำบล: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2537.
88. จารุพรรณ สุดาวงษ์. บทบาทของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาชนบท: ศึกษาเฉพาะกรณี อ.เมือง จ.อุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2539.
89. สมเกียรติ ยุติธรรม. ความพร้อมของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลต่อการแก้ไขปัญหาหามลพิษทางน้ำ ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
90. สุขขันธ์ มีไมตรีจิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลศึกษากรณีอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
91. สุนิ วงศ์คงคาเทพ และคณะ. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการพัฒนาสาธารณสุขระดับตำบลอำเภอเมือง และอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. เอกสารชุดวิชาการ 2 โครงการพัฒนาบุคลากรทางวิชาการและการวิจัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี, 2540.
92. สุดเขตต์ เข้มไธ. อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
93. ภูมิวิษณุ ขวัญเมือง และคณะ. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลที่เหมาะสมต่อการพัฒนางานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. 2540.
94. ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ และคณะ. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลที่เหมาะสมต่อการพัฒนางานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2540
95. งานกองการเจ้าหน้าที่, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. รายงานสรุปกรอบอัตรากำลังบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขประจำปี 2545. ชลบุรี, 2545. (เอกสารอัดสำเนา)
96. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรัตน์, ทวีสิน ต้นประยูร. หลักการทําวิจัยให้สำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เท็ก แอน เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2542.
97. Lemeshow S, Hosmer Jr WD, Klar J, Lawanga Ks. Adequacy of sample size in health studies. Geneva: World Health Organization, 1990 : 41-86.
98. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for window. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนจำกัด ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ, 2545.
99. กองราชการส่วนตำบล, กรมการปกครอง. คู่มือการฝึกอบรมประธานคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ประจำปี 2540. [ม.ป.ท]; 2540.
100. กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลกับการพัฒนาเด็กและครอบครัว. โดยการสนับสนุนจาก UNICEF. 2541.

101. ประภา วัฒนชีพ และคณะ. องค์การบริหารส่วนตำบลกับการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน. รายงาน การวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2541.
102. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. การประเมินผลประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินอุดหนุนองค์การบริหารส่วน ตำบล. รายงานการวิจัยเสนอ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2542.
103. อุตัย หิรัญโต. ศิลปะของนักบริหาร. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2523: 15.
104. สมาคมนามัยแห่งประเทศไทย. ปฏิทินสาธารณสุข 2543. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์, 2543: 199.
105. พรเจริญ บัวพุ่ม. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับการปฏิบัติงานตามบทบาทนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย เขต 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
106. พรทิพย์ พึ่งอ่อน. ประสิทธิผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของสถานีนามัย ในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกิจกรรมการถ่ายโอน
ของสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในจังหวัดชลบุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 1**แบบสอบถาม สำหรับ สมาชิก อบต.**

เรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ของสมาชิกองค์การบริหารส่วน ตำบล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในจังหวัดชลบุรี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน ของสมาชิก อบต. ในจังหวัดชลบุรี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ตลอดจนปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ

2. แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของ อบต. (สัมภาษณ์เฉพาะปลัด อบต.เท่านั้น)

ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน แบ่งออกเป็น 7 กิจกรรม ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| 1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ | จำนวน 6 ข้อ |
| 2. การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง
จากการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-44 ปี) | จำนวน 4 ข้อ |
| 3. การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี) | จำนวน 12 ข้อ |
| 4. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ | จำนวน 5 ข้อ |
| 5. การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้
อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน | จำนวน 5 ข้อ |
| 6. การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว | จำนวน 4 ข้อ |
| 7. การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ | จำนวน 7 ข้อ |

ส่วนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลเป็นภาพรวมในวิทยานิพนธ์เท่านั้นและคำตอบของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามด้วยตัวท่านเอง ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงให้มากที่สุด เพื่อให้ผลการศึกษานำไปใช้เป็นประโยชน์ในการปรับปรุง และพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมของจังหวัด ต่อไป

**** ก่อนลงมือทำแบบสอบถามโปรดอ่านคำชี้แจง ในแต่ละส่วนให้เข้าใจเสียก่อน ****

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ใน Y หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมค่าลงในช่องว่าง
 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

◆ ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ Y 1. ชาย Y 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (นับจำนวนปีเต็มบริบูรณ์)

3. สถานภาพสมรส

Y 1. โสด

Y 2. สมรส

Y 3. แยกกันอยู่

Y 4. หม้าย

Y 5. หย่า

Y 6. อื่นๆ (ระบุ).....

4. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

Y 1. ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น (ป.4)

Y 2. ประถมศึกษาตอนต้น (ป.4)

Y 3. ประถมศึกษาตอนปลาย

Y 4. มัธยมศึกษาตอนต้น

Y 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย

Y 6. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

Y 7. อนุปริญญา ปวส. ปวท.

Y 8. ปริญญาตรี

Y 9. สูงกว่าปริญญาตรี

Y 10. อื่นๆ (ระบุ)

5. อาชีพหลักของท่าน (อาชีพที่ใช้เวลาส่วนใหญ่)

Y 1. เกษตรกรรม

Y 2. รับจ้างทั่วไป

Y 3. ธุรกิจส่วนตัว

Y 4. แม่บ้าน

Y 5. ข้าราชการ

Y 6. ค้าขาย

Y 7. ข้าราชการบำนาญ

Y 8. รับจ้าง/โรงงาน

Y 9. รับจ้าง/สำนักงาน

Y 10. อื่น ๆ (ระบุ).....

6. ท่านมีรายได้โดยเฉลี่ย.....บาท/เดือน (จากอาชีพหลัก, ตำแหน่ง อดต. และรวมจากแหล่งอื่น ๆ)

7. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งใดใน อดต.

Y 1. ประธานกรรมการบริหาร

Y 2. กรรมการบริหาร

Y 3. เลขานุการคณะกรรมการบริหาร (ปลัด อดต.)

Y 4. ประธานสภา อดต.

Y 5. รองประธานสภา อดต.

Y 6. สมาชิกสภา อดต..

Y 7. เลขานุการสภา อดต.

8. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในตำแหน่งนี้.....ปี (นับจำนวนปีเต็ม)

◆ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

9. ท่านเคย(ปัจจุบัน) ดำรงตำแหน่งบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นใดหรือไม่

Y 1. ไม่เคย

Y 2. เคย ตำแหน่งใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

Y 1. อสม.

Y 2. พยาบาล

Y 3. แพทย์แผนโบราณ

Y 4. เจ้าพนักงานสาธารณสุข

Y 5. แพทย์ประจำตำบล

Y 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

สำหรับผู้วิจัย

Sex1

Age1

Stat1

Edu1

Occ1

In1

Pos1

Exp1

Po.P

PP1 PP2

PP3 PP4

PP5 PP6

◆ ประสบการณ์การเจ็บป่วยและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ

สำหรับผู้วิจัย

10. ปัจจุบัน ท่านมีปัญหาสุขภาพ เกี่ยวกับโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัว (ที่ผ่านการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่)

Sick_1

Y1..ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 16)

Y2. (มี ระบุ).....

◆ ประสบการณ์การได้รับการอบรม และข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ

11. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการอบรม เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของ อบต.เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริม/ส่งเสริมสุขภาพ หรือไม่

Role_1

Y 1. ไม่เคย

Y 2. เคย (ระบุ)

เรื่อง	จัดโดย	ว/ด/ป
.....
.....
.....
.....

12. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลข่าวสาร/การพูดคุยสนทนา/การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ อย่างไม่อย่างหนึ่ง/ จากบุคคลหรือสื่อต่างๆ

In_1 Y

Y 1. ไม่เคย (ข้ามไปตอบส่วนที่ 2)

Y 2. ไม่เคย

13. ข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่ท่านได้รับในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

Y 1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์

Typ_1

Y 2. การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์

Typ_2

Y 3. การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด-5ปี)

Typ_3

Y 4. การดำเนินงานในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

Typ_4

Y 5. การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตสำหรับเด็กนักเรียน

Typ_5

Y 6. การวางแผนครอบครัว

Typ_6

Y 7. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

Typ_7

14. แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ท่านได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

So_1

Y 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Y 2. เพื่อนสมาชิก อบต.

Y 3. อสม.

Y 4. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้/การปฏิบัติ บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ระดับการรับรู้บทบาท กิจกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในแต่ละข้อ มีความสำคัญว่าควรเป็นบทบาทของ อบต. มากน้อยเพียงใด ตามความคิดเห็นของท่าน

1=น้อยที่สุด (0-20%) 2=น้อย (21-40%) 3=ปานกลาง (41-60%) 4=มาก (61-80%) 5= มากที่สุด (81-100%)

ระดับการปฏิบัติจริง กิจกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในแต่ละข้อ มีการปฏิบัติตามสภาพเป็นจริง มากน้อยเพียงใด ตามความคิดเห็นของท่าน

1=น้อยที่สุด (0-20%) 2=น้อย (21-40%) 3=ปานกลาง (41-60%) 4=มาก (61-80%) 5= มากที่สุด (81-100%)

ข้อ	บทบาท/กิจกรรม	ระดับการรับรู้บทบาท					ระดับการปฏิบัติจริง					สำหรับ ผู้วิจัย
		น้อย ← → มาก					น้อย ← → มาก					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์เพื่อทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ												
1	จัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก											K1 <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/>
2	จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ											K2 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/>
3	ค้นหาหญิงมีครรภ์ และเฝ้าระวังสุขภาพ โดยแนะนำให้ฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่ามีการตั้งครรภ์											K3 <input type="checkbox"/> P3 <input type="checkbox"/>
4	ประสานงานกับ สถานีอนามัย เพื่อสร้างเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง											K4 <input type="checkbox"/> P4 <input type="checkbox"/>
5	แนะนำสถานบริการสาธารณสุข และ/หรือ จัดหน่วยเคลื่อนที่ในการให้บริการแก่ หญิงมีครรภ์ และทารกแรกเกิด											K5 <input type="checkbox"/> P5 <input type="checkbox"/>
6	ประชาสัมพันธ์ให้หญิงมีครรภ์/ญาติ/องค์กรต่างๆ ในชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนัก ในการดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์											K6 <input type="checkbox"/> P6 <input type="checkbox"/>
2. การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-44ปี)												
7	จัดทำแผนงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ											K7 <input type="checkbox"/> P7 <input type="checkbox"/>
8	สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หลอดฮีมาโตคริต เข็มเจาะเลือด ในการตรวจหาความเข้มข้นของเลือด ให้กับสถานีอนามัย											K8 <input type="checkbox"/> P8 <input type="checkbox"/>
9	สนับสนุนยาเม็ดธาตุเหล็กให้แก่หญิงมีครรภ์เพื่อป้องกันโรคโลหิตจาง											K9 <input type="checkbox"/> P9 <input type="checkbox"/>

ข้อ	บทบาท/กิจกรรม	ระดับการรับรู้บทบาท					ระดับการปฏิบัติจริง					สำหรับ ผู้วิจัย
		น้อย <—> มาก					น้อย <—> มาก					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
10	ร่วมสนับสนุน จัดกิจกรรมรณรงค์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้มีการกินยาเม็ดธาตุเหล็ก และ/หรือ อาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น ตับ, เครื่องในสัตว์ ผักสีเขียว ฯลฯ											K10 <input type="checkbox"/> P10 <input type="checkbox"/>
3. การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี)												
11	3.1 การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ											K11 <input type="checkbox"/> P11 <input type="checkbox"/>
12	สนับสนุนและร่วมแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ สอ. ในการส่งต่อเมื่อพบเด็กขาดสารอาหาร และพัฒนาการผิดปกติ											K12 <input type="checkbox"/> P12 <input type="checkbox"/>
13	จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่พ่อแม่ / ผู้ปกครอง นำเด็กไปชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ตรวจสอบสภาพฟัน ตามนัดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข											K13 <input type="checkbox"/> P13 <input type="checkbox"/>
14	3.2 การควบคุมและป้องกันภาวะโรคโลหิตจางจาก การขาดธาตุเหล็ก จัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินการ											K14 <input type="checkbox"/> P14 <input type="checkbox"/>
15	สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เช่น หลอดฮีมาโตคริต เข็มเจาะเลือด ในการตรวจเพื่อหาความเข้มข้นเลือด											K15 <input type="checkbox"/> P15 <input type="checkbox"/>
16	สนับสนุนขาน้ำวิตามินรวมผสมธาตุเหล็กสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 1-5 ปี											K16 <input type="checkbox"/> P16 <input type="checkbox"/>
17	จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ให้ความรู้แก่พ่อแม่/ผู้ปกครอง ในการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง											K17 <input type="checkbox"/> P17 <input type="checkbox"/>
18	3.3 ศูนย์เด็กเล็กอยู่ในชุมชน จัดตั้งคณะกรรมการ และ/หรือร่วมเป็นคณะกรรมการ ศูนย์เด็กเล็ก											K18 <input type="checkbox"/> P18 <input type="checkbox"/>
19	จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน / เพื่อขอตั้งงบประมาณ ดำเนินการ											K19 <input type="checkbox"/> P19 <input type="checkbox"/>
20	จัดอบรมพี่เลี้ยงดูแลเด็ก และ/หรือ พาไปศึกษาดูงาน ศูนย์เด็กเล็ก ตามเหมาะสม											K20 <input type="checkbox"/> P20 <input type="checkbox"/>

ข้อ	บทบาท/กิจกรรม	ระดับการรับรู้บทบาท					ระดับการปฏิบัติจริง					สำหรับ ผู้วิจัย
		น้อย <—> มาก					น้อย <—> มาก					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
21	ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน กิจกรรมต่างๆ เช่น ตรวจสอบสุขภาพประจำปี การดูแลพัฒนาการเด็กตามวัย การให้บริการด้านภูมิคุ้มกันขั้นพื้นฐาน การดูแลด้านโภชนาการ การดูแลด้านสุขภาพฟัน และการจัดงานวันเด็ก เป็นต้น											K21 <input type="checkbox"/> P21 <input type="checkbox"/>
22	สนับสนุนงบประมาณดำเนินการของศูนย์เด็กเล็กในความรับผิดชอบ											K22 <input type="checkbox"/> P22 <input type="checkbox"/>
4. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ												
23	ร่วมเป็นคณะกรรมการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ											K23 <input type="checkbox"/> P23 <input type="checkbox"/>
24	สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ลานกีฬา											K24 <input type="checkbox"/> P24 <input type="checkbox"/>
25	สนับสนุนเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาแก้ปวดในการดำเนินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ											K25 <input type="checkbox"/> P25 <input type="checkbox"/>
26	ส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน เช่น จัดตั้งกลุ่ม / ชมรมการออกกำลังกายในโรงเรียนและชุมชน											K26 <input type="checkbox"/> P26 <input type="checkbox"/>
27	เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น จัดกิจกรรมรณรงค์ประกวด จัดทำสื่อ(ที่บ้าน) เอกสารเพื่อเผยแพร่											K27 <input type="checkbox"/> P27 <input type="checkbox"/>
5. การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน												
28	รวบรวมผลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กนักเรียน เพื่อวางแผนของงบประมาณดำเนินการ											K28 <input type="checkbox"/> P28 <input type="checkbox"/>
29	จัดซื้ออาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้แก่นักเรียนที่มีปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์											K29 <input type="checkbox"/> P29 <input type="checkbox"/>
30	ร่วมกับครูและเจ้าหน้าที่ สอ. ในการค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารในเด็กหลังจากการให้อาหารเสริมแล้ว พร้อมทั้งหาทางแก้ไข											K30 <input type="checkbox"/> P30 <input type="checkbox"/>
31	สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ของเด็กนักเรียน											K31 <input type="checkbox"/> P31 <input type="checkbox"/>
32	สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น อุปกรณ์กีฬา ปรับปรุงลานกีฬา เป็นต้น											K32 <input type="checkbox"/> P32 <input type="checkbox"/>

ข้อ	บทบาท/กิจกรรม	ระดับการรับรู้บทบาท					ระดับการปฏิบัติจริง					สำหรับ ผู้วิจัย
		น้อย <—> มาก					น้อย <—> มาก					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
6. การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว												
33	รวบรวมข้อมูล ชายหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการบริการวางแผนครอบครัว แยกตามวิธีการคุมกำเนิด											K33 <input type="checkbox"/>
												P33 <input type="checkbox"/>
34	จัดทำทะเบียนของผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว											K34 <input type="checkbox"/>
												P34 <input type="checkbox"/>
35	ประสานงานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อจัดทำแผนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย											K35 <input type="checkbox"/>
												P35 <input type="checkbox"/>
36	จัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว เช่น รณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฝัง ทำหมัน เป็นต้น											K36 <input type="checkbox"/>
												P36 <input type="checkbox"/>
7. การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ												
37	ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชน											K37 <input type="checkbox"/>
												P37 <input type="checkbox"/>
38	จัดตั้งคณะกรรมการ และร่วมเป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ											K38 <input type="checkbox"/>
												P38 <input type="checkbox"/>
39	สำรวจ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารในชุมชน เช่น จำนวนผู้สูงอายุในชุมชน จำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ จำนวนชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น											K39 <input type="checkbox"/>
												P39 <input type="checkbox"/>
40	จัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อขอตั้งงบประมาณดำเนินงาน											K40 <input type="checkbox"/>
												P40 <input type="checkbox"/>
41	สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ในการจัดบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพกาย ฟันฟูสภาพ ของผู้สูงอายุ ให้กับสถานีอนามัย											K41 <input type="checkbox"/>
												P41 <input type="checkbox"/>
42	สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เช่น ให้มีลานกีฬา อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย											K42 <input type="checkbox"/>
												P42 <input type="checkbox"/>
43	รณรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ (วันสงกรานต์) เช่น รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ประกวดสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น											K43 <input type="checkbox"/>
												P43 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรค

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดและเติมคำในช่องว่างระดับความสำคัญของปัญหา

- 5 = ท่านหรือองค์กรของท่านมีปัญหาและอุปสรรค **มากที่สุด**
- 4 = ท่านหรือองค์กรของท่านมีปัญหาและอุปสรรค **มาก**
- 3 = ท่านหรือองค์กรของท่านมีปัญหาและอุปสรรค **ปานกลาง**
- 2 = ท่านหรือองค์กรของท่านมีปัญหาและอุปสรรค **น้อย**
- 1 = ท่านหรือองค์กรของท่านมีปัญหาและอุปสรรค **น้อยที่สุดหรือไม่มี**

ข้อ	ข้อปัญหา	น้อย \longleftrightarrow มาก					สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
1	บุคลากรที่รับผิดชอบในการดำเนินงานสาธารณสุขโดยตรง						Po_1 <input type="checkbox"/>
2	งบประมาณในการสนับสนุน กิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ						Po_2 <input type="checkbox"/>
3	วัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ						Po_3 <input type="checkbox"/>
4	ความร่วมมือจากกลุ่ม อสม.						Po_4 <input type="checkbox"/>
5	ความร่วมมือจากประชาชน						Po_5 <input type="checkbox"/>
6	ความร่วมมือจากผู้นำชุมชน						Po_6 <input type="checkbox"/>
7	ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย						Po_7 <input type="checkbox"/>
8	ความร่วมมือจากทางโรงเรียน						Po_8 <input type="checkbox"/>
9	การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านสร้างเสริมสุขภาพ						Po_9 <input type="checkbox"/>
10	การประสานงานกับสถานีอนามัย						Po_10 <input type="checkbox"/>
11	ความรู้ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ						Po_11 <input type="checkbox"/>
12	ประสบการณ์ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ						Po_12 <input type="checkbox"/>
13	การฝึกอบรม เกี่ยวกับงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ						Po_13 <input type="checkbox"/>
14	ปัญหาอื่น ๆ (ระบุ) 1. 2. 3. 4. 5.						Po_14 <input type="checkbox"/>

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

กรุณาแสดงความคิดเห็น ถึงปัญหาและแนวทางแก้ไข ต่อการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในกิจกรรมเหล่านี้ เพื่อจะได้นำแนวทางแก้ไขไปพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น

1. การส่งเสริมหญิงมีครรภ์เพื่อทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

2. การควบคุมและป้องกันโรคโสฬิตจากอาหารขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

3.การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด-5ปี)

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

4. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

5. การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

6. การสนับสนุนกิจกรรมวางแผนครอบครัว

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

7.การสนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุ

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

.....

ชุดที่ 2

แบบสอบถาม สำหรับ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

เรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอนของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในจังหวัดชลบุรี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการส่งเสริมสุขภาพตามกิจกรรมการถ่ายโอนของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในจังหวัดชลบุรี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

2. แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้/การปฏิบัติ บทบาทการส่งเสริมสุขภาพ 49 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลเป็นภาพรวมในวิทยานิพนธ์เท่านั้นและคำตอบของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามด้วยตัวท่านเองให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงให้มากที่สุด เพื่อให้ผลการศึกษานำไปใช้เป็นประโยชน์ในการปรับปรุง และพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของจังหวัด ต่อไป

** ก่อนลงมือทำแบบสอบถามโปรดอ่านคำชี้แจง ในแต่ละส่วนให้เข้าใจเสียก่อน **

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ใน Y หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมค่าลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ Y 1. ชาย Y 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (นับจำนวนปีเต็มบริบูรณ์)
3. สถานภาพสมรส

Y 1. โสด	Y 2. สมรส	Y 3. แยกกันอยู่
Y 4. หม้าย	Y 5. หย่า	
4. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

Y 1. ประกาศนียบัตร/เทียบเท่าอนุปริญญา	Y 2. ปริญญาตรี/เทียบเท่าปริญญาตรี
Y 3. ปริญญาโท	Y 4. อื่นๆ (ระบุ).....
5. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง

Y 1. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	Y 2. นักวิชาการ
Y 3. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	Y 4. พยาบาลเทคนิค
Y 5. พยาบาลวิชาชีพ	Y 6. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
6. ท่านมีรายได้โดยเฉลี่ย.....บาท/เดือน (จากอาชีพหลัก และรวมจากแหล่งอื่น ๆ)
7. สถานที่ปฏิบัติงาน

Y 1. สถานีนามัยเป็นที่ตั้ง PCU	Y 2. สถานีนามัยไม่เป็นที่ตั้ง PCU
--------------------------------	-----------------------------------
8. ท่านปฏิบัติราชการมาเป็นเวลา..... ปี (นับจำนวนปีเต็ม)
9. **ปัจจุบัน** ท่านมีปัญหาสุขภาพ เกี่ยวกับโรค/อาการเจ็บป่วยประจำตัว (ที่ผ่านการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่)

Y 1. ไม่มี	Y 2. มี
------------	---------
10. **ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านม** ท่านเคยได้รับการอบรม เกี่ยวกับเรื่องการค้าเงินงานส่งเสริม สุขภาพหรือไม่

Y 1. ไม่เคย	Y 2. เคย (ระบุ)
เรื่อง	จัดโดย
.....
.....
.....
11. **ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านม** ท่านได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลข่าวสาร/การพูดคุยสนทนา/การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ อย่างใดอย่างหนึ่ง/ จากบุคคลหรือสื่อต่างๆ

Y 1. ไม่เคย (ข้ามไปทำส่วนที่ 2)	Y 2. เคย
---------------------------------	----------

สำหรับ
ผู้วิจัย

Sex Y

Age Y

Stat Y

Edu Y

Pos Y

In YYYYYY

Offic Y

Time Y

Sick Y

Role_1

Info_1

12. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องใด ต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

Y 1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์

Y 2. การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์(อายุ 15-44 ปี)

Y 3.การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด-5ปี)

Y4. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

Y5. การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตสำหรับเด็กนักเรียน

Y6.การวางแผนครอบครัว

Y 7.การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

13. แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ท่านได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

Y1.แพทย์

Y2.เพื่อนร่วมงาน

Y3. แผ่นพับ/โปสเตอร์

Y4.เอกสาร

Y5.วารสารวิชาการ

Y6. วิทยุ

Y7.โทรทัศน์

Y8.อินเทอร์เน็ต

สำหรับผู้วิจัย

Typ_1

Typ_2

Typ_3

Typ_4

Typ_5

Typ_6

Typ_7

So_1 So_2

So_3 So_4

So_5 So_6

So_7 So_8

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้/การปฏิบัติ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตามกิจกรรมการถ่ายโอน 7 กิจกรรม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ระดับการรับรู้บทบาท กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ในแต่ละข้อ มีความสำคัญว่าควรเป็นบทบาทของ สอ. มากน้อยเพียงใด ตามความคิดเห็นของท่าน

1 = น้อยที่สุด (0-20%) 2 = น้อย (21-40%) 3 = ปานกลาง (41-60%) 4 = มาก (61-80%) 5 = มากที่สุด (81-100%)

ระดับการปฏิบัติจริง กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ในแต่ละข้อ มีการปฏิบัติตามสภาพเป็นจริง มากน้อยเพียงใด ตามความคิดเห็นของท่าน

1 = น้อยที่สุด (0-20%) 2 = น้อย (21-40%) 3 = ปานกลาง (41-60%) 4 = มาก (61-80%) 5 = มากที่สุด (81-100%)

ข้อ	บทบาท/กิจกรรม	ระดับการรับรู้บทบาท					ระดับการปฏิบัติจริง					สำหรับ ผู้วิจัย	
		น้อย <-----> มาก					น้อย <-----> มาก						
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์เพื่อทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ													
1	จัดให้มีเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก												K1 <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/>
2	ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน/แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา กับ อบต.												K2 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/>
3	รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก												K3 <input type="checkbox"/> P3 <input type="checkbox"/>
4	พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เช่น อบต., อสม., กลุ่มผู้นำ ในด้านความรู้ และคุณภาพบริการ												K4 <input type="checkbox"/> P4 <input type="checkbox"/>
5	ประสานงานและสนับสนุนองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ด้านวิชาการ												K5 <input type="checkbox"/> P5 <input type="checkbox"/>
6	ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ												K6 <input type="checkbox"/> P6 <input type="checkbox"/>
2. การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อจากภาวะขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-44ปี)													
7	ตรวจหาค่าฮีมาโตคริต ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ15-44ปี)												K7 <input type="checkbox"/> P7 <input type="checkbox"/>
8	เสริมยาเม็ดธาตุเหล็กให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ในรายที่มีค่าฮีมาโตคริต ปกติ และทำการรักษาในรายที่พบโรค												K8 <input type="checkbox"/> P8 <input type="checkbox"/>
9	รวบรวม ข้อมูลกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ15-44 ปี) และกลุ่มที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ในเขตรับผิดชอบ												K9 <input type="checkbox"/> P9 <input type="checkbox"/>
10	ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา กับ อบต.												K10 <input type="checkbox"/> P10 <input type="checkbox"/>

ข้อ	บทบาท/กิจกรรม	ระดับการรับรู้บทบาท					ระดับการปฏิบัติจริง					สำหรับ ผู้วิจัย
		น้อย ← → มาก					น้อย ← → มาก					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
11	จัดกิจกรรม รณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ ให้มีการกินยาเม็ดธาตุเหล็ก และ/หรือ กินอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น ตับ เครื่องในสัตว์ ผักสีเขียว ฯลฯ											K11 <input type="checkbox"/> P11 <input type="checkbox"/>
12	ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ											K12 <input type="checkbox"/> P12 <input type="checkbox"/>
3. การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด – 5 ปี)												
3.1 การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็กปฐมวัย												
13	สำรวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สถานะสุขภาพของเด็ก (จำนวนเด็ก 0-5 ปี, ภาวะโภชนาการ, พัฒนาการเด็ก)											K13 <input type="checkbox"/> P13 <input type="checkbox"/>
14	ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา กับ อบต.											K14 <input type="checkbox"/> P14 <input type="checkbox"/>
15	ประสานงานและสนับสนุนองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ด้านวิชาการ											K15 <input type="checkbox"/> P15 <input type="checkbox"/>
16	เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหา กับ อบต. ตลอดจนผู้ปกครอง เมื่อพบเด็กเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ											K16 <input type="checkbox"/> P16 <input type="checkbox"/>
17	ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ											K17 <input type="checkbox"/> P17 <input type="checkbox"/>
3.2 การควบคุมและป้องกันภาวะโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก												
18	ตรวจหาค่าฮีมาโตคริต ในกลุ่มเด็ก อายุ 1-5 ปี											K18 <input type="checkbox"/> P18 <input type="checkbox"/>
19	สำรวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (เด็ก ก่อนวัยเรียน อายุ 6 เดือน – 2 ปี และเด็ก อายุ 1 -5 ปี)											K19 <input type="checkbox"/> P19 <input type="checkbox"/>
20	ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา กับ อบต.											K20 <input type="checkbox"/> P20 <input type="checkbox"/>
21	เสริมขาน้ำวิตามินรวมผสมธาตุเหล็กสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 6 เดือน – 2 ปี และเด็กอายุ 1- 5 ปี ที่ที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน											K21 <input type="checkbox"/> P21 <input type="checkbox"/>
22	ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ											K22 <input type="checkbox"/> P22 <input type="checkbox"/>

ข้อ	บทบาท/กิจกรรม	ระดับการรับรู้บทบาท					ระดับการปฏิบัติจริง					สำหรับ ผู้วิจัย
		น้อย ← → มาก					น้อย ← → มาก					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
23	3.3 ศูนย์เด็กเล็กนํ้าอยู่ในชุมชน สำรวจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (จำนวนเด็ก 0-5 ปี, ศูนย์เด็ก)											K23 <input type="checkbox"/> P23 <input type="checkbox"/>
24	ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงาน / แผนเงิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา กับ อบต.											K24 <input type="checkbox"/> P24 <input type="checkbox"/>
25	จัดบริการกิจกรรม สนับสนุนศูนย์เด็ก เช่น การตรวจสุขภาพเด็ก การให้ภูมิคุ้มกันขั้นพื้นฐาน โภชนาการ การดูแลสุขภาพฟัน											K25 <input type="checkbox"/> P25 <input type="checkbox"/>
26	พัฒนาบุคลากรในการเลี้ยงดูเด็ก โดยสนับสนุนเอกสารความรู้ต่างๆ และเป็นวิทยากรในการอบรม											K26 <input type="checkbox"/> P26 <input type="checkbox"/>
27	เป็นที่ปรึกษาและส่งเสริมสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน “ศูนย์เด็กเล็กนํ้าอยู่”											K27 <input type="checkbox"/> P27 <input type="checkbox"/>
28	ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ											K28 <input type="checkbox"/> P28 <input type="checkbox"/>
4. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ												
29	จัดตั้งคณะกรรมการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ											K29 <input type="checkbox"/> P29 <input type="checkbox"/>
30	ร่วมกับโรงเรียนจัดทำแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้ผู้ปกครองและองค์กรชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม											K30 <input type="checkbox"/> P30 <input type="checkbox"/>
31	จัดให้มีการวางแผน เพื่อใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้งาน เช่น การผลิตสื่อพื้นบ้าน ฯลฯ											K31 <input type="checkbox"/> P31 <input type="checkbox"/>
32	ดำเนินงานตามแผนที่จัดทำไว้พร้อมทั้งรายงานผล ความก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน เป็นระยะ											K32 <input type="checkbox"/> P32 <input type="checkbox"/>
33	ติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ											K33 <input type="checkbox"/> P33 <input type="checkbox"/>
5. การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน												
34	ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง และบันทึกลงในแบบฟอร์มรายงาน											K34 <input type="checkbox"/> P34 <input type="checkbox"/>
35	ตรวจสอบสุขภาพ นักเรียนที่มีปัญหาทุพโภชนาการเพื่อค้นหาสาเหตุของการขาดสารอาหารและหาทางแก้ไข											K35 <input type="checkbox"/> P35 <input type="checkbox"/>

ข้อ	บทบาท/กิจกรรม	ระดับการรับรู้บทบาท					ระดับการปฏิบัติจริง					สำหรับ ผู้วิจัย
		น้อย ← → มาก					น้อย ← → มาก					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
36	เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ โดยสอดแทรกในชั่วโมงการเรียน											K36 <input type="checkbox"/> P36 <input type="checkbox"/>
37	ประชุมชี้แจงผู้ปกครอง ให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและภาวะการเจริญเติบโต ของนักเรียน											K37 <input type="checkbox"/> P37 <input type="checkbox"/>
38	นิเทศ ติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ											K38 <input type="checkbox"/> P38 <input type="checkbox"/>
6. การสนับสนุนกิจกรรมการวางแผนครอบครัว												
39	รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การวางแผนครอบครัว											K39 <input type="checkbox"/> P39 <input type="checkbox"/>
40	เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรณีส่งต่อการคุมกำเนิดที่มีปัญหา											K40 <input type="checkbox"/> P40 <input type="checkbox"/>
41	เบิก-จ่าย เวชภัณฑ์ และสื่อเผยแพร่ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. และอสม. เป็นต้น											K41 <input type="checkbox"/> P41 <input type="checkbox"/>
42	ติดตามประเมิน ผลการให้บริการคุมกำเนิดให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและมีคุณภาพ											K42 <input type="checkbox"/> P42 <input type="checkbox"/>
7. การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ												
43	รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์สถานการณ์ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชน											K43 <input type="checkbox"/> P43 <input type="checkbox"/>
44	ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงานงาน / แผนเงิน เพื่อบริการผู้สูงอายุ การดำเนินงาน และแก้ไขปัญหาให้กับ อบต.											K44 <input type="checkbox"/> P44 <input type="checkbox"/>
45	สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มและสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในชุมชน											K45 <input type="checkbox"/> P45 <input type="checkbox"/>
46	เป็นที่ปรึกษา ร่วมแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การส่งต่อผู้สูงอายุไปรับบริการรักษาพยาบาล											K46 <input type="checkbox"/> P46 <input type="checkbox"/>
47	จัดบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพกาย ฟันฟูสภาพ ผู้สูงอายุ ในสถานบริการ/ ในชุมชน											K47 <input type="checkbox"/> P47 <input type="checkbox"/>
48	สนับสนุนและส่งเสริมให้ มีการรณรงค์และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ											K48 <input type="checkbox"/> P48 <input type="checkbox"/>
49	ติดตามประเมินผลเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ											K49 <input type="checkbox"/> P49 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดและเติมค่าในช่องว่าง ระบุความสำคัญของปัญหา

- 5 = ท่านหรือองค์กรของท่านมีปัญหาและอุปสรรค **มากที่สุด**
 4 = ท่านหรือองค์กรของท่านมีปัญหาและอุปสรรค **มาก**
 3 = ท่านหรือองค์กรของท่านมีปัญหาและอุปสรรค **ปานกลาง**
 2 = ท่านหรือองค์กรของท่านมีปัญหาและอุปสรรค **น้อย**
 1 = ท่านหรือองค์กรของท่านมีปัญหาและอุปสรรค **น้อยที่สุดหรือไม่มี**

ข้อ	ข้อปัญหา	น้อย <-----> มาก				
		1	2	3	4	5
1	งบประมาณในการสนับสนุน กิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ					
2	วัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ					
3	ความร่วมมือจากผู้นำชุมชน					
4	ความร่วมมือจาก อบต.					
5	ความร่วมมือจากทาง โรงเรียน					
5	การประสานงานกับ อบต. ด้านการดูแลสุขภาพ					
7	การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง					
8	ความรู้ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ					
9	ประสบการณ์ ในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ					
10	การฝึกอบรม เกี่ยวกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพ					
11	ปัญหาอื่น ๆ (ระบุ) 1. 2. 3. 4. 5.					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

กรุณาแสดงความคิดเห็น ถึงปัญหาและแนวทางแก้ไข ต่อการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในกิจกรรมเหล่านี้ เพื่อจะได้นำแนวทางแก้ไขไปพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น

1. การส่งเสริมหญิงมีครรภ์เพื่อทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

2. การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

3.การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (อายุแรกเกิด-5ปี)

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

4. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

5. การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตและการให้อาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กนักเรียน

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

6. การสนับสนุนกิจกรรมวางแผนครอบครัว

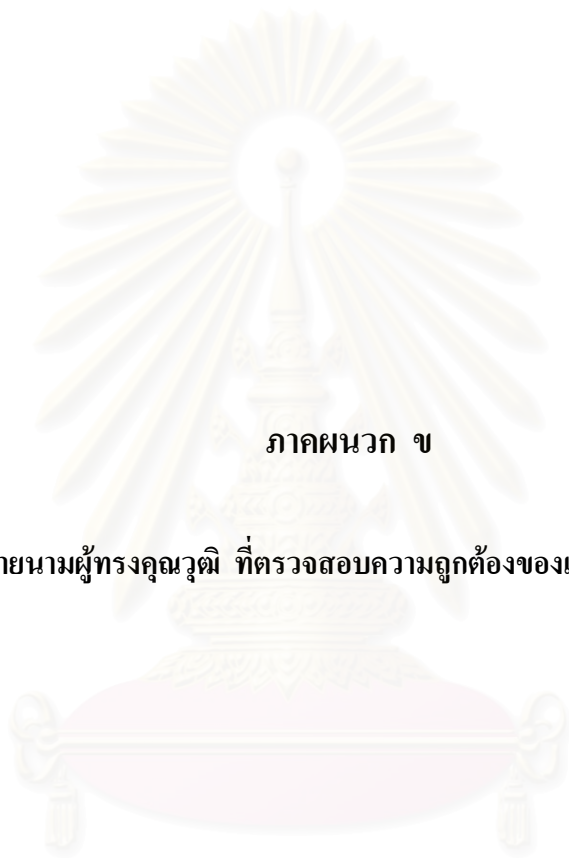
ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....

7.การสนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุ

ปัญหา.....

แนวทางแก้ไข.....



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

1. ศาสตราจารย์ ดร.ประภาเพ็ญ สุวรรณ อาจารย์พิเศษ
วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นายแพทย์ลือชา วนรัตน์ นายแพทย์ 10 หัวหน้าสำนักวิชาการ
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
3. คุณขวัญเรือน วัฒนา นักวิชาการสาธารณสุข 9 (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
4. คุณโชคชัย สุวรรณโพธิ์ นักวิชาการสาธารณสุข 9 (ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข)
ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 3
5. แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายแพทย์ 10 ผู้อำนวยการสำนักที่ปรึกษา
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
6. คุณเมธี จันทจักรุณธ์ ผู้อำนวยการสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
7. นายแพทย์พินิจ ฟ้าอำนวยผล หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสาร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

รายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นตัวแทนในการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในจังหวัดชลบุรี ที่เป็นตัวแทนจากการจับสลาก

ลำดับ	ระดับ ชั้น	อำเภอ	ชื่อ อบต.	จำนวนสมาชิก (คน)
1	1	เมือง	ห้วยกะปิ	14
2		ศรีราชา	บางพระ	20
3		บางละมุง	หนองปรือ	28
4	2	เมือง	นาป่า	24
5			หนองไม้แดง	14
6		บ้านบึง	หนองอิรุณ	18
7	3	เมือง	คลองตำหรุ	8
8			ดอนหัวฬ่อ	14
9		สัตหีบ	สัตหีบ	18
10		บ้านบึง	หนองชาก	8
11		บางละมุง	เขาไม้แก้ว	10
12		ศรีราชา	เขาคันทรง	12
13	สัตหีบ	นาจอมเทียน	14	
14	4	เมือง	หนองข้างคอก	14
15		บ้านบึง	หนองชำชาก	10
16			หนองไผ่แก้ว	10
17		บางละมุง	ตะเคียนเตี้ย	10
18		พานทอง	บ้านเก่า	14
19		กิ่งเกาะจันทร์	ท่าบุญมี	24
20		สัตหีบ	บางเสร่	14
21		บ่อทอง	บ่อขวางทอง	14
22			พลวงทอง	12
23		5	เมือง	เหมือง
24	บ้านบึง		หนองบอนแดง	12
25	หนองใหญ่		หนองเสือช้าง	8
26			เขาชก	10

ลำดับ	ระดับ ชั้น	อำเภอ	ชื่อ อบต.	จำนวนสมาชิก (คน)	
27	5	พานทอง	เกาะลอย	12	
28			โคกจีहनอน	10	
29		พานทอง	บางหัก	8	
30			มาบโป่ง	10	
31			หนองกะจะ	6	
32			หนองคำดิ่ง	6	
33			หนองหงษ์	12	
34			หน้าประคู้	10	
35			บ้านบึง	มาบไผ่	12
36			พนัสนิคม	โคกเพลาะ	16
37				ท่าข้าม	14
38				นามะตูม	14
39	บ้านช้าง	14			
40	บ้านเช็ด	16			
41	วัดหลวง	14			
42	หนองขยาด	16			
43	ศรีราชา	บ่อวิน	8		
44		หนองขาม	8		
45	สัตหีบ	แสมสาร	8		
46		บ่อทอง	เกษตรสุวรรณ	14	
47		วัดสุวรรณ	12		
รวม				604	

อบต.ชั้น 1 จำนวน 3 แห่ง จำนวน 62 คน
อบต.ชั้น 2 จำนวน 3 แห่ง จำนวน 56 คน
อบต.ชั้น 3 จำนวน 7 แห่ง จำนวน 84 คน
อบต.ชั้น 4 จำนวน 9 แห่ง จำนวน 122 คน
อบต.ชั้น 5 จำนวน 25 แห่ง จำนวน 280 คน

รายชื่อสถานีนามัย (สอ.) ที่ตั้งในเขต อบต. ที่ถูกสุ่มเลือกได้ ในจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	อำเภอ	รายชื่อ อบต. ที่สุ่มเลือกได้	สอ. ในเขต ที่ตั้งของ อบต.	จำนวน (คน)
1	เมือง	ห้วยกะปิ	สอ.ต.ห้วยกะปิ	4
2		นาป่า	สอ.ต.นาป่า	3
3			สอ.ท้องคู้ง	4
4		หนองไม้แดง	สอ.ต.หนองไม้แดง	5
5		คลองตำหรุ	สอ.ต.คลองตำหรุ	4
6		ดอนหัวฬ่อ	สอ.ต.ดอนหัวฬ่อ	4
7		หนองข้างคอก	สอ.ต.หนองข้างคอก	4
8		เหมือง	สอ.ต.เหมือง	4
9	บ่อทอง	บ่อกว้างทอง	สอ.บ้านหนองเสม็ด	2
10			สอ.ปึกมัน	2
11		พลวงทอง	สอ.บ้านคลองตาเพชร	3
12			สอ.บ้านเขาชะอางค์	2
13			สอ.บ้านคลองใหญ่	3
14		เกษตรสุวรรณ	สอ.บ้านธรรมรัตน์	2
15			สอ.บ้านอ่างกะพง	2
16		วัดสุวรรณ	สอ.บ้านช่อง	3
17			สอ.บ้านคลองโอ่ง	2
18	ศรีราชา	บางพระ	สอ.บ้านห้วยกุ่ม	3
19			สอ.บ้านห้วยกรู	3
20		เขาคันทรง	สอ.ต.เขาคันทรง	3
21			สอ.หุบบอน	3
22		บ่อวิน	สอ.ต.บ่อวิน	3
23		หนองขาม	สอ.บ้านไค้ดารา	3
24			สอ.บ้านหนองค้อ	3

ลำดับ	อำเภอ	รายชื่อ อบต. ที่สุ่มเลือกได้	สอ. ในเขต ที่ตั้งของ อบต.	จำนวน (คน)
25	กิ่ง อ.เกาะจันทร์	ท่าบุญมี	สอ.บ้านเกาะโพธิ์	4
26			สอ.ต.ท่าบุญมี	4
27	พนัสนิคม	โคกเพลาะ	สอ.บ้านเนินตามาก	2
28		ท่าข้าม	สอ.ต.ท่าข้าม	2
29		นามะดุม	สอ.บ้านห้วยสุบ	2
30		บ้านช้าง	สอ.บ้านสวนฝัก	2
31		บ้านเช็ด	สอ.ต.บ้านเช็ด	3
32		วัดหลวง	สอ.ต.วัดหลวง	3
33		หนองขยาด	สอ.ต.หนองขยาด	2
34	พานทอง	บ้านเก่า	สอ.ต.บ้านเก่า	4
35		เกาะลอย	สอ.ต.เกาะลอย	3
36		โคกขี้หนอน	สอ.ต.โคกขี้หนอน	4
37		บางหัก	สอ.ต.บางหัก	2
38		มาบโป่ง	สอ.มาบโป่ง	4
39		หนองกะขะ	สอ.ต.หนองกะขะ	3
40		หนองคำลิ่ง	สอ.ต.หนองคำลิ่ง	4
41		หนองหงษ์	สอ.ต.หนองหงษ์	4
42		หน้าประคู้	สอ.ต.หน้าประคู้	2
43		บางละมุง	เขาไม้แก้ว	สอ.ต.เขาไม้แก้ว
44	ตะเคียนเตี้ย		สอ.ตะเคียนเตี้ย	3
45	หนองปรือ		สอ.ตาลหมัน	3
46			สอ.หนองพังแพ	5
47			สอ.หนองสมอ	6
48			สอ.มาบประชัน	4

ลำดับ	อำเภอ	รายชื่อ อบต. ที่สุ่มเลือกได้	สอ. ในเขต ที่ตั้งของ อบต.	จำนวน (คน)	
49	หนองใหญ่	หนองเสือช้าง	สอ.ต.หนองเสือช้าง	3	
50			สอ.บ้านท่าจาม	3	
51			สอ.บ้านห้วยมะระ	3	
52			เขาชก	สอ.ต.เขาชก	3
53			สอ.บ้านชากนา	3	
54	สัตหีบ	สัตหีบ	สอ.บ้านเขาคันธมาทน์	3	
55			บางเสร์	สอ.บ้านบางเสร์	5
56				สอ.บ้านโค้งวันเพ็ญ	3
57			นาจอมเทียน	สอ.นาจอมเทียน	3
58			แสมสาร	สอ.บ้านช่องแสมสาร	3
59	บ้านบึง	หนองอิรุณ	สอ.บ้านเนินโมกข์	4	
60			สอ.บ้านอ่างเวียน	3	
61			สอ.บ้านป่าแดง	2	
62			สอ.บ้านหนองชัน	2	
63			หนองชาก	สอ.บ้านหนองเงิน	3
64			หนองชำชาก	สอ.ต.หนองชำชาก	3
65			หนองไผ่แก้ว	สอ.บ้านหนองไผ่แก้ว	3
66				สอ.บ้านป่ายุบ	3
67			หนองบอนแดง	สอ.บ้านหนองยาง	3
68				สอ.หนองบอนแดง	2
69				มาบไฟ	สอ.ชิ่งสี
รวม				218	

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายณรงค์ศักดิ์ ทองธรรมชาติ เกิดวันที่ 24 ธันวาคม 2512 ที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนชลราษฎรอำรุง จังหวัดชลบุรี หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2532 ได้เข้าศึกษาต่อระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคกลาง จังหวัดชลบุรี (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ชลบุรี) หลังจากนั้นได้ศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตร์ต่อเนื่อง (เอกบริหารสาธารณสุข) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2536 หลังจากนั้นได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2545 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 5 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย