

รายงานการวิจัย

การประเมินผลศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วนิดา วิระกุล *

ถวิต เลิกชัยภูมิ *

Abstract

The evaluation of community potential and community strong on health management in Northeastern Region was survey in 8,622 villages and 2007 Health Centers taking care of villages quality health development during the year 2003

Data collecting tool were question nairs and survey format for people health activities evaluation The study result found that's level of the People participated in planning process was the first indicator to show what is the community strong in health management.

The key Leaders were Health Personnel, Village Health Volunteers, (VHVs) and member of Tambon Administrative Organization (TAO), participated in health planning which are cover morethan 58 % of the communities. There are 70 % of the target communities can be achived their health objectives, specially in drug addic prevention and Dengue Hemorrhage Fever (DHF) control.

Village Health Volunteer group in the basic organization working for health with the co-operation of other people organization in the village. The main activities are health data based collection, distributing of in formation, planning and family health leader development.

There are morethan 76 % of VHVs han been trained 1-3 times / year in each province, everage 5.5 time per year, specially on Dengue and Exercise (> 80 %) About 65 % of the people had been received PHC services provided by C-PHC-C and> 80 % of the villages can be done-Kill Adedes mosquito larval. The other C-PHC-C activities can be practiced in everage about 70-79 %

Most of T AO : Tambon Administative Organization provided the support to people health activities through T AO PLAN under the co-operation with health personnels and VHV s.

Finally, it need to be developed training programme for establishment Health Net work or People Health Net to participate in people health planning, implementing and evaluating at all level.

Key words

potential and community strong health management

* นักวิจัย ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ความเข้มแข็งและการมีศักยภาพพึ่งตนเองได้ของประชาชน เป็นเป้าหมายสูงสุดที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญและ ได้กำหนดเป็นเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกัน การพัฒนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เพื่อให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ จึงเป็นเสมือนคำตอบที่ทำให้ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาได้รับทราบถึงศักยภาพและผลงานที่เกิดจากการทำกิจกรรมของตนเองว่า ประสบผลสำเร็จมากน้อยระดับใด ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เป้าหมายนี้กำหนดเป็นกลยุทธ์การพัฒนามากกว่า 20 ปี ภายใต้การนำกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นกลยุทธ์หลักของการพัฒนา และนำมาสู่การพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน ในปี 2543 (Health for All by the Year 2000)

ผลการพัฒนาสาธารณสุขของไทย แม้จะประกาศว่าบรรลุการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนเมื่อปี 2543 ไปแล้ว แต่ด้วยภาวะการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายด้าน ซึ่งความสำเร็จที่เกิดขึ้นมีความเป็นพลวัต (Dynamic) รวมทั้งในขณะที่มีชุมชนมีความเข้มแข็ง มีทุนทางสังคมที่เพียงพอ ในระดับที่สามารถนำมาใช้พัฒนาชุมชนของตนเองได้ ถ้าหากมีการชี้แนะและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้ชุมชนได้มาร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมติดตามอย่างแท้จริง ดังนั้นการนำทุนทางสังคมของชุมชนที่มีมาพัฒนา และกำหนดเป้าหมายสู่การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน จึงเป็นเป้าหมายของการพัฒนาที่ยกระดับให้ชุมชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองมาสร้างกิจกรรมที่นำมาสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนได้ด้วยตนเอง นโยบายเป้าหมายและการกำหนดให้มีองค์กรดูแลรับผิดชอบในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน ได้ดำเนินการอย่างชัดเจนในปี 2545 ทั้งนี้ในช่วงของระยะการเปลี่ยนผ่าน

จากการนำแนวคิดหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน สู่การพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพ ภาคประชาชน

ด้วยเหตุนี้เพื่อให้การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนดำเนินการได้โดยประชาชน และขยายผลของการพัฒนาให้ครอบคลุมและมีผลการพัฒนาที่สร้างความสำเร็จที่ยั่งยืน ภายใต้บริบทของการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนได้อย่างเหมาะสม จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงสถานการณ์การดำเนินงานที่เกิดในชุมชนว่ามีสถานการณ์ของความเข้มแข็งและความพร้อมในระดับใด ดังนั้นศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะได้ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 19 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจัดทำโครงการการศึกษาศักยภาพ และความเข้มแข็งของชุมชน ในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนขึ้น ทั้งนี้เพื่อร่วมกันศึกษาและหาข้อมูลสถานการณ์การพัฒนาที่แท้จริง เพื่อนำเป็นแนวทางการพัฒนาที่นำมาสู่ผลสำเร็จที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาถึงศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 2.1 เพื่อศึกษาถึงผลของการบริหารจัดการงบฯ 7,500 บาท ของชุมชน
- 2.2 เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนสุขภาพ
- 2.3 เพื่อศึกษาถึงความสามารถในการจัดบริการสุขภาพของชุมชน
- 2.4 เพื่อศึกษาศักยภาพและความสามารถขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดการสุขภาพภาคประชาชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research)

เพื่อการประเมินศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน ในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรในองค์การบริหารส่วนตำบล อสม. ผู้นำชุมชนและประชาชนใน 19 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. การสุ่มพื้นที่ มีวิธีการสุ่มโดยการเลือกพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ตัวอย่าง ดังนี้

1.1 ทำการประเมินทุก ๆ อำเภอและ ตำบล ใน 1 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.2 การสุ่มหมู่บ้านได้คำนวณจำนวนหมู่บ้านเป้าหมาย ร้อยละ 30 ของหมู่บ้านทั้งหมดในแต่ละตำบล ได้จำนวนเท่าไร ให้กำหนดเป็นจำนวนหมู่บ้านที่ต้องประเมินของตำบลนั้น และในจำนวนที่ได้นี้ ให้สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายหาหมู่บ้านเป้าหมาย จากรายชื่อหมู่บ้านเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพปี 2546 ของตำบลนั้น ๆ จนครบตามจำนวนที่คำนวณได้ ซึ่งพื้นที่เป้าหมายคุณภาพทั้งหมดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 16,003 หมู่บ้าน และสามารถสุ่มเป็นพื้นที่ศึกษาได้จำนวน 9,625 หมู่บ้าน

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องศึกษาทั้งหมดเป็น 4 กลุ่ม ซึ่งมีวิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 ทั้ง 4 กลุ่ม คือ ประชากร ที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมายใน ข้อ 1.2

2.2 กลุ่ม อสม. ให้ใช้ขนาดของกลุ่มตัว-

อย่างคือ ร้อยละ 50 ของ อสม. ทั้งหมดในแต่ละหมู่บ้าน และทุกหมู่บ้านในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ต้องมีประธาน อสม.ของหมู่บ้าน เป็น 1 ในตัวอย่าง ทั้งหมด

2.3 กลุ่มผู้นำชุมชน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่

2.3.1 กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน (1)

2.3.2 อบต. (2)

2.3.3 แม่บ้าน (3)

2.3.4 ผู้ทรงคุณวุฒิปราชญ์ชาวบ้าน(4)

2.3.5 เยาวชน (5)

ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายที่ใช้มีขนาดและจำนวนตัวอย่างเท่ากับจำนวนตัวอย่างของกลุ่มอสม. และได้จัดเรียงลำดับความสำคัญของการเลือกกลุ่มเป้าหมายเพื่อการเก็บข้อมูล ตามลำดับตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ ทั้งนี้เพื่อประกอบการพิจารณาเพิ่ม หรือลด จำนวนให้ครบตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

2.4 กลุ่มประชาชน ได้สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายในหมู่บ้านเป้าหมายที่สุ่มได้ในข้อ 1.2 โดยกำหนดเกณฑ์เบื้องต้น คือต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 2 เท่าของจำนวน อสม. ที่มีอยู่จริงในหมู่บ้านนั้น ๆ แต่ทั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน

2.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้เก็บข้อมูลร้อยละ 100 ของสถานบริการที่ดูแลพื้นที่ หมู่บ้านเป้าหมายที่สุ่มได้ในข้อ 1.2 และใช้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล 1 คน จากแต่ละสถานบริการโดยผู้ให้ข้อมูลลำดับแรก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบหมู่บ้านเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ และหากไม่อยู่ให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาลำดับที่สอง ได้แก่ หัวหน้าสถานีอนามัย ทั้งนี้โดยมีพื้นที่เป้าหมาย และผลของการเก็บข้อมูลสรุปได้รายละเอียดแสดงในตาราง

ตารางแสดงจำนวนร้อยละของพื้นที่ที่ศึกษา และจำนวนสถานบริการที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในแต่ละจังหวัด

จังหวัด/เขต	พื้นที่เป้าหมาย			สถานบริการเป้าหมาย			
	หมู่บ้านคุณภาพ	เป้าหมาย	ทำได้	ร้อยละ	เป้าหมาย	ทำได้	ร้อยละ
ชัยภูมิ	757	450	290	64.4	85	147	172.9
นครราชสีมา	1,801	1,080	847	78.4	180	116	64.4
บุรีรัมย์	1,267	770	1,299	168.7	120	28	23.3
มหาสารคาม	948	565	466	82.5	90	170	188.9
สุรินทร์	1,036	615	512	83.3	110	157	142.7
รวมเขต 5	5,809	3,480	3,414	98.1	585	618	105.6
กาฬสินธุ์	706	465	457	98.3	80	72	90.0
ขอนแก่น	1,150	660	535	81.1	125	91	72.8
เลย	426	265	183	69.1	65	35	53.8
สกลนคร	713	420	198	47.1	85	130	152.9
หนองคาย	595	355	891	251.0	70	70	100.0
หนองบัวลำภู	288	200	195	97.5	45	45	100.0
อุดรธานี	1,061	525	466	88.8	105	231	220.0
รวมเขต 6	4,939	2,890	2,925	101.2	575	674	117.2
นครพนม	563	340	270	79.4	80	107	133.8
มุกดาหาร	254	200	170	85.0	40	130	325.0
ยโสธร	436	265	136	51.3	50	46	92.0
ร้อยเอ็ด	1,168	725	668	92.1	120	39	32.5
ศรีสะเกษ	1,286	765	660	86.3	130	243	186.9
อำนาจเจริญ	291	200	163	81.5	40	35	87.5
อุบลราชธานี	1,257	760	216	28.4	160	115	71.9
รวมเขต 7	5,255	3,255	2,283	70.1	620	715	115.3
รวมภาค	16,003	9,625	8,622	89.6	1,780	2,007	112.8

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ชุด การออกแบบเครื่องมือได้ใช้วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองของผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนใน 19 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้โดยมีกรอบของการกำหนดคำถามและตัวชี้วัดความสำเร็จ ตามกรอบที่สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้กำหนดไว้ 3 ประเด็นดังต่อไปนี้

1. กระบวนการในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
2. ความสามารถของชุมชนในการบริหารจัดการ

การสุขภาพชุมชนด้วยตนเอง

3. การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล กับการจัดการสุขภาพภาคประชาชน

ผลการประชุมระดมสมองได้ข้อสรุป และกำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 2 ชุด คือ

1. แบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เพื่อการประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน มีคำถามทั้งหมด 4 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพตนเองภาคประชาชน

1.3 ข้อมูลจัดบริการสุขภาพในภาคประชาชน

1.4 ข้อมูลการประสานงานกับ อบต.

2. แบบสำรวจข้อมูลการประเมินผลงาน พัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2546 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่ม อสม. อบต. ผู้นำชุมชนและประชาชน มีคำถามทั้งหมด 33 ข้อ

วิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 ทีมวิจัยในแต่ละจังหวัดออกเก็บข้อมูลตามแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ในพื้นที่เป้าหมายที่สุ่มมาได้ พร้อมบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมการบันทึกที่ศูนย์ฯ จัดส่งให้

1.2 ศูนย์ฯภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รวบรวม และตรวจสอบความถูกต้อง และนำมาวิเคราะห์และประมวลผล

2. สถิติที่ใช้ในการศึกษา สถิติที่ใช้คือ สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ

สรุป อภิปราย และเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

1. พื้นที่ศึกษาและข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้ทำการเก็บข้อมูลครบ ทั้ง 19 จังหวัด ในพื้นที่เป็นหมู่บ้านตัวอย่าง ได้เก็บข้อมูลครอบคลุมร้อยละ 89.6 ของพื้นที่เป้าหมายทั้งหมด มีเขตสาธารณสุขที่ 6 ที่สามารถเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 100.0 ของพื้นที่เป้าหมาย ส่วนในพื้นที่ตัวอย่างที่เป็นสถานบริการ พบว่าเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมร้อยละ 112.8 ของสถานบริการเป้าหมาย มี 9 จังหวัดที่เก็บได้น้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่วนในระดับเขต ทุกเขตคือ เขต 5, 6 และ 7 เก็บข้อมูลได้ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายที่ตั้งไว้

คุณลักษณะของหมู่บ้านที่ศึกษา ส่วนมาก การศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบ 5 อันดับแรกได้แก่ โรคทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ ใช้ไม่ทราบสาเหตุ โรคเบาหวาน และอุบัติเหตุตามลำดับ เป็นหมู่บ้านที่มี อสม.จำนวน 41-60 คน มี อสม.ที่เป็น อบต.จำนวน 1-5 คน มีกศค.จำนวน 1-300 คน

ในระดับหมู่บ้าน พบว่าหมู่บ้านที่ศึกษา ส่วนมากมีขนาด 51-100 หลังคาเรือน มีประชากรจำนวน 301-450 คน ส่วนมากไม่มีอสม.ที่เป็นสมาชิกของ อบต.และพื้นที่ที่มีอสม. เป็นอบต. มีจำนวน 1-5 คน มีหมู่บ้านที่พบว่าไม่มี กศค.ร้อยละ 4.3 และพื้นที่ที่มีกศค.มีจำนวน 51-100 คน

2. ข้อมูลการประเมินศักยภาพ ด้านการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม พบว่า ประชาชนส่วนมากได้รับรู้ข้อมูลการพัฒนาสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครื่องมือที่หมู่บ้านใช้เก็บข้อมูลได้แก่ แบบอนามัยครอบครัว และแบบจปฐ. แหล่งหรือสถานที่ที่ใช้แสดงข้อมูลสถานะสุขภาพของหมู่บ้าน คือ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพ พบว่า ในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่า ที่มาของปัญหาที่นำมาจัดทำแผนสุขภาพของหมู่บ้าน ส่วนมากนำมาจากนโยบายที่กำหนดไว้ วิธีการจัดทำแผน ได้ใช้วิธีการให้เจ้าหน้าที่อสม. และอบต. ร่วมกันจัดทำ และพบว่ามีร้อยละ 3.5 ที่ในหมู่บ้าน ยังไม่มีการจัดทำแผนสุขภาพ ทั้งนี้ในการจัดทำแผนสุขภาพ องค์กรผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาส่วนมาก ได้แก่ อสม. รองลงมา ได้แก่ อบต. โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าศักยภาพด้านการจัดทำแผนขององค์กรชุมชน/อสม. อยู่ในระดับที่ยังต้องให้เจ้าหน้าที่ช่วยทุกขั้นตอน รองลงมา ได้แก่ มีศักยภาพสามารถจัดทำแผนได้ แต่ยังไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามที่กำหนด มีเพียง

จังหวัดเดียวที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า องค์การชุมชน/ อสม. มีศักยภาพในระดับจัดทำแผนเองได้ทุกชั้น ตอนคือ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมการจัดทำ แผนสุขภาพของชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่ม บุคลากรสาธารณสุขเห็นว่า ในพื้นที่ที่มีการจัดทำ แผนครอบคลุมอยู่ในระดับร้อยละ 58.6 สาเหตุ ที่พบว่าในพื้นที่สามารถทำแผนสุขภาพได้ครบทุก หมู่บ้าน เป็นเพราะมีการกำหนดปัญหาและเป้าหมายโดยนำข้อมูลของแต่ละหมู่บ้านมาใช้ ส่วน ในพื้นที่ที่ไม่สามารถทำแผนได้ครบทุกหมู่บ้าน เป็นเพราะศักยภาพของผู้นำชุมชนในแต่ละหมู่บ้านไม่เท่ากัน

การทำกิจกรรมตามแผนสุขภาพและผล การดำเนินงานพบว่า ในกิจกรรมที่ศึกษาทั้งหมด 9 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกาย การบริโภค อาหารปลอดภัย และการคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและแก้ไขยาเสพติด การแก้ไขปัญหา บุหรี่ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การ ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การส่งเสริมผลิต ภัณฑ์สุขภาพ การป้องกันอุบัติเหตุ การให้ข้อมูล ข่าวสารเรื่องหลักประกันสุขภาพพบว่า ทั้งหมดมี เพียง 2 กิจกรรม ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า การทำกิจกรรม บรรลุวัตถุประสงค์มากกว่าร้อยละ 70 คือ กิจกรรม การป้องกันและแก้ไขยาเสพติด (ร้อยละ 71.9) และการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 70.6) มี 1 กิจกรรม ที่มีผลการบรรลุวัตถุประสงค์ ต่ำกว่าร้อยละ 40 ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ร้อยละ 35.4) มี 2 กิจกรรม ที่มีผลการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ ร้อยละ 40- 50 ได้แก่ กิจกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย และคุ้มครองผู้บริโภค (ร้อยละ 49.8) กิจกรรม การแก้ไขปัญหามัน (ร้อยละ 40.4)

แหล่งงบประมาณที่ใช้สนับสนุน การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเห็นว่า แหล่งงบสำคัญได้แก่ งบ 7,500 บาท ที่ใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน รอง

ลงมาได้แก่ แหล่งงบหลาย ๆ แหล่งรวมกัน โดย เห็น ว่างบ 7,500. บาท ได้ใช้ในการแก้ปัญหา ด้านสาธารณสุข โดยในการใช้งบประมาณ 7,500.- บาท นั้น กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า มีกลุ่ม ประชาชนที่ไม่ทราบว่าใช้งบ 7,500.- บาทไปทำ กิจกรรมใดสูงถึง ร้อยละ 15.0

การมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผนและ การทำกิจกรรมของประชาชนพบว่า ในกระ- บวนการทำแผนสุขภาพของหมู่บ้าน ส่วนมาก ประชาชนเข้าร่วม ในกระบวนการทำกิจกรรม กิจกรรมที่ประชาชนเข้าร่วมคือ การร่วมทำกิจกรรม ทั้งนี้ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขเห็นว่า กิจกรรมที่ ประชาชนมีส่วนร่วมมากกว่าร้อยละ 75 ของประ- ชาชนในหมู่บ้าน ได้แก่ กิจกรรมการเฝ้าระวังโรค ไข้เลือดออก รองลงมาได้แก่ กิจกรรมการต่อต้าน ยาเสพติด โดยพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน ส่งผลต่อการพัฒนาในด้านการเผยแพร่ข่าวสาร/ ความรู้ รองลงมาได้แก่ ด้านการ ทำแผนชุมชน

การมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผล ส่วนมากได้รับทราบการก้าวหน้าจาก เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข. บุคคล/องค์กรที่ทำหน้าที่ประเมิน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า กลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์จากแผนสุขภาพ ได้แก่ ประชาชนทุกคนที่อยู่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ปัจจัยที่ส่งผลทำให้ประชาชนพึ่งตนเอง ได้น้อย 5 อันดับแรก ได้แก่

- ฐานะเศรษฐกิจ
- ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน
- การศึกษาขั้นพื้นฐาน
- ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตน
- ความสามัคคีของประชาชน

3. ข้อมูลการพัฒนาาระบบสุขภาพของประ- ชาชนในด้านการจัดการองค์กรเพื่อการพัฒนา ระบบสุขภาพภาคประชาชน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข เห็นว่าในชุมชนยังไม่มีภาคีสุขภาพ ที่ทำหน้าที่รับ

ผิดชอบด้านการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน โดยเห็นว่ากลุ่มที่ทำหน้าที่ ได้แก่ อสม.ร่วมกับกลุ่มอื่นๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้าน ในพื้นที่ที่มีภาคีสภาพ เป็นเพราะเป็นนโยบายที่กำหนดให้มีการจัดตั้งขึ้น ซึ่งองค์ประกอบของภาคีสภาพ จะประกอบด้วย อสม. รองลงมา ได้แก่ อบต. ในกลุ่มประชาชน เห็นว่าในพื้นที่ที่มีการสร้างทีม หรือสร้างชมรมสร้างสุขภาพ และส่วนมากได้เข้าร่วมเป็นสมาชิก ซึ่งกิจกรรมที่ภาคีสภาพหรือแกนนำสุขภาพดำเนินการ ได้แก่ การทำหน้าที่สำรวจข้อมูล และถ่ายทอดความรู้ รองลงมาได้แก่ การจัดทำแผนสุขภาพ การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม หรือการจัดแผนบริการสุขภาพในชุมชน คือ การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน รองลงมา คือ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การดูแลสุขภาพ เงื่อนไขของการกำหนดกิจกรรมในแผน มาจากการทำกิจกรรมตามการระบุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ/บอกหรือชี้แนะ รองลงมาได้แก่ การทำตามความต้องการและการริเริ่มของชุมชน

การพัฒนาศักยภาพของกำลังคน

ศึกษาการพัฒนากำลังคน 2 กลุ่มได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของ อสม. และ กสค. พบว่าการพัฒนา กสค. กลุ่มผู้นำภาคประชาชนและกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขเห็นว่า กระบวนการอบรม ดำเนินการร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. และพบว่าในพื้นที่มีกลุ่มตัวอย่างภาคประชาชนที่ไม่ทราบว่ามีพัฒนา กสค.สูงกว่า ร้อยละ 16.8 และใน 3 จังหวัดได้แก่ ขอนแก่น หนองบัวลำภู และชัยภูมิ มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบ สูงถึงร้อยละ 53.3, 49.0 และ 44.4 ตามลำดับ

ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. พบว่า อสม. ส่วนมากได้รับการอบรมร้อยละ 76-100 ของ อสม. ทั้งหมด และจากการสอบถาม อสม. พบว่า

ส่วนมากได้รับการอบรม ปีละ 1-3 ครั้ง พบว่า เนื้อหาที่ อสม. ได้รับการอบรมสูงกว่าร้อยละ 80 มีเพียง 2 เรื่อง โรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 84.8) และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 80.4) เรื่องที่ได้รับการอบรมต่ำกว่าร้อยละ 50 มี 1 เรื่อง ได้แก่ เรื่องการแก้ไขปัญหาบุหรี่และยาเสพติด ส่วนเรื่องอื่น ๆ อีก 6 เรื่องอยู่ระหว่าง ร้อยละ 71.5 - 78.9

การจัดบริการสุขภาพโดยภาคประชาชน การศึกษาด้านการจัดตั้งชมรม. พบว่า กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข เห็นว่า ในพื้นที่ที่รับผิดชอบมี ชมรม. จำนวน 6-10 แห่ง และพบว่าพื้นที่ที่ไม่มี ชมรม. ร้อยละ 15.7 จังหวัดที่พบว่าไม่มี ชมรม. สูงสุด คือ จังหวัดเลย (ร้อยละ 91.4) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด (ร้อยละ 51.3) ส่วนจังหวัดที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามี ชมรม. ครบ ร้อยละ 100 ได้แก่ จังหวัดขอนแก่นและหนองคาย ในกลุ่มตัวอย่างภาคประชาชนเห็นว่า มีพื้นที่ที่ไม่มี ชมรม. ร้อยละ 12.3 จังหวัดที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ไม่มี ชมรม. สูงสุด ได้แก่ จังหวัดยโสธร รองลงมา ได้แก่ อุบลราชธานี ทั้งนี้มีเพียงจังหวัดเดียวที่กลุ่มประชาชนเห็นว่ามี ชมรม. ร้อยละ 100 คือ จังหวัดหนองคาย

การจัดบริการใน ชมรม.

กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขเห็นว่า ในกิจกรรมบริการที่มีระดับคะแนนการปฏิบัติส่วนมากอยู่ในระดับ 2 คะแนนจากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และมีกิจกรรมที่มีผลการปฏิบัติอยู่ในระดับ 4 คะแนนมี 2 กิจกรรมได้แก่ การให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการของรัฐ และมีกิจกรรมที่มีผลการปฏิบัติอยู่ในระดับ 0 คะแนนมี 4 กิจกรรม ได้แก่

- การจัดกิจกรรมส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- การจัดตลาดนำซื้อและอาหารปลอดภัย
- การควบคุมสถานที่สูบบุหรี่ของชุมชน
- มีการจัดระบบสวัสดิการสำหรับประชาชน ในยามเจ็บป่วย

ในด้านการไปใช้บริการที่ ศสมช. พบว่าในกลุ่มตัวอย่างภาคประชาชนส่วนมาก (ร้อยละ 65.7) ไปใช้บริการที่ ศสมช. ดำเนินการมากกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ กิจกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลาย กิจกรรมที่ดำเนินการระหว่าง ร้อยละ 60-70 มีกิจกรรมการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การวัดความดันโลหิต การคุ้มครองผู้บริโภคการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยกิจกรรม ที่เหลืออยู่ระหว่างร้อยละ 70-79

ในการติดตามประเมินผลการจัดระบบบริการสุขภาพภาคประชาชน มีการประเมินโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมชมติดตาม ซึ่งผลการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การมี อสม. เป็นองค์กรประสานงาน และพบว่าแนวทางและวิธีการพัฒนาเพื่อให้เกิดผลสำเร็จ คือ การมีการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ความสามารถของผู้นำชุมชน รองลงมาได้แก่ การพัฒนาศักยภาพ ความรู้ความสามารถของ อสม.

4. ข้อมูลการประสานความร่วมมือและความเข้มแข็งของ อบต. ในการดำเนินงานกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน การประสานงานระหว่าง อบต. กับบุคลากรสาธารณสุขพบว่า ในการประสานข้อมูลการพัฒนาส่วนมาก อบต. ได้มีการขอข้อมูลการพัฒนาด้านข้อมูล จปฐ. สาธารณสุข และข้อมูลสถานะสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขได้มีการจัดทำโครงการเพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนจาก อบต. สิ่งสนับสนุนที่ อบต. ให้ส่วนมากได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ และการร่วมกิจกรรม ด้านการออกกฎระเบียบของ อบต. ได้มีการออกกฎระเบียบ เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคประจำถิ่น ส่วนการเข้าร่วมในการประชุมพิจารณาแผนงาน/โครงการของบุคลากร

ร่วมกับ อบต. ส่วนมากจะเข้าร่วมเป็นบางกรณี โดยการขอเข้าร่วมเพื่อเข้าชี้แจงโครงการที่ส่งไปขอรับการสนับสนุน ซึ่งในการทำแผนพัฒนาตำบลของ อบต. พบว่า กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพที่มีทุกปีได้แก่ กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ส่วนการประสานกับองค์กรอื่น ๆ ในพื้นที่พบว่า ส่วนมากได้มีการประสานกับองค์กรอื่น ๆ ทั้งนี้ เป็นเพราะหน่วยงานอื่น ๆ ไม่มีนโยบาย และไม่มีการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขส่วนที่มีการประสานงานส่วนมากเป็นการประสานกับหน่วยงานของกระทรวงศึกษาธิการ รองลงมาได้แก่ กระทรวงมหาดไทย

ในส่วนของผู้นำภาคประชาชนพบว่า ในพื้นที่ศึกษาส่วนมากไม่มี อสม. ที่เข้าร่วมเป็น อบต. สิ่งสนับสนุนที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า อบต. ให้การสนับสนุนคือ งบประมาณ มีเพียงร้อยละ 9.5 เท่านั้น มีกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า อบต. ไม่ได้สนับสนุน อะไรเลย และกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ ที่ อบต. ดำเนินการได้แก่ ร่วมสนับสนุนงบประมาณ และรองลงมาได้แก่ การสนับสนุนให้เกิดประชาคม

5. ข้อมูลแสดงความพร้อมและความเข้มแข็งของชุมชนพบว่า กลุ่มตัวอย่างภาคประชาชนเห็นว่าชุมชนมีระดับศักยภาพ ความพร้อม และความเข้มแข็งในระดับที่ยังไม่เข้มแข็งต้องพึ่งพารัฐ อภิปรายและเสนอแนะ

ข้อมูลการศึกษาได้สะท้อนภาพให้เห็นว่าศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน มีทั้งที่เป็นผลสำเร็จที่ส่งผลที่ดีต่อการพัฒนาในอนาคต และมีผลการพัฒนาที่ยังต้องการการสนับสนุนและกำหนดทิศทางที่ถูกต้องในการพัฒนาที่ส่งผลต่อความสำเร็จที่แท้จริงต่อไปทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มีข้อสรุป

ที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อศึกษาต่อไปในเรื่องต่อไปนี้

1. ศักยภาพความเข้มแข็งด้านการพัฒนาแผนสุขภาพของชุมชน มีประเด็นที่ควรแก้ไขและนำเสนอเพื่อพิจารณาพัฒนาต่อไปดังนี้

1.1 การเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ในกระบวนการถ่ายทอดความรู้และข่าวสารข้อมูล โดยเน้นในเนื้อหาต่อไปนี้

1.1.1 สถานการณ์การเกิดโรค การเฝ้าระวังโรค การส่งเสริมสุขภาพ

1.1.2 นโยบายและกิจกรรมการพัฒนาในแต่ละช่วงเวลา

1.1.3 ความรู้เบื้องต้นด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องโรคต่าง ๆ อาทิเช่น การออกกำลังกาย การป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โรคเอดส์ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร และยา การดูแลสุขภาพจิต การป้องกันและเฝ้าระวังเรื่องยาเสพติด และดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ

1.1.4 การให้ข่าวสารข้อมูลแหล่งบริการและการใช้แหล่งบริการ

1.1.5 จัดให้มีทีมงานรับผิดชอบการนำเสนอข้อมูลเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ทั้งในระดับ การนำเสนอในหมู่บ้าน ที่ ศสมช. การนำเสนอให้ เครือข่ายอื่น ๆ ได้รับรู้ในระดับตำบล อำเภอหรือจังหวัดในโอกาส การนำเสนอในที่ประชุมประจำเดือนของแต่ละระดับ

1.2 การสนับสนุนและยกระดับความเข้มแข็งของชุมชน ในการทำแผนสุขภาพ มีประเด็นที่ควรพิจารณาดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้

1.2.1 เสริมสร้างให้เครือข่ายสุขภาพ ในหมู่บ้านได้ใช้กระบวนการทำแผนอย่างมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม

1.2.2 ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกระบวนการติดตามประเมินผลโดยชุมชน

1.3 การใช้ประโยชน์จากงบประมาณการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน (งบฯ 7500)

งบพัฒนา 7500 บาท เป็นงบประมาณที่เป็นฐานของการนำมาพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ที่ดำเนินการโดยภาคประชาชน ผลการพัฒนาแม้ว่าจะมีกลุ่มผู้นำและประชาชนส่วนมากได้รับทราบกระบวนการจัดการงบฯ 7,500 นี้ แต่ข้อที่ควรได้แก้ไขคือ การกำหนดกิจกรรมในแผนของการใช้งบฯ 7,500 บาท ที่ยังกำหนดให้หมู่บ้านนี้ “กิจกรรมการแก้ปัญหาสาธารณสุขมากกว่ากิจกรรมอื่น ๆ” ผลการกำหนดกิจกรรมในลักษณะนี้ในขนาดที่งบฯ 7,500 บาท ซึ่งใน อนาคตจะเป็นงบฯที่บริหารจัดการโดยมีองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลจนทำให้มีข้อจำกัดมาก ดังนั้น การกำหนดกิจกรรม การพัฒนาจึงควรจัดลำดับไปตามความจำเป็น ของพื้นที่ และกำหนดให้ครบ 3 กิจกรรม รวมทั้งควรมีอัตราส่วนการจัดสรรงบ ในอัตราส่วนที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา และความต้องการของชุมชนจริง

2. ศักยภาพความเข้มแข็งของชุมชนด้านการจัดระบบพัฒนาสุขภาพของภาคประชาชน การจัดระบบบริการสุขภาพภาคประชาชนให้มีความสมบูรณ์และเข้มแข็งจริง ควรพิจารณาพัฒนาในด้านต่อไปนี้

2.1 ศักยภาพความรู้ ความเข้าใจและทักษะของ อสม. ในการทำหน้าที่ผู้ประสานงาน การทำงานเป็นทีมและการทำหน้าที่การให้บริการด้านสุขภาพ

2.2 การจัดกิจกรรมการดำเนิน ภายใต้อาสาสมัครและความต้องการและปัญหาของชุมชน เป็นกิจกรรมนำร่องและขยายกิจกรรมต่าง ๆ สู่กลุ่มเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการบูรณาการกิจกรรมสุขภาพสู่การพัฒนา ร่วมกับกิจกรรมการพัฒนาอื่น ๆ

2.3 มีการจัดการที่เป็นรูปธรรม มีคณะทำงานหรือองค์กรรับผิดชอบที่บูรณาการองค์ประกอบขององค์กรหมู่ ในรูปของพหุภาคีมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และมีระบบการติดตาม

การนำเสนอข้อมูลและการประเมินผลของชุมชน
อย่างต่อเนื่อง

3. การประสานและการสร้างความเข้ม-
แข็งของ อบต. ในด้านการพัฒนาสุขภาพภาค
ประชาชน

การเสริมสร้างความเข้มแข็งของ อบต. จึง
ควรมีทิศทางในการพัฒนาในเรื่องต่อไปนี้

3.1 การพัฒนาให้เป็นองค์กรประสานและ
ขยายเครือข่ายสุขภาพในหมู่บ้าน

3.2 การบูรณาการแผนพัฒนาตำบลโดย
การให้ อบต. ให้เข้ามาร่วมในกระบวนการ
สร้างแผนอย่างมีส่วนร่วมเป็นสมาชิกภาค
หรือสมาชิกเครือข่ายสุขภาพของหมู่บ้าน เพื่อให้
อบต. เข้าใจในกิจกรรมการพัฒนาของเครือข่าย
ในหมู่บ้าน และนำกิจกรรมหรือแผนที่ชุมชนได้
จัดทำขึ้น มาพิจารณากำหนดเป็นกิจกรรมของการ
พัฒนาในแผนของ อบต. ต่อไป

บทคัดย่อ

การประเมินผลศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน ในการจัดการสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ปี 2546เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยได้เก็บข้อมูลในหมู่บ้านเป้าหมาย การพัฒนาคุณภาพปี 2546 จำนวน 8,622 หมู่บ้าน
(ร้อยละ 89.6) และในสถานบริการที่ดูแลหมู่บ้านเป้าหมาย จำนวน 2,007 (ร้อยละ 112.8) แห่ง การศึกษามีวัตถุประสงค์
เพื่อศึกษาศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการสุขภาพภาคประชาชน ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล 2 ชนิด
คือ แบบสอบถาม เพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแบบสำรวจข้อมูล การประเมินงานพัฒนาสุขภาพภาค
ประชาชน ซึ่งใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มภาคประชาชน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

การศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งของชุมชน ในด้านการทำแผนสุขภาพของหมู่บ้าน ที่มาของปัญหา และมูลเหตุที่
ใช้ในการทำแผนมาจากการนำนโยบายมาเป็นกำหนด มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และ อบต. เป็นผู้จัดทำแผนในชุมชน
มีการจัดทำแผนสุขภาพครอบคลุมในระดับร้อยละ 58.6 ของพื้นที่ตัวอย่าง และเห็นว่าองค์กรชุมชน/อสม.มีศักยภาพ
ด้านการจัดทำแผนอยู่ในระดับที่ต้องให้เจ้าหน้าที่ช่วยทุกขั้นตอน ทั้งนี้การทำกิจกรรมตามแผนสุขภาพที่สามารถดำเนินการ
บรรลุวัตถุประสงค์มากกว่าร้อยละ 80 มี 2 กิจกรรมคือ การป้องกันและการแก้ไขปัญหาสาเหตุ และการป้องกันควบคุม
โรคไข้เลือดออก และในการทำกิจกรรมแหล่งงบประมาณส่วนมากที่นำมาใช้ได้แก่ งบฯ 7,500 บาท ประชาชนมีส่วนร่วม
ในกระบวนการทำแผน ในด้านการร่วมทำกิจกรรมและการเสนอปัญหา และกิจกรรมที่ประชาชนมีส่วนร่วมมากกว่า ร้อยละ
75 คือ กิจกรรมการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก การต่อต้านยาเสพติด ทั้งนี้ในการประเมินผลผู้ทำหน้าที่ได้แก่ เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข

ความเข้มแข็งของประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพพบว่า องค์กรที่รับผิดชอบ ในการดำเนินงาน ได้แก่ อสม.
ร่วมกับกลุ่มอื่น ๆ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่าในหมู่บ้านยังไม่มีภาคีหรือทีมสุขภาพและในทีมสุขภาพที่ตั้ง
ในบางหมู่บ้านเกิดจากการกำหนดโดยนโยบาย โดยทำหน้าที่สำรวจข้อมูลและถ่ายทอดความรู้ และการจัดทำแผนสุขภาพ
การพัฒนากำลังคนเพื่อการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนพบว่า ในหมู่บ้านส่วนมากมี กสค.และมีการ ให้ความรู้
โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. ส่วน อสม. ได้รับการพัฒนาเฉลี่ยปีละ 5.5 ครั้ง และได้รับการอบรมจำนวนร้อยละ
76-100 ของ อสม. ทั้งหมด โดย อสม. ได้รับการอบรมในเนื้อหา 8 เรื่องที่ศึกษาสูงกว่าร้อยละ 80 ของ อสม. ทั้งหมด
ในพื้นที่ส่วนมากมี ศสมช. ที่ทำกิจกรรมบริการ และคุณภาพของกิจกรรมบริการส่วนมากอยู่ในระดับ 2 คะแนน
จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน

ด้านความเข้มแข็งของ อบต. พบว่า ส่วนมากในพื้นที่ยังไม่มี อสม. ร่วมเป็นสมาชิก อบต. อบต. ส่วนมากให้การ
สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ และการกำหนดกฎระเบียบ มีเฉพาะด้านการ
ควบคุมและการป้องกันโรค และส่วนมากในพื้นที่ยังไม่มีการประชุมการทำงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนกับหน่วยงานอื่น

คำสำคัญ

ศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน การบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน

บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. กลยุทธ์การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ครุสภา, 2546.
- _____ . สิทธิพลเมือง ระบบสุขภาพภาคประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เรดิเอชั่น, 2546.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2543.
- วนิดา วิระกุล และ นัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย. รายงานการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดกระบวนการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน. ขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2545.
- อรรถัย อาจอ่ำ และสมศักดิ์ นัคลาจารย์. รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง เครือข่ายอาสาสมัครเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมเอตส์. มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2540.
- กรมส่งเสริมการเกษตร. กองวิจัยและพัฒนางานส่งเสริมการเกษตร. กระบวนการจัดทำแผนชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2546.
- โกวิทย์ พวงงาม. การปกครองท้องถิ่นไทยหลักการและมิติใหม่ในอนาคต. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2543.
- กรมการปกครอง. กฎระเบียบและข้อบังคับสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2538.
- _____ . แนวทางนโยบายการจัดการศึกษาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระยะ 15 ปี (พ.ศ.2545 - 2549). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อาสารักขาตินแดน, 2544.
- สุดเขตต์ เข้มโท. อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการดำเนินงานภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2540.
- สมโบว์ ฉัตรดำรง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์, 2542.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. ส่วนแผนงานและทรัพยากรสาธารณสุข. การศึกษาวิจัย เรื่อง สถานภาพและความพร้อม อบต. และ สอ. ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น, 2539.
- สถาบันดำรงราชานุภาพ. การศึกษาการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. 2539.
- _____ . รายงานการวิจัยบทบาทและความสัมพันธ์ของส่วนราชการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์, 2539.
- สถาบันพระปกเกล้า. การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : ธรรมดาเพรส บจก, 2545.