

## ประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในชนบทจังหวัดมหาสารคาม Effectiveness of Health Management Village Development, in the Rural Areas of MahaSarakham Province

สงัด เชื้อลินฟ้า<sup>1</sup>, วงศา เล้าหศิริวงศ์<sup>2</sup> และ รังสรรค์ สิงห์เลิศ<sup>3</sup>  
Sangud Chualinfa<sup>1</sup>, Wongsas Laohasiriwong<sup>2</sup> and Rungsun Singhalerd<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินประสิทธิผล 2) เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการพัฒนา 3) เพื่อประเมินความแตกต่างของการประเมินตนเอง กับการประเมินจากภายนอกและ 4) เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 360 หมู่บ้านจากประชากร 1,934 หมู่บ้าน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ทดสอบความเที่ยงมีค่าอัลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.81 เก็บข้อมูลระหว่างสิงหาคม - ธันวาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษา พบว่า การผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการประเมินตนเองตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งในประเมินรายด้านและรายข้อ มีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์เกือบทุกหมู่บ้าน (ร้อยละ 93.85) ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์ใหม่ของแต่ละตัวชี้วัดในแต่ละด้าน ซึ่งพบว่าหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพร้อยละ 49.49 ซึ่งลดลงร้อยละ 44.36 โดยพบว่า 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 63.33 จากเดิมที่ผ่าน ร้อยละ 98.72 2) ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ร้อยละ 51.79 จากเดิมที่ผ่าน ร้อยละ 97.44 3) ด้านการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92.31 จากเดิมที่ผ่าน ร้อยละ 100 4) ด้านการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 98.97 เท่าเดิม และ 5) ด้านการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ร้อยละ 96.41 เท่าเดิม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความความสำเร็จในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การมีปราชญ์ชาวบ้าน (Adjusted OR = 1.20, 95% CI = 1.12-1.93, p-value = 0.006) ความเชี่ยวชาญพิเศษของชุมชน (Adjusted OR = 3.82, 95% CI = 2.11-6.90, p-value < 0.001) ชุมชนมีศักยภาพในการพัฒนาที่ผ่านมา (Adjusted OR = 2.30, 95% CI = 1.16-4.57, p-value = 0.017) ความเข้มแข็งของผู้มีระดับสูง (Adjusted OR = 6.10, 95% CI = 2.18-17.08, p-value = 0.001) การจัดหางบประมาณเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข (Adjusted OR = 2.87, 95% CI = 1.01-7.87, p-value = 0.047) การมีส่วนร่วมของการพัฒนาชุมชนและการกำหนดนโยบายสาธารณะของประชาชนระดับปานกลาง และสูง (Adjusted OR = 2.75, 95% CI = 1.02-7.34, p-value = 0.044 และ Adjusted OR = 1.47, 95% CI = 0.42-5.14, p-value = 0.044) ตามลำดับ ปัญหาในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนและกลุ่มองค์กรใน

<sup>1</sup> นักศึกษาปริญญาเอก สาขายุทธศาสตร์การพัฒนามิภาค มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ ดร.ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจำคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ชุมชนไม่มีศักยภาพในการดำเนินการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผน ผู้นำไม่มีศักยภาพในการนำชุมชนการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ แนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้มีคุณภาพมากขึ้น ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ คือ 1)การพัฒนาศักยภาพ/สมรรถนะของแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในการวางแผนการพัฒนาชุมชน2)การสร้างความเข้มแข็งภาวะผู้นำ และการสื่อสารเพื่อส่งเสริมความร่วมมือเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพและ3)การพัฒนาศักยภาพชุมชน/แกนนำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพของชุมชน

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพของการพัฒนา, หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

## ABSTRACT

This cross sectional analytical study aimed 1) to assess the effectiveness 2) to identify factors associated 3) to identify the different between the self-assessment based on the Ministry of Public Health (MoPH) and by outsider (researcher) 4) to identify strategies to help developing the quality of health management village development. The total of 360 villages was systematic randomly selected from the population of 1934 villages in all districts in MahaSarakhm Province. The data was collected between August and December 2012, using structured questionnaire interview developed by the researcher had high reliability with the Cronbach's alpha coefficient of 0.81. Both descriptive and inferential statistics were applied for data analysis. The results indicated that from self-assessment, 93.85 % of the villages passed overall criteria of the MoPH. However, when using this research criteria, only 49.49 passed the criteria as a health management village, a 44.36 % reduction. Considering passing the criteria on each domain of health management village, 1) 63.33 % passed the criteria on participation for health management village development from the previous 98.72 % that passed the MoPH criteria, 2) 51.79 % for developing health plan from the previous 97.44%, 3) 92.31% passed the budget criteria from the previous 100% (all villages passed), 4) 98.97 % passed on the health activities, no changes on the numbers of the villages that passed both criteria and 5) 96.41%, no changes, on the evaluation process of health management village. Factors influencing the development of health management village were having local wisdom (Adjusted OR = 1.20, 95% CI = 1.12 -1.93, p-value= 0.006), community having special competency (Adjusted OR = 3.82, 95% CI= 2.11-6.90 ,p-value<0.001), existing capacity in village development (Adjusted OR = 2.30, 95% CI = 1.16-4.57 ,p-value=0.017) high level of leadership (Adjusted OR = 6.10, 95% CI = 2.18-17.08, p-value= 0.001), able to get budget from other sources ( not only from the MoPH) (Adjusted OR = 2.87, 95% CI = 1.01-7.87 ,p-value=0.047) people participation in village development and public policy development at medium to high levels (Adjusted OR = 2.75, 95% CI = 1.02-7.34, p-value= 0.044 และ Adjusted OR = 1.47, 95% CI = 0.42-5.14, p-value=0.044) accordingly. Problems the villages faced in health management were lack of participation of the villagers and groups, lacked of capacity in developing health plan and implementation, poor leaderships and inefficient communication. Strategies suggested to improve

the health management capacity of the villages were 1) capacity and competency building of village leader, and health personal. 2) leadership development and communication skills 3) capacity building for health activities implementation.

**Keywords :** Effectiveness of Development, Health Management Village

## บทนำ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นเป้าหมายการดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ของกระทรวงสาธารณสุข คือ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมและมาตรการทางสังคมที่เหมาะสม โดยใช้กลยุทธ์การส่งเสริมพัฒนาศักยภาพองค์กรภาคเครือข่ายในการจัดการสุขภาพของชุมชน กำหนดให้ประชาชนมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองและสามารถบริหารจัดการของชุมชนได้ ดังนั้น กระบวนการพัฒนาเพื่อให้เกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จึงเน้นกิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้ทักษะแนวคิดประสบการณ์สู่ภาคีเครือข่ายชุมชนและประชาชนโดยมุ่งหวังว่าองค์กรภาคีเครือข่ายจะสามารถร่วมกันบริหารจัดการหมู่บ้านของตนให้เกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้ หมู่บ้านจัดการสุขภาพจึงมีกระบวนการดำเนินการร่วมกันในด้านจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม การจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ การจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนและการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2551)

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายหมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ในปีงบประมาณ 2549-2552 เป็นร้อยละ 35, 50, 60 และ 65 ของหมู่บ้านทั่วประเทศตามลำดับ โดยผลการดำเนินงาน ปี 2549 - 2551 เป็นร้อยละ 40.6, 66.8 และ 78.9 ของหมู่บ้านทั้งประเทศตามลำดับ (สุจินดา สุขก่าเน็ด, 2551) จังหวัดมหาสารคาม มีรายงานการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการประเมินตนเองของหมู่บ้านในปี 2549-2551 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 87.25,

87.71 และ 89.95ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2552)โดยภาพรวมประเทศและภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม มีผลการดำเนินงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพบรรลุเป้าหมายของแต่ละปีที่กำหนดไว้ แต่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 กำหนดให้กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพมิได้มุ่งเน้นที่ผลผลิตแต่เพียงอย่างเดียว ต้องมุ่งที่กระบวนการมีส่วนร่วมและสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน และการดำเนินงานเน้นคุณภาพมากขึ้น เพื่อให้หมู่บ้านจัดการสุขภาพมีศักยภาพเข้มแข็ง มาตรฐานและยั่งยืน พร้อมทั้งจะรับการพัฒนาทุกด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการประเมินผลดำเนินงานที่ผ่านมาในภาพรวมประเทศและจังหวัดมหาสารคามเป็นเพียงการประเมินตนเองของหมู่บ้านเท่านั้น ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายจากผู้ประเมินภายนอก เพื่อประเมินผลและยืนยันผลการดำเนินงานรวมถึงปัญหาและอุปสรรค เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้มีคุณภาพมีศักยภาพที่เข้มแข็งมากขึ้น ที่จะนำไปสู่ความยั่งยืน ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างแท้จริงจากความสำคัญดังกล่าวรวมถึงทิศทางการพัฒนาในอนาคตจึงได้วิจัยประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทของจังหวัดมหาสารคาม

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อ ประเมินความแตกต่างของประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทระหว่างการประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอก

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท จังหวัดมหาสารคาม
4. เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทให้มีคุณภาพมากขึ้น

### วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยมี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทระยะที่ 2 เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทให้มีคุณภาพมากขึ้น

ระยะที่ 1 ประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท ประเมินความแตกต่างของประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท ระหว่างการประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรคือหมู่บ้านที่มีรายชื่อในกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยที่อยู่ในเขตชนบทจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,934 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ Multivariate ใช้สถิติ Multiple logistic regression (Hsieh, et al, 1998) ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]} \dots\dots\dots(1)$$

$$np = \frac{n_1}{1 - \rho^2_{1,2,3,\dots,p}} \dots\dots\dots(2)$$

ผู้วิจัยใช้สัดส่วนของความเข้มแข็งของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จากการศึกษาของสุทิน โสรรัตน์ (2550) แทนค่าในสมการที่ 1 และ เล็ก = 0.3 ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว เท่ากับ 390 หมู่บ้าน การสุ่มตัวอย่าง (Sampling) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยมีขั้นตอน คือ 1) นำรายชื่อหมู่บ้านในเขตชนบททั้งหมดในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,934 หมู่บ้าน มาเรียงกันตามลำดับอำเภอและตำบล ในจำนวน 13 อำเภอ 133 ตำบล 2) กำหนดช่วงได้จากเอาจำนวนประชากรจำนวน 1,934 หมู่บ้าน ทหารด้วยจำนวนตัวอย่างจำนวน 390 หมู่บ้าน ได้ช่วงข้อมูลเท่ากับ 5 3) สุ่มเลือกรายชื่อหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามรายชื่อที่เรียงไว้ช่วงห่างทุก 5 หมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 390 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure questionnaire) ที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นรายละเอียดดังนี้ตัวแปรอิสระประกอบด้วย 1) คุณลักษณะของหมู่บ้าน 2) คุณลักษณะของแกนนำชุมชน 3) ปัจจัยด้านแกนนำของชุมชน 4) ปัจจัยด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน 5) ปัจจัยด้านความเชื่อของชุมชน 6) ปัจจัยด้านการรวมกลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายในชุมชน 7) ปัจจัยด้านงบประมาณในชุมชนตัวแปรตาม คือ ความสำเร็จหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข 2554 ประกอบด้วย 1) ด้านการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของชุมชน 2) ด้านของการวางแผนสุขภาพ 3) ด้านของการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ 4) ด้านของการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน 5)

ด้านการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ความสอดคล้องของข้อความกับวัตถุประสงค์รูปแบบข้อความ ความเหมาะสมด้านภาษาที่ใช้ จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยไปทดลองใช้ (Try out) กับหมู่บ้านที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 35 หมู่บ้าน แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ในส่วนของทัศนคติ และภาวะผู้นำ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81 ในส่วนความรู้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ Kruder Richardson (KR20) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูลหน่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล (Unit of analysis) ของการวิจัย คือหมู่บ้านในเขตชนบทของจังหวัดมหาสารคาม ผู้ให้ข้อมูล คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ใหญ่บ้านและแกนนำชุมชนโดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ด้านการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ทัศนคติต่อการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และภาวะผู้นำของแกนนำในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และสถิติ Multiple logistic regression นำเสนอค่า Adjusted OR พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งมีระดับการวัดเป็น Dichotomous outcome คือประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ระยะ 2 เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทให้มีคุณภาพมากขึ้น

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เพื่อหาแนวทางและข้อเสนอแนะในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในเขตชนบทของจังหวัดมหาสารคาม พื้นที่ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพครั้งนี้ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive) จากหมู่บ้านที่เป็นตัวแทนของตำบล จาก 4 โชนอำเภอ ดังนี้ โชนที่ 1 ตำบลหนองบัวส้นตุ อำเภอยางสีสุราช โชนที่ 2 ตำบลวังแสง อำเภอแกลง โชนที่ 3 ตำบลเลิงใต้ อำเภอโกสุมพิสัย และโชนที่ 4 ตำบลหนองแวง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกถึงปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลโดยใช้หลัก Triangulation โดยเก็บรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสนทนากลุ่มและการประชุมผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ที่มีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นอย่างดีหมู่บ้านละ 5 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มแกนนำชุมชนและสมัครใจเข้าร่วมโครงการหมู่บ้านละ 3 คน 2) กลุ่มผู้นำชุมชนและสมัครใจเข้าร่วมโครงการหมู่บ้านละ 2 คน ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเริ่มจากประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชนแกนนำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการเข้าร่วมวิจัยประชุมระดมสมองและสรุปสถานการณ์ในกลุ่มแกนนำชุมชนและผู้นำชุมชน เพื่อหาแนวทาง ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จัดการประชุมนำเสนอต่อที่ประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้กำหนดนโยบายของชุมชนทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลจากหลายแหล่ง และวิธีการเก็บมาเปรียบเทียบ เพื่อ validate จากนั้นวิเคราะห์ Content analysis เพื่อให้ได้แนวทางและข้อเสนอแนะในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในเขตชนบทของจังหวัดมหาสารคาม

## ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทจังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนหลังคาเรือนต่อหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท เฉลี่ย จำนวน 79 หลังคาเรือน(S.D.=15.40) (พิสัย : 54, 122 หลังคาเรือน) เป็นหมู่บ้านขนาดเล็ก (ประชากรไม่เกิน 500 คน) ร้อยละ 86.92 ค่าเฉลี่ยจำนวนประชากรต่อหมู่บ้านเท่ากับ 396 คน (S.D.=76.72) มีระยะทางจากหมู่บ้านถึงตัวเมืองมหาสารคาม 36.00 กิโลเมตร (พิสัย : 5, 93 กิโลเมตร)

ประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทจังหวัดมหาสารคามจากการประเมินตนเองโดยใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าหมู่บ้านจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานรวมทุกด้าน ร้อยละ 93.85 หมายความว่าเกือบทุกหมู่บ้านที่ถูกสุ่มเลือกมาศึกษาเป็นหมู่บ้านที่สามารถจัดการสุขภาพดีแล้ว ซึ่งในความเป็นจริง หมู่บ้านเหล่านี้มีระดับการพัฒนาหรือความสามารถในการจัดการสุขภาพต่างกัน มากบางหมู่บ้านมีศักยภาพดี หลายหมู่บ้านก็ยังมีปัญหาในการจัดการและดำเนินการ แต่ก็ผ่านเกณฑ์เหมือนกัน ผู้วิจัยจึงศึกษาและพิจารณาปรับเกณฑ์ในการประเมินในแต่ละด้านและแต่ละข้อใหม่ เพื่อให้สามารถแยกกลุ่มตามศักยภาพได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อใช้เกณฑ์ชี้วัดใหม่นี้ พบว่า มีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียงร้อยละ 49.49 ซึ่งลดลงร้อยละ 44.36 โดยพบว่า

ด้านการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของชุมชนผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 98.72 แต่ผ่านเกณฑ์การวิจัยร้อยละ 63.33 ลดลงร้อยละ 35.39 เนื่องจากการปรับเกณฑ์การจัดเวทีการประชุมขององค์กร อสม. จากเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิม คือ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุม เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ อสม. และองค์กรในชุมชนเป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุม โดยเจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุนเกณฑ์การร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนา

สุขภาพของกลุ่มองค์กรในชุมชน ปรับเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิม คือ มีกลุ่ม อสม. ร่วมกับสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแผนงานพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ มีกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนร่วมกับ อสม. (ทีมประชาคมในหมู่บ้าน) ร่วมกันผลักดันกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและเกณฑ์การกำหนดกติกาของชุมชนหรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้านและตำบลปรับเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิม คือ มีการกำหนดกติกาหรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของระดับหมู่บ้านหรือระดับตำบล เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ มีการกำหนดกติกาหรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของระดับหมู่บ้านและระดับตำบล

ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 97.44 แต่ผ่านเกณฑ์การวิจัยร้อยละ 51.79 ลดลงร้อยละ 45.65 เนื่องจากการปรับเกณฑ์วิธีการหลักในการจัดทำแผนด้านสุขภาพหมู่บ้านจากเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิม คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ/หรือ แกนนำชุมชนประชุมร่วมกันจัดทำแผนสุขภาพ เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ อสม. แกนนำชุมชน และประชาชนร่วมกันจัดทำประชาคมเพื่อสร้างแผนสุขภาพ

ด้านการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 100 แต่ผ่านเกณฑ์การวิจัยเพียงร้อยละ 92.31 ลดลงร้อยละ 7.69 เนื่องจากการปรับเกณฑ์ การใช้งบประมาณจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชน (การพัฒนาศักยภาพ อสม./กำลังคนในหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และการจัดบริการสาธารณสุขใน ศสมช.) จากเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิม คือ จัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างน้อย 1 ใน 3 กิจกรรมเป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ จัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชนทั้ง 3 กิจกรรมและปรับเกณฑ์การได้รับงบประมาณจากหน่วยงานอื่นหรือ

กองทุนใดเพื่อใช้ดำเนินงานด้านสุขภาพ จากเดิมที่ยังไม่กำหนดเป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ หมู่บ้านต้องได้รับงบประมาณจากหน่วยงานอื่นหรือกองทุนสุขภาพ เพื่อใช้ดำเนินงานด้านสุขภาพ

ด้านการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้านผ่านเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์การวิจัยเท่ากันร้อยละ 98.97 เนื่องจากการปรับเกณฑ์ในด้านนี้เป็นการปรับวิธีให้คะแนนภาพรวมของด้านจากเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิมในด้านนี้ คือ ต้องได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) โดยต้องจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านครบ 6 กิจกรรมหลัก เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ ต้องได้คะแนนเท่ากับ 6 คะแนน (คะแนนเต็ม 6 คะแนน) และต้องจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านครบ 6 กิจกรรมหลักซึ่ง

เป็นการปรับที่ไม่ได้เพิ่มความเข้มของเกณฑ์จึงทำให้มีผลการผ่านเกณฑ์เท่ากัน ทั้งเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์ของการวิจัย

ด้านการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้านผ่านเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์การวิจัยเท่ากันร้อยละ 96.41 เนื่องจากการปรับเกณฑ์ในด้านนี้เป็นการปรับวิธีให้คะแนนภาพรวมของด้าน จากเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิมในด้านนี้ คือ ต้องได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) โดยต้องมีการประเมินผลกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างน้อย 2 วิธีเป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ ต้องได้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน (คะแนนเต็ม 2 คะแนน) โดยต้องมีการประเมินผลกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างน้อย 2 วิธีซึ่งเป็นการปรับที่ไม่ได้เพิ่มความเข้มของเกณฑ์จึงทำให้มีผลการผ่านเกณฑ์เท่ากัน ทั้งเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์ของการวิจัย ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบผลการผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพในรายด้านและรวมทุกด้านตามระดับการผ่านเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์ของการวิจัย (n=390)

เกณฑ์ประเมิน	การผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข		การผ่านเกณฑ์ของการวิจัย	
	เงื่อนไขการผ่านเกณฑ์	จำนวน (ร้อยละ)	เงื่อนไขการผ่านเกณฑ์	จำนวน (ร้อยละ)
<b>1.ด้านการมีส่วนร่วม</b>	<b>ต้องได้อย่างน้อย 1 คะแนน</b>	<b>385</b>	<b>ต้องได้คะแนนเท่ากับ 6</b>	<b>247</b>
<b>การจัดการสุขภาพของชุมชน</b>	<b>จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน จึงจะผ่านเกณฑ์ด้านนี้</b>	<b>(98.72)</b>	<b>คะแนน จากคะแนนเต็ม 6 คะแนนจึงจะผ่านเกณฑ์ด้านนี้</b>	<b>(63.33)</b>
1.1 การจัดเวทีการประชุมขององค์กร อสม.	อสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุม		อสม. และองค์กรในชุมชน เป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุม โดยเจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุน	
1.2 กลุ่มองค์กรที่ร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในชุมชน	มีกลุ่ม อสม.ร่วมกับสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแผนงานพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน		มีกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนร่วมกับ อสม.(ทีมประชาคมในหมู่บ้าน) ร่วมกันผลักดันกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ	
1.3 การกำหนดกติกาของชุมชน หรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้าน/ตำบล	มีการกำหนดกติกาหรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของระดับหมู่บ้านหรือระดับตำบล		มีการกำหนดกติกาหรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของระดับหมู่บ้านและระดับตำบล	
<b>2.ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ</b>	<b>ต้องได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 1 คะแนนจะผ่านเกณฑ์ด้านนี้</b>	<b>380 (97.44)</b>	<b>ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน จึงจะผ่านเกณฑ์ด้านนี้</b>	<b>202 (51.79)</b>
2.1 วิธีการหลักในการจัดทำแผนด้านสุขภาพหมู่บ้าน	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ/หรือ แกนนำชุมชน ประชุมร่วมกันจัดทำแผนสุขภาพ		อสม.แกนนำชุมชน และประชาชน ร่วมกันจัดทำประชาคม เพื่อสร้างแผนสุขภาพ	

เกณฑ์ประเมิน	การผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข		การผ่านเกณฑ์ของการวิจัย	
	เงื่อนไขการผ่านเกณฑ์	จำนวน (ร้อยละ)	เงื่อนไขการผ่านเกณฑ์	จำนวน (ร้อยละ)
3.ด้านการจัดการ งบประมาณเพื่อใช้ในการ พัฒนาสุขภาพ	ต้องได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (ต้องดำเนินการ อย่างน้อย 1 ใน 3 กิจกรรม) จากคะแนนเต็ม 1 คะแนนจะผ่านเกณฑ์ด้าน นี้	390 (100)	ต้องได้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และต้องดำเนินการ ครบ 3 กิจกรรมหลักจึงจะ ผ่านเกณฑ์ด้านนี้	360 (92.31)
3.1 หมู่บ้านได้รับ งบประมาณสนับสนุน การจัดกิจกรรมด้าน สุขภาพจาก เทศบาล/ อบต.	หมู่บ้านได้รับงบประมาณ สนับสนุนการจัดกิจกรรม ด้านสุขภาพจาก เทศบาล/ อบต.		หมู่บ้านได้รับงบประมาณ สนับสนุนการจัดกิจกรรมด้าน สุขภาพจาก เทศบาล/อบต.	
3.2 การใช้งบประมาณ จัดกิจกรรมพัฒนา สุขภาพชุมชน (การ พัฒนาศักยภาพ อสม./ กำลังคนในหมู่บ้าน การ แก้ไขปัญหาสาธารณสุข ของชุมชน และการ จัดบริการสาธารณสุขใน ศสมช)	จัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ชุมชนอย่างน้อย 1 ใน 3 กิจกรรม (การพัฒนาศักยภาพ อสม./ กำลังคนในหมู่บ้าน การ แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของ ชุมชน และการจัดบริการ สาธารณสุขใน ศสมช)		จัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ชุมชนทั้ง 3 กิจกรรม (การพัฒนาศักยภาพ อสม./ กำลังคนในหมู่บ้าน การแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และการจัดบริการสาธารณสุข ใน ศสมช)	
3.3 หมู่บ้านได้รับ งบประมาณจาก หน่วยงานอื่น หรือ กองทุนใดเพื่อใช้ ดำเนินงานด้านสุขภาพ	ไม่กำหนด		หมู่บ้านต้องได้รับงบประมาณ จากหน่วยงานอื่น หรือกองทุน สุขภาพตำบล เพื่อใช้ ดำเนินงานด้านสุขภาพ	
4.ด้านการจัดกิจกรรม พัฒนาสุขภาพใน หมู่บ้าน	ต้องได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 1 คะแนน) โดยต้องจัด กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนาหมู่บ้านครบ 6 กิจกรรมหลัก จึงจะผ่าน เกณฑ์ด้านนี้	386 (98.97)	ต้องได้คะแนนเท่ากับ 6 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน) โดยต้องจัดกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนา หมู่บ้านครบ 6 กิจกรรมหลัก จึงจะผ่านเกณฑ์ด้านนี้	386 (98.97)
4.1 กิจกรรมด้านการ	ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1		ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1	

เกณฑ์ประเมิน	การผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข		การผ่านเกณฑ์ของการวิจัย	
	เงื่อนไขการผ่านเกณฑ์	จำนวน (ร้อยละ)	เงื่อนไขการผ่านเกณฑ์	จำนวน (ร้อยละ)
บริการสุขภาพภาคประชาชน	กิจกรรม		กิจกรรม	
4.2 กิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม. / แกนนำสุขภาพ	ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 กิจกรรม		ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 กิจกรรม	
4.3 กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพ / นวัตกรรมสุขภาพ	ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 กิจกรรม		ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 กิจกรรม	
4.4 กิจกรรมด้านการควบคุมและป้องกันโรค/ ปัญหาสาธารณสุข	ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 กิจกรรม		ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 กิจกรรม	
4.5 กิจกรรมด้านการถ่ายทอดความรู้	ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 กิจกรรม		ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 กิจกรรม	
4.6 กิจกรรมด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน	ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 กิจกรรม		ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 กิจกรรม	
5.ด้านการประเมินผล	ต้องได้คะแนนเท่ากับ 1	376	ต้องได้คะแนนเท่ากับ 2	376
การจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน	คะแนน (จากคะแนนเต็ม 1 คะแนน) โดยต้องมีการประเมินผลกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างน้อย 2 วิธีจึงจะผ่านเกณฑ์ด้านนี้	(96.41)	คะแนน (จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน) โดยต้องมีการประเมินผลกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างน้อย 2 วิธีจึงจะผ่านเกณฑ์ด้านนี้	(96.41)
5.1 การประเมินผล	มีการประเมินผลอย่างน้อย 2 วิธี		มีการประเมินผลอย่างน้อย 2 วิธี	
รวมทุกด้าน	ต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ด้าน จึงจะผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	366 (93.85)	ต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ด้าน จึงจะผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	193 (49.49)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท จังหวัดมหาสารคาม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความเข้มแข็งของผู้นำระดับสูง (Adjusted OR =6.10, 95% CI =2.18-17.08, p-value =0.001) ความเชี่ยวชาญพิเศษของชุมชน (Adjusted OR =3.82, 95% CI =2.11-6.90, p-value <0.001) การจัดทำงบประมาณเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข (Adjusted OR = 2.87, 95% CI =

1.01-7.87, p-value =0.047) ชุมชนมีศักยภาพในการพัฒนาที่ผ่านมา (Adjusted OR =2.30, 95% CI =1.16-4.57, p-value =0.017) การมีส่วนร่วมของการพัฒนาชุมชนและการกำหนดนโยบายสาธารณะของประชาชนระดับปานกลาง และสูง (Adjusted OR = 2.75, 95% CI = 1.02-7.34, p-value = 0.044 และ Adjusted OR = 1.47, 95% CI = 0.42-5.14, p-value = 0.044)ตามลำดับและการมีปราชญ์ชาวบ้าน (Adjusted OR =1.20, 95% CI =1.12 -1.93, p-value = 0.006) ดังตารางที่ 2

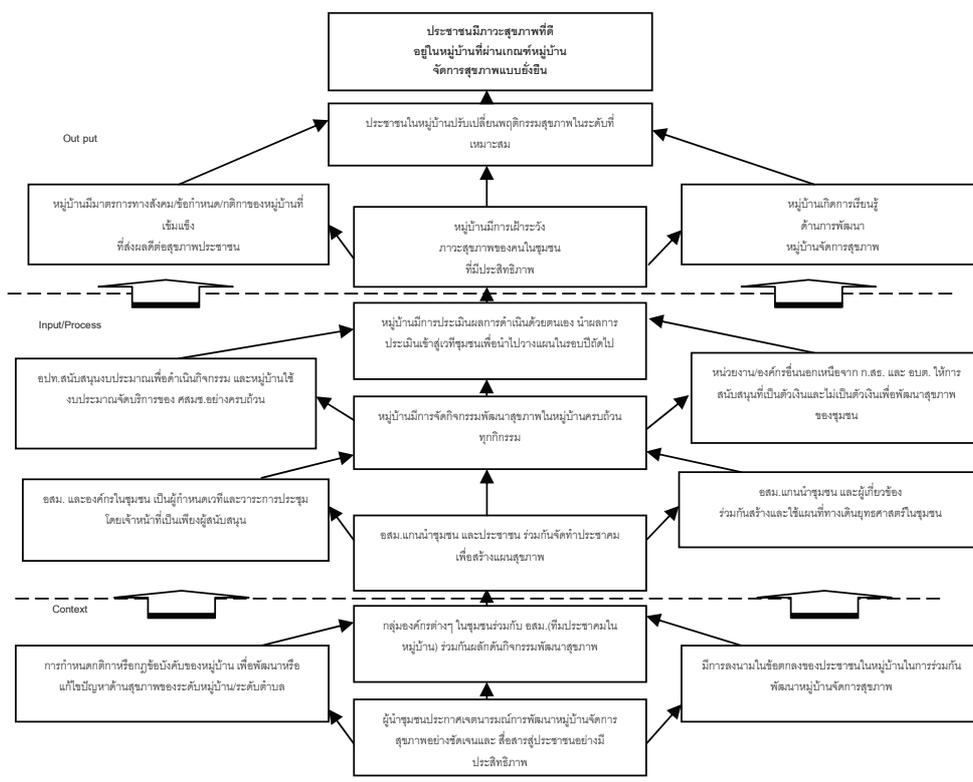
**ตารางที่ 2** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate) (n=390)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	OR	Adjusted OR*	95% CI	p-value
ระดับความเข้มแข็งของผู้นำ						0.001
-ความเข้มแข็งระดับต่ำและปานกลาง	357	91.54	1	1		
-ความเข้มแข็งระดับสูง	33	8.46	6.51	6.10	2.18-17.08	
ความเชี่ยวชาญพิเศษของชุมชน						<0.001
-ไม่มีความเชี่ยวชาญพิเศษ	170	43.59	1	1		
-มีความเชี่ยวชาญพิเศษ	220	56.41	5.18	3.82	2.11-6.90	
การจัดหางบประมาณเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากแหล่งอื่นนอกเหนือจาก กระทรวงสาธารณสุข						0.047
-ไม่ได้รับการสนับสนุน	30	7.69	1	1		
-ได้รับการสนับสนุน	360	92.31	3.51	2.87	1.01-7.87	
ศักยภาพในการพัฒนาที่ผ่านมา						0.017
-ไม่มีศักยภาพ	181	46.41	1	1		
-มีศักยภาพ	209	53.59	3.44	2.30	1.16-4.57	
ระดับการมีส่วนร่วมของการพัฒนาชุมชนและการกำหนดนโยบายสาธารณะของประชาชน						0.044
-ต่ำ	125	32.05	1	1		
-ปานกลาง	239	61.28	3.60	2.75	1.02-7.34	
-สูง	26	6.67	2.03	1.47	0.42-5.14	
ปราชญ์ชาวบ้าน						0.006
-ไม่มี	242	62.05	1	1		
-มี	148	37.95	1.28	1.20	1.12 -1.93	

\*เป็นค่า Adjusted OR ได้จากการควบคุมตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพของแกนนำ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน ศักยภาพในการพัฒนาที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในกลุ่มองค์กรเครือข่ายในชุมชน และการมีส่วนร่วมของการพัฒนาชุมชนและการกำหนดนโยบายสาธารณะของประชาชน

แนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทให้มีคุณภาพมากขึ้นผู้วิจัยได้นำปัญหาการพัฒนาหมู่บ้าน ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพประสบผลสำเร็จ และแผนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์แกนนำหมู่บ้านมาสรุปแยกแยะและวิเคราะห์แล้วกำหนดเป็นแนวทางดำเนินงานของระดับหมู่บ้าน

พร้อมทั้งประชุมระดมสมอง เพื่อจัดทำแผนการพัฒนาที่ครอบคลุมการพัฒนาปัจจัยพื้นฐาน กระบวนการดำเนินงาน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ ที่จะส่งผลให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีอยู่ในหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งกำหนดแนวทางดำเนินงานตามกรอบของยุทธศาสตร์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 3 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ/สมรรถนะของแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาชุมชน ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งในความร่วมมือเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพชุมชน/แกนนำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพของชุมชน โดยจัดกลุ่มกิจกรรมดำเนินงานตามด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ตามภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทที่มีคุณภาพมากขึ้น

ด้านบริบท มีแนวทาง 1) ผู้นำชุมชน ประกาศเจตนารมณ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างชัดเจนและ สื่อสารสู่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ 2) การกำหนดกติกาหรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของระดับหมู่บ้าน/ระดับตำบล 3) มีการลงนามในข้อตกลงของประชาชนในหมู่บ้านในการร่วมกันพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 4) กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนร่วมกับ อสม. ร่วมกันผลักดันกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ

ด้านปัจจัยนำเข้า มีแนวทาง 1) อปท. สนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรม และหมู่บ้านใช้งบประมาณจัดบริการของ ศสมช.อย่างครบถ้วน 2) หน่วยงาน/องค์กรอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข และ อบต. ให้การสนับสนุนที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชน ด้านกระบวนการมีแนวทาง 1) อสม. แกนนำชุมชนและประชาชน ร่วมกันจัดทำประชาคมเพื่อสร้างแผนสุขภาพ 2) อสม. แกนนำชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในชุมชน 3) อสม. และองค์กรในชุมชนเป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุม โดยเจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุน 4) หมู่บ้านมีการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้านครบถ้วนทุกกิจกรรม 5) หมู่บ้านมีการประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเอง นำผลการประเมินเข้าสู่เวทีชุมชนเพื่อนำไปวางแผนในรอบปีถัดไป

ด้านผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ 1) หมู่บ้านมีการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของคนในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ 2) หมู่บ้านมีมาตรการทางสังคม/ข้อกำหนด/กติกาของหมู่บ้านที่เข้มแข็งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพประชาชน 3) หมู่บ้านเกิดการเรียนรู้ด้านการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 4) ประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่เหมาะสม ที่จะส่งผลไปสู่ผลลัพธ์สุดท้าย คือ ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดี อยู่ในหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพแบบยั่งยืน

## สรุปอภิปรายผล

การประเมินประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท ของจังหวัดมหาสารคามจากการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขมีหมู่บ้านร้อยละ 93.85 ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่การประเมินโดยใช้เกณฑ์ที่นักวิจัยกำหนดขึ้น พบว่า ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 49.49 ลดลงร้อยละ 44.36 โดยด้านการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของชุมชน ผ่านเกณฑ์ลดลงเนื่องจากเกณฑ์ของการวิจัย เน้นการการจัดเวทีการประชุมขององค์กร อสม. และองค์กรในชุมชนเป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุมโดยเจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุนเท่านั้น กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนร่วมกับ อสม. (ทีมประชาคมในหมู่บ้าน) ร่วมกันผลักดันกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ พร้อมทั้งการกำหนดกติกาหรือกฎข้อบังคับของชุมชนต้องมีทั้งระดับหมู่บ้านและระดับตำบลถึงจะผ่านเกณฑ์ซึ่งมีความละเอียดและเข้มข้นมากกว่าเกณฑ์ของกระทรวงที่กำหนดเพียง อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุมก็ถือว่าผ่านเกณฑ์ จึงเป็นผลให้หมู่บ้านผ่านเกณฑ์ในข้อนี้ลดลงและด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ลดลง เพราะเกณฑ์ของนักวิจัยเน้นการจัดทำแผนในระดับที่ อสม. แกนนำชุมชน และประชาชน ร่วมกันจัดทำประชาคมเพื่อสร้างแผนสุขภาพขึ้นไปถึงจะผ่านเกณฑ์ด้านนี้ แต่เกณฑ์ของกระทรวงเป็นเพียงการร่วมทำแผนของแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ซึ่งชี้ให้เห็นว่าหากเพิ่มเกณฑ์เรื่องการจัดทำแผน ต้องมีการประชาคมระหว่าง อสม. แกนนำชุมชนและประชาชน จากเดิมที่มีแค่ร่วมกันประชุมจัดทำแผนเท่านั้นซึ่งจะพบว่าเกณฑ์ของการวิจัยในทั้งสองด้านสามารถแยกแยะระดับคุณภาพการพัฒนาหมู่บ้านในด้านการมีส่วนร่วมและการจัดทำแผนสุขภาพได้อย่างชัดเจนมากขึ้นสามารถแยกศักยภาพของหมู่บ้านที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างชัดเจน อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่มีคุณภาพมากขึ้น และเกิดการพึ่งตนเองของ

หมู่บ้านที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนได้

ปัจจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท ได้แก่

ระดับความเข้มแข็งของผู้นำมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นเพราะ ผู้นำที่ความเข้มแข็งจะมีศักยภาพในการจัดการองค์ความรู้ต่างๆ รวมทั้งทัศนคติที่ในการพัฒนาชุมชนทั้งระบบ รวมถึงการเป็นแบบอย่างและกระตุ้นคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆของชุมชนซึ่งความเข้มแข็งของผู้นำ จะมีศักยภาพในการจัดการด้านองค์กร กำลังคน (สมพร แวงแก้ว, 2551) ดังนั้นระดับความเข้มแข็งของผู้นำจึงมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ความเชี่ยวชาญพิเศษของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เนื่องจากชุมชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาเองได้ เช่น ชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันยาเสพติดชุมชนเศรษฐกิจแบบพอเพียง ชุมชนปลอดสุราในงานบุญชุมชนรณรงค์ลดอุบัติเหตุและชุมชนพัฒนาสิ่งแวดล้อมประสบผลสำเร็จสามารถพึ่งตนเองได้ ถือว่าชุมชนมีความเชี่ยวชาญพิเศษ แสดงถึงความพร้อมในการพัฒนาด้านต่างๆ รวมถึงสุขภาพ ทำให้เกิดสัมฤทธิ์ผลต่อการพัฒนา

การจัดหางบประมาณเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากแหล่งอื่นนอกเหนือ จากกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เงินบริจาคจากชุมชนและองค์กรเอกชน มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งการหางบประมาณเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากแหล่งอื่น เป็นการแสดงศักยภาพของชุมชนที่สามารถพึ่งตนเองได้ในการระดมทุน เงินบริจาคในการพัฒนาหมู่บ้านด้วยตนเองซึ่งงบประมาณเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพ อาจอยู่ในรูปของการจัดการกองทุนเพื่อสุขภาพโดยประชาชน เป็น 1 ใน 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการผ่านเกณฑ์การจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

(สมพร แวงแก้ว, 2551)

ศักยภาพในการพัฒนาที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพศักยภาพในการพัฒนาเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของหมู่บ้านจัดการสุขภาพมาจากการวางแผน และศักยภาพของชาวบ้านในการรวมกลุ่มสร้างกองทุนต่างๆ ในหมู่บ้านเป็นหลัก (สมพร แวงแก้ว, 2551) บริบทของหมู่บ้านที่ทำการศึกษามีศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพลดความเสี่ยงในชุมชน เช่น ชุมชนปลอดสุราในงานบุญชุมชนรณรงค์ลดอุบัติเหตุถือเป็นบทเรียนและศักยภาพที่สำคัญของชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และต่อยอดในการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วมของการพัฒนาชุมชนและการกำหนดนโยบายสาธารณะของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นเพราะการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นการใช้ศาสตร์และศิลป์ในการจัดการมีส่วนร่วมและความร่วมมือจากชุมชน โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายสาธารณะในการจัดการสุขภาพ ซึ่งประชาชนเป็นเจ้าของปัญหาจึงทำให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างแท้จริง จนทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชุมชนดังกล่าว ตลอดจนมีการตั้งศักยภาพชุมชน รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานการทำงานแบบมีส่วนร่วม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2549)

ปราชญ์ชาวบ้าน มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เนื่องจากปราชญ์ชาวบ้านมีบทบาทสำคัญในชุมชน สิ่งสมองค์ความรู้ ภูมิปัญญาชาวบ้านมีความจำเป็นต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ จึงตั้งแต่ในอดีตมีการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่รุ่นหนึ่ง ทั้งวิธีการบอกเล่าตัวต่อตัว การเรียนรู้จากการสังเกต การฝึกฝน เป็นต้น ซึ่งจะถ่ายทอดอย่างไรขึ้นอยู่กับเรื่องเป็นหลัก (ประพันธ์ แสงแก้ว, 2553) บริบทที่ทำการศึกษากับปราชญ์ชาวบ้านด้านศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณีด้านเศรษฐกิจพอ

เพียง เกษตรผสมผสาน โดยทั่วไปคนในชุมชน ให้ความสำคัญ เศรษฐกิจ ทั้งด้านการดำรงชีพ ความเป็นอยู่ รวมทั้งด้านสุขภาพ จนทำให้การมีปราชญ์ชาวบ้านมีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชุมชน

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย 1) ควรพัฒนาแนวทางและปรับปรุงเกณฑ์ประเมินในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้มีคุณภาพมากขึ้น ที่ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ คือ (1) การพัฒนาศักยภาพ/สมรรถนะของแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในการวางแผนการพัฒนาชุมชน (2) การสร้างความเข้มแข็งภาวะผู้นำ และการสื่อสารเพื่อส่งเสริมความร่วมมือเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และ(3) การพัฒนาศักยภาพชุมชน/แกนนำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพของชุมชน 2) การสร้างภาวะผู้นำในระดับชุมชนทั้งผู้นำโดยตำแหน่ง หรือผู้นำเฉพาะเรื่องของการพัฒนา เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการก่อนการพัฒนา จะส่งผลกระทบยาวต่อการพัฒนาที่มีความยั่งยืน 3) การประสานการดำเนินงานที่ให้ชุมชนเห็นรูปธรรมอย่างชัดเจน ระหว่างชุมชนกับองค์การบริหารส่วนตำบล จะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาในด้านสุขภาพและการพัฒนาด้านอื่นๆ ในชุมชน 4) การประสานแผนเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน จากขององค์การบริหารส่วนตำบล ต้องสอดคล้องช่วงเวลาของระบบแผนงานขององค์การบริหารส่วนตำบล ถึงจะทำให้มีโอกาสได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานในช่วงปีนั้นๆ 5) การสร้างนักประชาสัมพันธ์ที่ดีให้กับแกนนำในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้การพัฒนาทางด้านสุขภาพหรือด้านอื่นๆ ได้รับความร่วมมือที่ดีจากประชาชนในชุมชน 6) ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาทางด้านสุขภาพในชุมชน จะมีผลสำเร็จอย่างดียิ่งต่อการพัฒนาความรู้และทักษะของแกนนำที่จะขับเคลื่อนงานพัฒนาสุขภาพในชุมชน

ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด 7) การพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามเกณฑ์การประเมิน เช่น การยกระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น การยกระดับการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตปกติ โดยกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชนเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพทุกขั้นตอน พร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพแกนนำโดยการให้ความรู้ในเกณฑ์การประเมินในแต่ละข้อเพื่อให้เกิดความเข้าใจและง่ายต่อการดำเนินการ โดยยึดหลักการจัดการสุขภาพ คือ สุขภาพดีต้องสร้างได้ที่ตัวของตัวเองหรือปัจเจกบุคคล แล้วไปสู่ครอบครัว ชุมชน ที่ทุกแห่งสร้างได้โดยทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการประเมินพัฒนาต่อยอดด้านเศรษฐกิจพอเพียงระดับครอบครัว เนื่องจากมีผลกระทบในทางที่ดีโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นและจะเกิดความยั่งยืนของการพัฒนาในทุกเรื่อง และควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบร่วมกันกับชุมชน เพื่อให้เกิดโมเดลในการพัฒนาคุณภาพการจัดการสุขภาพชุมชนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2549). **แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- \_\_\_\_\_. (2551). **เส้นทางสู่ความสำเร็จการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ตำรวจ.
- ประพันธ์ แสงแก้ว. (2553). **การจัดการความรู้ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่ง อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. (การศึกษาระดับปริญญาโท สาขาบริหารการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

- สมพร แวงแก้ว และนิดา มุสิกบุญเลิศ. (2551). รูปแบบการจัดการสุขภาพของหมู่บ้าน ในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ปี 2551. สืบค้นเมื่อ 24 มีนาคม 2556, จาก <http://www.vcharkarn.com/vblog/67652>
- สุจินดา สุขกำเนิด. (2551). รายงานการประเมินผลศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์แอนนาออฟเซต.
- สุทิน โสรรัตน์. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดปทุมธานี. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2552). เอกสารเพื่อการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1/2552. มหาสารคาม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- Church, A., Magiloff, A. and Coruzii, C. (1995). Using surveys for change : an applied Example in pharmaceuticals organizational. Leadership & Organizational Development Journal, 16(4), 3 - 11.
- Downson, S. (1996). Analysing Organization. 3<sup>rd</sup> ed. Basingstoke : Palgrave Macmillan.
- Hsieh, F.Y., Bloch, D. A., and Larsen, M.D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine, 17(14),1623-1634.
- World Health Organization. (1986).Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion; 21 Nov 1986, Ottawa, Canada.