

การมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

Participation of Partnership Health Network in Propulsion for Development Sub-District Health Management

สุรชาติพิญ์ จันทรักษ์
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ พื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพทั่วประเทศ 1,003 ตำบล ประชากรเป้าหมาย 67,800 คน จำนวนตัวอย่าง โดยประมาณค่าสัดส่วนประชากร กำหนดสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.10 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมให้มีการคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 จำนวนกลุ่มเป้าหมาย 138 คน แต่การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในเขตตรวจราชการทั้ง 12 เขต จึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เขตละ 30 คน รวมทั้งหมด 360 คน การสุ่มเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 สุ่มหิบบลจกจังหวัดเป้าหมาย เขตละ 1 จังหวัด ขั้นตอนที่ 2 สุ่มหิบบลจกอำเภอ เขตละ 1 อำเภอ ขั้นตอนที่ 3 สุ่มหิบบลจกตำบล เขตละ 1 อำเภอ ขั้นตอนที่ 4 สุ่มเลือกเฉพาะเจาะจงตำบลละ 30 คน ที่เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพและขับเคลื่อนงานตำบลจัดการสุขภาพ ดำเนินการช่วงเดือนเมษายน – กันยายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค โดยค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ ด้านแรงจูงใจ และด้านการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76, 0.78, และ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Perason Product Moment Correlation)

ผลการวิจัยพบว่า 1) แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพขับเคลื่อนงานตำบลจัดการสุขภาพ ดังนี้ 1.1) ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.20 1.2) ด้านความรู้ ระดับปานกลางร้อยละ 76.90 1.3) ด้านการรับรู้ ระดับปานกลาง ร้อยละ 78.10 1.4) ด้านแรงจูงใจ ระดับปานกลางร้อยละ 60.30 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วยบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในชุมชน การรับรู้ต่อการพัฒนา และระดับแรงจูงใจในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ 3) เมื่อทดสอบระดับความสัมพันธ์พบว่า 3.1) ลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ แต่การมีบทบาทหน้าที่ในชุมชน มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3.2) ระดับการรับรู้และระดับแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจ มีการรับรู้ที่ถูกต้อง มีเป้าหมายในการพัฒนาชัด ทำให้เกิดแรงจูงใจและส่งผลต่อการพัฒนา ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นและประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่ายสุขภาพ, ตำบลจัดการสุขภาพ

Abstract

This study was a survey research. This research aimed to study the participation of partnership health network in propulsion for development Sub-District health management. The samples were affiliated area health network in Sub-District health management nationwide area 1,003 Sub-District. The target populations were 67,800 samples. The researcher calculated sample size by estimated population proportion, population projection was 0.10, confidence level 95%, error 5%, and calculation the sample size was 138 samples. However, this study was studied in 12 inspection areas so the researcher increased the number of samples by 30 samples per inspection area. Hence, total of the sample size was 360 samples. The sample sampling used multi-stage sampling by step 1, random target province 1 province per area, step 2, random district 1 district per area, step 3, random sub-district 1 sub-district per area, and step 4, purposive sampling 30 samples per sub-district who was the partnership health network and propulsion sub-district health management. This study was conducted from April to September 2016. The data collection instruments passed inspection of content validity from 3 professionals and tested reliability by using Cronbach's Alpha Coefficient, through the reliability of recognition, motivation, and participation followed values 0.76, 0.78, and 0.97. Data analysis used percent, mean, standard deviation, and analyzed relation by Perason Product Moment Correlation.

This study found that, 1) the leaders of partnership health networks propelled Sub-District health management as followed 1.1) participation was medium level, 64.20% 1.2) knowledge was medium level, 76.90% 1.3) recognition was medium level, 78.10% 1.4) motivation was medium level, 60.30%. 2) Factors affected the propulsion for development Sub-District health management consisted of role and responsibility in community, perceive of development, and motivation of development Sub-District health management. 3) The testing of relation as followed 3.1) personal characteristic, knowledge had no relation with development Sub-District health management however, role and responsibility in community had significantly relation with development Sub-District health management at 0.05. 3.2) Recognition and motivation had significantly relation with development Sub-District health management at 0.05.

As a result, the propulsion for development Sub-District health management should get the target to understand, right recognition, get clearly the goal, motivate and influence the development, and affect participation process in propulsion for development Sub-District health management at the high level and successful.

Key words: participation, partnership health network, Sub-District Health Management

บทนำ

ประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำระหว่างคนรวยและคนจน เรื่องการกระจายรายได้ พ.ศ.2543 กลุ่มคนจนที่สุด ร้อยละ 20 มีสัดส่วนรายได้ลดลงจากร้อยละ 3.9 ขณะที่คนรวยที่สุดร้อยละ 20 มีสัดส่วนรายได้สูงขึ้นจาก 57.6 ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจส่งผลให้เกิดความแตกต่างหลายๆ เรื่อง รวมทั้งกระทบไปยังระบบสุขภาพ ขาดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มคนในชุมชนแออัด ความแตกต่างค่อนข้างชัดเจนระหว่างคนรวยและคนจน ในเรื่องการเข้าถึงและการเลือกใช้บริการสุขภาพ โดยพบว่าประเภทของสถานพยาบาลและรูปแบบของหลักประกันสุขภาพก็มีความต่างกัน⁽¹⁾ การทำให้คนไทยมีสุขภาพดีและมีสุขภาพความเป็นนโยบายสาธารณะต้องเกิดจากประชาชนทุกภาคส่วนในการจัดการสุขภาพระดับท้องถิ่น ใช้อำนาจความรู้ นำภูมิปัญญามาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมเป็นองค์รวม⁽²⁾ นโยบายรัฐบาล ปี 2558 รัฐบาลของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มีนโยบายที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพประชาชนในข้อที่ 5 คือการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน ในประเด็นย่อยข้อที่ 5.2 คือพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการป้องกันโรครมากกว่ารอให้ป่วยแล้วมารักษา ดังนั้นในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ตำบลจัดการสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่ 11 จากทั้งหมด 21 ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ 11 ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70⁽³⁾ จากข้อมูลรายงานกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทั่วประเทศมีตำบลทั้งหมด 7,255 ตำบล ผลการดำเนินงานในปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 ประเมินผ่านตำบลจัดการสุขภาพร้อยละ 67.31, 72.49, 80.94, 78.99 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าเกณฑ์ตัวชี้วัดของตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าอีกร้อยละ 21.10 ยังไม่ได้ดำเนินงานเรื่องตำบลจัดการสุขภาพ ตำบลจัดการสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน และทุกภาคส่วนในท้องถิ่นมาบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา กำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนา ด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ เน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง (3 อ. 2 ส.) และโรควิถีชีวิต⁽⁴⁾ Cohen และ Uphoff⁽⁵⁾ กล่าวว่าชุมชนจะตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมและร่วมขับเคลื่อน

กิจกรรมต่างๆ นั้น ขึ้นกับเงื่อนไขและปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งคุณลักษณะภายในของบุคคล เช่น การรับรู้ข้อมูล โดยขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 5 ขั้นตอน คือ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกำหนดทางแก้ปัญหา ร่วมกิจกรรม ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น

จากข้อมูลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ สะท้อนให้เห็นยังไม่สามารถดำเนินงานขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้ประชาชนขาดโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพ จากนโยบายของรัฐบาลให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรครมากกว่าการรักษาพยาบาล แนวคิดที่สำคัญของตำบลจัดการสุขภาพเน้นให้ประชาชนและทุกภาคส่วนในพื้นที่ ร่วมกันจัดการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและลดโรคที่เกิดจากวิถีชีวิต โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองของพื้นที่ ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน จากแนวคิดและความสำคัญของตำบลจัดการสุขภาพ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ จะสะท้อนแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนคนไทย เน้นกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน กระตุ้นให้เกิดการบูรณาการร่วมกันในพื้นที่เกิดมาตรการทางสังคม เป็นการทำงานเชิงรุก สร้างความสำนึกดีของประชาชน เพื่อปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตให้สอดคล้องและเหมาะสม เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเครือข่ายต้นแบบ นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นภาพการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน วัดประเมินความสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

คำถามการวิจัย

1. แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ที่มีความรู้ มีการรับรู้ มีแรงจูงใจ และมีส่วนร่วม ต่อการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพหรือไม่
2. ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่

วิธีการศึกษา

1. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้
1) ด้านพื้นที่ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นตำบลจัดการสุขภาพในปีงบประมาณ 2559 ทั้งหมด 76 จังหวัด จำนวน 7,255 ตำบล 2) ด้านเนื้อหา ศึกษาการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ 11 ของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2559 3) ด้านระยะเวลา กำหนดช่วงเวลา เดือน เมษายน – กันยายน พ.ศ.2559 รวมเป็นระยะเวลา 5 เดือน

2. วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาพื้นที่ระดับตำบล ครอบคลุมทั้ง 76 จังหวัด โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย คือ 1) เป็นตำบลที่มีการดำเนินงานเรื่องตำบลจัดการสุขภาพ 2) เป็นตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตำบลสุขภาพระดับดีเยี่ยม 3) เป็นพื้นที่ของเขตตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 12 เขตทั่วประเทศ ดังนั้นตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน 1,003 ตำบล มีประชากรทั้งหมด 67,800 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.10 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมรับให้มีการคลาดเคลื่อนร้อยละ 5⁽⁶⁾ ตามสูตร คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 138 คน แต่เนื่องจากทำการศึกษาทั้ง 12 เขตตรวจราชการ และสุ่มเลือกตำบลเป้าหมาย 1 ตำบล ต่อ 1 เขตตรวจราชการ ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างตำบลละ 11 คน ทั้งนี้เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล และป้องกันความผิดพลาดของข้อมูล จึงปรับขนาดของ

กลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 30 คน ทั้งหมด 12 ตำบล รวมเป็น 360 คน

การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) เป็นการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 หยิบสลากเป็นการสุ่มเลือกอย่างง่าย โดยสุ่มเลือกจังหวัด จากเขตตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 12 เขต สุ่มเลือกเขตละ 1 จังหวัด ได้ทั้งหมด 12 จังหวัด ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสุ่มเลือกอย่างง่าย โดยหยิบสลากสุ่มเลือกอำเภอ (สุ่มจาก 12 จังหวัดในขั้นตอนที่ 1) สุ่มเลือกจังหวัดละ 1 อำเภอ ได้อำเภอเป้าหมายทั้งหมด 12 อำเภอ ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสุ่มเลือกอย่างง่าย โดยการหยิบสลากสุ่มเลือกตำบล (สุ่มจาก 12 อำเภอเป้าหมาย) สุ่มเลือกอำเภอละ 1 ตำบล ได้ตำบลเป้าหมายได้ทั้งหมด 12 ตำบล ขั้นที่ 4 สุ่มเลือกกลุ่มเป้าหมายในระดับตำบล สุ่มเลือกตำบลละ 30 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 สุ่มเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยสุ่มเลือกแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) หยิบผลการรายชื่อโดยสุ่มเลือกประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 หมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงาน 10 คน รวมทั้งหมด 14 คน กลุ่มที่ 2 สุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) โดยเลือกนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน รวมทั้งหมด 5 คน กลุ่มที่ 3 สุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แห่งละ 1 คน กลุ่มที่ 4 สุ่มเลือกแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการหยิบผลการรายชื่อ หัวหน้ากลุ่มต่างๆในชุมชน สุ่มเลือกตำบลละ 10 คน (ดังตารางที่ 1) รวมกลุ่มเป้าหมาย 360 คน

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่สุ่มเลือก แบ่งตามเขตตรวจราชการและจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

เขต	จำนวนจังหวัด	เป้าหมายปี 2558	ตำบลดีเยี่ยมปี 2558	ตำบลตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย (คน)				
					อสม	อปท+ผู้นำ	รพสต.	ประธานกลุ่ม	รวม
1	8	769	3	1	14	5	1	10	30
2	5	426	23	1	14	5	1	10	30
3	5	420	29	1	14	5	1	10	30
4	8	713	47	1	14	5	1	10	30
5	8	635	24	1	14	5	1	10	30
6	8	531	44	1	14	5	1	10	30

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่สุ่มเลือก แบ่งตามเขตตรวจราชการและจำนวนกลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)

เขต	จำนวนจังหวัด	เป้าหมายปี 2558	ตำบลที่เยี่ยมปี 2558	ตำบลตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย (คน)				
					อสม	อปท+ผู้นำ	รพสต.	ประธานกลุ่ม	รวม
7	4	660	90	1	14	5	1	10	30
8	7	644	89	1	14	5	1	10	30
9	4	761	282	1	14	5	1	10	30
10	5	613	258	1	14	5	1	10	30
11	7	518	55	1	14	5	1	10	30
12	7	568	59	1	14	5	1	10	30
รวม	76	7,255	1,003	12	168	60	12	120	360

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค โดยค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ ด้านแรงจูงใจ และด้านการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76, 0.78, และ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Perason Product Moment Correration)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.3 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 46 – 60 ปี ร้อยละ 48.10 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.54 ปี มีอายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี อายุมากที่สุดคือ 80 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย ร้อยละ 43.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.8 กลุ่มเป้าหมายมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือชุมชน ร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการทำงานช่วยเหลือชุมชนน้อยกว่า 5 ปี มากถึง ร้อยละ 32.5 อายุเฉลี่ยของการทำงานตามบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือชุมชนประมาณ 10 ปี 6 เดือน

2. ระดับความรู้ เกี่ยวกับการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ พบว่าระดับความรู้ ของกลุ่มเป้าหมายภาพรวมทั้งประเทศ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.9 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 15.3 จำแนกเป็นรายเขตพบว่า มีเพียงเขต 11 เท่านั้นที่มีระดับความรู้ที่อยู่ในระดับสูง มากถึงร้อยละ 73.3 รองลงมาคือเขต 12 ร้อยละ 40.0 ระดับความรู้ ที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ เขต 2 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับความรู้ในระดับประเทศ พบว่าเขตที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ได้แก่ เขต 11, เขต 12, เขต 5, เขต 7 และเขต 6 ตามลำดับ ดังนั้นเขต

ตรวจราชการที่ต้องมีการพัฒนาด้านความรู้เพิ่มเติมคือ เขต 1, เขต 2, เขต 3, เขต 4, เขต 8, เขต 9 และเขต 10

3. ระดับการรับรู้ เกี่ยวกับการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ พบว่า ภาพรวมประเทศส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.1 เมื่อนำมาแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านโครงสร้างการทำงานระดับการรับรู้ อยู่ในกลุ่มปานกลาง ร้อยละ 77.5 ด้านปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการดำเนินงานระดับการรับรู้อยู่ในกลุ่มปานกลาง ร้อยละ 68.1 ด้านกระบวนการระดับการรับรู้ อยู่ในกลุ่มปานกลาง ร้อยละ 88.6 ด้านเป้าหมายการดำเนินงานอยู่ในกลุ่มปานกลาง ร้อยละ 52.8 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ภาพรวมทั้งประเทศ เท่ากับ 67.08 คะแนน เมื่อแยกเป็นรายเขตตรวจราชการ พบว่า เขต 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด เท่ากับ 71.97 คะแนน รองลงมาเขต 2 เท่ากับ 70.60 เขตที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดคือ เขต 8 เท่ากับ 59.23 คะแนน เมื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่าเขตที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากกว่าระดับประเทศ ได้แก่ เขต 1, เขต 2, เขต 3, เขต 5, เขต 7, เขต 11 และเขต 12 ดังนั้นเขตตรวจราชการที่ต้องพัฒนาศักยภาพการรับรู้เรื่องตำบลจัดการสุขภาพคือ เขต 4, เขต 6, เขต 8, เขต 9 และเขต 10

4. ระดับแรงจูงใจในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ พบว่าภาพรวมทั้งประเทศ มีระดับแรงจูงใจในการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจภาพรวมระดับประเทศ เท่ากับ 49.54 คะแนน เมื่อแยกเป็นรายเขตตรวจราชการ พบว่า เขต 11 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด รองลงมาเขต 12 เขตที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดคือ เขต 8 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยรายเขต มาเปรียบเทียบกับระดับประเทศพบว่า เขตที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าระดับประเทศ ได้แก่ เขต 1, เขต 2, เขต 3, เขต 5, เขต 7, เขต 9, เขต 11 และเขต 12 ดังนั้นเขตตรวจราชการที่เพิ่มศักยภาพ

ด้านแรงจูงใจในการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพคือ เขต 4, เขต 6, เขต 8, เขต 9 และเขต 10

5. **ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ** พบว่าภาพรวมทั้งประเทศ ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายเขต พบว่าระดับการมีส่วนร่วมที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ เขต 1 เขต 5 เขต 9 และเขต 12 เขตที่มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับต่ำคือ เขต 4 สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมระดับประเทศเท่ากับ 64.68 คะแนน เมื่อแยกเป็นรายเขตตรวจราชการ พบว่าเขต 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด เขตที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดคือเขต 4 นำค่าเฉลี่ยคะแนนรายเขต มาเปรียบเทียบกับระดับประเทศ พบว่าเขตที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าระดับประเทศ ได้แก่ เขต 1, เขต 2, เขต 5, เขต 7, เขต 9, เขต 11 และเขต 12 ดังนั้นเขตตรวจราชการที่เพิ่มศักยภาพด้านการมีส่วนร่วม คือ เขต 3, เขต 4, เขต 6, เขต 8 และ เขต 10

6. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ**

การทำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ใช้ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า

6.1 ลักษณะส่วนบุคคล, ระยะเวลาในการทำบทบาทหน้าที่ในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ

6.2 การมีบทบาทหน้าที่ในชุมชน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.3 ระดับความรู้ เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ

6.4 ระดับการรับรู้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.5 ระดับแรงจูงใจ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.6 ระดับการมีส่วนร่วม พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. **สรุป** การศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานช่วยเหลือชุมชนประมาณ 10 ปี มีความรู้ มีการรับรู้ มีแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม

อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพคือ ระยะเวลาในการทำบทบาทหน้าที่ในชุมชน การได้รับบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน การรับรู้แนวคิดในกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการที่ถูกต้อง การเกิดแรงจูงใจที่ดีทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในระดับสูง ส่งผลต่อการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพให้ประสบความสำเร็จและเกิดเป็นรูปธรรม

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยผลการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพกับการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ มีประเด็นที่น่าสนใจอภิปรายดังนี้

1. **ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ** พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ และระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับวนิดา วิระกุล⁽⁷⁾ ศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าภาพรวมของความเข้มแข็งของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ต่ำกว่าร้อยละ 50 ทุกหมวดตัวชี้วัด เสนอแนะให้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนสู่การปฏิบัติในทุกระดับ รวมทั้งเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดกระบวนการเรียนรู้แก่ผู้นำชุมชนหรือแกนนำของชุมชนทุกกลุ่ม จากการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม กลุ่มเป้าหมายมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี มีการเรียนรู้เนื้อหาและแนวคิดอย่างต่อเนื่องทุกปี ทำให้มีความรู้ในระดับหนึ่งแล้ว กระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพเน้นการทำงานเป็นทีม ดังนั้นทีมงานจึงมีการเพิ่มเติมความรู้ให้ระหว่างกัน สิ่งที่แกนนำได้เสนอแนะให้กับผู้วิจัยได้ทราบคือ การทำงานที่ส่งผลให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพราะ 1) ชุมชนเห็นทิศทางการทำงานซึ่งเป็นทิศทางเดียวกัน ไม่ขัดแย้งกัน 2) มีเป้าหมายร่วมในการพัฒนาที่ชัดเจน 3) มองเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันของกลุ่มที่เกิดขึ้นในชุมชน 4) กระบวนการทำงาน มีการแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจน เน้นให้ช่วยคิด ช่วยปฏิบัติ และกระตุ้นให้มีการคิดพัฒนาตลอดเวลา 5) เป็นเวทีที่กระตุ้นให้ผู้นำชุมชนและชาวบ้านมาแสดงความคิดเห็นร่วมกัน 6) มีภาคีเครือข่ายมาร่วมกันพัฒนา ซึ่งประเด็นเหล่านี้จะมีความรู้แฝงอยู่ด้วยตลอดเวลา ดังนั้นการเพิ่มความรู้อาจไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาครั้งนี้มากนัก

2. **การรับรู้ เกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ** พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับตำบลจัดการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ ออกแดง⁽⁸⁾ พบว่าหลังวิจัย ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้แนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนวิจัย และมีต่อผลทำให้เกิดการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพในระดับพื้นที่ได้ เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับ มนูญ พลายชูม⁽⁹⁾ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้หลังวิจัยสูงกว่าก่อนวิจัย

3. แรงจูงใจในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ พบว่าระดับแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของมัสโล ซึ่งกล่าวไว้ว่าทุกคนมีความต้องการขั้นพื้นฐาน และความต้องการขั้นสูง คือ การได้รับความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับและยกย่องรวมทั้งความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงาน ทำให้มีศักดิ์ศรี และมีความค่าต่อตนเอง โดยอีกส่วนหนึ่งได้รับแรงจูงใจภายนอก ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิพิทักษ์⁽¹⁰⁾ ผลของการเสริมพลังมีผลต่อการสร้างแรงจูงใจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติและเกิดทัศนคติเชิงบวก

4. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วม กับมีส่วนร่วมขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในภาพรวมระดับประเทศอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ สุภาพ⁽¹¹⁾ พบว่าการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนนำไปสู่กระบวนการพัฒนาชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับพงษ์เทพ ดีเสมอ⁽¹²⁾ พบว่าการพัฒนาชุมชนประสบความสำเร็จเพราะสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพในกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.1 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพอย่างจริงจัง เพราะจากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้แนวคิดการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ถ้าเข้าใจแนวคิดอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่ม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมพัฒนาอย่างแท้จริง และเข้าไปมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

1.2 การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนั้นควรเสริมพลังให้กับกลุ่มแกนนำพื้นที่ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว เพราะการพัฒนาต้องเกิดจากประชาชนเอง ไม่ใช่สั่งการ รัฐทำหน้าที่หนุนเสริมให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ

1.3 ควรนำปัจจัยที่ศึกษาได้ในครั้งนี้ ไปทดลองใช้กับพื้นที่โดยทำการเปรียบเทียบในพื้นที่ที่มีความพร้อมระดับหนึ่ง และพื้นที่เป็นต้นแบบในการพัฒนา โดยเน้นให้มีมีการรับรู้เพื่อไปนำไปสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อดูความแตกต่างระหว่างสองพื้นที่

1.4 ควรศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของแต่ละเขตตรวจราชการว่า สอดคล้องหรือแตกต่างกันอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร และประยุกต์ให้สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ให้เกิดความเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้จังหวัดดำเนินการวิจัยทุกจังหวัดเพื่อหารูปแบบที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในการพัฒนากระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

2.2 ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นจิตสำนึกคนไทยให้เข้าใจแนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ไม่ใช่เป็นประเด็นใหม่ แต่เป็นเรื่องราวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของคนไทยและสอดคล้องกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ตลอดจนทำให้เห็นการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐ และระหว่างรัฐกับประชาชน เพื่อนำไปสู่สุขภาวะตามวิถี

2.3 พัฒนาสื่อเรียนรู้เรื่องตำบลจัดการสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและเหมาะสมสำหรับประชาชน โดยสื่อที่นำเสนอผ่านหลายช่องทางเหมาะสมกับโลกออนไลน์ น่าสนใจ มีความทันสมัย ตลอดจนมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น เอกสารออนไลน์ แผ่นพับออนไลน์ กลุ่มแฟนคลับ โปสเตอร์ หนังสือหรือสารคดีการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

2.4 ต้องคืนข้อมูลการประเมินผลตำบลจัดการสุขภาพให้กับหน่วยงานต้นสังกัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับด้านนโยบาย เพื่อจะได้วางแผนการพัฒนาต่อยอดและขยายผลการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบายและพื้นที่

2.5 ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาและสร้างฐานความรู้เรื่องตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพเพื่อความยั่งยืนที่เหมาะสมมีลักษณะอย่างไร

2.6 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติในการพัฒนาศักยภาพในผลิตภัณฑ์การจัดการความรู้ในชุมชนเพื่อการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพความยั่งยืนในเชิงลึกเป็นอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ให้คำปรึกษาด้านกระบวนการพัฒนางาน, ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ที่ให้คำปรึกษาและเื้อออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลงานวิจัยทั่วประเทศ, บุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลเป้าหมายทุกแห่ง ที่เื้อออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและร่วมกิจกรรมตามที่กำหนด, ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนทุกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่เป้าหมายทั้ง 12 จังหวัด ที่เื้อออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในพื้นที่, ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข นายกองค้การบริหารส่วนตำบล สมาชิก อบต. ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก ทั้ง 76 จังหวัดทั่วประเทศ ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางาน ให้ความร่วมมือในการเรียนรู้ ทำแบบทดสอบและช่วยเหลือการจัดกิจกรรมทุกครั้งจนทำให้ผลงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี, คุณนายมนูญ พลายชุมและคุณยงยุทธ สุขพิทักษ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระบาท ให้ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลข้อมูลและการตรวจพิสูจน์อักษร ตลอดจนขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่คอยให้กำลังใจตลอดเวลา ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพัฒนาวิชาการและการจัดการความรู้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). **สรุปสถานการณ์สุขภาพคนไทยในปัจจุบัน**. สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2559. จาก <https://phppp.nationalhealth.or.th>.
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2555). **แนวทางการนิเทศงานตำบลจัดการสุขภาพดี วิถีชีวิตไทย ปี 2555**. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2559). **รายงานผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ปี 2558**. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี. เอกสารอัดสำเนา.
4. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2555). **แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
5. Cohen , J.M. and Uphoff , N.T. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. **Rural Development Committee Center for International Studies** , Cornell University , 1981.

6. ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม. 2539. **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS/PC**. กรุงเทพฯ : ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 126.
7. วนิดา วิระกุล และคณะ. (2547). **การประเมินผลศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
8. สมเกียรติ ออกแดง. (2554). **การประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
9. มนูญ พลายชุม. (2553). **การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครเยาวชนตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
10. ยงยุทธ สุขพิทักษ์. (2553). **การเสริมพลังอำนาจเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปพื้นที่ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
11. เบญจวรรณ สุภาพ. (2552). **การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของแกนนำชุมชนในเขตนครลำปาง อำเภอเมืองลำปาง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
12. พงษ์เทพ ดีเสมอ. (2552). **ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพภาคประชาชน ในจังหวัดสุรินทร์**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.