

# การประเมินผลโครงการพัฒนาตำบล จัดการสุขภาพ (ปี 2552-2554)

## ประนอม คำเที่ยง

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

### บทคัดย่อ

ตำบลจัดการสุขภาพมีเป้าหมายสูงสุดคือประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้ โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนจัดทำโครงการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2552 และประเมินในปี 2554 โดยใช้การศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods) ตาม CIPP Model กล่าวคือ ประเมินจากเอกสารแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

พบว่าโครงการนี้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติและกลยุทธ์ของกระทรวงสาธารณสุข และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นกิจกรรมในการกำกับดูแลของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน มีบุคลากรจำนวนเพียงพอและมีความพร้อม มีงบประมาณจากส่วนกลางมาสู่ระดับพื้นที่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาในตำบล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับพื้นที่ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติพบว่า เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับการถ่ายทอดชี้แจงกิจกรรมโครงการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ โดยการถ่ายทอดโครงการที่สู่ระดับตำบลส่วนใหญ่จะเป็นการประชุมระดมความคิดเห็นระดับจังหวัดถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอและตำบล ร้อยละ 35.0 และ 74.1 ตามลำดับ ระดับอำเภอถ่ายทอดสู่ระดับตำบล ร้อยละ 85.0 และระดับตำบลถ่ายทอดโดยการประชุมประชาคม ร้อยละ 68.6 และมีความเข้าใจในการดำเนินงาน คัดเลือกพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งดำเนินโครงการและในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล มีแผนยุทธศาสตร์ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 66.1, 84.0 และ 94.1 ตามลำดับ โดยเป้าหมายมุ่งเน้นการพัฒนาการจัดการสุขภาพโดยชุมชนควบคู่กับการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการประเมินตนเอง 375 แห่ง พบว่ามีระดับดี ร้อยละ 93.3 ระดับดีมาก ร้อยละ 4.8 ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 1.8

สรุป การพัฒนาได้เข้าถึงเพียงระดับหมู่บ้าน โดยประชาชนยังขาดความเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ ต้องมีพี่เลี้ยง

### คำสำคัญ:

ตำบลจัดการสุขภาพ, การประเมินโครงการ, การพัฒนาสุขภาพของชุมชน

### บทนำ

การสาธารณสุขไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการด้านปฐมภูมิ ด้วยหลักการ “การสาธารณสุขมูลฐาน” โดยให้ประชาชนเป็นผู้มีบทบาทในการดูแล

แก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน และภาครัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้เกิดการพึ่งพาตนเองหรือการดูแลสุขภาพตนเองได้ตลอดจนให้

ความสำคัญการรวมกลุ่มของภาคประชาชน และองค์กรต่าง ๆ มากขึ้น<sup>(1)</sup>

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีนโยบายพัฒนาสุขภาพของประชาชน จึงต้องมุ่งส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสุขภาพที่ดี และความยั่งยืนของชุมชน<sup>(2)</sup>

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานที่พัฒนาและสร้างบทบาทของประชาชน ชุมชน และท้องถิ่น ในการจัดการปัญหาของชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และการจัดการองค์ความรู้ และภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์และเป็นเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนที่เข้มแข็ง เพื่อเป็นการบูรณาการการจัดการระบบสุขภาพชุมชน จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2552-2554 ในปีงบประมาณ 2552 และ 2553 มีเป้าหมายให้ทุกจังหวัดพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพปีละ 2 ตำบล ปีงบประมาณ 2554 ขยายเพิ่มเติมจังหวัดละ 5 ตำบล

ตำบลจัดการสุขภาพ เป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น และประชาชนให้มีจิตสำนึกในการแสดงบทบาทอันที่จะนำไปสู่การพัฒนาตนเองและการมีสุขภาพดี เป็นเป้าหมายสูงสุดที่ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้ ตามคำขวัญที่ว่า “แม้พวกเราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราเองได้”<sup>(3)</sup>

การศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการครั้งนี้ใช้แบบจำลองชิปปี้ (CIPP model) ของสตัฟเฟิลบีม<sup>(4)</sup> เป็นกรอบในการประเมินผล เนื่องจากแนวคิดและรูปแบบการประเมินของสตัฟเฟิลบีมเป็นต้นแบบของการประเมินอย่างมีระบบโดยคาดว่าจะได้ข้อสรุปในการพัฒนางานเชิงระบบสุขภาพภาคประชาชนต่อไป

### วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการประเมินผลการพัฒนาตำบล

จัดการสุขภาพโดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) ตามขั้นตอนของแบบจำลองชิปปี้ ของสตัฟเฟิลบีม<sup>(4)</sup> ทั้งหมด 4 ประเด็น คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของโครงการ คือ การทบทวนเอกสารด้านบริบท ประกอบด้วย นโยบาย และโครงการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย บุคลากรงบประมาณและกิจกรรมกระบวนการ ประกอบด้วย การถ่ายทอดการรับรู้กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องระหว่างปี 2552 ถึงปี 2554 ผลผลิตประกอบด้วย ผลการดำเนินงานโดยการวิเคราะห์เอกสารคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2554 เอกสารการถอดบทเรียนการดำเนินงานเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ ปี 2552-2553 แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ 4 ปี (2555-2558) กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน<sup>(5-11)</sup> และสอบถามจากผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการระดับภาค จังหวัด และตำบล ด้วยการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม

ในการสำรวจนั้นประชากร หมายถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ผู้ที่รับผิดชอบการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ในปีงบประมาณ 2552-2554 กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มจากประชากรโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากการคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยประมาณจากสูตร Yamane<sup>(12)</sup> โดยมีประชากรแยกเป็น ส่วนงาน และค่าคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง(ค่า e) เท่ากับ 0.05 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 187 แห่งจากทั้งหมด 352 อำเภอ ตำบลจัดการสุขภาพ 194 แห่งจากทั้งหมด 375 ตำบล วิธีการสุ่มจากอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพจากทุกจังหวัดให้กระจายจังหวัด โดยเลือกจังหวัดละ 2 หรือ 3 อำเภอ การจัดลำดับจังหวัดเรียงตามตัวอักษร จังหวัดที่ได้ลำดับเลขคี่จะสุ่ม 2 อำเภอ

จังหวัดที่ได้เลขคู่จะสุ่ม 3 อำเภอ สำหรับตำบลจัดการสุขภาพเลือกทุกตำบลจากอำเภอที่สุ่มเลือกได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเนื้อหา มี 2 ประเด็น คือ กระบวนการและผลผลิต ประกอบด้วยการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เช่น แผนยุทธศาสตร์ การได้รับการถ่ายทอดกระบวนการ ความเข้าใจในกระบวนการ งบประมาณ และสิ่งสนับสนุนกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เช่น การถ่ายทอดกระบวนการสู่พื้นที่ การติดตามการดำเนินงาน และความคิดเห็นต่อการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ โดยผ่านตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ ด้านเนื้อหา และภาษา ทำการจัดส่งและตอบกลับทางไปรษณีย์ และมีการติดตามทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนระดับภาค และผู้รับผิดชอบจำนวน 2-5 คน กลุ่มที่สอง ประกอบด้วยผู้แทนจากการสุ่มพื้นที่ดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพแบบเจาะจง ให้กระจายครบทั้ง 4 ภาค ๆ ละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัด คือ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดลพบุรี จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดนครพนม แต่ละจังหวัดสุ่มตำบลที่มีผลการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในระดับดีขึ้นไป 1 ตำบล และระดับพื้นฐาน-พัฒนา 1 ตำบล ผู้แทนระดับตำบล ที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มประกอบด้วย นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)หรือผู้แทน จำนวน 1 คน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1-2 คน ผู้รับผิดชอบการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในระดับท้องถิ่น จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ จำนวน 1-2 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระดับตำบล จำนวน 1 คน และแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ระดับตำบลที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เช่น ประธานกลุ่มผู้สูงอายุ

จำนวน 1 คน ปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 1-2 คน แกนนำกลุ่มสตรี จำนวน 1 คน กลุ่มเยาวชน จำนวน 1 คน และผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งสิ้นประมาณ 10-15 คนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามเนื้อหา

### ผลการศึกษา

ด้านบริบทพบว่ามีนโยบายชัดเจนในการดำเนินงานเรื่องระบบสุขภาพชุมชน เน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมและความสามารถในการพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพ สอดคล้องตั้งแต่ระดับกระทรวงกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปถึงกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

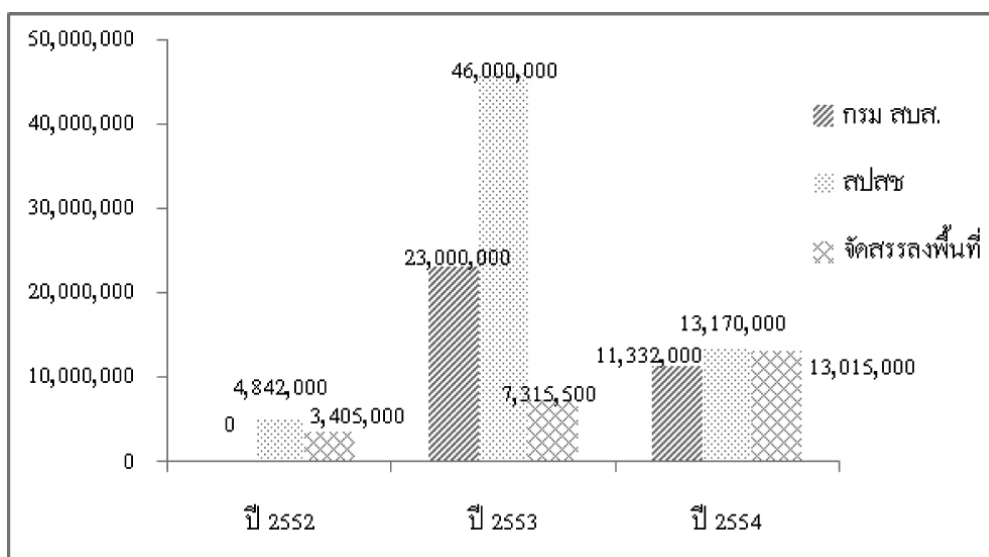
เริ่มแรกมีโครงการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 มีหลักเกณฑ์การดำเนินงานและให้หมู่บ้านมีการประเมินผลการพัฒนาตนเอง ต่อมาเริ่มมีการพัฒนาเป็นตำบลจัดการสุขภาพตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 โดยมีเป้าหมายในปี 2552 จังหวัดละ 2 ตำบล เน้นการเป็นนักจัดการปัญหาและการพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาระดับชาติ และปี 2553 เน้นการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการเรียนรู้การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของชุมชน ในปี 2554 มีการเพิ่มเป้าหมายการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เป็นจังหวัดละ 5 ตำบล รวม 375 ตำบล ความร่วมมือแบบบูรณาการในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน โครงการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายฯ ในการจัดการสุขภาพชุมชน การจัดการความรู้และเสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินงานตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติให้มีความเข้มแข็งในปี 2552 โครงการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปี 2553 และ

โครงการเสริมสร้างบทบาทเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ อสม. 4 ภาค เพื่อให้เป็น “อสม.ต้นกล้าความดี” ปีงบประมาณ 2554

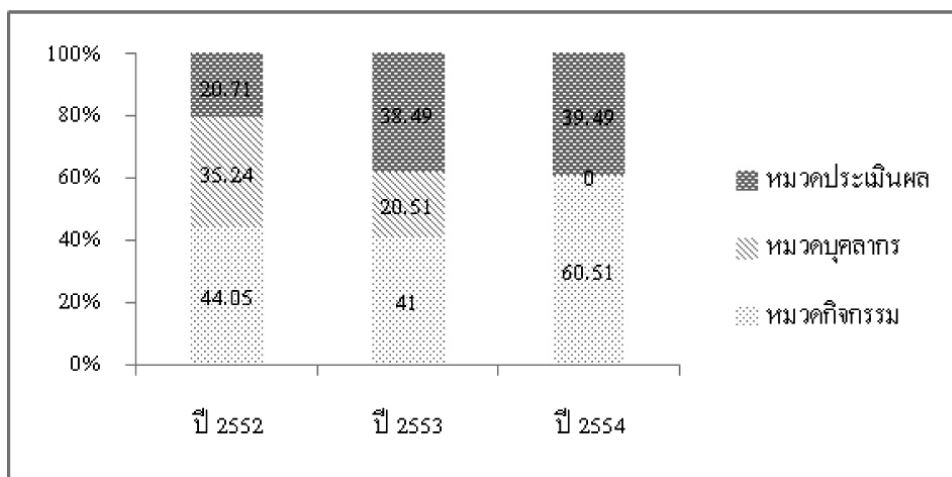
ด้านปัจจัยนำเข้าพบว่ามีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เพียงพอและมีการเตรียมความพร้อมก่อนส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุข 20 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์การทำงานหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ 5 ปี ได้รับการถ่ายทอดกิจกรรม

กระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ และมีความเข้าใจในกระบวนการพัฒนา

จากรูปที่ 1 แสดงให้เห็นว่ามีงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรม สบส.) จัดสรรเพิ่มขึ้นนับตั้งแต่ปี 2552-2554 แต่ไม่ได้จัดสรรให้งบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาในตำบล ปี 2552 ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) จำนวน 4,842,000 บาท จัดสรรให้พื้นที่จำนวน 3,405,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70.3 ส่วนที่เหลือ



รูปที่ 1 งบประมาณที่ได้รับในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ



รูปที่ 2 สัดส่วนของงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานพื้นที่

1,437,000 บาท กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน จัดสรรให้ด้านบริหารจัดการ เช่น การผลิต สื่อ/คู่มือ ต่าง ๆ เป็นต้น

ปี 2553 งบประมาณทั้งโครงการ 69,000,000 บาท จัดสรรให้พื้นที่ จำนวน 7,315,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.6 ส่วนที่เหลือ จำนวน 61,684,500 บาท เน้นการพัฒนาในส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) การจัดทำแผนสุขภาพตำบล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของอสม. 4 ภาค ให้เป็น “อสม.ต้นกล้าความดี”

ปี 2554 งบประมาณทั้งโครงการ 24,502,000 บาท จัดสรรให้พื้นที่ จำนวน 13,015,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.1 ส่วนที่เหลือ 11,487,000 บาท เป็นการบริหารจัดการต่าง ๆ ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

งบประมาณที่สนับสนุนกิจกรรมในพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นหมวดกิจกรรม และประเมินผล เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการตำบลจัดการสุขภาพ และหมวดบุคลากรที่ลดน้อยลง เนื่องจาก กลุ่มเป้าหมายเป็นการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพที่เป็นตำบลเดิมของปี 2552 และ 2553 (รูปที่ 2)

จากการสนทนากลุ่ม ในระดับผู้ปฏิบัติ ได้รับงบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพจาก

ส่วนกลาง 10,000-15,000 บาท ส่วนใหญ่จะใช้ไปในส่วนการจัดประชุม การทำประชาคม การดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล ส่วนการพัฒนาแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จะใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล งบประมาณจาก อบต. และจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างกันไปแล้วแต่พื้นที่ตามขนาดของปัญหา กิจกรรมการดำเนินงานโครงการ เน้นให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมทั้ง 8 ตำบล โดยแยกวัย เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ หรือแยกตามการเจ็บป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง เช่นกลุ่มโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน)

ด้านกระบวนการจากการสำรวจพบว่า ระดับจังหวัด เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพทั้งหมดได้รับการถ่ายทอดโครงการมีความเข้าใจในการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ ร้อยละ 96.8 (ตารางที่ 1) จากศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ระดับภาค (ร้อยละ 100) (ตารางที่ 2) การถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอ โดยการประชุมชี้แจง ทำได้ร้อยละ 86.7 และการถ่ายทอดสู่ระดับตำบล เป็นการประชุมระดมความคิดเห็น ทำได้ร้อยละ 74.1 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 การได้รับการถ่ายทอด/ชี้แจงและความเข้าใจโครงการการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของเครือข่าย

ประเด็น	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (n=62 แห่ง)				
1. ได้รับการถ่ายทอด/ชี้แจง โครงการ/กิจกรรม ตำบลจัดการสุขภาพ	62	100	0	0
2. ความเข้าใจในการดำเนินงาน	60	96.8	2	3.2
ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
1. ได้รับการถ่ายทอด/ชี้แจง โครงการ/กิจกรรม ตำบลจัดการสุขภาพ (n=176 แห่ง)	170	96.6	6	3.4
2. ความเข้าใจในการดำเนินงาน (n=175 แห่ง)	167	95.4	8	4.6
ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
1. ได้รับการถ่ายทอด/ชี้แจง โครงการ/กิจกรรม ตำบลจัดการสุขภาพ (n=190 แห่ง)	189	99.5	1	0.5
2. ความเข้าใจในการดำเนินงาน (n=190 แห่ง)	181	95.3	9	4.7

ส่วนระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพได้รับการถ่ายทอดโครงการร้อยละ 96.6 และมีความเข้าใจในการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพร้อยละ 95.4 (ตารางที่ 1) จากศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนระดับภาค ร้อยละ 63.6 (ตารางที่ 2) การถ่ายทอดสู่ระดับตำบลเป็นการประชุมระดมความคิดเห็นทำได้ร้อยละ 85.0 (ตารางที่ 3)

ระดับตำบล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการถ่ายทอดโครงการ ร้อยละ 99.5 และมีความเข้าใจในการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ ร้อยละ 95.3 (ตารางที่ 1) จากจังหวัด/อำเภอ ร้อยละ 60.0 (ตารางที่ 2) และดำเนินการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติการในพื้นที่ โดยการประชุม อสม. ทำได้ร้อยละ 96.8 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 สถานที่/แหล่งที่ได้รับการถ่ายทอดโครงการตำบลจัดการสุขภาพ

สถานที่/แหล่งที่ได้รับการถ่ายทอด (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	ระดับ จำนวน (ร้อยละ)		
	สสจ.(n=62)	สสอ.(n=176)	รพ.สต.(n=190)
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ระดับภาค	62(100)	112(63.6)	106(55.8)
ส่วนกลาง	36(58.1)	34(19.3)	17(8.9)
เขตตรวจราชการ	20(32.3)	18(10.2)	12(6.3)
จังหวัด/อำเภอ	0(0)	83(47.2)	114(60.0)

ตารางที่ 3 การถ่ายทอดกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

การถ่ายทอดกระบวนการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับจังหวัด (n=62 แห่ง)</b>		
ถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอ(ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	60	96.8
ประชุมชี้แจง	52	86.7
ประชุมระดมความคิดเห็น	21	35.0
ถ่ายทอดสู่ระดับตำบล (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	58	93.5
ประชุมชี้แจง	40	69.0
ประชุมระดมความคิดเห็น	43	74.1
<b>ระดับอำเภอ (n=176 แห่ง)</b>		
ถ่ายทอดสู่ระดับตำบล (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	173	98.3
ประชุมชี้แจง	96	55.5
ประชุมระดมความคิดเห็น	147	85.0
<b>ระดับตำบล (n=189 แห่ง)</b>		
ถ่ายทอดกระบวนการตำบลจัดการสุขภาพ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	185	97.9
ประชุมทีมงาน	149	80.5
ประชุมร่วมกับท้องถิ่น	155	83.8
ประชุมประชาคมตำบล	127	68.6
ประชุม อสม.	179	96.8

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับการถ่ายทอดโครงการและมีความเข้าใจในการดำเนินงาน โดยการถ่ายทอดโครงการที่สู่ระดับตำบลจะเป็นการประชุมระดมความคิดเห็นระดับจังหวัดถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอและตำบล ร้อยละ 35.0 และ 74.1 ตามลำดับ ระดับอำเภอถ่ายทอดสู่ระดับตำบล ร้อยละ 85.0 และระดับตำบลถ่ายทอดโดยการประชุมประชาคม ร้อยละ 68.6 (ตารางที่ 3) ทั้งนี้เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ต้องนำกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพไปดำเนินการสู่การปฏิบัติจึงต้องทำความเข้าใจในกระบวนการทุกขั้นตอน

ทุกระดับรับรู้เป้าหมายการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ประชาชนพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนส่วนโรงเรียนนวัตกรรมและโรงเรียน อสม. เป็นแหล่งเรียนรู้ของชุมชนและอสม.ได้แสดงการรับรู้ค่อนข้างต่ำในระดับ รพ.สต. (ตารางที่ 4)

กระบวนการการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพทุกระดับมีแผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาสุขภาพ เรื่องตำบลจัดการสุขภาพ และมีกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด อำเภอ และตำบล ได้

บรรจุเรื่องตำบลจัดการสุขภาพร้อยละ 66.1,84.0,94.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ระดับตำบล มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพโดยการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครสาธารณสุข(เขี้ยวชาญ) ร้อยละ 93.7 จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ร้อยละ 81.9 และจัดทำแผนสุขภาพตำบล ร้อยละ 78.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

การพัฒนาอย่างต่อเนื่องของทุกระดับเป็นผลจากการติดตามการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการนิเทศงานปรกติ

ความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพจากการตอบแบบสอบถาม ระดับจังหวัด 62 คน ระดับอำเภอ 176 คน และระดับตำบล 189 คน สรุปได้ว่าการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพมีประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนระดับดีมาก เฉลี่ย 4.45,4.07 และ4.40 ตามลำดับและประชาชนได้รับประโยชน์ระดับดีมากเฉลี่ย 4.05, 3.80 และ 4.02 ตามลำดับ

ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน (ศูนย์ สช.) ให้ข้อสังเกตว่า การกำหนดบทบาทหน้าที่การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพชัดเจนทำให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ยกตัวอย่างกรณี “ศูนย์ สช.ชายแดนใต้ จังหวัดยะลา มีการบูรณาการแผน

ตารางที่ 4 การรับรู้เป้าหมายการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

เป้าหมาย (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	ระดับ จำนวน (ร้อยละ)		
	สสจ.(n=62 แห่ง)	สสอ.(n=176 แห่ง)	รพ.สต.(n=190 แห่ง)
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน	59(95.2)	163(92.9)	186(97.9)
มีมาตรการทางสังคม	56(90.3)	136(77.3)	149(78.4)
ประชาชนพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้	60(96.8)	157(89.2)	169(88.9)
นวัตกรรมทางด้านสุขภาพ	53(85.5)	143(81.3)	157(82.6)
โรงเรียนนวัตกรรม	54(87.1)	127(72.2)	111(58.4)
โรงเรียน อสม.	47(75.8)	137(77.8)	132(69.5)
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชน	57(91.9)	153(86.9)	163(85.8)

ตารางที่ 5 แผนยุทธศาสตร์เรื่องตำบลจัดการสุขภาพของระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล\*

การบรรจุแผนยุทธศาสตร์ตำบลจัดการสุขภาพ	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (n=62 แห่ง)</b>				
1. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนางังหวัด	41	66.1	21	33.9
2. แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข/แผนพัฒนาสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	48	77.4	14	22.6
<b>ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (n=175 แห่ง)</b>				
1. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาอำเภอ	147	84.0	28	16.0
2. แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข/แผนพัฒนาสุขภาพ ของ คปสอ.	145	82.9	30	17.1
<b>ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</b>				
1. แผนพัฒนาตำบล (n=186 แห่ง)	175	94.1	11	5.9
2. แผนยุทธศาสตร์/แผนพัฒนาสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=187 แห่ง)	183	97.9	4	2.1

\*จากการตอบแบบสอบถามผู้รับผิดชอบงาน

ตารางที่ 6 การเตรียมความพร้อมในการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพระดับ รพ.สต. (n=190)

การเตรียมความพร้อม	จำนวน	ร้อยละ
การอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครสาธารณสุข (เครือข่าย) (n=190 แห่ง)	178	93.7
การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (n=188 แห่ง)	154	81.9
การจัดทำแผนสุขภาพตำบล (n=188 แห่ง)	148	78.7
การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบ (n=188 แห่ง)	85	45.2

ปฏิบัติการ แผนงบประมาณร่วมกันระหว่างศูนย์วิชาการต่าง ๆ ในแต่ละเขต/ภาค ด้วยกัน ให้มีการถ่ายทอดนโยบายไปยังผู้บริหารระดับอำเภอและผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล ตลอดจนภาคีเครือข่ายและองค์กรภาคประชาชน อสม. และการสนับสนุนและบริหารจัดการงบประมาณ การจัดการกำลังคนในการรับผิดชอบ ส่วนศูนย์ สช.ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ ใช้วิธีการจัดประชุมทำความเข้าใจและ/หรือจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อหารูปแบบการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของพื้นที่เป้าหมาย”

และระดับปฏิบัติการในพื้นที่ ทั้ง 8 ตำบล สะท้อนความเห็นว่าการดำเนินการตามกระบวนการค้นหาปัญหาของพื้นที่และนำปัญหาที่ได้มาจัดทำเป็นแผนการ

พัฒนาของหมู่บ้าน และตำบล การได้มาซึ่งแผนสุขภาพตำบลและแผนตำบลนั้นใช้วิธีที่คล้ายคลึงกันบางแห่งใช้กระบวนการของการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ บางแห่งใช้กระบวนการประชาคมหมู่บ้านตำบล แต่เมื่อนำมาสู่การพัฒนาในพื้นที่กลับพบว่าต้องปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่อีก แต่กระบวนการต่าง ๆ อาจปรับใช้ในการช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ทำให้ช่วยคิดค้นหาปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาและประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้ได้งบประมาณช่วยในการพัฒนา

ด้านผลผลิตปีงบประมาณ 2552 และ 2553 มี



การประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพ โดยไม่มีการประเมินระดับของการพัฒนา ต่อมาปีงบประมาณ 2554 มีการจัดระดับของการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เป็น 5 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน พัฒนา ดี ดีมาก และดีเยี่ยม แต่ยังเป็น การประเมินตนเอง พบว่า อยู่ในระดับดี จำนวน 350 แห่ง (ร้อยละ 93.3) ระดับดีมาก 18 แห่ง (ร้อยละ 4.8) ระดับดีเยี่ยม 7 แห่ง (ร้อยละ 1.8) เกณฑ์การประเมิน<sup>(10)</sup> ระดับพื้นฐาน คือ มีทีมงานระดับพัฒนา เพิ่มการพัฒนากระบวนการจัดทำตามแผนสุขภาพตำบล ระดับดี เพิ่มการขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ ระดับดีมาก เพิ่มระบบการจัดการอย่างต่อเนื่อง และระดับดีเยี่ยม เพิ่มความพร้อมและศักยภาพในการเป็นโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน

ทั้ง 8 ตำบล เป็นตำบลจัดการสุขภาพ ระดับพื้นฐาน-พัฒนา จำนวน 4 ตำบล และระดับ ดี-ดีเยี่ยม จำนวน 4 ตำบล ทั้งนี้ส่วนสำคัญคือ หมู่บ้านที่เข้มแข็ง ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน และอาสาสมัครที่เข้าใจการพัฒนา และเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนของหมู่บ้านจะสามารถที่จะพัฒนาหมู่บ้านให้ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพได้ ผู้ที่ตอบคำถามเป็นแกนนำของทั้งหมู่บ้านและตำบล ซึ่งระบุแนวปฏิบัติที่ดีในหมู่บ้าน ดังนี้ “ในจำนวน 7 หมู่บ้านของตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ มีอยู่ 1 หมู่บ้านซึ่งผู้นำมีความเข้มแข็งและเป็นหมู่บ้านที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในด้านเศรษฐกิจพอเพียงปี 2549 เป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีแผนขยายไปหมู่บ้านอื่น ๆ แต่การประเมินระดับตำบลไม่ผ่านทั้งที่มีหมู่บ้านที่ควรอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยมแต่ก็มีหมู่บ้านที่อยู่ระดับต่ำกว่า แต่ละหมู่บ้านผลการพัฒนาแตกต่างกันแม้ว่าจะเริ่มพร้อมกัน” อีกตัวอย่างหนึ่ง คือ “ตำบลจันเสน อำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ การดำเนินงานที่เห็นผลค่อนข้างชัดเจนมาจากภาพรวมระดับหมู่บ้าน บางหมู่บ้านเท่านั้นไม่ใช่ทุกหมู่บ้าน” การมองภาพรวมทั้งตำบลส่วนใหญ่ พบว่าแกนหลักขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพเป็นองค์การบริหาร

ส่วนตำบล ดังกรณีผู้นำที่มีบทบาทตรงและมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง “ต.ดงมะรุม อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี มีหัวหน้าสำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นแกนนำการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และ ต.ท่าเรือ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช โดยหัวหน้าสำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นแกนหลักในการจัดอบรมโรงเรียนพัฒนาผู้นำชุมชน” จึงเห็นได้ว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงซึ่งมีภาวะผู้นำในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ และนำแผนไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อบูรณาการในตำบล และมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ได้วิเคราะห์เชิงระบบย่อมจะขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

ในส่วนของการจัดทำเกณฑ์การประเมินโครงการ พบว่ามีข้อกำหนดจากส่วนกลางให้จัดระดับโดยใช้แนวทางการประเมินตนเอง ในพื้นที่(ระดับตำบล)มีความสับสนในตอนแรกไม่ทราบว่าใครดำเนินการ ส่วนใหญ่ให้แกนนำของโครงการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพเป็นผู้ประเมิน แต่ละตำบลผู้ประเมินใช้เกณฑ์วัดระดับต่างกันทำให้ผลการจัดระดับไม่น่าจะเปรียบเทียบกันได้ ข้อคิดเห็นสะท้อนจากผู้ปฏิบัติเป็นดังนี้ “ศูนย์ สช.ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช อยากให้มีการปรับเกณฑ์การประเมินให้เป็นมาตรฐานกลาง เมื่อมีใครมาวัดผลจะได้เหมือนกัน ส่วน ศูนย์ สช.ภาคกลาง จังหวัดชลบุรีควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมิน โดยทีมประเมินจากภายนอกหรือรูปของคณะกรรมการส่วน ศูนย์ สช.ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ลงไปร่วมเรียนรู้เพิ่มเติม เป็นที่เล็ง ให้กับจังหวัด/พื้นที่ (อำเภอ ตำบล) พร้อมกับร่วมกันออกแบบการติดตาม ประเมินผลพื้นที่เป้าหมายร่วมกับจังหวัดและศูนย์ สช.ภาคตะวันออก เชียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น การประเมินโดยทีมของจังหวัด เขต ภาค ควรสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้”

พื้นที่การดำเนินงานตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพ ยังจำกัดบางหมู่บ้านในทั้ง 8 ตำบล ยังขาดการพัฒนาเชิงระบบในระดับตำบล รูปแบบการพัฒนามี

ความแตกต่างกันไปตามบริบทของหมู่บ้านตำบล ทั้งนี้ การที่จะขยายการพัฒนาไปสู่ตำบลอื่นหรือหมู่บ้านอื่น ๆ ต้องดูความพร้อมของหมู่บ้าน/ตำบล สิ่งสำคัญคือความ ทุ่มเท ความเข้าใจ ความเข้มแข็งของ ผู้นำชุมชน และ แกนนำกลุ่มต่าง ๆ การมีส่วนร่วมและความร่วมมือ ของประชาชน การสนับสนุนของภาครัฐ ศักยภาพและ ทรัพยากรของตำบล อย่างไรก็ตามตำบลที่มีความพร้อม ควรเริ่มพัฒนากระบวนการตำบลจัดการสุขภาพอย่าง เป็นระบบ เพื่อประโยชน์สู่ประชาชนในตำบลนั้น ๆ

### วิจารณ์

การศึกษานี้มุ่งเฉพาะผู้ปฏิบัติงานเพียงด้านเดียว การที่จะเข้าถึงผลลัพธ์เชิงนโยบายควรศึกษาในผู้รับผล แห่งนโยบาย ในที่นี้คือ ประชาชนในชุมชน ซึ่งยังไม่ได้ ทำการศึกษา อย่างไรก็ตามการประเมินการนำนโยบาย สู่การปฏิบัติในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ควรดำเนินการอย่าง ต่อเนื่องและจริงจัง เห็นได้ว่านโยบายหรือยุทธศาสตร์ ในการทำงานสุขภาพภาคประชาชน หรือระดับชุมชน มีการบูรณาการการทำงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน และระบบสุขภาพภาคประชาชนทั้งยังควรพัฒนา ส่งเสริม กระบวนการ แนวคิด และการปฏิบัติที่ให้ภาค ประชาชนเป็นแกนนำในการพัฒนาในระดับชุมชนและ ตำบล<sup>(13)</sup>

การวางระบบติดตาม ควบคุมกำกับ และการ ประเมินผล อย่างสม่ำเสมอทั้งในด้านปริมาณและ คุณภาพโดยผู้ประเมินที่อยู่นอกโครงการ<sup>(14)</sup> อาทิเช่น สาธารณสุขอำเภอควรเป็นผู้จัดการโครงการ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้นิเทศ อาจจัดให้มีการประกวด ผลงานและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ทำ ระบบการติดตามผลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และสุ่มประเมินคุณภาพเป็นระยะ ๆ และคู่ไปกับการ ประเมินผลตนเอง<sup>(15)</sup> ทั้งนี้การปรับหลักเกณฑ์การ ประเมินให้ทุกภาคส่วนรับรู้ก่อน ใช้จริงทั้งในการ ประเมินตนเองและโดยคณะกรรมการกลางระดับ

จังหวัดที่มาจากหลายภาคส่วนเพื่อสามารถนำผลมา เปรียบเทียบระหว่างการประเมินตนเองของตำบล และ จากผู้อื่นสะท้อนส่วนขาดเพื่อการพัฒนาต่อยอดและยั่งยืน ควรมีการบริหารจัดการงบประมาณแบบเป็นองค์ รวมด้านการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน อย่างเป็นธรรม ทั้งในเชิงการพัฒนากระบวนการและการดำเนินงานใน พื้นที่

ควรขยายการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพให้ ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยถ่ายทอดกระบวนการการ พัฒนาตำบลจัดการสุขภาพให้แกนนำทุกภาคีเครือข่าย และท้องถิ่นทราบ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจที่ชัดเจนตรงกัน และจัดทำคู่มือแนวทาง การดำเนินงานที่เข้าใจได้ง่ายสามารถถ่ายทอดสู่ระดับ ชุมชนได้ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายให้ภาค ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้<sup>(16)</sup>

ควรสร้างแรงจูงใจในการทำงานและเชิดชูเกียรติ ผู้ปฏิบัติงานในระดับชุมชน เช่น จัดให้มีเวทีการประ กวดผลงานและการมอบรางวัลการทำงานด้านสุขภาพ ภาคประชาชนระดับชาติ และพิจารณาเรื่องสวัสดิการ และค่าตอบแทนแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ

และท้ายที่สุด ควรให้ชุมชนสะท้อนผลงานของ ผู้ให้บริการจึงจะได้คำตอบว่านโยบายนำไปสู่การปฏิบัติ จริงหรือไม่

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ และทีมงานวิจัย ทุกท่านที่ร่วมดำเนินการ และขอบคุณ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพและหน่วยงานทุกแห่ง และภาคีเครือข่าย ตำบลจัดการทั้ง 8 ตำบลที่ให้ข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การ สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553. กรุงเทพมหานคร: สำนัก พระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผน ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552-2555.

- กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2553.
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. เส้นทางการสู่ความสำเร็จการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย; 2553.
  4. Stufflebeam DL. Education evaluation and decision making. Itasca, IL: Peacock; 1971.
  5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552 กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
  6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2553. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
  7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2554 ของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
  8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ถอดบทเรียน การดำเนินงานเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ ปี 2552. กรุงเทพมหานคร: สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
  9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ถอดบทเรียน การดำเนินงานเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ ปี 2553. กรุงเทพมหานคร: สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
  10. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพและการขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ ปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.
  11. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ 4 ปี (2555-2558) กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. กรุงเทพมหานคร : สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
  12. บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร: เจริญผล; 2540.
  13. ประเวศ วะสี. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสุขภาพะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาพะทั้งมวล. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
  14. พงษ์เทพ ดีเสมอ. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพภาคประชาชนในจังหวัดสุรินทร์ (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
  15. จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อความยั่งยืนโดยเครือข่ายประชาคมในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน (วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552.
  16. อรัญญา ศรีโพธิ์. ความพร้อมในการจัดการสุขภาพของแกนนำชุมชน ตำบลถาวรวัฒนา อำเภอรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2553;19(3): 467-78.

**Abstract**    **Evaluation of Development of Sub-District Health Management (year 2009-2011)**

**Pranom Cometieng**

Bureau of Inspection General Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

*Journal of Health Science* 2013; 22:481-492.

An ultimate goal of Sub-district Health Management (SHM) policy is to empower locals to handle community health. Primary Health Care Division has implemented this new program since 2009. This study evaluated of the management of this program during 2009-2011. Based on CIPP Model employing mixed methods using documentary review, questionnaire and focus group discussion.

The SHM program was officially nation-wide spelled out in the statement of the vision, mission and strategic plan by Ministry of Public Health and the Department of Health Service Support. The implementation of the SHM was launched in 2009 along with various projects and activities by the Primary Health Care Division. There were 3 levels of operators, district, sub-district and village with enough ample and well prepared manpower with allocated budgets by the government to the sub-district health management development projects. In addition there was participation of the community locally to tackle health problems in the sub-district. Activities were undertaken to modify health behaviors accordingly. Implementation process involved health management officials or workers at all levels by imparting information through that order down to the operating level in the communities. Active transmission SHM to targets was through repeated cycles of brainstorm sessions at various levels. As a result, the provinces reported such activities for 35 percent of the districts and 74.1 percent of the sub-district. In the same manner, the districts carried out this activity for 85.0 percent of the sub-districts. Eventually, through public forums, the sub-districts repeated such process in 68.6 percent of the target areas. The development of the sub-district health management system with clear documentation of strategic plans were reported in 66.1 percent of the provincial health offices, 84.0 percent of the districts health offices and 94.1 percent of the sub-districts health offices. Focus was made on the development of healthy community with the development and Tambon Health Promoting Hospital and Health volunteers. As such, the self-assessment of 375 areas, reported good level development results at a good level of 93.3 percent of them at a high level 4.8 percent and at an excellent level 7 percent. In conclusion, the SHM development has access to only the village or community level yet lack of leadership on health on health promotion dictates a call for more facilitators.

**Key words:**    **District health management, Project evaluation, Community health development, Policy implementation**