

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical R[search] ครึ่งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 2) เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 3) เพื่อประเมินความแตกต่างของการประเมินตนเอง กับ การประเมินจากภายนอก ของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และ 4) เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้มีคุณภาพมากขึ้น

กลุ่มตัวอย่าง คือ หมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท จากทุกอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 390 หมู่บ้าน จากประชากรหมู่บ้านทั้งจังหวัด 1934 หมู่บ้าน ที่คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญสามท่าน และทดสอบความเที่ยงได้ค่า อัลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.81 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Logistic Regression นำเสนอค่า Adjusted OR พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% และ p-value

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท จังหวัดมหาสารคาม

จังหวัดมหาสารคาม 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)

ประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท จังหวัดมหาสารคาม

จากการประเมินตนเองโดยใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีหมู่บ้านจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานรวมทุกด้าน ร้อยละ 93.85 หมายความว่าเกือบทุกหมู่บ้านที่ถูกสุ่มเลือกมาศึกษาเป็นหมู่บ้านที่สามารถจัดการสุขภาพดีแล้ว ซึ่งในความเป็นจริง หมู่บ้านเหล่านี้มีระดับการพัฒนาหรือความสามารถในการจัดการสุขภาพต่างกันมากบางหมู่บ้านมีศักยภาพดี หลายหมู่บ้านก็ยังมีปัญหาในการจัดการและดำเนินการ แต่ก็ผ่านเกณฑ์เหมือนกัน ผู้วิจัยจึงศึกษาและพิจารณาปรับเกณฑ์ในการประเมินในแต่ละด้านและแต่ละข้อใหม่ เพื่อให้สามารถแยกกลุ่มตามศักยภาพได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อใช้เกณฑ์ชี้วัดใหม่นี้ พบว่า มีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียง ร้อยละ 49.49 ซึ่งลดลง ร้อยละ 44.36 โดยพบว่า

ด้านการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของชุมชน ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 98.72 แต่ผ่านเกณฑ์การวิจัย ร้อยละ 63.33 ลดลงร้อยละ 35.39 เนื่องจากการปรับเกณฑ์การจัดเวทีการประชุมขององค์กร อสม. จากเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิม คือ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุม เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ อสม.และองค์กรในชุมชนเป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุม โดยเจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุน เกณฑ์การร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มองค์กรในชุมชน ปรับเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิม คือ มีกลุ่ม อสม.ร่วมกับสมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแผนงานพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ มีกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนร่วมกับ อสม. (ทีมประชาชนในหมู่บ้าน) ร่วมกันผลักดันกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ และเกณฑ์การกำหนดกติกาของชุมชนหรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้านและตำบล ปรับเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิม คือ มีการกำหนดกติกาหรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของระดับหมู่บ้านหรือระดับตำบล เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ มีการกำหนดกติกาหรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของระดับหมู่บ้านและระดับตำบล

ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 97.44 แต่ผ่านเกณฑ์การวิจัยร้อยละ 51.79 ลดลงร้อยละ 45.65 เนื่องจากการปรับเกณฑ์วิธีการหลักในการจัดทำแผนด้านสุขภาพหมู่บ้านจากเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิม คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และ/หรือ แกนนำชุมชนประชุมร่วมกันจัดทำแผนสุขภาพ เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ อสม.แกนนำชุมชน และประชาชนร่วมกันจัดทำประชามติเพื่อสร้างแผนสุขภาพ

ด้านการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 100 แต่ผ่านเกณฑ์การวิจัยเพียงร้อยละ 92.31 ลดลงร้อยละ 7.69 เนื่องจากการปรับเกณฑ์ การใช้งบประมาณจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชน (การพัฒนาศักยภาพ อสม./กำลังคนในหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และการจัดบริการสาธารณสุขใน ศสมช).จากเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิม คือ จัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างน้อย 1 ใน 3 กิจกรรม เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ จัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชนทั้ง 3 กิจกรรม และปรับเกณฑ์การได้รับงบประมาณจากหน่วยงานอื่นหรือกองทุนใดเพื่อใช้ดำเนินงานด้านสุขภาพ จากเดิมที่ยังไม่กำหนดเป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ หมู่บ้านต้องได้รับงบประมาณจากหน่วยงานอื่นหรือกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อใช้ดำเนินงานด้านสุขภาพ

ด้านการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์การวิจัยเท่ากันร้อยละ 98.97 เนื่องจากการปรับเกณฑ์ในด้านนี้เป็นการปรับวิธีให้คะแนนภาพรวมของด้าน จากเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิมในด้านนี้ คือ ต้องได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) โดยต้องจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านครบ 6 กิจกรรมหลัก เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ ต้องได้คะแนนเท่ากับ 6 คะแนน (คะแนนเต็ม 6 คะแนน) และต้องจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านครบ 6 กิจกรรมหลัก ซึ่งเป็นการปรับที่ไม่ได้เพิ่มความแข็งแกร่งของเกณฑ์ จึงทำให้มีผลการผ่านเกณฑ์เท่ากัน ทั้งเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์ของการวิจัย

ด้านการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์การวิจัยเท่ากันร้อยละ 96.41 เนื่องจากการปรับเกณฑ์ในด้านนี้เป็นการปรับวิธีให้คะแนนภาพรวมของด้าน จากเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์เดิมในด้านนี้ คือ ต้องได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) โดยต้องมีการประเมินผลกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างน้อย 2 วิธี เป็นเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ใหม่ คือ ต้องได้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน (คะแนนเต็ม 2 คะแนน) โดยต้องมีการประเมินผลกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างน้อย 2 วิธี ซึ่งเป็นการปรับที่ไม่ได้เพิ่มความแข็งแกร่งของเกณฑ์ จึงทำให้มีผลการผ่านเกณฑ์เท่ากัน ทั้งเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์ของการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท จังหวัด มหาสารคาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 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) การจัดหางบประมาณเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากแหล่งอื่น นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข (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) ตามลำดับ และการมีปราชญ์ชาวบ้าน (Adjusted OR =1.20, 95% CI =1.12 -1.93, p-value = 0.006)

แนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบทให้มีคุณภาพมากขึ้น

ผู้วิจัยได้นำปัญหาการพัฒนาหมู่บ้าน ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ประสบผลสำเร็จ และแผนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์แกนนำหมู่บ้านมาสรุปแยกแยะและวิเคราะห์ แล้วกำหนดเป็นแนวทางดำเนินงานของระดับหมู่บ้าน พร้อมทั้งประชุมระดมสมอง เพื่อจัดทำแผนการพัฒนาคือกรอบการพัฒนาปัจจัยพื้นฐาน กระบวนการดำเนินงาน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ ที่จะส่งผลให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีอยู่ในหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งกำหนดแนวทางดำเนินงานตามกรอบของยุทธศาสตร์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 3 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ/สมรรถนะของแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาชุมชน ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมความเข้มแข็งในความร่วมมือเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพชุมชน/แกนนำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพของชุมชน โดยจัดกลุ่มกิจกรรมดำเนินงานตามด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและ ด้านผลลัพธ์ พบว่า

ด้านบริบท มีแนวทาง 1) ผู้นำชุมชนประกาศเจตนารมณ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างชัดเจนและ สื่อสารสู่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ 2) การกำหนดคกคิกหรือกฎข้อบังคับของหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของระดับหมู่บ้าน/ระดับตำบล 3) มีการลงนามในข้อตกลงของประชาชนในหมู่บ้านในการร่วมกันพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

และ 4) กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนร่วมกับ อสม.(ทีมประชาคมในหมู่บ้าน) ร่วมกันผลักดันกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ

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

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

ปัญหาในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนและกลุ่มองค์กรในชุมชน ไม่มีศักยภาพในการดำเนินการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผน ผู้นำไม่มีศักยภาพในการนำชุมชน การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ

การเสนอเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพ

จากการวิจัยในระยะที่ 1 ที่สำรวจสภาพการณ์ ปัญหา ความต้องการและอุปสรรคในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพจากการสังเกตบริบทของพื้นที่ ระยะที่ 2 วิเคราะห์แนวทางการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากระยะที่ 1 และระยะที่ 3 จัดเวทีประชุมระดมสมองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อหาแนวทางการพัฒนา ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำเป้าประสงค์ที่ต้องการให้เกิดในระบบการจัดการสุขภาพชุมชน คือ การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน และได้พิจารณาเกณฑ์ตามเป้าประสงค์ดังกล่าวในแต่ละด้าน

ประกอบกับข้อมูลผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1, 2 และ 3 มากำหนดระดับการผ่านเกณฑ์ หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นเกณฑ์ของการวิจัยแล้ววิเคราะห์การผ่านเกณฑ์ พบว่า ผ่านเกณฑ์ หมู่บ้านจัดการสุขภาพร้อยละ 49.49 ซึ่งทำให้คาดหวังได้ว่าหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ประชาชนใน หมู่บ้านสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

โดยผู้วิจัยได้นำรายละเอียดของปัญหาการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ด้าน ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพประสบผลสำเร็จ และแผนการพัฒนาหมู่บ้าน จัดการสุขภาพในแต่ละด้านของเกณฑ์ประเมิน ที่ได้จากการสัมภาษณ์แกนนำหมู่บ้านมาสรุป แยกแยะและวิเคราะห์แล้วกำหนดเป็นแนวทางดำเนินงานของระดับหมู่บ้านที่เป็นบทบาทของ ชุมชน แนวทางดำเนินงานของระดับตำบลซึ่งเป็นบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับ ตำบล แนวทางดำเนินงานของระดับอำเภอซึ่งเป็นบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับ อำเภอ และแนวทางดำเนินงานของระดับจังหวัด ซึ่งเป็นบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขใน ระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยกำหนดเป้าประสงค์ของการดำเนินงานที่ ต้องการให้เกิดขึ้นจากกระบวนการ พัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพเริ่มตั้งแต่ในระดับพื้นฐาน ระดับกระบวนการ ระดับภาคีเครือข่าย และระดับประชาชน โดยใช้กรอบเครื่องมือแผนที่ ทางเดินยุทธศาสตร์ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แล้วกำหนดเป็น ยุทธศาสตร์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยมีเป้าประสงค์ของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการ สุขภาพ คือ ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดี อยู่ในหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพแบบ ยั่งยืน ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์หลัก คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ/สมรรถนะของ แกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาชุมชน มี 6 เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้าง ความเข้มแข็งในความร่วมมือเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มี 3 เป้าประสงค์ และ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน/แกนนำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพของ ชุมชน มี 4 เป้าประสงค์

จากผลการวิจัย พบว่ามีเกณฑ์การประเมินที่สำคัญที่จะทำให้บรรลุหมู่บ้านจัดการ สุขภาพอย่างมีคุณภาพและมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนได้นั้น โดยผู้วิจัยนำผลจากการวิจัยทั้งใน 3 ระยะ และพิจารณาความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอเสนอเกณฑ์การประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุดใหม่ ตามกรอบเชิงระบบ เพื่อให้เกิดความง่ายต่อการประเมินผลกระบวนการพัฒนาของหน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับ ตำบล และการพัฒนาเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวจะเกิดความยั่งยืนมากขึ้น โดยสอดคล้องกับ บริบทการพัฒนาชุมชนของชนบทไทยในปัจจุบัน และสอดคล้องกับแนวทางดำเนินงานพัฒนา

ในส่วนราชการอื่นๆ โดยมุ่งที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านเป็นหลัก โดยจะแบ่งกลุ่มของเกณฑ์เป็น 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) คะแนนเต็ม 4 คะแนน คะแนนการผ่านเกณฑ์จำนวน 4 คะแนน ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) คะแนนเต็ม 7 คะแนน คะแนนการผ่านเกณฑ์จำนวน 7 คะแนน ด้านกระบวนการ (Process) คะแนนเต็ม 21 คะแนน คะแนนการผ่านเกณฑ์จำนวน 16 คะแนน และด้านผลลัพธ์ (Out Put) คะแนนเต็ม 6 คะแนน คะแนนการผ่านเกณฑ์จำนวน 6 คะแนน รวมทั้งสี่ด้านคะแนนเต็ม 38 คะแนน คะแนนการผ่านเกณฑ์จำนวน 33 คะแนน เรียกว่า เกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งจะเป็นเกณฑ์ประเมินที่แยกคุณภาพการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างชัดเจน และจะวัดความยั่งยืนของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างแท้จริง

ด้านบริบท (Context) ประกอบด้วย 3 เกณฑ์ รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 4 คะแนน โดยการผ่านเกณฑ์ด้านบริบท ต้องมีผลประเมินที่ได้คะแนน 4 คะแนน รายละเอียดของเกณฑ์คือ 1) กติกาหรือกฎข้อบังคับของชุมชน จำนวน 2 คะแนน 2) ผู้นำชุมชนประกาศเจตนารมณ์ในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างชัดเจน จำนวน 1 คะแนน และ 3) มีการลงนามในข้อตกลงของประชาชนในหมู่บ้านในการร่วมกันพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวน 1 คะแนน โดยเกณฑ์ข้อ 2 และ 3 เป็นเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นใหม่

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบด้วย 4 เกณฑ์ รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 7 คะแนน โดยการผ่านเกณฑ์ด้านปัจจัยนำเข้า ต้องมีผลประเมินที่ได้คะแนน 7 คะแนน รายละเอียดของเกณฑ์คือ 1) กลุ่มองค์กรที่ร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในชุมชน จำนวน 2 คะแนน 2) หมู่บ้านได้รับงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพจากเทศบาล/อบต. จำนวน 1 คะแนน 3) หมู่บ้านใช้งบประมาณจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชน จำนวน 3 คะแนน และ 4) ได้รับสิ่งสนับสนุนที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินจากหน่วยงาน/องค์กรอื่นเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชน นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข และ อบต. จำนวน 1 คะแนน โดยเกณฑ์ข้อ 4 เป็นเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นใหม่

ด้านกระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 6 เกณฑ์ รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 21 คะแนน โดยการผ่านเกณฑ์ด้านปัจจัยนำเข้า ต้องมีผลประเมินที่ได้คะแนน 16 คะแนน รายละเอียดของเกณฑ์คือ 1) จัดเวทีการประชุมขององค์กร อสม. จำนวน 2 คะแนน 2) หมู่บ้านมีการจัดทำแผนด้านสุขภาพหมู่บ้าน จำนวน 1 คะแนน 3) 3.วิธีการหลักในการจัดทำแผนด้านสุขภาพหมู่บ้าน จำนวน 5 คะแนน 4) การจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน จำนวน 6

คะแนน 5) มีการประเมินผลการจัดการในชุมชน จำนวน 1 คะแนน และ 6) วิธีการประเมินผลการจัดการในชุมชน จำนวน 6 คะแนน

ด้านผลลัพธ์ (Out Put) ประกอบด้วย 2 เกณฑ์ รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 6 คะแนน โดยการผ่านเกณฑ์ด้านผลลัพธ์ ต้องมีผลประเมินที่ได้คะแนน 6 คะแนน รายละเอียดของเกณฑ์ คือ 1) ผลลัพธ์ด้านการควบคุมป้องกันโรค จำนวน 4 คะแนน และ 2) ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ของชุมชน จำนวน 2 คะแนน โดยเกณฑ์ข้อ 1 และ 2 เป็นเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นใหม่

อภิปรายผล

การประเมินประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท ของจังหวัดมหาสารคาม จากการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขมีหมู่บ้านร้อยละ 93.85 ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่การประเมิน โดยใช้เกณฑ์ที่นักวิจัยกำหนดขึ้น พบว่าผ่านเกณฑ์เพียง ร้อยละ 49.49 ลดลงร้อยละ 44.36 โดยด้านการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของชุมชน ผ่านเกณฑ์ลดลงเนื่องจากเกณฑ์ของการวิจัย เน้นการการจัดเวทีการประชุมขององค์กร อสม. และองค์กรในชุมชนเป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุมโดยเจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุนเท่านั้น กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนร่วมกับ อสม.(ทีมประชาคมในหมู่บ้าน) ร่วมกันผลักดันกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ พร้อมทั้งการกำหนดคคกทหรือกฎข้อบังคับของชุมชนต้องมีทั้งระดับหมู่บ้านและระดับตำบลถึงจะผ่านเกณฑ์ ซึ่งมีความละเอียดและเข้มข้นมากกว่าเกณฑ์ของกระทรวงที่กำหนดเพียง อสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดเวทีและวาระการประชุมก็ถือว่าผ่านเกณฑ์ จึงเป็นผลให้หมู่บ้านผ่านเกณฑ์ในข้อนี้ลดลง และด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ลดลง เพราะเกณฑ์ของนักวิจัยเน้นการจัดทำแผนในระดับที่ อสม.แกนนำชุมชน และประชาชน ร่วมกันจัดทำประชาคมเพื่อสร้างแผนสุขภาพขึ้นไปถึงจะผ่านเกณฑ์ด้านนี้ แต่เกณฑ์ของกระทรวงเป็นเพียงการร่วมทำแผนของแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าหากเพิ่มเกณฑ์เรื่องการจัดทำแผน ต้องมีการประชาคมระหว่าง อสม.แกนนำชุมชนและประชาชน จากเดิมที่มีแค่ร่วมกันประชุมจัดทำแผนเท่านั้น ซึ่งจะพบว่าเกณฑ์ของการวิจัยในทั้งสองด้านสามารถแยกแยะระดับคุณภาพการพัฒนาหมู่บ้านในด้านการมีส่วนร่วมและการจัดทำแผนสุขภาพได้อย่างชัดเจนมากขึ้น สามารถแยกศักยภาพของหมู่บ้านที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างชัดเจน อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่มีคุณภาพมากขึ้น และเกิดการพึ่งตนเองของหมู่บ้านที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนได้

ปัจจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท จังหวัดมหาสารคาม

ระดับความเข้มแข็งของผู้นำ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นเพราะ ผู้นำที่ความเข้มแข็งจะมีศักยภาพในการจัดการองค์ความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งทัศนคติที่ในการพัฒนาชุมชนทั้งระบบ รวมถึงการเป็นแบบอย่างและกระตุ้นคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนซึ่งความเข้มแข็งของผู้นำ จะมีศักยภาพในการจัดการด้านองค์กร กำลังคน (สมพร แวงแก้ว. 2551) ดังนั้นระดับความเข้มแข็งของผู้นำจึงมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ความเชี่ยวชาญพิเศษของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เนื่องจากชุมชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาเองได้ เช่น ชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันยาเสพติด ชุมชนเศรษฐกิจแบบพอเพียง ชุมชนปลอดสุราในงานบุญ ชุมชนรณรงค์ลดอุบัติเหตุ และชุมชนพัฒนาสิ่งแวดล้อม ประสพผลสำเร็จสามารถพึ่งตนเองได้ ถือว่าชุมชนมีความเชี่ยวชาญพิเศษ แสดงถึงความพร้อมในการพัฒนาด้านต่างๆ รวมถึงด้านสุขภาพ ทำให้เกิดสัมฤทธิ์ผลต่อการพัฒนา

การจัดหางบประมาณเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เงินบริจาคจากชุมชนและองค์กรเอกชน มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งการหางบประมาณเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากแหล่งอื่น เป็นการแสดงศักยภาพของชุมชนที่สามารถพึ่งตนเองได้ในการระดมทุน เงินบริจาคในการพัฒนาหมู่บ้านด้วยตนเอง ซึ่งงบประมาณเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพ อาจอยู่ในรูปของการจัดการกองทุนเพื่อสุขภาพโดยประชาชน เป็น 1 ใน 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการผ่านเกณฑ์การจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (สมพร แวงแก้ว. 2551)

ศักยภาพในการพัฒนาที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ศักยภาพในการพัฒนาเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของหมู่บ้านจัดการสุขภาพมาจากการวางแผน และศักยภาพของชาวบ้านในการรวมกลุ่มสร้างกองทุนต่าง ๆ ในหมู่บ้านเป็นหลัก (สมพร แวงแก้ว. 2551) บริบทของหมู่บ้านที่ทำการศึกษามีศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพลดความเสี่ยงในชุมชน เช่น ชุมชนปลอดสุราในงานบุญ ชุมชนรณรงค์ลดอุบัติเหตุ ถือเป็นบทเรียนและศักยภาพที่สำคัญของชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และต่อยอดในการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วมของการพัฒนาชุมชนและการกำหนดนโยบายสาธารณะของประชาชน มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นเพราะการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นการใช้ศาสตร์และศิลป์ในการดึงการมีส่วนร่วมและความร่วมมือจากชุมชน โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายสาธารณะในการจัดการสุขภาพ ซึ่งประชาชนเป็นเจ้าของปัญหา จึงทำให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างแท้จริง จนทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชุมชนดังกล่าว ตลอดจนมีการตั้งศักยภาพชุมชน รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานการทำงานแบบมีส่วนร่วม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2549)

ปราชญ์ชาวบ้าน มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เนื่องจากปราชญ์ชาวบ้านมีบทบาทสำคัญในชุมชน สิ่งสมองค์ความรู้ ภูมิปัญญาชาวบ้านมีความจำเป็นต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ จึงตั้งแต่ในอดีต มีการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่รุ่นหนึ่ง ทั้งวิธีการบอกเล่าตัวต่อตัว การเรียนรู้จากการสังเกต การฝึกฝน เป็นต้น ซึ่งจะถ่ายทอดอย่างไรขึ้นอยู่กับเรื่องเป็นหลัก (ประพันธ์ แสงแก้ว. 2553) บริบทที่ทำการศึกษากับปราชญ์ชาวบ้าน ด้านศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณีด้านเศรษฐกิจพอเพียง เกษตรผสมผสาน โดยทั่วไปคนในชุมชน ให้ความเคารพ ศรัทธา ทั้งด้านการดำรงชีพ ความเป็นอยู่ รวมทั้งด้านสุขภาพ จนทำให้การมีปราชญ์ชาวบ้านมีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชุมชน

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยแกนนำของชุมชน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กับปัจจัยแกนนำของชุมชนในทุกๆ ด้าน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำที่อยู่นอกวงการสาธารณสุข เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. และผู้นำทางธรรมชาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพยังไม่มากเท่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอส. ดังนั้นการศึกษาจากคนกลุ่มผู้นำที่หลากหลายอาจทำให้เป็นตัวแทนที่ดีกว่าการศึกษาที่เน้นเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น อสม. หรือผู้ใหญ่บ้าน แต่อาจทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้น้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งพบเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา สามารถอธิบายได้ตามปัจจัยแต่ละด้านดังนี้

1. ด้านความรู้ด้านการจัดการสุขภาพของแกนนำของชุมชน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามคือการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กับความรู้

ด้านการจัดการสุขภาพของแกนนำของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบำรุง วงษ์น้อม (2551) และสรรัช สุวรรณรักษ์ (2548) ที่ระบุว่า ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธาน อสม.ยังไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อสม. พบว่าความรู้ยังไม่เป็นปัจจัยที่สำคัญ แต่ผลการศึกษาขัดแย้งกับสมพร แวงแก้ว (2551) ธัญเกียรติ ไชยงค์ (2550) พชรินทร์ สมบูรณ์ (2547) และปิยะนารถ สิงห์ชู (2547) ที่พบว่า การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน เป็น 1 ใน 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการผ่านเกณฑ์การจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทั้งการมีส่วนร่วมใน โครงการเมืองไทยแข็งแรง การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองและป้องกันโรคในท้องถิ่น แต่ถึงอย่างไรก็เป็นการศึกษาเพียงเฉพาะกลุ่ม อสม. ซึ่งยังขาดการศึกษาในกลุ่มแกนนำอื่น ๆ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ฯลฯ ดังนั้น ผลการศึกษาที่ผู้วิจัยค้นพบจึงบ่งบอกว่าแม้พิจารณาในแกนนำชุมชน ที่ประกอบด้วยหลายภาคส่วน ความรู้ก็ไม่ใช่อปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชนของจังหวัดมหาสารคาม

2. ด้านทัศนคติต่อการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพแกนนำของชุมชน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามคือการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กับทัศนคติต่อการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพแกนนำของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสรรัช สุวรรณรักษ์ (2548) ธัญเกียรติ ไชยงค์ (2550) ที่พบว่าทัศนคติยังไม่เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.

3. ด้านภาวะผู้นำของแกนนำของชุมชน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามคือการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กับภาวะผู้นำของแกนนำของชุมชน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของบำรุง วงษ์น้อม (2551) ประภา วัฒนชีพ (2547) สมพร แวงแก้ว (2551) ที่พบว่าภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประธาน อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการดำเนินงานชมรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งพบว่าผู้นำด้านสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการด้านองค์กร กำลังคนและเครือข่ายการจัดการสุขภาพเป็น 1 ใน 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการผ่านเกณฑ์การจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

4. ด้านประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพัฒนาหมู่บ้านแกนนำของชุมชน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามคือการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กับประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพัฒนาหมู่บ้านแกนนำของชุมชน ซึ่ง

สอดคล้องกับบำรุง วงษ์นิยม (2551) และสรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของระยะเวลาการเป็น อสม. กับการมีส่วนร่วมดำเนินงานในเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของยุคนธ์ ชูติปัญญาบุตร (2546) จีราภา สุขสวัสดิ์ (2547) สำนักโรคติดต่อทั่วไป (2548) ที่พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของอสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานหรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้าน และสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมดำเนินงานในเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในการศึกษาของพรวิมล พุฒซ้อน (2552)

ปัจจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน จากผลการประเมินที่พบว่า ชุมชนที่ไม่เคยได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านใดเลยมีเพียงแค่ ร้อยละ 3.3 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด แต่ชุมชนที่ยังไม่เคยสำเร็จจากการพัฒนาศักยภาพ มีสูงถึงร้อยละ 46.41 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าชุมชนขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานหลังจากได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้ว หรือเป็นเพียงการทำตามนโยบายของรัฐเป็นช่วงๆ ขาดความจริงจังจากผู้รับผิดชอบและขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

ความเชื่อของชุมชน จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า

ระบบความเชื่อของชุมชน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งความเชื่อในการดูแลสุขภาพของคนจังหวัดมหาสารคาม ไม่ใกล้เคียงกับชาวไทยเขมร ในการศึกษาของอัมพาพรรณ พงศ์ผลาดิสัย (2547) และวัฒนธรรมจังหวัดบุรีรัมย์ (2551) ที่เป็นการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและระบบการแพทย์พื้นบ้านที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อของประชาชนในชุมชน ที่เชื่อว่าการเจ็บป่วย เกิดจากสาเหตุการกระทำของเทพเทวดา ไสยศาสตร์ สถาปัตยกรรมการทำงานของร่างกาย ไม่ปกติและจากกรรมพันธุ์

ความเป็นเครือญาติ พบว่า ระดับความเข้มแข็งหรือความสัมพันธ์ของเครือญาติในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า ระดับความเข้มแข็งของเครือญาติที่มีระดับน้อย มากถึงร้อยละ 71.03 ซึ่งเกิดจากระดับความสัมพันธ์ของเครือญาติในปัจจุบัน เป็นลักษณะต่างคนต่างอยู่ เป็นครอบครัวเดี่ยว มากกว่าสมัยก่อน ทำให้มีผลต่อความเข้มแข็งของระบบเครือญาติค่อนข้างมาก จึงทำให้การตัดสินใจในด้านสุขภาพ จะเริ่มขึ้นอยู่กับข้อจำกัดด้านเวลา งบประมาณ และความพึงพอใจ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากการศึกษาที่ผ่านมา กิ่งแก้ว เกษ โกวิทย์และคณะ (2541) ที่พบว่าทางเลือกแหล่งรักษาพยาบาล ขึ้นกับอิทธิพลของกลุ่ม ได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน โดยที่สมาชิกของกลุ่มมี

ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการพึ่งพากันโดยมีการปรึกษาหารือหรือนำแหล่งรักษาหรือ
 อาพาไปปรึกษาคด้วยตนเอง

การกำหนดปรัชญา ค่านิยม เป้าหมายของชุมชน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์
 กับการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยพบว่า หมู่บ้านมีการกำหนดปรัชญา
 ค่านิยม เป้าหมายของชุมชน ร้อยละ 70.77 ของหมู่บ้านทั้งหมด แต่กลุ่มนี้ผ่านเกณฑ์ประเมิน
 หมู่บ้านจัดการสุขภาพเพียงร้อยละ 57.61

การรวมกลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายในชุมชน

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ระดับความเข้มแข็งของ
 กฏระเบียบของกลุ่มและองค์กรในชุมชน ระดับความสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่มองค์กรเครือข่ายใน
 ชุมชน และระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในกลุ่มองค์กรเครือข่ายในชุมชน ไม่มี
 ความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคือการผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งเป็นไปได้ว่า
 การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นการใช้ศาสตร์และศิลป์ในการดึงการมีส่วนร่วมและ
 ความร่วมมือจากชุมชน ซึ่งมาจากความสัมพันธ์ส่วนตัว และความพึงพอใจ มากกว่าการใช้
 กฏระเบียบและมาตรการทางสังคมเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของนิรุจน์
 อุทธา และคณะ (2547) ที่ใช้ข้อกำหนดทางสังคม สามารถช่วยให้ชุมชนป้องกันควบคุมโรค
 ไข้เลือดออกได้ผลดี แต่จากข้อค้นพบก็สามารถยืนยันการศึกษาที่ผ่านมา ได้ระดับหนึ่งว่าปัจจัย
 แห่งความสำเร็จของหมู่บ้านจัดการสุขภาพมาจากการวางแผน และศักยภาพของชาวบ้านในการ
 รวมกลุ่มสร้างกองทุนต่างๆ ในหมู่บ้านเป็นหลัก (สมพร แวงแก้ว. 2551) และการใช้รูปแบบ
 การร่วมมือกันของเครือข่ายประชาชน ผู้นำชุมชน อสม. แกนนำครอบครัว และสมาชิก อบต.
 ที่ได้ผลในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก (สุวัฒน์ เรกระโทก. 2553 ; จรุณศักดิ์ หวังล้อม
 กลาง. 2552 ; พัทธกร สงวนชาติ. 2552 ; รัศมน สิริโชติ และคณะ. 2550 ; ชีระพัฒน์ สุทธิประภา.
 2547)

งบประมาณในชุมชน

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า การมีส่วนร่วมในจัดสรร
 งบประมาณการพัฒนาชุมชนของประชาชน ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคือการผ่านเกณฑ์
 ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จึงไม่ยืนยันการศึกษาของบำรุง วงษ์นัม (2551) และการศึกษา
 สมพร แวงแก้ว (2551) ที่พบว่า งบประมาณมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของหมู่บ้าน
 จัดการสุขภาพ และความรู้ของ อสม. ที่พบว่าการจัดการกองทุนเพื่อสุขภาพโดยประชาชน เป็น
 1 ใน 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการผ่านเกณฑ์การจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

อาจเนื่องมาจากปัจจุบันมีงบประมาณที่ทำให้การสนับสนุนการดำเนินงานได้เพียงพอกว่าในอดีต ทำให้งบประมาณเป็นปัจจัยที่รองลงไปจากเดิม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรพัฒนาแนวทางและปรับปรุงเกณฑ์ประเมินในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้มีคุณภาพมากขึ้น ที่ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ คือ 1) ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ/สมรรถนะของแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในการวางแผนการพัฒนาชุมชน 2) ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งภาวะผู้นำ และการสื่อสารเพื่อส่งเสริมความร่วมมือเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และ 3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพชุมชน/แกนนำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพของชุมชน

1.2 การสร้างภาวะผู้นำในระดับชุมชน ทั้งผู้นำโดยตำแหน่ง หรือผู้นำเฉพาะเรื่องของการพัฒนา เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการก่อนการพัฒนา จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาที่มีความยั่งยืน

1.3 การประสานการดำเนินงานที่ให้ชุมชนเห็นรูปธรรมอย่างชัดเจน ระหว่างชุมชนกับองค์การบริหารส่วนตำบล จะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาในด้านสุขภาพและการพัฒนาด้านอื่น ๆ ในชุมชน

1.4 การประสานแผนเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน จากขององค์การบริหารส่วนตำบล ต้องสอดคล้องช่วงเวลาของระบบแผนงานขององค์การบริหารส่วนตำบล ถึงจะทำให้มีโอกาสได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานในช่วงปีนั้นๆ

1.5 การสร้างนักประชาสัมพันธ์ที่ดีให้กับแกนนำในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้การพัฒนางานด้านสุขภาพหรือด้านอื่นๆ ได้รับความร่วมมือที่ดีจากประชาชนในชุมชน

1.6 ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาด้านสุขภาพในชุมชน จะมีผลสำเร็จอย่างดียิ่งต่อการพัฒนาความรู้และทักษะของแกนนำที่จะขับเคลื่อนงานพัฒนาสุขภาพในชุมชนให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

1.7 การพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามเกณฑ์การประเมิน เช่น การระดมการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น การยกระดับการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตปกติ โดยกระตุ้น ส่งเสริม

สนับสนุนให้ชุมชนเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพทุกขั้นตอน พร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพแกนนำโดยการให้ความรู้ในเกณฑ์การประเมินในแต่ละข้อเพื่อให้เกิดความเข้าใจและง่ายต่อการดำเนินการ โดยยึดหลักการจัดการสุขภาพ คือ สุขภาพดีต้องสร้างได้ที่ตัวของตัวเองหรือปัจเจกบุคคล แล้วไปสู่ครอบครัว ชุมชน ที่ทุกแห่งสร้างได้ โดยทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย

2. ข้อเสนอแนะเพื่อทำการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการประเมินพัฒนาต่อยอดด้านเศรษฐกิจพอเพียงระดับครอบครัว เนื่องจากมีผลกระทบในทางที่ดีโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นและจะเกิดความยั่งยืนของการพัฒนาในทุกเรื่อง

2.2 การวิจัยพัฒนารูปแบบร่วมกับชุมชน เพื่อให้เกิดโมเดลในการพัฒนาคุณภาพการจัดการสุขภาพชุมชนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

