

Health promotion operations in Health Promoting Hospitals transferred to the Southern Provincial Administrative Organization, Thailand

Kittipan Chuaybunchoo¹, Chardsumon Prutipinyo², Wirin Kittipichai³

1 Student in M.Sc. Major in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

2 Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

3 Department of Family Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Chuaybunchoo K., Prutipinyo C., & Kittipichai W. Health promotion operations in Health Promoting Hospitals transferred to the Southern Provincial Administrative Organization, Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tc-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/272544

Received: 23 April 2024

Revised: 15 May 2024

Accepted: 20 May 2024

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to study the health promotion operations in Health Promoting Hospitals transferred to the Southern Provincial Administrative Organization, Thailand. The sample group consisted of 178 officials primarily responsible for health promotion work. Data were collected using questionnaires with a reliability coefficient of 0.98. The data were analyzed for frequency distribution, percentages, means, standard deviations, t-tests, and one-way ANOVA.

The research found that 55.6 percent of the sample were female, with an average age of 50 years (SD = 6.38). Of all participants, 80.9 percent had a bachelor's degree in education, 36.5% had worked for 11-20 years and had received health promotion training. Among the facilities, 79.2 percent were medium-sized health promoting hospitals, 67.4 percent had 7-12 personnel, and 54.0 percent were in semi-rural areas. Overall, health promotion operations were rated at the highest level (Mean = 4.31, SD = 0.44). The characteristics of the main responsible officials varied. However, the health promotion operations in Health Promoting Hospitals transferred to the Southern Provincial Administrative Organization did not show a statistically significant difference.

Health promoting hospitals transferred to the Provincial Administrative Organization should use the research results to develop and support continuous health promotion operations.

Keyword: Health promotion operations; Transferred to another administrative agency; Health Promoting Hospitals; the Southern Provincial Administrative Organization

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย

กิตติพันธ์ ช่วยบุญชู¹, ฉัตรสมน พงศนิญญา², วิริทธิ์ กิตติพิชัย³

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 23 เม.ย. 2567

วันแก้ไข 15 พ.ค.2567

วันตอบรับ 20 พ.ค. 2567

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 178 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.6 เป็นเพศหญิง มีอายุ เฉลี่ย 50 ปี (SD = 6.38) ร้อยละ 80.9 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี การปฏิบัติงานมาแล้ว 11 – 20 ปี ร้อยละ 36.5 ได้รับการฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 79.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดกลาง ร้อยละ 67.4 จำนวนบุคลากร 7 – 12 คน ร้อยละ 54.0 อยู่ในพื้นที่กิ่งชนบท ร้อยละ 66.3 ภาพรวมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.44) คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักต่างมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด นำผลไปพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ; การถ่ายโอนภารกิจ; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; องค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก ยังคงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งประเทศไทย พบว่า อัตราการเสียชีวิตของประชากร 3 ใน 4 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพบได้มากในกลุ่มวัยแรงงาน ซึ่งมีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวาน มัน เค็มมาก พักผ่อนน้อย และ มีความเครียด ส่งผลให้ความดันเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น น้ำหนักตัวเกิน ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อตามมา (Institute for Population and Social Research, 2018)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุม และปรับปรุงให้บรรลุถึงความสำเร็จ จิตใจ สันติ กลุ่มชุมชน และบุคคลต้องเข้าใจรู้ปัญหาความอยากได้ ความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคม และธรรมชาติ ในปี พ.ศ. 2529 การประชุมที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ได้มีประกาศกฎบัตรออตตาวา กำหนดแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพไว้ 5 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Construct a Healthy Public Policy) 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพ (Create Supportive Environment) 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal Skills) และ 5) การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient health Services) (World Health Organization, 1986)

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน จากงานวิจัยของ Klunklin, A. et al. (2015) พบว่า บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ออตตาวา ได้แก่ 1)

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3) การสร้างชุมชนเข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ และ Bahe, R. and Prateepko, T. (2017) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพกฎบัตรออตตาวาในการใกล้เคียง การประสานงาน และการสนับสนุนซึ่งกันและกันในระดับมาก

องค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ได้ดำเนินการรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 283 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2,154 คน (The Prime Minister's Office, 2021) ซึ่งข้อดีของการถ่ายโอน คือ สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ลดภาระของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลกำลังคน ท้องถิ่นสามารถบูรณาการงานด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ ประชาชนจะได้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้น (Srikajornwong, R., 2022)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการดูแลสุขภาพประชาชน มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริม สนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุ การรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น ในช่วงระยะแรกอาจประสบปัญหาความต่อเนื่องของการดำเนินงานระหว่างหน่วยงาน ขาดการบริหารจัดการที่ดีในหน่วยงาน ขาดการบูรณาการในการบริการสุขภาพในพื้นที่ ทั้งในปฐมภูมิ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน และระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งล้วนต้องอาศัยความร่วมมือกันในการดูแล การส่งเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ การสร้างเสริม

สุขภาพและป้องกันโรคตามวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ เป็นกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพบุคคลอย่างต่อเนื่องสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน มั่นคงต่อการรักษาสุขภาพ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในพฤติกรรมต่าง ๆ รวมทั้ง เป็นการกระตุ้น และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลทุกกลุ่มวัยในชุมชน การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพ และเพื่อเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น สถานการณ์ของปัญหาสุขภาพในช่วงต้น และความสำคัญของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้ผู้วิจัยศึกษา การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรคต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากการถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบหลักและคุณลักษณะของหน่วยงานกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ จำนวน 283 แห่ง (The Prime Minister's Office, 2021)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ตั้งแต่วันที่ 2 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 และปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมาย นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (Wayne W., D., 1995) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 212 คน โดยมีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ การสุ่มแบบแบ่งชั้น และการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ชนิดที่ตอบด้วยตนเอง ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม ขนาดของ รพ.สต. จำนวนบุคลากร รพ.สต. และระดับพื้นที่ รพ.สต. เป็นคำถามเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่างที่กำหนดให้
2. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ เป็นคำถามมาตราประมาณค่า มีให้เลือกตอบ 5 ระดับ จริงทั้งหมด ถึงไม่จริง โดยจริงทั้งหมด 5 คะแนน จริงเกือบทั้งหมด 4 คะแนน จริงน้อย 3 คะแนน จริงน้อยที่สุด 2 คะแนน และไม่จริง 1 คะแนน
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และนำแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of consistency: IOC) ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถาม เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักทางไปรษณีย์ โดยมีซองปิดผนึกไม่ให้เปิดเผยแต่ละบุคคล การส่งเอกสารกลับ ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามคืนทางไปรษณีย์ โดยได้แนบซองจดหมายพร้อมติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ของถึงผู้วิจัยโดยตรง และนัดหมาย วัน เวลา การเก็บแบบสอบถามคืนภายใน 15 วัน และติดตามแบบสอบถามถึงกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เมื่อครบ 30 วัน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ COA. No. MUPH 2023-151 เลขที่โครงการ 154/2566 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่ให้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ

ทดสอบที (t-test) และกรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) กรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมากกว่า 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบหลัก

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 212 ชุด รับผิดชอบแบบสอบถาม จำนวน 178 ชุด คิดเป็นร้อยละ 83.96 ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.6) มีอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 49.5) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80.9) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11 – 20 ปี (ร้อยละ 36.5) การฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 79.2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดกลาง (ร้อยละ 67.4) จำนวนบุคลากร 7 – 12 คน (ร้อยละ 54.0) และระดับพื้นที่กึ่งชนบท (ร้อยละ 66.3)

2. ผลการวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

ภาพรวมระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.44) สำหรับรายด้าน พบว่า การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.44, SD = 0.50) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.37, SD = 0.45) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.57) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.29, SD = 0.56) และการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, SD = 0.61) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้รับผิดชอบหลัก
ในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย (n=178)

| การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ | Mean | SD | แปลผล |
|---------------------------------------|------|------|-----------|
| การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ | 4.29 | 0.56 | มากที่สุด |
| การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ | 4.31 | 0.57 | มากที่สุด |
| การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง | 4.15 | 0.61 | มาก |
| การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล | 4.37 | 0.45 | มากที่สุด |
| การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ | 4.44 | 0.50 | มากที่สุด |
| ภาพรวมระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ | 4.31 | 0.44 | มากที่สุด |

การวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างนโยบายสาธารณะ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.29, SD = 0.56) หากพิจารณารายชื่อ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักให้การสนับสนุนข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพตามช่วงกลุ่มวัย เช่น การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.44, SD = 0.64) ได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.33, SD = 0.61) มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.33, SD = 0.84)

ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่น ธรรมนูญไม่สูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.65) สนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น โครงการมหัศจรรย์ 1000 วัน พลัส อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.25, SD = 0.68) สร้างการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี โดยภาคเครือข่าย เช่น สสจ. สสอ. อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.25, SD = 0.71) และน่านโยบายส่งเสริมสุขภาพ เช่น การธรรมนูญไม่สูบบุหรี่มาบังคับใช้ในพื้นที่สุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.16, SD = 0.78) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (n = 178)

| การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ | จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน | | | | | Mean | SD |
|--|-------------------------------------|----------------------|--------------|--------------------|------------|------|------|
| | จริง ทั้งหมด | จริงเกือบ ทั้งหมด | จริง น้อย | จริงน้อย ที่สุด | ไม่จริง | | |
| 1. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการสร้างนโยบาย สาธารณะ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ทุกกลุ่มวัย | 89 (50.0) | 69 (38.8) | 14 (7.9) | 2 (1.1) | 4 (2.2) | 4.33 | 0.84 |
| 2. น่านโยบายส่งเสริมสุขภาพ เช่น การธรรมนูญ ไม่สูบบุหรี่ มาบังคับใช้ในพื้นที่สุขภาพ | 64 (36.0) | 85 (47.8) | 24 (13.5) | 4 (2.2) | 1 (0.6) | 4.16 | 0.78 |

| การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ | จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน | | | | | Mean | SD |
|--|-------------------------------------|----------------------|--------------|--------------------|------------|------|------|
| | จริง ทั้งหมด | จริงเกือบ ทั้งหมด | จริง น้อย | จริงน้อย ที่สุด | ไม่จริง | | |
| 3. ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง เช่น รมรรงค์ไม่สูบบุหรี่ในพื้นที่ สาธารณะ | 74 (41.6) | 87 (48.9) | 16 (9.0) | 1 (0.6) | 0 (0.0) | 4.31 | 0.65 |
| 4. ได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการ กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ | 73 (41.0) | 91 (51.1) | 14 (7.9) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.33 | 0.61 |
| 5. สนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน งานอนามัยแม่และเด็ก เช่น โครงการ มหัศจรรย์ 1000 วัน พลัส | 68 (38.2) | 89 (50.0) | 19 (10.7) | 2 (1.1) | 0 (0.0) | 4.25 | 0.68 |
| 6. สร้างการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อส่งเสริมสุขภาพดี โดยภาคีเครือข่าย เช่น สสจ. สสอ. | 70 (39.3) | 86 (48.3) | 19 (10.7) | 3 (1.7) | 0 (0.0) | 4.25 | 0.71 |
| 7. ให้การสนับสนุนข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ ตามช่วงกลุ่มวัย เช่น การดูแลสุขภาพตาม กลุ่มวัย | 92 (51.7) | 75 (42.1) | 9 (5.1) | 2 (1.1) | 0 (0.0) | 4.44 | 0.64 |

การวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้าน
การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ผลการวิเคราะห์
ข้อมูล โดยมีระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก
ที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.57) หากพิจารณารายข้อ
พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักพัฒนาการมีส่วนร่วม
ดูแลสิ่งแวดล้อมของ รพ.สต. เช่น ที่ทำงานปลอดบุหรี่ อยู่
ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.47, SD = 0.69) จัดสถานที่
ทำงานใน รพ.สต. ที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
สุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.46, SD = 0.64)

มมเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่ทุกคน
สามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างครอบคลุม อยู่ในระดับมาก
ที่สุด (Mean = 4.33, SD = 0.67) สร้างสิ่งแวดล้อมทาง
กายภาพ โดยปรับปรุงอาคารสถานที่ ให้มีความเหมาะสม
อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, SD = 0.74) และ
หน่วยงานเป็นต้นแบบการดำเนินงานสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ
สุขภาพ เช่น ต้นแบบสวนสมุนไพร อยู่ในระดับมาก (Mean
= 4.01, SD = 0.92) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (n = 178)

| การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อสุขภาพ | จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน | | | | | Mean | SD |
|---|-------------------------------------|--------------|--------------|------------|------------|------|------|
| | จริง | จริงเกือบ | จริง | จริงน้อย | ไม่จริง | | |
| | ทั้งหมด | ทั้งหมด | น้อย | ที่สุด | | | |
| 1. จัดสถานที่ทำงานใน รพ.สต.ที่เอื้อต่อสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่สุขภาพ | 95 (53.4) | 72 (40.4) | 9 (5.1) | 2 (1.1) | 0 (0.0) | 4.46 | 0.64 |
| 2. สร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โดยปรับปรุง อาคารสถานที่ ให้มีความเหมาะสม | 80 (44.9) | 78 (43.8) | 15 (8.4) | 5 (2.8) | 0 (0.0) | 4.30 | 0.74 |
| 3. หน่วยงานเป็นต้นแบบการดำเนินงาน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ต้นแบบ สวนสมุนไพร | 59 (33.1) | 75 (42.1) | 36 (20.2) | 3 (1.7) | 5 (2.8) | 4.01 | 0.92 |
| 4. พัฒนาการมีส่วนร่วมดูแลสิ่งแวดล้อมของรพ. สต. เช่น ที่ทำงานปลอดบุหรี่ | 101 (56.7) | 64 (36.0) | 9 (5.1) | 4 (2.2) | 0 (0.0) | 4.47 | 0.69 |
| 5. มุมเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชน ในพื้นที่ทุกคน สามารถเข้าไปใช้บริการได้ อย่างครอบคลุม | 78 (43.8) | 84 (47.2) | 14 (7.9) | 2 (1.1) | 0 (0.0) | 4.33 | 0.67 |

การวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, SD = 0.61) หากพิจารณารายข้อ พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักมีกิจกรรมในพื้นที่รับผิดชอบ มีการปฏิบัติอย่างน้อย 1 ปี เช่น กิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.38, SD = 0.62) ใช้กระบวนการกลุ่ม มาใช้ในการสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ ในระดับพื้นที่ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.25, SD = 0.65) ธนาคารสมุนไพร อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.98, SD = 0.93) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

กิจกรรมชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น ธนาคารสมุนไพรในพื้นที่ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ได้นำมาจัดการความรู้สู่การเป็นต้นแบบของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.10, SD = 0.82) กระตุ้นชุมชนให้นำทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น สมุนไพรฟ้าทะลายโจร แห่ล้างน้ำพุร้อน มาใช้ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.05, SD = 0.77) และทำให้พื้นที่สุขภาพ มีนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยชุมชน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ การจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (n = 178)

| การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชน ให้เข้มแข็ง | จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน | | | | | Mean | SD |
|--|-------------------------------------|----------------------|--------------|--------------------|------------|------|------|
| | จริง ทั้งหมด | จริงเกือบ ทั้งหมด | จริง น้อย | จริงน้อย ที่สุด | ไม่จริง | | |
| 1. กิจกรรมในพื้นที่รับผิดชอบ มีการปฏิบัติ อย่างน้อย 1 ปี เช่น กิจกรรมส่งเสริมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิด ความยั่งยืน | 82 (46.1) | 82 (46.1) | 14 (7.9) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.38 | 0.62 |
| 2. กิจกรรมชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น ธนาคารสมุนไพรมีในพื้นที่ การออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ ได้นำมาจัดการความรู้ สู่การ เป็นต้นแบบของการส่งเสริมสุขภาพ | 64 (36.0) | 74 (41.6) | 37 (20.8) | 1 (0.6) | 2 (1.1) | 4.10 | 0.82 |
| 3. การใช้กระบวนการกลุ่ม มาใช้ในการสร้าง เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ | 67 (37.6) | 90 (50.6) | 21 (11.8) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.25 | 0.65 |
| 4. การกระตุ้นชุมชนให้นำทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น สมุนไพรมีที่ทะเลสาบจร แหล่งน้ำ พุร้อน มา ใช้ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค | 56 (31.5) | 78 (43.8) | 42 (23.6) | 2 (1.1) | 0 (0.0) | 4.05 | 0.77 |
| 5. การทำให้พื้นที่สุขภาพ มีนวัตกรรมส่งเสริม สุขภาพในชุมชนโดยชุมชน เช่น โรงเรียน ผู้สูงอายุ การจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ธนาคารสมุนไพรมี | 58 (32.6) | 74 (41.6) | 37 (20.8) | 4 (2.2) | 5 (2.8) | 3.98 | 0.93 |

การวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้าน
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมี
ระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean
= 4.37, SD = 0.45) หากพิจารณารายข้อ พบว่า หากมี
ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลัก
สามารถใช้ทักษะที่มีอยู่ถ่ายทอดให้กับผู้ดูแลในการจัดการ
สุขภาพในชุมชนได้อย่างสม่ำเสมอ อยู่ในระดับมากที่สุด
(Mean = 4.55, SD = 0.49) ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ
แก่ผู้มารับบริการใน รพ.สต. เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.46,

SD = 0.54) ได้บริการส่งเสริมสุขภาพตรวจร่างกาย
ประเมินสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง อยู่ในระดับมากที่สุด
(Mean = 4.44, SD = 0.55) เป็นต้นแบบที่ดีในการส่งเสริม
สุขภาพในพื้นที่ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, SD
= 0.56) ออกแบบกิจกรรมให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ เช่น
การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย อยู่ใน
ระดับมากที่สุด (Mean = 4.29, SD = 0.56) และการเสริม
พลังให้กับกลุ่มเป้าหมายในการดื่ดักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการ
การส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ อยู่ในระดับมาก (Mean
= 4.17, SD = 0.73) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (n = 178)

| การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาทักษะ ส่วนบุคคล | จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน | | | | | Mean | SD |
|---|-------------------------------------|---------------|--------------|------------|------------|------|------|
| | จริง | จริงเกือบ | จริง | จริงน้อย | ไม่จริง | | |
| | ทั้งหมด | ทั้งหมด | น้อย | ที่สุด | | | |
| 1. การเสริมพลังให้กับกลุ่มเป้าหมายในการตั้ง ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ของตนเองได้ | 60 (33.7) | 93 (52.2) | 23 (12.9) | 0 (0.0) | 2 (1.1) | 4.17 | 0.73 |
| 2. การเป็นต้นแบบที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพใน พื้นที่ | 63 (35.4) | 106 (59.6) | 9 (5.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.30 | 0.56 |
| 3. การได้บริการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจร่างกาย ประเมินสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง | 85 (47.8) | 88 (49.4) | 5 (2.8) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.44 | 0.55 |
| 4. การออกแบบกิจกรรมให้ความรู้ สร้าง แรงจูงใจ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับวัย | 63 (35.4) | 105 (59.0) | 10 (5.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.29 | 0.56 |
| 5. การให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้มารับ บริการในรพ.สต. เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ | 87 (48.9) | 87 (48.9) | 4 (2.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.46 | 0.54 |
| 6. หากมีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง สามารถใช้ ทักษะที่มีอยู่ถ่ายทอดให้กับผู้ดูแล ในการ จัดการสุขภาพในชุมชนได้อย่างสม่ำเสมอ | 98 (55.1) | 80 (44.9) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.55 | 0.49 |

การวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านการ
ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
โดยมีระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด
(Mean = 4.44, SD = 0.50) หากพิจารณารายชื่อ พบว่า
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักได้ส่งเสริมการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับมาก
ที่สุด (Mean = 4.50, SD = 0.54) เป็นคนกลางประสาน
ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานส่งเสริม

สุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.47, SD = 0.59)
ปรับเปลี่ยนการทำงานจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก อยู่ในระดับ
มากที่สุด (Mean = 4.42, SD = 0.58) ทำให้เกิดการมีส่วน
ร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ระดับพื้นที่ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.42, SD =
0.58) เป็นแกนนำในชุมชนเพื่อขับเคลื่อนสุขภาพ เช่น แกน
นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด
(Mean = 4.41, SD = 0.57) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (n = 178)

| การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการปรับเปลี่ยน ระบบบริการสุขภาพ | จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน | | | | | Mean | SD |
|--|---|----------------------|--------------|--------------------|------------|------|------|
| | จริง ทั้งหมด | จริงเกือบ ทั้งหมด | จริง น้อย | จริงน้อย ที่สุด | ไม่จริง | | |
| | 1. เปลี่ยนแปลงการทำงานจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก | 84 (47.2) | 85 (47.8) | 9 (5.1) | 0 (0.0) | | |
| 2. เป็นคนกลางประสานความร่วมมือจากทุกภาค ส่วนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ | 92 (51.7) | 79 (44.4) | 6 (3.4) | 1 (0.6) | 0 (0.0) | 4.47 | 0.59 |
| 3. ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ | 83 (46.6) | 88 (49.4) | 6 (3.4) | 1 (0.6) | 0 (0.0) | 4.42 | 0.58 |
| 4. เป็นแกนนำในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนสุขภาพ เช่น แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | 81 (45.5) | 89 (50.0) | 8 (4.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.41 | 0.57 |
| 5. การได้ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการ เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 93 (52.2) | 81 (45.5) | 4 (2.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.50 | 0.54 |

**3. ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล
ของผู้รับผิดชอบหลักและคุณลักษณะของหน่วยงานกับ
การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
ภาคใต้ ประเทศไทย**

ผู้วิจัย ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานการฝึกอบรม ขนาดโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักที่มี เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่างกันมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล และคุณลักษณะของหน่วยงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย

| ตัวแปร | การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอน | | | | p-value |
|--------|--|------|------|-----------|---------|
| | n | Mean | SD | t/F value | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 79 | 4.34 | 0.44 | 0.588 | 0.558 |
| หญิง | 99 | 4.30 | 0.46 | | |

| ตัวแปร | การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอน | | | | p-value |
|---------------------------------|--|------|------|-----------|---------|
| | n | Mean | SD | t/F value | |
| อายุ (ปี) | | | | | |
| 40 หรือต่ำกว่า | 23 | 4.26 | 0.50 | 0.227 | 0.797 |
| 41 – 50 | 67 | 4.33 | 0.48 | | |
| มากกว่า 50 | 88 | 4.32 | 0.43 | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือปริญญาตรี | 150 | 4.31 | 0.45 | 0.326 | 0.745 |
| ปริญญาโทหรือสูงกว่าปริญญาโท | 28 | 4.34 | 0.43 | | |
| ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี) | | | | | |
| 20 หรือต่ำกว่า | 72 | 4.35 | 0.45 | 0.129 | 0.879 |
| 21 – 30 | 57 | 4.31 | 0.46 | | |
| มากกว่า 30 | 6 | 4.33 | 0.32 | | |
| การฝึกอบรม | | | | | |
| เคย | 37 | 4.33 | 0.51 | 0.242 | 0.809 |
| ไม่เคย | 141 | 4.31 | 0.43 | | |
| ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | | | | | |
| ขนาดใหญ่ (L) | 17 | 4.28 | 0.39 | 0.936 | 0.394 |
| ขนาดกลาง (M) | 120 | 4.29 | 0.47 | | |
| ขนาดเล็ก (S) | 41 | 4.40 | 0.41 | | |
| จำนวนบุคลากร รพ.สต. (คน) | | | | | |
| น้อยกว่า 7 | 87 | 4.36 | 0.45 | 1.199 | 0.304 |
| 7 – 12 | 81 | 4.26 | 0.45 | | |
| มากกว่า 12 | 5 | 4.21 | 0.53 | | |
| ระดับพื้นที่ของ รพ.สต. | | | | | |
| พื้นที่ชุมชนเมือง | 15 | 4.40 | 0.41 | 1.098 | 0.336 |
| พื้นที่กึ่งเมือง | 45 | 4.38 | 0.46 | | |
| พื้นที่กึ่งชนบท | 118 | 4.28 | 0.45 | | |

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัย พบว่า ภาพรวมระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.44) เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักได้ปฏิบัติงานครอบคลุมการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ การสร้างนโยบาย

สาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klunklin, A. et al. (2015) บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ถอดออกมา ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3) การสร้างชุมชนเข้มแข็ง 4) การ

พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ลักษณะการดำเนินงานในแต่ละบทบาท จะมีจุดเด่นในการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเด็นในการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละบริบทที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.44, SD = 0.50) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.37, SD = 0.45) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.57) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.29, SD = 0.56) และการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, SD = 0.61) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Wauters, Y. and Tiparat, W. (2019) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยบทบาทด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ((Mean = 2.41, SD = 0.51) และในงานวิจัยของ Bahe, R. and Prateepko, T. (2017) พบว่า ได้ใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การใกล้ชิด การประสานงาน การสนับสนุนชี้แนะ และการเสริมสร้างความสามารถ เป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบหลักและคุณลักษณะของหน่วยงานไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaikeaw, P., Bouphan, P. and Udompanich, S. (2018) คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย ยังสามารถให้บริการประชาชนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ มีการทำงานที่มุ่งเน้นให้บริการประชาชนในพื้นที่ และได้มีงานวิจัยของ Srikajomwong, R. (2022). พบว่า ข้อดีของการถ่ายโอนคือสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ลดภาระของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลกำลังคน ท้องถิ่นสามารถบูรณาการงานด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ ประชาชนจะได้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้น บุคลากรมีโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพมากขึ้น ส่วนข้อเสีย คือ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพจะขาดความเชื่อมโยงในภาพรวม และความไม่แน่นอนในทางการเมือง

ข้อดีของการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษา ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาค โดยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้ที่รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งยังไม่พบงานวิจัยใดที่ศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรกำหนดนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เร่งพัฒนาและสร้างความต่อเนื่องในการดำเนินส่งเสริมสุขภาพให้มีความเหมาะสมแต่ละพื้นที่

2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ควรส่งเสริม สนับสนุน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง สร้างความยั่งยืนตอบสนองความต้องการของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนมาสังกัด

องค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและมีแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Bahe, R. and Prateepko, T. (2017). Factors Affecting Abilities on Health Promotion of Health Officers in Sub-District Health Promoting Hospital, Pattani Province. *Journal of Health Science*, 26(3), 838-846.
- Institute for Population and Social Research. (2019). *Thai people's health 2018*. Nakhon Pathom: Mahidol University.
- Kaikaew, P., Bouphan, P. and Udompanich, S. (2018). Personal characteristics and Organization Support Influencing Performance of Health Personnel in Health Promotion and Disease Prevention at Tambon Health Promotion Hospital in Muang Nong Khai. *Research and Development Health System Journal*, 12 (1), 311-318.
- Klunklin, A., Wichaikhum, O., Kunaviltikul, W. and Jaiwilai, W. (2015). Nurses' Role on Developing Health Promotion Innovation in Northern, 42, 178-186.
- Rodjarpai, Y. (2019). *Health Promotion and Health Literacy*. Chonburi: Get Good Creation Company Limited.
- Srikajornwong, R. (2022). Readiness of the Provincial Administration Organization and Transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 2 (3), 315-334.
- The Prime Minister's Office. (2021). Carrying out the transfer of missions of the Chaloe Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Subdistrict Health Promoting Hospital. to the Provincial Administrative Organization. Bangkok: The Prime Minister's Office.
- Wauters, Y. and Tiparat, W. (2019). Health Promotion Competency and Practice among Nurses in Primary Care Services, Southern Region of Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6 (3), 41-52.
- Wayne W., D. (1995). *Biostatistics: A Foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc., 177-178.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. An International conference on Health promotion, November 17-29, 1986. Ottawa; Ontario, Canada.
- Zurick, P. (2017). *Health Promotion: Concepts, Theory & Innovation*. Bangkok: Green Life Printing House Company Limited.