

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบลกับลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้ยังศึกษาถึงแนวทางปฏิบัติและการแก้ไข ในการดำเนินการกระจายอำนาจงานด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ส่วนและได้นำเสนอในรูปของตารางประกอบบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานออกสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล ซึ่งมี 2 ส่วน คือ

1. ทัศนคติต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านโครงการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน
2. ทัศนคติต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานออกสู่องค์กรบริหารส่วนตำบลกับลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 แนวปฏิบัติและการแก้ไขในการดำเนินการกระจายอำนาจด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นการนำเสนอผลการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนและระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุข ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ผลการวิเคราะห์นำเสนอในตารางที่ 2 - 7

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามแยกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	275	50.0
หญิง	275	50.0
รวม	550	100.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่าจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย จำนวน 275 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.0 เป็นเพศหญิง จำนวน 275 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามแยกตามกลุ่มอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
20 – 29 ปี	25	4.5
30 – 39 ปี	102	18.5
40 – 49 ปี	136	24.7
50 – 59 ปี	239	43.5
60 ปีขึ้นไป	48	8.7
รวม	550	100.00

จากตารางที่ 4.2 พบว่าอายุของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 50–59 ปี จำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมาอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 และอายุของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนน้อยที่สุด คือ ระหว่างช่วงอายุ 20-29 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามแยกตามสถานภาพ

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	83	15.1
สมรส	416	75.6
ม้าย	30	5.5
หย่าร้าง	21	3.8
รวม	550	100.00

จากตารางที่ 4.3 พบว่าสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ คือ สมรส จำนวน 416 คน คิดเป็นร้อยละ 75.6 รองลงมา คือ โสด จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 15.1 และสุดท้ายคือ หย่าร้าง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามแยกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	104	18.9
มัธยมศึกษา	44	8.0
ปวช.	208	37.8
ปวส.	76	13.8
ปริญญาตรี	118	21.5
รวม	550	100.00

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8 รองลงมา มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 21.5 และสุดท้ายคือ มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามแยกตามรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน

รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5,000 บาท	82	14.9
5,000 – 10,000 บาท	291	52.9
10,001 – 15,000 บาท	135	24.5
15,001 – 20,000 บาท	31	5.6
มากกว่า 20,000 บาท	11	2.0
รวม	550	100.00

จากตารางที่ 4.5 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนช่วง 5,000–10,000 บาท จำนวน 291 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมา มีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนช่วง 10,001–15,000 บาท จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 และสุดท้าย คือมีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามแยกตามระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.	จำนวน	ร้อยละ
1 – 3 ปี	51	9.3
4 – 5 ปี	97	17.6
6 – 10 ปี	167	30.4
มากกว่า 10 ปี	235	42.7
รวม	550	100.00

จากตารางที่ 4.6 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 7–10 ปี จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 และสุดท้ายคือกลุ่มที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัคร 1–3 ปี จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ทศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน
สู่องค์การบริหารส่วนตำบล

ทัศนคติต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข
ต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน
ด้านองค์ความรู้

ด้านองค์ความรู้	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. องค์การบริหารส่วนตำบลทราบข้อมูล/ข่าวสารด้านสุขภาพเป็นอย่างดี	4.36	0.86	มากที่สุด
2. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงและความต้องการของชุมชนในด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานได้เป็นอย่างดี	4.27	0.82	มาก
3. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถให้คำแนะนำแก่อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนได้เป็นอย่างดี	4.22	0.84	มาก
4. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถวางแผนพัฒนาสุขภาพและงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานของประชาชนในเขตรับผิดชอบได้	4.01	0.80	มาก
5. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานของท้องถิ่นได้ดี	3.97	0.94	มาก
รวม	4.16	0.59	มาก

จากตารางที่ 4.6 เป็นผลการวิเคราะห์ถึงระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ โครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐานด้านองค์ความรู้ เมื่อพิจารณาในภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับความคิดเห็นในระดับมาก ($\bar{X}=4.16$, S.D. =0.59) และถ้าพิจารณาแต่ละข้อ ปรากฏว่าข้อที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นในอันดับมากที่สุด คือ องค์การบริหารส่วนตำบล ทราบข้อมูล / ข่าวสารด้านสุขภาพเป็นอย่างดี ($\bar{X}=4.36$, S.D. =0.86) รองลงมาคือ องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงและความต้องการของชุมชนในด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานได้เป็นอย่างดี ($\bar{X}=4.27$, S.D. =0.82) และสุดท้ายคือ องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานของท้องถิ่นได้ดี ($\bar{X}=3.97$, S.D. = 0.94) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข
การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน
ด้านงบประมาณ

ด้านงบประมาณ	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้รับผิดชอบงบประมาณงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานเป็นเรื่องที่ดีเพราะสามารถใช้งบประมาณแก้ไขปัญหาสาธารณสุขขั้นมูลฐานได้เต็มเม็ดเต็มหน่วย	4.36	0.75	มากที่สุด
2. องค์การบริหารส่วนตำบลมีงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน	3.56	0.68	มาก
3. องค์การบริหารส่วนตำบลจัดสรรงบประมาณให้โครงการพัฒนางานด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐานได้อย่างเหมาะสม	3.19	0.81	ปานกลาง
4. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถบริหารจัดการ งบประมาณเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงาน 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2.73	0.78	ปานกลาง
5. องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุน งบประมาณด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานมากกว่าร้อยละ 10 ของงบพัฒนาท้องถิ่นทั้งหมด	2.69	0.70	ปานกลาง
รวม	3.31	0.35	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.8 เป็นผลการวิเคราะห์ถึงระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ โครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐานด้านงบประมาณเมื่อพิจารณาในภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับความคิดเห็นในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 0.36) และถ้าพิจารณาแต่ละข้อปรากฏว่าข้อที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุดคือ องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้รับผิดชอบงบประมาณงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานเป็นเรื่องที่ดีเพราะสามารถใช้งบประมาณแก้ไขปัญหาสาธารณสุขขั้นมูลฐานได้เต็มเม็ดเต็มหน่วย ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.75) รองลงมาคือ องค์การบริหารส่วนตำบล มีงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.68) และสุดท้ายคือ องค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานมากกว่าร้อยละ 10 ของงบพัฒนาท้องถิ่นทั้งหมด ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = 0.81) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการโครงการสาธารณสุขขั้นมูลฐานด้านบุคลากร

ด้านบุคลากร	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. องค์การบริหารส่วนตำบล มีบุคลากรที่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและ สาธารณสุขขั้นมูลฐาน	4.14	0.89	มาก
2. องค์การบริหารส่วนตำบล มีบุคลากรที่มีความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐาน	4.03	0.85	มาก
3. องค์การบริหารส่วนตำบล มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรได้อย่าง เหมาะสมกับงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน	4.02	0.68	มาก
4. องค์การบริหารส่วนตำบล มีบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐาน	3.52	0.88	มาก
5. องค์การบริหารส่วนตำบล มีการส่งเสริม /สนับสนุนให้บุคลากรหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานอยู่เสมอ	2.90	0.81	ปานกลาง
รวม	3.72	0.48	มาก

จากตารางที่ 4.9 เป็นผลการวิเคราะห์ถึงระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการโครงการสาธารณสุขขั้นมูลฐานด้านบุคลากร เมื่อพิจารณาในภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับความคิดเห็นในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, S.D.=0.42) และถึพิจารณาแต่ละข้อปรากฏว่าข้อที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุด คือ องค์การบริหารส่วนตำบล มีบุคลากรที่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ($\bar{X} = 4.14$, S.D. =0.89) รองลงมาคือ องค์การบริหารส่วนตำบลมีบุคลากรที่มีความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ($\bar{X} = 4.03$, S.D. =0.85) และสุดท้าย คือ องค์การบริหารส่วนตำบลมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานอยู่เสมอ ($\bar{X} = 2.90$, S.D. = 0.81) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข
ต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน
ด้านการประสานงาน

ด้านการประสานงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. องค์การบริหารส่วนตำบลประสานงานกับหน่วยงาน ต่างๆ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล สถานบริการอื่นๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขขั้นมูลฐานของท้องถิ่น	4.45	0.65	มากที่สุด
2. องค์การบริหารส่วนตำบลไม่เคยมีความขัดแย้งกับ องค์กรหรือหน่วยงานอื่นๆ	4.43	0.73	มากที่สุด
3. องค์การบริหารส่วนตำบลได้รับความร่วมมือจาก หน่วยงานต่างๆ อยู่เสมอในการพัฒนาการสาธารณสุข ขั้นมูลฐานท้องถิ่น	4.40	0.72	มากที่สุด
4. องค์การบริหารส่วนตำบลให้ความช่วยเหลือและแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขขั้นมูลฐานของชุมชน อยู่เสมอ	4.38	0.77	มากที่สุด
5. องค์การบริหารส่วนตำบล มีบุคลากรให้ความร่วมมือ และสนับสนุนต่อหน่วยงานอื่นๆ อยู่เสมอ	4.37	0.77	มากที่สุด
รวม	4.40	0.65	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.10 เป็นผลการวิเคราะห์ถึงระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข
ต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐานด้านการประสานงาน
เมื่อพิจารณาในภาพรวม ปรากฏว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุด
(\bar{X} = 4.40 ,S.D. = 0.65) และถ้าพิจารณาแต่ละข้อปรากฏว่าข้ออาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความ
คิดเห็นในระดับมากที่สุดได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เช่น
สถานีอนามัย โรงพยาบาล สถานบริการ อื่นๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขขั้นมูลฐานของท้องถิ่น
(\bar{X} = 4.45 ,S.D. = 0.65) รองลงมาคือ องค์การบริหารส่วนตำบลไม่เคยมีความขัดแย้งกับองค์กร
หรือหน่วยงานอื่นๆ (\bar{X} = 4.43 ,S.D. = 0.73) และสุดท้ายคือ องค์การบริหารส่วนตำบลให้ความ
ร่วมมือและสนับสนุนต่อหน่วยงานอื่นๆ อยู่เสมอ (\bar{X} = 4.37 ,S.D. = 0.77) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐานด้านกลยุทธ์

ด้านการประสานงาน	\bar{X}	S.D.
1. องค์การบริหารส่วนตำบลได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ ให้ประชาชนในท้องถิ่น มีสุขภาพดีถ้วนหน้า	3.68	0.88
2. องค์การบริหารส่วนตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขขั้นมูลฐาน	3.19	0.81
3. องค์การบริหารส่วนตำบลมีกิจกรรมที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐาน (สสม.)	2.63	0.80
4. องค์การบริหารส่วนตำบล เห็นความสำคัญของศูนย์สุขภาพชุมชน(สสมช.) ในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขขั้นมูลฐาน (สสม.)	2.49	0.67
5. กลยุทธ์อย่างหนึ่งในการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล คือ สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน (สสม.)	2.36	0.71
รวม	3.12	0.27

จากตารางที่ 4.11 เป็นผลการวิเคราะห์ถึงระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐานด้านกลยุทธ์ภาพรวมปรากฏว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.12$,S.D. = 0.27) และถ้าพิจารณาแต่ละข้อพบว่าข้อที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือ องค์การบริหารส่วนตำบลได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานคือให้ประชาชนในท้องถิ่นมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ($\bar{X}=3.68$, S.D.=0.88) รองลงมาคือ องค์การบริหารส่วนตำบล เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ($\bar{X}=3.19$,S.D.=0.81) และสุดท้าย คือ กลยุทธ์อย่างหนึ่งในการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล คือ การสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ($\bar{X}=2.36$,S.D.=0.71) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐานในด้านต่าง ๆ และระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครโดยรวม

การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ โครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านองค์ความรู้	4.16	0.59	มาก
ด้านงบประมาณ	3.31	0.36	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	3.72	0.42	มาก
ด้านการประสานงาน	4.40	0.65	มากที่สุด
ด้านกลยุทธ์	3.12	0.27	ปานกลาง
รวม	3.74	0.30	มาก

จากตารางที่ 4.12 เป็นการแสดงถึงระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ โครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐานในด้านต่างๆ และระดับความคิดเห็นโดยรวม ซึ่งพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.74$,S.D. = 0.30) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าด้านการประสานงานอาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับความคิดเห็น โดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$,S.D. = 0.65) ด้านองค์ความรู้และด้านบุคลากรอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$ และ 3.31 ตามลำดับ ,S.D. = 0.59 และ 0.42 ตามลำดับ) ส่วนงบประมาณและด้านกลยุทธ์อาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางคือ ($\bar{X} = 3.31$ และ 3.12 ตามลำดับ , S.D. = 0.36 และ 0.27 ตามลำดับ)

2.2 ทักษะต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน
14 องค์ประกอบ

ตารางที่ 4.13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของ
อาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงาน
สาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ

กิจกรรมบริการ	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
1 องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถจัดให้มีการเฝ้าระวังและ แก้ไขปัญหาโภชนาการในชุมชน ได้ เช่น การสนับสนุนแม่เด็ก ขาดสารอาหารในหมู่บ้าน ฯลฯ	218 (39.6)	259 (47.1)	57 (10.4)	10 (1.8)	6 (1.1)	4.22	0.78
2 องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถควบคุมป้องกันและระงับ โรคติดต่อในชุมชนได้เช่น การ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	198 (36.0)	267 (48.5)	71 (12.9)	6 (1.1)	8 (1.5)	4.17	0.79
3 องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถจัดให้มีการตรวจและ ส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชนได้	0 (0)	18 (3.3)	271 (49.3)	224 (40.7)	37 (6.7)	2.49	0.67
4 องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถจัดให้มีการเสริมสร้าง ภูมิคุ้มกันโรคในชุมชนได้ เช่น การหยอดวัคซีนป้องกันโรค โปลิโอ ฯลฯ	186 (33.8)	269 (48.9)	74 (13.5)	10 (1.8)	11 (2.0)	4.11	0.84

ตารางที่ 4.13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ (ต่อ)

กิจกรรมบริการ	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
5. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถจัดการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กในชุมชนได้เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจและสร้างเสริมพัฒนาการในศูนย์เด็กเล็กประจำหมู่บ้าน	238 (43.3)	220 (40.0)	76 (13.8)	8 (1.5)	8 (1.5)	4.22	0.84
6. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถจัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนผ่านหอกระจายข่าว	195 (43.3)	263 (47.8)	74 (13.5)	10 (1.8)	8 (1.5)	4.14	0.82
7. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถป้องกันควบคุมมลภาวะและสิ่งแวดล้อมในชุมชนเช่น การกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี	204 (37.1)	264 (48.0)	63 (11.5)	10 (1.8)	9 (1.6)	4.17	0.82
8. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถจัดให้มีการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในชุมชนได้	39 (7.1)	57 (10.4)	280 (50.9)	163 (29.6)	11 (2.0)	2.91	0.87

ตารางที่ 4.13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของ
อาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงาน
สาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ (ต่อ)

กิจกรรมบริการ	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
9. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนได้ เช่น การสนับสนุนชมรมออกกำลังกาย การสร้างสวนสาธารณะในชุมชน ฯลฯ	207 (37.6)	256 (48.2)	67 (12.2)	7 (1.3)	4 (0.7)	4.21	0.75
10. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถจัดกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนได้	29 (5.3)	16 (2.9)	237 (43.1)	257 (46.7)	11 (2.0)	2.63	0.80
11. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถจัดกิจกรรมป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุในชุมชนได้	205 (37.3)	225 (46.4)	80 (14.5)	4 (0.7)	6 (1.1)	4.18	0.78
12. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาในชุมชนได้ เช่น การอนุญาตเปิดเชิงขายเนื้อ ต้องตรวจสอบว่าไม่มีสารเนื้อแต่ก่อนจึงอนุญาต	10 (1.8)	25 (4.5)	269 (48.9)	186 (33.9)	60 (10.9)	2.53	0.82

ตารางที่ 4.13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ (ต่อ)

ด้านกลยุทธ์	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
13. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถจัดหาที่จำเป็นในชุมชนได้ เช่น การตั้งกองทุนอาสาสมัครประจำบ้านในหมู่บ้าน	195 (43.3)	263 (47.8)	74 (13.5)	10 (1.8)	8 (1.5)	4.14	0.82
14. องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถให้การคุ้มครองประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลในชุมชนได้	27 (4.9)	35 (6.4)	225 (40.9)	202 (36.7)	61 (11.1)	2.57	0.94
รวม						3.73	0.48

จากตารางที่ 4.13 เป็นผลการวิเคราะห์ถึงระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ เมื่อพิจารณาในภาพรวมปรากฏว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = 0.48) และถ้าพิจารณาแต่ละข้อปรากฏว่าแทบทุกข้ออาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับความคิดเห็นในระดับมาก ยกเว้นข้อที่ว่าองค์การบริหารส่วนตำบล สามารถจัดให้มีการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในชุมชนได้ องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถให้การคุ้มครองประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในชุมชนได้ องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาในชุมชนได้ เช่น การอนุญาตเปิดเชิงขายเนื้อ ต้องตรวจผ่านว่าไม่มีสารเนื้อแดงก่อน จึงอนุญาตและองค์การบริหารส่วนตำบล สามารถจัดให้มีการตรวจสอบและส่งเสริมทัศนสุขภาพในชุมชนได้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.91, 2.63, 2.57, 2.53$ และ 2.49 , S.D. = 0.87, 0.94, 0.82 และ 0.67 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ผู้ องค์การบริหารส่วนตำบลกับลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการกระจายอำนาจงานสาธารณสุข
ขั้นมูลฐานออกสู่องค์การบริหารส่วนตำบลกับลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร ได้กำหนดตัวแปร
อิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ คือ ลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ
การศึกษาและระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
2. ตัวแปรตาม คือ ทัศนคติต่อการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานออกสู่องค์การ
บริหารจัดการด้าน โครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน และทัศนคติต่อการกระจายอำนาจในส่วนของ
กิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ

ทดสอบความแตกต่างของแต่ละตัวในลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้
การทดสอบค่าที (t – test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one – way Snalysis of variance :
ANOVA) การทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's test) ดังนี้

ตารางที่ 4.14 ความแตกต่างระหว่างเพศกับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัคร สาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านโครงสร้างสาธารณสุข ขั้นมูลฐาน

เพศ	จำนวน (n = 550)	\bar{X}	S.D.	t -test	df	p - value
ชาย	275	3.77	0.30	2.15	548	0.032
หญิง	275	3.71	0.29			

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศกับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัคร
ต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน พบว่าเพศชายมี
ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นสูงกว่าเพศหญิง ($\bar{X} = 3.77$ และ 3.71 ตามลำดับ ,S.D. = 0.30 และ
0.29 ตามลำดับ) ค่าที (t-test) พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นสูงกว่าเพศ
หญิง ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเพศชายและเพศหญิงมีระดับความ
คิดเห็นแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.15 ความแตกต่างระหว่างอายุกับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัคร
ต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

อายุ	จำนวน (n = 550)	\bar{X}	S.D.	F - test	p - value
20 – 29 ปี	25	3.79	0.22	1.211	0.305
30 – 39 ปี	102	3.78	0.27		
40 – 49 ปี	136	3.75	0.29		
60 ปีขึ้นไป	48	3.69	0.38		

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างอายุกับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐานพบว่า กลุ่มอายุ 20–29 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่สูงที่สุดคือ $\bar{X} = 3.79$, S.D. = 0.22 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30–39 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นคือ $\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.27 และกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นต่ำที่สุดคือ $\bar{X} = 3.69$, S.D. = 0.38 แต่เมื่อนำมาทดสอบโดยใช้ F - test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มอายุไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.305) ซึ่งเป็นการปฏิเสธสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่อายุต่างกันมีระดับความคิดเห็นแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.16 ความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษากับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

ระดับการศึกษา	จำนวน (n = 550)	\bar{X}	S.D.	F - test	p - value
ประถมศึกษา	104	3.78	0.29	1.785	0.130
มัธยมศึกษา	44	3.68	0.39		
ปวช.	208	3.72	0.29		
ปวส.	76	3.79	0.24		
ปริญญาตรี	118	3.75	0.33		

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษากับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน พบว่ากลุ่มระดับการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นสูงสุดคือ $\bar{X} = 3.79$, S.D. = 0.24 รองลงมาคือ กลุ่มระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นคือ $\bar{X} = 3.78$, S.D.=0.29 และกลุ่มระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นต่ำที่สุดคือ $\bar{X} = 3.68$, S.D.=0.39 แต่เมื่อนำมาทดสอบโดยใช้ F-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มอายุไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.130) ซึ่งเป็นการปฏิเสธสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีระดับความคิดเห็นแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.17 ความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน เป็น อสม.	จำนวน (n = 550)	\bar{X}	S.D.	F - test	p - value
1 – 3 ปี	51	3.83	0.32	2.288	0.078
4 – 6 ปี	97	3.71	0.36		
7 – 10 ปี	167	3.72	0.24		
มากกว่า 10 ปี	235	3.75	0.31		

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านโครงสร้างสาธารณสุขขั้นมูลฐาน พบว่ากลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมาเป็น 1-3 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นสูงสุด คือ $\bar{X}=3.83$,S.D.=0.32 รองลงมาคือกลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นคือ $\bar{X}=3.75$,S.D. = 0.31 และกลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมา 4-6 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นต่ำที่สุดคือ $\bar{X}=3.71$,S.D.=0.36 แต่เมื่อนำมาทดสอบโดยใช้ F-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน (p-value= 0.078) ซึ่งเป็นหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.18 ความแตกต่างระหว่างเพศกับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัคร
สาธารณสุขกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน
14 องค์ประกอบ

เพศ	จำนวน (n = 550)	\bar{X}	S.D.	t -test	df	p - value
ชาย	275	3.78	0.43	2.442	548	0.015
หญิง	275	3.68	0.50			

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศกับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัคร
สาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14
องค์ประกอบ พบว่าเพศชายมีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นสูงกว่าเพศหญิง ($\bar{X} = 3.78$ และ 3.68
ตามลำดับ ,S.D.=0.43 และ0.50 ตามลำดับ) และเมื่อนำมาทดสอบโดยใช้การทดสอบค่าที (t –test)
พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
p-value < 0.05 โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งเป็นการยอมรับ
สมมุติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขชายและเพศหญิงมีระดับความคิดเห็นแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.19 ความแตกต่างระหว่างอายุกับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัคร
สาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขชั้น
มูลฐาน 14 องค์ประกอบ

อายุ	จำนวน (n = 550)	\bar{X}	S.D.	F - test	p - value
20 – 29 ปี	25	3.82	0.39	1.712	0.146
30 – 39 ปี	102	3.80	0.44		
40 – 49 ปี	136	3.76	0.42		
50 – 59 ปี	239	3.68	0.49		
60 ปีขึ้นไป	48	3.69	0.57		

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างอายุกับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัคร
สาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขชั้นมูลฐาน 14
องค์ประกอบพบว่ากลุ่มอายุ 20–29 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นสูงสุดคือ $\bar{X} = 3.82$, S.D.=0.39
รองลงมาก็คือกลุ่มอายุ 30–39 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็น คือ $\bar{X} = 3.80$, S.D.=0.44 และกลุ่ม
ที่มีอายุ 50–59 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นต่ำที่สุดคือ $\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.49 แต่เมื่อ
นำมาทดสอบโดยใช้ F-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มอายุไม่แตกต่างกัน (p
- value = 0.146) ซึ่งเป็นการปฏิเสธสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่อายุต่างกันมีระดับ
ความคิดเห็นแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.20 ความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษากับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของ
อาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการ
ในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ

ระดับ การศึกษา	จำนวน (n = 550)	\bar{X}	S.D.	F - test	p - value
ประถมศึกษา	104	3.78	0.51	0.841	0.500
มัธยมศึกษา	44	3.71	0.52		
ปวช.	209	3.73	0.44		
ปวส.	76	3.66	0.53		
ปริญญาตรี	118	3.75	0.46		

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษากับค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ พบว่ากลุ่มระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นสูงสุดคือ $\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.51 รองลงมาคือกลุ่มระดับการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นคือ $\bar{X} = 3.73$, S.D. = 0.44 และกลุ่มระดับการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นต่ำที่สุดคือ $\bar{X} = 3.66$, S.D. = 0.53 แต่เมื่อนำมาทดสอบโดยใช้ F - test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.500) ซึ่งเป็นการปฏิเสธสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.21 ความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกับ
ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจใน
ส่วนของกิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ

ระยะเวลาการ ปฏิบัติงานเป็น อาสาสมัคร สาธารณสุข	จำนวน (n = 550)	\bar{X}	S.D.	F - test	p value
1 – 3 ปี	51	3.81	0.48	0.640	0.590
4 – 6 ปี	97	3.72	0.53		
7 – 10 ปี	167	3.70	0.42		
มากกว่า 10 ปี	263	3.73	0.48		

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างระยะเวลา การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกับ
ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจในส่วนของ
กิจกรรมบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน 14 องค์ประกอบ พบว่ากลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นอาสา
สมัครสาธารณสุขมา 1-3 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นสูงสุดคือ $\bar{X} = 3.81$, S.D.=0.48 รองลง
มาคือกลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็น
คือ $\bar{X} = 3.73$, S.D.=0.48 และกลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครมา 7-10 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความ
คิดเห็นต่ำที่สุดคือ $\bar{X} = 3.70$, S.D.=0.42 แต่เมื่อนำมาทดสอบโดยใช้ F-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับ
ความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.590)
ซึ่งเป็นการปฏิเสธสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.22 สรุปการทดสอบสมมุติระหว่างลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขกับทัศนคติของการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล

ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข	ทัศนคติของการกระจายงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล
เพศ	ยอมรับ
อายุ	ปฏิเสธ
ระดับการศึกษา	ปฏิเสธ
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	ปฏิเสธ

จากตารางที่ 4.22 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ ส่วนอายุ ระดับการศึกษาและระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์

ส่วนที่ 4 แนวปฏิบัติและการแก้ไขในการดำเนินการกระจายอำนาจด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน สู่องค์กรบริหารส่วนตำบล

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามกับอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 550 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล จำนวน 11 คน เกี่ยวกับ 3 ประเด็นใหญ่ คือ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน สู่องค์กรบริหารส่วนตำบล ภาพพจน์ประสงคฺ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจงานด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบลและข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติและการแก้ไขในการดำเนินการกระจายอำนาจงานด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล ซึ่งผลที่ได้สรุปได้ดังนี้

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล

ด้านความรู้

คณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลขาดความรู้ ความเข้าใจในการบริหารงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

การตัดสินใจโครงการต่างๆ ขององค์การบริหารส่วนตำบล มักขึ้นกับพรรคพวกหรือกลุ่มอิทธิพลชักนำ ไม่ได้ใช้พินความรู้ในการตัดสินใจ

ด้านบุคลากร

บุคลากรในองค์การบริหารส่วนตำบลขาดทักษะและประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

บุคลากรส่วนใหญ่ในองค์การบริหารส่วนตำบลมีความรู้ต่ำ

สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ขาดความเสียสละเพื่อส่วนรวม

ด้านกลยุทธ์

องค์การบริหารส่วนตำบลขาดการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ขาดความสนใจในงานด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ไม่ได้มุ่งงานบริการประชาชนเป็นหลัก

ด้านงบประมาณ

งบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล ถูกนำไปใช้ในการสร้างสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานมากกว่างานด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

รายได้ขององค์การบริหารส่วนตำบลไม่แน่นอน

ด้านบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

1. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง โดยเฉพาะด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน
2. การปฏิบัติงานขององค์การบริหารส่วนตำบล ไม่เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดในกฎหมาย

ภาพพึงประสงค์ด้านขอบเขตการบริหารจัดการงานด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐานขององค์การบริหารส่วนตำบล

1. องค์การบริหารส่วนตำบลรับผิดชอบบริหารจัดการงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานทั้งหมด โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนด้านวิชาการ
2. มีแผนซึ่งกำหนดร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล กับแทนภาครัฐ โดยภาครัฐเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้ตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐานตามสภาพท้องถิ่นเป็นอันดับแรก
3. องค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาท ตีมือในการดูแลสุขภาพ โดยจัดสรรงบประมาณของแผนงาน/โครงการให้ชัดเจน
4. องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถบริหารและแก้ไขปัญหา โดยใช้งบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ดูแลควบคุมกำกับเป็นบางครั้ง เช่น เมื่อเกิดปัญหาโรคระบาดหรือปัญหาอื่น ๆ

ภาพพึงประสงค์ในด้านการพัฒนาความสามารถการบริหารจัดการงานด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐานให้กับองค์การบริหารส่วนตำบล

1. องค์การบริหารส่วนตำบล ต้องมีจิตสำนึก มีความตระหนักที่จะบริหารและบริการด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในท้องถิ่นตามอำนาจที่ได้รับ
2. องค์การบริหารส่วนตำบล มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย และการให้ความรู้แก่ประชาชนพร้อมทั้งการเรียนรู้สิทธิต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลของประชาชนที่พึงได้จากรัฐ
3. องค์การบริหารส่วนตำบล มีความรู้ในการบริหารจัดการ การประสานงานกับหน่วยราชการและองค์กรเอกชน
4. องค์การบริหารส่วนตำบล มีความสามารถวิเคราะห์ชุมชน วางแผนแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ รวมทั้งการจัดเก็บข้อมูล โดยใช้เสียงประชาชนเป็นเครื่องวัดและนำมากำหนดเป็นนโยบายในการบริหารงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานในตำบลต่อไป

แนวปฏิบัติและการแก้ไขในการดำเนินการกระจายอำนาจงานด้านการสาธารณสุขขั้นมูล ฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล

1. ควรสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนวิชาการ สนับสนุน แก่องค์กรบริหารส่วนตำบล ให้ยืนยาวอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการเกลี้ยรายได้ ในองค์กรบริหารส่วนตำบล ที่มีฐานเดิมมาก มาให้้องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีรายได้น้อย เพื่อสามารถบริหารงานได้ดีขึ้น
3. ควรมีทุกหน่วยงานหรือหน่วยราชการเข้าไปมีบทบาทหน้าที่ในกาทำงานอยู่ในองค์กรบริหารส่วนตำบล
4. ควรมีการฝึกอบรมความรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพขององค์กรบริหารส่วนตำบล ในด้านการบริหารจัดการงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานให้ดียิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็ควรมีภาครัฐเป็นที่ปรึกษาบ้างเป็นบางโอกาส
5. ควรมีการให้ความรู้เรื่องการกระจายอำนาจงานด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานแก่ประชาชน เพื่อเป็นกลไกในการตรวจสอบการทำงานขององค์กรบริหารส่วนตำบล
6. องค์กรบริหารส่วนตำบลยังขาดความรู้เรื่องสาธารณสุขขั้นมูลฐาน จึงควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าไปช่วยเหลือ ด้านเทคนิค ส่วนการตัดสินใจควรเป็นองค์กรบริหารส่วนตำบล
7. ส่วนราชการอย่างกระทรวงสาธารณสุขควรทยอยมอบหมายภารกิจปีละ 1-2 กิจกรรม และให้มีการนิเทศในระหว่างปฏิบัติและประเมินผลในตอนสิ้นสุดกิจกรรมด้วย
8. ควรกำหนดคุณสมบัติสมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบล ควรจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป
9. ควรจัดให้มีการประชุมสัมมนาวิชาการด้านการสาธารณสุขขั้นมูลฐานแก่องค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อจะได้รู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง
10. รูปแบบของการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขขั้นมูลฐานนั้น ในระยะแรกๆ ควรจะมีกรทดลองหลายๆ แบบ ในหลายๆ พื้นที่ เพื่อหารูปแบบที่ดีที่สุด แล้วใช้ทั่วประเทศ เช่นเดียวกับเรื่องของการบริหารงานแบบบูรณาการ (ผู้ว่า CEO)