

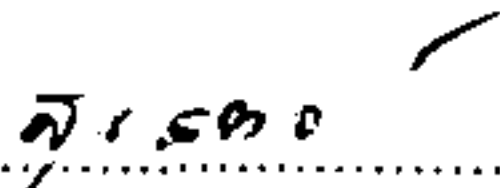
บทพากศาคัดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข
และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงาน
ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ:
กรณีศึกษาจังหวัดสระบุรี

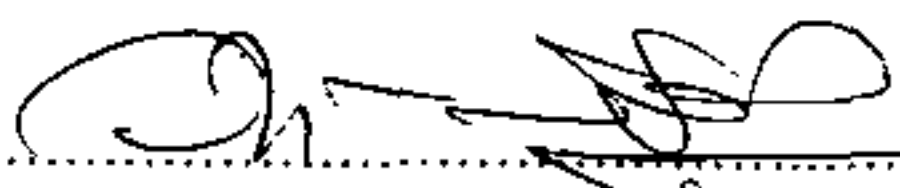
สุนันทา จันทา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
คณะพัฒนาสังคม
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
พ.ศ. 2546

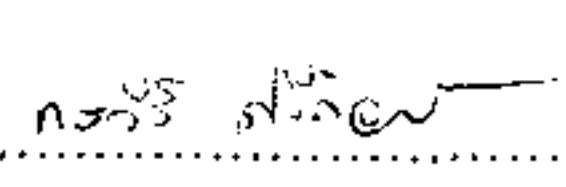
บทบาทยุทธศาสตร์ของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ:
กรณีศึกษาจังหวัดสระบุรี
สุนันทา จันทา
คณะพัฒนาลังคม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาลังคม)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์..........ประธานกรรมการ
(ดร.สุรสิทธิ์ วชิรจักร)

อาจารย์..........กรรมการ
(วิทยะ รูปคำดี)

ศาสตราจารย์..........กรรมการ
(ดร.จักรกฤษณ์ นรนิติผดุงการ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์..........กรรมการ
(กรวิทย์ ศรีกิจการ)

ศาสตราจารย์..........รองอธิการบดีรักษาราชการแทนคณบดี

(ดร.ชาติชาย ณ เชียงใหม่)

วันที่.....ตุลาคม พ.ศ. 2546

บทคัดย่อ

ชื่อวิทยานิพนธ์	:	บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษาจังหวัดสระบุรี
ชื่อผู้เขียน	:	นางสาวสุนันทา จันทา
ชื่อปริญญา	:	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาลังคม)
ปีการศึกษา	:	2546

การศึกษาเรื่องบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษาจังหวัดสระบุรี มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ 1) เพื่อศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) เพื่อเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยศึกษาบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 6 ด้าน

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บริหารงานสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดสระบุรี จำนวน 148 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยในจังหวัดสระบุรี จำนวน 386 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารงานสาธารณสุขจำนวน 141 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ใช้เป็นตัวอย่างจำนวน 135 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 276 คน เครื่องมือที่ศึกษาคือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน (t-test และ F-test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. บทบาทคาดหวังในภาพรวมของทั้งผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูงเหมือนกัน ซึ่งบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานทุกด้านสูงกว่าเจ้าหน้าที่ โดยที่บทบาทคาดหวังด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของผู้บริหารงานอยู่ในระดับสูงในขณะที่บทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง บทบาทด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และ

ด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งสองกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพทั้งสองกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในภาพรวม พบว่าผู้บริหารงานมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้บทบาทด้านที่ผู้บริหารงานมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริการสาธารณสุข และการควบคุมคุณภาพ และด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่วนด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ พบว่าผู้บริหารงานมีบทบาทคาดหวังไม่แตกต่างจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของทั้งผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วม ความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็นส่วนระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานมีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของทั้งผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และระดับการศึกษา ส่วนระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารระดับกระทรวงควรกำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอย่างอิสระ โดยปรับปรุงแก้ไข กฎหมายให้เหมาะสม ไม่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมสนับสนุนและผลักดันด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น พร้อมทั้งจัดให้มีกลไกการประสานงานในรูปของประชาคมหรือองค์กรประชาชนรองรับ

2. ผู้บริหารระดับจังหวัดควรจัดเวทีสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่และเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่องด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับทุกคนให้มีการประสานงานกันมากขึ้น

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติงานควรใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในประชาชนและหน่วยงานในท้องถิ่น เป็นแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสนับสนุนการตั้งชมรมส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ พร้อมทั้งศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมต่อบทบาทในการปฏิบัติงานของตนเอง

ABSTRACT

Title of Thesis : Expected Roles of Public Health Administrators and Expecting Roles of Public Health Officers on Operating under the National Health Bill: A Case Study of Saraburi Province

Author : Miss Sununta Chunta

Degree : Master of Arts (Social Development)

Year : 2003

The research was aimed at 1) examining the expected roles of public health administrators and expecting roles of public health officers, 2) to compare the expected roles of public health administrators and expecting roles of public health officers, and 3) to identify the factors related to the expected roles of public health administrators and expecting roles of public health officers. The expected roles under the National Health Bill were studied, taking in to consideration the health policy and health strategies on six aspects.

The data were collected by distributing questionnaires to 148 public health administrators and 386 public health officers at all levels in Saraburi Province. The total returned questionnaires were 141 from the former group and 135 samples from the latter group. So there were 276 samples in total. Both descriptive statistics and inferential statistics (t-test and F-test) were used to analyze the data.

The findings were summed up as follows:

1. The overall expected roles of public health administrators and overall expecting roles of public health officers in the study were found to be high. The public health administrators' expected roles in all aspects were found to be higher than the public health officers' expecting roles. The expect role in health promotion and prevention and control of the factors harmful to health of the public health administrators were found to be high while these aspects were found to moderate in the public health officer group. The above mentioned roles of both groups were found to be high in public health service and quality control, consumer protection regarding health, and building and development of the body of knowledge and information about health. On the other

hand, support and development of local wisdom concerning health in both groups were found to be moderate.

2. When the expected roles of the public health administrator group and expecting roles of the public health officer group were compared, the former group were more highly than the latter group in health promotion, public health service and quality control, and building and developing the body of knowledge and information about health. On the other hand, both groups were found to have no difference in prevention and control of the factors harmful to health, support and development of local wisdom concerning health, and consumer protection regarding health.

3. The factors affecting the expected roles of the public health administrators and expecting roles of the public health officers were access to information, opportunity for participation, knowledge and understanding, and opinion. On the other hand, work position significantly affected only of expected roles of the public health administrators.

In contrast, the factors that had no affect on the expected roles of the public health administrators and expecting roles of officers were member of working years and education, while work position did not affect only the expecting roles of the public health officers.

Recommendations

1. The administrators at the ministerial level should set a policy on developing local wisdom concerning health to promote free research in this aspect. The related laws should be amended so that they will not hinder local wisdom support and drive. Coordination mechanism should be developed in the form of group or people organization.

2. The administrators at the provincial level should arrange a health forum at the local level with focus on supporting and developing local wisdom concerning health. A meeting should be held to explain the roles and responsibilities of public health personnel at all levels so as to have close cooperation among them.

3. The public health officers at the operating level should make local people and organization become core leaders in establishing a club to promote local wisdom concerning health. They should upgrade their knowledge to work efficiently.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษาจังหวัดสระบุรี สำเร็จได้เนื่องจากบุคคลหลายท่านได้กรุณาช่วยเหลือให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ คำปรึกษาแนะนำ แสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจ

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ ท่านอาจารย์วิชัย รูปขำดี ที่ได้เสียสละเวลาเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา ช่วยชี้แนะในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาสาระ และตรวจสอบวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอน รวมทั้งกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ วชิรขจร ศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ นรนิติผดุงการ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรวิทย์ ศรีกิจการ ที่ได้กรุณาช่วยให้คำแนะนำเพิ่มเติม และตรวจสอบแก้ไขให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านของคณะพัฒนาสังคม ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และขอขอบคุณนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ของคณะพัฒนาสังคม ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ เพื่อนนักศึกษาคณะพัฒนาสังคมภาคปฏิรู้นที่ 31 ทุกคน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือตลอดช่วงเวลาที่ศึกษาร่วมกัน และเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือที่ดีตลอดมา

ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรีทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา (นายหาญ – นางสออิง จันทา) ผู้ให้ชีวิตที่ดีแก่ลูกและอบรมสั่งสอนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ และขอขอบคุณ พี่สาว พี่ชาย และน้องชาย ที่ได้ให้กำลังใจในการเรียนและทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสมอมา

สุนันทา จันทา

กันยายน 2546

สารบัญ

	หน้า
<u>บทคัดย่อ</u>	(3)
ABSTRACT	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญแผนภูมิ	(14)
<u>บทที่ 1</u> บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	4
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
<u>บทที่ 2</u> แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ	6
2.2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	14
2.3 <u>แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท</u>	24
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ	34
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น	38
2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40

	หน้า
<u>บทที่ 3</u> กรอบแนวคิดและวิธีการศึกษา	48
3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา	48
3.2 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา	49
3.3 สมมติฐานการศึกษา	54
3.4 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	57
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	58
3.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	60
3.7 วิธีการรวบรวมข้อมูล	61
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	62
<u>บทที่ 4</u> ผลการศึกษา	63
4.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	64
4.2 ผลการศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	72
4.3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	82
4.4 <u>ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข</u>	87
4.5 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	96
4.6 ผลการศึกษาข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่าง	103
<u>บทที่ 5</u> สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	111
5.1 สรุปผลการศึกษา	112
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	117
5.3 ข้อเสนอแนะ	122
<u>บรรณานุกรม</u>	124
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก <u>แบบสอบถาม</u>	131
ภาคผนวก ข <u>(ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ</u>	141
<u>ประวัติผู้เขียน</u>	175

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1	เพศของกลุ่มตัวอย่าง 64
4.2	อายุของกลุ่มตัวอย่าง 65
4.3	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง 66
4.4	ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง 67
4.5	ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง 68
4.6	การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของ กลุ่มตัวอย่าง 69
4.7	การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ของกลุ่มตัวอย่าง 70
4.8	ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของ กลุ่มตัวอย่าง 71
4.9	ความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มตัวอย่าง 72
4.10	บทบาทคาดหวังในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง 73
4.11	บทบาทคาดหวังด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 74
4.12	บทบาทคาดหวังด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ 76
4.13	บทบาทคาดหวังด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ 78
4.14	บทบาทคาดหวังด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 79
4.15	บทบาทคาดหวังด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 80
4.16	บทบาทคาดหวังด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ 82
4.17	การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาพรวม 83

ตารางที่

หน้า

4.18	การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	83
4.19	การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	84
4.20	การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ	85
4.21	การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพ	85
4.22	การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	86
4.23	การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ	87
4.24	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	88
4.25	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข จำแนกตามระดับการศึกษา	89
4.26	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข จำแนกตามระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	90
4.27	ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข ตามระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	90
4.28	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	91
4.29	ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข ตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	92

ตารางที่

หน้า

4.30	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข จำแนกตามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ	92
4.31	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข จำแนกตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	93
4.32	ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข ตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	94
4.33	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	95
4.34	ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข ตามความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	95
4.35	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	96
4.36	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามระดับการศึกษา	97
4.37	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	98
4.38	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	99
4.39	ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	99
4.40	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ	100
4.41	การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	101

ตารางที่	หน้า
4.42 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	101
4.43 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	102
4.44 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	102
4.45 ปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	103
4.46 ปัญหาอุปสรรคด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	105
4.47 ปัญหาอุปสรรคด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ	106
4.48 ปัญหาอุปสรรคด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	107
4.49 ปัญหาอุปสรรคด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	108
4.50 ปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ	109

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
2.1 การใช้ยุทธศาสตร์ "สามเหลี่ยมเข็มนาฬิกา"	8
2.2 การเคลื่อนไหวยุทธศาสตร์และแผนการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่เป้าหมาย	12
3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา	49

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพได้เกิดขึ้นมานาน ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในมิติใหม่ภายใต้รัฐธรรมนูญใหม่ การปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบสาธารณสุข การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปฏิรูปบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ใช้กลไกทางด้านกฎหมายเป็นเครื่องมือนำทาง สำหรับการพัฒนากการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติก็เช่นเดียวกันได้มีเป้าหมายการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของสังคมไทย โดยมีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบที่เน้นการรุกเพื่อการสร้างสุขภาพดีนำหน้าการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ อีกทั้งได้มีการจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นองค์กรเฉพาะกิจภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นเลขานุการ กระแสและกระบวนการปฏิรูปต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เกิดขึ้นและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติก็มีกรอบหลักการและทิศทางรองรับได้อย่างสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่จะเกิดขึ้น (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544: 15)

กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพได้เกิดขึ้นด้วยปัจจัยเหตุที่ว่า สุขภาพและระบบสุขภาพกำลังเผชิญกับวิกฤติที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) เน้นตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพเสีย 2) ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพแพงมากแต่ได้ผลต่ำ 3) คนไทยป่วยและตายโดยไม่จำเป็นเป็นจำนวนมาก 4) ระบบบริการสุขภาพมีปัญหา และ 5) คนไทยบางส่วนยังขาดหลักประกันสุขภาพ สำหรับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพได้มุ่งที่การให้คนไทยทั้งสังคม ปรับวิธีคิด หันมาเน้นการรุกเพื่อการสร้างสุขภาพ และการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้เป็นธรรมนูญ โดยใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ด้วยการสร้างองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวของภาคสังคม และการเชื่อมโยงกับภาคการเมือง เป็นกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ เพื่อให้ได้ระบบสุขภาพใหม่ที่มีทิศทาง “สร้างนำซ่อม” บนพื้นฐานแนวคิด “สุขภาพพอเพียง” โดยเป็น

การเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพอย่างแท้จริง เพื่อการมีสุขภาพะที่ยั่งยืน (อำพล จินดาวัฒนะ, 2545 อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ สุมาภรณ์ แซ่ลิม, 2545: 219)

จากกรอบแนวคิดระบบสุขภาพใหม่ได้นำไปสู่การกำหนดกรอบโครงสร้างระบบสุขภาพแห่งชาติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในประเด็นหลักที่เป็นแนวโน้มของระบบสุขภาพใหม่ ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพใน 3 ระดับไปพร้อมกัน คือ 1) การปฏิรูปความคิด 2) การปฏิรูประบบ โครงสร้าง กลไก กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขต่าง ๆ และ 3) การปฏิรูปพฤติกรรม และการกระทำ การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติโดยการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญเพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นทั้งเป้าหมายและกระบวนการทาง สังคมเพื่อไปสู่สิ่งที่ดีกว่า คือการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ชุมชนและสังคมมีสุขภาพะ (บรรศักดิ์ อุวรรณโณ, 2543: 17)

กระบวนการการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและการใช้พระราชบัญญัตินี้ ในการขับเคลื่อนไปสู่การสร้างสุขภาพะที่สมบูรณ์ จึงเป็นกระบวนการที่สังคมทั้งสังคมเข้ามาร่วม กันด้วยใจ ที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุข ไม่ทอดทิ้งกัน และร่วมคิดร่วมทำ ทั้งนี้พระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติเป็นพระราชบัญญัติฉบับแรก ที่เปิดโอกาสและช่องทางให้กับประชาชนได้เข้ามามีส่วน ร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติที่กำหนดขึ้นอย่างจริงจังเป็นรูปธรรมและ กว้างขวาง ดังจะเห็นได้จากกระบวนการขั้นตอนของการจัดทำให้มีเวทีประชาคมทั้งระดับชาติ ระดับ จังหวัด ไปจนถึงระดับอำเภอ รวมทั้งเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่อง ตลอดช่วงระยะเวลาของการ ยกร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนและชุมชนจึงเป็นศูนย์กลางของ การพัฒนาไปสู่การเกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าและเกิดสุขภาพะทั่วทั้งสังคมอย่างแท้จริง (ประเวศ วะสี, 2545: 13)

แม้ว่าศูนย์กลางของระบบสุขภาพใหม่นี้จะมีใช้อยู่ที่ฝ่ายรัฐและฝ่ายวิชาการเช่นในอดีต ที่ผ่านมา แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็เป็นกลุ่มสำคัญกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทผลักดันและขับเคลื่อน การทำงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน ไปในทิศทางที่สอดคล้องกับบทบัญญัติที่ กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแล้วการที่กลุ่มเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมีการติดตามและตื่นตัวต่อความเคลื่อนไหวของการปฏิรูประบบสุขภาพ ตลอดจนการ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในหลาย ๆ เวทีที่จัดขึ้น ย่อมจะส่งผลโดยตรงต่อความคิดและการปฏิบัติงานตามบทบาทด้านสุขภาพ ให้บรรลุผลตาม เป้าหมายด้านสุขภาพของประชาชนในท้ายที่สุด

สถานีนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับบริการสาธารณสุขของรัฐ มีบทบาทภารกิจในการดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการสนับสนุนบริการในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชนให้แก่ประชาชนในชุมชน โดยเน้นความเป็นองค์รวมของการจัดบริการดังกล่าว ประกอบกับมีการทำงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกับหน่วยงานในระดับพื้นที่อื่น ๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การชุมชน องค์การพัฒนาเอกชน รวมไปถึงองค์กรธุรกิจเอกชนต่าง ๆ จึงอาจกล่าวได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับสถานีนามัยเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำเอาบทบาทที่กำหนดไว้มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้ประชาชนเกิดสุขภาวะโดยทั่วกัน (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, 2539: 15)

ในอดีตที่ผ่านมา การกำหนดกรอบบทบาทของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับต่าง ๆ นั้น มีรูปแบบที่กำหนดขึ้นมาจากส่วนกลางแล้วกระจายลงมายังส่วนภูมิภาคตั้งแต่ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบลตามลำดับ ดังจะเห็นได้ว่าเป็นรูปธรรมจากโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย (ทสอ.) ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2535 – 2544 โดยมีการจัดทำเอกสารเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และมาตรฐานบริการของสถานีนามัยตามโครงการดังกล่าว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและการกำกับติดตามงานของผู้บริหารโครงการ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2539: 116)

เมื่อมีกระบวนการจัดทำและยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา จะเห็นได้ว่าการใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเนื้อหาสาระหลักของพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานจึงมีฐานะที่เป็นทั้งประชาชนและเป็นทั้งนักวิชาการที่มีส่วนร่วมต่อการเกิดกระบวนการดังกล่าว ทำให้แสดงถึงแนวโน้มที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีแนวคิดและการยอมรับบทบาทในลักษณะที่สอดคล้องกับกรอบบทบาทที่ได้กำหนดไว้ในสาระหลักของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ดีกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้มีส่วนร่วมต่อกระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นเพียงกลุ่มหรือตัวแทนบางส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด รวมทั้งตัวแทนส่วนใหญ่จะเป็นผู้ปฏิบัติในระดับอื่น ๆ มากกว่าในระดับสถานีนามัย จึงเป็นที่น่าสนใจว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนามัยจะมีความคาดหวังต่อบทบาทของตนในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมากน้อยเพียงใด และผู้บริหารงานสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการถ่ายทอดเนื้อหาสาระตามกรอบบทบาท

เหล่านั้นให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับ ผู้ปฏิบัติงานจะมีความคาดหวังต่อบทบาทของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในสถานีนามัยอย่างไร ก่อนที่พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวจะมีผลบังคับใช้ใน
อนาคต

จังหวัดสระบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการติดตามการดำเนินงานยกร่างพระราชบัญญัติ
สุขภาพแห่งชาติมาอย่างต่อเนื่อง จากการเข้าร่วมประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการจัด
ประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ขึ้นภายในจังหวัด ทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและต้องการ
ที่จะศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขระดับสถานีนามัยของจังหวัดสระบุรีในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพ
แห่งชาติ เพื่อที่จะนำผลการศึกษาที่ได้ในการเตรียมความพร้อมและเป็นแนวทางในการพัฒนา
แนวคิดและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกรอบ
บทบาทภารกิจที่ได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

1.2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหาสาระ

1.3.1.1 ศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

- 1) การสร้างเสริมสุขภาพ
- 2) การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

- 3) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- 4) การสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- 5) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- 6) การสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

1.3.1.2 ศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

1.3.1.3 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

1.3.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดสระบุรี

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ทราบบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

1.4.2 ทราบผลการเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

1.4.3 ทราบปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ
- 2.2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
- 2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

เนื่องจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการการปฏิรูประบบสุขภาพ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพมานำเสนอก่อนเพื่อเป็นภูมิหลังของเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่จะศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ขั้นตอนความเคลื่อนไหวของการปฏิรูประบบสุขภาพ

แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นได้เกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลายาวนาน ภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองของรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ การปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบสาธารณสุข การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปฏิรูปบทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ตามรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545: 4-8)

ปี พ.ศ. 2535 มีการออกพระราชบัญญัติจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้น

เป็นองค์กระโษระภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสาธารณสุข

ปี พ.ศ. 2539 มีการจัดตั้งสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขขึ้น (Health Care Reform-HCR) ซึ่งเป็นโครงการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสหภาพยุโรป เพื่อทำหน้าที่สร้างความรู้ พัฒนารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ

ปี พ.ศ. 2540 เมื่อประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่มีรูปแบบทางการเมืองในมิติใหม่ ในการส่งเสริมสิทธิของภาคพลเมือง เปิดช่องทางการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง มุ่งการกระจายอำนาจ และการจัดระบบสำคัญ ๆ ขึ้นในสังคม โดยในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ รัฐธรรมนูญได้กำหนดบทบัญญัติไว้หลายประการ เช่น ในมาตรา 52 ของหมวดที่ 3 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” ในมาตรา 82 ของหมวดที่ 5 ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” เป็นต้น

ประกอบกับในช่วงเวลาเดียวกัน ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ส่งผลกระทบให้ระบบราชการและระบบอื่น ๆ ต้องเตรียมปรับตัวเพื่อรองรับกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ ระบบการศึกษาเป็นตัวอย่างหนึ่งที่มีความพยายามปฏิรูปโดยเลือกใช้วิธีการออกพระราชบัญญัติ ซึ่งได้ดำเนินการแล้วเสร็จจนประกาศใช้กฎหมายได้ในปี พ.ศ. 2542

ปี พ.ศ. 2542 มีการออกพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พุทธศักราช 2542 เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ โดยกำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจอย่างจริงจังและเป็นขั้นเป็นตอน รวมถึงงานด้านสุขภาพก็ต้องมีการกระจายอำนาจเช่นกัน

สำหรับระบบสุขภาพที่มีความหมายครอบคลุมกว้างกว่าระบบบริการการแพทย์และระบบสาธารณสุข เพราะระบบสุขภาพหมายถึงระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพด้วย ก็มีการเคลื่อนตัวไปสู่ทิศทางการปฏิรูปอย่างชัดเจนและจริงจังตามลำดับ

ช่วงปี 2542 - 2543 มีการเสนอกฎหมายให้เก็บภาษีเหล้าและบุหรี่ร้อยละ 2 ซึ่งเป็นเงินปีละประมาณ 1,500 ล้านบาท และจัดตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการออกพระราชกฤษฎีกาตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้นเป็นองค์กรมหาชน เป็นกลไกใหม่ในสังคมทำหน้าที่หนุนให้ทุกภาคส่วนทำงานเชิงรุก เพื่อการสร้างสุขภาพ

ปี พ.ศ.2543 คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขเสนอให้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีพุทธศักราช 2543 เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ขึ้น โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ (Total Health System Reform) ที่เน้นการรุกเพื่อสร้างสุขภาพดีนำหน้าการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ มีเป้าหมายสำคัญในการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของสังคมไทยที่ซึ่งกำหนดระบบโครงสร้าง กลไก กติกา และเงื่อนไขของระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ โดยใช้ยุทธศาสตร์ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" เป็นแนวทางในการทำงาน (ประเวศ วะสี, 2545: 19) ประกอบด้วย

1. การสร้างองค์ความรู้โดยนักวิชาการ เพื่อใช้ในการยกร่างกฎหมายและใช้ในการปฏิรูประบบสุขภาพในขั้นตอนการดำเนินงานจริง
2. การเคลื่อนไหวของภาคสังคมโดยการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายภาคีต่าง ๆ เพื่อจัดเวทีและใช้กระบวนการที่เหมาะสม เพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นข้อเสนอแนะด้านสุขภาพสำหรับการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
3. การเชื่อมโยงการทำงานกับภาคการเมือง เพื่อให้ภาคการเมืองซึ่งมีอำนาจรัฐและมีทรัพยากรได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนตลอดกระบวนการทำงาน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 การใช้ยุทธศาสตร์ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา"

แหล่งที่มา: ประเวศ วะสี, 2545: 19.

ปลายปี พ.ศ. 2543 เครือข่ายประชาชนเพื่อรณรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ดำเนินการหารายชื่อประชาชนเพื่อสนับสนุนการผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ภาคประชาชนจัดร่างขึ้น เป็นการแสดงเจตนารมณ์ของภาคประชาชนที่ต้องการให้มีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และในการรณรงค์เลือกตั้งทั่วไปซึ่งเป็นครั้งแรกตามรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พรรคไทยรักไทยเสนอนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้สโลแกน “30 บาทรักษาทุกคน” ขึ้นเป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของพรรค ในที่สุดพรรคนี้ก็ได้รับเป็นแกนจัดตั้งรัฐบาลเสียงข้างมาก การปฏิรูประบบสุขภาพในส่วนของระบบบริการสาธารณสุขและในส่วนหนึ่งของระบบการเงินด้านสุขภาพจึงเกิดขึ้น และดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องด้วยแรงผลักดันทางการเมืองเป็นสำคัญ

ปี พ.ศ. 2544 ในส่วนของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) ขึ้นเพื่อทำงานประสานกับคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พุทธศักราช 2542 ในการหารูปแบบและเตรียมการถ่ายโอนภารกิจและอำนาจหน้าที่ดำเนินงานด้านสุขภาพจากส่วนกลางไปสู่ส่วนท้องถิ่น

ช่วงปี พ.ศ. 2544 – 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาเพื่อเตรียมการปฏิรูปบทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสำนักนโยบายและแผน (สนผ.) เป็นแกนประสานงาน และได้เสนอการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวทางการปฏิรูประบบราชการขึ้น

สำหรับการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนชื่อเป็น “แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9” ซึ่งมีกระบวนการจัดทำในช่วงปี 2543 - 2544 ได้กำหนดหลักการและทิศทางรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติไว้อย่างสอดคล้องกัน

2.1.2 แนวโน้มใหม่ของระบบสุขภาพแห่งชาติ

จากกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นร่างสาระสำคัญในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งนำไปสู่แนวโน้มใหม่ของระบบสุขภาพแห่งชาติที่มีเป้าประสงค์ของการปฏิรูประบบสุขภาพ กำหนดไว้ว่า “เพื่อให้ได้ระบบสุขภาพใหม่ที่มีทิศทาง “สร้างนำซ่อม” บนพื้นฐานแนวคิด “สุขภาพพอเพียง” โดยเน้นการเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพอย่างแท้จริง เพื่อการมีสุขภาพที่ยั่งยืน” (ประเวศ วะสี, 2543: 4-9)

ภายใต้แนวคิดดังกล่าวได้กำหนดให้เรื่องสุขภาพมีความหมายกว้าง ว่าจะหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทาง

จิตวิญญาณ ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบทั้งหมดที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ มิใช่หมายถึงเพียงแค่ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขหรืองานในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ระบบสุขภาพแห่งชาติจะวางอยู่บนฐานของจินตนาการใหม่ คือ “สุขภาพดี” เป็นตัวตั้ง แทนที่จะใช้ “สุขภาพเสีย” เป็นตัวตั้ง การรุกรเพื่อสร้างสุขภาพดีจึงเป็นทิศทางหลัก ซึ่งจะต้องวางอยู่บนแนวคิดเรื่อง “สุขภาพพอเพียง” หรือแนวทางของการมีพอดี-เป็นพอดี-กินพอดี-อยู่พอดี จึงจะเกิดสุขภาพะของทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมไทย

การจะเกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าและเกิดสุขภาพะทั่วทั้งสังคมได้จริง ประชาชนและชุมชนต้องเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นระบบสุขภาพแห่งชาติจึงต้องเปิดโอกาสและช่องทางการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างจริงจังเป็นรูปธรรมและกว้างขวาง ศูนย์กลางของระบบสุขภาพใหม่จึงมีใช้อยู่ที่ฝ่ายรัฐและฝ่ายวิชาชีพฝ่ายวิชาการเท่านั้นเหมือนในอดีต

ในทำนองเดียวกัน ศุภล ศรีสุขวัฒนา ได้กล่าวถึงความจำเป็นต่อการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในสถานการณ์ปัจจุบันและการปรับกระบวนการเกี่ยวกับระบบสุขภาพ (ศุภล ศรีสุขวัฒนา, 2545 อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และสุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม, 2545: 44-45) ดังนี้

1. แนวความคิดระบบสุขภาพใหม่

จากทัศนะที่มองการมีสุขภาพดีจำกัดอยู่ที่เพียงการเฝ้าระวังรักษาโรคได้ทำให้ระบบสุขภาพของสังคมไทยเป็นแบบตั้งรับ กล่าวคือ เป็นระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ดีเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น มาตรการต่าง ๆ จึงเป็นเพื่อการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ ดังนั้นแนวความคิดหรือกระบวนการใหม่เกี่ยวกับระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องพิจารณาใน 2 แนวคิดหลัก คือ

1.1 สุขภาพ คือ สุขภาพะ ซึ่งหมายถึงสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความสมดุลพอดี รู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผล และมีความรอบรู้เท่าทันโลก โดยสังคมจะต้องพัฒนาอย่างมี “ดุลยภาพ” ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม อันเป็นสาระสำคัญของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นปรัชญานำทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9

1.2 ระบบสุขภาพต้องพัฒนาทั้งระบบ โดยที่สุขภาพคือสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงอย่างเป็นบูรณาการ การพัฒนาจึงไม่สามารถดำเนินการอย่างแยกส่วนตัดตอน และไม่สามารถบรรลุผลด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

หรือภาคใดภาคหนึ่งอย่างแยกส่วนได้ แต่ต้องดำเนินการพัฒนาทั้งระบบ ต้องใช้ยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงไปถึงปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญของการสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์ของสังคมอย่างเป็นบูรณาการ โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพ

2. สังคมไทยและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

จากการกำหนดให้สังคมไทยเป็นสังคมที่พึงประสงค์ หมายถึง สังคมที่เข้มแข็ง มีดุลยภาพทั้ง 3 ด้าน คือเป็น 1) สังคมที่มีคุณภาพ 2) สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ 3) สังคมที่สมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกันภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงโดยมีระบบสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนาไปสู่ความเข้มแข็งและดุลยภาพของสังคม ระบบสุขภาพต้องมีความเข้มแข็งและมีดุลยภาพทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ 2) ระบบสุขภาพที่มีภูมิปัญญาและการเรียนรู้ และ 3) ระบบสุขภาพเพื่อสังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทร

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทยเป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน ควบคู่กับการมีหลักประกันที่ในการดำรงชีวิตและเข้าถึงบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรและมีคุณภาพเมื่อยามจำเป็น โดยรัฐมีธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการสังคมทุกส่วนและทุกระดับ มีศักยภาพ และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการสร้างและจัดการระบบเพื่อสุขภาพโดยมีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์อย่างรู้เท่าทัน ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย เพื่อให้สังคมไทยดำรงอยู่อย่างพึ่งตนเองได้และมีสุขภาวะ ภายใต้สังคมโลกที่มีสภาพการเชื่อมโยงและมีอิทธิพลต่อกันอย่างกว้างขวาง โดยต้องเชื่อมโยงปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นเอกภาพและสมดุล

2.1.3 ยุทธศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อแนวคิด และเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้นั้น จึงได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยยุทธศาสตร์ดังต่อไปนี้ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543: 75-76)

2.1.3.1 ยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้

ยุทธศาสตร์นี้เน้นการสังเคราะห์องค์ความรู้ให้ครอบคลุมทุกด้านทั้งในระดับสากล และระดับประเทศเพื่อนำสาระหลักที่สำคัญไปสู่การกำหนดสาระสำคัญในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและนำข้อสังเคราะห์ในเชิงรูปแบบ เชิงระบบ เชิงมาตรการและอื่น ๆ ไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้เป็นรูปธรรมในระยะยาวต่อไป

2.1.3.2 ยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือทางสังคม

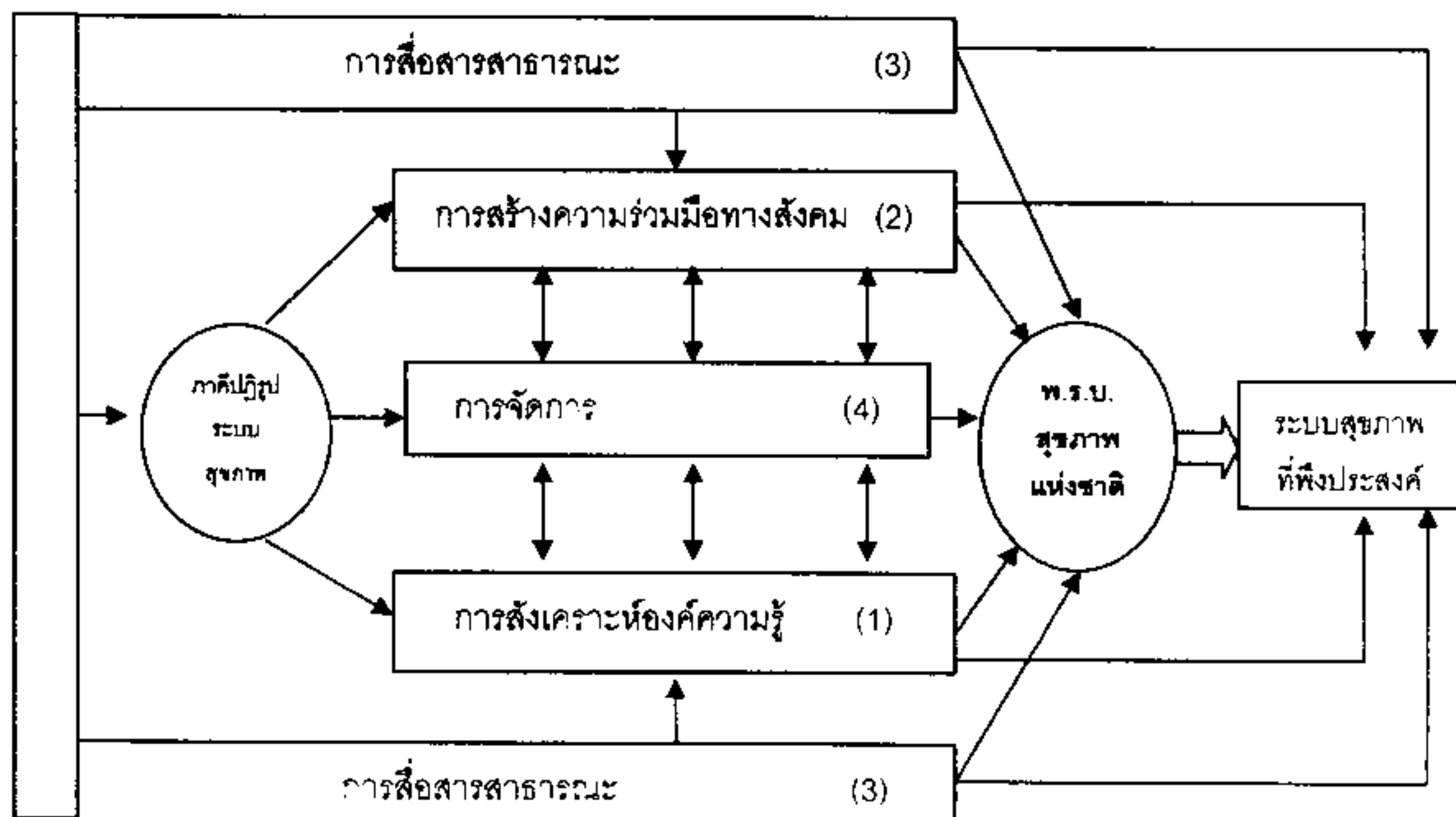
ยุทธศาสตร์นี้มุ่งประสานความร่วมมือกับทุกส่วนในสังคม เพื่อระดมสรรพกำลังทางสติปัญญา ศักยภาพ ความคิดเห็น รวมทั้งความมุ่งมั่นที่จะนำไปสู่การตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในเบื้องต้นและการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้เป็นผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

2.1.3.3 ยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสร้างพลัง

การใช้ยุทธศาสตร์การสื่อสารอย่างเป็นระบบ กว้างขวางและต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต่อการสร้างความตระหนัก ความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ความร่วมมือที่จะเป็นแรงผลักดัน และขับเคลื่อนการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและการปฏิรูประบบสุขภาพให้สำเร็จ

2.1.3.4 ยุทธศาสตร์การจัดการ

ยุทธศาสตร์นี้มุ่งที่การใช้การบริหารจัดการซึ่งประกอบไปด้วย การกำหนดทิศทางการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การประเมินผล และการประสานงานกับทุกภาคที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นภาคการเมือง ภาคราชการ ภาคนักวิชาการ ภาคผู้คนในแวดวงวิชาชีพ ภาคประชาชน ภาคเอกชน และอื่น ๆ เพื่อผลักดันให้การตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติประสบผลสำเร็จ และได้พระราชบัญญัติที่ดีเหมาะสมกับมวลชนเป็นสำคัญ รวมทั้งเป็นตัวผลักดันไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในขั้นต่อไป ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.2



แผนภูมิที่ 2.2 การเคลื่อนไหวยุทธศาสตร์และแผนการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่เป้าหมาย

แหล่งที่มา: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543: 76.

2.1.4 ผลลัพธ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

กล่าวได้ว่าการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นการปฏิรูปทั้ง 3 ระดับ ไปพร้อมกัน (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544: 36) คือ

2.1.4.1 การปฏิรูปความคิด จากการมองสุขภาพในมิติที่แคบมาสู่การมองสุขภาพในมิติที่กว้างและจากการตั้งรับเพื่อรอชมสุขภาพเสีย ซึ่งทำโดยฝ่ายรัฐ ฝ่ายวิชาชีพ/วิชาการเป็นหลักมาเป็นการเร่งรุกเพื่อสร้างสุขภาพดี ซึ่งประชาชนทำได้เองเป็นหลัก

2.1.4.2 การปฏิรูประบบ โครงสร้าง กลไก กฎเกณฑ์ กติกา และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ทำให้มั่นใจได้ว่าระบบต่าง ๆ จะก่อให้เกิดสุขภาพะ เกิดการพิทักษ์รักษาสุขภาพดี ในขณะเดียวกันก็ต้องมีระบบชมสุขภาพเสียที่ดีควบคู่กันไปด้วย

2.1.4.3 การปฏิรูปพฤติกรรมและการกระทำของทุกคน รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการทำงานของทุกองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดการรุกเพื่อสร้างสุขภาพดีนำหน้าการรอรับเพื่อชมสุขภาพเสีย

การปฏิรูปทั้ง 3 ระดับนี้จำเป็นต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กันตามความเชื่อมโยงของแต่ละระดับที่ส่งผลกระทบถึงกัน อย่างไรก็ตามการปฏิรูประดับระบบและโครงสร้างจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การปฏิรูปความคิดและการปฏิรูปพฤติกรรมเป็นไปได้อย่างถูกต้องทิศทางและยั่งยืน ดังนั้นจึงต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติด้วยการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และในท้ายที่สุดแล้วการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาตินั้นจะส่งผลลัพธ์ของการปฏิรูป ดังนี้

1. คนไทยได้เรียนรู้ร่วมกัน เกิดการระดมพลังร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพ โดยมีระบบสุขภาพที่ดีเป็นตัวหนุนเกื้อ
2. สังคมไทยยึดถือสุขภาพเป็นอุดมการณ์หรือเป็นเป้าหมายของการพัฒนา แทนที่จะมุ่งเน้นที่เรื่องเศรษฐกิจและความมั่งคั่งเพียงด้านเดียว
3. คนไทยมีสุขภาพดี สังคมไทยเป็นสังคมที่มีสุขภาพะ น่าอยู่อาศัย
4. คนไทยนิยมการสร้างสุขภาพกันอย่างกว้างขวาง มีสำนักสุขภาพ พฤติกรรม และวัฒนธรรมสุขภาพที่ดี
5. สังคมไทยมีระบบต่าง ๆ และปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ สามารถพิทักษ์คุ้มครองสุขภาพประชาชนอย่างได้ผล
6. คนไทยป่วยและตายโดยไม่จำเป็นลดลงตามลำดับ
7. คนไทยมีหลักประกันการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

8. สังคมไทยมีระบบชมสุขภาพที่ดี มีคุณภาพ เป็นธรรมและใช้เงินคุ้มค่า เป็นที่ที่ชื่นชอบแก่ประชาชนเมื่อยามจำเป็น

9. สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้อย่างสมเหตุสมผล

การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นกลไกสำคัญที่มีความเป็นรูปธรรมรวมทั้งเป็นเป้าหมายและกระบวนการทางสังคมเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ตลอดจนชุมชนและสังคมเกิดสุขภาพจะอย่างแท้จริง

2.2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

2.2.1 ความเคลื่อนไหวของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ความเคลื่อนไหวของการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีขั้นตอนดังนี้ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545: 20-22)

ต้นปี พ.ศ. 2544 เริ่มมีการจัดทำร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการสังเคราะห์งานวิชาการ เพื่อใช้เป็นสื่อตั้งต้นรับฟังความเห็นจากหน่วยงาน องค์กร ประชาคม และภาคีต่าง ๆ ที่สนใจ จำนวน 306 เครือข่าย รวม 1,599 ภาคี มีผู้ให้ความเห็นผ่านเวทีและสื่อต่าง ๆ กว่า 200,000 คน

วันที่ 1 - 5 กันยายน 2544 มีการจัดประชุมสภาสังคมสุขภาพแห่งชาติ ในงานตลาดนัดสุขภาพ ที่อิมแพ็ค เมืองทองธานี มีประชาคมเข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นต่อร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ ประมาณ 5,000 คน มีผู้เข้าร่วมงานตลาดนัดสุขภาพประมาณ 150,000 คน

ปลายปี พ.ศ. 2544 ทำการประมวลองค์ความรู้และสังเคราะห์ความคิดเห็นทั้งหมดจัดทำเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ต้นปี พ.ศ. 2545 นำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กลับไปรับฟังความคิดเห็นจากประชาคมต่าง ๆ ประกอบด้วยการรับฟังความคิดเห็นผ่านเวทีประชาคมระดับอำเภอประมาณ 500 เวที เวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดทุกจังหวัดอีกประมาณ 100 เวที รวมทั้งเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่องประมาณ 20 เวที

วันที่ 8-9 สิงหาคม 2545 ทำการปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และนำเข้าสู่การทำประชาพิจารณ์ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จากนั้นจึงจะเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาส่งเข้าสู่ขั้นตอนนิติบัญญัติ

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2545 มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ระดับชาติชวนคนไทยทุกคนให้สร้างสุขภาพโดยการออกกำลังกายพร้อมกันทั่วประเทศ และมีการลงนามเพื่อร่วมกันสนับสนุนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

2.2.2 สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

จากแนวคิดของระบบสุขภาพใหม่ ที่นำไปสู่เป้าประสงค์ของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดเป็นกรอบโครงสร้างระบบสุขภาพแห่งชาติ ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีสาระสำคัญใน 12 ประเด็นหลัก ดังนี้ (คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545: 4-13)

2.2.2.1 หลักการและความมุ่งหมาย

กำหนดไว้ว่า สุขภาพของบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของชุมชนและสังคม เป็นทั้งอุดมการณ์และหลักประกันความมั่นคงของชาติ ระบบสุขภาพเป็นระบบที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และคนทั้งมวลต้องร่วมสร้างสุขภาพ (Health for All, All for Health) ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นระบบที่มีศีลธรรม มีคุณธรรม และจริยธรรม เคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ นำไปสู่ความเท่าเทียมกัน มีโครงสร้างครบถ้วนทำงานสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการ มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ สามารถตรวจสอบได้และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์ เป็นระบบที่ใช้ปัญญาเป็นพื้นฐาน สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง (Evidence-based)

2.2.2.2 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

สุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชน ในหมวดนี้จึงกำหนดสิทธิด้านสุขภาพของคนไทยไว้กว่า 10 ประการ เช่น สิทธิในการดำเนินชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิทธิในการรับบริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้มาตรฐาน หลากหลายแบบแผน มีสิทธิเรียกร้องเมื่อได้รับความเสียหาย สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพียงพอ สิทธิในการรวมตัวกันจัดบริการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเอง สิทธิได้รับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี สิทธิในฐานะผู้ป่วย สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค เป็นต้น

นอกจากจะมีสิทธิแล้ว ประชาชน องค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ ต้องมีหน้าที่ด้านสุขภาพด้วย เช่น บุคคล องค์กร หมู่คณะ และชุมชนท้องถิ่น มีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพแก่ตนเองและสมาชิกขององค์กรนั้น ๆ และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการกระทำให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รัฐมีหน้าที่ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพก่อนดำเนินการโครงการใด ๆ ที่อาจก่อให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และมีหน้าที่แก้ไขปัญหาคูคามสุขภาพด้วย รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มีหน้าที่จัดให้มีระบบบริการด้านสุขภาพ มีหน้าที่ดำเนินการเพื่อสร้างโอกาส ปกป้องคุ้มครองและจัดการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และรับผิดชอบต่อการแก้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพของประชาชนที่เกิดจากนโยบายสาธารณะหรือการดำเนินการของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองด้วย เป็นต้น

2.2.2.3 ความมั่นคงด้านสุขภาพ

กำหนดให้รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน ต้องร่วมกัน คุ้มครองความมั่นคงด้านสุขภาพ ด้วยการร่วมสร้าง ส่งเสริม สนับสนุน ปกป้อง ควบคุม ลด ขจัด แก่ไขเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ เช่น การมีครอบครัวและชุมชนเข้มแข็ง การมีอาชีพและรายได้ที่พึงตนเองได้ ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยมีปัจจัยสี่และปัจจัยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ มีการบำรุงรักษา พัฒนาและคุ้มครองให้มีทรัพยากรเพียงพอ สิ่งแวดล้อมดี มีความมั่นคงด้านโครงสร้างพื้นฐาน (ระบบการศึกษา ระบบการคมนาคม ระบบสื่อสารมวลชน ฯลฯ) เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่มีอุปสรรคในแง่ของเศรษฐกิจ กายภาพ ศาสนา วัฒนธรรมและอื่น ๆ มีกระบวนการยุติธรรมที่สร้างความเป็นธรรม สงบสุข และสมานฉันท์ มีความมั่นคงด้านการเมือง มีระบบการกำหนดนโยบาย การใช้อำนาจอรัฐ การบริหารประเทศที่เป็นธรรมาภิบาล และประชาชนมีส่วนร่วม เป็นต้น

เนื่องจากสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมอันประกอบด้วยระบบย่อยต่าง ๆ ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้น ในหมวดนี้จึงกำหนดหลักการสำคัญ ๆ เพื่อเป็นหลักประกันให้แน่ใจว่าสุขภาพของประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองเพื่อให้เกิดความมั่นคง

2.2.2.4 กลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

ระบบนี้ถือได้ว่าเป็นทั้ง “สมอง” และ “หัวใจ” ของระบบสุขภาพก็ว่าได้ ที่ผ่านมานั้นนโยบายด้านสุขภาพถูกกำหนดโดยฝ่ายรัฐ ร่วมกับฝ่ายวิชาชีพ วิชาการ จะเห็นว่าส่วนภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายระดับชาติน้อยมาก ประชาชนเป็นเพียงผู้รอคอยรับบริการเท่านั้น ต่อมารัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2540 มาตรา 76 กำหนดให้รัฐสนับสนุน ส่งเสริม การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนร่วมเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจอรัฐทุกระดับ ระบบสุขภาพแห่งชาติ จึงออกแบบกลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติเพื่อทำให้เจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ เกิดเป็นรูปธรรมด้วยการสร้างกลไก ดังนี้

1) กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นกลไกดูแลทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน

มีรัฐมนตรีกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ (ภาคการเมือง) ฝ่ายวิชาชีพ/วิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภาควิชาการ) เป็นกรรมการ และมีกรรมการมากกว่าหนึ่งในสามมาจากภาคประชาชน

2) กลไกนี้มีสำนักเลขาธิการ คสช.ที่เป็นหน่วยงานของรัฐ ที่มีใช่เป็นส่วนราชการ ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ เพื่อให้ทำงานได้อย่างอิสระ เป็นกลาง ไม่ถูกแทรกแซงหรือชี้นำจากฝ่ายใด ทำงานเชื่อมโยง 3 ภาคส่วนเข้าด้วยกัน สำนักงานนี้ต้องมีระบบบริหาร จัดการที่เป็นธรรมาภิบาล โดยมีกรรมการบริหารที่ คสช. แต่งตั้งเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ

3) กำหนดให้มีกองทุนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับเงินงบประมาณเป็นก้อนจากรัฐบาล ร้อยละ 3-5 ต่อปี ของงบประมาณด้านสุขภาพ บริหารจัดการเพื่อให้เกิดการสร้างองค์ความรู้และการวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยมีการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายสถาบันวิจัยด้านสุขภาพทั่วประเทศ มีการสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งแก่ประชาคมต่าง ๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง โดยทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายสื่อสารมวลชนด้วย

4) กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี สมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่อง และสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้เรื่องสุขภาพ ระหว่างภาคประชาชน ภาควิชาการ และภาคการเมือง เพื่อนำไปสู่การกำหนดทิศทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง

กลไกนี้ไม่มีอำนาจหน้าที่ในเชิงบริหาร เพราะอำนาจส่วนนั้นเป็นของฝ่ายรัฐบาล โดยตรงอยู่แล้ว แต่กลไกนี้เน้นการทำงานเชื่อมโยงภาคการเมือง ภาคประชาชน และภาควิชาการ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันบนพื้นฐานขององค์ความรู้ และความสมานฉันท์ เพื่อร่วมกันสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กลไกนี้จึงเป็นทั้งกลไกช่วยรัฐและกำกับรัฐไปพร้อม ๆ กัน

2.2.2.5 การส่งเสริมสุขภาพ

มีหลักการสำคัญอยู่ที่ “การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน” เพื่อมุ่งให้ประชาชนเกิดสุขภาวะทั่วทั้งสังคม โดยมีแนวทางสำคัญ คือ

1) สร้าง ส่งเสริม สนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อสร้างเสริมความรู้และทักษะของบุคคลและชุมชน

2) สร้าง ส่งเสริม สนับสนุนให้มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

- 3) ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- 4) ส่งเสริม สนับสนุน มาตรการด้านบวก ทั้งมาตรการการเงินการคลัง ทางสังคม ทางวิชาการและอื่น ๆ ที่มุ่งใจสร้างเสริมสุขภาพ
- 5) กำหนดให้มีระบบสื่อมวลชนสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- 6) ส่งเสริม สนับสนุน ระบบสวัสดิการชุมชน กองทุนสวัสดิการชุมชนที่เป็นองค์กรร่วมเพื่อหนุนการสร้างสุขภาวะ โดยรัฐทำหน้าที่หนุนเสริมเติมเต็ม มิใช่ไปจัดการแบบเบ็ดเสร็จเอง

ทั้งนี้กำหนดให้รัฐต้องจัดกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ (Health Impact Assessment – HIA) ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม มีการใช้วิชาการอย่างเพียงพอ มีกลไกดำเนินงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และให้ประชาชนมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ โดยในระยะแรกให้เป็นกลไกภายใต้การสนับสนุนของคสช. เมื่อมีความพร้อมอาจจัดตั้งเป็นกลไกอิสระได้ต่อไป

2.2.2.6 การควบคุมป้องกันปัจจัย/ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ

ระบบนี้มีไว้ระบบควบคุมป้องกันโรคในความหมายแบบเดิม แต่เป็นระบบที่เน้นการควบคุมและป้องกันปัจจัยทั้งปวงที่คุกคามสุขภาพ โดยต้องมีความเข้มแข็งทั้งด้านวิชาการ และการจัดการ ทำงานอย่างได้ผล เพื่อลดการป่วย การตาย ความพิการ โดยมีแนวทางการทำงานเชื่อมโยงอย่างเป็นเครือข่าย ชุมชน ท้องถิ่นและองค์กรทุกระดับต้องมีส่วนร่วม มีระบบสารสนเทศที่ดี ใช้มาตรการต่าง ๆ อย่างครบถ้วน มีกลไกระดับชาติของรัฐดูแล และทำงานเชื่อมโยงกับองค์กรทุกระดับอย่างกว้างขวาง

2.2.2.7 การบริการสุขภาพและการควบคุมคุณภาพ

กำหนดหลักการว่า ต้องมีระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เน้นการสร้างนำซ่อมบนพื้นฐานสุขภาพพอเพียง ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ มีความเป็นธรรมและปลอดภัย มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบดูแลตนเองของประชาชน ระบบบริการครอบครัวและชุมชน และระบบบริการระดับต้น มีระบบเชื่อมโยงต่อกับระบบบริการระดับกลาง และระดับสูง และระบบบริการเฉพาะทาง เพื่อร่วมกันรับผิดชอบจัดบริการ ประชาชนเข้าถึงและได้รับบริการโดยไม่มีอุปสรรคไม่ว่าด้านใด

มีบริการหลากหลายแบบให้ประชาชนเลือกมีคุณภาพได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพ และใช้ทรัพยากรคุ้มค่า สร้างความเป็นธรรมให้แก่ประชาชนทั้งสังคม และประชาชนได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภคอย่างปลอดภัย

สำหรับแนวทางการจัดการระบบนี้คือ ต้องจัดระบบบริการระดับต้นให้กับคนไทยทุกคนแต่ต้องจัดแบบให้ประชาชนมีสิทธิเลือก มีระบบเชื่อมโยงส่งต่อที่เป็นรูปธรรม ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการทุกระดับ มีกลไกอิสระเพื่อดูแลระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการทุกระดับ โดยกำหนดให้มี "คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข" ภายใต้กลไก คสช. เพื่อดูแลเรื่องนี้อย่างเป็นพลวัต

2.2.2.8 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

กำหนดเป็นหลักการว่า ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างเสมอกัน โดยมีความมุ่งหมายว่าประชาชนจะปลอดภัยจากการใช้บริการด้านสุขภาพและการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หากเกิดกรณีประสบปัญหา ต้องมีระบบที่ดีดูแลและรับผิดชอบความเสียหาย โดยคำนึงถึงทั้งในแง่ของสิทธิประชาชนและคำนึงถึงความสมานฉันท์ของการอยู่ร่วมกันในสังคมด้วย

โดยกำหนดแนวทางว่า รัฐต้องกำหนดให้สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับต้องจัดให้มีระบบประกันคุณภาพ ระบบตรวจสอบที่ดี เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ต้องกำหนดให้หน่วยงานองค์กรทุกองค์กรที่ดำเนินงานแล้วเกิดผลกระทบทางลบต้องให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการตรวจสอบต่อองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค กลไกของรัฐที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคต้องมีระบบการทำงานที่เป็นธรรมาภิบาล และประชาชนต้องมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนในทุกระดับ รัฐต้องสนับสนุนกลไกคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนที่หลากหลายและกว้างขวาง ทั้งในแง่ของทรัพยากร วิชาการ และอื่นๆ เพื่อให้องค์กรภาคประชาชนมีความเข้มแข็งสามารถดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคควบคู่ไปกับกลไกภาครัฐ

ทั้งนี้ กำหนดให้ คสช. ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ผลักดันให้รัฐจัดระบบและกลไกใกล้เคียงและช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และจากการใช้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การออกกฎหมายเฉพาะ การจัดกลไกเฉพาะ การสร้างมาตรการเฉพาะ การสนับสนุนกลไกวิชาชีพ การจัดกลไกการมีส่วนร่วมระหว่างภาคประชาชนกับสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

2.2.2.9 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

มุ่งส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนขนบธรรมเนียมประเพณีเพื่อการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพบนหลักการพึ่งตนเอง โดยมีความมุ่งหมายเพื่อรับรอง ส่งเสริม และสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เช่น ระบบหมอพื้นบ้านเพื่อการพึ่งตนเองในชุมชนด้วยการสนับสนุนมาตรการทางบวกต่าง ๆ มุ่งการ

พัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน เช่น การแพทย์แผนไทย ให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่และมีศักดิ์ศรี

โดยกำหนดให้มี “คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนการใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ภายใต้ คสช. เพื่อดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ

2.2.2.10 องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ระบบนี้นับเป็นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเน้นการใช้ปัญญาเป็น พื้นฐานโดยกำหนดว่าองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ลงทุนโดยรัฐ ทุกคนต้องเข้าถึงได้ เพื่อประโยชน์สาธารณะ โดยระบุแนวทางว่ารัฐต้องลงทุนเพื่อการสร้างองค์ความรู้และการวิจัย ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ สร้างมาตรการที่เหมาะสมให้ภาคเอกชนร่วมลงทุนด้วย ต้องจัดกลไก และมาตรการที่เหมาะสมในการนำองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ได้ไปใช้ประโยชน์เพื่อสาธารณะ

รัฐต้องจัดกลไกกำหนดและบริหารทิศทางและนโยบายวิจัยสุขภาพที่เข้มแข็ง โดย กลไกนี้ต้องแยกจากกลไกที่ทำงานวิจัยเอง รัฐต้องสนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรวิจัยสุขภาพ อย่างกว้างขวางเพื่อทำงานวิจัยตอบคำถามเชิงนโยบาย และสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพในสาขา ต่าง ๆ รวมทั้งงานวิจัยชุมชน เพื่อให้มีองค์ความรู้ที่เพียงพอและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยการ ทำงานวิจัยต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชน รัฐต้องจัดให้มีกลไกเผยแพร่และ ตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อปกป้องคุ้มครองประชาชน และเพิ่มศักยภาพ ประชาชนด้วย

เสนอให้มีการออกพระราชบัญญัติเพื่อจัดตั้ง “สำนักงานวิจัยสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่บริหารจัดการอิสระ โดยให้มีคณะกรรมการบริหารแต่งตั้งโดย คสช. ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและนโยบายการวิจัยด้านสุขภาพ บริหารนโยบายวิจัยสุขภาพเพื่อให้ได้ องค์ความรู้รองรับการทำงานของกลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ จัดการให้มีกลไกให้ทุนการจัดการ งานวิจัย การลงทุน การจัดลำดับความสำคัญ การพัฒนาระบบวิจัย การใช้ทรัพยากร การ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรวิจัยด้านสุขภาพ โดยกลไกนี้ต้องไม่ทำงานวิจัยเอง

ที่สำคัญคือรัฐต้องส่งเสริม สนับสนุนและจัดการให้เกิดกลไกหรือศูนย์และ เครือข่ายทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพประชาชนที่ทำงานเชิงรุก (Active information dissemination centers & networks) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพประชาชนและ สนับสนุนงานคุ้มครองผู้บริโภค

2.2.2.11 กำลังคนด้านสุขภาพ

กำหนดให้มีระบบกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาลเพื่อเป็นปัจจัยที่ดีของระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขและระบบสุขภาพ โดยต้องมีระบบกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการวางแผน กำลังคนระดับชาติที่สอดคล้องกับการสร้างสุขภาพ รัฐสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอในการผลิตและพัฒนากำลังคนที่เป็นประโยชน์สูงแก่สาธารณะและผู้ด้อยโอกาสในสังคม มีระบบส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลที่อยู่ในท้องถิ่นต่าง ๆ ให้เข้าศึกษาและพัฒนาเป็นกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อกลับไปทำงานในท้องถิ่นของตนเอง สนับสนุนการทำงานขององค์กรวิชาชีพ สร้างระบบการทำงานเชื่อมโยงระหว่างวิชาชีพเพื่อการพัฒนากำลังคนและการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นสำคัญ โดยเปิดให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย นอกจากนี้ยังกำหนดให้มี “คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข” ภายใต้ คสช. เพื่อดูแลเรื่องนี้เป็นภาระเฉพาะ

2.2.2.12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพต้องมีทิศทางมุ่งที่การสร้างสุขภาพะ เป็นระบบที่สร้างความเป็นธรรม มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในระดับที่สมเหตุสมผล (Cost containment) โดยต้องส่งเสริมการใช้นโยบายทางการเงินการคลังที่มุ่งให้มีการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันปัญหาที่คุกคามสุขภาพเป็นหลัก

ระบบการเงินการคลังหลักสำหรับระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข เป็นระบบการเงินการคลังรวมหมู่ที่วางอยู่บนหลักการสำคัญ คือ อยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ มีความช่วยเหลือเกื้อกูล ความเอื้ออาทรของคนในสังคม การจ่ายเงินของประชาชนต้องเป็นไปตามสัดส่วนความสามารถในการจ่าย (Income related) ไม่ใช่การจ่ายตามภาระความเสี่ยงด้านสุขภาพ (Risk related) ประชาชนทุกคนที่อยู่ภายใต้ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ต้องได้รับสิทธิประโยชน์หลักที่เท่าเทียมกัน มีระบบการเงินการคลังรวมหมู่บนพื้นฐานหลักการเดียวกันแต่อาจมีการจัดการได้หลายระบบ ประชาชนมีสิทธิเลือกระบบต่าง ๆ เหล่านั้น และระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่นั้นต้องเป็นระบบปลายปิด ทั้งนี้กลไกที่ทำหน้าที่ดูแลการใช้จ่ายเงินในระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขกับกลไกที่ทำหน้าที่จัดบริการการแพทย์และสาธารณสุขต้องแยกออกจากกัน (Purchaser-provider split)

2.2.3 ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

จากประเด็นสาระสำคัญทั้ง 12 ประเด็นหลัก ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สามารถสรุปเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ 6 หมวด โดยสังเขป ดังนี้ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545ก: 9-65)

หมวด 1 ความมุ่งหมายและหลักการ (มาตรา 5-7)

ว่าด้วยเรื่อง สุขภาพที่เป็นศักดิ์ศรีของมนุษย์และเป็นเป้าหมายสูงสุดของชุมชน และสังคม ระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

หมวด 2 สิทธิหน้าที่และความมั่นคงด้านสุขภาพ (ประกอบด้วย 3 ส่วน)

ส่วนที่ 1 สิทธิด้านสุขภาพ (มาตรา 8-24)

ว่าด้วยเรื่อง สิทธิของบุคคลในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิทธิที่จะต้องได้รับความคุ้มครอง สิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุข สิทธิการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 หน้าที่ด้านสุขภาพ (มาตรา 25-31)

ว่าด้วยเรื่อง หน้าที่ของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ต้องมีหน้าที่ต่าง ๆ ด้านสุขภาพ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการกระทำที่ทำให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมไปถึงหน้าที่ของรัฐที่ต้องดำเนินการเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

ส่วนที่ 3 ความมั่นคงด้านสุขภาพ (มาตรา 32-33)

ว่าด้วยเรื่อง ความมั่นคงด้านสุขภาพจะต้องครอบคลุมทั้งทางสังคม ทางเศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม การเมือง การวิจัย และความเชื่อ ศาสนา รวมถึงความมั่นคงในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุข

หมวด 3 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 34-44)

ว่าด้วยเรื่อง องค์ประกอบ คุณสมบัติ การสรรหา และการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

หมวด 4 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 45-58)

ว่าด้วยเรื่อง อำนาจหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

หมวด 5 สมัชชาสุขภาพ (ประกอบด้วย 2 ส่วน)

ส่วนที่ 1 สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เฉพาะประเด็น (มาตรา 59)

ส่วนที่ 2 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 60-63)

ทั้ง 2 ส่วนว่าด้วยเรื่อง บทบาทหน้าที่ของสมาชิกสหภาพ

หมวด 6 แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (ประกอบด้วย 8 ส่วน)

ส่วนที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ (มาตรา 66-68)

ว่าด้วยเรื่องมาตรการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพะทั่วทั้งสังคม ลดการเจ็บป่วย การพิการ และการตายที่ไม่สมควร รวมทั้งควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ โดยมีการดำเนินการทั้งในระดับนโยบาย สังคม ชุมชน และบุคคล

ส่วนที่ 2 การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (มาตรา 69-70)

ว่าด้วยเรื่องมาตรการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ให้เป็นไปเพื่อมุ่งขจัด ยับยั้งและควบคุมปัจจัย หรือสภาวะที่ก่อให้เกิดหรืออาจจะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ(มาตรา 71-74)

ว่าด้วยเรื่อง มาตรการส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขที่เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยให้ความสำคัญในมิติเชิงมนุษย์และสังคมด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน

ส่วนที่ 4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ (มาตรา 75-77)

ว่าด้วยเรื่อง มาตรการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม เพื่อรองรับและส่งเสริมหลักการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อให้การบริการสาธารณสุขมีทางเลือกที่หลากหลาย

ส่วนที่ 5 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (มาตรา 78-79)

ว่าด้วยเรื่อง มาตรการการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้เป็นไปเพื่อการปกป้องคุ้มครองประชาชนอย่างเสมอกัน เพื่อให้ได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและการรับบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 6 องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (มาตรา 80-82)

ว่าด้วยเรื่อง มาตรการการส่งเสริมองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสร้างและพัฒนาอย่างเพียงพอ และเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย

ส่วนที่ 7 บุคลากรด้านสาธารณสุข (มาตรา 83-85)

ว่าด้วยเรื่อง มาตรการการพัฒนาบุคลากร เพราะบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ส่วนที่ 8 การเงินการคลังเพื่อการบริการสาธารณสุข (มาตรา 86-88)

ว่าด้วยเรื่อง มาตรการด้านการเงินการคลังเพื่อให้มีระบบการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้เป็นไปเพื่อการมีบริการที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท

2.3.1 ความหมายของบทบาท

ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทจากนักวิชาการหลายท่านที่กล่าวไว้ ดังนี้

ไพบูลย์ ช่างเรียน (2516: 29-30) กล่าวว่า บทบาทตามแนวคิดทางสังคมวิทยา บทบาท (Role) พิจารณาความหมายได้ 2 นัย คือ นัยแรกพิจารณาในด้านโครงสร้างสังคม (Social structure) บทบาทหมายถึง ตำแหน่งทางสังคมที่มีชื่อเรียกต่าง ๆ ซึ่งแสดงลักษณะโดยคุณสมบัติและกิจกรรมของบุคคลที่ครองตำแหน่ง อีกนัยหนึ่งพิจารณาในด้านการแสดงบทบาทหรือการปะทะสังสรรค์ทางสังคม (Social Interaction) บทบาทหมายถึง ผลต่อเนื่องที่มีแบบแผนการกระทำที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์แห่งการปะทะสังสรรค์นั้น

ตามนัยแรก บทบาทเป็นการจำแนกชนิดของบุคคลในสังคม ซึ่งทำให้แตกต่างกันโดยคุณสมบัติและพฤติกรรมของเขามีปทัสถาน บทบาทแสดงให้เห็นถึงการวิภาคกิจกรรมต่าง ๆ และลักษณะที่เป็นที่ยอมรับกันในสมาชิกของสังคม ตามนัยหลัง บทบาทเป็นวิธีแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่สังสรรค์กันนั้นว่าจะปฏิบัติต่อกันอย่างไร หรือคาดว่าผู้อื่นจะปฏิบัติต่ออย่างไร ซึ่งเมื่อพิจารณารวมกันทั้งสองนัยแล้ว บทบาทจึงเป็นตัวกลางระหว่างสังคมกับบุคคลแต่ละคนที่อยู่ในสถานการณ์ ซึ่งพฤติกรรมของเขากลายเป็นแนวทางปฏิบัติของสังคม ดังนั้นสังคมจึงต้องมีการวางรูปแบบของบทบาทที่ควรจะเป็นเอาไว้ เมื่อสถานการณ์เป็นที่รวมแห่งสิทธิและหน้าที่แล้ว บทบาทก็เป็นลักษณะที่เคลื่อนไหว (Dynamic) ของสถานการณ์ คือ การใช้สิทธิและหน้าที่ให้บังเกิดผลนั้น คือสถานการณ์ที่แสดงให้เห็นทราบว่าบุคคลนั้นเป็นใคร

ส่วนที่ 7 บุคลากรด้านสาธารณสุข (มาตรา 83-85)

ว่าด้วยเรื่อง มาตรการการพัฒนาบุคลากร เพราะบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ส่วนที่ 8 การเงินการคลังเพื่อการบริการสาธารณสุข (มาตรา 86-88)

ว่าด้วยเรื่อง มาตรการด้านการเงินการคลังเพื่อให้มีระบบการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้เป็นไปเพื่อการมีบริการที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท

2.3.1 ความหมายของบทบาท

ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทจากนักวิชาการหลายท่านที่กล่าวไว้ ดังนี้

ไพบูลย์ ช่างเรียน (2516: 29-30) กล่าวว่า บทบาทตามแนวคิดทางสังคมวิทยา บทบาท (Role) พิจารณาความหมายได้ 2 นัย คือ นัยแรกพิจารณาในด้านโครงสร้างสังคม (Social structure) บทบาทหมายถึง ตำแหน่งทางสังคมที่มีชื่อเรียกต่าง ๆ ซึ่งแสดงลักษณะโดยคุณสมบัติและกิจกรรมของบุคคลที่ครองตำแหน่ง อีกนัยหนึ่งพิจารณาในด้านการแสดงบทบาทหรือการปะทะสังสรรค์ทางสังคม (Social Interaction) บทบาทหมายถึง ผลต่อเนื่องที่มีแบบแผนการกระทำที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์แห่งการปะทะสังสรรค์นั้น

ตามนัยแรก บทบาทเป็นการจำแนกชนิดของบุคคลในสังคม ซึ่งทำให้แตกต่างกันโดยคุณสมบัติและพฤติกรรมของเขามีปทัสถาน บทบาทแสดงให้เห็นถึงการวิภาคกิจกรรมต่าง ๆ และลักษณะที่เป็นที่ยอมรับกันในสมาชิกของสังคม ตามนัยหลัง บทบาทเป็นวิธีแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่สังสรรค์กันนั้นว่าจะปฏิบัติต่อกันอย่างไร หรือคาดว่าผู้อื่นจะปฏิบัติต่ออย่างไร ซึ่งเมื่อพิจารณารวมกันทั้งสองนัยแล้ว บทบาทจึงเป็นตัวกลางระหว่างสังคมกับบุคคลแต่ละคนที่อยู่ในสถานการณ์ ซึ่งพฤติกรรมของเขากลายเป็นแนวทางปฏิบัติของสังคม ดังนั้นสังคมจึงต้องมีการวางรูปแบบของบทบาทที่ควรจะเป็นเอาไว้ เมื่อสถานการณ์เป็นที่รวมแห่งสิทธิและหน้าที่แล้ว บทบาทก็เป็นลักษณะที่เคลื่อนไหว (Dynamic) ของสถานการณ์ คือ การใช้สิทธิและหน้าที่ให้บังเกิดผลนั้น คือสถานการณ์ที่แสดงให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นใคร

ทิตยา สุวรรณะชฎ (2509: 268) อธิบายว่าบทบาทหมายถึงการประพฤติปฏิบัติตามฐานะตำแหน่งที่ได้รับให้ถูกต้องตามกฎหมายของสถานะและสังคมโดยตำแหน่ง เป็นผลรวมของสิทธิและหน้าที่ ดังนั้น บทบาทก็คือ การประพฤติปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ดังกล่าว

อานนท์ อาภาภิรม (2525: 24) ให้ความหมายว่าโดยปกติแล้วสถานภาพและบทบาทเป็นสิ่งควบคู่กันไป แต่อย่างไรก็ดี บทบาทหรือการปฏิบัติหน้าที่ย่อมขึ้นอยู่กับบุคคลที่เข้าดำรงตำแหน่งนั้น เพราะฉะนั้นบทบาทจึงเป็นรูปการณ์ที่เคลื่อนไหวหรือรูปการณ์ทางพฤติกรรมของตำแหน่ง

สนิท สมัครการ (2510: 195) ให้ความเห็นว่าบทบาทเป็นตัวแทนในลักษณะเคลื่อนไหว (Dynamic) ของสถานภาพ บุคคลแต่ละคนได้ถูกสังคมกำหนดสถานภาพไว้และมีความสัมพันธ์กับสถานภาพอื่น ๆ เมื่อบุคคลนั้นได้เอาสิทธิและหน้าที่ต่าง ๆ อันมีอยู่ในสถานภาพของเขาออกมาใช้ก็หมายความว่าเขากำลังสวมบทบาทของเขาอยู่

อมรา พงศาพิชญ์ (2521: 91-92) ได้แสดงความเห็นไว้ว่าบทบาท คือสิทธิหน้าที่ในการประพฤติปฏิบัติที่บุคคลหนึ่งมีต่อบุคคลหนึ่งตามสถานภาพของตน เช่น บทบาทของพ่อก็คือทำหน้าที่เลี้ยงดูลูกให้เป็นคนดีและรู้จักทำมาหากินและบทบาทหน้าที่ของลูกก็คือเคารพเชื่อฟังพ่อแม่และทำงาน ประพฤติตนเป็นคนดี

พัทธยา สายหนู (2516: 68) กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ คือ สิ่งที่ทำให้เกิดความเป็น “บุคคล” และเปรียบเทียบได้เสมือน “บท” ของตัวละครที่กำหนดให้ผู้แสดงในละครเรื่องนั้น ๆ เป็นตัว (ละคร) อะไร มีบทบาทที่จะต้องแสดงอย่างไร ถ้าแสดงผิดบทหรือไม่สมบทก็อาจถูกเปลี่ยนตัวไม่ให้แสดงไปเลย ในความหมายเช่นนี้ “บทบาท” ก็คือ การกระทำต่าง ๆ ที่ “บท” กำหนดไว้ให้ผู้แสดงต้องทำตราบไต่ที่ยังอยู่ใน “บท” นั้น

ภิญโญ สาร (2516: 283) กล่าวว่าบทบาทหมายถึง ความมุ่งหวังของบุคคลคาดหวังว่าบุคคลในตำแหน่งหนึ่งควรกระทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาในสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง และบทบาทหน้าที่มีควบคู่อยู่กับตำแหน่งที่บุคคลดำรงอยู่เสมอ

สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม (2520: 46) อธิบายความหมายของบทบาทไว้ว่า บทบาทมีความหมายใกล้เคียงกับสถานภาพมาก บทบาทเป็นสิ่งที่บุคคลใน สถานภาพต่าง ๆ พึงกระทำ นั่นคือเมื่อสังคมกำหนดสิทธิและหน้าที่ให้สถานภาพใดอย่างไรแล้ว บุคคลในสถานภาพนั้นจะต้องประพฤติปฏิบัติหน้าที่ที่ตามหน้าที่ที่กำหนดไว้

สุพัทธรา สุภาพ (2522: 52) กล่าวถึงสถานภาพและบทบาท (Status and Role) ว่าการที่คนเรากำหนดเรียกบุคคลหนึ่งว่าเป็นข้าราชการหรือตำแหน่งใด ๆ นั้น เป็นการเรียกตามสถานภาพ

(Status) ของผู้นั้น สถานภาพจะเป็นตำแหน่งที่ได้จากการเป็นสมาชิกกลุ่มเป็นสิทธิและหน้าที่ทั้งหมดที่บุคคลมีอยู่เกี่ยวข้องกับผู้อื่นและสังคมส่วนรวม สถานภาพจะกำหนดว่าบุคคลนั้นมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างไร มีหน้าที่รับผิดชอบอย่างไรในสังคม สถานภาพเป็นสิ่งที่เฉพาะบุคคลที่ทำให้แตกต่างจากผู้อื่น ๆ และมีอะไรเป็นเครื่องหมายของตน

พนม ลัมอารีย์ (2524: 345) ได้ให้ความหมายบทบาทไว้ว่า บทบาทหมายถึงการกระทำซึ่งแสดงออกโดยตำแหน่งที่แน่นอนที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ เมื่อไรก็ตามที่เขาแสดงปฏิกิริยาตอบสนองตามสิทธิและหน้าที่ในวัฒนธรรมที่เขาอยู่ เรากล่าวได้ว่าเขาแสดงบทบาทซึ่งเขาจำเป็นต้องแสดง ซึ่งการแสดงบทบาทตามฐานะนั้นแต่ละคนจะต้องพัฒนาการแสดงบทบาทของตนโดยอาศัยการเรียนรู้ในแต่ละวัฒนธรรมที่ตนอาศัยอยู่

สุพล พุดคำ (2522: 19) ให้ความหมายของบทบาทว่า บทบาทและหน้าที่เป็นของคู่กัน ซึ่งกำหนดควบคู่กับตำแหน่งที่บุคคลนั้นจะได้รับ บทบาทเป็นเงื่อนไขที่บุคคลดำรงตำแหน่งนั้นจะต้องกระทำ รวมทั้งสิทธิต่าง ๆ ที่ได้รับมาพร้อมกับตำแหน่งซึ่งเป็นสิทธิและหน้าที่ที่จะต้องไปเกี่ยวข้องกับผู้อื่น

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2530: 700) อธิบายว่า บทบาทเป็นรูปแบบของพฤติกรรมมาตรฐานที่คาดหวังว่า บุคคลที่อยู่ในตำแหน่งเฉพาะอันหนึ่งโดยไม่คำนึงถึงความปรารถนา และข้อห้ามส่วนบุคคลที่บุคคลนั้นจะต้องประพฤติปฏิบัติในบทบาทนั้น ๆ

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2522: 47) อธิบายว่าสิทธิก่อให้เกิดหน้าที่ตามมา ฉะนั้นมนุษย์ทุกรูปทุกนามที่ต้องการใช้สิทธิในด้านต่าง ๆ สิ่งที่จะต้องตามมาก็คือหน้าที่ โดยจะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามนัยของสิทธิที่ได้รับ บรรดาสิทธิและหน้าที่ที่สมาชิกในสังคมจะต้องปฏิบัติก็คือ บทบาทนั่นเอง

สมยศ นาวิการ (2526: 13) กล่าวว่าบทบาทเป็นแบบของพฤติกรรม ซึ่งขอบเขตของบทบาทเหล่านี้จะกำหนดไว้ในคำบรรยายลักษณะงานและนโยบายอย่างเป็นทางการและขอบเขตของบทบาทอาจจะเป็นที่เข้าใจอย่างไม่เป็นทางการก็ได้

อุทัย นิรัญโต (2526: 197) ได้อธิบายว่าบทบาทคือ หน้าที่ (Function) หรือพฤติกรรมอันพึงคาดหมาย (Expected Behavior) ของบุคคลแต่ละคนในกลุ่มหรือในสังคมหนึ่ง ๆ หน้าที่หรือพฤติกรรมดังกล่าว โดยปกติแล้วเป็นสิ่งที่กลุ่มหรือสังคมหรือวัฒนธรรมนั้น ๆ กำหนดขึ้นเพื่อความเรียบร้อยของสังคม ฉะนั้นบทบาทจึงเป็นแบบแผนแห่งความประพฤติของบุคคลในสถานะหนึ่ง ที่พึงมีต่อบุคคลอื่นในสถานะอีกอย่างหนึ่งในสังคมเดียวกัน

Merton (1962: 369-370) กล่าวว่า สิ่งสำคัญในโครงสร้างและวัฒนธรรมมีอยู่ 2 ประการ คือ จุดมุ่งหมายปลายทางและวิธีการ ซึ่งวิธีการนี้คือการแสดงบทบาท นอกจากนี้เขายังมีความเห็น

ว่าบุคคลต้องมีตำแหน่งและมีชุดบทบาท (Role-set) เป็นชุด ๆ ไม่เหมือนกัน ส่วนจะมีจำนวนชุดบทบาทมากน้อยแค่ไหนนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคลในสังคมนั้น และสังคมที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่

Gilmer (1970: 403) ให้ความเห็นเกี่ยวกับบทบาทว่า คือพฤติกรรมของบทบาท (Role Behavior) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ความรู้ความเข้าใจ ความต้องการ ความรู้สึก และลักษณะการตอบสนองระหว่างบุคคลซึ่งบุคคลจะ เรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทของเขาตั้งแต่เริ่มมีชีวิตและเก็บสะสมมาเรื่อย ๆ ถ้ามีการแสดงบทบาทที่ไม่มีประสบการณ์มาก่อน เขาก็สามารถที่จะนำเอาประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาททั้งหมดที่ผ่านมา ดัดแปลงแก้ไขให้เข้ากับบทบาทใหม่ที่ได้รับอย่างเหมาะสม

Livinson (1964: 284-285) ได้สรุปความหมายของบทบาทไว้ 3 ประการ คือ

1. บทบาท หมายถึง ปทัสถาน (Norm) ความมุ่งหวัง ข้อห้าม ความรับผิดชอบ และอื่น ๆ ที่มีลักษณะในทำนองเดียวกัน ซึ่งผูกพันอยู่กับตำแหน่งทางสังคมที่กำหนดให้ บทบาทตามความหมายนี้ คำนึงถึงตัวบุคคลน้อยที่สุดแต่มุ่งไปถึงการบ่งชี้ถึงหน้าที่อันควรกระทำ
2. บทบาท หมายถึง ความเป็นไปของผู้ดำรงตำแหน่งที่คิดและจะกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งนั้น ๆ
3. บทบาท หมายถึง การกระทำของบุคคลแต่ละคนที่กระทำโดยให้สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคม หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งบทบาทก็คือแนวทางอันบุคคลพึงกระทำเมื่อตนดำรงตำแหน่งนั้น

2.3.2 ประเภทของบทบาท

มีผู้แบ่งประเภทของบทบาทไว้หลายแนวคิดด้วยกัน ดังนี้

สงวนศรี วิรัชชัย (2527: 23-24) อธิบายว่าถ้าจะพิจารณาลักษณะของบทบาทที่ปรากฏอยู่ในสังคมให้ลึกซึ้งแล้ว จะพบบทบาทอยู่หลายรูปแบบหลายลักษณะคือ

1. บทบาทตามที่กำหนด (Prescribed Roles) หมายถึง บทบาทที่สังคม กลุ่มหรือองค์กรกำหนดไว้ว่า เป็นรูปแบบของพฤติกรรมประจำตำแหน่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคม กลุ่มหรือองค์กรนั้น ๆ เช่น ข้อกำหนดที่ว่าพ่อแม่ต้องอบรมเลี้ยงดูลูก ข้าราชการต้องปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชาที่สั่งงานโดยชอบ เป็นต้น
2. บทบาทที่ผู้อื่นคาดหวัง (Expected Roles) หมายถึง บทบาทหรือรูปแบบของพฤติกรรมที่คนอื่น (ผู้เกี่ยวข้อง) คาดหวังว่าผู้อยู่ในตำแหน่งจะถือปฏิบัติ บทบาทที่ผู้รับคาดหวังนี้มี

และสอดคล้องกับบทบาทที่กำหนด แต่ในบางครั้งบทบาทที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวังอาจจะไม่ตรงกับบทบาทที่กำหนดก็ได้ เพราะบางคนอาจมีการคาดหวังมากหรือน้อยกว่าข้อกำหนดที่ตนได้รับทราบ

3. บทบาทตามอุดมคติของผู้อยู่ในตำแหน่ง (Subjective Roles) หมายถึง บทบาทหรือรูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลผู้อยู่ในตำแหน่งคิดและเชื่อว่าเป็นบทบาทของตำแหน่งที่ตนดำรงอยู่ เช่น ผู้บังคับบัญชาคิดว่าตนมีหน้าที่ควบคุมการปฏิบัติงานของผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา แต่ไม่ต้องใส่ใจกับปัญหาส่วนตัวของผู้ใต้บังคับบัญชา ดังนั้นบทบาทของผู้อยู่ในตำแหน่งอาจสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับบทบาทที่กำหนดและอาจจะตรงหรือไม่ตรงกับบทบาทที่ผู้รับคาดหวัง

4. บทบาทที่ปฏิบัติจริง (Enacted Roles) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้อยู่ในตำแหน่งได้ปฏิบัติหรือแสดงออกมาให้เห็น ซึ่งมักจะเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบทบาทตามความคิดของเจ้าตัวผู้อยู่ในตำแหน่ง แต่ก็อาจมีกรณีที่บุคคลแสดงพฤติกรรมตามการคาดหวังของผู้อื่น ทั้ง ๆ ที่บทบาทนั้นไม่ตรงกับบทบาทตามความคิดของตนก็ได้

5. บทบาทที่ผู้อื่นรับรู้ (Perceived Roles) หมายถึง รูปแบบของพฤติกรรมที่ผู้อื่นได้ทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทของผู้อยู่ในตำแหน่ง ซึ่งโดยธรรมชาติการรับรู้ของคนเราจะมี การเลือกรับรู้ และมีการรับรู้ที่ผิดพลาดไปจากความเป็นจริงได้ด้วยอิทธิพล จากประสบการณ์ และสถานการณ์หลายอย่าง ดังนั้นเมื่อผู้อยู่ในตำแหน่งปฏิบัติบทบาทโดยแสดงพฤติกรรมแตกต่างไปจากบทบาทตามความคิดของผู้อยู่ในตำแหน่งด้วย

ระพี สุวรรณะชฎ (2521: 35-38) กล่าวว่าบทบาทสามารถพิจารณาได้เป็น 4 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ

1. บทบาทที่เป็นจริง (Role Performance) คือบทบาทที่แสดงจริงในขณะปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทนั้น ๆ
2. บทบาทคาดหวัง (Role Expectation) คือ บทบาทที่ตนเองคาดหวังจะแสดง หรือถูกคาดหวังโดยผู้เกี่ยวข้องว่าควรจะแสดง
3. การคาดหวังบทบาทสอดคล้องและบทบาทขัดแย้ง (Role Consensus) คือ ความคาดหวังและความแตกต่างระหว่างการคาดหวังตนเองและถูกคาดหวังจากผู้อื่น
4. ความเครียดในบทบาท (Role Strain) คือ สาเหตุของความเครียดและความรู้สึกเครียดในบทบาทของตนเอง

จำนง อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ (2532: 45-46) ได้จำแนกลักษณะของบทบาทไว้เป็น 3 ประการ คือ

1. บทบาทในอุดมคติ (Ideal Role) ได้แก่ บทบาทที่กำหนดไว้เป็นกฎหมาย หรือตามความคาดหวังของบุคคลทั่วไปในสังคม เป็นแบบฉบับที่สมบูรณ์ ซึ่งผู้ที่มีสภาพหนึ่ง ๆ ควรกระทำแต่อาจไม่มีใครทำตามนั้น
2. บทบาทตามที่ถูกคนเข้าใจหรือรับรู้ (Perceived Role) เป็นบทบาทที่ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้น ๆ จะคาดคิดด้วยตนเองว่าควรเป็นอย่างไร ทั้งนี้ย่อมเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ค่านิยม หรือบุคลิกภาพและประสบการณ์ของแต่ละคน
3. บทบาทที่แสดงออกจริง (Actual/Enacted Role) ได้แก่ การกระทำที่บุคคลปฏิบัติจริงซึ่งย่อมขึ้นอยู่กับสถานการณ์เฉพาะหน้าในขณะนั้นด้วย สถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาทหนึ่ง ๆ อาจเป็นสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การกดดันของกลุ่มต่าง ๆ ดังนั้นบทบาทที่แท้จริงจึงอาจสอดคล้องกับบทบาทในอุดมคติหรือบทบาทที่บุคคลรับรู้ก็ได้

จิตยา สุวรรณะชฎ (2517: 69) ได้จำแนกบทบาทออกเป็น

1. บทบาทตามอุดมคติ (Ideal Role) หรือบทบาทที่ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมควรปฏิบัติ เช่น พ่อจะต้องรักลูกตลอดจนอบรมเลี้ยงดูให้การศึกษาแก่ลูก
2. บทบาทที่ปฏิบัติจริง (Actual Role) หรือบทบาทที่ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมจะต้องปฏิบัติจริง เช่น พ่อแม่รักลูกก็ต้องแสดงความรักด้วยการพูดจา ให้สิ่งของหรือชื่นชมอยู่ในใจ บทบาทที่ปฏิบัติจริงนี้จะเป็นเรื่องของการนำเอาบทบาทตามอุดมคติมาแบ่งและดัดแปลงให้เข้ากับเหตุการณ์ หรืออาจกล่าวได้ว่า บทบาทที่ได้ปฏิบัติจริงนี้เป็นผลรวมของ
 - บทบาทตามอุดมคติ
 - บุคลิกภาพของผู้ดำรงตำแหน่ง
 - อารมณ์ขณะแสดงบทบาทและอุปกรณ์ของผู้ดำรงตำแหน่งที่มีอยู่
 - ปฏิกริยาของผู้ที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม จิตยา สุวรรณะชฎ ก็ได้กล่าวสรุปฐานะ ตำแหน่ง และบทบาททางสังคมไว้ดังนี้ คือ

1. มีสถานภาพ (Status) อยู่จริงในทุกสังคมและมีอยู่ก่อนที่ตัวคนจะเข้าไปครอง
2. มีบทบาทที่ควรจะเป็น (Ought - to - role) ประจำอยู่ในแต่ละตำแหน่ง

3. วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้น ๆ เป็นส่วนหนึ่งซึ่งสำคัญในการกำหนดฐานะ ตำแหน่ง และบทบาทที่ควรจะเป็น

4. การที่คนเราจะทราบถึงฐานะ ตำแหน่ง และบทบาทนั้นก็ ได้มาจากสังคมกรณ์ (Socialization) ในสังคมนั้น ๆ

5. บทบาทที่ควรจะเป็นนั้น ไม่แน่นอนเสมอว่าจะเหมือนกับพฤติกรรมจริงของคน ที่ครองฐานะตำแหน่งอื่น ๆ เพราะพฤติกรรมจริง ๆ นั้น เป็นผลของปฏิกิริยาของคน ที่ครองฐานะ ตำแหน่งที่มีต่อบทบาทที่ควรจะเป็นบุคลิกภาพของตนเอง และบุคลิกภาพของผู้อื่นที่เข้ามาร่วมในพฤติกรรมและเครื่องกระตุ้น (Stimulus) ที่มีอยู่ในเวลาและสถานที่ที่เกิดการติดต่อทางสังคม

แสงว รัตนมงคลมาศ (2544: 67-68) กล่าวว่า บทบาทในทางวิชาการมีหลายรูปแบบ หลายลักษณะ จำแนกได้ดังนี้

1. บทบาทในอุดมคติ (Ideal Role) เป็นบทบาทที่ได้ถูกกำหนดไว้โดยสังคม มีระเบียบแบบแผน ข้อกำหนดต่าง ๆ ให้กระทำตาม

2. บทบาทที่เป็นจริง (Actual Role) เป็นบทบาทที่บุคคลแสดงออกมาจริง

3. บทบาทที่รับรู้ (Perceived Role) เป็นบทบาทที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าจะประพฤติอย่างไร

4. บทบาทที่คาดหวัง (Expecting Role) เป็นบทบาทที่ผู้ปฏิบัติคาดหวังว่าตนจะปฏิบัติงานอย่างไร

5. บทบาทที่ถูกคาดหวัง (Expected Role) เป็นบทบาทที่ผู้อื่นมีความคาดหวังต่อผู้ปฏิบัติงานว่าจะต้องทำอย่างไร

Berlo (1966: 153) ได้อธิบายเรื่องบทบาทไว้ ดังนี้

1. บทบาทที่กำหนด (Role Prescriptions) คือ บทบาทที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งนั้นจะต้องกระทำบทบาทเช่นไรบ้าง

2. บทบาทที่กระทำจริง (Role Descriptions) คือ บทบาทที่บุคคลได้กระทำหรือปฏิบัติจริง ๆ เมื่อเขาอยู่ในบทบาทนั้น

3. บทบาทที่ถูกคาดหวัง (Role Expectations) คือ บทบาทที่ถูกคาดหวังโดยผู้อื่น หรือผู้ที่เกี่ยวข้องว่าบุคคลที่อยู่ในบทบาทนั้น ๆ ควรกระทำอะไรบ้าง

Broom and Selznick (1977: 34-35) ได้จำแนกลักษณะของบทบาทได้ 3 ประการ คือ

1. บทบาทที่กำหนดไว้ หรือ บทบาทตามอุดมคติ (Prescribed or Ideal Role) เป็นบทบาทที่ได้กำหนดสิทธิและหน้าที่ของตำแหน่งเอาไว้อย่างแน่นอนและชัดเจน

2. บทบาทที่ควรกระทำ (Percieve Role) เป็นบทบาทที่บุคคลแต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามหน้าที่ในตำแหน่งนั้น ๆ ซึ่งอาจจะเป็นไปตามบทบาทที่กำหนดไว้ทุกประการหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ

3. บทบาทที่กระทำจริง (Perform Role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำจริงตามความเชื่อ ความคาดหวัง ความกดดัน ตลอดจนโอกาสที่จะกระทำในแต่ละสังคมในช่วงระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ

2.3.3 บทบาทคาดหวัง

บทบาทคาดหวัง คือ บทบาทที่อยู่ในระดับความคิดส่วนบุคคลว่าจะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ได้รับอย่างไรแต่ยังไม่ได้กระทำจริง ๆ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ต่างกัน ดังนี้

รังสรรค์ ทิมพันธุ์พงษ์ (2521: 13) ได้กล่าวไว้ว่า การคาดหวังว่าบทบาทเป็นการกระทำหรือคุณสมบัติต่าง ๆ ซึ่งอยู่ในตำแหน่งหนึ่ง ๆ ควรจะมีผู้ดำรงตำแหน่งไม่เพียงจะได้แสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่สอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคลอื่น ๆ ในสังคมทั่วไป แต่จะต้องแสดงบทบาทซึ่งจะทำให้การครองตำแหน่งของตนเองอยู่ตลอดไป การที่จะแสดงบทบาทให้ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทที่คาดหวังกับความต้องการของบุคคลนั้น

Popenoe (1971: 83) ได้อธิบายว่าบทบาทที่ถูกคาดหวัง (Role Expectation) คือบทบาทที่บุคคลควรปฏิบัติตามที่สังคมกำหนดนั้น ไม่จำเป็นเสมอไปที่จะต้องตรงกับบทบาทที่บุคคลปฏิบัติจริง (Role Performance) ความแตกต่างระหว่างบทบาทที่ถูกคาดหวังกับบทบาทที่ปฏิบัติจริงนั้นเกิดขึ้นได้โดยมีสาเหตุ ดังนี้

1. บุคคลอาจจะไม่เข้าใจในบทบาทของตนเอง
 2. บุคคลอาจจะไม่เห็นด้วยที่จะปฏิบัติตามบทบาทที่ถูกกำหนด โดยบุคคลนั้น
- มีเหตุผลส่วนตัว
3. บุคคลอาจมีปัญหส่วนตัวจึงไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทที่กำหนดไว้นั้นได้

Murray (1968: 416) ได้กล่าวถึงความคาดหวัง (Expectation) ว่า หมายถึง ระดับผลงานที่บุคคลกำหนดหรือคาดหมายว่าจะทำได้เพื่อให้บุคคลทำงานที่ตนเคยทำ และความคาดหวังนั้นเป็นระดับที่บุคคลปรารถนาจะไปให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ในการทำงานแต่ละครั้ง และเขาได้กล่าวถึง บทบาทคาดหวัง (Role Expectation) ว่าหมายถึง ความคิดเห็นที่มีต่อบุคคลซึ่งอยู่ในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งทั้งกระทำหรือไม่กระทำ ดังนั้นบทบาทที่คาดหวังนั้นจะออกมาในรูปของการกระทำที่บุคคลคิดว่าควรทำตามสิทธิหรือหน้าที่ในตำแหน่งนั้น ๆ ที่ตนครอบครองอยู่

Gross, Ward and Alexander (1965: 58) ได้ให้ความหมายของการคาดหวังบทบาทไว้ 2 นัย คือ

1. เป็นการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าโดยแสดงความรู้สึกหรือความเชื่อมั่นในสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่า มีโอกาสเป็นจริงได้ในอนาคต
2. เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการวัดผลการดำเนินบทบาทบุคคลนั้นดำรงตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งใดอยู่ในสถานการณ์ปกติหรือในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

Turner (1982: 349-531) (อ้างถึงใน หงส์ สาวันดี, 2538: 14-20) ได้กล่าวถึงบทบาทคาดหวังในเชิงทฤษฎีทางปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม (Symbolic interactionism) โดยเปรียบเทียบเหมือนกับ “การเล่นละครบนเวที” (Dramaturgical approach) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะความคาดหวัง (Expectation) ทั้ง 3 ประการ คือ

1. ความคาดหวังจาก “บท” (Expectation from the “Script”) หมายถึงภาวะความเป็นจริงต่าง ๆ ทางสังคม (Social reality) จะสามารถเปรียบเทียบได้เช่นกับบทละคร (Script) ซึ่งประกอบด้วยตำแหน่งต่าง ๆ ทางสังคม โดยมีบรรทัดฐาน (Norms) เป็นตัวกำหนดว่าบุคคลควรมีพฤติกรรมเช่นใดในสังคม กิจกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ทางสังคมจะถูกจัดระบบและควบคุมโดยบรรทัดฐานที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์และเงื่อนไขทางสังคมที่แตกต่างกัน
2. ความคาดหวังจากผู้ร่วมแสดงคนอื่น ๆ (Expectation from other “Players”) หมายถึง การที่สังคมมีบรรทัดฐาน ซึ่งเปรียบเทียบเหมือน Script ที่กำหนดบทบาทของบุคคลในความสัมพันธ์กับทางสังคมดังกล่าวแล้วบุคคลในสังคมจึงต้องมีการสวมบทบาท (Role taking) ซึ่งกันและกัน เพื่อที่บุคคลจะได้คาดหวังพฤติกรรมของบุคคลอื่นในสังคมที่แสดงออกและสามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่ถูกต้องได้ตามความคาดหวังของสังคมและบุคคลอื่น ๆ
3. ความคาดหวังจากผู้ชม (Expectation from the “Audience”) หมายถึง เป็นความคาดหวังของบุคคลในสังคมที่อยู่ในสถานภาพต่าง ๆ กัน ซึ่งจะต้องคาดหวังและสวมบทบาทของบุคคลอื่น เพื่อที่จะเป็นเครื่องนำทางไปสู่การปฏิสัมพันธ์ของสังคมอย่างถูกต้องและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ซึ่งเป็นความคาดหวังร่วมกัน

ดังนั้นสังคมโลกถูกสมมติขึ้นโดยทฤษฎีบทบาท ซึ่งจัดระบบโครงสร้างในลักษณะของความคาดหวังจากสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการคาดหวังจากบท (Script) การคาดหวังจากผู้ร่วมแสดงคนอื่น (Other Players) หรือการคาดหวังจากผู้ชม (Audience) ก็ตาม รูปแบบของความคาดหวังดังกล่าวเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับสถานภาพที่บุคคลเหล่านั้นครอบครองอยู่นั่นเอง

Getzels, Limpham and Campbell (1968: 77) ให้ความเห็นเกี่ยวกับบทบาทคาดหวังว่า ความคาดหวังนี้ย่อมแตกต่างกันไป เพราะคนเราต่างมีความคิด ความต้องการต่างกัน ในระบบสังคมทุกชนิดพฤติกรรมทางสังคมของบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากความคาดหวังของบุคคลประการหนึ่งกับความต้องการส่วนตัวของตนเองอีกประการหนึ่ง

จากแนวคิดเรื่องบทบาทที่ได้รวบรวมมา ผู้วิจัยสรุปได้ว่า บทบาท คือ การปฏิบัติหน้าที่ตามตำแหน่งหรือสถานภาพของบุคคลซึ่งเป็นไปตามความคาดหวังของบุคคลหรือสังคมโดยมีการวางระเบียบไว้ชัดเจนว่า บุคคลที่อยู่ในบทบาทนั้นจะมีสิทธิและต้องมีหน้าที่อย่างไรบ้าง และสามารถสรุปประเภทของบทบาทได้ดังนี้

1. บทบาทที่ถูกกำหนด (Prescribed Role/Ideal Role) เป็นบทบาทที่มีการกำหนดสิทธิและหน้าที่ของตำแหน่งทางสังคมไว้เพื่อให้ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมจะต้องปฏิบัติ

2. บทบาทที่คาดหวัง (Role Expectation) เป็นบทบาทที่อยู่ในระดับของความคิดส่วนบุคคลว่าควรจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรหรือความคาดหวังของสังคมให้บุคคลแสดงบทบาทนั้น ๆ ในที่นี้สามารถแบ่งบทบาทคาดหวังได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

2.1 บทบาทคาดหวังของตนเอง (Expecting Role) ใช้ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้คาดหวังว่าตนควรจะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมอย่างไร เรียกว่า บทบาทคาดหวังของตนเอง

2.2 บทบาทคาดหวังจากผู้อื่น (Expected Role) ใช้ในกรณีที่ผู้อื่นเป็นผู้คาดหวังต่อผู้ปฏิบัติงานว่าควรปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมอย่างไร เรียกว่า บทบาทคาดหวังจากผู้อื่น

3. บทบาทที่เป็นจริง (Actual Role) เป็นบทบาทที่บุคคลแสดงออกมาจริงซึ่งอาจเป็นไปตามบทบาทที่สังคมคาดหวังหรือเป็นบทบาทที่ตนเองคาดหวัง หรือเป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้ บทบาทที่เป็นจริงนี้อาจจะไม่เป็นไปตามทั้งบทบาทที่ถูกกำหนดและบทบาทคาดหวังก็ได้

ส่วนบทบาทคาดหวัง สรุปได้ว่า เป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อบทบาทที่ควรทำตามสิทธิหรือหน้าที่ในตำแหน่งนั้น ซึ่งความคิดเห็นของบุคคลดังกล่าวนี้จะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับลักษณะของสังคม ความต้องการส่วนตัว และความรู้ความเข้าใจ การคาดหวังบทบาทนี้จะเป็นการประเมินถึงสิ่งที่ตนคาดว่าจะแสดงบทบาทออกมาในการปฏิบัติงานภายใต้สถานภาพและตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ

2.4.1 ความหมายของความรู้ความเข้าใจ

เรื่องความรู้ความเข้าใจมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมความหมายไว้พอสังเขปดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (บุญฤกษ์ จาญามระ และคณะ, 2538: 154, 706) ให้ความหมายของ "รู้" หมายถึง แจ้ง เข้าใจ ทราบ ส่วน "เข้าใจ" หมายถึง รู้เรื่อง รู้ความหมาย

พจนานุกรมทางการศึกษา (Dictionary of Education) ของ Good, Carter V. (1973: 325) ได้ให้คำจำกัดความของ "ความรู้" ว่าเป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้

สุนันท์ ศัลโกสม (2524: 15) ได้กล่าวถึง ความรู้ หมายความว่า ความสามารถในการคงไว้รักษาไว้ซึ่งข้อเท็จจริง เรื่องราวรายละเอียดต่าง ๆ ตลอดจนประสบการณ์ทั้งมวลของผู้เรียน และในด้านของความเข้าใจนั้น ได้กล่าวว่า หมายถึงความสามารถในการเก็บรวบรวมความรู้และขยายความรู้ ความจำนั้นให้ไกลออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล

ไพศาล หวังพานิช (2526: 96, 105) กล่าวว่า "ความรู้" หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดของเรื่องราวอันเป็นประสบการณ์ของบุคคลซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป ส่วน "ความเข้าใจ" หมายถึง ความสามารถในการนำความรู้ ความจำ ไปดัดแปลงปรับปรุงเพื่อให้สามารถจับใจความได้ อธิบายหรือเปรียบเทียบ ย่นย่อเรื่องราว ความคิด ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ได้

บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ (2535: 7) ให้ความหมายความรู้ ความจำ (Knowledge) หมายความว่า การระลึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว และรวมถึงการจำเนื้อเรื่องต่าง ๆ ที่ปรากฏในแต่ละเนื้อหาวิชา และที่เกี่ยวพันกับเนื้อหาวิชานั้นด้วย เช่น ระลึกหรือจำได้ถึงวัตถุประสงค์และวิธีการ แบบแผน และเค้าโครงของเรื่องนั้น ๆ

ทิตยา สุวรรณะชฎ (2517ก: 1-2) ให้ความหมายของ "ความรู้" ในทางสังคมว่าหมายถึง การได้รับข่าวสาร แนวทางความคิดและวิธีการต่าง ๆ ในอันที่จะได้มาซึ่งข่าวสาร ซึ่งหมายรวมถึงความเชื่อทางศาสนา ศีลธรรม จรรยา นิทานพื้นบ้าน และความรู้ทางวิทยาศาสตร์สาขาต่าง ๆ ด้วย

ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล (2534: 63) กล่าวว่า ความรู้จะเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กันไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความหมายต่อกัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520: 16) ได้กล่าวถึงความรู้ไว้ว่า "ความรู้" ในที่นี้เป็นพฤติกรรมเบื้องต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยินก็เกิดการจำได้

ความรู้ในขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เหล่านี้เป็นต้น จะเห็นว่าการจำได้หรือระลึกได้นี้ได้ใช้กระบวนการของการใช้ความคิดที่ซับซ้อนหรืออาจกล่าวได้ว่าไม่ได้ใช้ความสามารถของสมองมากนักซึ่งเป็นระดับพฤติกรรมขั้นต้น

ส่วน “ความเข้าใจ” ได้กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลได้มีประสบการณ์กับข่าวสารหนึ่ง ๆ อาจจะโดยการได้ฟัง ได้อ่าน ได้เขียน เป็นที่คาดว่าบุคคลนั้นจะทำความเข้าใจกับข่าวสารนั้น ความเข้าใจนี้เองอาจจะมีแสดงออกในรูปของทักษะหรือความสามารถดังต่อไปนี้

1. การแปล (Translation) หมายถึง ความสามารถในการเขียนบรรยายเกี่ยวกับข่าวสารนั้น ๆ โดยใช้คำพูดของตนเองซึ่งออกมาในรูปแบบที่แตกต่างจากเดิมหรือออกมาในภาษาอื่นแต่ความหมายยังคงเดิม
2. การให้ความหมาย (Interpretation) หมายถึง การให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ หรือข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งออกมาในรูปความคิดเห็น ข้อสรุปตามที่บุคคลนั้นเข้าใจ
3. การคาดคะเน (Extrapolation) หมายถึง ความสามารถในการตั้งความหมายหรือคาดหวังว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น ซึ่งความสามารถนี้จะเกิดจากความเข้าใจสภาพการณ์ และแนวโน้มที่อธิบายไว้ในข่าวสารนั้น ๆ

อนันต์ ศรีโสภ (2525: 14-15) กล่าวว่า “ความรู้” หมายถึง ความจำในสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ส่วน “ความเข้าใจ” หมายถึง ความสามารถในทางพุทธิปัญญา ประกอบด้วยความรู้ความสามารถและทักษะต่าง ๆ ทางสมอง แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ซึ่งเรียงจากพฤติกรรมที่ง่ายไปหาพฤติกรรมที่ยาก ดังนี้

1. ความรู้ (ความจำในสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน)
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาโดยเฉพาะ
 - ความรู้เกี่ยวกับความหมายของคำต่าง ๆ
 - ความรู้เกี่ยวกับความจริงต่าง ๆ ได้แก่ เวลา เหตุการณ์ บุคคล สถานที่แหล่งกำเนิด
 - 1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีและการดำเนินงานสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ
 - ความรู้เกี่ยวกับลักษณะแบบแผนต่าง ๆ
 - ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและการจัดลำดับ
 - ความรู้เกี่ยวกับการจำแนกและการแบ่งประเภทสิ่งต่าง ๆ
 - ความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีการดำเนินงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

- 1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้างของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
 - ความรู้เกี่ยวกับกฎ และการใช้กฎ ในการบรรยายคุณค่าหรือพยากรณ์ หรือตีความหมายของสิ่งที่เราสังเกตเห็น
 - ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง
2. ความเข้าใจ (การเข้าใจความหมายของสิ่งนั้น)
 - 2.1 การแปล (การแปลจากแบบหนึ่งไปสู่อีกแบบหนึ่ง โดยการรักษาความหมายไว้อย่างถูกต้อง)
 - 2.2 การตีความหมาย (การอธิบายหรือเรียบเรียงเนื้อหาที่เสียใหม่ให้เข้าใจง่าย)
 - 2.3 การขยายความ (การขยายของข้อมูลที่มีอยู่ให้ไกลไปกว่าเดิม)
3. การนำไปใช้ (การนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง)
4. การวิเคราะห์ (การแยกเรื่องราวออกเป็นส่วนย่อย ๆ)
 - 4.1 การวิเคราะห์ส่วนประกอบต่าง ๆ
 - 4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบนั้น
 - 4.3 การวิเคราะห์หลักวิธีการรวบรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เหล่านั้น
5. การสังเคราะห์ (การรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน)
 - 5.1 การกระทำที่เป็นสื่อให้ผู้อื่นเข้าใจความหมาย
 - 5.2 การกระทำที่เกี่ยวกับแผนงานหรือข้อเสนอตามวิธีการต่าง ๆ
 - 5.3 การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่าง ๆ เช่น ส่วนประกอบเหล่านั้นรวมกันได้ โดยอาศัยความสัมพันธ์อะไรที่สำคัญ
6. การประเมินผล (การตัดสินคุณค่าในสิ่งที่กำหนดความมุ่งหมายได้โดยการใช้เกณฑ์ที่แน่นอน)
 - 6.1 การตัดสินใจโดยอาศัยเหตุการณ์ภายในสิ่งนั้นเป็นเกณฑ์
 - 6.2 การตัดสินใจโดยอาศัยเกณฑ์ภายนอกมาพิจารณา

Rosenberg, et al. (1960: 1) กล่าวว่าความรู้ ความเข้าใจ คือ ความเชื่อหรือความนึกคิด (Concept) หรือการสำเนียง (Conception) ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางดีและไม่ดี และความรู้ความเข้าใจนี้เป็นสิ่งที่ถ่ายทอดจากกลุ่มสังคมมาสู่ตัวบุคคล เช่น ถ้ามีผู้สอนให้บุคคลเข้าใจและรู้ว่าสิ่งหนึ่งสิ่งนั้นคืออะไรผู้นั้นก็อาจเกิดทัศนคติ (Attitude) ที่ดีต่อสิ่งนั้น

Bloom (1964 อ้างถึงใน สุนันท์ อังเกิดโชค, 2529: 27-28) ได้อธิบายความหมายของ “ความรู้” ไว้ว่า หมายถึงพฤติกรรมและสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเน้นการจำไม่ว่าจะเป็นการระลึกถึงหรือระลึกได้ก็ตาม เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเรียนรู้โดยเริ่มต้นจากการรวบรวมสาระต่าง ๆ เหล่านั้นจนกระทั่งพัฒนาไปสู่ขั้นที่มีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้นต่อไป โดยความรู้นี้อาจแยกออกเป็น ความรู้เฉพาะสิ่ง ความรู้ในเรื่องระเบียบการ และความรู้เรื่องสากล เป็นต้น

ส่วน “ความเข้าใจ” หมายถึง ความสามารถทางปัญญาและทักษะ อันได้แก่

1. ความสามารถที่จะให้ความหมายของคำ (การแปล)
2. ความสามารถในการเข้าใจความหมายของการคิด (การตีความ)
3. ความสามารถในการคาดคะเนสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้จากการกระทำ (ประเมินค่า)

ดังนั้น บุคคลจะมีความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะต้องมียอดประกอบทั้ง 3 นี้

2.4.2 การวัดความรู้ความเข้าใจ

การวัดความรู้ เป็นการวัดสมรรถภาพของสมองด้านการระลึกออกของความจำ หรือสามารถกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า เป็นการวัดเกี่ยวกับเรื่องราวที่เคยมีประสบการณ์ หรือเคยรู้เห็นและที่ทำมาก่อนแล้วทั้งสิ้น ซึ่งผู้ที่ทำการวัดสามารถสร้างเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นคำถามได้ ลักษณะคำถามอาจจะแตกต่างกันไปตามชนิดของความรู้หรือความจำ แต่จะมีลักษณะร่วมประการหนึ่งคือ เป็นคำถามที่ให้ระลึกถึงเรื่องราวและประสบการณ์ที่ผ่านมาที่จำได้ไว้ก่อนแล้ว ไม่ว่าจะอยู่ในรูปของคำศัพท์ นิยาม ทฤษฎี ระเบียบ แบบแผน หรือหลักการต่าง ๆ (ชวาล แพรัตกุล, 2526: 201-224) ได้กล่าวถึงการวัดความรู้ไว้ดังนี้

1. การวัดความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์และนิยาม คือ การวัดว่า “คำ” หรือ “กลุ่มคำ” หรือ ความหมาย หรือคำแปลของเครื่องหมาย รูปภาพ ตัวย่อ และสัญลักษณ์ต่าง ๆ นั้นคืออะไร มีความหมายทั่วไปหรือความหมายเฉพาะว่าอย่างไร มีคุณสมบัติอะไร
2. การวัดความรู้กับกฎและความจริง คือ การวัดว่าสูตร กฎเกณฑ์ ความจริง ข้อเท็จจริง เรื่องราว ใจความ หรือเนื้อความสำคัญ ๆ ได้มีการพิสูจน์หรือการยอมรับแล้วอย่างไร
3. การวัดความรู้ในวิธีดำเนินการ คือ การวัดความจำหรือกระบวนการและแบบแผนวิธีทำงานของเรื่องราวต่าง ๆ เหตุการณ์ ว่ามีที่มาอย่างไร ใช้วิธีการใด มีการดำเนินงานเป็นขั้นอย่างไร มิได้มุ่งที่จะวัดถึงการนำไปปฏิบัติจริง
4. การวัดความรู้เกี่ยวกับระเบียบแบบแผน คือ การวัดว่า แบบแผน แบบฟอร์ม ตามจารีต ธรรมเนียมประเพณีที่เคยปฏิบัติกันมาอย่างไร เข้าใจอย่างไร

5. การวัดความรู้เกี่ยวกับลำดับชั้นและแนวโน้ม คือ การวัดความรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ มีความเคลื่อนไหวโน้มเอียงไปในทิศทางใดตามลำดับเวลาอย่างไร และเรื่องต่าง ๆ นั้นเกิดขึ้นก่อนหลัง และดำเนินเป็นชั้น ๆ เรียงติดต่อกันมาอย่างไร

6. การวัดความรู้เกี่ยวกับการจำแนกประเภท คือ การวัดที่เกี่ยวกับการจัดประเภทสิ่งของ เรื่องราว เหตุการณ์ต่าง ๆ ตามประเภท ตามชนิด ตามลำดับก่อนหลังเป็นอย่างไร

7. การวัดความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ คือ การวัดความจำกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและตรวจสอบข้อเท็จจริงต่าง ๆ ว่าจำได้หรือไม่และควรใช้กฎเกณฑ์หรือหลักการใด

8. การวัดความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินงาน คือ การวัดว่าการได้ผลลัพธ์ต่าง ๆ ต้องใช้เทคนิคอะไร มีวิธีปฏิบัติอย่างไร มีกระบวนการและกรรมวิธีต่าง ๆ ที่ใช้พิสูจน์หรือหาความจริงนั้น ๆ ว่าจะต้องดำเนินการอย่างไร

9. การวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้รอบยอดในเนื้อเรื่อง คือ การวัดความจำของข้อสรุปหรือหลักการใหญ่ ๆ ของเนื้อหาได้หรือไม่

10. การวัดความรู้เกี่ยวกับหลักการและการขยายหลักการ คือ การวัดว่าสามารถจำหลักการต่าง ๆ อันเป็นสาระสำคัญของเนื้อหาได้หรือไม่

11. การวัดความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง คือ การวัดความสามารถในการระลึกได้และนำความสัมพันธ์จากทฤษฎีและหลักวิชาการต่าง ๆ มาสรุปเป็นเนื้อหาความใหญ่ ๆ หรือรวมกันเป็นเรื่องเดียว ได้หรือไม่

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ความรู้และความเข้าใจ หมายถึงการรู้ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ สถานที่ สิ่งของหรือบุคคล ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม และความสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้มานั้นไปตีความหมาย วิเคราะห์ และนำไปใช้ได้

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

ได้มีผู้ให้ความหมายของ ความคิดเห็น ไว้มากมาย ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมมาได้ ดังนี้

ลัวัน สายยศ และอังคณา สายยศ (2517: 53) กล่าวว่า ความคิดเห็นคือความรู้สึกอันบังเกิดจากการได้สัมผัส รับรู้ต่อสิ่งนั้น โดยแสดงความโน้มเอียงอย่างใดอย่างหนึ่งในรูปของการประเมินว่าชื่นชอบหรือไม่ชื่นชอบ

นพมาศ อีระเวคิน (2534: 139) กล่าวว่า ความคิดเห็นถูกจัดว่าเป็นส่วนหนึ่งที่มนุษย์ได้แสดงออกมา โดยการพูดหรือเขียน มนุษย์จะพูดจากใจจริง พูดตามสังคม หรือพูดเพื่อเอาใจผู้ฟัง

ก็ตาม แต่เมื่อพูดหรือเขียนไปแล้วก็ทำให้เกิดผลได้คนส่วนใหญ่มักจะถือว่าสิ่งที่มนุษย์แสดงออกมาเพื่อสะท้อนถึงความในใจ

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2527: 174) กล่าวว่า ความคิดเห็น (Opinion) เป็นการแสดงออกโดยการพูดหรือเขียนเกี่ยวกับเจตคติ ความเชื่อ หรือค่านิยมของบุคคล

ความคิดเห็นไม่เหมือนกับเจตคติ ตรงที่ไม่จำเป็นที่จะต้องแสดงความรู้สึก อารมณ์ หรือแม้กระทั่งการแสดงพฤติกรรมที่จะตอบสนองหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นเพียงคำพูดพร้อมเหตุผลที่บุคคลคิดขึ้นมาและถ้ามีคนไม่เห็นด้วย บุคคลนั้นก็อาจเปลี่ยนคำพูดดังกล่าวได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520: 3) กล่าวว่า ทศนคติเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

โยธิน คັນสนยุทธ และจุมพล พูลภัทรชีวิน (2529: 36) ได้กล่าวไว้ว่า ความคิดเห็น (Opinion) เป็นการแสดงออกทางถ้อยคำ (Verbal expression) เกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือค่านิยม ความเห็นไม่ใช่สิ่งเดียวกับทัศนคติ เพราะในตัวของมันเองไม่จำเป็นต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทางอารมณ์ หรือทางพฤติกรรม

สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม (2520: 103) ได้กล่าวไว้ว่า ความคิดเห็น (Opinion) หมายถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง แต่เป็นลักษณะที่ไม่ลึกซึ้งเช่นเดียวกับทัศนคติ คนเรามีความคิดเห็นแตกต่างกันออกไป และความคิดเห็นเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติ

Allport, et al. (1954: 810) กล่าวว่า ความคิดเห็น หมายถึง สภาวะของความพร้อมทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็แรงที่สำหรับกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่จะมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ

Rokeach (1970: 112) กล่าวว่า ความคิดเห็น เป็นการผสมผสานหรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อไม่ว่าจะเป็นความเชื่อด้านการอธิบาย ประเมินค่า หรือสนับสนุนนี้จะเป็ตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบในสิ่งนั้น ๆ

Thurstone (1967: 77) ได้กล่าวว่า ความคิดเห็นเป็นระดับของความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบที่มีต่อสิ่งหนึ่ง (Psychological object) ซึ่งอาจจะเป็นอะไรได้หลายอย่าง เป็นต้นว่า สิ่งของ บุคคล บทควม องค์การ ความคิด ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

จากความหมายความคิดเห็น ที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมาข้างต้น พอจะสรุปได้ว่าความคิดเห็น คือผลผสมผสานของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือคนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งออกมาในรูปของการประมาณค่า อันอาจเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ แต่ไม่จำเป็นที่จะต้องแสดงความรู้สึก อารมณ์ หรือแม้กระทั่งการแสดงพฤติกรรมที่จะตอบสนองหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นเพียงคำพูด พร้อมเหตุผลที่บุคคลคิดขึ้นมาและถ้ามีคนไม่เห็นด้วย บุคคลนั้นก็อาจเปลี่ยนคำพูดดังกล่าวได้ และเมื่อบุคคลมีความแตกต่างกันความคิดเห็นของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งเดียวกันจึงแตกต่างกันไปด้วย

2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6.1 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย นิวซีแลนด์ พบว่าลักษณะที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้แก่ การลดขนาด องค์กรในภาครัฐโดยเฉพาะในส่วนกลางด้วยการแยกองค์กรที่แต่เดิมทำทั้งด้านนโยบายและการปฏิบัติงานให้เป็นองค์กรที่รับผิดชอบด้านนโยบายและเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่การปฏิบัติงาน สนับสนุนให้เกิดการแข่งขันกันในกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการให้บริการ การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยดังนี้ การปฏิรูปควรอยู่บนหลักการกระจายอำนาจเพื่อสนับสนุนการเข้ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจจากหลายฝ่ายรวมทั้งภาคประชาชน ควรส่งเสริมงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก ควรแยกผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการออกจากกันอย่างชัดเจน และควรสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันในกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการให้บริการ

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2542ก: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ญี่ปุ่น พบว่า โดยสรุปแรงผลักดันในการปฏิรูประบบสุขภาพของญี่ปุ่นในระยะแรกเป็นปัจจัยด้านการเคลื่อนไหวของกลุ่มแรงงาน ปัจจัยด้านการเมือง ส่วนในช่วงที่มีการขยายตัวของระบบประกันสุขภาพมากคือปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ส่วนในระยะหลังคือปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรและการกระจายค่าใช้จ่ายของระบบที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กลไกสำคัญของการปฏิรูปคือการออกกฎหมาย ระบบบริการต่าง ๆ ของญี่ปุ่นนั้นถูกกำหนดด้วยกฎหมายทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพ ประกันสังคม หรือระบบบริการสุขภาพ

สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์ (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาบททวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ พบว่า การปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาในระดับนโยบายนั้นไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อพิจารณาจากการนำเสนอกฎหมายต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับมลรัฐที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพตั้งแต่อย่างเล็กน้อย คือมีเพียงความพยายามในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบและการขยายฐานความครอบคลุมของการประกันสุขภาพจนถึงการถอนรากถอนโคนระบบเดิม นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงแบบถอนรากถอนโคนยังกระทบต่อความเชื่อพื้นฐานเรื่องเสรีภาพในการเลือกของประชาชน ความไม่นิยมเห็นองค์การรัฐมีขนาดใหญ่ขึ้นและเข้าไปก้าวก่ายชีวิตส่วนบุคคลของชาวอเมริกัน ยังผลให้ระบบสุขภาพต้องปรับตัวอย่างรุนแรงมากขึ้น

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2542ข: บทคัดย่อ) ศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศเยอรมัน พบว่าปรัชญาและหลักการพื้นฐานสำคัญของระบบการเมืองเยอรมันคือ 1) ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคม (Solidarity) 2) การกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานรัฐ (ส่วนกลาง ภูมิภาค) และเอกชน (Subsidiarity) เป็นพื้นฐานการพัฒนารูปแบบทางสังคมจากล่างขึ้นบน กระจายอำนาจในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้กับหน่วยงานท้องถิ่นหรือภาคเอกชนในการดำเนินการ และแนวคิดหลักที่ 3) คือ การมีองค์กรร่วม (Cooperative organization) ที่จะมีตัวแทนทั้งสองประเภทคือทั้งจากตัวแทนวิชาชีพและตัวแทนที่มาจากการเลือกตั้ง กล่าวโดยสรุปความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพของเยอรมันนั้นเกิดจาก ปรัชญาและหลักการพื้นฐานของสังคมเป็นหลัก ในขณะที่บริบทด้านการเมือง ภาวะเศรษฐกิจ อิทธิพลของกลุ่มต่าง ๆ และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนั้นเป็นแรงผลักดันสำคัญของการปฏิรูปสุขภาพ

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศเกาหลีใต้ พบว่าการขยายระบบประกันสุขภาพของเกาหลีมีบริบทที่สำคัญคือบริบทด้านการเมืองและภาวะเศรษฐกิจของประเทศ การขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพและขยายชุดสิทธิประโยชน์เกิดในช่วงที่ภาวะเศรษฐกิจของประเทศมีการเจริญเติบโตสูง ขณะเดียวกันบริบทด้านการเมืองก็มีส่วนผลักดันสำคัญ กลไกสำคัญของการปฏิรูปคือนโยบายของพรรคการเมืองและการออกกฎหมาย กล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จในการขยายหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนแต่ก็ยังคงมีปัญหที่ต้องแก้ไข สำหรับการปฏิรูปในช่วงหลังนั้นยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าจะประสบความสำเร็จเพียงใด ทั้งนี้ความสำเร็จดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้นอกจากตัวระบบที่เหมาะสมแล้วปัจจัยด้านการเมืองภายในระบบสุขภาพเองนับเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการสังเคราะห์ประสบการณ์ปฏิรูประบบสุขภาพ 10 ประเทศ พบว่า กรอบของการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะของระบบสุขภาพพิจารณาในแง่ 1) โครงสร้างในภาพรวม 2) สิทธิประโยชน์ทางเลือกและภาระของประชาชน/ผู้ให้บริการ 3) ลักษณะของผู้ให้บริการ วิธีการจ่ายค่าบริการ 4) ลักษณะขององค์กร ประกัน แหล่งเงิน จำนวนและบทบาทของกองทุน และ 5) ผลลัพธ์ชั้นกลางของระบบ ส่วนการวิเคราะห์กระบวนการปฏิรูปพิจารณาในกระบวนการนโยบายขั้นตอนต่าง ๆ คือ 1) การสร้างประเด็นนโยบาย 2) การกำหนดสาระของนโยบาย 3) การอนุมัตินโยบาย และ 4) การนำนโยบายไปปฏิบัติ การปฏิรูปที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ในช่วงประมาณหนึ่งศตวรรษที่ผ่านมา มุ่งเน้นวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการด้วยกัน คือ การขยายหลักประกันสุขภาพและ/หรือสร้างหลักประกันถ้วนหน้า และการควบคุมค่าใช้จ่าย ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการปฏิรูป ในขณะที่บางประเทศใช้แผนแห่งชาติ

มัทนา พนานิรามัย (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาโครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์การปฏิรูประบบสุขภาพ จากมุมมองของกลุ่มผู้นำประเทศด้านการพัฒนาสังคม ผลการศึกษาพบว่าปัญหาและความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพเป็นสิ่งที่ซับซ้อน ความไม่รู้ของประชาชนนับว่าเป็นรากเหง้าที่สำคัญของปัญหาในระบบสุขภาพในขณะที่กลุ่มผู้นำมองว่าระบบสุขภาพที่พึงปรารถนามีองค์ประกอบที่สำคัญมาจากศักยภาพของคนที่มีความรู้ มีจิตใจที่ดีพร้อมด้วยคุณธรรม มีทักษะการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มก้อนก่อเกิดชุมชนที่เข้มแข็ง ประสานประโยชน์เพื่อส่วนร่วม มีแนวคิดเชิงป้องกันและตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังต้องมีระบบที่เอื้ออำนวยอันมาจากแนวคิดพื้นฐานของสังคม กลไกทางการเมืองที่ดี และการกำหนดนโยบายที่มุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพของคนในสังคม เปิดโอกาสให้คนมีส่วนร่วมและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยมีรัฐเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อถึงคราวจำเป็น อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ มีความเสมอภาคและตอบสนองตรงความต้องการของสังคม

จากผลงานวิจัยที่รวบรวมมาข้างต้น สรุปได้ว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งนี้ต้องอาศัยวิสัยทัศน์ที่มองระบบสุขภาพอย่างเป็นระบบที่ระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับ องค์กร และระดับบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นเป้าหมายระดับชาติ มีนโยบายการพัฒนาที่คำนึงถึงสุขภาพ การเสริมพลังแก่สาธารณะ การมีหลักประกันทางสุขภาพ การกระจายอำนาจ มีภาคบริการที่มีลูกค้าเป็นศูนย์กลาง โดยมีรัฐบาลอยู่ในฐานะผู้สนับสนุนและกำกับดูแล มีผู้ให้บริการที่มีความรู้ คู่คุณธรรม และมีผู้บริโภคที่มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ส่วนปรัชญาและแนวความคิด

รากฐานของการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับประเทศไทยต้องมีปัจจัยที่จะทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพนำไปสู่ความสำเร็จได้คือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งได้แก่ ภาคการเมือง ภาคประชาชน และภาควิชาการ

2.6.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทคาดหวัง

ปริยาภรณ์ เตียยะกุล (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง บทบาทที่คาดหวังและปฏิบัติจริงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคกลางตามการรับรู้ของผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับกระทรวง ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ผลการศึกษาพบว่า บทบาทที่คาดหวังในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนบทบาทที่ปฏิบัติจริงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบบทบาทที่คาดหวังและปฏิบัติจริงพบว่า บทบาทที่คาดหวังสูงกว่าบทบาทที่ปฏิบัติจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทที่คาดหวังได้แก่ ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งปัจจุบัน การฝึกอบรม อายุราชการ วุฒิการศึกษา และสถานภาพสมรส โดยพบว่า ในแต่ละปัจจัยที่อยู่ในระดับสูงจะมีบทบาทคาดหวังสูงด้วย ส่วนสถานภาพโสดมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าสถานภาพอื่น ๆ

อุทิศ มหาภิตติคุณ (2543: บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเรื่องบทบาทในการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทในการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์การผันแปร พบว่าการรับรู้ข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อมสูงและการบริหารจัดการสูง มีผลต่อบทบาทของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลในการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมที่สูงด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สายสมร กลยณี (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้กับการปฏิบัติตามบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการพัฒนาคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติตามบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับสูง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการ ได้แก่ อายุ และความรู้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยพบว่า อายุและความรู้ในการพัฒนาคุณภาพบริการที่สูงมีบทบาทสูงด้วย

นัทธมนวรรณ ยิ่งเจริญสุข (2545: บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเรื่องบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลมีบทบาทด้านการรณรงค์เผยแพร่

ประชาสัมพันธ์ระดับสูง มีบทบาทด้านการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมในชุมชนและฝึกอบรมระดับปานกลาง และบทบาทด้านการนิเทศติดตามและประเมินผลระดับต่ำ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาท ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อม และทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยพบว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะที่สูงมีผลให้บทบาทสูงด้วย

ชำนาญ วัลย์ (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทของสาธารณสุขอำเภอด้านการบริหารจัดการในทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยจังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า บทบาทที่เป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนบทบาทที่คาดหวังอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทที่คาดหวัง ได้แก่ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ระดับตำแหน่ง และระดับเงินเดือน โดยพบว่าวุฒิการศึกษาสูงมีบทบาทคาดหวังสูง ประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี มีบทบาทคาดหวังสูง รองลงมาคือระหว่าง 11-15 ปี , 6-10 ปี และ มากกว่า 16 ปีตามลำดับ ระดับตำแหน่งต่ำมีบทบาทคาดหวังสูง และระดับเงินเดือนสูงมีบทบาทคาดหวังสูง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ความรู้ความเข้าใจ และความพึงพอใจในการสถานภาพการปฏิบัติงาน

เลื่อง ศรีเหรา (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลจากทัศนะของผู้นำท้องถิ่น: กรณีศึกษาอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า บทบาทที่คาดหวังของผู้นำท้องถิ่นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทที่คาดหวัง ได้แก่ อายุ และสถานที่ประกอบอาชีพ โดยพบว่าอายุสูงมีบทบาทคาดหวังสูงและสถานที่ประกอบอาชีพที่อยู่นอกเขตจะมีบทบาทคาดหวังสูง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ระดับการศึกษา

เสาวลักษณ์ ทรงสงวน (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการรับรู้บทบาทของคณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทค่อนข้างสูงในการดำเนินงานตามนโยบายระเบียบ กฎหมายในการจัดการสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสูงจะมีการรับรู้บทบาทในการจัดการสิ่งแวดล้อมสูงด้วย ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

สมถวิล เทียวประดิษฐ์ (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการในการจัดการร้านค้าชุมชนจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของคณะกรรมการในการจัดการร้านค้าชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างในบทบาทการจัดการร้านค้าชุมชน พบว่าได้แก่ เพศ การศึกษา ประสบการณ์ การมีส่วนร่วม และความรู้

ความเข้าใจในการจัดการร้านค้าที่แตกต่างกันมีบทบาทในการจัดการร้านค้าแตกต่างกัน โดยพบว่าเพศหญิงมีบทบาทมากกว่าชาย ผู้ที่การศึกษาต่ำกว่ามีบทบาทสูง ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์สูง มีส่วนร่วมสูง และมีความรู้ความเข้าใจสูงมีบทบาทในการจัดการร้านค้าสูง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ และตำแหน่ง

มานิต พูนศิลป์ (2542: บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังในการดำเนินการส่งเสริมอาชีพของข้าราชการฝ่ายปกครองจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมบทบาทที่กำหนดและบทบาทที่คาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบแต่ละด้านพบว่าบทบาทที่กำหนดต่ำกว่าบทบาทที่คาดหวังในทุกด้าน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทที่กำหนด ได้แก่ อายุ อายุราชการ กรมที่สังกัด กระทรวงที่สังกัด ระดับการศึกษา โอกาสพบปะกับผู้ประกอบอาชีพอื่น ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพ และประสบการณ์ในการรับฟังหรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพล ได้แก่ เพศ ภูมิลำเนา และการมีอาชีพเสริม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทคาดหวัง ได้แก่ เพศ อายุ อายุราชการ กรมที่สังกัด กระทรวงที่สังกัด ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพ โดยพบว่า เพศหญิงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าชาย อายุและอายุราชการที่สูงมีบทบาทคาดหวังสูง กรมที่สังกัดหากใกล้ชิดกับกระทรวงมากจะมีบทบาทคาดหวังสูง ระดับการศึกษาต่ำจะมีบทบาทคาดหวังสูง และการมีประสบการณ์ทำงานสูงมีบทบาทคาดหวังสูง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพล ได้แก่ ภูมิลำเนา การมีอาชีพเสริม และการรับฟังหรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพ

ชาญวิทย์ สุริยา (2542: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง บทบาทของข้าราชการตำรวจภูธรในการส่งเสริมการท่องเที่ยวตามนโยบายปีท่องเที่ยวไทย 2541-2542 : กรณีศึกษาสถานีตำรวจภูธรอำเภอเมืองเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยบทบาทที่คาดหวังอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และมีค่าเฉลี่ยบทบาทที่เป็นจริงอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทที่คาดหวัง ได้แก่ อายุ ระดับชั้นยศ เงินเดือน(รวมเบี้ยเลี้ยง) และอายุราชการ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทที่เป็นจริง ได้แก่ อายุราชการ โดยพบว่าในทุกปัจจัยที่อยู่ในระดับสูงมีผลต่อบทบาทคาดหวังและเป็นจริงที่สูงตามไปด้วย ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อบทบาทคาดหวัง ได้แก่ เพศ การศึกษา ตำแหน่ง และประสบการณ์ในการอบรมเพิ่มเติม ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อบทบาทที่เป็นจริง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระดับชั้นยศ ตำแหน่ง เงินเดือน และประสบการณ์ในการอบรมเพิ่มเติม

หทัยชนก ไสแก้ว (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังของครูต่อการสอนแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เขตบางกะปิ ผลการศึกษาพบว่า บทบาทที่เป็นจริง

ต่ำกว่าบทบาทที่คาดหวัง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทที่เป็นจริง ได้แก่ ภูมิฐานะเดิม สุขภาพจิต ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสอน และทัศนคติต่อการทำงาน โดยพบว่า ผู้ที่มี ภูมิฐานะในภาคกลางมีบทบาทที่เป็นจริงสูงกว่าภาคอื่น ๆ ครูที่มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติ ที่ดีต่อการทำงานจะมีบทบาทสูง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อบทบาทที่เป็นจริง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุราชการ และตำแหน่ง ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทที่คาดหวัง ได้แก่ อายุราชการ ตำแหน่ง และความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการสอน โดยพบว่าทุกปัจจัยที่ อยู่ในระดับสูงมีผลให้บทบาทคาดหวังสูง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อบทบาทที่คาดหวัง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เงินเดือน และทัศนคติต่อการทำงาน

สรศักดิ์ อินทวงศ์ (2538: 3) ได้ทำการศึกษาบทบาทของสมาชิกสภาตำบลและคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานศูนย์ข้อมูลข่าวสารระดับตำบล ผล การศึกษาพบว่า บทบาทที่คาดหวังกับบทบาทที่เป็นจริงสอดคล้องกันซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาท คือ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ และการยอมรับสภาพ โดยพบว่าทุกปัจจัยที่อยู่ในระดับสูงส่งผลให้มีบทบาทสูงด้วย ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อบทบาท ได้แก่ รายได้

จิรุตม์ เสนาพันธ์ (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทที่คาดหวังของพนักงานอัยการต่อ การช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน ผลการศึกษาพบว่า บทบาทที่คาดหวังของพนักงาน อัยการต่อการช่วยเหลือกฎหมายแก่ประชาชนอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวัง ของพนักงานอัยการได้แก่ อายุสูงมีบทบาทคาดหวังสูง ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลา การทำงาน สถานภาพ และประสบการณ์การทำงานไม่มีผลต่อบทบาทคาดหวัง

ประจักษ์ หินทอง (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทของผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษา ในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษา มีบทบาทโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ บทบาทได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจาก หน่วยงานส่วนราชการต้นสังกัดที่สูงมีผลต่อบทบาทสูงตามไปด้วย ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อ บทบาท ได้แก่ อายุ ระดับตำแหน่ง อายุราชการ เงินเดือน และประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหาร

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้รวบรวมไว้ข้างต้น ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของกลุ่ม ตัวอย่าง ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็น โดยคาดว่าหาก ปัจจัยเหตุเหล่านี้อยู่ในระดับที่สูงแล้วน่าจะส่งผลให้บทบาทคาดหวังสูงตามไปด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ผู้วิจัยจะศึกษาถึงบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ แต่เนื่องจากว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในขณะนี้ เป็นเพียงร่างพระราชบัญญัติเท่านั้น ยังมิได้ประกาศใช้ ดังนั้นการที่จะศึกษาบทบาทในการปฏิบัติงานจึงสามารถศึกษาได้จากบทบาทคาดหวัง โดยพิจารณาจาก

1. บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข ในที่นี้เป็นบทบาทคาดหวังจากผู้อื่น (Expected Role) เพื่อศึกษาว่าผู้บริหารงานสาธารณสุขมีความคาดหวังต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะปฏิบัติงานหรือแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างไร ตามบทบาทที่กำหนดไว้ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

2. บทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในที่นี้เป็นบทบาทคาดหวังของตนเอง (Expecting Role) เพื่อศึกษาว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในระดับผู้ปฏิบัติงานมีความคาดหวังต่อการปฏิบัติงานของตนว่าตนเองควรจะปฏิบัติงานหรือแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างไร ตามบทบาทที่กำหนดไว้ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ตามเนื้อหาของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ผู้วิจัยต้องการศึกษาในหมวดที่ 6 เรื่องแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จาก 8 ส่วน ได้แก่

1. การสร้างเสริมสุขภาพ
2. การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
3. การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
4. การสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
5. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
6. การสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
7. การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
8. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

จากนั้นได้พิจารณาคัดเลือกเฉพาะส่วนที่ 1 – 6 ซึ่งเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะต้องปฏิบัติงานโดยตรง มาทำการศึกษา

บทที่ 3

กรอบแนวคิดและวิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถกำหนดตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ แล้วกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและวิธีการศึกษา ได้ดังนี้

3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ บทบาทคาดหวังผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

1. การสร้างเสริมสุขภาพ
2. การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
3. การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
4. การสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
5. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
6. การสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

จากตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม สามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ได้ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3.1

ตัวแปรอิสระ (IV)

- ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน
- ระดับการศึกษา
- ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน
- การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ



ตัวแปรตาม (DV)

บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

6 ด้าน

1. การสร้างเสริมสุขภาพ
2. การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
3. การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
4. การสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
5. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
6. การสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

แผนภูมิที่ 3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

3.2 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ผู้บริหารงานสาธารณสุข หมายถึง ข้าราชการและเจ้าพนักงานของรัฐภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการบริหารงานสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรีตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญด้าน เวชกรรมป้องกัน ผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมและพัฒนาสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าสถานีอนามัย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง ข้าราชการและเจ้าพนักงานของรัฐภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นระดับปฏิบัติงานในสถานอนามัยจังหวัดสระบุรี ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค

บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข หมายถึง ความคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขที่คาดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องแสดงบทบาทออกมาภายใต้สถานการณ์และตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามบทบาท โดยการประเมินตามบทบาทที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 6 ด้าน คือ

1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
3. ด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
4. ด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
5. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
6. ด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสาร

บทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง ความคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คาดว่าตนจะแสดงบทบาทออกมาภายใต้ความรับผิดชอบของตนภายใต้สถานการณ์และตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามบทบาท โดยการประเมินตามบทบาทที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 6 ด้าน คือ

1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
3. ด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
4. ด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
5. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
6. ด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสาร

บทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้าน

1. ส่งเสริมสนับสนุนชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐ ในการสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดทำชุมชนน่าอยู่
2. ส่งเสริม สนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนในชุมชน เช่น ชมรมออกกำลังกาย
3. ส่งเสริม สนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ของประชาชนและการพึ่งตนเองของชุมชน เช่น การจัดเวทีประชาคมด้านสุขภาพ
4. ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การแพทย์แผนไทย

5. ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐ มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

บทบาทด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ หมายถึง บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้าน

1. ดำเนินการเฝ้าระวังเพื่อการป้องกันโรคและสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ
2. ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคและสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ

3. ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐ มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการชุมชนควบคุมมลพิษ

4. สนับสนุนการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันและควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อันตรายจากการใช้สารเคมี หรืออุบัติเหตุ-อุบัติเหตุ

5. ให้ความช่วยเหลือปัญหาสุขภาพของประชาชนต่อความเสียหาย ที่เกิดจากสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ

บทบาทด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ หมายถึง บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้าน

1. ดูแลสุขภาพประชาชนทั้งระบบตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. มีระบบบริการผสมผสานทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน
3. จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเชื่อมโยงกับบริการระดับกลางและระดับสูง
4. ประเมินผลเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่นำมาใช้ในการบริการสาธารณสุข เช่น รูปแบบบริการสุขภาพเชิงรุก
5. ส่งเสริม สนับสนุนกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข เช่น ระบบ HA ที่รับรองมาตรฐานการบริการ

6. ส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐ มีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุข

7. ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

บทบาทด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ หมายถึง บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้าน

1. ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ระบบหมอพื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย
2. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

3. นำข้อมูลจากการวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

บทบาทด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หมายถึง บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้าน

1. ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข
2. ให้ความคุ้มครองสิทธิประชาชนในฐานะผู้บริโภค เช่น การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข
3. ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนอย่างรวดเร็วแก่องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคในกรณีที่ตนดำเนินงานแล้วเกิดผลเสียหายแก่ประชาชน

4. ให้ความช่วยเหลือประชาชน ในความเสียหายที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการสาธารณสุข

5. สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือ บริการสาธารณสุข

บทบาทด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หมายถึง บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้าน

1. มีการจัดระบบฐานข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในสถานที่ปฏิบัติงาน
2. เผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง
3. ส่งเสริม สนับสนุนการเผยแพร่และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ของหน่วยงานอื่น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการคุ้มครองประชาชน

4. ส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยระดับชุมชนที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้บริหารงานสาธารณสุขและ ระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเริ่มเข้าปฏิบัติงานในสายงานสาธารณสุขจนถึงปัจจุบัน

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้บริหารงานสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับ

ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน หมายถึง ระดับตำแหน่งที่ผู้บริหารงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามขั้นเงินเดือน

การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่เดือนมกราคม 2545 ถึงปัจจุบัน โดยจัดแบ่งตามประเภทของแหล่งข้อมูลซึ่งได้แก่ การเข้าร่วมประชุม สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อสารมวลชน และสื่อบุคคล

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ เดือนมกราคม 2545 ถึงปัจจุบัน ซึ่งได้แก่ ร่วมเป็นแกนนำในการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ ร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพ ร่วมแสดงความคิดเห็นต่อเนื้อหาสาระของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และร่วมลงนามสนับสนุนการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ข้อเท็จจริง เนื้อหาสาระ และความสามารถในการนำความรู้ไปตีความของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 3 ด้าน คือ

1. แนวคิด หมายถึง หลักในการมองสุขภาพแบบใหม่ การใช้แนวคิดสุขภาพพอเพียง และหลักการสร้างนำซ่อม
2. การจัดการ หมายถึง การดำเนินงานโดยการใช้อยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา การมีส่วนร่วมของประชาชน รวมถึงกระบวนการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
3. ผลลัพธ์ หมายถึง ประโยชน์จากการได้ธรรมนูญด้านสุขภาพและประโยชน์ที่จะเกิดแก่ประชาชน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง ระดับความรู้สึกนึกคิด ความเห็น ความเชื่อในรูปของการประเมินค่าที่แสดงถึงความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 3 ด้าน คือ

1. แนวคิด หมายถึง หลักในการมองสุขภาพแบบใหม่ การใช้แนวคิดสุขภาพพอเพียง และหลักการสร้างนำซ่อม
2. การจัดการ หมายถึง การดำเนินงานโดยการใช้อยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา การมีส่วนร่วมของประชาชน รวมถึงกระบวนการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
3. ผลลัพธ์ หมายถึง ประโยชน์จากการได้ธรรมนูญด้านสุขภาพและประโยชน์ที่จะเกิดแก่ประชาชน

3.3 สมมติฐานการศึกษา

สมมติฐานที่ 1 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

สมมติฐานที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูง มีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

เนื่องจากผู้วิจัยคาดว่ากรณีที่ผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานแตกต่างกันย่อมเกิดการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ จากการทำงานมากน้อยต่างกัน อาจส่งผลให้บทบาทคาดหวังต่อการปฏิบัติงานต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ จำนง อติวัฒนสิทธิ์ และคณะ (2532: 45-46) ที่กล่าวว่าบทบาทที่บุคคลเข้าใจหรือรับรู้เป็นบทบาทที่ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้น ๆ จะคาดคิดด้วยตนเองว่าควรเป็นอย่างไร ทั้งนี้ย่อมเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของแต่ละคน และปรียาภรณ์ เตียยะกุล (2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่าผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับกระทรวง ระดับจังหวัด และระดับอำเภอที่มีระยะเวลาทำงานที่สูงมีผลต่อบทบาทคาดหวังสูงด้วย นอกจากนี้ มานิต พูลศิลป์ (2542: บทคัดย่อ) และสรรค์ชัย อินทว้าง (2538: บทคัดย่อ) ก็มีผลการศึกษาสนับสนุนตัวแปรนี้เช่นกัน

สมมติฐานที่ 3 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูง มีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

สมมติฐานที่ 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูง มีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

เนื่องจากผู้วิจัยคาดว่าผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการศึกษาต่างกัน มีการเรียนรู้ต่างกันออกไปในแต่ละระดับ จะมีการเปิดรับความรู้ใหม่ ๆ ที่เป็นแบบแผนของการกระทำต่างกัน อาจส่งผลให้บทบาทคาดหวังต่อการปฏิบัติงานต่างกันไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ ไพบุลย์ ช่างเรียน (2516: 29-30) ได้สรุปแนวคิดของบทบาทไว้ว่า บทบาทหมายถึงผลต่อเนื้อที่มีแบบแผนการกระทำที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล และชำนาญ มาลัย (2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดยโสธรที่มีการศึกษาสูงมีบทบาทคาดหวังสูง นอกจากนี้ มานิต พูลศิลป์ (2542: บทคัดย่อ) ก็มีผลการศึกษาสนับสนุนตัวแปรนี้เช่นกัน

สมมติฐานที่ 5 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

สมมติฐานที่ 6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานสูง มีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

เนื่องจากผู้วิจัยคาดว่าผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีตำแหน่งของงานที่รับผิดชอบต่างกันจะมีความสนใจต่อสถานการณ์ของตนเองตลอดจนสิทธิและหน้าที่ประจำตำแหน่งของตนเองที่รับผิดชอบงานแต่ละประเภทแตกต่างกันออกไปอาจส่งผลให้มีบทบาทคาดหวังต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ อานนท์ อาภาภิรม (2525: 24) กล่าวว่าบทบาทย่อมขึ้นอยู่กับบุคคลที่เข้าดำรงตำแหน่งนั้น เพราะฉะนั้นบทบาทจึงเป็นรูปการณ์ทางพฤติกรรมของตำแหน่งนั้น นอกจากนี้ หทัยชนก โสแก้ว (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาพบว่าครูในเขตบางกะปิที่มีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังสูงด้วย

สมมติฐานที่ 7 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

สมมติฐานที่ 8 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

เนื่องจากผู้วิจัยคาดว่าหน้าที่ผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ด้วยจำนวนที่มากน้อยต่างกันก็จะทำให้เกิดการรับรู้ เกิดความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งนั้น ๆ ต่างกัน อาจส่งผลต่อความคาดหวังต่อบทบาทของเขาต่างกันไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ ทิตยา สุวรรณะชฎ (2509: 268) ได้สรุปไว้ว่าบทบาทจะต้องเกิดจากการที่มีการประพฤติปฏิบัติตามฐานะตำแหน่งที่ได้รับรู้มาจากสังคม และ อุทิศ มหาภิตติคุณ (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลในกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้ข่าวสารสูงจะมีบทบาทสูงด้วย

สมมติฐานที่ 9 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรณรงค์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

สมมติฐานที่ 10 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรณรงค์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

เนื่องจากผู้วิจัยคาดว่าหน้าที่ผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการรณรงค์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติทำให้ได้รับประสบการณ์เพิ่มมากขึ้นย่อมทำให้เกิดความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมนั้น และเชื่อมั่นว่ามีโอกาสเป็นจริงได้ในอนาคต

อาจส่งผลให้เกิดบทบาทคาดหวังต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ Gross, Ward and Alexander (1965: 58) กล่าวว่า บทบาทคาดหวังเป็นการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าโดยแสดงความรู้สึก หรือความเชื่อมั่นในสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่ามีโอกาสเป็นจริงได้ในอนาคต และเลวลักษณะ ทรงสงวน (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่าคณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดยะลาที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสูงมีบทบาทสูง และสมถวิล เทียวยประดิษฐ์ (2542: บทคัดย่อ) ก็มีผลการศึกษาสนับสนุนตัวแปรนี้เช่นกัน

สมมติฐานที่ 11 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

สมมติฐานที่ 12 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

เนื่องจากผู้วิจัยคาดว่าความรู้ก็คือส่วนที่บอกถึงความสามารถของผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจดจำหรือเข้าใจจากการเรียนรู้ ข้อเท็จจริงของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งนำไปสู่ความตระหนักถึงบทบาทคาดหวังที่ตนจะต้องปฏิบัติตามที่ดีความหมายออกมาตามที่ตนเข้าใจ ซึ่งสอดคล้องกับ ไพบูลย์ ช่างเรียน (2516: 29-30) สรุปไว้ว่า บทบาทหมายถึงผลต่อเนื้อที่มีแบบแผนการกระทำที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์แห่งการปะทะสังสรรค์นั้น และนันทมนวรรณ ยิ่งเจริญสุข (2545: บทคัดย่อ) ทำการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจังหวัดปทุมธานีที่มีความรู้ความเข้าใจสูงมีบทบาทสูงด้วย นอกจากนี้ ประจักษ์ หินทอง (2545: บทคัดย่อ) และสายสมร กลยณี (2543: บทคัดย่อ) ก็มีผลการศึกษาสนับสนุนตัวแปรนี้เช่นกัน

สมมติฐานที่ 13 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีความคิดเห็น เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

สมมติฐานที่ 14 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

เนื่องจากผู้วิจัยคาดว่าความคิดเห็นของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญประการหนึ่งของการที่จะคาดหวังหรือมีแนวโน้มในการทำงานต่อเรื่องนั้น ๆ อย่างไร มีการยอมรับและปรับเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน การที่ผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความคิดเห็นไปในทางที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยจึงอาจส่งผลให้มีบทบาทคาดหวังต่อการปฏิบัติงานด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Murray (1968: 416) ได้สรุปว่าการคาดหวังหมายถึงการประเมินคุณค่าตนเองด้วยจิตสำนึกหรือจิตใต้สำนึกและใช้ความคาดหวังนั้นเป็นแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมที่จะมีต่อสิ่งที่ตน

คาดหวังหรือต่อตนเองในลักษณะที่ตนคิดว่าถูกต้อง นอกจากนี้ สรรค์ชัย อินทว้าง (2538: 3) ได้ศึกษาพบว่าสมาชิกสภาตำบลและคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีความคิดเห็นในระดับสูงมีบทบาทสูง และหทัยชนก ไสแก้ว (2543: บทคัดย่อ) ก็มีผลการศึกษาสนับสนุนตัวแปรนี้เช่นกัน

3.4 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

3.4.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดสระบุรี โดยแบ่งเป็นผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล จำนวน 148 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยทุกแห่งจำนวน 127 แห่ง ใน 13 อำเภอ จำนวน 386 คน

3.4.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ศึกษาจากผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยของจังหวัดสระบุรี รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 294 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารงานสาธารณสุข ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 148 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้บริหารงาน โดยแบ่งเป็น
 - ผู้บริหารงานระดับจังหวัด ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาสาธารณสุข 1 คน และหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 คน รวมจำนวน 8 คน
 - ผู้บริหารงานระดับอำเภอ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง จำนวน 13 คน
 - ผู้บริหารงานระดับตำบล ได้แก่ หัวหน้าสถานอนามัยหรือรักษาการทุกแห่ง จำนวน 127 คน

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานอนามัยมาเป็น

ตัวแทน จากจำนวน 127 แห่ง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 146 คน คิดเป็นร้อยละ 37.82 ของเจ้าหน้าที่ โดยแบ่งเป็น

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยขนาดใหญ่ 19 แห่ง แห่งละ 2 คน รวมจำนวน 38 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยทั่วไป 108 แห่ง แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 108 คน

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 7 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1-7

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อแนวคิด การจัดการ และผลลัพธ์ที่คาดหวัง เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

ด้านแนวคิด	ข้อ	1-3
ด้านการจัดการ	ข้อ	4-7
ด้านผลลัพธ์	ข้อ	8-10

ข้อคำถามเชิงบวก มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 7, และ 9

ข้อคำถามเชิงลบ มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 6, 8, และ 10

ลักษณะของแบบประเมินความรู้ความเข้าใจจะให้เลือกตอบ 3 คำตอบ ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้า ตอบคำถามถูก	ให้	1	คะแนน
ตอบคำถามผิด หรือตอบ “ไม่แน่ใจ”	ให้	0	คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินความคิดเห็น ของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อแนวคิด การจัดการ และผลลัพธ์ที่คาดหวัง เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

ด้านแนวคิด	ข้อ	1-3
ด้านการจัดการ	ข้อ	4-7
ด้านผลลัพธ์	ข้อ	8-10

ข้อความเชิงบวก มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 7 และ 10

ข้อความเชิงลบ มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 8 และ 9

ลักษณะของแบบประเมินความคิดเห็นจะให้เลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย และเห็นด้วย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก ถ้าตอบ	ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
	ค่อนข้างเห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
	เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
ข้อความเชิงลบ ถ้าตอบ	ไม่เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
	ค่อนข้างเห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
	เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินบทบาทคาดหวัง ของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวนโยบายและยุทธ
ศาสตร์ด้านสุขภาพ ใน 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อ 1-5
2. ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ข้อ 6-10
3. ด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ข้อ 11-17
4. ด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ข้อ 18-20
5. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ข้อ 21-25
6. ด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ข้อ 26-29

ข้อ 30 เป็นบทบาทในส่วนของกิจกรรมอื่น ๆ ตามที่คาดหวังว่าเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขจะปฏิบัติงานได้ดีกว่าการปฏิบัติงานตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ 6 ด้านข้างต้น
ซึ่งเป็นลักษณะคำถามแบบปลายเปิด โดยให้ระบุกิจกรรมอื่น ๆ เอง พร้อมทั้งให้ระบุระดับความ
คาดหวังในการปฏิบัติงานนั้นด้วย

ลักษณะของแบบประเมินบทบาทคาดหวังจะให้เลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ คาดหวังน้อย
ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก และมาก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบ	คาดหวังน้อย	ให้	1	คะแนน
	คาดหวังค่อนข้างน้อย	ให้	2	คะแนน
	คาดหวังค่อนข้างมาก	ให้	3	คะแนน
	คาดหวังมาก	ให้	4	คะแนน

ส่วนในกรณีที่ตอบว่า “ไม่อยู่ในบทบาท” จะไม่นำคะแนนในข้อนั้นมาคำนวณ และสามารถแปลความหมายได้ว่าไม่รับรู้ต่อบทบาทนั้น

ค่าคะแนนเฉลี่ย บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์การจัดระดับออกเป็น
3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยมีช่วงค่าเฉลี่ยแต่ละระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.00 แสดงว่ามีบทบาทคาดหวังต่ำ

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.01 - 3.00 แสดงว่ามีบทบาทคาดหวังปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.01 - 4.00 แสดงว่ามีบทบาทคาดหวังสูง

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะอื่น ๆ เป็นลักษณะคำถามแบบปลายเปิด
ให้ผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแสดงความเห็นส่วนตัวถึงปัญหาอุปสรรค
และข้อเสนอแนะอื่น ๆ เมื่อจะต้องปฏิบัติงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นในระดับพื้นที่
เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน และองค์กรธุรกิจเอกชน
ในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

3.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

3.6.1 การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Validity)

แบบสอบถามเรื่องบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่สร้างขึ้นนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความ
เที่ยงตรงตามเนื้อหาแบบเฉพาะหน้า (Face Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อ
อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาตามกรอบ
แนวคิด และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามการพิจารณาตรวจสอบดังกล่าว

3.6.2 การทดสอบแบบสอบถามเพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ซึ่งเป็นจังหวัดที่อยู่ในเขตภูมิภาคเดียวกับจังหวัดสระบุรี (เขต 2) เพราะมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน โดยแบ่งเป็นผู้บริหารงานสาธารณสุข 20 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 20 คน จำนวนทั้งสิ้น 40 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจข้อคำถาม และหาค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามจากแบบสอบถามที่จัดทำขึ้น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ความเข้าใจ = 0.7745 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความคิดเห็น = 0.8108 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านบทบาทคาดหวัง = 0.8991

3.7 วิธีการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อได้จัดทำแบบสอบถามเสร็จสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประสานงาน โดยผู้วิจัยขออนุมัติจากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เพื่อทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้เข้าพบผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในวันประชุมของคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อชี้แจงการจัดเก็บข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนตอบข้อซักถามแก่กลุ่มตัวอย่างแล้วแจกแบบสอบถามให้ไปทำล่วงหน้า พร้อมกับนัดวัน เวลาที่ผู้วิจัยจะไปรับแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.8.1 การประมวลผลข้อมูล (Data Processing)

หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาสร้างคู่มือลงรหัส (Code Book) แล้วใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

3.8.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับการเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้ t-test และทดสอบสมมติฐานระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยใช้ t-test และ F-test (One - Way Analysis of Variance)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่องบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยประมวลผลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง 2 ประเภท ได้แก่ ผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดสระบุรี จำนวน 294 ชุด สามารถเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ทั้งสิ้น 276 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.88 ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาข้อมูลออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

ตอนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน (Hypothesis Analysis)

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ในการวิเคราะห์ตอนนี้ ได้แบ่งผลการวิเคราะห์เป็น 3 ส่วน คือ

4.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ผลการศึกษามโนทัศน์ของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวัง ระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตอนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน (Hypothesis Analysis) ในการวิเคราะห์ตอนนี้ ได้แบ่งผลการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน คือ

4.4 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข

4.5 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตอนที่ 3 ผลการศึกษามโนทัศน์เพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่าง

4.6 ผลการศึกษามโนทัศน์เพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 276 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารงานสาธารณสุข 141 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 135 คน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรณรงค์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งผลการศึกษาามีรายละเอียด ดังนี้

4.1.1 เพศ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้กว่าครึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.07 เป็นเพศชายร้อยละ 44.93 เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้บริหารงานกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.57 เพศชายร้อยละ 40.43 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.37 เพศชายร้อยละ 49.63 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 เพศของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	ตำแหน่ง				รวม	
	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	57	40.43	67	49.63	124	44.93
หญิง	84	59.57	68	50.37	152	55.07
รวม	141	51.09	135	48.91	276	100.00

4.1.2 อายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.70 รองลงมาคือ อายุในช่วง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.99 อันดับสามคือ อายุในช่วง 40 - 49 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 28.99 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุในช่วง 50 - 59 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.14

เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.52 รองลงมาคืออายุในช่วง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 และอายุในช่วง 50 - 59 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.15 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกว่าครึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาคืออายุในช่วง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.07 อันดับสามคืออายุในช่วง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.63 และอายุในช่วง 50 - 59 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คือมีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารงานสาธารณสุขมีอายุเฉลี่ย 43.40 ปี สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอายุเฉลี่ย 30.53 ปี ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 อายุของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับอายุ	ตำแหน่ง				รวม	
	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20 - 29 ปี	0	0.00	75	55.56	75	27.17
30 - 39 ปี	47	33.33	46	34.07	93	33.70
40 - 49 ปี	67	47.52	13	9.63	80	28.99
50 - 59 ปี	27	19.15	1	0.74	28	10.14
รวม	141	51.09	135	48.91	276	100.00
ค่าเฉลี่ย	ผู้บริหารงาน = 43.40 ปี			เจ้าหน้าที่ = 30.53 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผู้บริหารงาน = 6.67			เจ้าหน้าที่ = 6.34		

4.1.3 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 10 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.51 รองลงมาคือระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 1 - 9 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.52 อันดับสามคือระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 20 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.17 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 30 ปีขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.80

เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขส่วนมาก มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 10 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.39 รองลงมาคือระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 20 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.97 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 30 ปีขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.64 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกว่าครึ่งมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1 - 9 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.44 รองลงมาคือระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 10 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.19 อันดับสามคือ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 20 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.63 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 30 ปีขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คือมีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารงานสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 21.51 ปี สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 9.41 ปี ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	ตำแหน่ง				รวม	
	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 - 9 ปี	0	0.00	87	64.44	87	31.52
10 - 19 ปี	64	45.39	34	25.19	98	35.51
20 - 29 ปี	62	43.97	13	9.63	75	27.17
30 ปีขึ้นไป	15	10.64	1	0.74	16	5.80
รวม	141	51.09	135	48.91	276	100.00
ค่าเฉลี่ย	ผู้บริหารงาน = 21.51 ปี		เจ้าหน้าที่ = 9.41 ปี			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผู้บริหารงาน = 6.02		เจ้าหน้าที่ = 6.57			

4.1.4 ระดับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งจะมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 57.97 รองลงมาคือ การศึกษิต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 34.78 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.25

เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขกว่าครึ่งมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 56.74 รองลงมาคือการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33.33 และการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.93 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกว่าครึ่งมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 56.26 รองลงมาคือการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 36.30 และการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.44 ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการศึกษา	ตำแหน่ง				รวม	
	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าปริญญาตรี	47	33.33	49	36.30	96	34.78
ปริญญาตรี	80	56.74	80	59.26	160	57.97
สูงกว่าปริญญาตรี	14	9.93	6	4.44	20	7.25
รวม	141	51.09	135	48.91	276	100.00

4.1.5 ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเกือบครึ่งจะมีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ 6 คิดเป็นร้อยละ 46.01 รองลงมาคือระดับ 4 - 5 คิดเป็นร้อยละ 31.16 อันดับสามคือระดับ 2 - 3 คิดเป็นร้อยละ 14.86 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งระดับ 7 - 8 มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.97

เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขเกือบสามในสี่มีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ 6 คิดเป็นร้อยละ 71.63 รองลงมาคือระดับ 7 - 8 คิดเป็นร้อยละ 15.60 และตำแหน่งระดับ 4 - 5 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.77 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครึ่งหนึ่งมีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ 4 - 5 คิดเป็นร้อยละ 50.37 รองลงมาคือระดับ 2 - 3 คิดเป็นร้อยละ 30.37 และตำแหน่งระดับ 6 มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.26 ค่าเฉลี่ยระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง คือ

ผู้บริหารงานสาธารณสุขมีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานเฉลี่ยอยู่ในระดับ 6 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานเฉลี่ยอยู่ในระดับ 4 ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับตำแหน่งในการ ปฏิบัติงาน	ตำแหน่ง				รวม	
	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 2 - 3	0	0.00	41	30.37	41	14.86
ระดับ 4 - 5	18	12.77	68	50.37	86	31.16
ระดับ 6	101	71.63	26	19.26	127	46.01
ระดับ 7 - 8	22	15.60	0	0.00	22	7.97
รวม	141	51.09	135	48.91	276	100.00
ค่าเฉลี่ย	ผู้บริหารงาน = 6.04		เจ้าหน้าที่ = 4.28			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผู้บริหารงาน = 0.57		เจ้าหน้าที่ = 1.18			

4.1.6 การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่ได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 72.83 รองลงมาคือได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.58 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.59

เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขกว่าครึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.79 รองลงมาคือได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 19.15 และผู้บริหารงานที่ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.06 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามในสี่ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 77.04 รองลงมาคือได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับสูงและระดับต่ำ ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 11.85 และ 11.11 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารงานสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 5.48 คะแนน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 4.48 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มตัวอย่าง

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	ตำแหน่ง				รวม	
	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	17	12.06	15	11.11	32	11.59
ปานกลาง	97	68.79	104	77.04	201	72.83
สูง	27	19.15	16	11.85	43	15.58
รวม	141	51.09	135	48.91	276	100.00
ค่าเฉลี่ย	ผู้บริหารงาน = 5.48 คะแนน		เจ้าหน้าที่ = 4.48 คะแนน			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผู้บริหารงาน = 2.93		เจ้าหน้าที่ = 2.59			

4.1.7 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีส่วนร่วมในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 58.33 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 41.67

เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขกว่าครึ่งมีส่วนร่วมในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 59.57 และมีส่วนร่วมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 40.43 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกว่าครึ่งมีส่วนร่วมในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 57.04 และมีส่วนร่วมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 42.96 ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้บริหารงานสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 2.59 คะแนน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 1.46 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของกลุ่ม
ตัวอย่าง

การมีส่วนร่วม	ตำแหน่ง				รวม	
	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	84	59.57	77	57.04	161	58.33
สูง	57	40.43	58	42.96	115	41.67
รวม	141	51.09	135	48.91	276	100.00
ค่าเฉลี่ย	ผู้บริหารงาน = 2.59 คะแนน			เจ้าหน้าที่ = 1.46 คะแนน		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผู้บริหารงาน = 2.86			เจ้าหน้าที่ = 1.39		

4.1.8 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.14 รองลงมาคือมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 24.28 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจระดับต่ำ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.58

เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขกว่าครึ่งมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.87 รองลงมาคือมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.24 และมีความรู้ความเข้าใจต่ำ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.89 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกว่าครึ่งมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.48 รองลงมาคือมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.22 และมีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.30 ค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารงานสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 6.23 คะแนน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 5.98 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ความเข้าใจ	ตำแหน่ง				รวม	
	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	21	14.89	22	16.30	43	15.58
ปานกลาง	83	58.87	83	61.48	166	60.14
สูง	37	26.24	30	22.22	67	24.28
รวม	141	51.09	135	48.91	276	100.00
ค่าเฉลี่ย	ผู้บริหารงาน = 6.23 คะแนน		เจ้าหน้าที่ = 5.98 คะแนน			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผู้บริหารงาน = 1.87		เจ้าหน้าที่ = 1.89			

4.1.9 ความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.74 รองลงมาคือมีความคิดเห็นในระดับสูงและระดับต่ำเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 14.13

เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขสามในสี่มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 77.30 รองลงมาคือมีความคิดเห็นในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 13.48 และมีความคิดเห็นต่ำ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.22 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกว่าครึ่งมีความคิดเห็นในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.93 รองลงมาคือมีความคิดเห็นในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 19.26 และมีความคิดเห็นในระดับสูง มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.81 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของกลุ่ม ตัวอย่าง คือ ผู้บริหารงานสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 29.50 คะแนน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 29.04 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มตัวอย่าง

ความคิดเห็น	ตำแหน่ง				รวม	
	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	13	9.22	26	19.26	39	14.13
ปานกลาง	109	77.30	89	65.93	198	71.74
สูง	19	13.48	20	14.81	39	14.13
รวม	141	51.09	135	48.91	276	100.00
ค่าเฉลี่ย	ผู้บริหารงาน = 29.50		คะแนน	เจ้าหน้าที่ = 29.04		คะแนน
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผู้บริหารงาน = 4.17			เจ้าหน้าที่ = 3.72		

4.2 ผลการศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.2.1 การศึกษาบทบาทคาดหวังในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่าบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขในรายด้าน อยู่ในระดับสูงแทบทุกด้าน มีเพียงด้านการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนานโยบายท้องถิ่นเพียงด้านเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.29 รองลงมาคือด้านการสร้างและพัฒนาศักยภาพและข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.25 อันดับสามคือบทบาทคาดหวังด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.19 ส่วนด้านที่มีบทบาทคาดหวังต่ำที่สุดคือด้านการสนับสนุนและพัฒนานโยบายท้องถิ่นด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 2.86

สำหรับบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรายด้าน อยู่ทั้งในระดับสูงและปานกลางเท่า ๆ กัน โดยมีด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพของผู้บริหารงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.12 รองลงมาคือด้านการสร้างและพัฒนาศักยภาพและข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.07 อันดับสามคือบทบาทคาดหวังด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.05 ส่วนด้านที่มีบทบาทคาดหวังต่ำที่สุด คือด้านการสนับสนุนและพัฒนานโยบายท้องถิ่นด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 2.73

เมื่อเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังของทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง พบว่า บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานทุกด้านสูงกว่าเจ้าหน้าที่ โดยที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของผู้บริหารงานอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.09 และ 3.11) ในขณะที่ของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.90 และ 2.96) ด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และด้านการสร้างพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงเหมือนกัน (ค่าเฉลี่ย 3.29, 3.19 และ 3.25 กับ 3.12, 3.05 และ 3.07) ส่วนด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นทั้งสองกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.86 และ 2.73) ทั้งนี้บทบาทคาดหวังในภาพรวมของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.14 และ 3.01) ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 บทบาทคาดหวังในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

บทบาทคาดหวัง	ผู้บริหารงาน			เจ้าหน้าที่		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ระดับ
	มาตรฐาน			มาตรฐาน		
1. การสร้างเสริมสุขภาพ	3.09	0.68	สูง	2.90	0.61	ปานกลาง
2. การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	3.11	0.60	สูง	2.96	0.64	ปานกลาง
3. การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ	3.29	0.56	สูง	3.12	0.56	สูง
4. การส่งเสริมสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่น	2.86	0.82	ปานกลาง	2.73	0.86	ปานกลาง
5. การคุ้มครองผู้บริโภค	3.19	0.65	สูง	3.05	0.65	สูง
6. การพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสาร	3.25	0.84	สูง	3.07	0.67	สูง
รวม	3.14	0.52	สูง	3.01	0.52	สูง

4.2.2 บทบาทคาดหวังด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนในชุมชน เช่น ชมรมออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 3.23 รองลงมาคือ การส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.16 อันดับสามคือ การส่งเสริม สนับสนุนชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐ ในการสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดทำชุมชนน่าอยู่ มีค่าเฉลี่ย 3.09 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น แพทย์แผนไทย มีค่าเฉลี่ย 2.91

ส่วนบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนในชุมชน เช่น ชมรมออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 3.13 รองลงมาคือ การส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน มีค่าเฉลี่ย 2.96 อันดับสามคือ การส่งเสริม สนับสนุนชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐ ในการสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดทำชุมชนน่าอยู่ มีค่าเฉลี่ย 2.84 ส่วนข้อที่ต่ำสุด คือ การส่งเสริม สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น แพทย์แผนไทย มีค่าเฉลี่ย 2.76 ดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 บทบาทคาดหวังด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

บทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ส่งเสริม สนับสนุนชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐในการสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดทำชุมชนน่าอยู่	3.09	0.81	2.84	0.77

ตารางที่ 4.11 บทบาทคาดหวังด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ต่อ)

บทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่	
	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน		ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน	
	มาตรฐาน		มาตรฐาน	
2. ส่งเสริม สนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนในชุมชน เช่น ชมรมออกกำลังกาย	3.23	0.86	3.13	0.75
3. ส่งเสริม สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนและการพึ่งตนเองของชุมชน เช่น การจัดเวทีประชาคมด้านสุขภาพ	3.04	0.86	2.83	0.78
4. ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น แพทย์แผนไทย	2.91	0.85	2.76	0.79
5. ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน	3.16	0.81	2.96	0.80
รวม	3.09	0.86	2.90	0.61

4.2.3 บทบาทคาดหวังด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ผลการศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรค และสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.44 รองลงมาคือ การเฝ้าระวังเพื่อการป้องกันโรค และสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.26 อันดับสามคือ การให้ความช่วยเหลือปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนต่อความเสียหายที่เกิดจากสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.12 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ

หน่วยงานของรัฐมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการชุมชนควบคุมมลพิษ มีค่าเฉลี่ย 2.84

ส่วนบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคและสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.27 รองลงมาคือ การเฝ้าระวังเพื่อการป้องกันโรคและสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.08 อันดับสามคือ การให้ความช่วยเหลือปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนต่อความเสียหายที่เกิดจากสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.04 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการชุมชนควบคุมมลพิษ มีค่าเฉลี่ย 2.66 ดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 บทบาทคาดหวังด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

บทบาทด้านการควบคุมและป้องกัน ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันโรคและสิ่งต่าง ๆ ที่มี ผลเสียต่อสุขภาพ	3.26	0.76	3.08	0.86
2. ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรค และสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ	3.44	0.67	3.27	0.76
3. ส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชนหรือองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐมีส่วนร่วมใน การป้องกันและควบคุมสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการชุมชนควบคุมมลพิษ	2.84	0.86	2.66	0.91
4. สนับสนุนการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อ ป้องกันและควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อ สุขภาพ เช่น อันตรายจากการใช้สารเคมี หรือ อุบัติเหตุ-อุบัติภัย	2.87	0.94	2.77	0.95

ตารางที่ 4.12 บทบาทคาดหวังด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (ต่อ)

บทบาทด้านการควบคุมและป้องกัน ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
5. ให้ความช่วยเหลือปัญหาด้านสุขภาพของ ประชาชนต่อความเสียหายที่เกิดจากสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ	3.12	0.81	3.04	0.77
รวม	3.11	0.60	2.96	0.64

4.2.4 บทบาทคาดหวังด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ผลการศึกษารoles บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีระบบบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนมีค่าเฉลี่ย 3.48 รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีค่าเฉลี่ย 3.45 อันดับสามคือ การรณรงค์ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ย 3.39 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข เช่น ระบบ HA ที่รับรองมาตรฐานบริการ มีค่าเฉลี่ย 3.03

ส่วนบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีระบบบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนมีค่าเฉลี่ย 3.39 รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีค่าเฉลี่ย 3.30 อันดับสามคือ การรณรงค์ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ย 3.22 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข เช่น ระบบ HA ที่รับรองมาตรฐานบริการ มีค่าเฉลี่ย 2.87 ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 บทบาทคาดหวังด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

บทบาทด้านการบริการสาธารณสุข และการควบคุมคุณภาพ	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน
	มาตรฐาน		มาตรฐาน	
1. ดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม	3.45	0.65	3.30	0.70
2. มีระบบบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู สุขภาพของประชาชน	3.48	0.59	3.39	0.67
3. จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเชื่อมโยงกับบริการ ระดับกลางและระดับสูง	3.26	0.81	2.99	0.83
4. ประเมินผลเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่นำมาใช้ใน การบริการสาธารณสุข เช่น รูปแบบบริการ สุขภาพเชิงรุก	3.20	0.74	3.04	0.80
5. จัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข เช่น ระบบ HA ที่รับรองมาตรฐานบริการ	3.03	0.93	2.87	0.78
6. ผนึกใจให้ชุมชนหรือองค์กรปกครองท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการจัดบริการ สาธารณสุข	3.20	0.81	3.04	0.76
7. ผนึกใจให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของ ตนเองได้อย่างต่อเนื่อง	3.39	0.66	3.22	0.77
รวม	3.29	0.56	3.12	0.56

4.2.5 บทบาทคาดหวังด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพ

ผลการศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุนการใช้ระบบหมอพื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย ที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม มี

ค่าเฉลี่ย 2.96 รองลงมาคือ การส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ย 2.88 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การนำข้อมูลจากการวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีค่าเฉลี่ย 2.74

ส่วนบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุน การใช้ระบบหมอพื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย ที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม มีค่าเฉลี่ย 2.82 รองลงมาคือ การส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ และมาตรฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ย 2.72 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การนำข้อมูลจากการวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีค่าเฉลี่ย 2.65 ดังแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 บทบาทคาดหวังด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

บทบาทด้านการสนับสนุนและพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ระบบหมอพื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย ที่สอดคล้องกับวิถี ชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม	2.96	0.88	2.82	0.88
2. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และ มาตรฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น พัฒนาแพทย์ แผนไทยควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน	2.88	0.90	2.72	0.96
3. นำข้อมูลจากการวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน	2.74	1.00	2.65	0.97
รวม	2.86	0.82	2.73	0.86

4.2.6 บทบาทคาดหวังด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการ

สาธารณสุข / การให้ความคุ้มครองสิทธิประชาชนในฐานะผู้บริโภค เช่น การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 3.26 รองลงมาคือ การสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 3.23 อันดับสามคือ การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนอย่างรวดเร็วแก่องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคในกรณีที่ดินดำเนินงานแล้วเกิดผลเสียต่อสุขภาพของประชาชน มีค่าเฉลี่ย 3.15 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การให้ความช่วยเหลือต่อประชาชนในความเสียหายที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 3.04

ส่วนบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 3.19 รองลงมาคือ การให้ความคุ้มครองสิทธิประชาชนในฐานะผู้บริโภค เช่น การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 3.12 อันดับสามคือ การสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 3.04 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การให้ความช่วยเหลือต่อประชาชนในความเสียหายที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 2.93 ดังแสดงในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 บทบาทคาดหวังด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

บทบาทด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข	3.26	0.74	3.19	0.75
2. ให้ความคุ้มครองสิทธิประชาชนในฐานะผู้บริโภค เช่น การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข	3.26	0.72	3.12	0.70
3. ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนอย่างรวดเร็วแก่องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคในกรณีที่ดินดำเนินงานแล้วเกิดผลเสียต่อสุขภาพของประชาชน	3.15	0.84	2.99	0.80

ตารางที่ 4.15 บทบาทคาดหวังด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ต่อ)

บทบาทด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ให้ความช่วยเหลือประชาชนในความเสียหายที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการสาธารณสุข	3.04	0.81	2.93	0.91
5. สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการสาธารณสุข	3.23	0.74	3.04	0.81
รวม	3.19	0.65	3.05	0.65

4.2.7 บทบาทคาดหวังด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ผลการศึกษารoles บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง มีค่าเฉลี่ย 3.60 รองลงมาคือ การพัฒนาการจัดระบบฐานข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในสถานีนามัย มีค่าเฉลี่ย 3.33 อันดับสามคือ การส่งเสริม สนับสนุนการเผยแพร่และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของหน่วยงานอื่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการคุ้มครองประชาชน มีค่าเฉลี่ย 3.17 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยระดับชุมชนโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด มีค่าเฉลี่ย 2.91

ส่วนบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง มีค่าเฉลี่ย 3.31 รองลงมา คือ การพัฒนาการจัดระบบฐานข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในสถานีนามัย มีค่าเฉลี่ย 3.14 อันดับสามคือ การส่งเสริม สนับสนุนการเผยแพร่และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของหน่วยงานอื่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการคุ้มครองประชาชน มีค่าเฉลี่ย 3.00 ส่วนข้อที่ต่ำสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยระดับชุมชนโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด มีค่าเฉลี่ย 2.82 ดังแสดงในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 บทบาทคาดหวังด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้าน
สุขภาพ

บทบาทด้านการสร้างและพัฒนา องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	ผู้บริหารงาน		เจ้าหน้าที่	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. พัฒนาการจัดระบบฐานข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพในสถานีนอามัย	3.33	0.60	3.14	0.74
2. เผยแพร่ความรู้/ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้แก่ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง	3.60	0.56	3.31	0.64
3. ส่งเสริม สนับสนุนการเผยแพร่และตรวจสอบ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของหน่วยงานอื่น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการคุ้มครอง ประชาชน	3.17	0.71	3.00	0.92
4. ส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยระดับชุมชนโดยให้ ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด	2.91	0.91	2.82	0.95
รวม	3.25	0.84	3.07	0.67

4.3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.3.1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาพรวม

ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในภาพรวม พบว่า ผู้
บริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ค่าเฉลี่ย 3.14 และ 3.01)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.04) ดังแสดงในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาพรวม

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	Two-tailed p Value
ผู้บริหารงาน	141	3.14	0.52	2.08	0.04
เจ้าหน้าที่	135	3.01	0.52		
รวม	276	3.08	0.52		

4.3.2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นรายด้าน

4.3.2.1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าผู้บริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ค่าเฉลี่ย 3.09 และ 2.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.02) ดังแสดงในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	Two-tailed p Value
ผู้บริหารงาน	141	3.09	0.68	2.34	0.02
เจ้าหน้าที่	135	2.90	0.61		
รวม	276	3.08	0.52		

4.3.2.2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ พบว่าผู้บริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ค่าเฉลี่ย 3.11 และ 2.96) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.06) ดังแสดงในตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	Two-tailed p Value
ผู้บริหารงาน	141	3.11	0.60	1.90	0.06
เจ้าหน้าที่	135	2.96	0.64		
รวม	276	3.08	0.52		

4.3.2.3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวัง ด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ พบว่าผู้บริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ค่าเฉลี่ย 3.29 และ 3.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.02) ดังแสดงในตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	Two-tailed p Value
ผู้บริหารงาน	141	3.29	0.56	2.44	0.02
เจ้าหน้าที่	135	3.12	0.56		
รวม	276	3.08	0.52		

4.3.2.4 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังด้านการสนับสนุนและพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ พบว่าผู้บริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ค่าเฉลี่ย 2.86 และ 2.73) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.20) ดังแสดงในตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	Two-tailed p Value
ผู้บริหารงาน	141	2.86	0.82	1.30	0.20
เจ้าหน้าที่	135	2.73	0.86		
รวม	276	3.08	0.52		

4.3.2.5 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ พบว่าผู้บริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ค่าเฉลี่ย 3.19 cjt 3.05) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.09) ดังแสดงในตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	Two-tailed p Value
ผู้บริหารงาน	141	3.19	0.65	1.71	0.09
เจ้าหน้าที่	135	3.05	0.65		
รวม	276	3.08	0.52		

4.3.2.6 ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่าผู้บริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ค่าเฉลี่ย 3.25 และ 3.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.047) ดังแสดงในตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	Two-tailed p Value
ผู้บริหารงาน	141	3.25	0.84	1.99	0.047
เจ้าหน้าที่	135	3.07	0.67		
รวม	276	3.08	0.52		

4.4 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 1 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขจำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 30 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.32 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 20 – 29 ปี มีค่าเฉลี่ย 3.19 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 10 – 19 ปี มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ 3.05

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าผู้บริหารงานที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.23 การเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	Two-tailed p Value
ผู้บริหารงาน	141	3.25	0.84	1.99	0.047
เจ้าหน้าที่	135	3.07	0.67		
รวม	276	3.08	0.52		

4.4 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 1 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขจำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 30 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.32 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 20 – 29 ปี มีค่าเฉลี่ย 3.19 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 10 – 19 ปี มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ 3.05

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าผู้บริหารงานที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข
จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	One-tailed p Value
10 - 19 ปี	64	3.05	0.54	2.31	0.05
20 - 29 ปี	62	3.19	0.45		
30 ปีขึ้นไป	15	3.32	0.64		
รวม	141	3.14	0.52		

สมมติฐานที่ 3 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูง มีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.22 รองลงมาคือกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ย 3.19 ส่วนกลุ่มที่มีการศึกษาดต่ำกว่าปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ 3.03

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าผู้บริหารงานที่ระดับการศึกษาดำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.09) ดังแสดงในตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข
จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	One-tailed p Value
ต่ำกว่าปริญญาตรี	47	3.03	0.56	1.65	0.09
ปริญญาตรี	80	3.19	0.48		
สูงกว่าปริญญาตรี	14	3.22	0.55		
รวม	141	3.14	0.52		

สมมติฐานที่ 5 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขจำแนกตามระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งระดับ 7 – 8 มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.39 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งระดับ 6 มีค่าเฉลี่ย 3.11 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งระดับ 5 มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ 2.99

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าผู้บริหารงานที่มีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.015) ดังแสดงในตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข
จำแนกตามระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

ระดับตำแหน่ง ในการปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	One-tailed p Value
ระดับ 5	18	2.99	0.51	3.48	0.015
ระดับ 6	101	3.11	0.50		
ระดับ 7 - 8	22	3.39	0.56		
รวม	141	3.14	0.52		

จากนั้นทำการทดสอบรายคู่เพื่อหาว่าคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีตำแหน่งระดับ 7 – 8 มีบทบาทคาดหวังสูงกว่าผู้บริหารที่มีตำแหน่งระดับ 5 และระดับ 6 ดังแสดงในตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขตามระดับ
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

ระดับตำแหน่ง ในการปฏิบัติงาน	ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
	ระดับ 5	ระดับ 6	ระดับ 7 - 8
ระดับ 5			
ระดับ 6			
ระดับ 7 - 8	*	*	

สมมติฐานที่ 7 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขจำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารสูง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.41 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารต่ำ

มีค่าเฉลี่ย 3.12 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ 3.07

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าผู้บริหารงานที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.00) ดังแสดงในตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข
จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	One-tailed p Value
ต่ำ	17	3.12	0.53	4.85	0.00
ปานกลาง	97	3.07	0.51		
สูง	27	3.41	0.45		
รวม	141	3.14	0.52		

จากนั้นทำการทดสอบรายคู่เพื่อหาว่าคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารสูงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าผู้บริหารที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขตามการได้รับ
ข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร	การได้รับข้อมูลข่าวสาร		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ			
ปานกลาง			
สูง		*	

สมมติฐานที่ 9 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราช
บัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่ง
ชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขจำแนกตามการ
มีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วม
สูง มีค่าเฉลี่ย 3.28 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมต่ำ มีค่าเฉลี่ย 3.04

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ t-test พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมสูงมีบทบาท
คาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าผู้บริหารงานที่มีส่วนร่วม
ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.00) ดังแสดงในตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.30 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข
จำแนกตามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	t	One-tailed
การยกย่อง พ.ร.บ.	(คน)		มาตรฐาน		p Value
ต่ำ	84	3.04	0.53	-2.78	0.00
สูง	57	3.28	0.47		
รวม	141	3.14	0.52		

สมมติฐานที่ 11 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขจำแนกตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจสูง มีค่าเฉลี่ย 3.55 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.11 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจต่ำ มีค่าเฉลี่ย 2.97

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าผู้บริหารที่มีความรู้ความเข้าใจต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.00) ดังแสดงในตารางที่ 4.31

ตารางที่ 4.31 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข
จำแนกตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ พ.ร.บ.	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	One-tailed p Value
ต่ำ	21	2.97	0.38	7.20	0.00
ปานกลาง	103	3.11	0.53		
สูง	17	3.55	0.40		
รวม	141	3.14	0.52		

จากนั้นทำการทดสอบรายคู่เพื่อหาว่าคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าผู้บริหารที่มีความรู้ความเข้าใจปานกลางและต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 4.32

ตารางที่ 4.32 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.	ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ			
ปานกลาง			
สูง	*	*	

สมมติฐานที่ 13 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขจำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นสูง มีค่าเฉลี่ย 3.62 กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.11 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจต่ำ มีค่าเฉลี่ย 2.68

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าผู้บริหารที่มีความคิดเห็นต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.00) ดังแสดงในตารางที่ 4.33

ตารางที่ 4.33 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข
จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ความคิดเห็น เกี่ยวกับ พ.ร.บ.	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	One-tailed p Value
ต่ำ	13	2.68	0.54	16.61	0.00
ปานกลาง	109	3.11	0.47		
สูง	19	3.62	0.38		
รวม	141	3.14	0.52		

จากนั้นทำการทดสอบรายคู่เพื่อหาว่าคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าผู้บริหารที่มีความคิดเห็นปานกลางและต่ำ และผู้บริหารที่มีความคิดเห็นปานกลางมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าผู้บริหารที่มีความคิดเห็นต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 4.34

ตารางที่ 4.34 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขตามความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ความคิดเห็น เกี่ยวกับ พ.ร.บ.	ความคิดเห็นเกี่ยวกับ พ.ร.บ.		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ			
ปานกลาง	*		
สูง	*	*	

4.5 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สมมติฐานที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูง มีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1 - 9 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.03 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 10 - 19 ปี มีค่าเฉลี่ย 2.98 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 20 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ 2.96

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.41) ดังแสดงในตารางที่ 4.35

ตารางที่ 4.35 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	One-tailed p Value
1 - 9 ปี	87	3.03	0.51	0.20	0.41
10 - 19 ปี	34	2.98	0.48		
20 ปีขึ้นไป	14	2.96	0.69		
รวม	135	3.01	0.52		

สมมติฐานที่ 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูง มีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาดำรงปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.03 รองลงมาคือกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ย 3.00 ส่วนกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ 2.93

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีระดับการศึกษาต่ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.44) ดังแสดงในตารางที่ 4.36

ตารางที่ 4.36 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	One-tailed p Value
ต่ำกว่าปริญญาตรี	49	3.03	0.52	0.11	0.44
ปริญญาตรี	80	3.00	0.54		
สูงกว่าปริญญาตรี	6	2.93	0.36		
รวม	135	3.01	0.52		

สมมติฐานที่ 6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานสูง มีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งระดับ 4 - 5 มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.09 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งระดับ 6 มีค่าเฉลี่ย 3.02 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งระดับ 2 - 3 มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ 2.88

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานต่ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.07) ดังแสดงในตารางที่ 4.37

ตารางที่ 4.37 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

ระดับตำแหน่ง ในการปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	One-tailed p Value
ระดับ 2 - 3	41	2.88	0.57	2.02	0.07
ระดับ 4 - 5	68	3.09	0.46		
ระดับ 6	26	3.02	0.59		
รวม	135	3.01	0.52		

สมมติฐานที่ 8 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารสูง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.22 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.02 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารต่ำ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ 2.75

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.02) ดังแสดงในตารางที่ 4.38

ตารางที่ 4.38 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	F	One-tailed p Value
ต่ำ	15	2.75	0.36	3.35	0.02
ปานกลาง	104	3.02	0.54		
สูง	16	3.22	0.44		
รวม	135	3.01	0.52		

จากนั้นทำการทดสอบรายคู่เพื่อหาว่าคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารสูงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 4.39

ตารางที่ 4.39 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร	การได้รับข้อมูลข่าวสาร		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ			
ปานกลาง			
สูง	*		

สมมติฐานที่ 10 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามความถี่ในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมสูง มีค่าเฉลี่ย 3.20 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมต่ำ มีค่าเฉลี่ย 2.87

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ t-test พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนร่วมสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.00) ดังแสดงในตารางที่ 4.40

ตารางที่ 4.40 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การยกย่อง พ.ร.บ.	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	One-tailed p Value
ต่ำ	77	2.87	0.53	-3.83	0.00
สูง	58	3.20	0.45		
รวม	135	3.01	0.52		

สมมติฐานที่ 12 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจสูง มีค่าเฉลี่ย 3.21 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.97 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจต่ำ มีค่าเฉลี่ย 2.87

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.02) ดังแสดงในตารางที่ 4.41

ตารางที่ 4.41 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	F	One-tailed p Value
ต่ำ	22	2.87	0.42	3.32	0.02
ปานกลาง	83	2.97	0.53		
สูง	30	3.21	0.54		
รวม	135	3.01	0.52		

จากนั้นทำการทดสอบรายคู่เพื่อหาว่าคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจปานกลางและต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 4.42

ตารางที่ 4.42 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.	ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ			
ปานกลาง			
สูง	*	*	

สมมติฐานที่ 14 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ความคิดเห็นสูงมีค่าเฉลี่ย

3.13 กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.04 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่ำ มีค่าเฉลี่ย 2.79

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความคิดเห็นต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p Value = 0.02) ดังแสดงในตารางที่ 4.43

ตารางที่ 4.43 การวิเคราะห์ความแตกต่างของบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ พ.ร.บ.	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	F	One-tailed p Value
ต่ำ	26	2.79	0.41	3.42	0.02
ปานกลาง	80	3.04	0.51		
สูง	29	3.13	0.61		
รวม	135	3.01	0.52		

จากนั้นทำการทดสอบรายคู่เพื่อหาว่าคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงและปานกลางมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 4.44

ตารางที่ 4.44 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ พ.ร.บ.	ความคิดเห็นเกี่ยวกับ พ.ร.บ.		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ			
ปานกลาง	*		
สูง	*		

4.6 ผลการศึกษาข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะอื่น ๆ เมื่อจะต้องปฏิบัติงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นในระดับพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน และองค์กรธุรกิจเอกชน ในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ซึ่งมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมดังนี้

4.6.1 การสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพสูงที่สุดคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 43.75 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ รองลงมาคือ ประชาชนยังมีความรู้ทางเศรษฐกิจไม่ดีจึงไม่ให้ความสำคัญเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14.58 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ อันดับสามคือ ขาดงบประมาณในการดำเนินการ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ ดังแสดงในตารางที่ 4.45

ตารางที่ 4.45 ปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรค	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ตอบ (คน)	ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบ
1. องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ	42	43.75
2. ประชาชนยังมีความรู้ทางเศรษฐกิจไม่ดีจึงไม่ ให้ความสำคัญเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ	14	14.58
3. ขาดงบประมาณในการดำเนินการ	12	12.50
4. ขาดการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	8	8.33
5. ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ทำงาน ร่วมกัน ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ เกิดความล่าช้า	7	7.29

ตารางที่ 4.45 ปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ตอบ (คน)	ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบ
6. ขั้นตอนในการของบประมาณด้านสุขภาพจาก องค์การบริหารส่วนตำบลมีความยุ่งยาก	4	4.17
7. ประชาชนที่รวมกลุ่มกันขาดความต่อเนื่องในการ ดำเนินงาน	3	3.13
8. ประชาชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่น ๆ ยังขาด ความรู้ความเข้าใจของการสร้างเสริมสุขภาพ	2	2.08
9. ขาดการประชุมชี้แจงและปรับยุทธศาสตร์ร่วมกัน ตั้งแต่ระดับผู้บริหารระดับสูง-กลาง-ต่ำ จนถึง ผู้ปฏิบัติงาน	2	2.08
10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีเวลาน้อย ทำให้การ ดำเนินงานล่าช้า	2	2.08
รวม	96	100.00

4.6.2 การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพสูงที่สุดคือ ขาดงบประมาณในการดำเนินการ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 26.87 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ รองลงมาคือ องค์การบริหารส่วนตำบลไม่มีการออกกฎหมายและข้อบังคับใช้ด้านสุขภาพจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 25.37 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ อันดับสามคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 16.42 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ ดังแสดงในตารางที่ 4.46

ตารางที่ 4.46 ปัญหาอุปสรรคด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรค	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ตอบ (คน)	ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบ
1. ขาดงบประมาณในการดำเนินการ	18	26.87
2. องค์การบริหารส่วนตำบลไม่มีการออกกฎหมาย และข้อบังคับใช้ด้านสุขภาพ	17	25.37
3. องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ	11	16.42
4. ขาดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานอย่าง เป็นทีม	7	10.45
5. ประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่มาก	4	5.97
6. มีการตั้งข้อบังคับใช้ แต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติอย่าง จริงจัง เพราะมีการเกรงใจกันอยู่	3	4.48
7. ประชาชนพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดทางเศรษฐกิจมาก กว่าผลเสียที่จะเกิดต่อสุขภาพ	3	4.48
8. ขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดี	2	2.99
9. ชุมชนยังไม่มี การรวมตัวกันดำเนินการเฝ้าระวังเพื่อ ป้องกันโรคด้วยตนเอง	2	2.99
รวม	65	100.00

4.6.3 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพสูงสุดคือ ชุมชนยังไม่มี การรวมตัวกันในการจัดบริการด้านสุขภาพในรูปของคณะกรรมการ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 17.74 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนไม่เพียงพอ และ ประชาชนยังมีทัศนคติเกี่ยวกับคุณภาพบริการของ

เอกชนหรือโรงพยาบาลว่าดีกว่าสถานีนอนามัย เท่ากันคือจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.13 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ อันดับสามคือ ขาดงบประมาณในการดำเนินการ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 14.52 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ ดังแสดงในตารางที่ 4.47

ตารางที่ 4.47 ปัญหาอุปสรรคด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ปัญหาอุปสรรค	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ตอบ (คน)	ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบ
1. ชุมชนยังไม่มีกรรวมตัวกันในการจัดบริการด้าน สุขภาพในรูปของคณะกรรมการ	11	17.74
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนไม่เพียงพอ	10	16.13
3. ประชาชนยังมีทัศนคติเกี่ยวกับคุณภาพบริการของ เอกชนหรือโรงพยาบาลว่าดีกว่าสถานีนอนามัย	10	16.13
4. ขาดงบประมาณในการดำเนินการ	9	14.52
5. ระบบการประเมินคุณภาพบริการยังไม่มีดีพอ	7	11.29
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานค่อนข้างมากทำให้ ไม่สามารถทำให้งานบริการมีคุณภาพได้เท่าที่ควร	6	9.68
7. องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ	3	4.84
8. สามารถเป็นจริงได้ยากในทางปฏิบัติ	3	4.84
9. ประชาชนยังไม่สนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง	3	4.84
รวม	62	100.00

4.6.4 การสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสูงที่สุด คือขาดการสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น การตั้งชมรมสนับสนุนส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 26.47 ของกลุ่ม

ตัวอย่าง ที่ตอบ รองลงมาคือ ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 23.53 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ อันดับสามคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่นไม่ให้ความสำคัญ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 13.24 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ ดังแสดงในตารางที่ 4.48

ตารางที่ 4.48 ปัญหาอุปสรรคด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรค	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ตอบ (คน)	ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบ
1. ขาดการสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น การจัดตั้งชมรม สนับสนุนส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	18	26.47
2. ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่นอย่าง เป็นรูปธรรม	16	23.53
3. องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ	9	13.24
4. ขาดงบประมาณในการดำเนินการ	6	8.82
5. สามารถเป็นจริงได้ยากในทางปฏิบัติ	5	7.35
6. ขาดการถ่ายทอดภูมิปัญญาจากคนรุ่นเก่าไปสู่คน รุ่นใหม่	4	5.88
7. ขาดการยอมรับจากประชาชนและหน่วยงานอื่น ๆ	4	5.88
8. ขาดมาตรฐานในการดำเนินงาน	2	2.94
9. ยังไม่มีตลาดรองรับผลิตภัณฑ์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น	2	2.94
10. ขาดวิทยากรด้านการแพทย์แผนไทยมาช่วยเหลือ เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีเวลาเพียงพอที่จะ ทำงานด้านอบ ประคบ นวด	2	2.94
รวม	68	100.00

4.6.5 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพสูงที่สุดคือ ขาดการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ รองลงมาคือ หน่วยงานเหนือยังไม่มีการชี้แจงการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.91 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ อันดับสามคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ และ ประชาชนยังขาดความรู้ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก เท่ากันคือจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ ดังแสดงในตารางที่ 4.49

ตารางที่ 4.49 ปัญหาอุปสรรคด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรค	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ตอบ (คน)	ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบ
1. ขาดการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	8	18.18
2. หน่วยงานเหนือยังไม่มีการชี้แจงการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน	7	15.91
3. องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ	6	13.64
4. ประชาชนยังขาดความรู้ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก	6	13.64
5. ขาดการสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น การจัดตั้งชมรมคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	5	11.36
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีอำนาจในการดูแลและไม่สามารถบังคับผู้ประกอบการให้เคร่งครัดต่อสุขภาพของประชาชนได้	5	11.36
7. ประชาชนไม่สามารถตรวจสอบหรือแก้ไขได้เมื่อพบปัญหาด้านบริการหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3	6.82

ตารางที่ 4.49 ปัญหาอุปสรรคด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ตอบ (คน)	ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบ
8. ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการทำงาน เช่น การตรวจสอบร้านค้าร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2	4.55
9. ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน	2	4.55
รวม	44	100.00

4.6.6 การสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสูงที่สุดคือ ขาดเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพียงพอ เช่น อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ หรือโทรศัพท์ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ รองลงมาคือ ขาดการวิจัยชุมชนและค้นหาปัญหาที่แท้จริงของชุมชนเอง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ อันดับสามคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ และ การประชาสัมพันธ์งานด้านสุขภาพมีน้อยและไม่ทันต่อเหตุการณ์ จำนวน 4 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 11.43 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ ดังแสดงในตารางที่ 4.50

ตารางที่ 4.50 ปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรค	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ตอบ (คน)	ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบ
1. ขาดเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพียงพอ เช่น อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ หรือโทรศัพท์	7	20.00
2. ขาดการวิจัยชุมชนและค้นหาปัญหาที่แท้จริงของ ชุมชนเอง	5	14.29

ตารางที่ 4.50 ปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
(ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ตอบ (คน)	ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบ
3. องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ	4	11.43
4. การประชาสัมพันธ์งานด้านสุขภาพมีน้อยและไม่ทันต่อเหตุการณ์	4	11.43
6. ประชาชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร	3	8.57
7. ขาดศูนย์สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชน	3	8.57
8. การตรวจสอบเผยแพร่ระหว่างองค์กรของรัฐบาลกับประชาชนยังมีน้อย	3	8.57
9. ขาดความต่อเนื่องและความจริงจังในการปฏิบัติ	3	8.57
รวม	35	100.00

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเรื่องบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 3 ประการ คือ

1. เพื่อศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข และบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

การศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง 2 ประเภท ได้แก่ ผู้บริหารงานสาธารณสุขจำนวน 141 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 135 คน รวมเป็น 276 คน โดยศึกษาบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ใน 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
3. ด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
4. ด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
5. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
6. ด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

หลังจากได้ทำการประมวลผลการศึกษาด้วยการใช้สถิติพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และใช้สถิติอนุมาน (t-test และ F-test) หลังจากการวิเคราะห์ผลการศึกษา ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการศึกษา อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.57 และ 50.37) ในสัดส่วนใกล้เคียงกับเพศชาย (ร้อยละ 40.43 และ 49.63) โดยมีสัดส่วนประมาณครึ่งหนึ่งของทั้งสองกลุ่มมีอายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี (ร้อยละ 47.52) และ 20 - 29 ปี (ร้อยละ 55.56) ตามลำดับ สำหรับระยะเวลาที่ปฏิบัติงานของผู้บริหารงานสาธารณสุขส่วนมากอยู่ในช่วง 10 - 19 ปี และ 20 - 29 ปี ในสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน (ร้อยละ 45.39 และ 43.97) ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกว่าครึ่งมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเพียง 1 - 9 ปี (ร้อยละ 64.4) ด้านการศึกษาของทั้งสองกลุ่มส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 56.74 และ 56.26) ตามลำดับ นอกจากนี้ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานของผู้บริหารงานสาธารณสุขเกือบสามในสี่อยู่ในระดับ 6 (ร้อยละ 71.63) ในขณะที่สัดส่วนที่ใกล้เคียงกันของกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่าอยู่ในระดับ 4 - 5 และระดับ 2 - 3 (ร้อยละ 50.37 และ 30.37)

การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของผู้บริหารงานสาธารณสุขกว่าครึ่งในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.79) ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามในสี่ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.04) โดยมีค่าเฉลี่ย 5.48 และ 4.48 คะแนน ตามลำดับ การมีส่วนร่วมในการรณรงค์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่กว่าครึ่งมีส่วนร่วมในระดับต่ำ (ร้อยละ 59.57 และ 57.04) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.59 และ 1.46 คะแนน ตามลำดับ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่กว่าครึ่งมีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.87 และ 58.87) โดยมีค่าเฉลี่ย 6.23 และ 5.98 คะแนน ตามลำดับ ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ผู้บริหารงานสาธารณสุขสามในสี่มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.30) ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกว่าครึ่งมีความคิดเห็นในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.93) โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ย 29.50 และ 29.04 คะแนน ตามลำดับ

5.1.2 สรุปผลการศึกษามโนทัศน์ค่านิยมของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

มโนทัศน์ค่านิยมของผู้บริหารงานทุกด้านสูงกว่าเจ้าหน้าที่ โดยที่มโนทัศน์ค่านิยมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของผู้บริหารงานอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.09 และ 3.11) ในขณะที่มโนทัศน์ค่านิยมของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง

(ค่าเฉลี่ย 2.90 และ 2.96) บทบาทด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและด้านการพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งสองกลุ่ม ตัวอย่างอยู่ในระดับสูงเหมือนกัน (ค่าเฉลี่ย 3.29, 3.19 และ 3.25 กับ 3.12, 3.05 และ 3.07) ส่วนด้านการสนับสนุนและพัฒนากฎมีปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพทั้งสองกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.86 และ 2.73) ทั้งนี้บทบาทคาดหวังในภาพรวมของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.14 และ 3.01)

เมื่อพิจารณาทบทวนคาดหวังของผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรายด้านข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด พบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในแต่ละด้านอยู่ที่ข้อเดียวกันเสมอ ดังนี้

1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น แพทย์แผนไทย (ค่าเฉลี่ย 2.91 และ 2.76)
2. ด้านการควบคุมและป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐ มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการชุมชนควบคุมมลพิษ (ค่าเฉลี่ย 2.84 และ 2.66)
3. ด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข เช่น ระบบ HA ที่รับรองมาตรฐานบริการ (ค่าเฉลี่ย 3.03 และ 2.87)
4. ด้านการสนับสนุนและพัฒนากฎมีปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การนำข้อมูลจากการวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (ค่าเฉลี่ย 2.74 และ 2.65)
5. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือการให้ความช่วยเหลือต่อประชาชนในความเสียหายที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการสาธารณสุข (ค่าเฉลี่ย 3.04 และ 2.93)
6. ด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยระดับชุมชนโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด (ค่าเฉลี่ย 2.91 และ 2.82)

5.1.3 สรุปผลการเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทคาดหวังระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในภาพรวม พบว่าผู้บริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า

ผู้บริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริการสาธารณสุข และการควบคุมคุณภาพ และด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ผู้บริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.4 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการทดสอบ พบว่า ปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูง มีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการทดสอบ พบว่า ปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 ผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการทดสอบ พบว่า ปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูง มีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง

ผลการทดสอบ พบว่า ปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 14 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความคิดเห็น เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูงมีบทบาทคาดหวังในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติสูง
ผลการทดสอบ พบว่า ยอมรับสมมติฐาน

5.1.5 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติงานตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีดังนี้

1) การสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพสูงที่สุดคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ รองลงมาคือ ประชาชนยังมีความตระหนักรู้ทางเศรษฐกิจไม่ดีจึงไม่ให้ความสำคัญเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ อันดับสามคือ ขาดงบประมาณในการดำเนินการ

2) การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพสูงที่สุดคือ ขาดงบประมาณในการดำเนินการ รองลงมาคือ องค์การบริหารส่วนตำบลไม่มีการออกกฎหมายและข้อบังคับใช้ด้านสุขภาพ อันดับสามคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ

3) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพสูงที่สุดคือ ชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมตัวกันในการจัดบริการด้านสุขภาพในรูปแบบของคณะกรรมการ รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนไม่เพียงพอ และประชาชนยังมีความทศนคติเกี่ยวกับคุณภาพบริการของเอกชนหรือโรงพยาบาลว่าดีกว่าสถานีนามัย อันดับสามคือ ขาดงบประมาณในการดำเนินการ

4) การสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสูงที่สุดคือ ขาดการสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น การจัดตั้งชมรมสนับสนุนส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ รองลงมาคือ ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่นอย่างเป็นทางการ อันดับสามคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ

5) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพสูงสุด คือ ขาดการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน รองลงมาคือ หน่วยงานเหนือยังไม่มี การชี้แจงการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อันดับสามคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและ หน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ และประชาชนยังขาดความรู้ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก

6) การสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมองว่าปัญหาอุปสรรคด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สูงที่สุดคือ ขาดเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพียงพอ เช่น อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์ รองลงมาคือ ขาดการวิจัยชุมชนและค้นหาปัญหาที่แท้จริงของชุมชนเอง อันดับสามคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญ และการ ประชาสัมพันธ์งานด้านสุขภาพมีน้อยและไม่ทันต่อเหตุการณ์

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ ปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสระบุรี พบว่าทั้งสองกลุ่มมีบทบาท คาดหวังอยู่ในระดับสูง โดยที่บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานทั้ง 6 ด้านสูงกว่าบทบาทคาดหวัง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากผู้บริหารงานย่อมมีความต้องการที่จะพัฒนาองค์กรและ บุคลากรภายใต้สังกัดของตนเองให้มีขีดความสามารถที่สูงขึ้น และสามารถปฏิบัติงานได้ตาม เป้าหมายที่ต้องการตามกรอบภารกิจของงานที่ได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำในพื้นที่ย่อมประสบปัญหาและ อุปสรรคเชิงเทคนิคในการปฏิบัติงานจริงอยู่เสมอ จึงมีความคาดหวังต่อบทบาทของตนเองตาม สภาพการณ์จริงที่ได้สัมผัสมา ทำให้ไม่มีความเป็นอุดมคติสูงเท่ากับผู้บริหารงานที่คาดหวังไว้ ดังนั้นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผู้บริหารงานคาดหวังไว้จึงสูงกว่าที่เจ้าหน้าที่มีความ คาดหวังต่อตนเอง

เมื่อพิจารณาบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นรายด้าน พบว่าบทบาทคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ด้านการ สนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีระดับบทบาทคาดหวังต่ำที่สุดเมื่อ เปรียบเทียบกับบทบาทในด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นการแสดงถึงแนวโน้มของความไม่สอดคล้องกับ

เจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างทัดเทียมกัน

จากปรากฏการณ์ข้างต้นสามารถอภิปรายถึงสาเหตุของปัญหาได้ว่า การสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพยังประสบกับปัญหาการขาดความชัดเจนของนโยบายการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและแนวทางในการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้การจัดองค์กร ระบบสนับสนุน และการพัฒนาศักยภาพขององค์กรจากส่วนกลางเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพหรือเกิดความล่าช้า ดังจะเห็นได้จากยังไม่มีการจัดตั้งองค์กรวิชาชีพที่มีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ ตลอดจนมาตรฐานการให้บริการของศาสตร์เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาด้านวิสัยทัศน์และความตื่นตัวของผู้บริหารและนักวิชาการในส่วนกลางที่มีต่อการศึกษาค้นคว้าความรู้ใหม่ ๆ ของศาสตร์ด้านนี้ยังมีน้อย รวมถึงการขาดความตระหนักต่อความสำคัญของศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านที่ได้ผ่านการคัดเลือกและกลั่นกรองทางสังคมโดยมีประสบการณ์การใช้มายาวนานจนแทรกตัวอยู่ในระบบวัฒนธรรมของสังคมไทย เช่น การอบ ประคบ นวด ทำให้ศาสตร์ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพยังขาดการยอมรับอย่างกว้างขวางจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องมาจากการพิจารณาศาสตร์ด้านนี้นับพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์แต่เพียงมิติเดียว

ในอดีตที่ผ่านมาศาสตร์ทางด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยตามวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมของไทย เคยเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นกระแสหลักของสังคม แต่ต่อมาได้เสื่อมความนิยมลงโดยมีการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาแทนที่รวมทั้งขาดการส่งเสริมสนับสนุนจากรัฐเป็นเวลานาน จนกระทั่งในปัจจุบันภาครัฐได้หันกลับมาให้ความสำคัญและฟื้นฟูขึ้นอีกครั้ง ทำให้ถูกมองว่าเป็นเรื่องใหม่ของระบบการดูแลสุขภาพในลักษณะทางเลือก จึงไม่เป็นไปตามเป้าหมายของการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่ต้องการผสมผสานการให้บริการในลักษณะเคียงบ่าเคียงไหล่ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งจะนำมาใช้เสริมซึ่งกันและกันเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชนได้

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นความเป็นไปได้ต่อการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแบบควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันยังมีข้อจำกัดอีกหลายประการด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการดำรงอยู่ของบริการทางการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์พื้นบ้านยังมีลักษณะที่ผูกติดอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐโดยมีแพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ

ที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับบริการประเภทใดประเภทหนึ่ง อีกทั้งเป็นผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดขอบเขตของระบบบริการประเภทดังกล่าวอีกด้วย ซึ่งเหตุผลที่กล่าวมานั้นส่งผลให้การขยายตัวของการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพถูกจำกัดด้วยการบริหารงานที่ยึดติดกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันมากเกินไปและส่งผลให้ศักยภาพของภาคเอกชนและภาคประชาชนด้อยลง อันเกิดจากการเน้นหนักการพัฒนาศักยภาพไปที่ภาครัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว (ปัทมาวดี กลสิกรรม, 2545: 38-45)

ส่วนบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านที่อยู่ในระดับสูงสุด คือ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก การจัดบริการสาธารณสุขเป็นภารกิจประจำที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เมื่อเปรียบเทียบกับงานสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ประกอบกับกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปฏิรูประบบบริหารภาครัฐและการกระจายอำนาจ และการพัฒนาสุขภาพไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทย ทำให้ประเด็นการพัฒนาบริการสุขภาพไปสู่แนวทางคุณภาพและประสิทธิภาพมีความสำคัญมากขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2545: 29) ดังนั้นบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพจึงเป็นเรื่องที่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จึงให้ความสำคัญเป็นอันดับต้น

ด้านที่อยู่ในระดับสูงรองมาคือ บทบาทด้านการพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างตรงประเด็นและใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างคุ้มค่า รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากสื่อและเทคโนโลยีด้านข้อมูลข่าวสารต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้างค่านิยมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการเลือกใช้บริการและเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ของประชาชนอย่างเหมาะสม จึงมีความจำเป็นในการดำเนินงานตามบทบาทด้านการพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2545: 69)

นอกเหนือจากด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแล้วยังพบว่า บทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีระดับความความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง จากผลที่เกิดขึ้นนั้นยังคงไม่สอดคล้องตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดีด้วยการมุ่งเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมทั้งปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมากกว่าการมุ่งเน้นที่การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยแล้ว ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าถึงแม้

จะมีการใช้กลยุทธ์ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ในความเป็นจริงผู้ที่เป็แกนหลักในการดำเนินกิจกรรมก็ยังจำกัดอยู่เฉพาะบุคลากรสาธารณสุข อีกทั้งในการปฏิบัติงานจริง ระบบงานสาธารณสุขยังมีลักษณะการทำงานแบบรวมศูนย์และใช้วิธีการสั่งงานจากส่วนกลาง รวมถึงโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนใหญ่ยังอาศัยมาตรการและเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่ามาตรการทางสังคม ทำให้กระบวนการต่าง ๆ ที่ดำเนินการยังไม่มุ่งเน้นที่การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่บุคคลและชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในหลาย ๆ มิติ (สุรเกียรติ์ อชานานภาพ, 2545: 27) ประกอบกับการขาดปัจจัยด้านทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านงบประมาณและด้านบุคลากร ยิ่งไปกว่านั้นแล้วการประสบปัญหาไม่จริงจังในการบังคับใช้กฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในชุมชน จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคาดหวังต่อบทบาททั้งสองด้านนี้ไม่สูงเท่าที่ควร

ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข ได้แก่ ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน การได้รับข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วม ความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็น

ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วม ความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็น

ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ของผู้บริหารงานสาธารณสุขที่มีระดับสูงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าผู้ที่มีระดับต่ำกว่า เนื่องจากผู้บริหารที่มีระดับตำแหน่งสูงกว่าย่อมมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่าทำให้มีความรับผิดชอบต่อบทบาทที่กำหนดไว้สูงกว่า ดังนั้นจึงมีความคาดหวังต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ไว้สูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อานนท์ อาภาภิรม (2525: 24) และหทัยชนก โสแก้ว (2543: บทคัดย่อ)

การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารสูงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารต่ำ เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องแล้วจะทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ถึงสิ่งนั้น ๆ จากสื่อที่ได้รับมา สามารถเปิดโลกทัศน์ของตนเองได้กว้างขวางมากขึ้น และจะส่งผลให้เกิดความคาดหวังต่อบทบาทสูงกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตยา สุวรรณะชญ (2509: 268) และอุทิศ มหาภิตติคุณ (2543: บทคัดย่อ)

การมีส่วนร่วม ทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการมีส่วนร่วมสูงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าผู้ที่มีส่วนร่วมต่ำ เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วจะทำให้บุคคลนั้นเกิดการร่วมแสดงพลังของตนเองต่อเรื่องนั้น มีความพร้อมที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการ

ดำเนินงานตามบทบาทที่กำหนดไว้ และจะส่งผลให้เกิดความคาดหวังต่อบทบาทสูงกว่าผู้ที่มีส่วนร่วมต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gross, Ward and Alexander (1965: 58) เสาวลักษณ์ ทรงสงวน (2541: บทคัดย่อ) และสมถวิล เทียวประดิษฐ์ (2542: บทคัดย่อ)

ความรู้ความเข้าใจ ทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจสูงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจต่ำ เนื่องจากการมีความรู้ความเข้าใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วจะทำให้บุคคลนั้นสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ในการปฏิบัติงานตามความรู้ของตนในเรื่องนั้น และจะส่งผลให้เกิดความคาดหวังต่อบทบาทสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพบุลย์ ช่างเรียน (2516: 29-30) นัทธมนวรรณ ยิ่งเจริญสุข (2545: บทคัดย่อ) ประจักษ์ นินทอง (2545: บทคัดย่อ) และสายสมร กลยณี (2543: บทคัดย่อ)

ความคิดเห็น ทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความคิดเห็นสูงมีบทบาทคาดหวังสูงกว่าผู้ที่มีความคิดเห็นต่ำ เนื่องจากการมีความคิดเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วจะทำให้บุคคลนั้นสามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานตามความคิด และความรู้สึกของตนในเรื่องนั้น และจะส่งผลให้เกิดความคาดหวังต่อบทบาทสูงกว่าผู้ที่มีความคิดเห็นต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Muray (1968: 416) สรรค์ชัย อินหว่าง (2538: 3) และหทัยชนก โสแก้ว (2543: บทคัดย่อ)

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อบทบาทคาดหวัง ของผู้บริหารงานสาธารณสุข ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และระดับการศึกษา

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อบทบาทคาดหวัง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงมีบทบาทคาดหวังไม่ต่างจากผู้ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำ แม้จะมีระยะเวลาที่ต่างกันแต่ก็ไม่มี ความแตกต่างกันของบทบาทคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ดังนั้นจึงไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จ่านง อติวัฒนสิทธิ์ และคณะ (2532: 45-46) ปรียาภรณ์ เตียยะกุล (2540: บทคัดย่อ) มานิต พูลศิลป์ (2542: บทคัดย่อ) และสรรค์ชัย อินหว่าง (2538: บทคัดย่อ)

ระดับการศึกษา ทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาสูงมีบทบาทคาดหวังไม่แตกต่างจากผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาพื้นฐานสำหรับใช้ในการปฏิบัติงานเหมือนกันคือการสาธารณสุข ส่วนการศึกษาที่สูงขึ้นไปนั้นเป็นการศึกษาที่แต่ละคนได้ขนขวายเพิ่มเติมเอง จึงไม่มีความแตกต่างกันของบทบาทคาดหวังของกลุ่ม

ตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ดังนั้นจึงไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพบุลย์ ช่างเรียน (2516: 29-30) ชำนาญ มาลัย (2540: บทคัดย่อ) และมานิต พูนศิลป์ (2542: บทคัดย่อ)

ระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีระดับสูงมีบทบาทคาดหวัง ไม่แตกต่างจากผู้ที่มีระดับต่ำกว่า เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน ปฏิบัติงานอยู่ในสถานีนามัย แม้จะมีระดับที่ต่างกันแต่ก็พบว่ามีลักษณะงานที่เหมือนกัน จึงไม่มีความแตกต่างกันของความคาดหวังของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับ ดังนั้นจึงไม่สอดคล้องกับผล การศึกษาของอานนท์ อาภาภิรม (2525: 24) และหทัยชนก โสแก้ว (2543: บทคัดย่อ)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

5.3.1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารสาธารณสุขระดับกระทรวง

- 1) กำหนดเป็นนโยบายการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพเพื่อ ส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นไปอย่างอิสระ โดยที่ไม่เป็น เพียงส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน
- 2) ปรับปรุงแก้ไข กฎ ระเบียบ ข้อบังคับหรือกฎหมายให้เหมาะสมและ เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสนับสนุนและฟื้นฟูการจัดบริการทางด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- 3) จัดตั้งองค์กรขึ้นมารองรับบทบาท ในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ซึ่งได้แก่ คณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพ หน่วยงาน/สถาบันวิชาการเพื่อการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ องค์กรวิชาชีพ ไปจนถึงองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค
- 4) จัดให้มีกลไกการประสานงานของหน่วยงานและองค์กรที่ได้กล่าวมา ข้างต้นอยู่ในรูปของประชาคมเพื่อการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่มีสัดส่วนของตัวแทน จากหน่วยงาน/องค์กรเหล่านั้น รวมทั้งตัวแทนจากภาคเอกชนและภาคประชาชนที่เข้ามามี ส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อดำเนินกิจกรรมการส่งเสริม สนับสนุน ตลอดจนการติดตามและ ตรวจสอบอย่างเป็นระบบและจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมมือกับประชาคมอื่นและ สื่อสารมวลชนดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดกระแสความเคลื่อนไหวของสังคม

5.3.1.2 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด

1) จัดเวทีสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ / เวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่องเฉพาะเรื่อง เช่น การสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ และมีความต่อเนื่องโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อจะได้ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

2) ประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งในผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้มีการประสานงานกันมากขึ้น มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่เป็นแนวทางเดียวกันและมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น

5.3.1.3 ข้อเสนอแนะสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติงาน

1) ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในประชาชน และหน่วยงานในท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในลักษณะภาคีความร่วมมือซึ่งจะส่งผลต่อความตระหนักและความรับผิดชอบต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา/พัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนให้มากขึ้น

2) เป็นแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้ง ชมรมส่งเสริมส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

3) ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับภารกิจของตนเองจะต้องมีบทบาทในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรทำการวิจัยเรื่องบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขต่อการส่งเสริมและสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และแนวทางในการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรม

5.3.2.2 ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาเปรียบเทียบบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีลักษณะต่างกัน เช่น เขตชนบทกับเขตเมือง เพื่อดูความแตกต่างและส่วนขาดของการรับรู้ต่อบทบาทการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

5.3.2.3 ควรทำการวิจัยเรื่องความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุข ในแต่ละระดับต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ภาคผนวก ข

(ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

“ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” หมายความว่า องค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และความชำนาญในการดูแลสุขภาพ ที่สั่งสมมาจากการปฏิบัติในประสบการณ์ชีวิต โดยมีการถ่ายทอดทางสังคม วัฒนธรรมของกลุ่มคน เช่น การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน อาหารพื้นบ้าน ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย เป็นต้น

“ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน” หมายความว่า การดูแลสุขภาพกันเองในชุมชนแบบพื้นบ้านดั้งเดิม จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรมประเพณี และทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่นและเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้น ๆ

“การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การดูแลสุขภาพที่อาศัยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา รวมทั้งการแพทย์แผนไทยประยุกต์ด้วย

“บุคลากรด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข

“การเงินการคลังรวมหมู่” หมายความว่า การเงินการคลังที่ประชาชนร่วมจ่ายเงินตามสัดส่วนความสามารถในการจ่าย ตามหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข โดยนำเงินที่เก็บล่วงหน้ามาใช้จ่ายร่วมกัน เพื่อจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตสำหรับทุกคน

“สมัชชาสุขภาพ” หมายความว่า กระบวนการจัดประชุมที่ให้ทุกฝ่ายได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ปัญญาและสมานฉันท์ โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพะ

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการสรรหา” หมายความว่า คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“กรรมการบริหาร” หมายความว่า กรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 4 ให้นายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกกฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศนั้นเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

หมวด 1

ความมุ่งหมายและหลักการ

มาตรา 5 สุขภาพเป็นศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ

มาตรา 6 สุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของชุมชนและสังคม เป็นทั้งอุดมการณ์และเป็นหลักประกันความมั่นคงของชาติ

มาตรา 7 ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สุขของการอยู่ร่วมกัน

ระบบสุขภาพตามวรรคหนึ่ง ต้องเป็นระบบที่พึงประสงค์ ดังนี้

- (1) มีศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม
- (2) เคารพในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่ความเท่าเทียมกัน
- (3) มีโครงสร้างครบถ้วน และมีการทำงานที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการ
- (4) มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์

(5) มีปัญญาเป็นพื้นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

หมวด 2

สิทธิ หน้าที่และความมั่นคงด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1

สิทธิด้านสุขภาพ

มาตรา 8 บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

บุคคลมีสิทธิร่วมกันกับรัฐและชุมชนในการทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สมดุล ปลอดภัย มีคุณภาพ และได้มาตรฐานเพียงพอที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่องอย่างมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

มาตรา 9 สุขภาพของหญิง ที่หมายถึงสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ของหญิงซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม

สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

มาตรา 10 บุคคลมีสิทธิได้รับการคุ้มครองในข้อมูลส่วนตัวด้านสุขภาพไว้เป็นความลับ การเปิดเผยข้อมูลตามวรรคหนึ่งจะกระทำมิได้ เว้นแต่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูล หรือตามที่กฎหมายว่าด้วยการนั้นบัญญัติ

มาตรา 11 บุคคลมีสิทธิในการปฏิบัติตามศาสนาบัญญัติ หรือปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อถือของตนเอง แต่ต้องไม่เป็นการคุกคามต่อสุขภาพของบุคคลอื่นหรือส่วนรวม

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิรวมตัวกันจัดการบริการด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองในชุมชนอย่างยั่งยืน

มาตรา 13 บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างไม่ถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง

บุคคลมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีความปลอดภัย มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

มาตรา 14 บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตจากรัฐอย่างทั่วถึง

ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่ก่ออันตรายร้ายแรงอย่างทันต่อเหตุการณ์จากรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ คนด้อยโอกาส คนพิการและคนที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล มีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพจากรัฐ

สิทธิตามวรรคสอง สามและสี่ ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลมีสิทธิได้รับการตรวจสุขภาพตามระยะเวลาที่เหมาะสม ด้วยวิธีการที่เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

มาตรา 15 เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการใช้ความรุนแรงและจากการปฏิบัติที่เป็นการคุกคามต่อสุขภาพ

มาตรา 16 บุคคลมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและรับการบริการสาธารณสุขอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ มีอิสระในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข โดยรัฐต้องเปิดโอกาสและสร้างโอกาสให้มีผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุขในประเภทเดียวกันหรือกลุ่มเดียวกันที่หลากหลายเพื่อให้ผู้บริโภคเลือกได้

สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองตามวรรคหนึ่ง ให้มีระบบการควบคุมคุณภาพ ระบบควบคุมการจำหน่ายและการจัดบริการ มีความเป็นธรรมในการทำสัญญาเกี่ยวกับการบริโภคด้าน

สุขภาพรวมทั้งมีสิทธิเรียกร้องเพื่อชดเชยความเสียหายเมื่อได้รับความเสียหายจากการกระทำหรือการละเว้นการกระทำที่เป็นอันตรายหรือคุกคามต่อสุขภาพของตน

มาตรา 17 บุคคลมีสิทธิได้รับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ อย่างถูกต้องและเพียงพอจากวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสารสาธารณะอื่น ๆ

มาตรา 18 บุคคลมีสิทธิได้รับข้อมูลด้านสุขภาพในเรื่องที่เกี่ยวกับตนเอง จากบุคลากรด้านสาธารณสุข หรือจากสถานพยาบาลที่ดูแลตนอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจที่จะรับหรือปฏิเสธบริการสาธารณสุขใด ๆ หรือจะเลือกรับหรือปฏิเสธบริการเฉพาะประเภทใดประเภทหนึ่งก็ได้ เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือชีวิตที่จำเป็นแก่ชีวิต

บุคคลมีสิทธิเลือกที่จะขอความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองจากผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขคนอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน รวมทั้งมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานพยาบาลได้

บุคคลมีสิทธิได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเพียงพอก่อนตัดสินใจร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยของบุคลากรด้านสาธารณสุข

มาตรา 19 บุคคลมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือชีวิตจากบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยทันทีตามความจำเป็น ในกรณีที่บุคคลนั้นอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต โดยไม่คำนึงว่าบุคคลจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ก็ตาม

มาตรา 20 บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้และเข้าถึงข้อมูลในความครอบครองของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น องค์กรอื่น ๆ ของรัฐหรือเอกชนที่อาจกระทบต่อสุขภาพของตนและของชุมชนตน ทั้งนี้ตามที่กฎหมายว่าด้วยการนั้นกำหนด

มาตรา 21 บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรอื่น ๆ ของรัฐ ก่อนการ

อนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

มาตรา 22 บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิเข้าร่วมในกระบวนการพิจารณาของเจ้าหน้าที่รัฐ ในการปฏิบัติราชการทางการปกครอง ในกรณีที่มีผลหรืออาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ

บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิที่จะฟ้องหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรอื่น ๆ ของรัฐ ให้รับผิดชอบการกระทำหรือการละเว้นการกระทำของข้าราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานนั้นที่มีผลเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อสุขภาพ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 23 บุคคลมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในด้านการศึกษา วิจัย การทำงานทางวิชาการ รวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ที่ไม่ละเมิดต่อบุคคลอื่นและไม่เป็นผลเสียหายแก่ส่วนรวม

มาตรา 24 บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

ส่วนที่ 2 หน้าที่ด้านสุขภาพ

มาตรา 25 บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของตนเองและคนในชุมชนตนเอง และต้องรับผิดชอบต่อการกระทำที่ทำให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

มาตรา 26 บุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐมีหน้าที่ร่วมกันอนุรักษ์ พื้นฟู บำรุงรักษาจารีต ประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

รัฐมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม สงวน บำรุงรักษาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล คำนึงคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดการจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

มาตรา 27 รัฐมีหน้าที่ดำเนินการต่าง ๆ เพื่อสร้างโอกาส ปกป้อง คำนึงและจัดการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชน ให้มีความสำคัญกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและต้องรับผิดชอบต่อการจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพประชาชนจากนโยบายสาธารณะหรือการดำเนินการของรัฐหรือองค์กรอื่น ๆ ด้วย

การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้มีกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ เพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และดำเนินการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการ

มาตรา 28 รัฐมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน การจัดระบบงาน และกระบวนการยุติธรรม การพัฒนาทางการเมือง และการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อให้เกิดผลดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดบริการด้านสุขภาพ

มาตรา 29 รัฐมีหน้าที่คุ้มครองและพัฒนาเด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัวให้พ้นจากการกระทำที่คุกคามสุขภาพ ส่งเสริม และสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของบุคคลเพื่อสร้างความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน

มาตรา 30 รัฐมีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพ และการบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานปลอดภัยมีประสิทธิภาพ ให้บริการได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรมและประชาชนมีทางเลือก โดยกำกับดูแลให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7

มาตรา 31 รัฐมีหน้าที่ดำเนินการให้มีการกระจายรายได้อย่างเป็นธรรม จัดระบบถือครองที่ดินและการใช้ที่ดินอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการมีงานทำ คุ้มครองแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานเด็ก และแรงงานหญิง พัฒนาด้านการศึกษาและสร้างโอกาสที่เป็นธรรม พัฒนาสภาพแวดล้อม ที่อยู่

อาศัย และอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนมีอาชีพ มีรายได้ มีปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่พึงตนเองได้อย่างยั่งยืน

ส่วนที่ 3 ความมั่นคงด้านสุขภาพ

มาตรา 32 รัฐ ราชการส่วนท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัวและบุคคล มีหน้าที่ร่วมกันในการส่งเสริม สนับสนุน ปกป้อง พิทักษ์รักษาเพื่อคุ้มครองความมั่นคงด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ไขลดและขจัดเงื่อนไขที่มีผลเสียต่อความมั่นคงด้านสุขภาพด้วย

มาตรา 33 ความมั่นคงด้านสุขภาพจะต้องครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ อย่างน้อย ดังนี้

(1) ความมั่นคงทางสังคม หมายถึงการที่ประชาชนดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสงบสุข มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยไม่มีการกีดกันแบ่งแยกของคนในสังคม

(2) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ หมายถึงการที่ประชาชนมีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต โดยมีปัจจัยพื้นฐานที่เพียงพอในการพึ่งตนเอง ลดช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจน

(3) ความมั่นคงทางโครงสร้างพื้นฐาน หมายถึงการมีระบบการศึกษา ระบบบริการด้านสุขภาพ ระบบการคมนาคมขนส่ง ระบบสาธารณสุขมูลฐาน ระบบสื่อสารโทรคมนาคมเพื่อมวลชน ระบบผังเมือง ระบบพลังงาน และอื่น ๆ ที่เหมาะสม

(4) ความมั่นคงทางทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม หมายถึงการที่มีการอนุรักษ์ พัฒนา คุ้มครอง บำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมเพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน

(5) ความมั่นคงในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

(6) ความมั่นคงทางการเมือง หมายถึงการใช้อำนาจอธิปไตย การกำหนดนโยบาย การบริหารประเทศมีความชอบธรรม สุจริต โปร่งใสและตรวจสอบได้ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมร่วมทั้งการมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

(7) ความมั่นคงที่เกี่ยวกับความยุติธรรม หมายถึงการมีระบบยุติธรรมมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว เพื่อสร้างความเป็นธรรมโดยเสมอกัน

(8) ความมั่นคงที่เกี่ยวกับการวิจัยและประยุกต์ใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หมายถึงการดำเนินการที่ไม่กระทบกับสุขภาพของประชาชน ชุมชนและสังคม มีจริยธรรม และเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ

(9) ความมั่นคงที่เกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม หมายถึงการเคารพในความแตกต่างด้านสิทธิ เสรีภาพของบุคคลและชุมชนท้องถิ่นที่เกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรมต่าง ๆ

หมวด 3

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 34 ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช.” ประกอบด้วย

- (1) นายกรัฐมนตรี เป็นประธานกรรมการ
- (2) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงตามที่นายกรัฐมนตรีกำหนด จำนวนหกคน เป็นกรรมการ
- (3) ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นกรรมการ
- (4) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสี่คน เป็นกรรมการ
- (5) ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมายรับรอง ซึ่งคัดเลือกกันเองให้เหลือห้าคน เป็นกรรมการ
- (6) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศาสนา ศิลปวัฒนธรรม ด้านการศึกษา ด้านการพัฒนาชุมชน และสิ่งแวดล้อม ด้านสาธารณสุข ด้านการบริหารหรือกฎหมาย ด้านสื่อสารมวลชน ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านพัฒนาชุมชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งคัดเลือกกันเองให้เหลือหกคน เป็นกรรมการ
- (7) ผู้แทนองค์กรภาคประชาชนที่ไม่แสวงกำไร ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ และไม่ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งคัดเลือกกันเองให้เหลือสิบสามคน เป็นกรรมการ
- (8) ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพและจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งคัดเลือกกันเองให้เหลือสองคน เป็นกรรมการ

ให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้เลขาธิการแต่งตั้งพนักงานของสำนักงานไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา 35 กรรมการตามมาตรา 34 (4) (5) (6) (7) และ (8) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (3) ไม่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตอันเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน
- (4) ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ
- (5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- (6) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือจากหน่วยงานเอกชนตามคำสั่งหรือคำพิพากษาถึงที่สุดของศาลแรงงาน

มาตรา 36 การคัดเลือกกรรมการตามมาตรา 34 (4) (5) (6) (7) และ (8) ให้ดำเนินการดังนี้

(1) การคัดเลือกกรรมการตามมาตรา 34 (4) ให้องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และกรุงเทพมหานครหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่คล้ายคลึงกัน แต่เรียกชื่ออย่างอื่น คัดเลือกกันเองให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน

(2) การคัดเลือกกรรมการตามมาตรา 34 (5) ให้องค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขแต่ละองค์กรส่งผู้แทนเข้ารับการคัดเลือกองค์กรละหนึ่งคน และให้ผู้แทนขององค์กรดังกล่าว คัดเลือกกันเองให้เหลือห้าคน

(3) การคัดเลือกกรรมการตามมาตรา 34 (6) ให้คณะกรรมการสรรหาจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิด้านละไม่เกินห้าคนและให้บุคคลดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือหกคน โดยบุคคลที่ได้รับคัดเลือกจะต้องมาจากบัญชีรายชื่อที่แตกต่างกัน โดยให้คำนึงถึงสัดส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิที่มาจากส่วนภูมิภาคด้วย

(4) การคัดเลือกกรรมการตามมาตรา 34 (7) ให้คณะกรรมการสรรหาจัดทำบัญชีแยกประเภทองค์กรภาคประชาชนตามลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ แล้วให้องค์กรที่ทำกิจกรรมประเภทเดียวกันซึ่งมีผลงานเป็นที่ประจักษ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ส่งผู้แทนเข้าสมัครคัดเลือกกันเองให้เหลือผู้แทนประเภทละหนึ่งคน แล้วให้ผู้แทนองค์กรแต่ละประเภท

คัดเลือกกันเองให้ได้ผู้แทนจังหวัดละหนึ่งคน จากนั้นให้ผู้แทนแต่ละจังหวัดคัดเลือกกันเองให้เหลือเขตละหนึ่งคน

การกำหนดเขตพื้นที่ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการสรรหากำหนด

(5) การคัดเลือกกรรมการตามมาตรา 34 (8) ให้คณะกรรมการสรรหาจัดทำบัญชีแยกประเภทองค์การเอกชนตามลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ แล้วให้องค์การเอกชนที่ทำกิจกรรมประเภทเดียวกัน ซึ่งมีผลงานเป็นที่ประจักษ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ส่งผู้แทนเข้าสมัครเพื่อคัดเลือกกันเองให้เหลือสองคน

การคัดเลือกกรรมการตามมาตรานี้ ให้คำนึงถึงสัดส่วนหญิงชายด้วย

มาตรา 37 ให้มีคณะกรรมการสรรหา ซึ่ง คสช. แต่งตั้ง ประกอบด้วย

(1) กรรมการตามมาตรา 34 (5) หรือ (6) หรือ (7) หรือ (8) หนึ่งคน มาเป็นประธานคณะกรรมการสรรหา

(2) ผู้แทนหน่วยราชการ ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ผู้แทนนักวิชาการ ผู้แทนสื่อมวลชน และผู้แทนองค์กรภาคประชาชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพกลุ่มละหนึ่งคน เป็นกรรมการสรรหา

(3) ให้เลขาธิการเป็นเลขานุการคณะกรรมการสรรหา

มาตรา 38 ให้คณะกรรมการสรรหา มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการ ตลอดจนระเบียบในการคัดเลือกกรรมการ และดำเนินการตามมาตรา 36

(2) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการสรรหามอบหมาย

มาตรา 39 กรรมการตามมาตรา 34 (4) (5) (6) (7) และ (8) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้

ให้กรรมการที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระ อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการที่ได้รับการคัดเลือกแทนตนจะเข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินหกสิบวัน นับแต่วันที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระ

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระให้ดำเนินการคัดเลือกกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในหกสิบวัน

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระให้ดำเนินการคัดเลือกกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลง และให้ผู้ได้รับคัดเลือก อยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในกรณีนี้ให้ คสช. ประกอบด้วยกรรมการที่เหลืออยู่

มาตรา 40 นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา 34 (4) (5) (6) (7) และ (8) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (4) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (5) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (6) คสช. มีมติไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ
- (7) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 35

มาตรา 41 การประชุมคสช. ต้องมีคณะกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธาน คสช. เป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธาน คสช. ไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งเสียงเป็นเสียงชี้ขาด

ในการประชุม ถ้ามีการพิจารณาเรื่องที่กรรมการผู้ใดมีส่วนได้เสีย กรรมการผู้นั้นมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นแต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง

วิธีการประชุมและการปฏิบัติงานของ คสช. ให้เป็นไปตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

มาตรา 42 ให้ คสช. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (1) เสนอแนะและให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
- (2) เสนอแนะและให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาเกี่ยวกับการให้มี หรือการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติหรือมาตรการต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ตาม (1)
- (3) เสนอแนะและให้คำปรึกษาในการออกกฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศตามพระราชบัญญัตินี้
- (4) เสนอแนะและให้คำปรึกษาต่อองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือการดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ตาม (1)
- (5) ติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในระดับนโยบายและระดับการปฏิบัติตามนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ตาม (1) รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ
- (6) กำหนดมาตรการเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือและประสานงาน ระหว่างภาคการเมือง ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน ประชาชนและองค์กรต่าง ๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- (7) ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกลไกเพื่อการศึกษาวิจัย เผยแพร่ ประยุกต์ใช้ และการสร้างเครือข่ายความรู้ด้านสุขภาพ
- (8) จัดให้มีกลไกเฉพาะที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย เพื่อทำงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตามมาตรา 68, 74, 77 และ 85 หรือเรื่องอื่น ๆ ที่สำคัญ
- (9) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และสนับสนุนให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นตามความเหมาะสม
- (10) รับความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากสมัชชาสุขภาพมาพิจารณาจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตามความเหมาะสม
- (11) จัดให้มีการทำรายงานวิเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และให้เสนอต่อคณะรัฐมนตรี รัฐสภา สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และให้เผยแพร่ให้ประชาชนทราบ
- (12) กำหนดนโยบาย ควบคุม กำกับ และดูแลการดำเนินการของคณะกรรมการบริหารและสำนักงาน
- (13) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ คสช. มอบหมาย

(14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นให้เป็นหน้าที่ของ คสช. หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย หรือตามข้อเสนอจากสภามัชชาสุภาพแห่งชาติ

ในการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวข้างต้น คสช. อาจมอบให้สำนักงานเป็นผู้ปฏิบัติหรือเตรียมข้อเสนอมายัง คสช. เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไปก็ได้

มาตรา 43 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ คสช. หรือคณะกรรมการแล้วแต่กรณี อาจเชิญข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้างของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้อง มาให้ข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็น หรือส่งเอกสารหลักฐานหรือข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามที่เห็นสมควร

ให้ข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้างของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือแก่ คสช. และ คณะอนุกรรมการที่ คสช. แต่งตั้ง

มาตรา 44 ให้กรรมการ อนุกรรมการ หรือผู้ทำงาน ได้รับเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ ตามที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี

หมวด 4

สำนักงานคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติ

มาตรา 45 ให้มีสำนักงานเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ที่ไม่เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น

กิจการของสำนักงานไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ทั้งนี้ พนักงานและลูกจ้างของสำนักงานต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา 46 ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (1) รับผิดชอบงานธุรการของ คสช. คณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการต่าง ๆ
- (2) ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาล และหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านสุขภาพ
- (3) สำรวจ ติดตาม ศึกษา รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้
- (4) เป็นหน่วยธุรการในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตามความเหมาะสม
- (5) ถือกรรมสิทธิ์ สิทธิครอบครอง มีทรัพย์สินต่าง ๆ รวมทั้งการก่อตั้งสิทธิ และทำนิติกรรมสัญญา หรือข้อตกลงใด ๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน
- (6) ว่าจ้างหรือมอบให้องค์กรหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน
- (7) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่กฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน หรือตามที่ คสช. มอบหมาย

มาตรา 47 เงินและทรัพย์สินในการดำเนินกิจการของสำนักงาน ประกอบด้วย

- (1) เงินที่รัฐบาลจ่ายให้เป็นทุนประเดิม
- (2) เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสมเป็นรายปี
- (3) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้
- (4) เงินหรือทรัพย์สินอื่นที่ตกเป็นของสำนักงาน
- (5) ดอกผลของเงินหรือรายได้จากทรัพย์สินของสำนักงาน

มาตรา 48 บรรดารายได้ของสำนักงาน ไม่เป็นรายได้ที่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ทรัพย์สินของสำนักงานไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี

บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยมีผู้บริจาคให้หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ของสำนักงาน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสำนักงาน

ให้สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้อย่างประหยัด และจัดหาประโยชน์จากทรัพย์สินของสำนักงาน

มาตรา 49 การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสำนักงาน ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนด

การบัญชีของสำนักงาน ให้จัดทำระบบบัญชีตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการบริหารกำหนด และให้มีการตรวจสอบบัญชีภายในประจำอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ให้สำนักงานจัดทำงบดุล งบการเงิน และบัญชีทำการ ส่งผู้สอบบัญชีภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปี และให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลตามที่คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เป็นผู้ตรวจสอบบัญชีของสำนักงานทุกรอบปี แล้วทำรายงานผลการสอบบัญชีเสนอต่อ คสช.

ให้สำนักงานทำรายงานประจำปีเสนอต่อคณะกรรมการบริการเพื่อเสนอต่อ คสช. และรัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยแสดงถึงผลงาน งบดุล งบการเงินและบัญชีทำการ ในรอบปีที่ผ่านมาที่ผู้สอบบัญชีรับรองว่าถูกต้อง พร้อมทั้งรายงานของผู้สอบบัญชี

มาตรา 50 ให้เลขาธิการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสำนักงาน มีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปซึ่งงานของสำนักงาน และเป็นผู้บังคับบัญชาพนักงานและลูกจ้างในสำนักงาน โดยอาจมีรองเลขาธิการตามจำนวนที่คณะกรรมการบริการกำหนดเป็นผู้ช่วย สั่งและปฏิบัติงานตามที่เลขาธิการมอบหมาย

คุณสมบัติของเลขาธิการและรองเลขาธิการ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการบริหารกำหนด โดยความเห็นชอบของ คสช.

การแต่งตั้งและถอดถอนเลขาธิการให้เป็นไปตามระเบียบ หลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการบริหารกำหนดโดยความเห็นชอบของ คสช. และเมื่อคณะกรรมการบริหารคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมจะดำรงตำแหน่งเลขาธิการได้แล้ว ให้นำเสนอต่อ คสช. เพื่อให้ความเห็นชอบก่อนเสนอให้นายกรัฐมนตรีแต่งตั้ง

ให้เลขาธิการแต่งตั้งรองเลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหาร

มาตรา 51 ให้เลขาธิการมีวาระดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้

เมื่อเลขาธิการพ้นจากตำแหน่ง ให้รองเลขาธิการพ้นจากตำแหน่งด้วย

เมื่อตำแหน่งเลขาธิการว่างลงและยังไม่มีแต่งตั้งเลขาธิการคนใหม่ให้คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งกรรมการบริหารคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

ในกรณีที่เลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองเลขาธิการเป็นผู้รักษาการแทน แต่ถ้าไม่มีรองเลขาธิการหรือรองเลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้เลขาธิการแต่งตั้งพนักงานของสำนักงานคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

มาตรา 52 นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระแล้ว เลขาธิการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (4) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (5) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (6) คณะกรรมการบริหารมีมติไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการบริหารทั้งหมด ที่มีอยู่มีมติให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ หรือมีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ ด้วยความเห็นชอบของ คสช.

มาตรา 53 เลขาธิการมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- (1) บริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย นโยบาย และมติของ คสช. และตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศของคณะกรรมการบริหาร
- (2) บังคับบัญชาพนักงานและลูกจ้างของสำนักงานทุกตำแหน่ง
- (3) บรรจุ แต่งตั้ง เลื่อนเงินเดือนหรือค่าจ้าง ลดขั้นเงินเดือนหรือค่าจ้าง ตัดเงินเดือนหรือค่าจ้าง ลงโทษทางวินัยพนักงานและลูกจ้าง ตลอดจนให้พนักงานหรือลูกจ้างออกจากตำแหน่ง ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนด
- (4) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานโดยไม่ขัดหรือแย้งกับนโยบาย มติ ข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศของ คสช. และคณะกรรมการบริหาร
- (5) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ คสช. และคณะกรรมการบริหารมอบหมาย

มาตรา 54 ให้เลขาธิการและรองเลขาธิการได้รับเงินเดือนและประโยชน์ตอบแทนอื่นตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการบริหารกำหนด โดยความเห็นชอบของ คสช.

มาตรา 55 ในกิจกรรมของสำนักงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสำนักงานเพื่อการนี้ เลขาธิการจะมอบหมายให้บุคคลใดปฏิบัติงานในเรื่องหนึ่งเรื่องใดแทนก็ได้ ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนด

มาตรา 56 ให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร ประกอบด้วย

(1) กรรมการคนหนึ่ง เป็นประธานกรรมการบริหาร

(2) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งคน เป็นกรรมการบริหาร

(3) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยต้องมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารหรือกฎหมาย ด้านสาธารณสุข ด้านการพัฒนาชุมชนและสิ่งแวดล้อม ด้านสื่อสารมวลชน ด้านเศรษฐศาสตร์ อย่างน้อยด้านละหนึ่งคน เป็นกรรมการบริหาร

ผู้ทรงคุณวุฒิตาม (3) ต้องมีคุณสมบัติตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

ให้เลขาธิการเป็นกรรมการบริหารและเลขานุการ และให้เลขาธิการมีอำนาจแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการจำนวนไม่เกินสองคน

มาตรา 57 ให้นำความในมาตรา 39 วรรคหนึ่ง วรรคสี่ และวรรคห้า และมาตรา 40 (1) (2) (3) (4) (5) และ (6) มาบังคับใช้กับการดำรงตำแหน่ง และการพ้นจากตำแหน่งของกรรมการบริหารผู้ทรงคุณวุฒิตามมาตรา 56 (3) โดยอนุโลม และให้นำความในมาตรา 41 มาบังคับใช้กับการประชุมและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารโดยอนุโลม

มาตรา 58 คณะกรรมการบริหารมีอำนาจหน้าที่

(1) กำหนดนโยบาย สนับสนุน และกำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงาน ให้เกิดการจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่

(2) กำหนดคุณสมบัติของเลขาธิการและรองฯ ระเบียบ หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการแต่งตั้งและการถอดถอนเลขาธิการ เพื่อของความเห็นชอบจาก คสช. และคัดเลือกเลขาธิการ

(3) อนุมัติแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปีของสำนักงาน

(4) ออกข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน และการดำเนินการอื่นของสำนักงาน

- (5) ประสานการดำเนินงานระหว่าง คสช. กับสำนักงาน ตลอดจนหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- (6) จัดให้มีการประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินงานของสำนักงาน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
- (7) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการบริหารมอบหมาย
- (8) จัดให้มีการรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารและของสำนักงานต่อ คสช. อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
- (9) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่ คสช. มอบหมาย

หมวด 5 สมัชชาสุขภาพ

ส่วนที่ 1 สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เฉพาะประเด็น

มาตรา 59 ประชาชนสามารถรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือเสนอให้จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นก็ได้ โดย คสช. และสำนักงานต้องให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

ความคิดเห็นหรือข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพตามวรรคหนึ่ง หน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรอื่น ๆ ของรัฐในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง คสช. คณะกรรมการบริหาร สำนักงานและคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต้องนำไปพิจารณาประกอบการทำงานตามอำนาจหน้าที่ และประกอบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วย

ส่วนที่ 2

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 60 ให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามวรรคหนึ่งต้องประกอบด้วยภาคประชาชนไม่น้อยกว่า ร้อยละหกสิบของสมาชิกสมัชชาทั้งหมด

มาตรา 61 ให้มีคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยให้ คสช. แต่งตั้งขึ้นเป็นคราว ๆ ไป

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามวรรคหนึ่ง ประกอบด้วยอนุกรรมการจาก ภาครัฐและการเมือง ภาควิชาการและวิชาชีพ และภาคประชาชน ในสัดส่วนหนึ่งต่อหนึ่งต่อสาม

ให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการเกี่ยวกับการจัดประชุมและหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่

มาตรา 62 สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยบุคคลที่เป็นตัวแทนกลุ่มต่าง ๆ และประชาชนทั่วไปที่ประสงค์จะเข้าร่วม

ผู้ใดประสงค์จะเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้สมัครลงทะเบียนต่อคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 61 เป็นคราว ๆ ไป

การคัดเลือกสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่สมัครลงทะเบียน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกำหนด

มาตรา 63 ให้สำนักงานทำหน้าที่หน่วยธุรการในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ได้จากการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้สำนักงาน นำเสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ และเสนอต่อรัฐบาล หน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การอื่น ๆ ของรัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพิจารณาประกอบการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ด้วย

หมวด 6

แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

มาตรา 64 ให้ คสช. เสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และรายงานต่อรัฐสภาเพื่อทราบ

นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่ คสช. กำหนดตามวรรคหนึ่ง ให้มีหลักการ วัตถุประสงค์ แนวทาง มาตรการและกลไกตามที่กำหนดไว้ในหมวดนี้

นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่ คสช. กำหนดตามวรรคหนึ่ง อาจมาจากข้อเสนอของ คสช. เองหรือจากข้อเสนอแนะของสมาชิกสภาเฉพาะพื้นที่ หรือเฉพาะประเด็น หรือสมาชิกสภาแห่งชาติก็ได้

มาตรา 65 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตามมาตรา 64 ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามอำนาจหน้าที่เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ดังกล่าว ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องให้มีหรือต้องแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายใด ก็ให้ดำเนินการให้เป็นไปตามนั้น

ส่วนที่ 1

การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรา 66 การสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาพะทั่วทั้งสังคม ลดการเจ็บป่วย การพิการ และการตายที่ไม่สมควร รวมทั้งควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ โดยมีการดำเนินการทั้งในระดับนโยบาย สังคม ชุมชน และบุคคล

มาตรา 67 การสร้างเสริมสุขภาพ ตามมาตรา 66 ให้มีแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และสร้างกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม โดยใช้วิชาการอย่างเพียงพอ มีกลไกดำเนินงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมเสนอ ร่วมดำเนินการ ร่วมใช้ผลการประเมินและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการอนุมัติ อนุญาต การดำเนินนโยบายและโครงการสำคัญที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ

(2) สร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ส่งเสริม สนับสนุนหรือกำหนดให้ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐและองค์กรต่าง ๆ จัดสถานที่ทำงานให้เอื้อต่อสุขภาพของสมาชิกและของบุคคลอื่น การจัดทำชุมชนน่าอยู่ เป็นต้น

(3) ส่งเสริม สนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของประชาชน และของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของบุคคลและความเข้มแข็งของชุมชน สำหรับการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการพึ่งตนเองของชุมชน

(4) ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เพื่อการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพกันเองของประชาชนในชุมชน

(5) ส่งเสริมสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐและองค์กรอื่นในทุกระดับมีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพ

(6) ใช้มาตรการด้านภาษี ด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านกฎหมายหรือด้านอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

(7) สนับสนุนระบบสวัสดิการชุมชน กองทุนสุขภาพต่าง ๆ ที่หลากหลายเพื่อเป็นแรงจูงใจ และสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

(8) ส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่เน้นการมีสุขภาพแบบยั่งยืน หลีกเลี่ยงหรือลดการเจ็บป่วย การพิการ และการตายที่สามารถป้องกันได้

(9) ส่งเสริมการกระจายยา และเวชภัณฑ์จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้พอเพียงและทั่วถึง

(10) ส่งเสริมการพัฒนาเกษตรที่ไม่ใช้สารเคมีและควบคุมการใช้สารเคมีในทุกภาคส่วน

(11) ควบคุมพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพส่วนตนและผู้อื่น เช่น การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การเสพยาเสพติด การค้าประเวณี เป็นต้น

(12) ส่งเสริมสนับสนุนและผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการสาธารณสุขในทุกระดับและทุกพื้นที่ให้สอดคล้องกับมาตรา 71 และ 72

(13) แนวทางและมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสม

มาตรา 68 ให้ คสช. จัดให้มีกลไกติดตามการดำเนินนโยบายสำคัญที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดให้มีกลไกประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะตามมาตรา 67 (1)

ส่วนที่ 2

การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

มาตรา 69 การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ให้เป็นไปเพื่อมุ่งขจัด ยับยั้ง และควบคุมปัจจัยหรือสภาวะที่ก่อให้เกิดหรืออาจจะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ

มาตรา 70 การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ให้มีแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) สร้างและพัฒนากระบวนการสร้างองค์ความรู้ การเฝ้าระวัง การชันสูตร การกำหนดมาตรฐาน การดำเนินการ และการติดตามประเมินผล ที่เน้นหลักการมีส่วนร่วมโปร่งใสและตรวจสอบได้ คำนึง และมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหา สภาพแวดล้อม และวิถีชุมชนในแต่ละท้องถิ่น รวมถึงจัดให้มีการทำงานที่เชื่อมโยงกัน ทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค ชาติ และนานาชาติ

(2) ใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ เช่น โรคหรือความผิดปกติที่เกิดจากพันธุกรรม โรคติดต่ออันตราย อันตรายจากการใช้สารเคมี อุบัติภัยต่าง ๆ พฤติกรรมของบุคคลที่ก่อเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น

(3) สนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่น ๆ ในทุกระดับให้มีส่วนร่วมและมีส่วนรับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

(4) ใช้มาตรการด้านภาษี ด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ ด้านการศึกษา ด้านสังคม หรือด้านอื่น ๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

(5) กำหนดให้หน่วยงานหรือองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ดำเนินกิจการ แล้วเกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ หรือดำเนินการแล้วอาจจะเกิดการคุกคามสุขภาพในอนาคต ให้ความร่วมมือในการตรวจสอบ และให้ข้อมูลแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที และหน่วยงานที่รับผิดชอบต้องเปิดเผยข้อมูลและผลการตรวจสอบนั้นแก่สาธารณะ

(6) สร้างและพัฒนาระบบในการดูแล ให้ความช่วยเหลือ และรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยที่คุกคามสุขภาพต่าง ๆ รวมถึงความบกพร่องในการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยคำนึงถึงสิทธิ ความมั่นคงด้านสุขภาพและการอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ในสังคม

(7) แนวทางและมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสม

ส่วนที่ 3

การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุข ให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ

มาตรา 72 ให้ส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขที่เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยให้ความสำคัญในมิติเชิงมนุษย์และสังคม ด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปด้วย

มาตรา 73 การบริการสาธารณสุขตามมาตรา 71 และ 72 ให้มีแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) ส่งเสริม สนับสนุน และเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอื่น ๆ ในทุกระดับมีส่วนร่วมและรับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุข

(2) ใช้มาตรการด้านภาษี ด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านกฎหมาย และด้านอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนและพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง

(3) สร้างระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่นำมาใช้ในการบริการสาธารณสุข และใช้เพื่อสุขภาพ เพื่อให้เกิดการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมและควบคุมค่าใช้จ่ายได้

(4) ส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ และการคุ้มครองผู้บริโภค

(5) สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสถานพยาบาล และระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบและเกิดความสมานฉันท์ระหว่างประชาชนและบุคลากรสาธารณสุข

(6) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบริการสาธารณสุขเฉพาะเรื่องที่จำเป็นและสำคัญ เช่น การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น

(7) แนวทางและมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสม

มาตรา 74 ให้ คสช. จัดให้มีกลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และกลไกประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพตามมาตรา 73 (3) เป็นการเฉพาะ

ให้มีกลไกอิสระเพื่อดูแลระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการสาธารณสุข ตามที่กฎหมายบัญญัติ

ส่วนที่ 4

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

มาตรา 75 การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชน ชนบทธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อรองรับและส่งเสริมหลักการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อให้การบริการสาธารณสุขมีทางเลือกที่หลากหลาย

มาตรา 76 การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตามมาตรา 75 ให้มีแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) ส่งเสริมสนับสนุนการใช้ การฟื้นฟูและการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การจัดระบบการรับรอง ตลอดจนการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน รวมทั้งการจัดตั้งองค์กร ดูแลกันเอง โดยคำนึงถึงการคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่กันไปด้วย

(2) ส่งเสริมสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่น ๆ ในทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

(3) ใช้มาตรการด้านภาษี ด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านกฎหมายและด้านอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

(4) แนวทางและมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสม

มาตรา 77 ให้ คสช. จัดให้มีกลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ

ส่วนที่ 5

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

มาตรา 78 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้เป็นไปเพื่อการปกป้องคุ้มครองประชาชนอย่างเสมอกัน เพื่อให้ได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา 79 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตามมาตรา 78 ให้มีแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) ประกันคุณภาพและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและการบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและการบริการสาธารณสุข รวมทั้งสร้างโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและการรับบริการสาธารณสุขได้อย่างปลอดภัย

(2) ประกันความเสียหายอันเกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข โดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชน ความมั่นคงด้านสุขภาพและการอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์

(3) ให้นหน่วยงาน องค์การทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินกิจการแล้วเกิดผลเสียต่อสุขภาพหรืออาจเกิดผลเสียต่อสุขภาพ ต้องให้ความร่วมมือให้ข้อมูลที่ครบถ้วนอย่างรวดเร็วแก่องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคที่ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อการตรวจสอบสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภค

(4) เสนอให้รัฐบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสรรงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนแก่องค์กรผู้บริโภคภาคประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคกันเองได้อย่างเข้มแข็งควบคู่ไปกับการดำเนินงานของ ภาครัฐ

(5) ใช้มาตรการด้านภาษี ด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านกฎหมาย และด้านอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

(6) แนวทางและมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสม

ส่วนที่ 6

องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

มาตรา 80 องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสร้างและพัฒนาอย่างเพียงพอและเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย

มาตรา 81 การพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ตามมาตรา 80 ให้มีแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) ส่งเสริมสนับสนุนให้เอกชน ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมลงทุนในการสร้างและการจัดการองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จัดกลไกและมาตรการที่เหมาะสมเพื่อนำองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ประโยชน์เพื่อสาธารณะ

(2) เสนอให้รัฐบาลจัดสรรงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของงบประมาณด้านสุขภาพสำหรับการลงทุนวิจัยด้านสุขภาพ เพื่อให้มีองค์ความรู้เพียงพอต่อการพัฒนาสุขภาพและระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

(3) สร้างกลไกทำหน้าที่กำหนดและบริหารนโยบายการวิจัยด้านสุขภาพ โดยกลไกนี้ให้แยกออกจากกลไกที่ทำงานวิจัย

(4) สร้างและสนับสนุนเครือข่ายองค์กรวิจัยด้านสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่ ระดับประเทศ และนานาชาติ เพื่อสร้างองค์ความรู้สำหรับการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่สำคัญ และสนับสนุนการวิจัยระดับชุมชนที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด

(5) ส่งเสริมสนับสนุนช่องทางและกลไกเผยแพร่และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การเพิ่มศักยภาพและการคุ้มครองประชาชน

(6) แนวทางและมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสม

มาตรา 82 ให้มีกลไกทำหน้าที่กำหนดทิศทางและนโยบายการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เพียงพอในการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาระบบสุขภาพ บริหารนโยบายการวิจัยด้านสุขภาพ จัดการให้มีการให้ทุนเพื่อการวิจัยด้านสุขภาพ สนับสนุนการสร้างเครือข่าย องค์กรวิจัยด้านสุขภาพ ดูแลติดตาม ประเมินผลระบบวิจัยด้านสุขภาพ ส่งเสริมสนับสนุนและจัดการให้เกิดเครือข่ายกลไกเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับประชาชนและอื่น ๆ โดยกลไกนี้ไม่ทำหน้าที่ปฏิบัติการเอง

ส่วนที่ 8
การเงินการคลังเพื่อการบริการสาธารณสุข

มาตรา 86 การเงินการคลังเพื่อการบริการสาธารณสุขให้เป็นไป เพื่อการมีบริการที่
สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7

มาตรา 87 การเงินการคลังเพื่อการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ให้มีแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) ให้มีการใช้การเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิด ที่กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนไว้ล่วงหน้า เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้

(2) การเงินการคลังรวมหมู่ตาม (1) อาจมีการจัดการหลายกองทุนก็ได้ เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือก แต่ทุกกองทุนให้มีหลักการพื้นฐานเหมือนกัน และบุคคลที่อยู่ภายใต้กองทุนเดียวกัน ให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่เหมือนกัน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม

(3) ให้มีการแยกกลไกที่ทำหน้าที่ดูแลการใช้จ่ายเงินรวมหมู่ ออกจากกลไกที่รับผิดชอบจัดการบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้และเกิดประสิทธิภาพ

(4) แนวทางและมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสม

มาตรา 88 การจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่ เพื่อประกันการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตสำหรับประชาชนทุกคนให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

บทเฉพาะกาล

มาตรา 89 ให้โอนบรรดากิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้สิน และเงินงบประมาณของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในส่วนของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ไปเป็นของสำนักงานตามพระราชบัญญัตินี้ นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา 90 ให้ประธาน คสช. แต่งตั้งบุคคลที่เหมาะสม ทำหน้าที่ในตำแหน่งเลขาธิการไปจนกว่า คสช. จะแต่งตั้งเลขาธิการตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งต้องไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา 91 การคัดเลือกกรรมการครั้งแรกเมื่อพระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ประธาน คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาประกอบด้วย กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่เคยดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติหนึ่งคน เป็นประธาน ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข

หนึ่งคน ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขหนึ่งคน ผู้แทนสื่อมวลชนหนึ่งคน และผู้แทนองค์กรภาคประชาชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพไม่เกิน 2 คน เป็นกรรมการ และให้ผู้ทำหน้าที่ในตำแหน่งเลขาธิการตามมาตรา 90 เป็นเลขานุการ ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการสรรหาคัดเลือกกรรมการตามมาตรา 34 (4) (5) (6) (7) และ (8) ทั้งนี้ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา 92 ในวาระเริ่มแรกเมื่อครบสองปีนับแต่วันที่กรรมการที่ได้รับคัดเลือกตามมาตรา 91 เข้ารับตำแหน่ง ให้กรรมการแต่ละประเภทตามมาตรา 34 (4) (6) และ (8) จำนวนกึ่งหนึ่งออกจากตำแหน่งโดยวิธีจับสลาก และกรรมการตามมาตรา 34 (5) และ (7) ให้จับสลากออกจากตำแหน่งสองคนและหกคนตามลำดับ และให้ถือว่าการออกจากตำแหน่งโดยการจับสลากดังกล่าวเป็นการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ

ให้กรรมการที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระคนหนึ่ง อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการที่ได้รับการคัดเลือกแทนตนจะเข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินหกสิบวันนับแต่วันที่พ้นจากตำแหน่ง

มาตรา 93 ในระหว่างที่ยังไม่มีกลไกทำหน้าที่ ตามมาตรา 82 ให้คณะกรรมการบริหารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทำหน้าที่ไปพลางก่อน และให้ปรับปรุงพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้มีผลใช้บังคับ เพื่อทำหน้าที่ตามมาตรา 82

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

.....

นายกรัฐมนตรี

(ร่างปรับปรุง ณ วันที่ 24 กันยายน 2545)

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

--	--	--

แบบสอบถามเรื่อง
บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุข
และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงาน
ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อเลือกตัวเลือก เพียง 1 ตัวเลือก หรือกรอกข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

☐

1 ชาย

☐

2 หญิง

2. อายุ ปี

3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ปี

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐

1 ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐

2 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

☐

3 สูงกว่าปริญญาตรี

5. สถานที่ในการปฏิบัติงาน

☐

1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

☐

2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

☐

3 สถานีอนามัย(หัวหน้าหรือรักษาการ)

☐

4 สถานีอนามัย (ผู้ปฏิบัติงาน)

6. ตำแหน่งของท่านตามที่ ก.พ. กำหนด.....ระดับ (ช.).....

7. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจากแหล่งต่าง ๆ ต่อไปนี้
จำนวนครั้งเท่าใด ตั้งแต่ เดือนมกราคม 2545 ถึง ปัจจุบัน
(ใช้เครื่องหมาย ✓ เลือกตอบในแต่ละแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ท่านได้รับ)

แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	จำนวนครั้งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร			
	ไม่เคย	1 - 3 ครั้ง	4 - 6 ครั้ง	7 ครั้ง ขึ้นไป
1. การเข้าร่วมประชุม				
2. หนังสือ /โปสเตอร์ /เอกสาร /แผ่นพับ				
3. โทรทัศน์ /วิทยุ /เสียงตามสาย				
4. เพื่อนร่วมงาน				

8. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จำนวนครั้งเท่าใด
ตั้งแต่ เดือนมกราคม 2545 ถึง ปัจจุบัน
(ใช้เครื่องหมาย ✓ เลือกตอบในแต่ละกิจกรรมที่ท่านเข้าร่วมกิจกรรม)

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการยกย่อง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	จำนวนครั้งที่ร่วมกิจกรรม			
	ไม่เคย	1 - 2 ครั้ง	3 - 4 ครั้ง	5 ครั้ง ขึ้นไป
1. ร่วมเป็นแกนนำในการจัดประชุม สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่				
2. ร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพ				
3. ร่วมแสดงความคิดเห็นต่อเนื้อหาสาระ ของ พ.ร.บ.				
4. ร่วมลงนามสนับสนุนการยกย่อง พ.ร.บ.				

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ เลือกข้อความที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่านมากที่สุด
เพียงตัวเลือกเดียว

ข้อความ	ความรู้ความเข้าใจ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. การมองสุขภาพตามแนวคิดใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ การมองสุขภาพว่าเป็นทั้งเรื่องของร่างกาย จิตใจ และสังคม			
2. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้มีแนวคิดพื้นฐานมาจากปรัชญา "สุขภาพพอเพียงและแนวคิดการพัฒนาสุขภาพด้วยเทคโนโลยีใหม่"			
3. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติใช้อุดมการณ์สุขภาพะเรื่อง "สร้างนำซ่อม" ซึ่งหมายถึงการสร้างหน่วยบริการสุขภาพให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น			
4. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ในการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
5. ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ใช้ประยุกต์ใน พ.ร.บ.นี้ประกอบ ด้วย ประชาชน นักวิชาการ และฝ่ายการเมือง			
6. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับประเทศเท่านั้น			
7. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการที่จำเป็นในการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้			
8. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชน โดยแยกส่วนจากสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม			
9. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติคือธรรมนูญด้านสุขภาพในการปฏิรูประบบสุขภาพ			
10. เจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต้องการให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพมากกว่าการให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง			

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ เลือกข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เพียงตัวเลือกเดียว

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย
1. แนวคิดเรื่อง “สุขภาพพอเพียง” ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมุ่งให้การให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพเป็นสำคัญ				
2. การมองเรื่องสุขภาพแบบใหม่นี้ ทำให้ประชาชนเข้าใจระบบสุขภาพที่เป็นองค์รวมมากขึ้น				
3. หากไม่มีพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติอาจทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพของคนไทยไม่ประสบความสำเร็จ				
4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่างพ.ร.บ.นี้มีขั้นตอนมาก ทำให้เกิดความล่าช้าการประกาศใช้				
5. การดำเนินงานตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต้องมีการทำงานร่วมกัน ตั้งแต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนถึงประชาชน				
6. การดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติบางงานเป็นไปไม่ได้ค่า เช่น การส่งเสริมงานแพทย์แผนไทยให้เกิดความทัดเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน				
7. หากประชาชนไม่มีส่วนร่วมใน พ.ร.บ.นี้อาจกล่าวได้ว่าการปฏิรูประบบสุขภาพสำเร็จผลไม่ถึงครึ่ง				
8. การมี พ.ร.บ.ฉบับนี้ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีภาระหน้าที่ต้องปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น				
9. หากเจ้าหน้าที่มีภาระมากขึ้น จะทำให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพลดลง				
10. ในภาพรวมแล้ว พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพะอย่างยั่งยืนเองได้				

ส่วนที่ 4 บทบาทคาดหวังของผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ เลือกข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามรายการกิจกรรมที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

กิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ระดับการคาดหวังของท่านในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				ไม่อยู่ในบทบาท
	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	
1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ					
1. ส่งเสริม สนับสนุนชุมชน หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐ ในการสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดทำชุมชนน่าอยู่					
2. ส่งเสริม สนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนในชุมชน เช่น ชมรมออกกำลังกาย					
3. ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนและการพึ่งตนเองของชุมชน เช่น การจัดเวทีประชาคมด้านสุขภาพ					
4. ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น แพทย์แผนไทย					
5. ส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชน หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน					
2. ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ					
6. เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันโรคและสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ					
7. ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคและสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ					
8. ส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชน หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การตั้งคณะกรรมการชุมชนควบคุมมลพิษ					

กิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ระดับการคาดหวังของท่านใน การปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				ไม่อยู่ ใน บท บาท
	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	
9. สนับสนุนการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันและควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อันตรายจากการใช้สารเคมี หรืออุบัติเหตุ-อุบัติเหตุภัย					
10. ให้ความช่วยเหลือปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนต่อความเสียหายที่เกิดจากสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ					
3. ด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพบริการ					
11. ดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม					
12. มีระบบบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน					
13. จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเชื่อมโยงกับบริการระดับกลางและระดับสูง					
14. ประเมินผลเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่นำมาใช้ในการบริการสาธารณสุข เช่น รูปแบบบริการสุขภาพเชิงรุก					
15. จัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข เช่น ระบบ HA ที่รับรองมาตรฐานบริการ					
16. รณรงค์ให้ชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุข					
17. รณรงค์ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง					
4. ด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ					
18. ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ระบบหมอพื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย ที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม					

กิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ระดับการคาดหวังของท่านใน การปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				ไม่อยู่ ใน บทบาท
	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	
19. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน					
20. นำข้อมูลจากการวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นมาแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกัน					
5. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ					
21. ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและ บริการสาธารณสุข					
22. ให้ความคุ้มครองสิทธิประชาชนในฐานะผู้บริโภค เช่น การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุข					
23. ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนอย่างรวดเร็วแก่องค์กรคุ้มครองผู้ บริโภคในกรณีที่ตนดำเนินงานแล้วเกิดผลเสียต่อสุขภาพ ของประชาชน					
24. ให้ความช่วยเหลือต่อประชาชนในความเสียหายที่เกิด จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการสาธารณสุข					
25. สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือบริการสาธารณสุข					
6. ด้านองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ					
26. พัฒนาระบบฐานข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพใน สถานีอนามัย					
27. เผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้แก่ ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง					
28. ส่งเสริม สนับสนุนการเผยแพร่และตรวจสอบข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพของหน่วยงานอื่น เพื่อการสร้างเสริม สุขภาพ และการคุ้มครองประชาชน					
29. ส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยระดับชุมชนโดยให้ประชาชน มีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด					

กิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ระดับการคาดหวังของท่านใน การปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				ไม่อยู่ ใน บท บาท
	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	
30. กิจกรรมอื่น ๆ ที่ท่านคาดหวังว่าจะทำได้ดีนอกเหนือจาก ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น (ระบุ)					

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

คำชี้แจง ให้ท่านแสดงความเห็น ถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะอื่น ๆ เมื่อหน่วยงานของท่านจะต้องปฏิบัติงาน เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นในระดับพื้นที่ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การพัฒนาเอกชน องค์การชุมชน และธุรกิจเอกชน ในการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตามด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

2. ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

3. ด้านการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

.....

.....

.....

.....

4. ด้านการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

5. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

6. ด้านการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. 2527. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และสุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม, บรรณาธิการ. 2545. 30 ประเด็นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9. นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2545. **สาระสำคัญของการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ**. นนทบุรี: บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด.
- จำนง อติวัฒนสิทธิ์ และคณะ. 2532. สังคมวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วัดมหาธาตุ.
- จิรุตม์ เสนาพันธ์. 2545. บทบาทที่คาดหวังของพนักงานอัยการต่อการช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน: ศึกษาเฉพาะกรณีสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชวาล แพรัตกุล. 2526. เทคนิคการวัดผล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ชาญวิทย์ สุริยา. 2542. บทบาทของข้าราชการตำรวจภูธรในการส่งเสริมการท่องเที่ยวตามนโยบายปีท่องเที่ยวไทย 2541-2542: ศึกษากรณี สถานตำรวจภูธรอำเภอเมืองเชียงใหม่. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชำนาญ มาลัย. 2540. บทบาทของสาธารณสุขอำเภอด้านการบริหารจัดการในทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดยโสธร. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ทิตยา สุวรรณะชฎ. 2509. สังคมวิทยา จิตวิทยา และมนุษยวิทยา. กรุงเทพฯ: มงคลการพิมพ์.
- _____. 2517ก. วิทยาศาสตร์สังคม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- _____. 2517ข. สังคมศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

- เทพพนม เมืองแมน และสวึง สุวรรณ. 2530. พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ธวัชชัย ชัยจิรฉายกุล. 2534. จุดมุ่งหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร: แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- นพมาศ อีรวะดิน. 2534. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นัทธมนวรรณ ยิ่งเจริญสุข. 2545. บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาในชุมชน กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นवरศักดิ์ อูวรรณโณ. 2543. ปฏิรูประบบสุขภาพ: สิทธิหน้าที่ ของคนไทย. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2535. การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญฤทธิ์ จาตุมาระ และคณะ. 2538. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ. 2539. การพัฒนาของสถานอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ประจักษ์ หินทอง. 2545. บทบาทของผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษาในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ: ศึกษาเฉพาะกรณีเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดอำนาจเจริญ. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2520. ทศนคติ: การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ประเวศ วะสี. 2543. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- . 2545. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ: ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย เครื่องมือนวัตกรรมทางสังคม. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- ปรียาภรณ์ เตียยะกุล. 2540. บทบาทที่คาดหวังและปฏิบัติจริงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคกลางตามการรับรู้ของผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับกระทรวง ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัทมาวดี กลักรม. 2545. สุขภาพทางเลือก. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.

- พนม ลิมอารีย์. 2524. **กลุ่มสัมพันธ์**. กาฬสินธุ์: จินตทัศน์การพิมพ์.
- พทยา สายหู. 2516. **ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกของสังคม**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์เนศ.
- ไพบุลย์ ช่างเรียน. 2516. **สารานุกรมศัพท์ทางสังคมวิทยา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์เนศ.
- ไพศาล หวังพานิช. 2526. **การวัดผลการศึกษา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ปิฎก โสธร. 2516. **หลักบริหารการศึกษา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- มัทนา พนานิรามัย. 2543. **โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์การปฏิรูประบบสุขภาพ จากมุมมองของกลุ่มผู้นำประเทศ**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- มานิต พูนศิลป์. 2542. **บทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังในการดำเนินการส่งเสริมอาชีพอาชีพของข้าราชการฝ่ายปกครองตามทัศนะของหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี**. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนารัฐบาลท้องถิ่น สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- โยธิน คັນสนยุทธ และจุฬพล พูลภัทรชีวิน. 2529. **จิตวิทยาสังคม**. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- ระพี สุวรรณะชญ. 2521. **อาจารย์มหาวิทยาลัยในประเทศไทย: บทบาทจริง บทบาทคาดหวังและความเครียดในบทบาท**. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- รังสรรค์ ทิมพันธุ์พงษ์. 2521. **บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของเยาวชนในการดำเนินงานศูนย์เยาวชนชนบท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2517. **การวัดด้านจิตพิสัย**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุวีริยาสาส์น.
- เลื่อง ศรีเหรา. 2540. **บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลในทัศนะของผู้นำท้องถิ่น: กรณีศึกษาอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี**. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนารัฐบาลท้องถิ่น สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2542. **การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศนิวซีแลนด์**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ. 2522. **จิตวิทยาสังคม**. กรุงเทพฯ: ชัยศิริการพิมพ์.
- สงวนศรี วิรัชชัย. 2527. **จิตวิทยาสังคมเพื่อการศึกษา**. กรุงเทพฯ: บริษัทศึกษาพรจำกัด.
- สนิท สมักรการ. 2510. **มนุษยวิทยาเบื้องต้น**. พระนคร: โรงพิมพ์มหาชาติไทย.

- สมถวิล เทียวประดิษฐ์. 2542. บทบาทของคณะกรรมการในการจัดการร้านค้าชุมชน: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดราชบุรี. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สมยศ นาวิการ. 2526. การพัฒนาองค์กรและการจูงใจ. กรุงเทพฯ: สยามการพิมพ์.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2545. การวิจัยด้านสุขภาพ: แนวทางการพัฒนาความรู้และนวัตกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์. 2542. การศึกษาบทบาทนประสพการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สรศักดิ์ อินทว้าง. 2538. บทบาทของสมาชิกสภาตำบลและคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2542ก. การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- . 2542ข. การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศเยอรมัน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- . 2543. การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศเกาหลีใต้. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สายสมร กลยณี. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ กับการปฏิบัติตามบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการ ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2543. ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- . 2544. อะไรเป็นอะไรในกระแสการเปลี่ยนแปลง: 30 บาทรักษาทุกคน, กระจายอำนาจ, ปฏิรูปโครงสร้าง กสธ. กับการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- . 2545ก. ธรรมนูญสุขภาพคนไทย (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545). นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- . 2545ข. หนึ่งปีปฏิรูป (หนึ่งปีแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม. 2520. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แพรว
พิตยา.
- สุนันท์ ศัลโกสม. 2524. การวัดพฤติกรรมด้านความรู้และความคิด. เอกสารวิชาการโรงเรียน
พระปฐมวิทยาลัย. (อัดสำเนา).
- สุนันท์ อังเกิดโชค. 2529. ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของประชาชนที่มีต่อบทบาทและความ
รับผิดชอบของ ส.ส.. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพล พุ่มคำ. 2522. บทบาทของสภาการฝึกหัดครู. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัตรา สุภาพ. 2522. สังคมวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2545. การสร้างเสริมสุขภาพ: กลยุทธ์และแนวทางสร้างภูมิ
คุ้มกันด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. 2539. อนาคตสถานีนามัยไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์
การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. 2543. สังเคราะห์ประสบการณ์ปฏิรูประบบสุขภาพ 10 ประเทศ.
กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.
- เสาวลักษณ์ ทรงสงวน. 2541. การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลต่อ
การจัดการสิ่งแวดล้อม: ศึกษาจากองค์การบริหารส่วนตำบล อ.เมือง จ.ยะลา.
ภาคนิพนธ์คณะพัฒนารัฐบาลท้องถิ่น สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- แสวง รัตนมงคลมาศ. 2544. การระดมมวลชนและการมีส่วนร่วมของมวลชน องค์การ การนำ
และการตัดสินใจทางสังคม. เอกสารประกอบการบรรยาย คณะพัฒนารัฐบาล
ท้องถิ่น สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (อัดสำเนา).
- หงษ์ ลาวันดี. 2538. บทบาทความคาดหวังในการพัฒนาของคณะกรรมการหมู่บ้าน: ศึกษา
เฉพาะกรณีบ้านหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. ภาคนิพนธ์คณะ
พัฒนารัฐบาลท้องถิ่น สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- หทัยชนก ไสแก้ว. 2543. บทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังของครูต่อการสอนแบบเน้น
ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร เขต
บางกะปิ. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนารัฐบาลท้องถิ่น สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- อนันต์ ศรีโสภณ. 2525. การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. 2545. บริการสุขภาพ: แนวทางสู่คุณภาพและประสิทธิภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- อมรา พงศาพิชญ์. 2521. มนุษย์กับสังคม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อานนท์ อาภาภิรม. 2525. สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- อุทัย หิรัญโต. 2526. สารานุกรมศัพท์สังคมวิทยา-มานุษยวิทยา. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- อุทิศ มหาภิตติคุณ. 2543. บทบาทในการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คีฬากรณ์กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท
บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Allport, Gardon, et al. 1954. Handbook of Social Psychology. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Berio, David K. 1966. The Process of Communication. New York: Holt Rinchart & Winston Inc..
- Bloom, Benjamin S. 1964. Taxonomy of Education Objective, Handbook I: Cognitive Domain. New York: David Mckay Company.
- Broom, Leonard and Selznick, Philip. 1977. Sociology. New York: Harper & Row Publishers Inc..
- Getzels, Jacob W.; Limpham, James M. and Campbell, Ronald F. 1968. Educational Administration as a Social Process: Theory, Research, Practice. New York: Harper and Row Publisher.
- Gilmer, Beverly von Haller. 1970. Psychology. New York: Harpe and Row Publisher.
- Good, Carter V. 1973. Dictionary of Education. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Gross, Neal; Ward, S. Mason and Alexander, W. Mc. Eachern. 1965. Explorations in Role Analysis: Studies of School Superintendency Role. New York: John Willey & Sons Inc..
- Livinson, Daniel J. 1964. Role Personality and Social Structure. New York: Macmillan Company.

- Merton, Robert K. 1962. **Social Theory and Social Structure**. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Murray, Henry A. 1968. **Exploration in Personality**. New York: Science Edition Inc.,
- Popenoe, David. 1971. **Sociology**. New Jersey: Prentice – Hall Inc.,
- Rokeach, Milton. 1970. **Attitude and Values**. San Francisco: Jersey-Bass Inc.,
- Rosenberg, Milton J., et al. 1960. **Attitude organization and change: an Analysis of Consistency among Attitude Components**. New Haven: Yale University Press.
- Thurstone, Lili. 1967. **Attitude Theory and Measurement**. New York: John Wiley.
- Turner, Jonathan H. 1982. **The Structure of Sociological Theory**. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล	นางสาวสุนันทา จันทา
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) สถาบันราชภัฏเทพสตรี 2541
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี