

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ บทบาทผู้นำชมรม บทบาทคณะกรรมการชมรม การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพแต่ละระดับ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทผู้นำชมรม บทบาทคณะกรรมการชมรม การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของชมรมสร้างสุขภาพ
2. ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ
3. ข้อมูลการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ
4. ข้อมูลบทบาทผู้นำชมรม บทบาทคณะกรรมการชมรม การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพแต่ละระดับ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทผู้นำชมรมกับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ
6. ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคณะกรรมการชมรมกับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ
7. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมกับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ
8. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ
9. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของชมรมสร้างสุขภาพ

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 ชมรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 65.8) เป็นชมรมออกกำลังกาย ระยะเวลาการจัดตั้งชมรมอยู่ระหว่าง 1-5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 42.2) มีจำนวนสมาชิกอยู่ในช่วง 101-500 คนมากที่สุด (ร้อยละ 36.8) สถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมากที่สุด คือ สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ 28.9) สำหรับช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 65.8) จัดกิจกรรมในช่วงเวลาเย็น โดยมีความถี่ในการจัดกิจกรรมของชมรมทุกวันมากที่สุด (ร้อยละ 44.7) ส่วนหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน ส่วนใหญ่ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 92.1) รองลงมา คือ หน่วยงานด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 63.2) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 57.9) มีจำนวนคณะกรรมการของชมรมมากกว่า 10 คนขึ้นไป ประธานชมรมและคณะกรรมการชมรมส่วนใหญ่ได้มาจากการคัดเลือก (ร้อยละ 86.8 และร้อยละ 84.2 ตามลำดับ) ตำแหน่งของบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบชมรม เป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 44.8) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 2.1) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของชมรมสร้างสุขภาพ (N = 38)

| ข้อมูลทั่วไปของชมรมสร้างสุขภาพ | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------|-------|--------|
| ประเภทของชมรมสร้างสุขภาพ | | |
| ชมรมออกกำลังกาย | 25 | 65.8 |
| ชมรมผู้สูงอายุ | 11 | 28.9 |
| ชมรมอื่นๆ | 2 | 5.3 |
| จำนวนปีที่ตั้งชมรมสร้างสุขภาพ | | |
| 1 – 5 ปี | 16 | 42.2 |
| 6 -10 ปี | 11 | 28.9 |
| 11 -20 ปี | 7 | 18.4 |
| 21 -25 ปี | 4 | 10.5 |
| จำนวนสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ | | |
| น้อยกว่า 50 คน | 11 | 29.0 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของชมรมสร้างสุขภาพ | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------------|-------|--------|
| 50 -100 คน | 11 | 28.9 |
| 101-500 คน | 14 | 36.8 |
| มากกว่า 500 คน | 2 | 5.3 |
| สถานที่จัดกิจกรรมของชมรมสร้างสุขภาพ | | |
| สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน | 11 | 28.9 |
| โรงเรียน | 8 | 21.1 |
| วัด | 2 | 5.3 |
| องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล | 2 | 5.2 |
| สวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ/สนามกีฬา | 7 | 18.5 |
| สถานีตำรวจ/สถานีดับเพลิง | 2 | 5.2 |
| โรงพยาบาล | 3 | 7.9 |
| ศูนย์ประชุมหมู่บ้าน | 3 | 7.9 |
| ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรม | | |
| ช่วงเช้า | 7 | 18.4 |
| ช่วงเย็น | 25 | 65.8 |
| อื่นๆ | 6 | 15.8 |
| ความถี่ในการจัดกิจกรรม | | |
| ทุกวัน | 17 | 44.7 |
| มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ | 9 | 23.7 |
| 1 ครั้ง/เดือน | 9 | 23.7 |
| 2 ครั้ง/เดือน | 2 | 5.3 |
| 1 ครั้ง/ 2 เดือน | 1 | 2.6 |
| หน่วยงานที่ให้การสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| หน่วยงานด้านสาธารณสุข | 24 | 63.2 |
| องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | 35 | 92.1 |
| นักการเมือง | 2 | 5.3 |
| สมาชิกในชุมชน | 8 | 21.1 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของชมรมสร้างสุขภาพ | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------------|-------|--------|
| ชมรมสร้างสุขภาพอื่นๆ | 2 | 5.3 |
| อื่นๆ | 9 | 2.4 |
| จำนวนคณะกรรมการ | | |
| น้อยกว่า 10 คน | 16 | 42.1 |
| ตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป | 22 | 57.9 |
| การได้มาซึ่งประธาน | | |
| คัดเลือก | 33 | 86.8 |
| แต่งตั้ง | 5 | 13.2 |
| การได้มาซึ่งคณะกรรมการ | | |
| คัดเลือก | 32 | 84.2 |
| แต่งตั้ง | 6 | 15.8 |
| ตำแหน่งของบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบ | | |
| พยาบาลวิชาชีพ | 17 | 44.8 |
| นักวิชาการสาธารณสุข | 6 | 15.7 |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน | 2 | 5.3 |
| เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุขชุมชน | 8 | 21.1 |
| นักวิชาการ | 1 | 2.6 |
| รับผิดชอบร่วมกัน | 4 | 10.5 |

ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำนวน 388 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.3) มีระยะเวลาการเข้าเป็นสมาชิกระหว่าง 1-5 ปี และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.8) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 25-59 ปี มีสถานภาพคู่ และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.3, 58.5 และ 58.2 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพแม่บ้าน/งานบ้าน และอาชีพค้าขายในจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 25.3 และ 22.9 ตามลำดับ) และประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 64.9) ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 44.1) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 27.9) (ตาราง 2 และตาราง 3)

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ (N = 388)

| ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------------|-------|--------|
| ระยะเวลาการเข้าเป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ | | |
| 1-5 ปี | 292 | 75.3 |
| 6-10 ปี | 81 | 20.9 |
| 11-20 ปี | 11 | 2.8 |
| 21-25 ปี | 4 | 1.0 |
| เพศ | | |
| ชาย | 32 | 8.2 |
| หญิง | 356 | 91.8 |
| อายุ | | |
| น้อยกว่า 15 ปี | 2 | 0.5 |
| 15- 24 ปี | 9 | 2.3 |
| 25 - 59ปี | 229 | 59.0 |
| ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป | 148 | 38.1 |
| สถานภาพ | | |
| โสด | 59 | 15.2 |
| คู่ | 277 | 58.5 |
| หย่า | 12 | 3.1 |
| ม่าย | 90 | 23.2 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถม | 226 | 58.2 |
| มัธยมต้น | 36 | 9.3 |
| มัธยมปลาย | 37 | 9.5 |
| อนุปริญญา | 22 | 5.7 |
| ปริญญาตรี | 53 | 13.7 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 9 | 2.3 |
| กำลังศึกษา | 4 | 1.0 |
| อื่นๆ | 1 | 0.3 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------|-------|--------|
| อาชีพ | | |
| เกษตรกร | 60 | 15.5 |
| ค้าขาย | 89 | 22.9 |
| รับจ้าง | 65 | 16.8 |
| รับราชการ | 37 | 9.5 |
| พนักงานโรงงาน | 3 | 0.8 |
| แม่บ้าน/งานบ้าน | 98 | 25.3 |
| ข้าราชการบำนาญ/เกษียณ | 25 | 6.4 |
| นักเรียน/นักศึกษา | 6 | 1.5 |
| ว่างงาน | 5 | 1.3 |
| โรคประจำตัว | | |
| ไม่มี | 252 | 64.9 |
| มี | 136 | 35.1 |

ตาราง 3

จำนวน และร้อยละของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามโรคประจำตัว (n=136)

| ข้อมูลโรคประจำตัวของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------|-------|--------|
| เบาหวาน | 18 | 13.2 |
| ความดันโลหิตสูง | 60 | 44.1 |
| เบาหวาน และความดันโลหิตสูง | 15 | 11.0 |
| เกาต์ | 7 | 5.2 |
| หอบหืด | 9 | 6.6 |
| อื่นๆ | 27 | 19.9 |
| รวม | 136 | 100.00 |

ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษาการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ จำนวน 38 ชมรม พบว่า การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับที่ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 47.37) รองลงมาในระดับที่ 3 (ร้อยละ 31.58) และระดับที่ 2 (ร้อยละ 21.05) (ตาราง 4)

เมื่อวิเคราะห์การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพแต่ละระดับ พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 ทุกชมรม (ร้อยละ 100) มีการดำเนินงานครบตามเกณฑ์การประเมินคือ จัดกิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ นอกจากนี้มีชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 มีการดำเนินงานมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ การบริหารจัดการด้วยตนเองในรูปคณะกรรมการทุกชมรม รองลงมาคือ ข้อการจัดการทรัพยากรและการระดมทุนจำนวน 15 ชมรม (ร้อยละ 83.33) (ตาราง 5)

ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 พบว่า ทุกชมรม (ร้อยละ 100) มีการดำเนินงานครบตามเกณฑ์การประเมินคือ จัดกิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านสุขภาพจิต ด้านอนามัยชุมชน การควบคุมและป้องกันโรค นอกจากนี้มีชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 มีการดำเนินงานมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ การบริหารจัดการด้วยตนเองในรูปคณะกรรมการทุกชมรม รองลงมาคือ ข้อการจัดการทรัพยากรและการระดมทุนจำนวน 7 ชมรม (ร้อยละ 87.50) (ตาราง 5)

ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 ทุกชมรม (ร้อยละ 100) มีการดำเนินงานครบตามเกณฑ์การประเมินคือ การจัดการกิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านสุขภาพจิต ด้านอนามัยชุมชน การควบคุมและป้องกัน การบริหารจัดการด้วยตนเองในรูปคณะกรรมการ การวางแผนแก้ปัญหาของสุขภาพชุมชนร่วมกับภาคีอื่น การประสานงานและเชื่อมโยงกับเครือข่าย การจัดการทรัพยากรและการระดมทุน (ตาราง 5)

ตาราง 4

จำนวน และร้อยละของชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ (N= 38)

| ระดับของชมรมสร้างสุขภาพ | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------|-------|--------|
| ระดับที่ 1 | 18 | 47.37 |
| ระดับที่ 2 | 8 | 21.05 |
| ระดับที่ 3 | 12 | 31.58 |
| รวม | 38 | 100.00 |

ตาราง 5

จำนวน และร้อยละของชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพแต่ละระดับ (N = 38)

| การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ | ชมรมระดับที่ 1 | | ชมรมระดับที่ 2 | | ชมรมระดับที่ 3 | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|
| | (n = 18) | | (n = 8) | | (n = 12) | |
| | จำนวน (ชมรม) | ร้อยละ | จำนวน (ชมรม) | ร้อยละ | จำนวน (ชมรม) | ร้อยละ |
| 1. จัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละไม่น้อยกว่า 30 นาที | 18 | 100.00 | 8 | 100.00 | 12 | 100.00 |
| 2. จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้แก่สมาชิกอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง | 18 | 100.00 | 8 | 100.00 | 12 | 100.00 |
| 3. จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะในด้านอาหาร(เรื่องอาหารสะอาด ปลอดภัยและมีคุณค่า)ให้แก่สมาชิกอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง | 18 | 100.00 | 8 | 100.00 | 12 | 100.00 |
| 4. จัดกิจกรรมเสริมความรู้ และพัฒนาทักษะหรือกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิตให้แก่สมาชิกชมรม อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง | 3 | 16.67 | 8 | 100.00 | 12 | 100.00 |
| 5. จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านอนามัยชุมชนให้แก่สมาชิกอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง | 1 | 5.55 | 8 | 100.00 | 12 | 100.00 |
| 6. จัดกิจกรรมมีการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการควบคุมและป้องกันเรื่องโรคและภัยสุขภาพ (บุหรี สุรา) เดือนละ 1 ครั้ง | 1 | 5.55 | 8 | 100.00 | 12 | 100.00 |
| 7. มีการบริหารจัดการด้วยตนเองในรูปแบบคณะกรรมการ ประธาน เลขานุการ | 18 | 100.00 | 8 | 100.00 | 12 | 100.00 |
| 8. มีการวางแผนแก้ปัญหาของสุขภาพชุมชนร่วมกับภาคีอื่น อย่างน้อยปีละครั้ง | 3 | 16.67 | 6 | 75.00 | 12 | 100.00 |
| 9. มีการประสานงานและเชื่อมโยงกับเครือข่าย | 10 | 55.55 | 6 | 75.00 | 12 | 100.00 |
| 10. มีการจัดการทรัพยากรและการระดมทุน | 15 | 83.33 | 7 | 87.50 | 12 | 100.00 |

ข้อมูลบทบาทผู้นำชมรม บทบาทคณะกรรมการชมรม การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพแต่ละระดับ

ผลการศึกษบทบาทผู้นำชมรม ในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวม ($\bar{X} = 3.04$, $SD = 0.74$) และทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้นำชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 0.87$) สำหรับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 0.65$) และมีข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3 ข้อ คือ ผู้นำสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองในการดำเนินงาน ผู้นำชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม และผู้นำชมรมชี้แจงข้อสงสัยในการดำเนินงานของชมรมให้สมาชิกทราบ ($\bar{X} = 3.84$, $SD = 0.87$; $\bar{X} = 3.73$, $SD = 0.87$; $\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.75$ ตามลำดับ) ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวม ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.66$) และทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้นำชมรมสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองในการดำเนินงาน ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.81$) (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้บทบาทผู้นำชมรมสร้างสุขภาพของสมาชิกชมรมจำแนกตามระดับชมรมสร้างสุขภาพ (N = 388)

| บทบาทผู้นำชมรม | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 (n = 150) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 (n = 97) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 (n = 141) | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|---------|---------------------------------------|------------------------|---------|----------------------------------------|------------------------|--------|
| | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | รับรู้ | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | รับรู้ | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | รับรู้ |
| | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน | |
| 1. ผู้นำเปิดโอกาสให้สมาชิกชมรมร่วมกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน | 3.37 | 0.94 | ปานกลาง | 3.49 | 0.84 | ปานกลาง | 3.99 | 0.83 | มาก |
| 2. ผู้นำวางแผนการทำงาน การทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับคณะกรรมการและสมาชิก | 3.31 | 0.96 | ปานกลาง | 3.59 | 0.91 | ปานกลาง | 3.84 | 0.90 | มาก |
| 3. ผู้นำมอบหมายงานให้คณะกรรมการ และสมาชิกร่วมปฏิบัติอย่างเหมาะสม | 3.41 | 0.88 | ปานกลาง | 3.60 | 1.06 | ปานกลาง | 3.96 | 0.86 | มาก |
| 4. ผู้นำกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นทั่วถึง | 3.29 | 1.01 | ปานกลาง | 3.57 | 0.99 | ปานกลาง | 3.97 | 1.02 | มาก |
| 5. ผู้นำนำข้อคิดเห็นของสมาชิกมาปรับปรุงการดำเนินงานของชมรม | 3.30 | 0.90 | ปานกลาง | 3.56 | 0.95 | ปานกลาง | 3.94 | 0.89 | มาก |
| 6. ผู้นำให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน | 3.25 | 0.96 | ปานกลาง | 3.56 | 0.91 | ปานกลาง | 4.09 | 0.89 | มาก |
| 7. ผู้นำชี้แจงข้อมูลต่างๆของชมรมให้สมาชิกทราบ | 3.24 | 0.97 | ปานกลาง | 3.65 | 1.00 | ปานกลาง | 4.12 | 0.87 | มาก |

ตาราง 6 (ต่อ)

| บทบาทผู้นำชมรม | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------|---------------------------|----------------------|----------------|---------------------------|----------------------|----------------|
| | (n = 150) | | | (n = 97) | | | (n = 141) | | |
| | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับการรับรู้ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับการรับรู้ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับการรับรู้ |
| 8. ผู้นำสามารถแก้ปัญหาในการดำเนินงานของชมรม | 3.23 | 0.95 | ปานกลาง | 3.51 | 1.12 | ปานกลาง | 3.87 | 0.98 | มาก |
| 9. ผู้นำสรุปผลการทำงานของชมรมและแจ้งให้สมาชิกทราบเป็นระยะๆ | 3.05 | 0.92 | ปานกลาง | 3.51 | 0.97 | ปานกลาง | 3.92 | 0.96 | มาก |
| 10. ผู้นำคอยติดตามการดำเนินงานของชมรมอยู่เสมอ | 3.27 | 0.88 | ปานกลาง | 3.51 | 0.98 | ปานกลาง | 4.09 | 0.84 | มาก |
| 11. ผู้นำปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม | 3.53 | 0.87 | ปานกลาง | 3.73 | 0.87 | มาก | 4.22 | 0.75 | มาก |
| 12. ผู้นำดูแลให้สมาชิกปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม | 3.35 | 0.94 | ปานกลาง | 3.67 | 0.90 | ปานกลาง | 4.13 | 0.77 | มาก |
| 13. ผู้นำรับฟังข้อคิดเห็นของสมาชิก | 3.39 | 0.98 | ปานกลาง | 3.57 | 0.85 | ปานกลาง | 4.09 | 0.82 | มาก |
| 14. ผู้นำชี้แจงข้อสงสัยในการดำเนินงานให้สมาชิกรับทราบ | 3.23 | 0.96 | ปานกลาง | 3.72 | 0.75 | มาก | 4.05 | 0.86 | มาก |
| 15. ผู้นำสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองในการดำเนินงาน | 3.50 | 1.03 | ปานกลาง | 3.84 | 0.87 | มาก | 4.28 | 0.81 | มาก |

ตาราง 6 (ต่อ)

| บทบาทผู้นำชมรม | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 | | |
|---------------------------------------------|---------------------------|----------|---------|---------------------------|----------|---------|---------------------------|----------|--------|
| | (n = 150) | | | (n = 97) | | | (n = 141) | | |
| | ส่วนเบี่ยง | ระดับการ | | ส่วนเบี่ยง | ระดับการ | | ส่วนเบี่ยง | ระดับการ | |
| | ค่าเฉลี่ย | เบนมาตร | รับรู้ | ค่าเฉลี่ย | เบนมาตร | รับรู้ | ค่าเฉลี่ย | เบนมาตร | รับรู้ |
| | ฐาน | | ฐาน | | | ฐาน | | | |
| 16. ผู้นำสามารถลดความขัดแย้งของสมาชิกในชมรม | 2.99 | 1.13 | ปานกลาง | 3.05 | 1.22 | ปานกลาง | 3.75 | 1.17 | มาก |
| รวม | 3.04 | 0.74 | ปานกลาง | 3.53 | 0.65 | ปานกลาง | 4.02 | 0.66 | มาก |

ผลการศึกษายพบาทคณะกรรมการชมรมในชมรมสร้างสุขภาพพระดับที่ 1 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวม ($\bar{X} = 3.04$, $SD = 0.74$) และทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดย ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ คณะกรรมการจัดทำทะเบียนด้านงบประมาณในด้านต่างๆ ($\bar{X} = 3.27$, $SD = 1.07$) สำหรับชมรมสร้างสุขภาพพระดับที่ 2 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 0.65$) และมีข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 3 ข้อคือ คณะกรรมการชมรมจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชมรม คณะกรรมการชมรมมีการจัดการประชุมคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง และคณะกรรมการชมรมจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพในชมรม ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.97$; $\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.94$ และ $\bar{X} = 3.69$, $SD = 0.92$ ตามลำดับ) ส่วนในชมรมสร้างสุขภาพพระดับที่ 3 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวม ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.66$) และทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือคณะกรรมการชมรมจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชมรม ($\bar{X} = 4.19$, $SD = 0.88$) (ตาราง 7)

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้บทบาทคณะกรรมการชมรมของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามระดับชมรมสร้างสุขภาพ (N = 388)

| บทบาทคณะกรรมการชมรม | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 | | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------|---------------------------|----------------------|----------------|---------------------------|----------------------|----------------|
| | (n = 150) | | | (n = 97) | | | (n = 141) | | |
| | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับการรับรู้ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับการรับรู้ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับการรับรู้ |
| 1. คณะกรรมการจัดทำทะเบียนประวัติของสมาชิกชมรม | 3.27 | 1.07 | ปานกลาง | 3.56 | 0.95 | ปานกลาง | 4.08 | 0.89 | มาก |
| 2. คณะกรรมการจัดทำทะเบียนข้อมูลภาวะสุขภาพของชมรม | 2.75 | 1.06 | ปานกลาง | 3.40 | 1.02 | ปานกลาง | 3.91 | 0.95 | มาก |
| 3. คณะกรรมการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงานชมรม | 2.89 | 0.97 | ปานกลาง | 3.40 | 0.97 | ปานกลาง | 3.99 | 0.89 | มาก |
| 4. คณะกรรมการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชมรม | 3.12 | 1.00 | ปานกลาง | 3.82 | 0.97 | มาก | 4.19 | 0.88 | มาก |
| 5. คณะกรรมการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพในชมรม | 2.87 | 1.13 | ปานกลาง | 3.69 | 0.92 | มาก | 4.16 | 0.87 | มาก |
| 6. คณะกรรมการรับฟังข้อคิดเห็นของสมาชิกชมรม | 3.21 | 0.96 | ปานกลาง | 3.54 | 1.00 | ปานกลาง | 3.98 | 0.88 | มาก |
| 7. คณะกรรมการจัดทำทะเบียนด้านงบประมาณด้านต่างๆ | 3.15 | 0.92 | ปานกลาง | 3.24 | 1.10 | ปานกลาง | 3.82 | 1.04 | มาก |
| 8. คณะกรรมการชี้แจงค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของชมรมให้สมาชิกชมรมทราบ | 3.12 | 1.02 | ปานกลาง | 3.49 | 1.18 | ปานกลาง | 4.08 | 1.06 | มาก |
| 9. คณะกรรมการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในการสนับสนุนการดำเนินงานของชมรม | 3.05 | 0.92 | ปานกลาง | 3.41 | 0.90 | ปานกลาง | 3.92 | 0.92 | มาก |

ตาราง 7 (ต่อ)

| บทบาทคณะกรรมการชมรม | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 (n = 150) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 (n = 97) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 (n = 141) | | |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|--------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------------|----------------------------------------|------------------------|--------------------|
| | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ |
| | | ฐาน | | ฐาน | | ฐาน | ฐาน | | ฐาน |
| 10. คณะกรรมการมีการจัดประชุมคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง | 3.01 | 0.94 | ปานกลาง | 3.72 | 0.94 | มาก | 4.11 | 0.89 | มาก |
| รวม | 3.04 | 0.74 | ปานกลาง | 3.53 | 0.65 | ปานกลาง | 4.02 | 0.66 | มาก |

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม ในชมรมสร้างสุขภาพพระดับที่ 1 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33$, $SD = 0.70$) และมีข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 2 ข้อคือ สมาชิกชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม และสมาชิกชมรมได้รับประโยชน์จากการเป็นสมาชิกชมรม ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 0.86$; $\bar{X} = 3.77$, $SD = 1.02$) สำหรับชมรมสร้างสุขภาพพระดับที่ 2 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 0.54$) โดยข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ สมาชิกชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม ($\bar{X} = 4.18$, $SD = 0.70$) ส่วนในชมรมสร้างสุขภาพพระดับที่ 3 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.70$) โดยข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ สมาชิกชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม ($\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.87$) (ตาราง 8)

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามระดับชมรมสร้างสุขภาพ

(N = 388)

| การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 (n = 150) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 (n = 97) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 (n = 141) | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ |
| | | ฐาน | | ฐาน | | ฐาน | ฐาน | | |
| 1. สมาชิกร่วมเสนอข้อคิดเห็นในการดำเนินงานของชมรม | 3.05 | 0.99 | ปานกลาง | 3.56 | 0.88 | ปานกลาง | 3.70 | 1.06 | มาก |
| 2. สมาชิกเข้าร่วมประชุมเมื่อมีการประชุมสมาชิกชมรม | 3.19 | 1.07 | ปานกลาง | 4.05 | 0.82 | มาก | 3.98 | 0.90 | มาก |
| 3. สมาชิกร่วมปฏิบัติกิจกรรมที่ชมรมจัดขึ้น | 3.55 | 0.97 | ปานกลาง | 4.01 | 0.74 | มาก | 4.01 | 0.84 | มาก |
| 4. สมาชิกร่วมสนับสนุน เงินทุนแก่ชมรม | 3.15 | 1.03 | ปานกลาง | 3.40 | 1.09 | ปานกลาง | 3.74 | 1.04 | มาก |
| 5. สมาชิกร่วมสนับสนุน อุปกรณ์ สิ่งของต่างๆแก่ชมรม | 3.01 | 1.03 | ปานกลาง | 3.24 | 1.03 | ปานกลาง | 3.33 | 1.18 | ปานกลาง |
| 6. สมาชิกให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และ/หรืออุปสรรค ในการดำเนินงาน | 3.12 | 1.00 | ปานกลาง | 2.99 | 1.06 | ปานกลาง | 3.39 | 1.12 | ปานกลาง |
| 7. สมาชิกได้รับประโยชน์จากการเป็นสมาชิกของชมรม | 3.77 | 1.02 | มาก | 3.93 | 0.99 | มาก | 4.01 | 0.99 | มาก |
| 8. สมาชิกชักชวนผู้อื่นเข้าเป็นสมาชิกของชมรม | 3.58 | 1.02 | ปานกลาง | 3.73 | 0.97 | มาก | 3.87 | 1.06 | มาก |

ตาราง 8 (ต่อ)

| การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 (n = 150) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 (n = 97) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 (n = 141) | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|--------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------------|----------------------------------------|------------------------|--------------------|
| | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ |
| | | ฐาน | | | ฐาน | | | ฐาน | |
| 9. สมาชิกร่วมกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานของชมรม | 3.13 | 1.08 | ปานกลาง | 3.43 | 1.13 | ปานกลาง | 3.71 | 1.01 | มาก |
| 10. สมาชิกปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม | 3.79 | 0.86 | มาก | 4.18 | 0.70 | มาก | 4.22 | 0.87 | มาก |
| รวม | 3.33 | 0.70 | ปานกลาง | 3.65 | 0.54 | ปานกลาง | 3.80 | 0.70 | มาก |

ผลการศึกษารับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวม ($\bar{X} = 2.86$, $SD = 1.15$) และทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บุคลากรสาธารณสุขสนับสนุนเอกสาร ข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้ชมรมสามารถเลือกตัดสินใจเอง ($\bar{X} = 3.00$, $SD = 1.27$) สำหรับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวม ($\bar{X} = 3.94$, $SD = 0.93$) และทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บุคลากรสาธารณสุขให้การสนับสนุนการจัดตั้งชมรม ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 1.11$) ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวม ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.77$) และทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุดใกล้เคียงกัน คือ บุคลากรสาธารณสุขให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน และบุคลากรสาธารณสุขกระตุ้นให้ชมรมมีการจัดประชุม คณะกรรมการเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ($\bar{X} = 4.07$, $SD = 0.93$; $\bar{X} = 4.06$, $SD = 0.99$) (ตาราง 9)

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามระดับชมรมสร้างสุขภาพ (N = 388)

| การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 (n = 150) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 (n = 97) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 (n = 141) | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|----------|---------------------------------------|------------|----------|----------------------------------------|------------|----------|
| | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยง | ระดับการ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยง | ระดับการ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยง | ระดับการ |
| | | เบนมาตรฐาน | รับรู้ | | เบนมาตรฐาน | รับรู้ | | เบนมาตรฐาน | รับรู้ |
| 1. บุคลากรสาธารณสุข กระตุ้นให้ชมรมมีการจัดประชุม คณะกรรมการชมรมเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน | 2.91 | 1.20 | ปานกลาง | 4.00 | 1.08 | มาก | 4.06 | 0.99 | มาก |
| 2. บุคลากรสาธารณสุขให้การสนับสนุนการจัดตั้งชมรม | 2.93 | 1.22 | ปานกลาง | 4.10 | 1.11 | มาก | 4.04 | 0.90 | มาก |
| 3. บุคลากรสาธารณสุข กระตุ้นให้ชมรมมีการจัดประชุม สมาชิกชมรมเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน | 2.80 | 1.25 | ปานกลาง | 3.98 | 1.09 | มาก | 3.94 | 0.90 | มาก |
| 4. บุคลากรสาธารณสุขสนับสนุนเอกสารข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ชมรมสามารถเลือก ตัดสินใจเอง | 3.00 | 1.27 | ปานกลาง | 3.80 | 1.05 | มาก | 3.87 | 1.02 | มาก |
| 5. บุคลากรสาธารณสุขให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน | 2.99 | 1.31 | ปานกลาง | 3.85 | 1.12 | มาก | 4.07 | 0.93 | มาก |
| 6. บุคลากรสาธารณสุขบริการตรวจสุขภาพแก่สมาชิก | 2.79 | 1.26 | ปานกลาง | 4.08 | 1.11 | มาก | 3.94 | 1.10 | มาก |

ตาราง 9 (ต่อ)

| การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 (n = 150) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 (n = 97) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 (n = 141) | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|--------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------------|----------------------------------------|------------------------|--------------------|
| | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ | ส่วนเบี่ยง ค่าเฉลี่ย | ระดับการ เบนมาตรฐาน | ระดับการ รับรู้ |
| | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน | ฐาน |
| 7. บุคลากรสาธารณสุขสนับสนุนด้านสถานที่ และ/หรือวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน | 2.85 | 1.39 | ปานกลาง | 3.85 | 1.16 | มาก | 3.87 | 0.99 | มาก |
| 8. บุคลากรสาธารณสุขให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ของชมรม | 2.78 | 1.31 | ปานกลาง | 3.89 | 1.03 | มาก | 3.97 | 0.96 | มาก |
| 9. บุคลากรสาธารณสุขร่วมประชุมในประชุมชมรม | 2.77 | 1.39 | ปานกลาง | 3.91 | 1.07 | มาก | 4.02 | 0.97 | มาก |
| 10. บุคลากรสาธารณสุขประสานงานกับหน่วยงาน ต่างๆในการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน | 2.88 | 1.26 | ปานกลาง | 3.78 | 1.19 | มาก | 4.00 | 0.98 | มาก |
| 11. บุคลากรสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาของชมรมใน การจัดทำทะเบียนสมาชิกและข้อมูลต่างๆของชมรม | 2.77 | 1.33 | ปานกลาง | 4.07 | 1.10 | มาก | 3.97 | 1.10 | มาก |
| รวม | 2.86 | 1.15 | ปานกลาง | 3.94 | 0.93 | มาก | 3.98 | 0.77 | มาก |

ผลการศึกษาการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในชมรมสร้างสุขภาพทุกระดับ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.65$, $SD = 1.03$; $\bar{X} = 2.60$, $SD = 1.19$ และ $\bar{X} = 3.00$, $SD = 0.00$ ตามลำดับ) โดยในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมต่างๆของชมรม ($\bar{X} = 2.77$, $SD = 1.21$) ในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงและใกล้เคียงกัน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณแก่ชมรม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมต่างๆของชมรม ($\bar{X} = 2.71$, $SD = 1.40$; $\bar{X} = 2.70$, $SD = 1.35$) และในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆแก่ชมรม ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 2.86$) (ตาราง 10)

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามระดับชมรมสร้างสุขภาพ (N = 388)

| การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 (n = 150) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 (n = 97) | | | ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 (n = 141) | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------|---------------------------------------|----------------------|----------------|----------------------------------------|----------------------|----------------|
| | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับการรับรู้ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับการรับรู้ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับการรับรู้ |
| | | | | | | | | | |
| 1. อปท.ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณแก่ชมรม | 2.63 | 1.07 | ปานกลาง | 2.71 | 1.40 | ปานกลาง | 2.92 | 1.35 | ปานกลาง |
| 2. อปท.สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ด้านต่างๆแก่ชมรม | 2.63 | 1.09 | ปานกลาง | 2.60 | 1.34 | ปานกลาง | 2.98 | 2.86 | ปานกลาง |
| 3. อปท.สนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมต่างๆของชมรม | 2.77 | 1.21 | ปานกลาง | 2.70 | 1.35 | ปานกลาง | 2.83 | 1.36 | ปานกลาง |
| 4. อปท.สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมต่างๆของชมรม | 2.67 | 1.16 | ปานกลาง | 2.58 | 1.30 | ปานกลาง | 2.84 | 1.35 | ปานกลาง |
| 5. อปท.ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในการให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรม | 2.59 | 1.17 | ปานกลาง | 2.45 | 1.27 | ปานกลาง | 2.85 | 1.33 | ปานกลาง |
| รวม | 2.65 | 1.03 | ปานกลาง | 2.60 | 1.19 | ปานกลาง | 3.00 | 0.00 | ปานกลาง |

ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของผู้นำชมรมกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 และ 2 บทบาทผู้เข้าชมรมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 24.00 และ 13.90 ตามลำดับ) ส่วนในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 บทบาทผู้เข้าชมรมอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 29.10) เมื่อพิจารณาบทบาทผู้เข้าชมรมในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 และ 2 พบว่า บทบาทผู้เข้าชมรมในระดับน้อยน้อยกว่าร้อยละ 5 ส่วนในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 เท่ากับ 0 (ตาราง 11) ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งบทบาทผู้เข้าชมรมเป็น 2 ระดับ คือ ระดับน้อย-ปานกลาง และระดับมาก ซึ่งผลการศึกษา พบว่าบทบาทผู้เข้าชมรมมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 79.773, p < .05$) (ตาราง 12)

ตาราง 11

จำนวน ร้อยละของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามบทบาทผู้เข้าชมรมกับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ ($N = 388$)

| บทบาทผู้เข้าชมรม | ระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ | | |
|------------------|-------------------------------------|----------------|----------------|
| | ระดับที่ 1 | ระดับที่ 2 | ระดับที่ 3 |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| น้อย | 13 (3.40) | 3 (0.80) | - |
| ปานกลาง | 93 (24.00) | 54 (13.90) | 28 (7.20) |
| มาก | 44 (11.30) | 40 (10.30) | 113 (29.10) |
| รวม | 150 (38.70) | 97 (25.00) | 141 (36.30) |

ตาราง 12

ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทผู้เข้าชมรมกับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพโดยการทดสอบไคสแควร์ ($N = 388$)

| บทบาทผู้เข้าชมรม | ระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ | | | χ^2 | p-value |
|------------------|-------------------------------------|----------------|----------------|----------|---------|
| | ระดับที่ 1 | ระดับที่ 2 | ระดับที่ 3 | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| น้อย- ปานกลาง | 106 (27.30) | 57 (14.70) | 28 (7.20) | 79.773 | 0.000 |
| มาก | 44 (11.30) | 40 (10.30) | 113 (29.10) | | |
| รวม | 150 (38.70) | 97 (25.00) | 141 (36.30) | | |

ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคณะกรรมการชมรมกับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 บทบาทคณะกรรมการอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 25.50) ส่วนในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และ 3 บทบาทคณะกรรมการอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 12.90 และ 27.80 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาบทบาทคณะกรรมการชมรมในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และ 3 พบว่า บทบาทคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพในระดับน้อยน้อยกว่าร้อยละ 5 (ตาราง 13) ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งบทบาทคณะกรรมการชมรมเป็น 2 ระดับ คือระดับน้อย-ปานกลาง และระดับมาก ซึ่งผลการศึกษา พบว่า บทบาทคณะกรรมการชมรมมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 96.033, p < .05$) (ตาราง 14)

ตาราง 13

จำนวน ร้อยละของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามบทบาทคณะกรรมการชมรมกับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ ($N = 388$)

| บทบาทคณะกรรมการ | ระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ | | |
|-----------------|-------------------------------------|----------------|----------------|
| | ระดับที่ 1 | ระดับที่ 2 | ระดับที่ 3 |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| น้อย | 22 (5.70) | 6 (1.50) | 3 (0.80) |
| ปานกลาง | 99 (25.50) | 41 (10.60) | 30 (7.70) |
| มาก | 29 (7.50) | 50 (12.90) | 108 (27.80) |
| รวม | 150 (38.70) | 97 (25.00) | 141 (36.30) |

ตาราง 14

ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคณะกรรมการชมรมกับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพโดยการทดสอบไคสแควร์ ($N = 388$)

| บทบาทคณะกรรมการชมรม | ระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ | | | χ^2 | p-value |
|---------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------|---------|
| | ระดับที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) | ระดับที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) | ระดับที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) | | |
| น้อย-ปานกลาง | 121 (31.20) | 47 (12.10) | 33 (8.50) | 96.033 | 0.000 |
| มาก | 29 (7.50) | 50 (12.90) | 108 (27.80) | | |
| รวม | 150 (38.70) | 97 (25.00) | 141 (36.30) | | |

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 24.70) ส่วนในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และ 3 การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 13.10 และ 21.40 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในชมรมสร้างสุขภาพทั้ง 3 ระดับ พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในระดับน้อยน้อยกว่าร้อยละ 5 (ตาราง 15) ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมเป็น 2 ระดับ คือระดับน้อย-ปานกลาง และมาก ซึ่งผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 23.962$, $p < .05$) (ตาราง 16)

ตาราง 15

จำนวน ร้อยละของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามการมีส่วนร่วมของสมาชิกกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ($N = 388$)

| การมีส่วนร่วมของสมาชิก | ระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ | | |
|------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------|
| | ระดับที่ 1 | ระดับที่ 2 | ระดับที่ 3 |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| น้อย | 7 (1.80) | 1 (0.30) | 4 (1.00) |
| ปานกลาง | 96 (24.70) | 45 (11.60) | 54 (13.90) |
| มาก | 47 (12.10) | 51 (13.10) | 83 (21.40) |
| รวม | 150 (38.70) | 97 (25.00) | 141 (36.30) |

ตาราง 16

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ โดยการทดสอบไคสแควร์ ($N = 388$)

| การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม | ระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ | | | χ^2 | p-value |
|----------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------|----------|---------|
| | ระดับที่ 1 | ระดับที่ 2 | ระดับที่ 3 | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| น้อย-ปานกลาง | 103 (26.50) | 46 (11.90) | 58 (14.90) | 23.962 | 0.000 |
| มาก | 47 (12.10) | 51 (13.10) | 83 (21.40) | | |
| รวม | 150 (38.70) | 97 (25.00) | 141 (36.30) | | |

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 13.90) ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และ 3 การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 20.40 และ 23.50 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และ 3 พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในระดับน้อยน้อยกว่าร้อยละ 5 (ตาราง 17) ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขเป็น 2 ระดับ คือ ระดับน้อย-

ปานกลาง และมาก ซึ่งผลการศึกษา พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 66.673$, $p < .05$) (ตาราง 18)

ตาราง 17

จำนวน ร้อยละของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ($N = 388$)

| การได้รับการสนับสนุนจาก บุคลากรสาธารณสุข | ระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | ระดับที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) | ระดับที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) | ระดับที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) |
| น้อย | 49 (12.60) | 7 (1.80) | 3 (0.80) |
| ปานกลาง | 54 (13.90) | 11 (2.80) | 47 (12.10) |
| มาก | 47 (12.10) | 79 (20.40) | 91 (23.50) |
| รวม | 150 (38.70) | 97 (25.00) | 141 (36.30) |

ตาราง 18

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพโดยการทดสอบไคสแควร์ ($N = 388$)

| การได้รับการ สนับสนุนจากบุคลากร สาธารณสุข | ระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ | | | χ^2 | p-value |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------|---------|
| | ระดับที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) | ระดับที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) | ระดับที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) | | |
| น้อย-ปานกลาง | 103 (26.50) | 18 (4.60) | 50 (12.90) | 66.673 | 0.000 |
| มาก | 47 (12.10) | 79 (20.40) | 91 (23.50) | | |
| รวม | 150 (38.70) | 97 (25.00) | 141 (36.30) | | |

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระดับการดำเนินงานของ ชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 และ 3 การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 18.60 และ 16.30 ตามลำดับ) ส่วนชมรม

สร้างสุขภาพระดับที่ 2 การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 11.10) และพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ (ตาราง 19)

ตาราง 19

จำนวน ร้อยละของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพโดยการทดสอบไคสแควร์ ($N = 388$)

| การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | ระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ | | | χ^2 | p-value |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------|---------|
| | ระดับที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) | ระดับที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) | ระดับที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) | | |
| น้อย | 56 (14.50) | 43 (11.10) | 46 (11.90) | 7.343 | 0.119 |
| ปานกลาง | 72 (18.60) | 33 (8.50) | 63 (16.30) | | |
| มาก | 22 (5.70) | 21 (5.40) | 32 (8.00) | | |
| รวม | 150 (38.70) | 97 (25.00) | 141 (36.30) | | |

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของชมรมเป็นชมรมออกกำลังกาย โดยเป็นชมรมที่จัดตั้งอยู่ในช่วง 1- 5 ปีมากที่สุด และมีจำนวนสมาชิกอยู่ระหว่าง 101-500 คนมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขใช้กลยุทธ์การออกกำลังกาย เป็นกลยุทธ์ในการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) และ มีการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆให้ประชาชนออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (วิจิตร, 2546; สุคนธ์, 2545) ส่วนการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพนั้นสามารถจัดตั้งจาก ชมรมที่มีอยู่เดิม และชมรมที่จัดตั้งขึ้นใหม่ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) จึงส่งผลให้ชมรมจัดตั้งอยู่ในช่วง 1-5 ปี

สำหรับสถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมของชมรม พบว่า ใช้สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นสถานที่จัดกิจกรรมมากที่สุด ทั้งนี้เพราะการให้การสนับสนุนสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดกิจกรรมต่างๆแก่ชมรมสร้างสุขภาพ เป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของบุคลากรสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) นอกจากนี้ พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของชมรม

จัดกิจกรรมในช่วงเวลาเย็น ทั้งนี้เนื่องจากช่วงเวลาเย็นเป็นเวลาที่สมาชิกว่างจากการประกอบอาชีพ ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆได้

ด้านความถี่ในการจัดกิจกรรม พบว่า มีการจัดกิจกรรมทุกวันมากที่สุด ทั้งนี้เพราะ ชมรมสร้างสุขภาพส่วนใหญ่เป็นชมรมออกกำลังกาย ส่วนหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนส่วนใหญ่ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ สนับสนุนด้านนโยบาย ด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากรที่จำเป็น และการจัดบริการสาธารณสุข เป็นภาระหน้าที่โดยตรงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

นอกจากนี้ พบว่า เกินครึ่งหนึ่งของชมรมมีคณะกรรมการชมรมมีจำนวนมากกว่า 10 คนขึ้นไป โดย ประธานและคณะกรรมการส่วนใหญ่ได้มาจากการคัดเลือก ทั้งนี้เนื่องจาก โครงสร้างของคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพแบ่งเป็น 2 ชุด คือ คณะกรรมการบริหารประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ และคณะกรรมการดำเนินงานประกอบด้วยคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ ได้แก่ ฝ่ายทะเบียน ฝ่ายเหรียญกษาปณ์ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ฝ่ายกิจกรรม และฝ่ายอื่นๆตามความจำเป็น (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จากโครงสร้างข้างต้นจึงส่งผลให้ คณะกรรมการชมรมมีจำนวนมากกว่า 10 คนขึ้นไป และการที่ประธานและคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพมาจากการคัดเลือกนั้น อธิบายได้ว่า บทบาทผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีสติปัญญา มีประสบการณ์ (เฉลิมพล, 2541; เสนาะ, 2544; กระทรวงสาธารณสุข, 2548) และเป็นที่ยอมรับได้รับความเชื่อถือจากสมาชิกกลุ่ม ดังนั้นการคัดเลือกจึงเป็นวิธีที่ช่วยให้ได้ผู้นำที่มีความรู้ความสามารถ และเป็นที่ยอมรับของสมาชิก

สำหรับตำแหน่งของบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบชมรม เป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก จังหวัดนครศรีธรรมราชมีพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 12.03 จากจำนวน 1,787 คน และการจัดตั้งเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ (ขนิษฐา และจินตนา, 2544)

ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการเข้าเป็นสมาชิกส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 1-5 ปี ทั้งนี้เนื่องจากในปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายรวมพลังสร้างสุขภาพ ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนมีการรวมกลุ่มทางด้านสุขภาพขึ้น ทั้งการรวมกลุ่มที่มีอยู่เดิมก่อนเกิดนโยบาย และกลุ่มที่เพิ่งตั้งขึ้นใหม่ภายหลังประกาศนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาในการจัดตั้งชมรมที่อยู่ในช่วง 1-5 ปีเช่นกัน

สำหรับสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจาก ชมรมสร้างสุขภาพส่วนใหญ่เป็นชมรมออกกำลังกาย ซึ่งปัจจุบันพบว่าผู้หญิงหันมาออกกำลังกายมากขึ้น เพราะมีความใส่ใจในเรื่องสุขภาพ (จักรกริช, 2547) เสาะหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเอง (Williams, 2001) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25-59 ปีและสถานภาพคู่มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจาก วัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่ เป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนสูงที่สุดของประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540) ส่วนระดับการศึกษาของสมาชิก พบว่า อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด และสมาชิกมีอาชีพแม่บ้าน/งานบ้านมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มสตรี พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้านและการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (เบญจวรรณ, 2541; เพ็ญศรี, 2544) นอกจากนี้พบว่า สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้เนื่องจาก สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพเป็นสมาชิกในชมรมออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายส่งผลให้สุขภาพแข็งแรงเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ (วิภาวรรณ, 2547; วิศาล, ปิยะนุช และภัทรวิฑู, 2544) ส่วนสมาชิกที่มีโรคประจำตัว พบว่า โรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เกินครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีโรคประจำตัวมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 54.4 (ตาราง 1 ภาคผนวก ก) ทั้งนี้เนื่องจาก วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะระบบหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงคือ ผนังของหลอดเลือดมีลักษณะหนาและแข็งขึ้น เพราะมีไขมันมาเกาะ ทำให้การยืดหยุ่นน้อยลง เป็นสาเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูง (ประคอง, 2543; วิภาวี, 2547; สุทธิชัย, 2544)

การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพมีการดำเนินงานอยู่ในระดับที่ 1 มากที่สุด รองลงมาเป็นระดับที่ 3 และระดับที่ 2 น้อยที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 เป็นชมรมที่มีการจัดกิจกรรมในเรื่องการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้แก่สมาชิกอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารให้แก่สมาชิกอย่างน้อยเดือนละครั้ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค) ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมากนัก ประกอบกับในการรณรงค์การสร้างสุขภาพของรัฐบาลซึ่งเริ่มในปี 2545 ได้นำนโยบายการออกกำลังกายมาเป็นกลยุทธ์หลัก (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ทั้งนี้เพื่อให้มีการรวมกลุ่มกันเป็นชมรมสร้างสุขภาพ ทำให้ชมรมที่เกิดขึ้นในระยะนี้ นำการออกกำลังกายมาเป็นกิจกรรมหลักในการดำเนินงานของตน ส่งผลให้ ชมรมสร้างสุขภาพมีการดำเนินงานในระดับที่ 1 มากที่สุด และจากการศึกษาครั้งนี้ (ตาราง 5) พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 ทุกชมรมมีการบริหารจัดการตนเองในรูปคณะกรรมการ (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ การจัดการทรัพยากรและการระดมทุน (ร้อยละ 83.33) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม จำเป็น

ต้องมีคณะทำงานเพื่อดำเนินการ และจัดกิจกรรมต่างๆของกลุ่มให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กลุ่มตั้งไว้ (สุนันท์, 2544) และการจัดการทรัพยากรและการระดมทุนเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญหนึ่งของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ โดยร่วมสนับสนุน เงินทุน อุปกรณ์ สิ่งของต่างๆแก่ชมรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) เพื่อเป็นค่าตอบแทนสำหรับผู้นำออกกำลังกาย ค่าตอบแทนวิทยากร และใช้จ่ายในเรื่อง ค่าน้ำ ค่าไฟ ของสถานที่ที่ใช้ในการออกกำลังกายให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงาน

ส่วนการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 พบว่า มีการดำเนินงานรองลงมาอธิบายได้ว่า การจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ มีทั้งชมรมที่จัดตั้งขึ้นใหม่ตามนโยบายรวมพลังสร้างสุขภาพ หรือเป็นชมรมที่มีอยู่เดิมและดำเนินงานมาก่อน ซึ่งชมรมที่มีอยู่เดิมมักเป็นชมรมที่มีความพร้อม มีความเข้มแข็ง คือ มีการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการ มีการจัดกิจกรรมสม่ำเสมอ มีการระดมทรัพยากร มีการประสานเครือข่าย (ลักษณะ, ประสิทธิ์ และภรณ์, 2541; ประสิทธิ์ และเพ็ญประภา, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 เมื่อรัฐบาลประกาศนโยบายขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ชมรมเหล่านี้ก็สามารถพัฒนาการดำเนินงานจนเป็นชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ (ตาราง 5) พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 มีการดำเนินงานครบตามเกณฑ์การประเมิน ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขของการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3

ส่วนการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 พบว่า มีการดำเนินงานน้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 เป็นระดับการขยายผลกิจกรรม โดยจัดให้มีกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นในเรื่องสุขภาพจิต อนามัยชุมชน การควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และจากการศึกษาครั้งนี้ (ตาราง 5) พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 ทุกชมรมมีการดำเนินงานนอกเหนือเกณฑ์ที่กำหนด คือ ชมรมมีการบริหารจัดการตนเองในรูปคณะกรรมการ (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ การจัดการทรัพยากรและการระดมทุน (ร้อยละ 87.50) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม จำเป็นต้องมีคณะทำงานเพื่อดำเนินการ และจัดกิจกรรมต่างๆของกลุ่มให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กลุ่มตั้งไว้ (สุนันท์, 2544) และการระดมทุนกันทั้งด้านเงินทุน วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งของต่างๆ เป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของสมาชิกชมรมเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) โดยเป็นค่าตอบแทนสำหรับผู้นำออกกำลังกาย ค่าตอบแทนวิทยากรที่เชิญมาเพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะด้านต่างๆแก่สมาชิก รวมทั้งการจัดกิจกรรมต่างๆของชมรม

บทบาทผู้นำชมรมในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพแต่ละระดับ

ผลการศึกษาบทบาทผู้นำชมรมในชมรมสร้างสุขภาพพระคัมภีร์ที่ 1 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมและทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก บทบาทผู้นำประกอบด้วย บทบาทเกี่ยวกับการทำงานเป็นบทบาทในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย และบทบาทในการรวมกลุ่มเป็นบทบาทที่ทำให้มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (ทิสนา, 2545) และการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพพระคัมภีร์ที่ 1 มีการดำเนินงานจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย และเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในเรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) ทำให้ผู้นำแสดงบทบาทในการจัดกิจกรรมซึ่งเป็นบทบาทในการทำงานมากกว่าบทบาทการรวมกลุ่ม ส่งผลให้ บทบาทผู้นำชมรมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้นำชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้นำ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มหรือสังคม และการที่ผู้นำชมรมซึ่งเป็นสมาชิกในชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบ ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเรียบร้อย ไม่เกิดความซุกซนวุ่นวาย (ทิสนา, 2545) ทำให้ชมรมสามารถดำเนินงานไปได้อย่างราบรื่น ไม่แตกแยก จึงส่งผลให้ ผู้นำชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรมมากที่สุด

สำหรับชมรมสร้างสุขภาพพระคัมภีร์ที่ 2 พบว่า บทบาทผู้นำชมรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพพระคัมภีร์ที่ 2 มีการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพพระคัมภีร์ที่ 1 และเพิ่มกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในด้านสุขภาพจิต อนามัยชุมชน และการป้องกันโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) ทำให้ผู้นำชมรมได้แสดงบทบาทในการจัดกิจกรรมต่างๆของชมรม มากขึ้นกว่าชมรมระดับที่ 1 จึงส่งผลให้ บทบาทผู้นำชมรมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3 ข้อ คือ ผู้นำชมรมสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองในการดำเนินงาน ผู้นำชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม และผู้นำชี้แจงข้อสงสัยในการดำเนินงานของชมรมให้แก่สมาชิกชมรม ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย มีความเป็นมิตร ทำให้สมาชิกชมรมเกิดความรู้สึกสบายใจ และทำงานของตนอย่างเต็มความสามารถของตน และการที่ผู้นำชมรมซึ่งเป็นสมาชิกในชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบ ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเรียบร้อย ไม่เกิดความซุกซนวุ่นวาย (ทิสนา, 2545) นอกจากนี้เมื่อผู้นำปฏิบัติตามกฎระเบียบ ควบคุมระเบียบในการดำเนินงานได้ดี จะเปิดโอกาสให้สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็น ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ทำให้ลดปัญหาในการสื่อสารไม่ตรงกัน จึงส่งผลให้ ผู้นำชมรมสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองในการดำเนินงาน ผู้นำชมรมปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม และผู้นำชี้แจงข้อสงสัยในการดำเนินงานของชมรมให้แก่สมาชิกชมรมอยู่ในระดับมาก

ส่วนชมรมสร้างสุขภาพพระคัมภีร์ที่ 3 พบว่า บทบาทผู้นำชมรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวม และทุกข้ออยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพพระคัมภีร์ที่ 3 มีการดำเนินงานของ

ชมรมสร้างสุขภาพพระดับที่ 2 และเพิ่มกิจกรรมการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการ การวางแผนแก้ปัญหาของสุขภาพชุมชน การประสานเครือข่าย การจัดการทรัพยากรและการระดมทุน(กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) ส่งผลให้ ผู้นำชมรมต้องแสดงบทบาทในการจัดกิจกรรมซึ่งเป็นบทบาทในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย และบทบาทในการรวมกลุ่มให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (ทิสนา, 2545) สำหรับข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้นำสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองในการดำเนินงาน ทั้งนี้เนื่องจาก การสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย มีความเป็นมิตร ทำให้สมาชิกชมรมเกิดความรู้สึกสบายใจ และทำงานของตนอย่างเต็มความสามารถของตน (ทิสนา, 2545) อาจเป็นผลให้การดำเนินงานของชมรมสามารถบรรลุผลสำเร็จได้ ส่งผลให้ ผู้นำสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองในการดำเนินงานมากที่สุด

บทบาทคณะกรรมการชมรมในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพแต่ละระดับ

ผลการศึกษารายบทบาทคณะกรรมการในชมรมสร้างสุขภาพพระดับที่ 1 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมและทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก คณะกรรมการดำเนินงานของชมรมแบ่งเป็น ฝ่ายทะเบียน ฝ่ายเหรียญกษาปณ์ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ฝ่ายจัดกิจกรรม และฝ่ายอื่นๆตามความจำเป็น (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ข) คณะกรรมการชมรมมีหน้าที่ จัดทำทะเบียนและจัดหาสมาชิกเพิ่ม ประเมินปัญหาสุขภาพของสมาชิก จัดกิจกรรมเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ บริหารจัดการชมรม และประเมินผลการดำเนินงานของชมรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค) จากบทบาทหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นเห็นได้ว่า คณะกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์ ฝ่ายเหรียญกษาปณ์ และฝ่ายกิจกรรม มีการติดต่อสื่อสารและพบปะกับสมาชิกชมรมเป็นประจำ ส่วนฝ่ายทะเบียนมีการติดต่อสื่อสารกันน้อย ประกอบกับ การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพพระดับที่ 1 มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย และเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในเรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) จึงส่งผลให้ บทบาทคณะกรรมการชมรมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ คณะกรรมการจัดทำทะเบียนด้านงบประมาณต่างๆของชมรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายซึ่งเป็นกิจกรรมหลักของชมรมที่จัดให้มีขึ้นอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง สมาชิกชมรมจ่ายค่าสมาชิกรายวัน เพื่อเป็นค่าตอบแทนผู้นำการออกกำลังกาย และคณะกรรมการจัดทำทะเบียนรายรับรายจ่ายเพื่อเป็นหลักฐานด้านงบประมาณของชมรม ส่งผลให้ คณะกรรมการมีบทบาทในการจัดทำทะเบียนด้านงบประมาณต่างๆของชมรมมากที่สุด

สำหรับชมรมสร้างสุขภาพพระดับที่ 2 พบว่า บทบาทคณะกรรมการชมรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก คณะกรรมการชมรมมีหน้าที่ จัดทำทะเบียนและจัดหาสมาชิกเพิ่ม ประเมินปัญหาสุขภาพของสมาชิก จัดกิจกรรมเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ บริหารจัดการชมรม และประเมินผลการดำเนินงานของชมรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค) และชมรม

สร้างสุขภาพระดับที่ 2 มีการจัดกิจกรรมของชมรมระดับที่ 1 และเพิ่มการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านอารมณ์ อนามัยชุมชน และการป้องกันโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีข้อที่คะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3 ข้อ คือคณะกรรมการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชมรม คณะกรรมการมีการจัดประชุมคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง และคณะกรรมการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพในชมรม ทั้งนี้เนื่องจาก การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมหลักในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เป็นกิจกรรมพื้นฐานอย่างหนึ่งในการจัดกิจกรรมหลักด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) การประชุม พูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องโดยนำปัญหาต่างๆในการดำเนินงานมาวิเคราะห์ ประเมินปัญหา พร้อมทั้งสรุปหาแนวทางแก้ไข แสดงถึง ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ บทบาทคณะกรรมการชมรมอยู่ในระดับปานกลาง และคณะกรรมการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชมรม คณะกรรมการมีการจัดประชุมคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง และคณะกรรมการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพในชมรมอยู่ในระดับมาก

ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 พบว่า บทบาทคณะกรรมการชมรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมและทุกข้ออยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 มีการดำเนินงานเหมือนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 แต่เพิ่มกิจกรรมการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการ การวางแผนแก้ปัญหาของสุขภาพชุมชน การประสานเครือข่าย การจัดการทรัพยากรและการระดมทุน(กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) การดำเนินการใดๆให้องค์กรดำรงอยู่ได้ ทีมงาน/คณะทำงาน/กรรมการ ต้องแบ่งงานกันทำตามความรู้ ความสามารถ และเมื่อแบ่งงานกันทำต้องมีการประสานกัน เพื่อทำงานให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน (สงวน, 2541) โดยคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพเป็นกลุ่มบุคคล ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานของชมรมโดยต้องร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงาน แผนปฏิบัติงานของชมรมสร้างสุขภาพ กำหนดหน้าที่และแบ่งงานความรับผิดชอบตามตำแหน่งหน้าที่ ประสานงาน และประชาสัมพันธ์ชมรม สรุปผลการดำเนินงานของชมรมเป็นระยะ และนำเสนอแก่สมาชิกชมรม นอกจากนั้นนำเสนอปัญหาการดำเนินงานต่างๆของชมรมแก่หน่วยงาน องค์กร และชุมชนโดยการบริหารจัดการตนเองในรูปคณะกรรมการ เป็นการบริหารจัดการเพื่อความมั่นคงของชมรม(กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) จากเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ บทบาทคณะกรรมการอยู่ในระดับมาก สำหรับข้อที่คะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชมรม ทั้งนี้เนื่องจาก การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพทั้งกิจกรรมการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะด้านต่างๆทางด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมหลักของชมรมสร้างสุขภาพทุกระดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) ส่งผลให้ คณะกรรมการชมรมมีบทบาทในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชมรมมากที่สุด

การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพแต่ละระดับ

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 มีการดำเนินงานจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย และเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในเรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) ทำให้สมาชิกชมรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ชมรมจัดขึ้น จึงส่งผลให้ การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สมาชิกปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ความราบรื่นในการดำเนินงานของกลุ่มขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสมาชิก ซึ่งถือเป็นโครงสร้างของกลุ่ม เป็นแบบแผนเฉพาะกลุ่มที่สมาชิกต้องปฏิบัติตามกฎ หรือมติของกลุ่ม (เมธาวิ, รัตนา และเรียม, 2544) ส่งผลให้ สมาชิกปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรมมากที่สุด

สำหรับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก ตามกรอบการปฏิบัติงานของชมรมสร้างสุขภาพ กำหนดให้สมาชิกชมรมต้องทำและตัดสินใจใน 4 ขั้นตอนสำคัญคือ สมาชิกชมรมต้องร่วมกำหนดปัญหาและความต้องการของชมรม การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลสรุปบทเรียนการเรียนรู้ของชมรม และใช้กระบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 มีการจัดกิจกรรมของชมรมระดับที่ 1 และเพิ่มการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านอารมณ์ อนามัยชุมชน และการป้องกันโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) ซึ่งมีกิจกรรมการดำเนินงาน 5 กิจกรรม หลัก ส่งผลให้ สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ แต่มากกว่าในชมรมระดับที่ 1 จากเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ การมีส่วนร่วมของสมาชิกอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สมาชิกปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสมาชิก ซึ่งถือเป็นโครงสร้างของกลุ่ม เป็นแบบแผนเฉพาะกลุ่ม ที่สมาชิกต้องปฏิบัติตามกฎ หรือมติของกลุ่ม (เมธาวิ, รัตนา และเรียม, 2544) ส่งผลให้ สมาชิกปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรมมากที่สุด

ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก กรอบการปฏิบัติงานของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพกำหนดให้สมาชิกชมรมต้องทำและตัดสินใจใน 4 ขั้นตอนสำคัญคือ สมาชิกชมรมต้องร่วมกำหนดปัญหาและความต้องการของชมรม การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลสรุปบทเรียนการเรียนรู้ของชมรม และใช้กระบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม(กระทรวงสาธารณสุข, 2548ค) ประกอบกับผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 เป็นชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 66.67) (ตาราง 2

ภาคผนวก ก) และสมาชิกชมรมมีอาชีพแม่บ้าน/งานบ้าน ข้าราชการเกษียณ และว่างงานมากที่สุด (ร้อยละ 40.43) (ตาราง 3 ภาคผนวก ก) จึงทำให้มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในทุกชั้นตอน ส่งผลให้ การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมอยู่ในระดับมาก สำหรับข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สมาชิกปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ความราบรื่นในการดำเนินงานของกลุ่มขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสมาชิก ซึ่งถือเป็นโครงสร้างของกลุ่ม เป็นแบบแผน เฉพาะกลุ่มที่สมาชิกต้องปฏิบัติตามกฎ หรือมติของกลุ่ม (เมธาวิ, รัตนา และเรียม, 2544) ส่งผลให้ สมาชิกปฏิบัติตามกฎระเบียบของชมรมมากที่สุด

การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพแต่ละระดับ

ผลการศึกษาการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวม และทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก การดำเนินงานในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 มีการดำเนินงานประกอบด้วย การจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) และการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 เป็นชมรมออกกำลังกาย (ร้อยละ 100) (ตาราง 2 ภาคผนวก ก) ซึ่งผู้นำและคณะกรรมการชมรมสามารถดำเนินงานได้เองโดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นเพียงที่ปรึกษา และเป็นวิทยากรให้ความรู้ใน 2 เรื่องหลัก สำหรับข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ บุคลากรสาธารณสุขสนับสนุนเอกสาร ข้อมูลข่าวสารกิจกรรมทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ชมรมสามารถเลือกตัดสินใจเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ ที่ปรึกษาในเรื่องที่เป็นการสนับสนุนการตัดสินใจและที่ชมรมร้องขอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) และการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นภารกิจหลักของหน่วยงานด้านสุขภาพ ที่ต้องดำเนินการสนับสนุนอย่างเต็มที่(สมบุรณ์, 2547) จากเหตุผลดังกล่าว ส่งผลให้ บุคลากรสาธารณสุขสนับสนุนเอกสาร ข้อมูลข่าวสารกิจกรรมทางด้านสุขภาพแก่ชมรมมากที่สุด

สำหรับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวม และทุกข้ออยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 มีการจัดกิจกรรมของชมรมระดับที่ 1 และเพิ่มการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านอารมณ์ อานามัยชุมชน และการป้องกันโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) โดยบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในชมรมสร้างสุขภาพมีดังนี้ 1) สนับสนุนการพัฒนา ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ 2) สนับสนุนวิชาการและกิจกรรมสร้างสุขภาพ 3) ประเมินและจัดลำดับความก้าวหน้าของชมรม 4)

ประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และ 5) จัดทำศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุขต้องเป็นวิทยากรในการเสริมสร้างและพัฒนาทักษะในด้านต่างๆ ให้แก่สมาชิก รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาแก่ชมรมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ จากเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก และสำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุด คือ บุคลากรสาธารณสุขให้การสนับสนุนการจัดตั้งชมรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 เป็นชมรมระดับขยายกิจกรรม บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทในการให้ข้อมูลต่างๆ กับชมรมเพื่อใช้ในการตัดสินใจให้สมาชิกรับรู้และเรียนรู้การจัดตั้งชมรม การจัดหาสมาชิกชมรม ส่งผลให้ บุคลากรสาธารณสุขให้การสนับสนุนการจัดตั้งชมรมมากที่สุด

ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมและทุกข้ออยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 มีการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และเพิ่มกิจกรรมการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการ การวางแผนแก้ปัญหาของสุขภาพชุมชน การประสานเครือข่าย การจัดการทรัพยากร และการระดมทุน(กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก)โดยบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) และชมรมสร้างสุขภาพจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมหลัก บุคลากรสาธารณสุขจึงเป็นผู้ดูแลให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมมากกว่าหน่วยงานอื่นๆ จากเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก สำหรับ ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุดใกล้เคียงกัน คือ บุคลากรสาธารณสุขให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน และบุคลากรสาธารณสุขกระตุ้นให้ชมรมมีการจัดประชุมคณะกรรมการชมรมเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การให้คำปรึกษาเป็นบทบาทหลักหนึ่งของบุคลากรสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) รวมทั้งการส่งเสริมการประชุมพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนทัศนระความคิด หาแนวทางปฏิบัติ และวางแผนการทำงานเป็นขั้นตอนสำคัญ ในการพัฒนาการดำเนินงาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ค) จึงส่งผลให้ บุคลากรสาธารณสุขให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน และกระตุ้นให้ชมรมมีการจัดประชุมคณะกรรมการชมรมเพื่อพัฒนาการดำเนินงานมากที่สุด

การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพแต่ละระดับ

ผลการศึกษาการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในชมรมสร้างสุขภาพทุกระดับ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก การดำเนินงานในชมรมสร้างสุขภาพทุกระดับมีการดำเนินงานประกอบด้วย การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ การเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 ยังเพิ่มกิจกรรมการบริหารจัดการ

ในรูปคณะกรรมการ การวางแผนแก้ปัญหาของสุขภาพชุมชน การประสานเครือข่าย การจัดการทรัพยากรและการระดมทุน(กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่หลักในเรื่องการกำหนดนโยบาย การจัดการรายได้และทรัพยากร และจัดการบริการสาธารณะให้กับประชาชน ได้แก่ ถนน ทางเดิน ที่สาธารณะ สถานที่ประชุม สนามกีฬา สวนสาธารณะ (กระทรวงมหาดไทย, 2542; กระทรวงมหาดไทย, 2543) แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดความเข้าใจในภารกิจทางด้านสุขภาพ (ชาติ, 2547) จึงทำให้บทบาทการพัฒนาสุขภาพไม่เด่นชัด จึงส่งผลให้ การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 พบว่า ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมต่างๆของชมรม ทั้งนี้เนื่องจาก ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 เป็นชมรมออกกำลังกาย (ร้อยละ 47.37) (ตาราง 2 ภาคผนวก ก) และมีความถี่ในการจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ต้องใช้สถานที่ในการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย จึงส่งผลให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมต่างๆของชมรม สำหรับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 พบว่า ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงและใกล้เคียงกัน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณแก่ชมรม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมของชมรม ทั้งนี้เนื่องจาก ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 เป็นชมรมระดับขยายกิจกรรม ต้องการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อเป็นค่าตอบแทนผู้นำออกกำลังกาย และค่าตอบแทนวิทยากรที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งสถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย จึงส่งผลให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณแก่ชมรม และให้การสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมของชมรมสูง ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 พบว่า ข้อที่คะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้เนื่องจาก ชมรมสร้างสุขภาพต้องประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกชมรม และข้อมูลภาวะสุขภาพชุมชน เพื่อนำไปวางแผนแก้ปัญหาพร้อมกับเครือข่ายอื่นๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก)จึงส่งผลให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนข้อมูลข่าวสารแก่ชมรมสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทผู้นำชมรมกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า บทบาทผู้นำชมรมในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 และ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 บทบาทผู้นำชมรมอยู่ในระดับมาก และพบว่า บทบาทผู้นำชมรมมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ อธิบายได้ว่า การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 มีกิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านการออกกำลังกาย และการบริโภค

อาหาร (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค) ส่งผลให้ ผู้นำชมรมแสดงบทบาทส่วนใหญ่เกี่ยวกับบทบาทการทำงาน ซึ่งเป็นบทบาทในการทำให้กระบวนการทำงานของชมรมเป็นไปตามแผนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนบทบาทการรวมกลุ่มซึ่งเป็นบทบาทในการทำให้สมาชิกมีความเข้มแข็งเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันนั้น (ทิสนา, 2545) ผู้นำมีโอกาสแสดงบทบาทค่อนข้างน้อย ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 มีการจัดกิจกรรมเพิ่มจากระดับที่ 1 คือ กิจกรรมเสริมความรู้และทักษะด้านเสริมสร้างสุขภาพจิต ด้านอนามัยชุมชน และการควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค) ผู้นำชมรมจึงยังคงแสดงบทบาทด้านทำงานเป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 จึงส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้บทบาทผู้นำชมรมในระดับที่ 1 และ 2 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด สำหรับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 นั้นมีกิจกรรมที่เพิ่มจากระดับที่ 2 คือ การบริหารจัดการชมรมด้วยตนเอง การวางแผนแก้ปัญหาของสุขภาพชุมชน การประสานงานและเชื่อมโยงกับเครือข่ายด้านสุขภาพและเครือข่ายอื่นๆ และการจัดการทรัพยากรและการระดมทุน (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค) จึงส่งผลให้ผู้นำชมรมแสดงบทบาททั้งในด้านการทำงาน ด้านการรวมกลุ่ม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้บทบาทผู้นำชมรมระดับที่ 3 อยู่ในระดับมาก และมากกว่าชมรมระดับที่ 2 ด้วยเหตุผลที่กล่าวมา จึงทำให้บทบาทผู้นำชมรมมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพที่เข้มแข็ง พบว่าปัจจัยด้านผู้นำชมรมนับเป็นปัจจัยหนึ่งในหลายปัจจัย ที่ส่งผลให้การดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพประสบผลสำเร็จ (กฤษณ์ และคณะ; 2548, นรินทร์ และคณะ; 2548; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร; 2548; อนุพันธ์, 2548) และการศึกษาในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ คือ บทบาทประธานชมรมที่เก่งด้านการบริหารงาน (ประสิทธิ์ และเพ็ญประภา, 2542)

ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคณะกรรมการชมรมกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า บทบาทคณะกรรมการชมรมในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ส่วนในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และ 3 บทบาทคณะกรรมการชมรมอยู่ในระดับมากที่สุด และพบว่าบทบาทคณะกรรมการชมรมมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในการประเมินการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2546ค) กำหนดว่า ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 จะต้องเป็นชมรมที่มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะด้านการออกกำลังกายอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ และจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะด้านการบริโภคอาหารอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 จะต้องจัดกิจกรรมเช่นเดียวกับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 และมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต ด้านอนามัยชุมชน ด้านควบคุมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมแต่ละด้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน และชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 จะต้องจัดกิจกรรมเช่นเดียวกับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และมีการบริหารจัดการด้วยตนเองในรูปคณะกรรมการ การวางแผนแก้ปัญหาของสุขภาพชุมชนร่วมกับภาคีอื่น มีการประสานงานและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และมีการจัดการทรัพยากรและการระดมทุน โดยการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ จัดให้คณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งจากลักษณะการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพในแต่ละระดับ แสดงให้เห็นว่า ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 คณะกรรมการมีบทบาทในการจัดกิจกรรมเพียง 3 กิจกรรมเท่านั้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้บทบาทคณะกรรมการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่างจากชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 คณะกรรมการมีบทบาทในการจัดกิจกรรม แต่เพิ่มขึ้นกว่าระดับที่ 1 จึงส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างในชมรมระดับที่ 2 รับรู้ว่าการจัดการชมรมมีบทบาทอยู่ในระดับมาก ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 คณะกรรมการชมรมมีบทบาททั้งในการจัดกิจกรรมและการบริหารจัดการ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้บทบาทคณะกรรมการชมรมอยู่ในระดับมาก จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงทำให้บทบาทคณะกรรมการชมรมมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะ และคณะ (2541) ที่พบว่า กลไกการดำเนินงานของชมรมจักรยานอยู่ในรูปของคณะกรรมการ ทำให้ชมรมกลายเป็นเครือข่ายที่กว้างขวางและมีสมาชิกมากมายได้รับการยอมรับจากประชาชนทั่วไป และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มอาชีพในโครงการส่งเสริมการใช้น้ำเพื่อเศรษฐกิจพอเพียงของจังหวัดพังงา พบว่า การบริหารงานของคณะกรรมการของกลุ่ม มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของกลุ่มอาชีพ (บุญรอด, 2545)

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ส่วนในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และระดับที่ 3 อยู่ในระดับมากมากที่สุด และพบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ อธิบายได้ว่า ตามกรอบการปฏิบัติงานของชมรมสร้างสุขภาพ กำหนดให้สมาชิกชมรมต้อง

ทำและคิดตัดสินใจใน 4 ขั้นตอนสำคัญคือ สมาชิกชมรมต้องร่วมกำหนดปัญหาและความต้องการของชมรม การวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผลสรุปทบทวนการเรียนรู้ของชมรม และใช้กระบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม(กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) แต่ในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ จัดกิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะด้านการออกกำลังกายอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ และจัดกิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะด้านการบริโภคอาหารอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน สมาชิกของชมรมจึงมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ชมรมจัดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้สมาชิกชมรมระดับที่ 1 มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ต่างจากชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 มีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิต อนามัยชุมชน การควบคุมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมแต่ละด้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน และชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 มีการจัดกิจกรรมเช่นเดียวกับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และมีการบริหารจัดการด้วยตนเองในรูปคณะกรรมการ มีการวางแผนแก้ปัญหาของสุขภาพชุมชนร่วมกับภาคีอื่น มีการประสานงานและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และมีการจัดการทรัพยากรและการระดมทุน จึงส่งผลให้ สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในระดับที่ 2 และ 3 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก และมากกว่าในชมรมระดับที่ 2 จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงทำให้ การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในชมรมสร้างสุขภาพที่ พบว่า การร่วมมือของสมาชิกมีส่วนผลักดันให้มีการจัดตั้งชมรม การวางแผนจัดกิจกรรม และการที่สมาชิกร่วมกันระดมทุน และทรัพยากรในด้าน การหาสมาชิกเพิ่ม การบริจาคเงินทุน วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ทำให้ชมรมสร้างสุขภาพเข้มแข็ง (นรินทร์ และคณะ, 2548)

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 และระดับที่ 3 การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมากที่สุด และพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก การสนับสนุนวิชาการและกิจกรรมของชมรมสร้างสุขภาพเป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข

สุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) ซึ่งในชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ และพัฒนาทักษะด้านการออกกำลังกายอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ และกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะด้านการบริโภคอาหารอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้นำชมรม และสมาชิกในชมรมสามารถปฏิบัติและสามารถแก้ปัญหาการดำเนินงานได้เอง ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้การได้รับการสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 มีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้น ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพจิต อนามัยชุมชน การควบคุมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยจะต้องจัดกิจกรรมแต่ละด้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ซึ่งชมรมจะเชิญบุคลากรสาธารณสุขเป็นวิทยากรให้ความรู้ และพัฒนาทักษะด้านต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นให้แก่สมาชิก จึงส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก สำหรับชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 นอกจากจัดกิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะในด้านต่างๆแล้ว ชมรมมี การบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ มีการวางแผนแก้ปัญหาของสุขภาพชุมชนร่วมกับภาคีอื่น มีการประสานงานและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และมีการจัดการทรัพยากรและการระดมทุน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบชมรมสร้างสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ44.8) (ตาราง1) ซึ่งการจัดตั้งเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ เป็นหน้าที่รับผิดชอบหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ (ขนิษฐา และคณะ, 2544) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก และมากกว่าชมรมระดับที่ 2 จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในชมรมสร้างสุขภาพที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ในด้านวิชาการ ข้อมูล ข่าวสาร การตรวจสุขภาพสมาชิก และให้คำปรึกษาต่างๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้ชมรมสร้างสุขภาพเข้มแข็งยั่งยืน (กฤษณ์ และคณะ; 2548, นรินทร์ และคณะ; 2548; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร; 2548; อนุพันธ์, 2548) นอกจากนี้ การศึกษาการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดแพร่ พบว่า เงื่อนไขที่สำคัญอันส่งผลต่อการดำเนินงาน คือ การสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะการตรวจร่างกาย และให้คำแนะนำในการจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพ (แสวง, 2543)

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 และระดับที่ 3 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 การได้

รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด และพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 เป็นชมรมที่อยู่ในระยะเริ่มก่อตั้งยังขาดปัจจัยในการดำเนินงานต่างๆ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชมรมสร้างสุขภาพเป็นชมรมออกกำลังกายมากที่สุด จึงทำให้มีความต้องการการสนับสนุนด้านสถานที่ในการจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย งบประมาณ และวัสดุ อุปกรณ์เพื่อใช้ในการดำเนินงานในระยะเริ่มต้น ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 จะต้องมีการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนร่วมกับภาคีอื่น สามารถจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพระหว่างเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ และมีการระดมทรัพยากรและทุนเพื่อใช้ในการดำเนินงานต่างๆ ซึ่งชมรมจะต้องเสนอโครงการเพื่อพัฒนาชุมชนและโครงการของชมรมเอง เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนการสนับสนุนด้านวิชาการชมรม จะขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 และระดับที่ 3 การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ส่วนชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 เป็นชมรมระดับการขยายผลกิจกรรม ด้านการเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะ ชมรมจึงมีความต้องการการสนับสนุนด้านต่างๆ ทั้งงบประมาณไม่มาก จึงส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ชมรมสร้างสุขภาพเข้มแข็งและยั่งยืน คือการได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากองค์การบริหารส่วนตำบล ด้านการบริจาคสถานที่ ปรับปรุงสถานที่ตั้งชมรม สนับสนุนเรื่องเสียง การแสวงหาทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ (กฤษณ์ และคณะ, 2548; นรินทร์ และคณะ, 2548; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2548; อนุพันธ์, 2548) ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มอาชีพมีความสำเร็จ (บุญรอด, 2545) และการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ สถานที่ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งผลให้การดำเนินโครงการนั้นบรรลุเป้าหมาย (พรทิพย์ และชาติชาย, 2543)