

การประเมินประสิทธิผลโครงการเมืองสุขภาพดีและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชน ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9

สมรัฐ นัยรัมย์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลโครงการเมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โครงการของประชาชน โดยเป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) ที่ใช้การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน (Pre-post comparison) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 74 แห่ง และประชาชน จำนวน 109 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดีและแบบสอบถามการรับรู้โครงการ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired *t*-test, Pearson's Chi-square test และ Fisher's Exact Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมการดำเนินงานโครงการเมืองสุขภาพดีหลังดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 31.81 (SD = 11.67) เป็น 37.70 (SD = 12.34) จากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพและด้านสถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ขณะที่ด้านประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี แม้ว่าค่าเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อย สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดี พบว่า พื้นที่ที่อยู่อาศัยและระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่เพศ อายุ และอาชีพไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การดำเนินงานโครงการเมืองสุขภาพดีมีส่วนช่วยยกระดับผลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน เช่น การจัดการสิ่งปฏิกูลและการพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค เพื่อให้การพัฒนาเมืองสุขภาพดีเกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, เมืองสุขภาพดี, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

รับบทความ: 7 เมษายน 2569

แก้ไขเสร็จ: 23 พฤษภาคม 2569

ตอบรับบทความ: 30 พฤษภาคม 2569

Effectiveness Evaluation of the Healthy City Project and Factors Associated with Public Perception in Local Administrative Organizations, Health Region 9

Somrut Nairam

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of the Healthy City project conducted by Local Administrative Organizations and to examine factors associated with public awareness of the project. This study employed an evaluation research design using a pre-post comparison. The samples consisted of 74 Local Administrative Organizations and 109 residents. The research instruments included a Healthy City standards assessment form and a questionnaire on project awareness, with a reliability coefficient of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics, including paired *t*-test, Pearson's Chi-square test and Fisher's Exact Test, with a significance level set at 0.05.

The results revealed that the overall implementation of the Healthy City project after the intervention had a significantly higher mean score than before the implementation ($p < 0.001$), increasing from 31.81 (SD = 11.67) to 37.70 (SD = 12.34), moving from a low to a moderate level. Considering each component, the environmental health and healthy establishments components showed statistically significant improvements ($p < 0.001$) and were at moderate to high levels. In contrast, the health literacy component, although significantly improved ($p < 0.001$), remained at a low level. Regarding factors associated with public awareness of the Healthy City project, residential area and education level were significantly associated ($p < 0.05$), whereas gender, age, and occupation showed no significant associations.

In conclusion, the Healthy City project significantly improved the performance of Local Administrative Organizations. However, greater emphasis should be placed on enhancing public health literacy, along with strengthening fundamental environmental aspects such as human sewage management and drinking water quality, to ensure sustainable Healthy City development.

Keywords: Effectiveness, Healthy City, The Local Administrative Organization

Technical Public Health Officer, Special Professional level The Regional Health Promotion Center 9 Nakhon Ratchasima

Received: 20 March 2025

Revised: 26 June 2026

Accepted: 30 June 2026

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและมลพิษสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันนับเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น อันเนื่องมาจากการขยายตัวของเมือง การพัฒนาอุตสาหกรรม การเพิ่มขึ้นของประชากรและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ส่งผลให้เกิดความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ทั้งในด้านคุณภาพอากาศ น้ำและดิน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ (World Health Organization [WHO], 2021) ในบริบทของประเทศไทย ปัญหามลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) การปนเปื้อนของแหล่งน้ำ การจัดการขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม รวมถึงปัญหาสุขภาพในชุมชน ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคและภัยสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดต่อ และโรคที่เกิดจากสัตว์และแมลงนำโรค นอกจากนี้ การเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณภัย เช่น อุทกภัย ภัยแล้งและคลื่นความร้อน ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจและสังคมของประชาชนในวงกว้าง (กรมควบคุมโรค, 2565; WHO, 2021) กรมอนามัย ในฐานะหน่วยงานหลักของประเทศด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย มาตรการ และแนวทางการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ควบคู่ไปกับการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ (กรมอนามัย, 2566)

แนวคิดการพัฒนา “เมืองสุขภาพดี (Healthy City)” จึงถูกนำมาใช้เป็นกรอบสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยเป็นแนวคิดที่เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างบูรณาการ เพื่อให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม แนวคิดดังกล่าวมีรากฐานมาจาก World Health Organization ซึ่งได้ริเริ่มโครงการ Healthy Cities และพัฒนากรอบแนวคิดที่สำคัญ เช่น Ottawa Charter for Health Promotion ที่มุ่งเน้นการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน รวมถึงการเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งให้ความสำคัญกับสุขภาพ เมืองยั่งยืนและสิ่งแวดล้อม (United Nations, 2015; WHO, 2016) สำหรับประเทศไทย ได้มีการประยุกต์แนวคิดเมืองสุขภาพดีให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ โดยกำหนดองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ (1) สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments) ซึ่งครอบคลุมการจัดการคุณภาพอากาศ น้ำ ขยะ และสุขภาพ (2) สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings) เช่น โรงเรียน สถานที่ทำงาน และสถานบริการสาธารณะ และ (3) ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี (Healthy People) ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (กรมอนามัย, 2566) ในระดับพื้นที่ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และสุรินทร์ โดยได้ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาเมืองสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 ผ่านกลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

การดำเนินงานเมืองสุขภาพดีมุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงาน โดยเปิดโอกาสให้สมัครเข้าร่วมโครงการและประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี ครอบคลุมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม สถานประกอบการและความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ระบุช่องว่าง (Gap Analysis) และกำหนดแนวทางการพัฒนาได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ในเขตสุขภาพที่ 9 แม้จะมีการขับเคลื่อนผ่าน

กลไกระดับเขตและระดับจังหวัดอย่างเป็นระบบ แต่ที่ผ่านมาโครงการเมืองสุขภาพดียังขาดการประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งมีความพร้อมในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ มีนโยบายและการสนับสนุนจากผู้บริหาร ภาวการณ์ช่วยเหลือและประชาชนมีส่วนร่วมบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน และการมีระบบข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจ ในขณะที่บางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดที่สำคัญ เช่น องค์ความรู้ เครื่องมือ และบุคลากรในการดำเนินงาน

นอกจากนี้ ความสำเร็จของการดำเนินงานเมืองสุขภาพดีมีได้ขึ้นอยู่กับศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องอาศัยการรับรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ร่วมด้วย เนื่องจากประชาชนเป็นผู้ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการดำเนินงานตามแนวคิดเมืองสุขภาพดี อย่างไรก็ตามประชาชนในแต่ละพื้นที่มีลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานเมืองสุขภาพดีแตกต่างกันไป แม้ว่าจะมีการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องในหลายพื้นที่ แต่ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนระดับการรับรู้ของประชาชน รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลโครงการเมืองสุขภาพดี ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่จะช่วยให้การวางแผนสื่อสารและการพัฒนากิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพสามารถตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินประสิทธิผลโครงการเมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อสะท้อนระดับการดำเนินงานและสถานการณ์ในปัจจุบัน อันจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผนพัฒนาและยกระดับการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการเมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดีของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 9

นิยามเชิงปฏิบัติการ

เมือง หมายถึง พื้นที่ภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการเมืองสุขภาพดี ซึ่งประกอบด้วยเทศบาลทุกระดับและองค์การบริหารส่วนตำบล

ประสิทธิผล หมายถึง ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งพิจารณาจากผลคะแนนที่ได้จากแบบประเมินเมื่อเทียบกับคะแนนเต็มและแปลงเป็นค่าร้อยละ โดยจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ร้อยละ 0-49 หมายถึง ระดับน้อย ร้อยละ 50-74 หมายถึง ระดับปานกลาง ร้อยละ 75-100 หมายถึง ระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การประเมินประสิทธิผลโครงการเมืองสุขภาพดีและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9” ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดจากแนวคิดเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ของ World Health Organization แนวคิด Ottawa Charter for Health Promotion และแนวทางการพัฒนาเมืองสุขภาพดีของกรมอนามัย ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments) สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings) และประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี (Healthy People) โดยศึกษาผลของการดำเนินงานโครงการเมืองสุขภาพดีต่อระดับประสิทธิผลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการรับรู้โครงการของประชาชน ดังนี้

ตัวแปรต้น (Independent Variables)

1. การดำเนินงานโครงการเมืองสุขภาพดี

- องค์ประกอบที่ 1 สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments)
- องค์ประกอบที่ 2 สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings)
- องค์ประกอบที่ 3 ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี (Healthy People)

2. ปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชน

- เพศ
- อายุ
- พื้นที่อยู่อาศัย
- อาชีพ
- ระดับการศึกษา



ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

1. ประสิทธิภาพของโครงการเมืองสุขภาพดี

- ระดับผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี
- คะแนนก่อนและหลังดำเนินงาน

2. การรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดีของประชาชน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เขตเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล) ที่เข้าร่วมโครงการเมืองสุขภาพดี ในปีงบประมาณ 2567-2568 จำนวนทั้งสิ้น 74 แห่ง และ 2) ประชาชนหรือตัวแทนประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง 74 แห่ง

2.2) กลุ่มตัวอย่างเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการเมืองสุขภาพดี ในปี 2567-2568 ทั้งหมดจำนวน 74 แห่ง และประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดค่าสัดส่วนประชากร (P) เท่ากับ 0.34 ซึ่งได้จากผลการศึกษาเบื้องต้น (Pilot Study) เกี่ยวกับการรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดีของประชาชนในพื้นที่ศึกษา กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยใช้สูตรการคำนวณของ Cochran (1977) และ Lwanga และ Lemeshow (1991) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2}$$

เมื่อ

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดสุ่ม (0.34)

Z = ระดับความมั่นใจที่กำหนดที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96)

d = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น (0.05)

คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 84 คน และกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 20 เป็น 109 คน กระจายสัดส่วน แยกรายเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยมีวิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบง่าย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1) แบบประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดีของกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2568 ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินระดับการดำเนินงานด้านเมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีจำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments) จำนวน 9 ข้อ

องค์ประกอบที่ 2 สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings) จำนวน 7 ข้อ

องค์ประกอบที่ 3 ประชาชนรอบรู้และมีสุขภาพดี (Healthy People) จำนวน 6 ข้อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดี โดยกำหนดค่าคะแนนในแต่ละระดับ คือ ระดับพื้นฐาน เท่ากับ 1 คะแนน ระดับดี เท่ากับ 2 คะแนน และระดับดีมาก เท่ากับ 3 คะแนน โดยมีคะแนนรวมทั้งสิ้น 66 คะแนนในการแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลงคะแนนที่ได้เป็นค่าร้อยละ โดยใช้สูตร ร้อยละ = $(\text{คะแนนที่ได้} \div \text{คะแนนเต็ม}) \times 100$ และกำหนดเกณฑ์การแปลผลการดำเนินงานออกเป็น 3 ระดับ โดยอาศัยเกณฑ์ร้อยละที่นิยมใช้ในการประเมินผลโครงการ (Best, 1977; Krejcie & Morgan, 1970) ดังนี้

ร้อยละ 0 – 49 หมายถึง ระดับน้อย

ร้อยละ 50 – 74 หมายถึง ระดับปานกลาง

ร้อยละ 75 – 100 หมายถึง ระดับมาก

สำหรับการแปลผลรายข้อ ผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนในแต่ละข้อ และกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยใช้หลักการแบ่งอันตรภาคชั้น (Class Interval) ออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977; Bloom, 1971) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับมาก

3.2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโครงการเมืองสุขภาพดี ปรับจากแบบสอบถามของกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับเมืองสุขภาพดี จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

4. การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดี และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโครงการเมืองสุขภาพดี โดยแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโครงการเมืองสุขภาพดี ผู้วิจัยได้นำมาปรับและทบทวนเพิ่มเติม จากนั้นได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองสุ่มใช้กับประชาชนที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.87 แสดงว่าเครื่องมือวิจัยมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี สามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

5.2) ผู้วิจัยประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ

5.3) ผู้วิจัยชี้แจงเกณฑ์การประเมิน แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวทางการพัฒนาในแต่ละกิจกรรม

5.4) ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ

5.5) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการเมืองสุขภาพดีเพื่อวัดการรับรู้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

6. ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2) วิเคราะห์ความแตกต่างของการขับเคลื่อนโครงการเมืองสุขภาพดีด้วยสถิติที่แบบจับคู่ (Pair t-test) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดีของประชาชนสถิติไคว์สแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

8. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้ชี้แจงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิเคราะห์ และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์โดยทำเป็นหนังสือราชการแจ้งไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะตอบรับด้วยความสมัครใจ ส่วนประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนจะต้องสมัครใจในการให้ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะไม่ถูกเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อมูลทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วมโครงการเมืองสุขภาพดีระหว่างปี 2567-2568 รวมทั้งหมด จำนวน 74 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นองค์กรบริหารส่วนตำบล จำนวน 50 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 67.57 รองลงมา เทศบาล จำนวน 24 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 32.43 เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดสุรินทร์ มีจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากที่สุด จำนวน 59 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 79.73 รองลงมาคือ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.11 จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 6.76 และจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.41 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วมโครงการ

ประเภท	นครราชสีมา จำนวน (%)	ชัยภูมิ จำนวน (%)	บุรีรัมย์ จำนวน (%)	สุรินทร์ จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
เทศบาล	5 (100.00)	6(100.00)	4(100.00)	9(15.25)	24(32.43)
องค์การบริหารส่วนตำบล	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	50(84.75)	50(67.57)
รวม	5(6.76)	6(8.11)	4(5.41)	59(79.73)	74(100.00)

2. ผลของการดำเนินงานโครงการเมืองสุขภาพดี

2.1) การดำเนินงานองค์ประกอบที่ 1 สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ

ภาพรวมของการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี องค์ประกอบที่ 1 สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ ก่อนดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.88 (S.D. = 4.64) อยู่ในระดับน้อย และหลังดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 15.13 (S.D. = 4.98) อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการดำเนินงานสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.101, p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านนโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อมโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.78 เป็น 2.54 จากระดับปานกลางเป็นระดับมากและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.43 เป็น 1.94 จากระดับน้อยเป็นระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านชุมชนสุขภาพดีที่เป็นมิตรกับทุกคน (Universal Design) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.45 เป็น 1.97 จากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านการจัดการขยะมูลฝอยครบทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.46 เป็น 1.99 จากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 0.85 เป็น 1.06 แม้ว่าคะแนนจะเพิ่มขึ้น แต่ยังอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ด้านประชาชนได้รับการคุ้มครองสุขภาพจากปัญหาเหตุรำคาญ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.20 เป็น 1.42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) แต่ยังอยู่ในระดับน้อย ด้านการจัดการคุณภาพอากาศ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.43 เป็น 1.96 จากระดับน้อยเป็นระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านการดำเนินงานรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.24 เป็น 1.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ยังอยู่ในระดับน้อย อย่างไรก็ตามในประเด็นการพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.03 เป็น 1.15 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.060$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานก่อนและหลังดำเนินโครงการเมืองสุขภาพดีองค์ประกอบที่ 1 สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ (n = 74)			หลังดำเนินการ (n = 74)			t	P-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
1. มีนโยบาย หรือแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อมโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน	1.78	0.95	ปานกลาง	2.54	0.79	มาก	6.866	< 0.001*
2. จัดให้มีพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ	1.43	0.79	น้อย	1.94	0.76	ปานกลาง	5.932	< 0.001*
3. ชุมชนมีสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับทุกคน (Universal Design)	1.45	0.91	น้อย	1.97	0.84	ปานกลาง	5.156	< 0.001*
4. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท	1.46	0.83	น้อย	1.99	0.77	ปานกลาง	5.810	< 0.001*
5. มีการจัดการสิ่งปฏิกูล	0.85	0.30	น้อย	1.06	0.67	น้อย	3.208	0.002*
6. มีการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคอย่างถูกต้อง	1.03	0.89	น้อย	1.15	0.82	น้อย	1.910	0.060

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ (n = 74)			หลังดำเนินการ (n = 74)			t	P-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
7. ประชาชนได้รับการคุ้มครองสุขภาพจากปัญหาเหตุรำคาญ	1.20	0.70	น้อย	1.42	0.84	น้อย	3.208	0.002*
8. มีการจัดการมลพิษอากาศ	1.43	0.79	น้อย	1.96	0.88	ปานกลาง	6.091	< 0.001*
9. การดำเนินงานรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	1.24	0.74	น้อย	1.59	0.92	น้อย	4.142	< 0.001*
ภาพรวม	11.88	3.98	น้อย	15.13	4.98	ปานกลาง	8.101	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.2) ผลของการดำเนินงานองค์ประกอบที่ 2 สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ

ภาพรวมของการดำเนินงานตามองค์ประกอบที่ 2 สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่า ก่อนดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 10.43 (S.D. = 3.98) อยู่ในระดับน้อย และหลังดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 12.50 (S.D. = 4.22) อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินงานสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.384, p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ที่พักอาศัย/บ้านเรือน/ชุมชนสะอาด สุขอนามัยดี มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.47 เป็น 1.88 จากระดับน้อยเป็นระดับปานกลางและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.85 เป็น 1.96 แม้ว่าจะคะแนนจะเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.342$) สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.20 เป็น 1.27 แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อย และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.228$) ส้วมสาธารณะได้มาตรฐาน HAS มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.07 เป็น 1.64 แม้ว่าจะคะแนนจะเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) วัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.32 เป็น 1.64 แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.72 เป็น 2.47 จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสถานศึกษาพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.79 เป็น 1.85 แม้ว่าจะคะแนนจะเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.615$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานก่อนและหลังดำเนินโครงการเมืองสุขภาพต้ององค์ประกอบที่ 2 สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ (n = 74)			หลังดำเนินการ (n = 74)			t	P-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
10. ที่พักอาศัย/บ้านเรือน/ชุมชนสะอาด สุขอนามัยดี	1.47	0.85	น้อย	1.88	0.92	ปานกลาง	4.721	<0.001*
11. ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN	1.85	1.03	ปานกลาง	1.96	0.96	ปานกลาง	0.956	0.342
12. สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN	1.20	1.09	น้อย	1.27	1.01	น้อย	-1.217	0.228
13. ส้วมสาธารณะได้มาตรฐานส้วม HAS	1.07	0.98	น้อย	1.64	1.07	น้อย	5.128	<0.001*
14. วัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์	1.32	1.15	น้อย	1.64	1.17	น้อย	3.003	0.004*

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ (n = 74)			หลังดำเนินการ (n = 74)			t	P-value
	Mean	S.D.	แปล ผล	Mean	S.D.	แปล ผล		
15. ระดับความสำเร็จของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ	1.72	1.07	ปานกลาง	2.47	0.86	มาก	6.233	<0.001*
16. สถานศึกษาพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล	1.79	1.14	ปานกลาง	1.85	1.09	ปานกลาง	0.505	0.615
ภาพรวม	10.43	3.98	น้อย	12.50	4.22	ปานกลาง	6.384	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.3) การดำเนินงานองค์ประกอบที่ 3 ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี

ภาพรวมของการดำเนินงานตามองค์ประกอบด้านประชาชนมีความรอบรู้และสุขภาพดีก่อนดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.92 (S.D. = 4.66) อยู่ในระดับน้อยและหลังดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.57 (S.D. = 4.56) โดยยังคงอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ยหลังดำเนินงานสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.517, p = 0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.95 เป็น 2.68 จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การมีการรวมกลุ่มทางสังคมและการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.82 เป็น 2.31 จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.18 เป็น 1.58 แม้ว่าจะคะแนนจะเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่ ร้อยละของเด็กมีพัฒนาการสมวัย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.11 เป็น 1.22 แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อย และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.526$) ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 1.09 เป็น 0.91 และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.229$) และร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 0.77 เป็น 0.88 แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อย และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.600$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานก่อนและหลังดำเนินโครงการเมืองสุขภาพดีองค์ประกอบที่ 3 ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ (n = 74)			หลังดำเนินการ (n = 74)			t	P-value
	Mean	S.D.	แปล ผล	Mean	S.D.	แปล ผล		
17. มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย	1.95	1.00	ปานกลาง	2.68	0.68	มาก	6.383	<0.001*
18. มีการรวมกลุ่มทางสังคมและการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม	1.82	1.04	ปานกลาง	2.31	0.92	มาก	5.032	<0.001*
19. ร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ	1.18	0.88	น้อย	1.58	0.97	น้อย	4.607	<0.001*
20. ร้อยละของเด็กมี พัฒนาการสมวัย	1.11	1.45	น้อย	1.22	1.46	น้อย	0.638	0.526

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ (n = 74)			หลังดำเนินการ (n = 74)			t	P-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
21. ร้อยละของ ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	1.09	1.45	น้อย	0.91	1.37	น้อย	-1.213	0.299
22. ร้อยละของ ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	0.77	1.32	น้อย	0.88	1.34	น้อย	0.527	0.600
ภาพรวม	7.92	4.66	น้อย	9.57	4.56	น้อย	3.517	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.4) ภาพรวมของการดำเนินงานก่อนและหลังการดำเนินโครงการเมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภาพรวมของการประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดี ก่อนดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.81 (S.D. = 11.67) อยู่ในระดับน้อย และหลังดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 37.70 (S.D. = 12.34) อยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยหลังดำเนินงานสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.487$, $p = 0.001$) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 11.88 เป็น 15.13 จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านสถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.43 เป็น 12.50 โดยยังคงอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และด้านประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.92 เป็น 9.57 แม้ว่าจะเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลของการประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก่อนและหลังดำเนินการ

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ (n=74)			หลังดำเนินการ (n=74)			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
- สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ	11.88	4.64	ปานกลาง	15.13	4.98	มาก	8.101	<0.001*
- สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ	10.43	3.98	ปานกลาง	12.50	4.22	ปานกลาง	6.384	<0.001*
- ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี	7.92	4.66	น้อย	9.57	4.56	น้อย	3.517	<0.001*
ภาพรวม	31.81	11.67	น้อย	37.70	12.34	ปานกลาง	7.487	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.5) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดีของประชาชน

ด้านการรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดีของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 109 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.24 มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 45.87 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 33.94 การศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.28 เป็นกลุ่มที่รับรู้โครงการเมืองสุขภาพดี ร้อยละ 80.73 โดยปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ ไม่พบความสัมพันธ์กับการรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยเพศ ($p = 0.587$) อายุ ($p = 0.117$) และอาชีพ ($p = 0.591$) ในขณะที่ ปัจจัยด้านพื้นที่ที่อยู่อาศัย พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$) โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลและเขตเทศบาลเมืองมีส่วนการรับรู้โครงการสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ปัจจัยด้านระดับการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดีอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มการรับรู้โครงการมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โครงการเมืองสุขภาพดีของประชาชน

ปัจจัย	ไม่รับรู้โครงการ (n=21) n (%)	รับรู้โครงการ (n=88) n (%)	p-value
เพศ			
- ชาย	3 (2.75)	12 (11.01)	0.587
- หญิง	18 (16.51)	76 (69.72)	
อายุ			
- 25-44 ปี	9 (8.26)	20 (18.35)	0.117 ^a
- 45-59 ปี	9 (8.26)	41 (37.61)	
- 60 ปีขึ้นไป	3 (2.75)	27 (24.77)	
พื้นที่อาศัย			
- องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	1 (0.92)	2 (1.83)	0.031 ^{*a}
- เทศบาลตำบล	17 (15.59)	42 (38.53)	
- เทศบาลเมือง	3 (2.75)	44 (40.37)	
อาชีพ			
- เกษตรกร	3 (2.75)	12 (11.01)	0.591 ^a
- ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/อาชีพอิสระ	5 (4.59)	15 (13.76)	
- พนักงานบริษัทเอกชน/ลูกจ้างเอกชน	0 (0.00)	2 (1.83)	
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	1 (0.92)	17 (15.59)	
- รับจ้างทั่วไป	3 (2.75)	14 (12.84)	
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานของรัฐ/ลูกจ้างรัฐ	9 (8.26)	28 (25.69)	
การศึกษา			
- ประถมศึกษา	1 (0.92)	22 (20.18)	0.008 ^{*a}
- มัธยมศึกษา	0 (0.00)	13 (11.93)	
- มัธยมศึกษา /ปวช.	6 (5.50)	21 (19.27)	
- ปริญญาตรี	11 (10.09)	22 (20.18)	
- สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.92)	9 (8.26)	
- อนุปริญญา/ปวส.	2 (1.83)	1 (0.92)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05, a P-Value ใช้สถิติ Fisher's Exact Test

อภิปรายผลการศึกษา

กรมอนามัยเริ่มต้นขับเคลื่อนโครงการเมืองสุขภาพดี ซึ่งแนวคิดนี้ได้ดัดแปลงจากมาตรการส่งเสริมสุขภาพตามออตตาวาชาเตอร์ แนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ (SDGs) และแนวทางการพัฒนา Healthy City ขององค์การอนามัยโลก สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ประเด็นยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี จึงได้มีการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy

Environments) สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings) และประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี (Healthy People) (กรมอนามัย, 2566) นำไปใช้ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่นำร่อง เทศบาลเมืองและเทศบาลนคร และขยายผลสู่กลุ่มเป้าหมายเทศบาลทุกระดับ จากนั้นได้ขยายสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับในปี 2568 ซึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดต่างๆ จากภาคสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ได้ขับเคลื่อนตามนโยบายของกรมอนามัย ตั้งแต่ปี 2566 และยังไม่มีการศึกษาผลของการขับเคลื่อนงาน มีเพียงการเปรียบเทียบเป้าหมายตัวชี้วัดกับผลการดำเนินงาน ดังนั้นศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จึงได้ดำเนินการประเมินประสิทธิผลของโครงการเมืองสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 ขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การขับเคลื่อนโครงการเมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 9 มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น โดยภาพรวมมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง สะท้อนถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization (2016) ที่ระบุว่าการพัฒนาเมืองสุขภาพดีต้องอาศัยการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างบูรณาการ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ พบว่า มีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการจัดการมูลฝอย การควบคุมมลพิษทางอากาศ และการมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมสามารถอธิบายได้จากบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการทรัพยากรในพื้นที่และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Green และ Kreuter (2005) ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีนโยบายและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพ และ Harpham et al. (2001) เห็นว่าการพัฒนาองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมยังมีข้อจำกัดในเทศบาล โดยเฉพาะการจัดการขยะ ในด้านสถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่า มีการพัฒนาในประเด็นสิ่งแวดล้อมและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดการพัฒนาเชิงพื้นที่ที่มุ่งเน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในสถานที่สำคัญของชีวิต สอดคล้องกับ Ottawa Charter for Health Promotion (World Health Organization, 1986) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่าบางตัวชี้วัด เช่น การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค และมาตรฐานสถานประกอบการด้านอาหาร ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากร งบประมาณ และความซับซ้อนของระบบการควบคุมคุณภาพที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization (2021) ที่ระบุว่าการจัดการน้ำและสุขภาพยังคงเป็นความท้าทายสำคัญในหลายประเทศ ด้านประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี พบว่า มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อย สะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินงานสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในระยะสั้นได้ อย่างไรก็ตาม ระดับคะแนนที่ยังอยู่ในระดับต่ำบ่งชี้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ต้องอาศัยเวลา ความต่อเนื่องและความเข้มข้นของมาตรการมากกว่าการดำเนินการในช่วงเวลาศึกษา ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพที่มองว่าเป็นกระบวนการพัฒนาทักษะหลายมิติ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การประเมินและการนำข้อมูลไปใช้ (Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2008) จำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้ซ้ำ การฝึกปฏิบัติและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มิใช่เพียงการให้ความรู้เพียงครั้งเดียวแล้วเกิดผลทันที สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ World Health Organization ที่ระบุว่าการสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (WHO, 1986) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย และการรวมกลุ่มทางสังคม มีคะแนนเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงบทบาทของกลไกชุมชนและเครือข่ายทางสังคมในการขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม ช่วยให้เกิดการเข้าถึงข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชี้ว่า เครือข่ายทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเรียนรู้ร่วมกันของประชาชน (Putnam, 2000) ในขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมด้านความรู้สุขภาพ แม้มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคง

อยู่ในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงกิจกรรมยังไม่ทั่วถึง หรือรูปแบบกิจกรรมยังไม่สอดคล้องกับบริบทและความสนใจของประชาชนบางกลุ่ม ส่งผลให้การมีส่วนร่วมยังจำกัด นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการประเมินและสื่อสารด้านความรู้สุขภาพ อาจเป็นข้อจำกัดสำหรับประชาชนบางส่วน โดยเฉพาะผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลและการเข้าถึงเทคโนโลยี ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือกิจกรรมได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด digital divide ที่อธิบายถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศของประชาชนแต่ละกลุ่ม (van Dijk, 2006) สำหรับตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์บางประเด็น ได้แก่ ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาการดำเนินงานที่สั้นเกินกว่าจะสะท้อนผลลัพธ์ระดับประชากร เครื่องมือวัดที่อาจยังไม่สามารถตรวจจับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน ความครอบคลุมของกิจกรรมที่ยังไม่เพียงพอในบางกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของโครงการ ตลอดจนระบบติดตามและสนับสนุนที่ยังไม่ต่อเนื่องเพียงพอ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับประชากรมักต้องอาศัยการดำเนินงานระยะยาวและการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน (Green & Kreuter, 2005)

สำหรับการรับรู้ของประชาชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโครงการเมืองสุขภาพดี โดยมีระดับการศึกษาและพื้นที่อาศัยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าปัจจัยทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา มีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลและความเข้าใจด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2016) ในมิติด้านพื้นที่อาศัยที่มีความแตกต่างระหว่างเขตเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) บ่งชี้ถึงความแตกต่างของสังคม เศรษฐกิจ และลักษณะความเป็นเมืองที่แตกต่างกัน (Iamtrakul & Chayphong, 2023) ส่งผลต่อมุมมองและการรับรู้ของประชาชนในแต่ละพื้นที่ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจและทัศนคติต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Lim et al., 2023) อีกทั้งเมืองหรือพื้นที่ที่มีบริบทและระดับการพัฒนาเชิงโครงสร้างพื้นฐานที่ต่างกัน ย่อมมีช่องว่างและศักยภาพในการขับเคลื่อนดัชนีเมืองสุขภาพดีในมิติต่างๆ ที่ไม่เหมือนกันด้วย นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลแล้วผลการศึกษาศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต และคณะ (2569) ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย ความตระหนักด้านสุขภาพของประชาชน ความต้องการของภาคประชาชนในการพัฒนาสุขภาพแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย รวมถึงการบูรณาการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ที่จะช่วยกระตุ้นระดับการรับรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักด้านสุขภาพของประชาชนให้มีความทั่วถึง ทั้งในบริบทของเขตเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อันจะนำไปสู่การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและการพัฒนาเมืองสุขภาพดีที่ยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาเมืองยุคใหม่ของ Santa และคณะ (2023) ที่เน้นย้ำว่า การรับรู้และการให้ข้อมูลกลับของประชากรในท้องถิ่นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการตรวจสอบและยืนยันความเหมาะสมของตัวชี้วัดเมืองสุขภาพดีในทางปฏิบัติ ดังนั้น การทำความเข้าใจระดับการรับรู้ของประชาชนในแต่ละบริบทพื้นที่ จึงช่วยสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อให้ท้องถิ่นนำไปใช้วางแผนขับเคลื่อนนโยบายอนามัยสิ่งแวดล้อม และยกระดับการพัฒนาเมืองสุขภาพดีให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานโครงการเมืองสุขภาพดีสามารถยกระดับกระบวนการมีส่วนร่วมและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ด้านความรู้สุขภาพในระดับประชากรยังจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม ทั้งในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นให้สามารถออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การเพิ่มความครอบคลุมและความต่อเนื่องของกิจกรรม การใช้สื่อและช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายเพื่อให้ทุกกลุ่มเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม การบูรณาการข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ในการวางแผนเชิงพื้นที่และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อการวิจัย

- 1) ควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเด็นการจัดการสิ่งปฏิกูลและ การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค
- 2) ควรสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ และบุคลากรให้เพียงพอ เพื่อยกระดับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่
- 3) ควรพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน เพื่อให้การดำเนินงานเมืองสุขภาพดีมีความยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง (experimental/quasi-experimental study) เพื่อประเมินผลของมาตรการหรือโครงการอย่างชัดเจน
- 2) ควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และ ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว (long-term outcomes) เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน
- 3) ควรศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน เช่น ภาวะผู้นำ การบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เรื่อง การประเมินประสิทธิภาพโครงการเมืองสุขภาพดีและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9 สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากหลายฝ่าย ขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่ได้ให้คำแนะนำ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 74 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมการประเมินอย่างครบถ้วน ขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ให้ข้อเสนอแนะ และคำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการพัฒนาวิจัยให้มีความสมบูรณ์ ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้อกำลังใจและสนับสนุนด้วยดีเสมอมา จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2566). แนวทางการพัฒนาเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ของประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, นิสิต อินลี, และ สุทธิดา สืบทรัพย์. (2569). รูปแบบการพัฒนางค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 10 สู่การเป็นเมืองสุขภาพดีด้วยกลยุทธ์ PIRAB. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 16(1), 56–70. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth/article/view/283495>
- Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). McGraw-Hill.
- Harpham, T., Burton, S., & Blue, I. (2001). Healthy city projects in developing countries: The first evaluation. Health Promotion International, 16(2), 111–125. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.111>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Iamtrakul, P., & Chayphong, S. (2023). Factors affecting the development of a healthy city in suburban areas, Thailand. Journal of Urban Management, 12(2), 208–220. <https://doi.org/10.1016/j.jum.2023.04.002>
- Lim, N. H. H., Hasnan, L., Zainal Abidin, N., Chowdhury, M. S., Abdul Jalil, N. A. S., & Hassan, L. S. (2023). Exploring the relationship between the perceived importance of healthy city indicators and satisfaction levels towards the local government in shaping a healthy city. Planning Malaysia, 21(29), 414–431. <https://doi.org/10.21837/pm.v21i29.1380>
- Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). Sample size determination in health studies: A practical manual. World Health Organization.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: The collapse and revival of American community. Simon & Schuster.
- World Health Organization. (2021). WHO global air quality guidelines. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228>

- Santa, S. L. B., Dias, F. T., Soares, T. C., Souza e Silva, R. S. M. de, Basil, D. G., & Andrade Guerra, J. B. S. O. de. (2023). Measurement model of healthy and sustainable cities: The perception regarding the Sustainable Development Goals. *Sustainability*, 15(20), Article 15004. <https://doi.org/10.3390/su152015004>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- van Dijk, J. A. G. M. (2006). Digital divide research, achievements and shortcomings. *Poetics*, 34(4–5), 221–235. <https://doi.org/10.1016/j.poetic.2006.05.004>
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- World Health Organization. (2016). Global report on urban health: Equitable healthier cities for sustainable development. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565271>
- World Health Organization. (2021). WHO global air quality guidelines. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228>