

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน  
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

นางสาวกวดิ ภวภูตานนท์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2561

**Factors Related to Community Network Participation in Health Management  
Village Operations in Sing Buri Province**

**Miss.Pakawadee Pawaputanon**



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Public Health  
School of Health Science  
Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน  
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

ชื่อและนามสกุล นางสาวกชวดี ภาณุदानนท์

วิชาเอก บริหารสาธารณสุข

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร  
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง

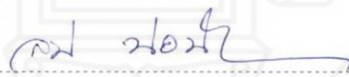
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.นัตรสุมณ พฤทธิภิญโญ)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วิชย์)



**ชื่อวิทยานิพนธ์** ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ  
จังหวัดสิงห์บุรี

**ผู้วิจัย** นางสาวกคดี ภาวภูตานนท์ **รหัสนักศึกษา** 2555000989 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร (2) รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง  
**ปีการศึกษา** 2561

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (2) ปัจจัยคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของเครือข่ายชุมชน (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และ (4) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

ประชากรที่ศึกษา คือ สมาชิกเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินการตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดสิงห์บุรีจำนวนได้กลุ่มตัวอย่าง 188 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายคำนวณตามสูตรของเครซีและมอร์แกน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านความรู้และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.91 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า (1) การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับมีส่วนร่วมปานกลาง (2) สมาชิกเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่เพศหญิงอายุเฉลี่ย 49.63 ปี ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุดและส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านประเมินผล โดยร่วมกันอธิบายการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 36 มีความคลาดเคลื่อนในการทำนายเท่ากับ 0.40 และ (4) ปัญหา อุปสรรค พบว่า สมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดทักษะความรู้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพรวมถึงการจัดทำแผนด้านสุขภาพ ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดช่องทางการสนับสนุน แหล่งเงินทุนในการดำเนินกิจกรรม อีกทั้งยังขาดความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและประชาชนให้ความสนใใจน้อย

**คำสำคัญ** เครือข่ายชุมชน การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ การมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม

**Thesis title:** Factors Related to Community Network Participation in Health Management Village Operations in Sing Buri Province

**Researcher:** Miss.Pakawadee Pawaputanon; **ID:** 2555000989;

**Degree:** Master of Public Health; **Thesis advisors:** (1) Dr.Somphoch Ratoran, Associate Professor; (2) Dr.Warangkana Chankong, Associate Professor;

**Academic year:** 2018

### **Abstract**

The objectives of this survey research were to study: (1) level of community network participation in the operations of health management villages; (2) network members' personal characteristics, knowledge about health management village operations, and social support for community networks; (3) factors related to community network participation in health management village operations; and (4) problems/obstacles in health management village operations in Sing Buri Province.

The study population included community network members involved in health management village operations in Sing Buri Province. A total 188 network members were selected using the random sampling technique; the sample size was calculated using the Krejcie and Morgan formula. A study tool was a questionnaire on knowledge, social support and participation, whose content was validated by experts and its reliability value was 0.91. Collected data were analyzed to determine frequency, mean, percentage and standard deviation, and perform stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that: (1) among respondents or community network members in the province, their participation in health management village operations was at a moderate level; (2) most of them were females aged 49.63 years on average, completed secondary school, worked as farmers, had a monthly income of less than 10,000 baht, and served as health volunteers; (3) the factors related to community network participation in health management village operations were social support in terms of equipment and program evaluation; both of such factors could 36% explain the variation of dependent variables with a predictive error of 0.40 regarding the operations of health management villages; and (4) the problems/obstacles identified were network members' lack of knowledge and skills in prioritizing health problems and community health planning, support channels, operational funding sources, and cooperation from other relevant agencies as well as little public interest.

**Keywords:** Community network, Operations of health management villages, Participation, Social support

## กิตติกรรมประกาศ

ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์เป็นอย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและตลอดจนติดตามการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้อย่างใกล้ชิด นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นเรียบร้อยสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิณฺโญ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่เสียสละเวลาอันมีค่าเข้ามาเป็นประธานการสอบในครั้งนี้ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรมสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อมชุมชนคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ นางสาวนวลจันทร์ คงพานิช นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และนายวุฒิสักดิ์ รักเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างสมาชิกเครือข่ายชุมชนจังหวัดสิงห์บุรีทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่านที่ให้ความรู้ในการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอขอบคุณ เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักศึกษา และเจ้าหน้าที่หน่วยเลขานุการบัณฑิตศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอขอบพระคุณ คุณวิระพงษ์ นวลเมือง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่ได้ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาสนับสนุนและให้การช่วยเหลือด้วยดีมาตลอด จนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดา มารดา ทุกคนในครอบครัว ทั้งสามี และลูกๆ ที่ให้การสนับสนุนในการเรียน การทำวิทยานิพนธ์ และเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา

ภควดี ภวภูตานนท์

กุมภาพันธ์ 2562

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
คำถามการวิจัย .....	7
สมมติฐานของการวิจัย .....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	8
ขอบเขตการวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	12
แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	12
แนวคิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	22
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	64
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	71

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม .....	71
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล .....	71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	73
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน .....	74
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	76
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม .....	78
ความคิดเห็นปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	83
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้สถิติการถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) .....	87
ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี .....	90
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	94
สรุปการวิจัย .....	94
อภิปรายผล .....	97
ข้อเสนอแนะ .....	104
บรรณานุกรม .....	106
ภาคผนวก .....	113
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	114
ข แบบสอบถาม .....	116
ค ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม .....	129
ประวัติผู้วิจัย .....	138



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนหมู่บ้านในจังหวัดสิงห์บุรีและกลุ่มตัวอย่างสมาชิกเครือข่ายชุมชน จำแนกแต่ละอำเภอ ในจังหวัดสิงห์บุรี .....	64
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม .....	74
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี จำแนกตามระดับความรู้ในการ ดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	76
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละข้อมูลความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	76
ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม .....	78
ตารางที่ 4.5 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม .....	79
ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	83
ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม .....	84
ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนน มาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าสัมประสิทธิ์ การตัดสินใจในพหุคูณ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis).....	87
ตารางที่ 4.9 ความมีอิทธิพลของ Model .....	49
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี.....	90
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี .....	92

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	8
ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดและองค์ประกอบการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	15
ภาพที่ 2.2 ลำดับชั้นของเครือข่าย .....	24
ภาพที่ 2.3 การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับจังหวัดสิงห์บุรี .....	26



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านสุขภาพจากกระแสโลกาภิวัตน์ในปัจจุบัน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วิถีชีวิตของคนในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนไทยในชุมชน ส่งผลต่อปัจจัยทางสุขภาพของคนไทยในด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต การบริโภค พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย สภาวะหรือสถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ต้องเร่งรีบอยู่ตลอดเวลา การต่อสู้แย่งชิงกันก่อให้เกิดภาวะความเครียดและความเสื่อมถอยด้านจิตใจ รวมถึงปัญหาสาเหตุและปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมทำให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (กระทรวงสาธารณสุข 2556)

การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษยชาติ ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดไว้ว่า การมีสุขภาพที่ดีเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน และเมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของระบบสุขภาพไทย เพราะได้ปฏิรูปแนวความคิดว่าด้วย “สุขภาพ” ให้ครอบคลุมทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา โดยใช้คำว่า “สุขภาวะ” เพื่อสื่อความหมายใหม่ และยังมีการพัฒนาเทคโนโลยี/โครงสร้างเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ (healthy public policy) แบบมีส่วนร่วม โดยการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพ และจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 โดยมีกรอบเวลาถึง พ.ศ. 2563 เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศไทย ประกอบกับการพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 มุ่งพัฒนาภายใต้เศรษฐกิจพอเพียง สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งเป่าประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ 11 หนึ่งในนั้นคือ ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกัน

ได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและการมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้ (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559, น. 23)

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับกระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ทั้งนี้ต้องอาศัยองค์ประกอบหลัก 4 องค์กร คือ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่ดำเนินการกิจตามกฎหมาย สนับสนุนงบประมาณ จัดทำแผนตำบลและพัฒนานโยบายพื้นที่ 2) องค์กรท้องถิ่น (กำนันผู้ใหญ่บ้าน) มีบทบาทหน้าที่ในการเชื่อมประสานภาครัฐ ประชาชนและเครือข่ายต่างๆ ร่วมเก็บข้อมูลสื่อสารกับประชาชนด้วยช่องทางต่างๆ ดูแลความสุข ทุกข์ของประชาชน แก้ปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ รวมถึงการไกล่เกลี่ยข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชุมชน 3) หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ (สถานีอนามัย โรงพยาบาล โรงเรียน และพัฒนาชุมชน เป็นต้น) มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนวิชาการ เสริมศักยภาพองค์กรต่างๆ ในชุมชน จัดบริการสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของประชาชน และเชื่อมประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ 4) องค์กรชุมชน (ประชาชน) มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญคือ สร้างงานในชุมชน สร้างแหล่งเรียนรู้เรื่องดีๆ ร่วมเรียนรู้สถานการณ์ ร่วมทำแผนและปฏิบัติการ และร่วมรับประโยชน์ (ขนิษฐา นันทบุตร 2553) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการทำงานที่บูรณาการเข้าด้วยกัน โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ การพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล เพื่อสร้างสุขภาวะของชุมชน ดังนั้นองค์กรในพื้นที่หรือผู้เกี่ยวข้องต้องพยายามสร้างรูปแบบการทำงานร่วมกัน

จะเห็นได้ว่ารัฐได้ใช้การมีส่วนร่วมนี้เป็นเครื่องมือให้ประชาชนเข้าร่วมในโครงการต่างๆ ของรัฐมากมาย โดยระดับของการมีส่วนร่วมมีหลายระดับ Cohen และ Uphoff (1980) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (ถวิลวดี บุรีกุล 2552) อย่างไรก็ตามผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะดำเนินการผลักดันให้มีกลไก และระบบสนับสนุนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตามบริบทของปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของประชาชนที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง โดยหัวใจของความสำเร็จของหมู่บ้าน/ชุมชนเข้มแข็งอยู่ที่ “การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ” (Interactive learning through action) ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้ปัญหาและศักยภาพของชุมชนร่วมกัน 2) การเรียนรู้เกิดจากการประชุม จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การศึกษาดูงานจากชุมชนอื่นที่ประสบความสำเร็จ และ 3) การจัดการ ได้แก่ การจัดการคน การจัดการงาน การจัดการทรัพยากร (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ 2552) ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยและพัฒนาในหลากหลายมิติ เพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน และมีการขับเคลื่อนสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน

จนเกิดผลลัพธ์สุดท้ายคือ ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรม เจ้าของชุมชน และเกิดการพึ่งพาตนเองได้ (วีณา เทียงธรรม 2554)

การพัฒนาหมู่บ้านเพื่อการจัดการสุขภาพเป็นแนวคิดที่ทำทลายจาก “หมู่บ้าน/ชุมชน” คือ พื้นที่เป้าหมายในการพัฒนา และกระบวนการพัฒนาอาจจะไม่ใช่การพัฒนาในรูปแบบเดิมที่ภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทเป็น “ผู้ให้” หมู่บ้าน/ชุมชนมีบทบาทเป็น “ผู้รับ” แต่เป็น กระบวนการพัฒนาในรูปแบบใหม่ที่ภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้การสนับสนุน และส่งเสริมให้หมู่บ้าน/ชุมชน เป็นองค์กรจัดการตนเอง (Self Management Organization) เป็นชุมชน ที่มีพลัง มีความรู้ สามารถบริหารจัดการชุมชนของตนเองได้ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่ม การพัฒนาหมู่บ้านในรูปแบบของ “หมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐาน” “หมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า” จนใน ปัจจุบันเป็น “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2551)

ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มีเป้าหมายสูงสุด คือ เป็นหมู่บ้านที่ ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ ตามคำขวัญที่ว่า “แม่เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของ พวกเราเองได้” ด้วยคำขวัญนี้มีปรัชญาและฐานคิดอยู่เบื้องหลัง คือ หมู่บ้านจัดการเป็นทั้งเป้าหมาย ในการพัฒนา คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนพึ่งพากันเองได้ ทางด้านสาธารณสุข และเป็นทั้ง กระบวนการพัฒนา กล่าวคือสิ่งที่เราอยากเห็นหรืออยากให้เกิดขึ้น คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน พึ่งพากันเองได้ทางสาธารณสุข แต่การที่ประชาชนจะพึ่งพากันเองได้นั้น ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนา ด้วยกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเอง จนสามารถรู้จักตนเอง เข้าใจตนเองและกำหนดอนาคตของ ชุมชนได้เอง จนเกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และการพึ่งพากันเองหรือจัดการกันเอง นอกจากชุมชน จะต้องมีความรู้ในการจัดการแล้ว คนในชุมชนจะต้องมีคุณธรรมด้วย เพราะคุณธรรมจะเป็นกรอบ กำหนดพฤติกรรมหรือจัดระบบ ระเบียบการทำงานร่วมกันของหมู่บ้าน/ชุมชน หรือมีมาตรการทาง สังคมที่จะเป็นตัวกำหนดคนในชุมชนอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข

การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในตำบล ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพออกมาในรูปภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบล เพราะตำบล มีโครงสร้างการพัฒนาขององค์กรภาครัฐ (สถานีอนามัย โรงเรียน พัฒนาการ เกษตรตำบล) และมีองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นครบทุกตำบล โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (การศึกษาชุมชน แบบมีส่วนร่วม / ศึกษาดูงาน การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ การจัด เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน ฯลฯ) เป็นจุดเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายภายในตำบลเข้ามามีบทบาท ในการพัฒนาสุขภาพ จึงเป็นที่มาของ หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งเป็นการรวบยอดงานสาธารณสุข มูลฐานให้เป็นระบบและขับเคลื่อนการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอน โดยเน้นการบูรณาการ แนวคิด 3 ประการเข้าด้วยกัน ได้แก่ แนวคิดเรื่องคน เรื่ององค์ความรู้ และเรื่องทุน ซึ่งแนวคิดทั้ง

3 ประการนี้ เป็นองค์ประกอบที่มีอยู่ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน เพียงแต่จะอย่างไรให้หมู่บ้าน/ชุมชนนำองค์ประกอบที่มีอยู่ทั้ง 3 ประการนี้มาใช้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อหมู่บ้านและชุมชนนั้นๆ

ในการขับเคลื่อนหมู่บ้าน / ชุมชนให้น่าอยู่ ปัจจัยสำคัญมาจากการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานท้องถิ่น และที่ขาดไม่ได้เลยก็คือ เครือข่ายชุมชน ซึ่งการร่วมกันทำงานดังกล่าว ดำเนินการเรื่อยมาตั้งแต่ปี 2554 – 2555 และเกิดผลสำคัญยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อาทิ ความมั่นคงในอาหาร การออกกำลังกาย การอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งประเด็นที่สำคัญคือ “การพัฒนาคนจะมีความยั่งยืน จำเป็นต้องทำให้ประชาชนเป็นพลเมือง” พัฒนาองค์ความรู้สร้างการมีส่วนร่วม สร้างความเป็นเจ้าของ สร้างศักยภาพ ก็จะนำไปสู่การพัฒนาที่แท้จริง และเป็นพื้นฐานสำคัญของประเทศของเราให้มีความเข้มแข็งและน่าอยู่ยิ่งขึ้น (จดหมายข่าวพลังพลเมืองชุมชนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 2556, น. 5)

จากแนวคิด การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ต้องอาศัยองค์ประกอบที่มีในชุมชน 3 ประการ คือ คน ทูน ความรู้ โดยอาศัยการจัดการ 4 ด้าน คือ ด้านการจัดทำแผน ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดบริการสุขภาพ และด้านการประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง และได้สะท้อนให้เห็นว่า ศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน มีทั้งส่วนที่เป็นผลสำเร็จที่ส่งผลที่ดีต่อการพัฒนาในอนาคต และมีผลการพัฒนาที่ยังต้องการการสนับสนุนและกำหนดทิศทางที่ถูกต้องมีการพัฒนาเพื่อให้ส่งผลสำเร็จในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการจะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านี้ ต้องอาศัยปัจจัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สามารถทำให้เกิดการมีส่วนร่วมได้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2556, น. 57)

ในระยะเวลาที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินการพัฒนาสุขภาพโดยวิธีการต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นวิธีการลงทุนด้านบริการสุขภาพ โดยการเน้นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพทั้งระบบอย่างบูรณาการเชื่อมโยงทุกระดับ ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น มุ่งเน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและชนบท พบว่าในช่วง พ.ศ. 2550 – 2555 ได้มีการสร้างเครือข่ายบริการไว้รอคอยให้ครอบคลุมประชากร 5 ล้านคน รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย และดำเนินการตามมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราป่วย โดยบูรณาการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ลดภัยโรคติดต่อเรื้อรัง แต่จากผลการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนชาวไทย ปีงบประมาณ 2554 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมทั้งสิ้น 22,161,686 ราย พบผู้ป่วยรายใหม่ 185,584 ราย โรคความดันโลหิตสูง 18,245,141 ราย พบผู้ป่วยรายใหม่ 187,969 ราย (กระทรวงสาธารณสุข 2550) แต่ก็ยังพบว่าการดำเนินงานดังกล่าว

เป็นเพียงการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากปัญหาสุขภาพไม่ใช่เรื่องที่บุคคลที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพเท่านั้นที่จะจัดการได้อย่างครบถ้วน ภาคประชาชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมกันคิด ร่วมประสาน ร่วมบริหารจัดการด้านสุขภาพ จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างจริงจัง ซึ่งการดำเนินงานจัดการสุขภาพโดยสมาชิกเครือข่ายชุมชนของคนในหมู่บ้าน / ตำบลของตนเองเป็นสิ่งที่จะสามารถทำให้การดำเนินการพัฒนาสุขภาพไปถึงเป้าหมายที่แท้จริงได้ ทั้งนี้แนวทางการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพมีเป้าหมายให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชน มีจิตสำนึกและมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการพัฒนาสุขภาพโดยตนเอง โดยใช้กระบวนการจัดการแบบบูรณาการ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นอีกตัวชี้วัดหนึ่งที่จะทำให้เห็นว่าเป็นการเชื่อมโยงให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพในเรื่องของการจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณเพื่อใช้พัฒนาด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน และการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วม ทำให้การดำเนินงานดังกล่าว เป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาให้ครอบครัว ชุมชน และประชาชนมีจิตสำนึกในการแสดงบทบาท อันจะนำไปสู่การพัฒนาตนเองและการมีสุขภาพดี และส่งผลให้สังคมอยู่เย็นเป็นสุขได้ในที่สุด

จังหวัดสิงห์บุรีได้มีการดำเนินการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา ซึ่งผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2555 มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพจำนวน 110 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 364 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.22 ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 238 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.38 และในปี พ.ศ. 2556 จังหวัดสิงห์บุรีมีจำนวนหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 364 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100.00 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี 2555) แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดบางประเด็นจะพบว่าการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพยังมีประเด็นที่แตกต่างกันในแต่ละหมู่บ้าน / ชุมชน ซึ่งก็ยังคงมีปัญหาในหลายๆ หมู่บ้าน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความร่วมมือของประชาชนหรือประชาชนมีการทำงานแบบเครือข่ายน้อยมาก อีกทั้งยังเป็นผลมาจากการที่สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีความคิดที่ว่าการทำงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพนั้นเป็นเรื่องที่เข้าใจยากและไม่ใช่น้ำที่ความรับผิดชอบของตนเอง เพราะตนเองมีบทบาทหน้าที่ทางสังคมมากอยู่แล้ว อีกทั้งเครือข่ายชุมชนยังขาดแรงจูงใจหรือขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จะเห็นได้ว่า กระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการพัฒนาดำเนินงาน ซึ่งต้องเน้นการดำเนินการเชิงคุณภาพมากขึ้นในทุกกระบวนการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มศักยภาพให้แก่ สมาชิกเครือข่ายชุมชนในระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล เพื่อเป็นพลังที่เข้มแข็ง พร้อมทั้งจะดำเนินงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างจริงจังและยั่งยืน

ทั้งนี้ผู้ศึกษาวิจัยจึงเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จึงได้ทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรีว่าเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นแนวทางและบทเรียนสำหรับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ ที่ส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนทุกคนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

### 2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

### 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

2.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของเครือข่ายชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี

2.2.3 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

2.2.4 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี



### 3. คำถามการวิจัย

3.1 การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในจังหวัดสิงห์บุรีเป็นอย่างไร

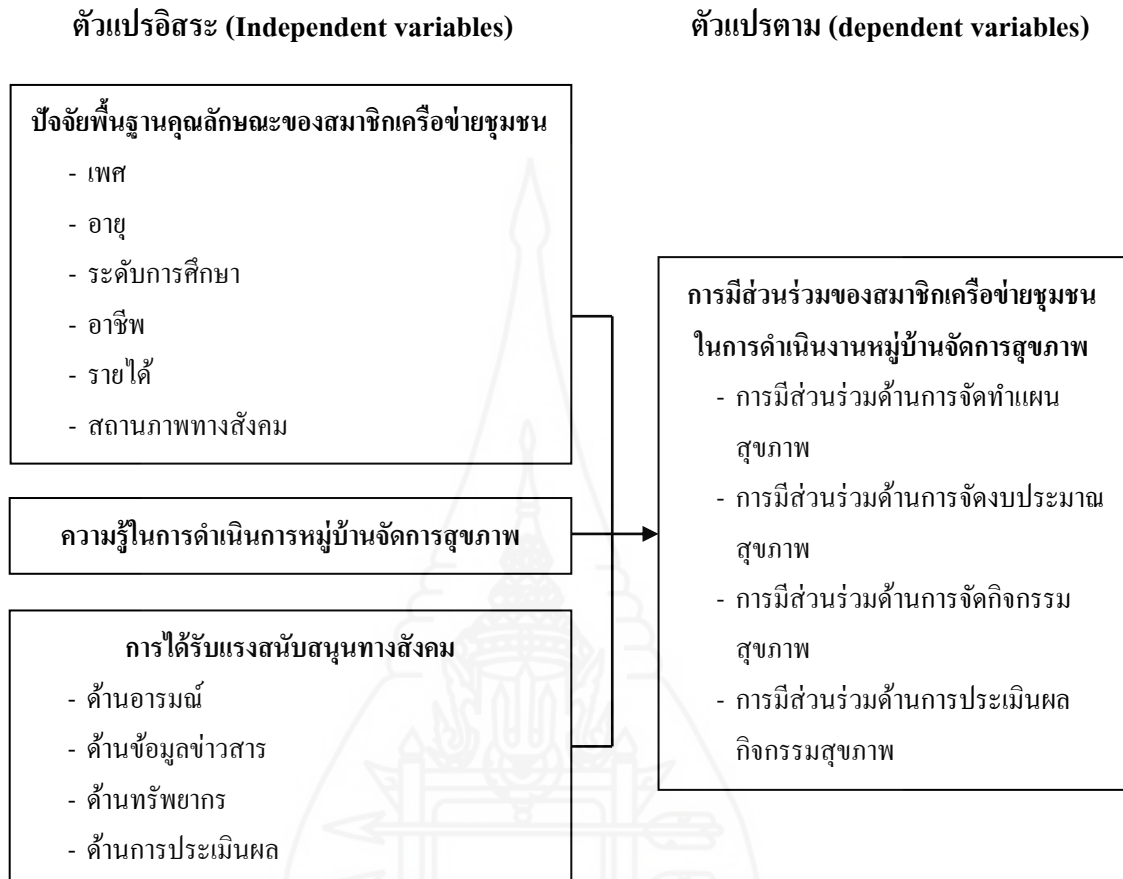
3.2 ปัจจัยคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของเครือข่ายชุมชน ปัจจัยใดที่ส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

### 4. สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี



## 5. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 6. ขอบเขตการวิจัย

### 6.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ซึ่งประกอบไปด้วย

**6.1.1 การศึกษาด้านคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางสังคม ของเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในจังหวัดสิงห์บุรี ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ ด้านการจัดงบประมาณสุขภาพ ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ และด้านการประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ เป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

**6.1.2 การศึกษาด้านความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ** การที่เครือข่ายชุมชนมีความรู้ในการอธิบายและตอบคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างถูกต้องในองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในที่นี้คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา

**6.1.3 การศึกษาด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (House 1981)** คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินผล

**6.1.4 การศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2556, น. 57)** คือ การมีส่วนร่วมด้านการจัดทำแผนสุขภาพ การมีส่วนร่วมด้านการจัดงบประมาณสุขภาพ การมีส่วนร่วมด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ เป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

## 6.2 ขอบเขตด้านประชากร

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากสมาชิกเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินงานตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดสิงห์บุรี จากจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 364 หมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่ายคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของเครซีและมอร์แกน Krejcie and Morgan และการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 188 คน

## 6.3 ขอบเขตด้านเวลา

เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2561

## 7. นิยามศัพท์เฉพาะ

**7.1 การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ** หมายถึง หมู่บ้านหรือชุมชน ใช้กระบวนการดำเนินงานตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในด้านการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน ด้านการจัดงบประมาณสุขภาพ ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ และด้านการประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ จนสามารถดูแลจัดการสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง ดังนี้

**7.1.1 การมีส่วนร่วมด้านการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน** หมายถึง สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีกระบวนการและหลักเกณฑ์การวางแผนงาน / โครงการ เป็นไปตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกระบวนการทำแผนเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาสู่แผนสุขภาพชุมชน แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ต่อไป

**7.1.2 การมีส่วนร่วมด้านการจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การที่สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดสรรทุนทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน มีการรับผิดชอบทางการเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีของเครือข่ายชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของชุมชน โดยอาจจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพของหมู่บ้าน

**7.1.3 การมีส่วนร่วมด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้านชุมชน** หมายถึง การที่สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ/นวัตกรรมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ กิจกรรมด้านการบริการสุขภาพภาคประชาชน กิจกรรมด้านการถ่ายทอดความรู้ในชุมชน และกิจกรรมด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน รวมทั้งส่งเสริมให้มีการแก้ปัญหาสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

**7.1.4 การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การที่สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดำเนินโครงการ ประเมินผลการดำเนินงาน โดยกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปผล ประเมินตนเอง และสามารถนำเข้าสู่เวทีชุมชนเพื่อนำไปวางแผนการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพต่อไป

**7.2 ปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน** หมายถึง องค์กรประกอบที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และตำแหน่ง/สมาชิกกลุ่มในชุมชน

**7.3 ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ** หมายถึง การที่เครือข่ายชุมชนมีความรู้ ในการอธิบายและตอบคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ในองค์กรประกอบทั้ง 5 ด้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในที่นี้คือ อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา

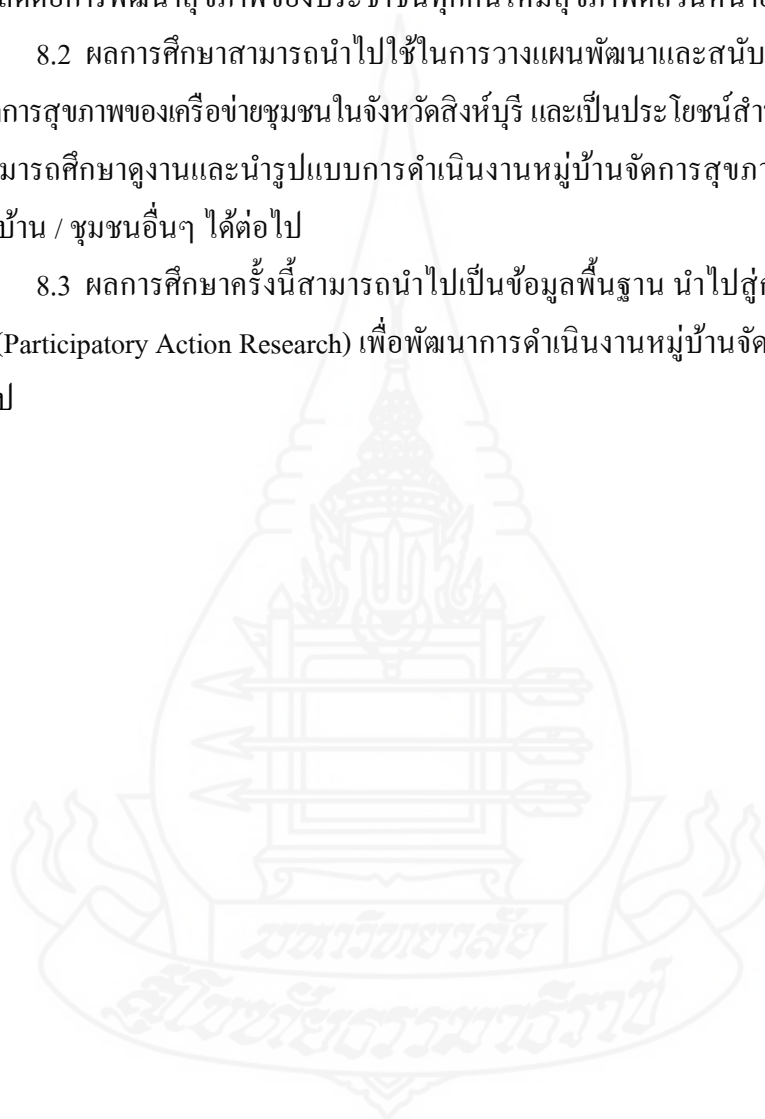
**7.4 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่เครือข่ายชุมชนได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของเฮาส์ คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมินผล ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (House 1981)

## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 เพื่อนำปัญหา และอุปสรรคที่ได้จากผลการศึกษาวិจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ศักยภาพของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนทุกคนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนต่อไป

8.2 ผลการศึกษานำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพของเครือข่ายชุมชนในจังหวัดสิงห์บุรี และเป็นประโยชน์สำหรับหมู่บ้าน / ชุมชน อื่นๆ ที่สามารถศึกษาดูงานและนำรูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพไปปรับใช้ในการ พัฒนาหมู่บ้าน / ชุมชนอื่นๆ ได้ต่อไป

8.3 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน นำไปสู่การศึกษาวิจัยแบบมี ส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนาการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในพื้นที่ อื่นๆ ต่อไป



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี ผู้ศึกษาวิจัยได้ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาโดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
2. แนวคิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

แนวคิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้เริ่มมีการดำเนินงานให้เกิดเป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2548 หลังการประชุมนานาชาติการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 6 จึงกำหนดให้มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 โดยกำหนดให้มีหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 35 ของประเทศ และนำพาทุกชุมชนของประเทศไทยไปสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง ภายในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพคือ ร้อยละของหมู่บ้านมีการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ในปีงบประมาณ 2556 กำหนดเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 70 ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชน หมู่บ้าน / ชุมชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างแท้จริง ทำให้หมู่บ้านสามารถจัดการสุขภาพภาคประชาชนได้ด้วยตนเอง นำไปสู่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน 2556, น. 56)

##### 1.1 ความหมายของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่สามารถบริหารจัดการโดยกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้าน (ทั้งกลุ่ม อสม. และแกนนำชุมชน เครือข่ายชุมชนอื่นๆ) มีการวางแผนระดมทุนจัดการทุน มีการใช้องค์ความรู้ที่ได้จากภายนอกหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการประเมินผลการทำงาน

มีการเชื่อมโยงและประสานประโยชน์ คน ทูณ และองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดคุณค่ามากกว่าเดิม ด้วยการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น ประชุมหารือหรือทำประชาคมของกลุ่มองค์กรต่างๆ รวมทั้งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ร่วมกับวางแผน ร่วมกันดำเนินการตามแผน และมีการเชื่อมโยงการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้านกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกหมู่บ้าน

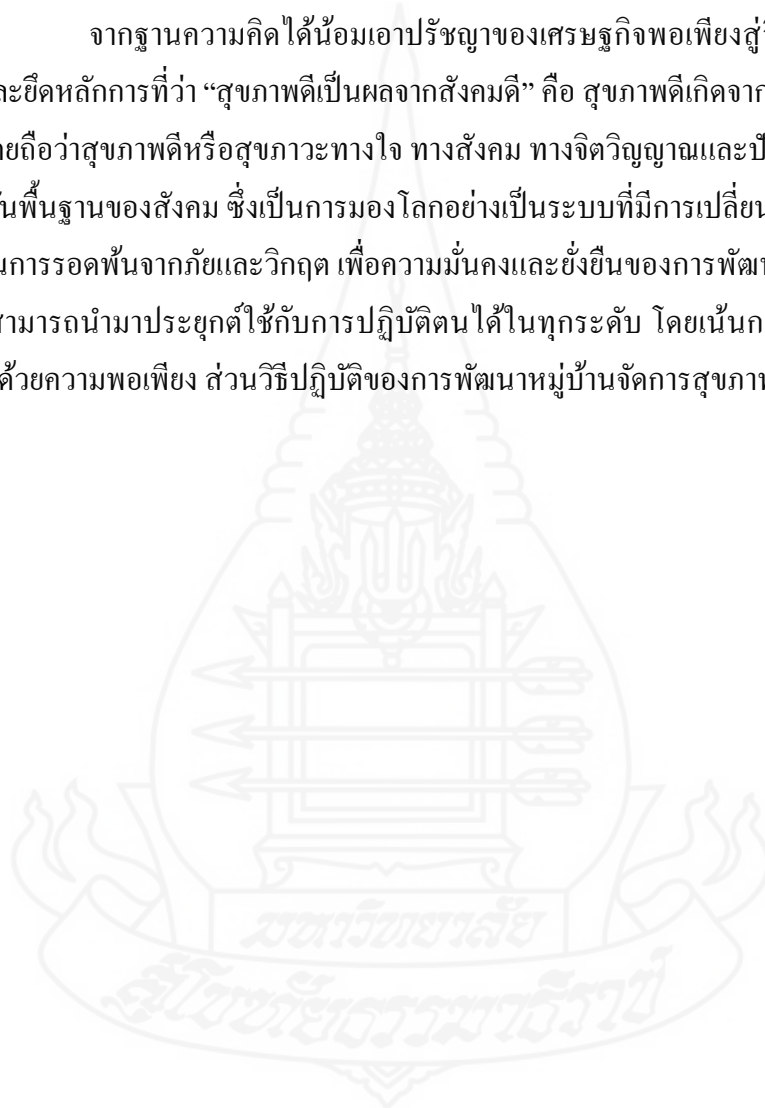
## 1.2 แนวคิดในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ระบบสุขภาพภาคประชาชน เกิดจากแนวคิดที่เน้นการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้มแข็ง คำว่า “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” เป็นการรวบรวมยอดงานสาธารณสุขมูลฐานให้เป็นระบบและขับเคลื่อนการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างมีขั้นตอน โดยเน้นการบูรณาการแนวคิด 3 ประการ เข้าไว้ด้วยกัน ได้แก่ 1) แนวคิดเรื่องคน 2) แนวคิดเรื่ององค์ความรู้ และ 3) แนวคิดเรื่องทุน ซึ่งแนวคิดทั้ง 3 ประการนี้ เป็นองค์ประกอบที่มีอยู่ทุกหมู่บ้าน / ชุมชน เพียงแต่ทำอะไรให้หมู่บ้าน / ชุมชนนำองค์ประกอบที่มีอยู่ ทั้ง 3 ประการนี้มาใช้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อหมู่บ้านและชุมชนนั้นๆ คำตอบคือ ต้องการหากลไกที่เป็นหัวใจสำคัญมาเชื่อมโยงองค์ประกอบ 3 ประการ ให้เกิดการบูรณาการได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดก็คือ “การจัดการ” ในที่นี้หมายถึง “การจัดการด้านสุขภาพ” นั่นเอง โดยที่การจัดการด้านสุขภาพเน้นกระบวนการหลัก 4 ด้าน อันได้แก่ การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณเพื่อใช้พัฒนาด้านสุขภาพในหมู่บ้าน / ชุมชน และประการสุดท้ายคือ การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องดำเนินการโดย อสม. และแกนนำฯ ในหมู่บ้าน / ชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่นๆ ร่วมกันขับเคลื่อนตามกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน และผ่านการประเมินเป็น “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” (กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข 2553, น. 5)

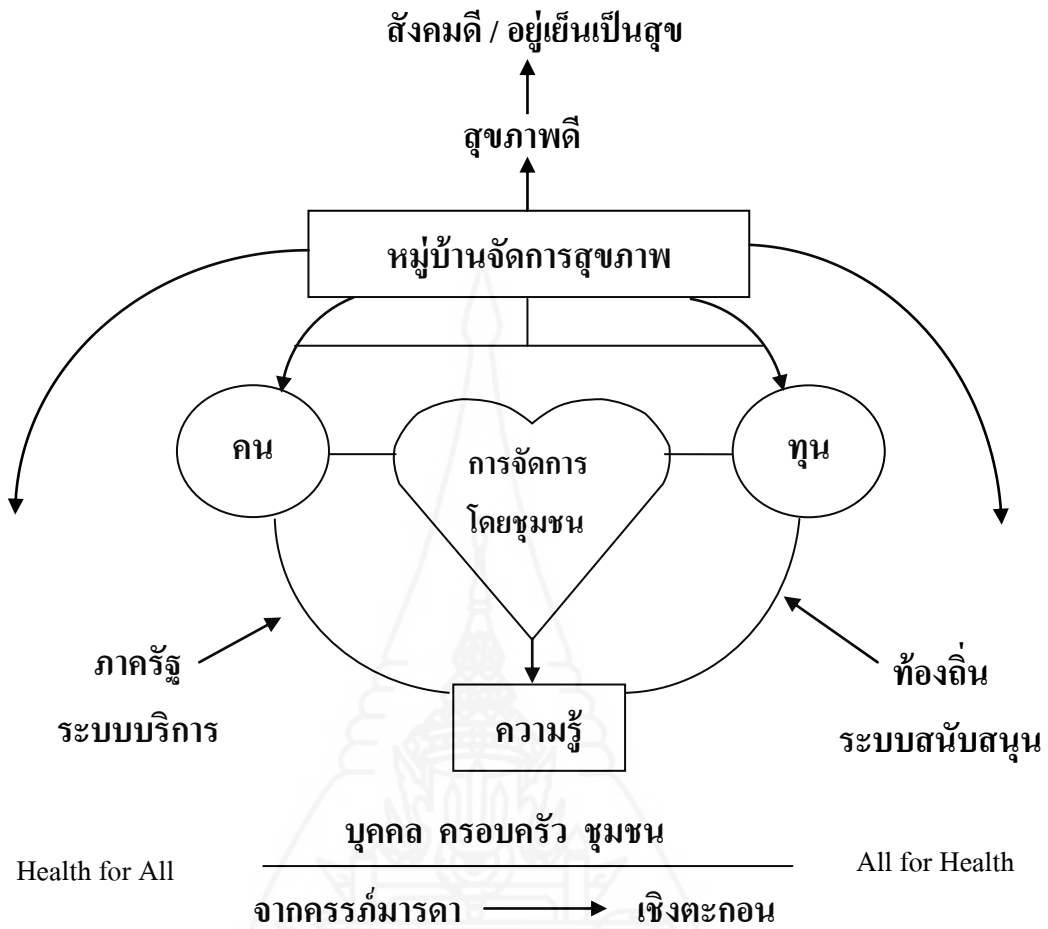
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาให้ครอบครัว ชุมชน และประชาชนมีจิตสำนึกในการแสดงบทบาท อันจะนำไปสู่การพัฒนาตนเองและการมีสุขภาพที่ดีและส่งผลให้สังคมอยู่เย็นเป็นสุข (Green and Happiness Society) ได้ในที่สุด สอดคล้องกับตามเป้าหมายและวิสัยทัศน์ของการพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาพะตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 มุ่งพัฒนาภายใต้เศรษฐกิจพอเพียง สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งเป้าประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ 11 หนึ่งในนั้นคือประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและการมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้ (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559, น. 23) และกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพนั้น มิได้มุ่งเน้นที่ผลผลิตเพียงอย่างเดียว หากแต่ยังมุ่งเน้นที่กระบวนการมีส่วนร่วมและสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนควบคู่ไปด้วย

จากฐานความคิดได้น้อมเอาปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสู่วิถีปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพ และยึดหลักการที่ว่า “สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี” คือ สุขภาพดีเกิดจากการมีสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข โดยถือว่าสุขภาพดีหรือสุขภาวะทางใจ ทางสังคม ทางจิตวิญญาณและปัญญาของทุกคนเป็นศีลธรรมขั้นพื้นฐานของสังคม ซึ่งเป็นการมองโลกอย่างเป็นระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมุ่งเน้นการรอดพ้นจากภัยและวิกฤต เพื่อความมั่นคงและยั่งยืนของการพัฒนา ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติตนได้ในทุกระดับ โดยเน้นการปฏิบัติตนบนทางสายกลาง ด้วยความพอเพียง ส่วนวิถีปฏิบัติของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ







ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดและองค์ประกอบการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในตำบลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพออกมาในรูปภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบล เพราะตำบลมีโครงสร้างการพัฒนาขององค์กรภาครัฐ (สถานีอนามัย โรงเรียน พัฒนาการ เกษตรตำบล) และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครบทุกตำบล โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (การศึกษาชุมชนแบบมีส่วนร่วม / ศึกษาดูงาน การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน ฯลฯ) เป็นจุดเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายภายในตำบลเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพ จึงเป็นที่มาของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งสามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิด และองค์ประกอบการพัฒนาตำบล/หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ดังแผนภาพที่ 1.1

วงแรกเรื่องของคน หมายถึง กลุ่มองค์กรภาคประชาชน เช่น กลุ่มอาสาสมัคร สาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรปลอดสารพิษ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มจักรยาน กำนัน กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มอื่นๆ อีกมากมาย รวมทั้งคนเก่ง คนดี กลุ่มคนเหล่านี้ ถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาหมู่บ้าน เป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง แต่ถ้าเน้นเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างน้อยจะต้องมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็น เจ้าภาพ และ อสม. เองจะต้องแสวงหาแนวร่วมในการดำเนินงานในหมู่บ้านเพิ่มเติมเพื่อเป็นกำลังหนุนเสริม ซึ่งก็คือกลุ่มองค์กรชุมชนที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้านนั้นมาช่วยกันคิด ช่วยกันทำ

วงที่สองเรื่องของทุน ทุนในที่นี้จะเน้นทุนที่เป็นตัวเงิน (ส่วนทุนทางสังคมได้รวมอยู่ในวงแรกคือเรื่องของคนแล้ว) ในหมู่บ้าน / ชุมชนมีเงินทุนอยู่มากมาย ทั้งที่เป็นเงินทุนที่ชาวบ้าน ระดมหรือรวมหุ้นกันเอง เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจ กองทุนยา กองทุนต่างๆ อีกหลายกลุ่มและเงินทุนจากภายนอกที่ทางราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนมาให้ถึงหมู่บ้าน ได้แก่ กองทุนเงินล้าน กองทุนเอสเอ็มแอล กองทุนสุขภาพตำบล เป็นต้น

วงที่สามเรื่องความรู้ หมายถึง ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นและรวมถึงความรู้ในการจัดการเพื่อจัดการสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เกิดคุณค่าต่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น วิถีปฏิบัติตามแผนผังภาพนี้คือ ต้องจัดการให้ทั้งสามวงมาบูรณาการกัน โดยการจัดการในรูปแบบไหนก็ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละชุมชน เช่น การจัดเวทีการประชุม การทำประชาคม ให้แกนนำองค์กรกลุ่มต่างๆ ได้วิเคราะห์ และเรียนรู้ถึงสิ่งดีๆ และสิ่งที่เป็นปัญหาของชุมชนตนเอง จนเกิดความเข้าใจวิถีชุมชนของตนเอง เป็นอยู่อย่างไร แล้วร่วมกันหาช่องทางการพัฒนาและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากทั้งภายในและภายนอกชุมชน วิถีปฏิบัติของหมู่บ้านจัดการสุขภาพจึงไม่แตกต่างกับวิถีปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

รัฐบาลมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม ปัญญา สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความดี ความพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาอาชีพทั่วถึง มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกชุมชนของประเทศไทยสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง ภายใต้ปี พ.ศ. 2560 โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จซึ่งเป็นการวัดผลสำเร็จของกิจกรรมที่ได้ดำเนินการด้านสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านและตำบล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคา อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข

การวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในระดับหมู่บ้านและการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จดังกล่าว เป็นการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านมากกว่าที่จะให้

ความสำคัญกับการจัดการด้านสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง ความสำเร็จที่ยั่งยืนจึงจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้น กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน จึงได้กำหนดตัวชี้วัดที่เป็นเครื่องมือความยั่งยืนการพัฒนาให้คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง โดยจะดูที่กระบวนการพัฒนาของหมู่บ้าน “หมู่บ้าน / ชุมชน มีกระบวนการพัฒนาและมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน จนสามารถดูแลจัดการสุขภาพได้” ซึ่งเรียกหมู่บ้านนี้ว่า “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ”

### 1.3 ขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ควรมีการดำเนินการพัฒนาสุขภาพเป็นระยะๆ โดยไปดูที่กระบวนการพัฒนาของหมู่บ้านว่า “หมู่บ้าน/ชุมชน มีกระบวนการพัฒนา และมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน จนสามารถดูแลจัดการสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง” ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2553, น. 34)

#### ขั้นตอนที่ 1 สำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์

การสำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพของหมู่บ้านที่ผ่านมาเริ่มต้นด้วยการสำรวจและวิเคราะห์หมู่บ้าน/ชุมชนของตนเองก่อนว่ามีกลไกหลักในการก่อรูป “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” หรือไม่อย่างไร โดยอาจใช้เครื่องมือในการสำรวจที่มีอยู่ เช่น แบบ จปฐ. แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบบคัดกรองพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพ ฯลฯ แล้วสรุปข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ และข้อมูลเกี่ยวข้องนำเสนอในเวทีเรียนรู้ชุมชน โดยการสำรวจกลไก ที่ว่านี้คือ

1.1 สำรวจ องค์กร / คน คือ เจ้าภาพหลักที่เป็นแกนนำหรือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาสุขภาพ ในที่นี้คือ อสม. และนอกเหนือจาก อสม. แล้วยังมีชมรมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำ องค์กรภาคีเครือข่ายอื่นๆ รวมทั้งคนเก่ง คนดี ในหมู่บ้านที่พร้อมจะมาร่วมกันทำงานสุขภาพอีกหรือไม่ มากน้อยเพียงไร

1.2 สำรวจ กองทุน ว่ามีอยู่หรือไม่ มากน้อยเพียงไร กองทุน ในที่นี้หมายถึง กองทุนที่ชาวบ้านระดมกันเอง เกิดเป็นกองทุนต่างๆ และกองทุนที่ภาครัฐสมทบมาให้ เช่น กองทุนหมู่บ้านเอสเอ็มแอล กองทุนสุขภาพระดับตำบล ฯลฯ เป็นต้น (กองทุนนี้รวมถึงกองทุนต่างๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้านทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ)

1.3 สำรวจ องค์กรความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน เช่น นำประสบการณ์การจัดการเหมือนฝายมาบริหารจัดการ คน ทุน เพื่อการพัฒนาชุมชน หรือการใช้ภูมิปัญญาในเรื่องสมุนไพร ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีมาใช้เป็นสิ่งหล่อหลอมและดึงดูดให้คนในหมู่บ้านมารวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น

โดยผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ คือ จะช่วยให้การจัดทำแผนชุมชนและแผนสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านได้ตรงตามปัญหาของหมู่บ้าน

### **ขั้นตอนที่ 2 สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน / ชุมชน**

เป็นขั้นตอนของการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ทุน และความรู้ มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สานกลไกทั้ง 3 ให้เกิดคุณค่ามากขึ้นกว่าเดิม โดยร่วมระดมความคิดในประเด็นต่างๆ ของหมู่บ้าน / ชุมชน โดยการ

2.1 ทำประชาคมร่วมกันของกลุ่มองค์กร ภาติ / เครือข่าย พุศคยกัน ถึงเรื่องสภาพความเป็นอยู่ของคนในหมู่บ้านในทุกแง่ ทุกมุม ทุกด้าน ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์หมู่บ้าน / ชุมชนเอง

2.2 ร่วมกันกำหนดสิ่งที่ต้องการพัฒนา โดยวิเคราะห์ให้ลึกถึงสาเหตุของปัญหานั้นๆ และร่วมกันจัดบันทึกประเด็นต่างๆ ของเรื่องที่พุดคุย เพื่อนำสู่กระบวนการจัดทำแผนชุมชนในแต่ละเรื่องได้ง่ายขึ้น

โดยผลที่คาดว่าจะได้รับจากขั้นตอนนี้ คือ ได้ทราบปัญหาและข้อมูลต่างๆ ที่เป็นของจริง จากชุมชน ซึ่งจะทำให้การจัดทำแผนได้ละเอียดและครอบคลุมทุกเรื่องมากขึ้น

### **ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการทำแผนชุมชน**

3.1 ร่วมกันวางแผนแก้ไขหรือพัฒนาหมู่บ้านจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้ ในที่ประชุมประชาคมหมู่บ้าน โดยใช้เทคนิคและขั้นตอนการจัดทำแผนจากเครื่องมือต่างๆ อันได้แก่ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือเครื่องมืออื่นๆ ที่ชุมชนมีความพร้อม

แผนชุมชนนี้ควรจะออกมาในลักษณะเป็นแผนรวมทุกเรื่อง ซึ่งเรียกว่าแผนชีวิต หรือแผนแม่บทชุมชน และมีแผนสุขภาพเป็นแผนหนึ่งในนั้น

แผนสุขภาพควรประกอบด้วย 2 ด้านใหญ่ๆ คือ ด้านสร้างสุขภาพและด้านซ่อมสุขภาพ ซึ่งแผนทั้ง 2 ด้าน จะมีกิจกรรมอะไรบ้างนั้นขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการพัฒนาของประชาชนในหมู่บ้าน / ชุมชน

3.2 กลุ่มองค์กร ภาติ / เครือข่าย แกนนำชุมชน นำแผนชุมชนและแผนสุขภาพที่ได้ ประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน อาจจะใช้วิธีการประชุมชาวบ้าน หรือจัดเวทีกลางบ้าน เพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสรับรู้ ได้เสนอ ได้แย้ง และประชาพิจารณ์ปรับแผนให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผลที่เกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ คือ ได้แผนชุมชนหรือแผนแม่บทชุมชนที่เป็นแผนรวมทุกเรื่อง และมีแผนสุขภาพเป็นแผนย่อยแผนหนึ่งในแผนแม่บทนั้น

#### **ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการตามแผน**

การปฏิบัติตามแผนสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ในเวทีกลางหมู่บ้าน เลือุกกิจกรรมด้านสุขภาพ และร่วมกันกำหนดกิจกรรม ดังนี้

- 4.1 กิจกรรมใดควรทำก่อน ทำหลัง นำมาจัดลำดับ
- 4.2 กิจกรรมใดทำโดยชุมชนเองทั้งหมด
- 4.3 กิจกรรมใดต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น และองค์กรใดบ้าง
- 4.4 กิจกรรมใดต้องเสนอให้หน่วยงานหรือองค์กรอื่นทำ และองค์กรใดบ้าง

จากนั้นจึงปฏิบัติตามแผน และผลที่คาดว่าจะได้รับจากขั้นตอนนี้ คือ เป็นการยืนยันผลการวิเคราะห์แผนอันจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่ชุมชนมุ่งหวังไว้

#### **ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล**

การประเมินผลโดยชุมชนมาร่วม คือ การที่ภาคีเครือข่ายในชุมชน มาร่วมกันสรุปผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชนที่ได้กำหนดไว้ ว่าการดำเนินงาน มีความก้าวหน้าหรือไม่ หรือเกิดความสำเร็จของกิจกรรมมากน้อยเพียงใด โดยอาจจะประเมินระหว่าง การดำเนินงานหรือเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมของแผนสุขภาพที่ดำเนินการ จุดประสงค์การประเมินเพื่อยกระดับการพัฒนาหมู่บ้าน รวมทั้งได้ข้อมูลในการจัดทำแผนในปีต่อไป โดยอาจจะใช้เวทีประชาคม เวทีถอดบทเรียน หรือใช้แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของ ชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ผลที่คาดว่าจะได้รับในขั้นตอนนี้ คือ การได้รับทราบว่ามีหมู่บ้านของท่านเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่ มีภาคีเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด และประชาชนมีส่วนร่วม และได้รับผลประโยชน์มากน้อยเพียงใด

##### **1.4 ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพ**

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแนวปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้าน จัดการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงานจำนวน 4 ตัวชี้วัด คือ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2553, น. 60)

**ตัวชี้วัดที่ 1 การจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม** โดยอาศัยข้อมูล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อใช้ประกอบการดำเนินการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน

**ตัวชี้วัดที่ 2 การจัดการงบประมาณ** เพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพในเรื่องการพัฒนา ศักยภาพคนในชุมชน และ/หรือการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขสุขของชุมชน และ/หรือการจัดบริการ สาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

**ตัวชี้วัดที่ 3 การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพใน 5 ด้าน** คือ

- 3.1 ด้านการสร้างสุขภาพ
- 3.2 ด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม./แกนนำสุขภาพ
- 3.3 ด้านการบริการสุขภาพภาคประชาชน
- 3.4 ด้านการถ่ายทอดความรู้
- 3.5 ด้านการควบคุมและป้องกันโรค

**ตัวชี้วัดที่ 4 การประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพอย่างน้อย 2 ใน 4 วิธี** ต่อไปนี้

- 4.1 โดยใช้แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
- 4.2 โดยการสรุปผลงาน / กิจกรรมที่ดำเนินการ
- 4.3 โดยการเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้
- 4.4 โดยใช้แบบประเมินตนเองเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน

ในการพัฒนาหมู่บ้าน

ทั้งนี้กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามตัวชี้วัดทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ คือ การประเมินว่าหมู่บ้านมีการจัดทำแผนด้าน สุขภาพ และ อสม. หรือแกนนำชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนด้านสุขภาพ

เกณฑ์ มีการจัดทำแผน โดย จนท. อสม. และ/หรือแกนนำชุมชนร่วมกันทำหรือ มีการจัดทำแผน โดย อสม. แกนนำชุมชน

2. ด้านการจัดการงบประมาณ เพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ คือ การได้รับงบประมาณ สนับสนุนจาก เทศบาล / อบต. และหน่วยงานอื่นๆ มาใช้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพคนในหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขใน ศสมช.

เกณฑ์ หมู่บ้านได้รับการสนับสนุน และใช้ดำเนินการในกิจกรรมด้านการพัฒนา ศักยภาพ คนในหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขใน ศสมช.

3. ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ คือ การจัดกิจกรรมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและ พัฒนาหมู่บ้าน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

3.1 กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพ คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก อาหารปลอดภัย การใช้สารอินทรีย์ / การลด

ใช้สารเคมีในการเพาะปลูก การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน การเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภค การส่งเสริมสตรีให้ตรวจสุขภาพตนเอง เช่น การตรวจเต้านมเพื่อค้นหามะเร็งได้อย่างถูกต้อง

3.2 กิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม. แกนนำสุขภาพ คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมด้านนี้อย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ต่อเนื่องให้กับ อสม. การศึกษาดูงาน อสม. การประชุม / อบรมนอกเขตตำบล การอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.)

3.3 กิจกรรมด้านการบริการสุขภาพภาคประชาชน คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมด้านนี้อย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจำหน่ายยาและรักษาพยาบาลเบื้องต้น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การค้นหา/ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต รณรงค์การไม่สูบบุหรี่ การบริการ/ให้ความรู้เรื่องเอดส์ การรณรงค์ป้องกันโรคตามฤดูกาล การค้นหาผู้ไม่มีบัตรทอง

3.4 กิจกรรมด้านการถ่ายทอดความรู้ คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมด้านนี้อย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจัดกิจกรรมผ่านทางสื่อ เช่น หอกระจายข่าว หรือการประชุมกลุ่ม/เวทีเรียนรู้

3.5 กิจกรรมด้านการควบคุมและป้องกันโรค คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมด้านนี้ อย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจัดกิจกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ไข้ฉี่หนู โรคอุจจาระร่วง การแพ้สารเคมี อุบัติเหตุใช้หัวคนก

เกณฑ์ หมู่บ้านจัดกิจกรรมครบ 5 กิจกรรม

4. ด้านการประเมินผลการจัดการสุขภาพในหมู่บ้าน คือ การที่หมู่บ้านมีการประเมินผลโดยกิจกรรมอย่างน้อย 2 กิจกรรม ในการประเมินผลการจัดการสุขภาพ ดังนี้ มีการประชุมสรุปผลงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละปี มีการประเมินผลงานตามที่วางไว้ มีการใช้แบบประเมินตนเองเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

เกณฑ์ หมู่บ้านที่มีการประเมินผล 2 กิจกรรมขึ้นไป

## 2. แนวคิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ สุขภาพ

เครือข่าย (network) หมายถึง ตาข่าย (Net) ที่โยงใยถึงกันและพร้อมที่จะ “Work” เมื่อต้องการใช้งานเป็นการเชื่อมโยงสายสัมพันธ์อย่างหลวมๆ ของปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กรและสถาบันโดยที่สมาชิกในเครือข่ายเข้าร่วมทำกิจกรรมตามความเหมาะสมภายใต้เป้าหมายร่วม มีการปฏิบัติอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตน และมีการทำงานร่วมกันทั้งงานเฉพาะหน้าและการประสานผลประโยชน์ที่ขยายวงกว้างออกไปประกอบด้วยบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อเหมือนหรือต่างกันก็ได้ แต่ทุกคนต่างมุ่งเน้นการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักร่วมกัน ในขณะที่เป้าหมายย่อยของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิกหรือเครือข่ายอาจแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ การกระทำและเป้าหมาย

### 2.1 ความหมายของเครือข่ายชุมชน

“เครือข่าย” มีความหมายที่หลากหลาย ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กาญจนา แก้วเทพ (2538) อธิบายว่า เครือข่าย หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการประสานงานของบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรหลายๆ องค์กรที่ต่างก็มีทรัพยากรของตนเอง มีเป้าหมาย มีวิธีการทำงาน และกลุ่มเป้าหมายของตนเอง บุคคล หรือกลุ่มเหล่านี้ได้เข้ามาประสานงานกันเป็นระยะเวลานานพอสมควร แม้อาจจะไม่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอก็ตาม แต่ก็มี การวางฐานเอาไว้เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความต้องการที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สามารรถติดต่อได้ ในการเข้าร่วมเป็นองค์กรเครือข่าย แม้ว่าองค์กรเหล่านี้จะมีบางสิ่งบางอย่างร่วมกัน เช่น มีเป้าหมายการทำงานร่วมกัน มีผลประโยชน์ร่วมกัน องค์กรเหล่านี้ก็ยังคงความเป็นเอกเทศอยู่ เพราะว่าการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเป็นการเข้าร่วมเพียงบางส่วนขององค์กรเท่านั้น

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) กล่าวว่า “เครือข่าย” หมายถึง การมีปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันใดๆ ได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากัน ภายใต้วัตถุประสงค์หรือข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบ

ชนิษฐา กาญจนรังสีนนท์ (2547) กล่าวว่า “เครือข่าย” คือ กลุ่มคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดรูปหรือจัดระเบียบโครงสร้างโดยคนหรือองค์กรสมาชิกยังมีความเป็นอิสระ ในความหมายนี้สาระสำคัญคือความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเป็นไปโดยสมัครใจ กิจกรรมที่ทำในเครือข่ายต้องมีลักษณะเท่าเทียมหรือ



แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน และการเป็นสมาชิกเครือข่ายไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอิสระหรือความเป็นตัวของตัวเองของคนหรือองค์กรนั้นๆ

## 2.2 ประเภทและรูปแบบของเครือข่ายชุมชน (เสถียร จิรรังสิมันต์ 2549)

**2.2.1 เครือข่ายเชิงพื้นที่ (area network)** หมายถึง การรวมตัวของกลุ่ม องค์กร เครือข่ายที่อาศัยพื้นที่ดำเนินการเป็นปัจจัยหลักในการทำงานร่วมกัน เป็นกระบวนการพัฒนาที่อาศัยกิจกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่เป็นเป้าหมายนำทาง และเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการที่ไม่แยกส่วนต่างๆ ออกจากกัน โดยยึดเอาพื้นที่เป็นที่ตั้งแห่งความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย ลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายเชิงพื้นที่ สามารถจัดได้หลายระดับตามพื้นที่และกิจกรรมที่เกิดขึ้น

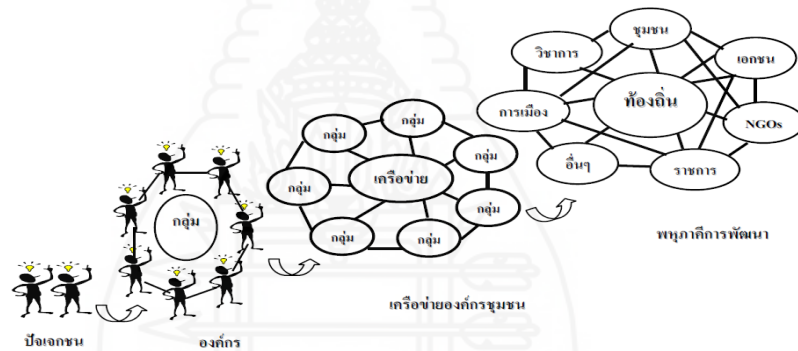
**2.2.2 เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม (issue network)** หมายถึง เครือข่ายที่ใช้ประเด็นกิจกรรม หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยหลักในการรวมกลุ่มองค์กร โดยมองข้ามมิติในเชิงพื้นที่ มุ่งเน้นการจัดการในประเด็นกิจกรรมนั้นๆ อย่างจริงจัง และพัฒนาให้เกิดความร่วมมือกับภาคีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรมสามารถแบ่งได้อย่างมากมายตามประเด็นกิจกรรม และความสนใจที่เกิดขึ้นของฝ่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน โดยไม่ยึดติดกับพื้นที่ดำเนินการ แต่ใช้หลักของกิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นตัวกำหนดความเป็นเครือข่าย เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายด้านคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายสุขภาพ เครือข่ายสิ่งแวดล้อม

**2.2.3 เครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่** หมายถึง เครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยอาศัยภารกิจ / กิจกรรม และการก่อตัวของกลุ่มผลประโยชน์ในสังคมเป็นแนวทางในการแบ่งเครือข่าย ซึ่งการแบ่งเป็นเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคธุรกิจเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน โดยเครือข่ายต่างๆ ดังกล่าวมุ่งเน้น การดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิด หลักการ วัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักของหน่วยงาน หรือโครงสร้างหลักของกลุ่มผลประโยชน์ ลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายประเภทนี้สำหรับสังคมไทยอาจแบ่งกลุ่มผลประโยชน์ได้ 4 ภาคส่วนใหญ่ๆ ได้แก่

- 1) **เครือข่ายภาครัฐ** เช่น เครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายกรมการพัฒนาชุมชน เครือข่ายองค์กรอิสระของรัฐ เช่น สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- 2) **เครือข่ายภาคธุรกิจเอกชน** เช่น สภาหอการค้า อุตสาหกรรม สมาคมผู้ส่งออก
- 3) **เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน** เช่น เครือข่ายเพื่อนตะวันออก เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนภาคเหนือ เครือข่ายด้านแรงงานสวัสดิการสังคม
- 4) **เครือข่ายภาคประชาชน** เช่น เครือข่ายปราชญ์อีสาน เครือข่ายสุขภาพ

สมาชิกเครือข่ายสุขภาพชุมชน เป็นการรวมตัวกันของประชาชนในชุมชนเดียวกัน มาเป็นสมาชิก เกิดเครือข่ายที่มีกิจกรรมร่วมกัน มีจุดมุ่งหมายร่วมกันในการสร้างสุขภาพในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มีสมาชิกเข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพชุมชนซึ่งประกอบไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และสมาชิกชมรมสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้าน เป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพชุมชนซึ่งมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

สิน สือสวน (2545) ได้กล่าวถึง เครือข่าย ว่ามีหลายระดับ ตั้งแต่การเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคลต่อปัจเจกบุคคล ปัจเจกบุคคลกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม เครือข่ายกับเครือข่าย จนถึงพหุภาคีในการพัฒนา โดยได้แสดงเป็นลำดับขั้น ดังนี้



ภาพที่ 2.2 ลำดับขั้นของเครือข่าย

### 2.3 การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของจังหวัดสิงห์บุรี

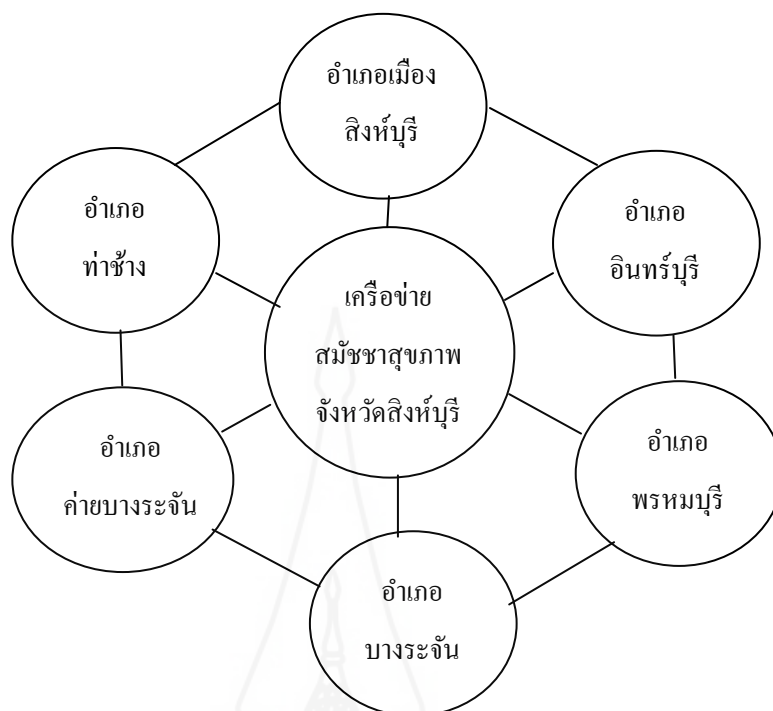
บริบทของจังหวัดสิงห์บุรี คือ พื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา และมีแม่น้ำน้อยไหลผ่านบริเวณตอนใต้ของจังหวัดเหมาะสำหรับการทำกสิกรรม สิงห์บุรีเป็นที่ราบลุ่มและพื้นที่ลูกคลื่นลอนตื้น ซึ่งเกิดตะกอนการทับถมของตะกอนริมแม่น้ำเจ้าพระยาเป็นเวลานาน มีแม่น้ำไหลผ่าน 3 สาย คือ แม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำน้อย และแม่น้ำลพบุรี นอกจากนี้ยังมีลำน้ำสายอื่นๆ คือ ลำแม่ลา ลำการ้อง ลำเชียงราก และลำโพธิ์ชัย

จังหวัดสิงห์บุรี แบ่งการปกครองออกเป็น 6 อำเภอ คือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี อำเภออินทร์บุรี อำเภอพรหมบุรี อำเภอบางระจัน อำเภอกำแพงบางระจัน และอำเภอท่าช้าง ประกอบไปด้วย 43 ตำบล 364 หมู่บ้าน

จังหวัดสิงห์บุรีได้มีการดำเนินการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา ซึ่งผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2555 มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวน 110 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 364 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.22 ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 238 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.38 และในปี พ.ศ. 2556 จังหวัดสิงห์บุรีมีจำนวนหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ ทั้งหมด 364 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100.00 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี 2555)

ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในภาพรวมของจังหวัดสิงห์บุรี มีการดำเนินงานกันเป็นเครือข่ายในแต่ละอำเภอ ซึ่งแต่ละอำเภอก็จะมีการดำเนินงานที่ประสานการทำงานกันเป็นเครือข่ายเพื่อดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของประชาชน ซึ่งในจังหวัดสิงห์บุรีเรียกว่า การดำเนินงานของเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดสิงห์บุรี ที่ดำเนินงานครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และในภาพรวมของทั้งจังหวัด การดำเนินงานด้านการจัดงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพในเรื่องของพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย และ/หรือการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขร่วมกัน เช่น การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับจังหวัดสิงห์บุรี การดำเนินงานด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพร่วมกันของคนในจังหวัด เช่นการรณรงค์ออกกำลังกายในภาพรวมของทั้งจังหวัด โดยการวิ่งเพื่อสุขภาพนำเงินบริจาคซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น และการดำเนินงานด้านการประเมินผล เช่น การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดเป็นประจำทุกปี เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน/กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ อาจจะมีการเปรียบเทียบการดำเนินงานเมื่อปีที่ผ่านมา รวมไปถึงประเมินตนเองของแต่ละหน่วยงานที่ร่วมกันเป็นเครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับใช้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในปีต่อไป โดยการดำเนินการที่ได้กล่าวมานั้น แสดงเป็นรูปภาพการดำเนินงานได้ ดังนี้





ภาพที่ 2.3 การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับจังหวัดสิงห์บุรี

#### 2.4 ลักษณะของเครือข่ายชุมชน

คุณสมบัติที่ทำให้เครือข่ายมีลักษณะเฉพาะ ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์กรหรือกลุ่ม โดยเครือข่าย มีลักษณะ ดังนี้ (Alter and Hage 2533)

**2.4.1 เครือข่ายมีลักษณะเป็นโครงสร้างทางความคิด (Cognitive structures)** ไม่ว่าจะพัฒนาไปถึงระดับใด บุคคลที่เกี่ยวข้องในองค์กรเครือข่ายจะมีกรอบแนวคิดเกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย ใกล้เคียงกัน ในด้านความรู้ ความสามารถ ความคาดหวังต่อเครือข่าย

**2.4.2 องค์กรเครือข่ายไม่มีระดับชั้น (Hierarchy)** การเชื่อมโยงระหว่างองค์กร เครือข่ายเป็นไปในลักษณะแนวราบ แต่ละองค์กรเป็นอิสระต่อกัน แต่ระดับความเป็นอิสระของแต่ละ องค์กรไม่เท่ากัน

**2.4.3 องค์กรเครือข่ายมีการแบ่งงานกันทำ (Division of Labor)** การที่องค์กรเข้ามา ร่วมเป็นเครือข่ายกัน เพราะส่วนหนึ่งคาดหวังการพึ่งพิงแลกเปลี่ยนความสามารถระหว่างกัน ดังนั้น หากองค์กรใดไม่สามารถแสดงความสามารถให้เป็นที่ประจักษ์ ก็อาจหลุดออกจากเครือข่ายได้ ในแนวทางตรงกันข้าม หากได้แสดงความสามารถ ก็จะนำไปสู่การพึ่งพิงและขึ้นต่อกัน การแบ่งงาน กันทำ ทั้งยังเป็นการลดโอกาสที่องค์กรใดองค์กรหนึ่งจะแสดงอำนาจสู่เครือข่ายด้วย

**2.4.4 ความเข้มแข็งขององค์กรที่ร่วมกันเป็นเครือข่ายจะนำไปสู่ความเข้มแข็ง**  
โดยรวมของเครือข่าย ดังนั้นการพัฒนาของแต่ละองค์กรเครือข่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ

**2.4.5 องค์กรเครือข่ายกำหนดการบริหารจัดการตนเอง (Self-regulating)** ในการทำงานร่วมกันในลักษณะแนวราบจำเป็นต้องมีความสมานฉันท์ โดยผ่านกระบวนการทางประชาธิปไตย ซึ่งหมายถึงการต่อรอง ตกลงระหว่างองค์กรเครือข่ายเกี่ยวกับการบริหารจัดการภายใน เพื่อให้เครือข่ายสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้

**2.4.6 ความสำเร็จขององค์กรเครือข่ายมิใช่จะได้มาเพียงชั่วข้ามคืน** แต่ต้องอาศัยการบ่มเพาะความสัมพันธ์ ศรัทธา และความไว้วางใจ ตลอดจนสร้างกรอบทางความคิด เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ รวมทั้งการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาสรุปได้ว่า เครือข่ายชุมชนเป็นการร่วมมือเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคล/ กลุ่ม / องค์กรต่างประเภทซึ่งมีหลายระดับ โดยดำเนินงานภายใต้เป้าหมายและวิธีการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเป็นไปโดยสมัครใจ

## 2.5 ความหมายการมีส่วนร่วม

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People's Participation) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชนบท ทั้งนี้ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมากกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้พยายามเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top-down) มาเป็นระดับล่างขึ้นบน (Bottom-up) โดยแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ โอคเลย์ (Oakley 1987, pp. 17) ได้กล่าวว่า แนวทางจากระดับล่างขึ้นบนนี้ เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหายไป (Missing ingredient) ในกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมาย บังคับขั้นตอนการมีส่วนร่วมรูปแบบและองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาไว้มากมาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากล่าวไว้เท่าที่จำเป็นและสอดคล้องกับแนวทางการศึกษา

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิด ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน หรือองค์กร ในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง หรือหลายกิจกรรม ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมการดำเนินงาน และร่วมรับผลประโยชน์ โดยเป้าหมายเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันของกลุ่มชุมชน และเป็นการเสริมสร้างความสามัคคี ความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกับกลุ่มด้วย ในการให้ความหมายจำกัดความของการมีส่วนร่วม ได้มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลาย และมีความแตกต่างกันไปตามเข้าใจ และ

ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลซึ่งมากมายหลายทัศนะ มีทั้งความหมายกว้างและความหมายแคบ ในแง่มุมประเด็นต่างๆ แต่ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้

จอห์น เอ็ม โคเฮน และนอร์แมน ที อัฟฮอฟฟ์ (Jonh M. Cohen and Norman T. Uphoff 1997) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
2. การมีส่วนร่วมในการเสาะแสวงหาในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

3. การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง (พงษ์ธร รัชญญศิริ 2545, น. 37)

1. กระบวนการซึ่งมวลชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆ ของการดำเนินกิจกรรม

2. มวลชนที่เข้าร่วมได้ใช้ความพยายามส่วนตัว เช่น ความคิด ความรู้ความสามารถ และทักษะ ตลอดจนทรัพยากรของตนต่อกิจกรรมนั้นๆ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเกี่ยวข้องของกิจกรรมต่างๆ ของมวลชนในกิจกรรมต่างๆ จะมี 2 ด้าน คือ

2.1 ด้านความคิดหรือกำหนดนโยบาย ซึ่งแบ่งได้อีก 3 ระดับ คือ

- 2.1.1 มวลชนเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อคิดเห็น (Information Input)
- 2.1.2 มวลชนมีส่วนแบ่งในอำนาจตัดสินใจ (Share Decision Making)
- 2.1.3 มวลชนเป็นผู้กำหนดนโยบาย (Policy formulation)

2.2 ด้านการดำเนินการตามนโยบาย ซึ่งแบ่งได้อีก 3 ระดับ คือ

- 2.2.1 ร่วมกำหนดเป้าหมายแผนงาน (Participation on Formulating Objective and Plan)
- 2.2.2 ร่วมดำเนินการในกระบวนการจัดการ (Participation on Management Resources)
- 2.2.3 ร่วมหนุนช่วยทรัพยากรการบริหาร (Supporting on Management Resources)

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้ และการกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจ และสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม (ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ 2527, น. 2)

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2547, น. 6) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริมชักนำ สนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งรูปแบบบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2548, น. 196) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา ตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ได้แก่ การวิจัย (ศึกษาชุมชน) การวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินงาน การบริหารจัดการ การติดตามและประเมินผล ตลอดจนการจัดสรรผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น

ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม จะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของตนเองในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร โดย WHO/ UNICEF (1978, pp. 11 อ้างถึงใน นพวรรณ วีระพันธ์เจริญ 2549, น. 12) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดกระบวนการ และ โครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถที่จะแสดงออกซึ่งความต้องการของตน การจัดอันดับความสำคัญของการเข้าร่วมในการพัฒนา และได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้น โดยเน้นการให้อำนาจการตัดสินใจแก่ประชาชนในชนบท

สร ปิ่นอักษรสกุล (2548, น. 15) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation) เป็นกระบวนการซึ่งสาธารณชนมีความห่วงกังวลมีความต้องการ และมีทัศนคติที่จะมีส่วนร่วมกับรัฐที่จะตัดสินใจ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) ที่มีเป้าหมายโดยรวมเพื่อที่จะให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้นและจะต้องได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชน กระบวนการที่ประชาชนระดับต่างๆ เข้าไปเกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งๆ โดยความสมัครใจ และด้วยความกระตือรือร้น ในกระบวนการตัดสินใจมีการกำหนดเป้าหมายของสังคม และกำหนดการใช้ทรัพยากรเพื่อให้การบริหารกิจกรรม และ โครงการนั้นบรรลุ โดยมีแนวทางพื้นฐานอยู่ 3 ประการ ที่จะทำความเข้าใจกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา คือ ร่วมตัดสินใจในการพัฒนา ร่วมสนับสนุนความพยายามในการบริหารการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่ได้จากการพัฒนา

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้องครอบคลุมในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้องครอบคลุมถึงการสร้างโอกาสที่เอื้อ หรือ เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนและสังคมได้ร่วมกิจกรรมนำไปสู่การพัฒนา และทำให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาเท่าเทียมกัน

2. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนสะท้อนการเข้าไปเกี่ยวข้องโดยความสมัครใจ เป็นประชาธิปไตย ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบายการวางแผน และดำเนินโครงการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการแบ่งสรรผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนาในมติดังกล่าว การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงเป็นการเชื่อมระหว่างส่วนที่ประชาชนลงทุน (แรงงานและทรัพยากร) เพื่อการพัฒนากับประโยชน์ที่ได้รับจากการลงทุน

3. ลักษณะการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อาจแตกต่างกันไปตามโครงสร้าง การบริหารนโยบายและลักษณะเศรษฐกิจสังคมของประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนมิได้เป็น เพียงเทคนิควิธีการ แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้เกิดการพัฒนาที่มุ่งประโยชน์ที่ได้รับจากการลงทุน

คอยซ์ (Deutsch 1977, pp. 81 อ้างถึงใน สุพจน์ ทรัพย์ผดุงชนม์ 2547, น. 12) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง สภาพการณ์ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกิดการร่วมมือกัน มีความพึงพอใจ ซึ่งกันและกัน มีความพยายามที่จะช่วยเหลือกันประสานงานกัน โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน

ฟิชเชอร์ (Fisher et al., 2000 อ้างถึงใน เอกสิทธิ์ สุทธิศาสนกุล 2545, น. 17) ได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจเพราะเกี่ยวข้องกับอำนาจในการตัดสินใจ แต่การมีส่วนร่วมที่แท้จริงมี 3 ระดับ คือ แบบหุ่นส่วนที่ประชาชนมีอำนาจในการเจรจาต่อรอง และการมอบอำนาจให้ชุมชนมีสิทธิมีเสียง และชุมชน มีอำนาจในการที่จะเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนั้นเอง แต่การมีส่วนร่วมในระดับอื่น เช่น การแจ้งข่าวสารข้อมูลให้ทราบ การปรึกษาหารือและการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมที่แท้จริง เพราะมีส่วนร่วมแต่ในนาม ส่วนรูปแบบนั้นไม่ใช่ การมีส่วนร่วมเลย เช่น การให้ชุมชนอยู่ภายใต้การสั่งการ หรือชุมชนเป็นผู้รับการดูแลโดยไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นต้น

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน หมายถึง กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในกระบวนการด้านการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน ด้านการจัดงบประมาณสุขภาพ ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ และด้านการประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ จนสามารถดูแลจัดการสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง



## 2.6 องค์ประกอบและเป้าหมายการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

อรรถัย กักผล (2546, น. 2) ได้สรุปองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง มีการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายรัฐ องค์กรเอกชนและประชาชนทั่วไป โดยเน้นการสื่อสารสองทาง ทั้งช่องทางที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ไม่ใช่การทำครั้งเดียวจบและควรเกิดขึ้นตลอดโครงการ

2. เป้าหมายของการมีส่วนร่วมไม่ใช่เพียงการจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นตามกฎหมายหรือการทำให้ไม่มีความขัดแย้ง หากแต่กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนควรมุ่งให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และเป็นวิธีการเพื่อทำให้การตัดสินใจของรัฐดีขึ้นและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน

เครือข่ายชุมชนที่เกิดขึ้น มีเป้าหมายการดำเนินงาน ดังนี้ (อภิญา เวชชัย 2540)

1. เพื่อขยายวงความสัมพันธ์ให้กว้างขึ้น นำไปสู่การขยายกิจกรรมขยายความช่วยเหลือแก่กลุ่มที่มีต่อกัน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของแต่ละองค์กรให้แสดงบทบาท ทั้งผู้ให้และผู้รับอย่างเหมาะสม

2. เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันผ่านทางการติดต่อกันโดยตรงระหว่างบุคคลหรือกลุ่มต่างๆ ที่เข้าร่วมในเครือข่าย

3. เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ทางวัตถุแก่กัน และยังเป็นการแบ่งปันทรัพยากรให้แก่กลุ่มที่ด้อยโอกาสกว่า

4. เพื่อประโยชน์การรวบรวมและเผยแพร่ข่าวสาร ข้อมูลระหว่างองค์กร

5. เพื่อเป็นแหล่งสำหรับการทำงานสนับสนุนต่างๆ เปิดช่องให้สมาชิกสามารถเข้าถึงเรื่องต่างๆ ได้ในทุกลมุม เพื่อจะเอาไปปฏิบัติเป็นกิจกรรมต่างๆ ของตนเองและยังทำให้เกิดการรวมหมู่ที่มีพลังอิทธิพลมากกว่าองค์กรแต่ละองค์กร

6. เป็นเวทีสำหรับการปฏิบัติงานร่วมในพื้นที่

7. เพื่อนำไปสู่การสร้างแหล่งสะสมทุนเพื่อการพึ่งตนเองในด้านต่างๆ ในอนาคต เพื่อเป็นการรวมตัวกันนำประเด็นปัญหาหรือเรียนสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การนำเสนอหรือผลักดันนโยบาย

ดังนั้นบุคคลที่เข้าร่วมทำงานกับองค์กรประชาชนที่เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนเป็นสำคัญควรมีบทบาท เช่น นำปัญหาหรือประเด็นสนใจใหญ่ๆ ที่คิดว่าเป็นประโยชน์ไปหารือทำความเข้าใจกับองค์กรที่จัดตั้งในหมู่บ้านเพื่อหยั่งความคิดเห็นของสมาชิกและผู้ที่เกี่ยวข้องว่าควรทำหรือไม่ หากได้รับการยอมรับจึงทำการศึกษาความเป็นไปได้โดยให้องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยมีนักพัฒนาคอยกระตุ้น ชี้แนะและให้กำลังใจ

รวมทั้งการให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนจะก่อให้เกิดผลคือ สร้างความรู้สึกภูมิใจ ความรับผิดชอบ และความรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรม ยังผลให้เกิดความยั่งยืนในกิจกรรมและความร่วมมือในกิจกรรมอื่นๆ ของชุมชนในอนาคตเพราะ งานพัฒนาที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วมย่อมมิใช่งานพัฒนาที่แท้จริง แต่เป็นการให้บริการแบบสงเคราะห์ การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นสิ่งสำคัญและเป็นผลบวกต่อโครงการพัฒนาต่างๆ รวมทั้งทำให้ประชาชนในชนบทมีความสามารถในการพึ่งตนเอง ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงเป็นทั้งวิธีการ (Means) และเป้าหมาย (Ends) ในเวลาเดียวกัน

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในเขตจังหวัดสิงห์บุรี นอกจากจะต้องอาศัยความเกี่ยวข้องของบุคลากรในชุมชนเป็นสำคัญแล้ว ยังต้องมีความเกี่ยวข้องเกี่ยวกับหน้าที่ ภาระงาน และการให้โอกาสด้วย

## 2.7 ขั้นตอนและกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

Cohen และ Uphoff (1980) กล่าวถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่ามีดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา (Analysis)
2. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (Decision Making)
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหา (Implementation)
4. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ (Benefits)
5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2548, น. 199-201) ได้กล่าวว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนานั้น ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน โดยมีนักพัฒนา หรือนักวิชาการจากภายนอกเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยี กระบวนการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในการพัฒนา ซึ่งมี 5 ระดับ คือ

1. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การพิจารณาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา
3. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหา และพิจารณาแนวทางวิธีการในการแก้ปัญหา
4. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา
5. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมการพัฒนา

ในกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะกำหนดปัญหา และความต้องการด้วยตนเอง โดยเฉพาะในขั้นตอนของการวางแผนแก้ไขปัญหา ดังที่ โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff 2005, pp. 200-201 อ้างถึงใน สมสมาน อาจารย์รัฐ 2548, น. 16) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นการแสดงออกด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบ หรือกำหนดระบบของโครงการ เป็นการประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่จะสามารถเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาโดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา ซึ่งในขั้นตอนนี้ยังแบ่งย่อยออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 การมีส่วนร่วมในขั้นต้น (Initial Decision) เป็นการค้นหาความต้องการที่แท้จริง ซึ่งเป็นวิธีการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมของโครงการ

1.2 การมีส่วนร่วมในขั้นเตรียมการ (Ongoing Decision) เป็นการหาโอกาสหรือช่องทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งลำดับความสำคัญของโครงการที่จะต้องดำเนินการ

1.3 การมีส่วนร่วมในขั้นการตัดสินใจปฏิบัติการ (Operation Decision) เป็นการหาบุคลากรเข้ามาปฏิบัติการ ได้แก่ อาสาสมัคร ผู้ประสานงาน หรือกลุ่มที่รวมตัวกันตามประเพณี เช่นกลุ่มสตรี หรือกลุ่มหนุ่มสาว เพื่อที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยการเป็นสมาชิกร่วมดำเนินการคัดเลือกผู้นำ และการสร้างพลังอำนาจให้แก่องค์กร

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) เป็นการดำเนินงานตามโครงการและแผนงานและเป็นการก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏในขั้นตอนนี้ยังแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน คือ

2.1 การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร (Resource Contribution) ได้แก่ การมีส่วนร่วมสละแรงกาย การสละเงิน การให้วัสดุอุปกรณ์ และการให้คำแนะนำ ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้จะให้ด้วยความเต็มใจ

2.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (Administration and Coordination) จะมีส่วนร่วมโดยวิธีการจ้างบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ การฝึกอบรม ผู้ที่จะเข้าปฏิบัติในโครงการ หรือการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ และเป็นผู้ประสานงานในโครงการด้วย

2.3 การมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ มักพบว่า มีลักษณะเป็นการบังคับให้เข้าปฏิบัติในโครงการมากที่สุด การมีส่วนร่วมโดยการบังคับให้ปฏิบัติ จะต่างจากการให้ความร่วมมือ เพราะการบังคับให้ทำนั้น ผลประโยชน์ (Benefits) จะไม่ใช่เป็นสิ่งที่สำคัญแต่ถ้าเป็นการมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจนั้น จะมีการคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังเกิดการมีส่วนร่วมด้วย

### 3. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (Benefits) ยังแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน คือ

3.1 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านวัตถุ (Material Benefits) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเพิ่มผลผลิต รายได้ หรือทรัพย์สิน

3.2 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านสังคม (Social Benefits) ได้แก่ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่สังคม เช่น โรงเรียน สถานที่สาธารณะ หรือส่วนกลางของชุมชน เช่น การเพิ่มคุณภาพชีวิต การเกิดระบบน้ำประปา

3.3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านบุคคล (Personal Benefits) ได้แก่ ความนับถือตนเอง (Self-esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (Political Power) ความคุ้มค่าของผลประโยชน์ (Sense of Efficacy)

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) หมายถึง การมีส่วนร่วม ในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นการค้นหาข้อดีและข้อบกพร่องเพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป แต่การมีส่วนร่วมในขั้นนี้ส่วนใหญ่ บทบาทดังกล่าวจะเป็นของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยจะเป็นการประเมินผลของงบประมาณที่จัดสรรนั้นนำไปใช้อย่างไร บางกรณี แม้แต่เจ้าหน้าที่เองยังไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้ดังกล่าว

ชัชวาลย์ ทัดศิวัช (2551, น. 31-32) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในมิติของการพัฒนาไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสำคัญแรกสุด เนื่องจากหากชาวบ้านยังไม่เข้าใจถึงปัญหาสาเหตุของปัญหาด้วยตัวของเขาเองแล้ว กิจกรรมที่ตามมาก็ไร้ประโยชน์ เนื่องจากประชาชนจะขาดความเข้าใจและมองไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้น นอกจากนี้สิ่งที่แน่นอนที่สุดคือชาวบ้านย่อมเป็นผู้ที่อยู่กับปัญหา และรู้จักปัญหาของตนเองดีที่สุด แต่มนุษย์ก็จะมองปัญหาของตนเองได้ไม่ชัดเจน หากไม่มีบุคคลอื่นมาช่วยให้ตนสามารถวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุของปัญหาให้เด่นชัดขึ้น

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ เป็นกิจกรรมขั้นตอนต่อมาที่มีความสำคัญเนื่องจากหากเจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาต้องการแต่ผลงานด้วยการพัฒนา การพัฒนาด้านวัตถุ จะได้รับการเน้นโดยที่ประชาชนหรือชาวบ้านจะไม่ทราบวิธีการที่จัดทำให้ได้มาซึ่งผลนั้น เนื่องจากเจ้าหน้าที่จะทำการวางแผนด้วยตนเอง ต่อมาเมื่อชาวบ้านไม่ได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้ ย่อมเป็นการยากที่ชาวบ้านจะได้รับการศึกษา หรือพัฒนาตนเองในการวางแผนการดำเนินงานได้ ในขั้นตอนนี้ นักพัฒนา หรือเจ้าหน้าที่จะต้องเข้าใจว่าจะต้องให้การศึกษาและเริ่มต้นด้วยเรื่องง่ายๆ เสียก่อน เพื่อให้ชาวบ้านสามารถกระทำได้ มิใช่เริ่มต้นโดยอาศัยความรู้ความสามารถของตนเป็นเกณฑ์

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุน และปฏิบัติงาน แม้ว่าชาวบ้านจะยังยากจนและขาดแคลนทรัพยากรแต่ชาวบ้านทั่วไปก็มีทรัพยากรที่สามารถร่วมลงทุนในการพัฒนาได้หลายประเภท ซึ่งจะช่วยให้ชาวบ้านได้คิดค้นทุนให้กับตนเอง และจะระมัดระวังการทำกิจกรรมจากการที่ได้เข้าร่วมดำเนินงาน และรู้สึกเป็นเจ้าของ นอกจากนี้การร่วมปฏิบัติงาน ยังทำให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้ในการดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเขาเห็นประโยชน์ ก็จะดำเนินกิจกรรมต่อไปด้วยตนเองได้

4. การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากหากการติดตามผลและการประเมินผลการทำงานขาดการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน โดยเป็นการดำเนินงานของบุคคลภายนอกชุมชนแล้วชาวบ้านย่อมไม่ได้ประเมินด้วยตนเองว่าสิ่งที่เขาทำมาได้รับผลดีหรือได้รับประโยชน์มากน้อยเพียงใด

สร ปินอักษรสกุล (2548, น. 27) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนานั้น ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน โดยมีนักพัฒนาหรือนักวิชาการภายนอกเป็นผู้ส่งเสริม และสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี โดยส่วนใหญ่แล้วกระบวนการมีส่วนร่วมจะเริ่มจากการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผน ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหา การปฏิบัติงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการติดตามประเมินผล

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี เครือข่ายชุมชนอาจได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพราะการตัดสินใจของชุมชนเป็นส่วนสำคัญที่เปิดโอกาสให้เครือข่ายชุมชนได้มีส่วนร่วมทั้ง ด้านการร่วมคิด ร่วมการวางแผน ร่วมการตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมประเมินผล ซึ่งถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพราะประชาชนเป็นฝ่ายกำหนดความต้องการในการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง

## 2.8 รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

องค์การอนามัยโลก (WHO 1979) ได้เสนอรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การวางแผน (Planning) ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผล และประการสำคัญคือ ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง

2. การดำเนินกิจกรรม (Implementation) ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และการบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการตัดสินใจควบคุมทางการเงิน

3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มการพึ่งตนเองและควบคุมทางสังคม

4. การได้รับประโยชน์ (Obtaining Benefits) ประชาชนต้องได้รับประโยชน์ในชุมชน ในพื้นฐานเท่าเทียมกัน ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคมหรือในรูปวัตถุก็ได้

ไพร์ตัน เตชะรินทร์ (2527) ได้กำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวม ตลอดจนถึงความต้องการของชุมชน
2. ร่วมศึกษาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนหรือ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงาน หรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดและแก้ไข ปัญหาและความสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงาน พัฒนาให้มีประสิทธิภาพ
6. ร่วมกันลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเอง และหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุม ติดตามประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ ทำไว้โดยเอกชนและรัฐบาลเพื่อให้ได้ประโยชน์ตลอดไป

จากรูปแบบของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนตามที่กล่าวมานั้น พอสรุปรูปแบบ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้ ดังนี้ ด้านการค้นหา และวางแผน การปฏิบัติตามแผน/กิจกรรมดำเนินการ การจัดสรรและรับประโยชน์ และการร่วมติดตาม และประเมินผล

## 2.9 ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการพัฒนานั้น ได้มีผู้เสนอแนวคิด ที่เกี่ยวข้องกับระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการพัฒนาไว้ในหลายลักษณะ กล่าวคือ

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2552, น. 123) ได้กล่าวถึงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน มีความสัมพันธ์กับระดับการให้ความช่วยเหลือของรัฐแก่ประชาชนในชนบท ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระดับสูง ประชาชนมีความพร้อมมาก ระดับของการช่วยเหลือของรัฐที่ให้แก่ประชาชนกลุ่มนี้จะน้อยมาก มีเพียงการให้คำปรึกษาแนะนำหรือการให้ความช่วยเหลือด้วยการเป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการเท่านั้น
2. การมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ประชาชนมีความพร้อมอยู่ในระดับกลาง การช่วยเหลือของรัฐที่ให้แก่ประชาชนจะอยู่ในระดับปานกลาง คือ การช่วยเหลือสนับสนุนบ้าง

3. การมีส่วนร่วมพัฒนาในระดับต่ำ ประชาชนมีความพร้อมในการพัฒนาน้อยมาก ระดับการช่วยเหลือของรัฐที่ให้แก่ประชาชนกลุ่มนี้จะมีมาก รัฐต้องส่งเจ้าหน้าที่ไปคลุกคลีกับชนบท เพื่อกระตุ้นและเร่งเร้าให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมทุกวิถีทางอย่างครบวงจร

สมาคมสาธารณสุขอเมริกา (America Public Health Association 1983, pp. 35) ได้กำหนดระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

1. ระดับการตัดสินใจ คือ การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาด้วยตัวของเขาเอง

2. ระดับการร่วมมือ คือ การที่ประชาชนเข้ามาให้ความร่วมมือในแผนงานที่เริ่มโดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งอาจต้องการความเสียดลจากประชาชนในด้านเวลาทรัพย์สินและแรงงาน เพื่อช่วยให้โครงการประสบความสำเร็จ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ เป็นการมีส่วนร่วมที่ถือได้ว่า อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

3. ระดับการใช้ประโยชน์ คือ การที่ประชาชนยอมรับและได้ใช้ประโยชน์จากการบริการที่วางโครงการไว้ให้เป็นการมีส่วนร่วมในระดับยอมรับบริการเท่านั้น

จากการศึกษาสรุปได้ว่าระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชน เครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมให้มากที่สุดในทุกขั้นตอน

## 2.10 แนวทางการจัดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

แนวทางการจัดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนเป็น 3 ด้านหลัก คือ ด้านประชาชน (Public) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) และด้านภาครัฐ โดยการมีส่วนร่วม (Participation) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ประชาชนที่เป็นบุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการพัฒนาช่วยเหลือ สนับสนุนทำประโยชน์ในเรื่องต่างๆ หรือกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล เพื่อให้เกิดการยอมรับ และก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดกันทุกฝ่าย ดังนี้ (สมลักษณ์ ไชยเสริฐ 2549, น. 142-149)

**2.10.1 การรับรู้ (Perception)** ต้องสร้างสำนึกให้ทั้งภาครัฐและประชาชนมีความตระหนัก การรับรู้ การยอมรับในสิทธิหน้าที่และส่วนร่วมของทุกกลุ่มทุกฝ่าย

**2.10.2 ทักษะ (Attitude)** ต้องสร้างความเข้าใจและปรับทัศนคติของบุคลากรภาครัฐและภาคประชาชนทั้งสองฝ่าย ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

**2.10.3 การเป็นตัวแทน (Representation)** การสรรหาและคัดเลือกตัวแทนจะต้องคำนึงถึงประชาชนทุกกลุ่ม ทุกฝ่าย เพื่อให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่หลากหลายทุกกลุ่มนั้นมีตัวแทนเข้าไปร่วมด้วย จะได้ประสานผลประโยชน์กันจนลงตัวและเกิดความเป็นธรรมขึ้น

**2.10.4 ความเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Trust)** การมีส่วนร่วมนั้น ต้องสร้างให้สมาชิก มีความเข้าใจและมีความจริงใจในการเข้าร่วม สิ่งที่จะได้ตามมาคือความเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Trust) ในองค์กร

**2.10.5 การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (Information-sharing)** สร้างกลไกเพื่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

**2.10.6 ฉันทามติ (Consensus)** การมีส่วนร่วมเป็นการสร้างฉันทามติ โดยการให้ ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าร่วมในการหาวิธีแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนร่วมกันหา ทางออกสำหรับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในทางสันติ เป็นที่ยอมรับหรือเป็นฉันทามติของประชาสังคม

**2.10.7 การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction)** องค์กรการมีส่วนร่วมต้องสร้างให้เกิดการ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในองค์กร คือจะต้องจัดกิจกรรมที่ทำให้มีการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างกัน

**2.10.8 ความประสงค์หรือความมุ่งหมาย (Purpose)** ต้องกำหนดความประสงค์ หรือความมุ่งหมายในการมีส่วนร่วมไว้อย่างชัดเจน

**2.10.9 การประเมินผล (Appraisal)** ต้องมีระบบการประเมินผล เนื่องจาก การประเมินผลเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการมีส่วนร่วม และถือเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งของ ผู้บริหารในการบริหารทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุด

**2.10.10 ความโปร่งใส (Transparency)** ปรับปรุงกลไกการทำงานขององค์กร การมีส่วนร่วมให้มีความโปร่งใส

**2.10.11 ความเป็นอิสระ (Independence)** องค์กรการมีส่วนร่วมจะต้องมีความ เป็นประชาธิปไตย โดยการให้เกียรติ ยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน

**2.10.12 ก้าวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง (Onward-doing)** องค์กรการมีส่วนร่วม ต้องเปิดโอกาสประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

**2.10.13 เครือข่าย (Network)** ส่งเสริมให้มีการผนึกกำลังร่วมกันของทั้งภาครัฐ และภาคประชาชนในลักษณะเครือข่าย

ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่าย ชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี เป็นการแสวงหาความร่วมมือจากสมาชิกเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่ประกอบ ไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกชมรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ฯลฯ ซึ่งมาจากทุกภาคส่วนในชุมชน โดยกระบวนการ ทำงานร่วมกับภาคอื่นๆ เป็นเครื่องหนุนเสริมให้เกิดการรวมตัว เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพชุมชนเกิดขึ้น เพื่อเป็นพลังในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ เกิดจากการเรียนรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกัน



มีการส่งเสริมจากหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานอื่นๆ ที่ต้องการให้องค์กรชุมชนและสังคมมีความเข้มแข็งมีศักยภาพในการที่จะส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชนได้ด้วยคนในชุมชนเอง

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี คือ การให้เครือข่ายชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการดำเนินกิจกรรม โครงการต่างๆ ที่ประชาชนมีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย ตลอดจนร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรม โครงการต่างๆ และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนนั้น ทุกฝ่ายต้องคำนึงถึงรูปแบบ วิธีการที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และต้องให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนไทย เพื่อให้การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้ประชาชน เครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุดในทุกขั้นตอน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ว่า ประชาชนมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง ตามกระบวนการดำเนินงานตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในด้านการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน ด้านการจัดงบประมาณสุขภาพ ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ และด้านการประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ จนสามารถดูแลจัดการสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง

### 3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมสุขภาพมีมากมาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (See Glanz et al. 2002, pp. 190 อ้างอิงจาก House 1981) ที่เป็นทฤษฎีทางจิตสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แสดงถึงความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสังคมว่ามีการช่วยเหลือกันให้การสนับสนุนกัน เพื่อให้บุคคลปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลแต่ละคนในชุมชนแต่ละหน้าที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน มีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป็นโครงสร้างของชุมชนที่สมบูรณ์เอื้อต่อการพัฒนาชุมชน

### 3.1 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

ได้มีนักวิชาการได้กล่าวถึงทฤษฎีการมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

#### 3.1.1 ทฤษฎีการมีส่วนร่วมทางสังคม

เฮย์ (Hay 1951 อ้างถึงใน เอกสิทธิ์ สุทธิศาสนกุล 2545, น. 15) ได้กล่าวไว้ว่าในการมีส่วนร่วมทางสังคมของมนุษย์นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือสถานภาพทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางอาชีพและที่อยู่อาศัย โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจต่ำ จะเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนน้อยกว่าบุคคลที่สถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจสูง โดยสรุปได้ว่า การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วม มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพทางสังคม และสภาพทางเศรษฐกิจ

#### 3.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการกระทำต่อชุมชน (Community action)

เป็นการกระทำต่อชุมชนในลักษณะของการกระทำต่อชุมชนคือ Initiated Community Action มุ่งในการแก้ไขปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งของชุมชน หรือมุ่งสู่เป้าหมายที่แน่นอนของชุมชน ผู้ดำเนินในกิจกรรมนี้จะเป็นผู้ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เข้าร่วมงานแต่ละบุคคล จะต้องแสดงบทบาทเป็นสมาชิกชุมชน กิจกรรมนี้จะต้องอยู่บนพื้นฐานของประชาธิปไตย และไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของกลุ่มผู้สนใจ (Interest group) และเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนทุกคนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น ให้สมาชิกได้ช่วยกันจัดตั้งวัตถุประสงค์ของโครงการ ช่วยวางแผนและดำเนินงานตามแผนจนกระทั่งสำเร็จ (นพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ 2549, น. 24)

กรีน และ เม โย (Gren and Mayo อ้างถึงใน เอกสิทธิ์ สุทธิศาสนกุล 2545, น. 16) กล่าวว่า ขั้นตอนต่างๆ ของแบบแผนของการกระทำต่อชุมชน ดังนี้

ขั้นที่ 1 เริ่มด้วยกลุ่มคนอย่างน้อย 2-3 คน รู้สึกถึงปัญหาอย่างหนึ่งของชุมชน และแสดงความสนใจที่จะทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่นั้น ซึ่งความสนใจนี้อาจเกิดจากการปรึกษาและถกเถียงกันระหว่างเพื่อนบ้าน หรือระหว่างผู้นำอาสาสมัครต่างๆ

ขั้นที่ 2 เกิดขึ้นโดยบุคคลที่รู้สึกถึงปัญหาได้ร่วมกันจัดตั้งกลุ่ม ซึ่งมักจะเป็นบุคคล ชุดเดียวกับขั้นที่ 1 กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะต้องระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของโครงการให้เด่นชัดและจัดวางแผนการดำเนินงานเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ขั้นที่ 3 จะมีกลุ่มบุคคลที่สำคัญอยู่ 4 คนะที่ผู้เริ่มจัดตั้งจะต้องคำนึงถึง คือกลุ่มผู้เห็นด้วยและสนับสนุนให้มีผู้ดำเนินงานในขั้นที่ 2 กลุ่มผู้สนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดำเนินงาน กลุ่มบุคคลที่รู้สึกเป็นกลาง และกลุ่มบุคคลที่อาจไม่เห็นด้วยกับการดำเนินงาน

ขั้นที่ 4 กลุ่มผู้ดำเนินงานจะต้องพยายามให้สมาชิกส่วนใหญ่ของชุมชนเข้าร่วมในโครงการด้วย ซึ่งจะทำให้ได้รับความสนับสนุนอย่างกว้างขวางจากสมาชิกของชุมชน

ขั้นที่ 5 ระบบของการดำเนินงาน ตามโครงการอาจจะสลายตัว และผู้ดำเนินงานอาจจะเลิกติดต่อกันในที่สุด หรือบางโครงการผู้ดำเนินงานอาจมีความประทับใจและมีความสุขในผลสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการ จึงมีความต้องการที่จะดำเนินงานต่อไป

จากการศึกษาสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนหรือเครือข่ายนั้น ต้องมีพื้นฐานอยู่บนความเสมอภาคทางการเมือง และทางสังคมในระบบประชาธิปไตย แก้ปัญหาและพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนทุกคนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น ให้สมาชิกได้ช่วยกันจัดตั้งวัตถุประสงค์ของโครงการ ช่วยวางแผน และดำเนินงานตามแผนจนกระทั่งสำเร็จ

### 3.1.3 ทฤษฎีการกระทำทางสังคม (The theory of social action)

รีดเดอร์ (Redder อ้างถึงใน สมสมาน อายุรัฐ 2548, น. 44) ได้กล่าวว่า การกระทำทางสังคม (Social Action) ประกอบด้วย กลุ่มปัจจัยหลายประการ มิได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยหนึ่ง และได้อธิบายถึงเหตุผลในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดของบุคคลว่า ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ที่เรียกว่าความเชื่อหรือความไม่เชื่อ (Believes or disbelieves) มิได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง และการกระทำของมนุษย์ในเรื่องใดก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัยดังกล่าวต่อไปนี้

1. เป้าหมาย (Goal)
2. ความเชื่อที่สืบทอดกันมา (Believes orientation)
3. ค่านิยมมาตรฐาน (Standard values)
4. นิสัยและขนบธรรมเนียมประเพณี (Habit and custom)
5. ความคาดหวัง (Expectation)
6. ความผูกพัน (Commitments)
7. แรงเสริม (Reinforcement)
8. โอกาส (Opportunity)
9. ความสามารถ (Ability)
10. การสนับสนุน (Support)

รีดเดอร์ (Redder อ้างถึงใน สมสมาน อายุรัฐ 2548, น. 44) ได้อธิบายถึงปัจจัยหรือสาเหตุที่มีผลต่อการกระทำทางสังคมไว้ดังนี้

1. ในสถานการณ์ของการกระทำทางสังคมจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งแต่ละคนก็มีเหตุผลแต่ละอย่างในการตัดสินใจในการกระทำ
2. บุคคลหรือองค์การ จะตัดสินใจหรือแสดงการกระทำบนพื้นฐานของกลุ่มเหตุผลซึ่งตัดสินใจเองได้ว่ามันสอดคล้อง หรือตรงปัญหาและสถานการณ์นั้นๆ

3. เหตุผลบางประการอาจสนับสนุนการตัดสินใจและเหตุผลบางประการอาจต่อต้านการตัดสินใจ
4. เหตุผลนั้นผู้ตัดสินใจให้น้ำหนักที่แตกต่างกันการเลือกเหตุผลหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ
5. เหตุผลในการตัดสินใจนั้นไม่ใช่มาจากเหตุผลใดเหตุผลหนึ่ง
6. การตัดสินใจกลุ่มของเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้นๆ จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทุกโอกาส
7. ปัจจัย หรือเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการกระทำทางสังคมนั้นย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลง
8. สำหรับกรณีเฉพาะอย่างภายใต้การกระทำทางสังคมจะมีบ่อยครั้งที่ทางเลือกสองหรือสามทาง เพื่อที่จะต้องสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ
9. ผู้กระทำหรือผู้ตัดสินใจอาจเลือกทางใดทางหนึ่ง
10. เหตุผลที่จะตัดสินใจสามารถที่จะมองเป็นได้จากทางเลือกที่ถูกต้องแล้วจากการศึกษาสรุปได้ว่า การเร้าให้เกิดกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้นักในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยต้องมีความเข้าใจในวิถีชีวิต ค่านิยม จารีตประเพณีทัศนคติของบุคคล การพัฒนาโดยใช้สิ่งเร้าที่เหมาะสมนำไปสู่การที่สมาชิกในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในรูปแบบของการมีส่วนร่วมและสมัครใจ

#### 3.1.4 ทฤษฎีจิตวิทยาสังคม (Theory of social psychology)

สุพจน์ ทรัพย์ผดุงชนม์ (2547, น. 12) ได้ค้นคว้าเกี่ยวกับแรงจูงใจ (Motivation) ของการกระทำของมนุษย์ไว้หลายประการ และได้อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจความต้องการเหล่านั้น ถูกจำกัดลำดับขั้นของความต้องการจากน้อยไปหามาก เมื่อความต้องการใดเกิดขึ้นแล้วไม่ได้รับการบำบัดเพียงพอ ความต้องการเหล่านั้นก็ยังคงอยู่และจะเป็นแรงขับที่มีพลังผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมโน้มไปในทางที่จะบำบัดความต้องการเหล่านั้นอยู่เสมอ ความต้องการพื้นฐานที่ทำให้แสดงพฤติกรรมต่างๆ มีอยู่ 5 ประการ แยกออกเป็นระดับต่างๆ ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological need) เป็นความต้องการขั้นแรกสุด
2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety need)
3. ความต้องการความรัก (Love or belong need)

#### 4. ความต้องการการยกย่องนับถือจากคนอื่น หรือมีเกียรติในสังคม

(Esteem need)

5. ความต้องการประสบผลสำเร็จ (Self-actualization need) ต้องการแสดงความสามารถของตนเองให้ประจักษ์แก่ผู้อื่น

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ความต้องการของมนุษย์ในระดับต่างๆ ตั้งแต่ความต้องการของมนุษย์ในขั้นพื้นฐานจนถึงความต้องการในระดับสูงๆ ของมนุษย์ จะเป็นแรงผลักดันแรงขับเคลื่อนที่มีพลังสามารถผลักดันให้มนุษย์กระทำหรือแสดงพฤติกรรมออกมา ทั้งในส่วนของกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลและพฤติกรรมทางสังคม เช่น การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของประชาชน เพราะบุคคลหรือประชาชนมีความสามารถและมีความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตน เพื่อมุ่งหวังพื้นฐานแห่งความต้องการของมนุษย์คือความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน บุคคลหรือผู้กระทำซึ่งเป็นสมาชิกของสังคมมีความสนใจที่เข้าไปทำกิจกรรมต่างๆ ที่จะทำให้ผู้กระทำรู้จักควบคุมสถานการณ์และเงื่อนไขต่างๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเลือกจุดมุ่งหมาย และวิธีการดำเนินการต่างๆ ไปสู่จุดมุ่งหมายนั้นๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้กระทำที่แสดงการกระทำเพื่อต้องการรางวัลหรือหลีกเลี่ยงการลงโทษและความรู้สึกภายในตัวบุคคลที่แสดงออกมาเป็นการกระทำ ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ว่าประชาชนมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง ตามกระบวนการดำเนินงานตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

#### 3.2 ปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน

ปัจจัยด้านเพศ การศึกษาของ นาดยา กระจำศรี (2550, น. 97) ที่พบว่า เพศที่ต่างกัน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหมู่บ้าน ตำบลยายอาม จังหวัดจันทบุรี ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับ นพดล ครุทน้อย (2552, น. 46) พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และเช่นเดียวกับ ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550, น. 80) เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง แต่ขัดแย้งกับ เกียรติภูมิ จันเต (2550, น. 72) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการค้นหาปัญหา การวางแผนและการประเมินผลงานสาธารณสุขของ อบต. บั๊ถวิ และขัดแย้งเช่นเดียวกับ กนกพร วุฒิอารีย์ (2553, น. 46) เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประชาชนตำบลดงประคำ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจัยด้านอายุ จากการศึกษาของ นาดยา กระจ่างศรี (2550, น. 9) พบว่าอายุของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหมู่บ้านตำบลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี เช่นเดียวกับ นพดล ครุฑน้อย (2552, น. 47) ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ปาริชาติ ห่วงศรี (2545, น. 28) พบว่าอายุของนักท่องเที่ยวมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรชายหาดบางแสน และปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550, น. 80) อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง

ปัจจัยด้านการศึกษา จากการศึกษาของ ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550, น. 81) ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยเข้มแข็ง ส่วน มยุรี สุวรรณโคตร (2551, น. 97) พบว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษาไม่มีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งขัดแย้งกับ เพ็ญนภา ภมร (2550, น. 68) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และ นพดล ครุฑน้อย (2552, น. 46) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และขัดแย้งเช่นเดียวกับ กนกพร วุฒิอารีย์ (2553, น. 47) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประชาชนตำบลดงประคำ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจัยด้านอาชีพ จากการศึกษาของ เกียรติภูมิ จันเต (2550, น. 72) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการค้นหาปัญหา การวางแผน การประเมินผลงานด้านสาธารณสุขของ อบต.ปัดวิ และนพดล ครุฑน้อย (2552, น. 46) พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แต่ตรงกันข้ามกับปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550, น. 81) พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง และขัดแย้งเช่นเดียวกับปราณี เขียวคำ (2550, น. 52) พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีระดับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาของเทศบาลตำบลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ในภาพรวมที่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านรายได้ จากการศึกษาของ นาดยา กระจ่างศรี (2550, น. 98) พบว่า รายได้ต่อเดือนของครอบครัวประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหมู่บ้านตำบลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี และเช่นเดียวกับ นพดล ครุฑน้อย (2552, น. 45) พบว่า รายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แต่ขัดแย้งกับ เกียรติภูมิ จันเต (2550, น. 72) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการค้นหาปัญหา

การวางแผน และการประเมินผลงานสาธารณสุขของ อบต. ปัตถิ และปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550, น. 82) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม จากการศึกษาของ ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550, น. 82) พบว่า การดำรงตำแหน่งในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ปราณี เยาว์ดำ (2550, น. 52) พบว่า สมาชิกของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนในภาพรวมไม่แตกต่างกันในการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาของเทศบาลตำบลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง และเช่นเดียวกับ ปรีชา หาญสวัสดิ์ (2550, น. 38) ที่พบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาของ อบต. และในทำนองเดียวกัน นพดล ครุฑน้อย (2552, น. 44) พบว่า ปัจจัยด้านตำแหน่ง / สมาชิกกลุ่มในหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพในสังคมของสมาชิกในชุมชน มีทั้งงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์ และไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจนำเข้ามาเป็นตัวแปรต้นเพื่อศึกษาในครั้งนี้

### 3.3 ปัจจัยด้านความรู้

#### 3.3.1 ความหมายของความรู้ มีผู้ให้ความหมายของความรู้ (Knowledge) ดังนี้

กู๊ด (Good, V.C. 1973 อ้างใน วัฒนพงศ์ ลือชูวงศ์ 2548, น. 29) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ บลูม (Bloom 1975, pp. 71 อ้างใน สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ 2544, น. 55) กล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งที่เฉพาะหรือเรื่องทั่วๆ ไป ระลึกได้ถึงวิธีการ กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำ

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary 1977, pp. 784 อ้างใน วาสนา ตรีเนตร (2549, น. 10) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้ หมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า หรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกตประสบการณ์หรือจากการรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจน และอาศัยเวลา

ประกาเพ็ญ สุวรรณ (2526, น. 20) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ ว่าเป็น พฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้เพียงแต่จำได้หรือโดยการมองเห็นหรือได้ยิน ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ไข

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ การแสดงออก โดยการนำไปใช้โดยให้ผู้อื่นได้รับทราบได้อย่างถูกต้อง

### 3.3.2 ระดับความรู้

บลูม และคณะ (Bloom and Others อ้างใน สรายุทธ วัลย์ชพฤกษ์ 2543, น. 36) ได้ทำการแบ่งระดับของความรู้ (เป็นพฤติกรรมกลุ่มพุทธิพิสัย) ออกเป็น 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมชั้นง่ายไปสู่ชั้นยาก ดังนี้

1) *ความรู้ ความจำ (Knowledge)* เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่บุคคลได้รับรู้เข้าไปในสมอง การวัดว่าบุคคลมีความสามารถในการจำเรื่องราวต่างๆ ได้มากน้อยเพียงไรนั้น ให้ดูตรงที่บุคคลนั้นสามารถเลือกได้ซึ่งสิ่งที่จะจำไว้ได้เพียงใด

2) *ความเข้าใจ (Comprehension)* เป็นความสามารถในการสื่อความหมาย ทั้งให้ผู้อ่านรู้เจตนาของตนเอง และตนเองรู้ความหมาย ความปรารถนาของผู้อื่น

3) *การนำไปใช้ (Application)* เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความจำ และความเข้าใจไปใช้ในการแก้ไขปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล ความสามารถในการนำไปใช้ไม่ได้หมายความว่าความถึงการได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น แต่เป็นความสามารถในการนำสิ่งที่ได้จากการเรียนการสอนไปแก้ไขสถานการณ์ให้สำเร็จลุล่วงได้

4) *การวิเคราะห์ (Analysis)* เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ

5) *การสังเคราะห์ (Synthesis)* เป็นความสามารถในการรวมส่วนประกอบย่อยๆ ให้เข้ากันได้เป็นเรื่องราว เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวในหลายๆ ลักษณะ แล้วนำมาจัดระบบ โครงสร้างเสียใหม่ ให้เกิดสิ่งใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่าเดิม

6) *การประเมิน (Evaluation)* เป็นความสามารถในการตัดสินใจ ตีราคา โดยอาศัยหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่วางไว้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ระดับความรู้ความสามารถจำแนกเป็นระดับได้ตั้งแต่ การจำ การระลึกได้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ และการประเมิน

### 3.3.3 การวัดความรู้

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2537, น. 85 อ้างใน สรายุทธ วัลย์ชพฤกษ์ 2543, น. 39) การวัดความรู้มีหลายชนิดแต่ละชนิดก็เหมาะกับการวัดความรู้ ตามลักษณะแตกต่างกันออกไป เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมกันมากคือ แบบทดสอบ (Test) ซึ่งเป็นชุดข้อคำถาม (Items) ที่สร้างขึ้นเพื่อเร้าหรือชักนำให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบ ตอบสนองออกมา อาจจะอยู่ในรูปการเขียนตอบ การพูด



การปฏิบัติ ที่สามารถสังเกตและวัดให้เป็นปริมาณได้ แบบทดสอบแบ่งออกเป็นประเภทได้หลายแบบแล้วแต่ที่สนะและเกณฑ์ที่ใช้แบ่ง ดังนี้

1) แบ่งตามลักษณะทางจิตวิทยา สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1) แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ (Achievement) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ความรู้ความเข้าใจ ตามพฤติกรรมความรู้ (Cognitive) ซึ่งเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ แบบทดสอบประเภทนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

ก. แบบทดสอบที่ครูสร้างเอง (Teacher – Made Test) เป็นแบบทดสอบที่สร้างกันโดยทั่วไป เมื่อต้องการใช้ก็สร้างขึ้น ใช้แล้วก็เลิกกันไป ถ้าจะนำไปใช้อีกก็ต้องตัดแปลงปรับปรุง แก้ไขเพราะเป็นแบบทดสอบที่ยังขาดคุณภาพ

ข. แบบทดสอบมาตรฐาน (Standardized Test) เป็นแบบทดสอบที่ได้มีการพัฒนาด้วยวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติมาแล้วหลายครั้งหลายหน จนมีคุณภาพสมบูรณ์ทั้งด้านความตรง ความเที่ยง ความยากง่าย อำนาจจำแนก ความเป็นภัย และมีเกณฑ์ปกติ (Norm) ให้เปรียบเทียบกับรวมความแล้วต้องมีมาตรฐาน ทั้งด้านการดำเนินการสอบและประเมินผลคะแนนที่ได้

(2) แบบทดสอบความถนัด (Aptitude Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดสมรรถภาพทางสมองของคนว่ามีความรู้ ความสามารถมากน้อยเพียงใด และมีความสามารถทางด้านใดเป็นพิเศษ แบบทดสอบประเภทนี้ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

ก. แบบทดสอบความถนัดทางการเรียน (Scholastic Aptitude Test) เป็นแบบถนัดที่วัดความสามารถทางวิชาการว่ามีความถนัดวิชาอะไร ซึ่งจะแสดงถึงความสามารถในการเรียนต่อทางแขนงวิชานั้น และจะสามารถเรียนไปได้มากน้อยเพียงใด

ข. แบบทดสอบความถนัดพิเศษ (Specific Aptitude Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถพิเศษของบุคคล เช่น ความถนัดทางดนตรี ทางการแพทย์ ทางวิศวกรรม ทางศิลปกรรม เป็นต้น ใช้สำหรับการแนะแนวการเลือกอาชีพ

(3) แบบทดสอบบุคคลสังคม (Personal – Social Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดบุคลิกภาพและการปรับตัวเข้ากับสังคมบุคคล

2) แบ่งตามรูปแบบของการถามการตอบ จะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1) แบบทดสอบความเรียง (Essay Test) จะเป็นแบบทดสอบที่กำหนดคำถามให้ผู้ตอบต้องเรียบเรียงคำตอบเอง

(2) แบบทดสอบตอบสั้นและเลือกตอบ (Short Answer and Multiple Choice Test) จะเป็นแบบทดสอบที่กำหนดคำถามให้ และกำหนดให้ตอบสั้นๆ หรือกำหนดคำตอบมาให้เลือก ผู้ตอบจะต้องเลือกคำตอบนั้น แบบทดสอบประเภทนี้ สามารถแบ่งเป็น 4 ชนิด คือ

ก. แบบให้ตอบสั้น (Short Answer Item)

ข. แบบถูก – ผิด (True – False Item)

ค. แบบจับคู่ (Matching Item)

ง. แบบเลือกตอบ (Multiple Choice Item)

3) แบ่งตามลักษณะการตอบ แบ่งได้ 3 ประเภท คือ

(1) แบบทดสอบปฏิบัติ (Performance Test) เป็นการทดสอบด้วยการให้ปฏิบัติ ลงมือทำจริงๆ

(2) แบบทดสอบเขียนตอบ (Paper – Pencil Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กันทั่วไป ซึ่งใช้กระดาษและดินสอหรือปากกาเป็นอุปกรณ์ช่วยตอบ ผู้ตอบจะต้องเขียนตอบทั้งหมด

(3) แบบทดสอบปากเปล่า (Oral Test) เป็นการทดสอบที่ให้ผู้ตอบพูดแทนการเขียน มักจะเป็นการพูดคุยกันระหว่างผู้ถามกับผู้ตอบ เช่น การสัมภาษณ์

4) แบ่งตามเวลาที่กำหนดให้ตอบ จะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

(1) แบบทดสอบการใช้ความเร็ว (Speed Test) เป็นแบบทดสอบที่จะต้องตอบภายในเวลาจำกัด มักจะมีจำนวนข้อคำถามมากๆ แต่ให้เวลาน้อยๆ

(2) แบบทดสอบให้เวลามาก (Power Test) เป็นแบบทดสอบที่ไม่จำกัดเวลาตอบ จะใช้เวลาตอบเท่าใดก็ได้

5) แบ่งตามลักษณะเกณฑ์ที่ใช้วัด จะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

(1) แบบทดสอบอิงเกณฑ์ (Criterion – Referenced Test) เป็นแบบทดสอบที่สอบวัดตามวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ หรือตามเกณฑ์ภายนอก ซึ่งเป็นเนื้อหาวิชาการเป็นหลัก

(2) แบบทดสอบอิงกลุ่ม (Norm – Referenced Test) เป็นแบบทดสอบที่เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่สอบด้วยกัน

สรุปผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวัดความรู้ตามแนวคิดของบุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์ 2537, น. 85 แบบทดสอบชนิดแบบถูก – ผิด (True - False Item) เป็นแบบวัดความรู้ในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบแบบสั้นๆ ทำให้เป็นการวัดความรู้ในรูปของการถาม - ตอบ ที่สามารถสังเกตและวัดให้เป็นปริมาณได้

ความรู้ เป็นพฤติกรรมหนึ่งของมนุษย์ อีกทั้งยังเป็นพื้นฐานสำคัญในการก่อให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพอนามัย และจากความเชื่อนี้จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ ซึ่งผู้ศึกษาไว้ดังนี้

พรพันธ์ คชเดช (2550, น. 129) ได้ศึกษาพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับ ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี

สมเกียรติ ออกแดง (2554, น. 83) ได้ศึกษาพบว่า ความรู้และความเข้าใจ ในกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน ระดับน้อย และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลัง การทดลอง มากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  ส่วนกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับน้อย และหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ น้อย ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบทางสถิติไม่แตกต่างกัน

เศรษฐพงศ์ อาลีมินทร์ (2552) ซึ่งศึกษาการวิจัยกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม พบว่า องค์กรชุมชนกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปจากการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ กับผลการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ของประชาชน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาวิจัยจึงได้นำปัจจัย ด้านความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มาเป็นตัวแปรต้นเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

### 3.3.4 ความรู้ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

เบญจมาศ สุขมิตรไมตรี (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2542) ความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือความแตกฉานทางสุขภาพ หรือการรู้เท่าทันสื่อหรือความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งองค์ประกอบของHL มีดังนี้

- 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access)
- 2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)
- 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill)
- 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)
- 5) การจัดการตนเอง (self-management)
- 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy)

การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ต้องอาศัยกลยุทธ์การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ตามหลัก 3 อ. 2 ส. และยึดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนชุมชน ภายใต้ แนวคิด Health literacy ในการพัฒนาในตัวบุคคลนั้นๆ

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) ฉบับที่ 3 ประจำเดือนมิถุนายน 2548) ได้กล่าวว่ นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ได้มีการผนึกกำลังระหว่าง ภาครัฐ ภาควิชาการ วิชาชีพ และภาคประชาชน ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่างๆ เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การรณรงค์ลดการบริโภคสุรา การตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ การออกกฎหมายเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่เพิ่ม เพื่อตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) การรณรงค์ลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุบนท้องถนน การขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพและจัดทำร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ

ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข (Health Service System Reorientation) มีการกำหนดและประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้า และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รองรับการทำงานให้ยั่งยืน ที่ยึดหลักการ “การสร้างสุขภาพ” นำ “การซ่อมสุขภาพ” โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ปี พ.ศ. 2545 เป็นปีเริ่มต้นแห่งการรวมพลังสร้างสุขภาพตามกรอบการรณรงค์ 5 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และ อโรคา หรือการลดโรคสำคัญต่างๆ ซึ่งมีกิจกรรมระดับชาติในการรณรงค์ให้ประชาชนหันมาใส่ใจการสร้างสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กิจกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ ซึ่งจัดต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2547 มีประชาชนได้ออกกำลังกายพร้อมกันมากกว่า 43 ล้านคน กิจกรรมการรณรงค์อาหารปลอดภัย (Food Safety) ที่มีการดำเนินงานอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งรัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งอาหารปลอดภัย

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ 5อ. เพื่อเป็นหลักในการสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นเป็นหลักง่าย ๆ แต่ให้ผลยิ่งใหญ่ในการที่จะทำให้เราแข็งแรงพอที่จะต่อสู้ และป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บไม่ให้มาเยือนเราได้ 5อ. ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยชุมชน อโรคา โดยสาระสำคัญของ 5 อ. คือ

อ. ที่ 1 อาหาร ประกอบไปด้วย คาร์โบไฮเดรต มีมากในข้าว แป้ง เผือก มัน โปรตีน ได้จาก เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง นม ไขมัน ได้จาก น้ำมันพืช และสัตว์ วิตามินและเกลือแร่ ได้จาก ผัก ผลไม้ สารอาหารเหล่านี้มีประโยชน์ในการบำรุงร่างกายและช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายเป็นไปอย่างปกติอาหารที่ดีต้องมีคุณค่าของสารอาหาร ไม่ใช่อาหารราคาแพง อาหารพื้นบ้านง่ายๆ อย่างน้ำพริก ปลาทูด ผักจิ้ม แกงส้ม ต้มยำ แกงเลียง ต้มยำ แกงเลียงล้วนครบถ้วนด้วยคุณค่าของสารอาหาร แลเมยังได้คุณประโยชน์ทางยาจากพืชผักสมุนไพรที่ใช้เป็นเครื่องแกงอีกต่างหาก และถ้าเสริมด้วยผลไม้ไทยๆ อย่าง มะละกอ ส้ม กล้วยน้ำว้า ฝรั่งก็จะยิ่งดีต่อสุขภาพ

นอกจากเลือกกินอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนแล้วต้องไม่ลืมนึกถึงวิธีการปรุงให้สุก สะอาดด้วย อาหารสุกๆ ดิบๆ มีเชื้อโรค และพยาธิต่างๆ มากมาย ต้องปรุงให้สุกด้วยความร้อน อาหารสุกด้วยการบีบมะนาวหรือของเปรี้ยวนั้นไม่ถือว่าเป็นอาหารสุกที่ปลอดภัย เพราะความจริงกรดในมะนาวทำให้เปลี่ยนสีเท่านั้น ไม่ใช่เป็นการสุก ซึ่งเชื้อโรคและพยาธิไม่ตายแต่จะมีโอกาสเข้าสู่ร่างกาย และก่อให้เกิดโรคกับเราได้มากมาย เช่น อุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ ตัวจี๊ด พยาธิใบไม้ตับ

อ. ที่ 2 ออกกำลังกาย ร่างกายของคนเรามีอวัยวะบางส่วนทำงานสัมพันธ์กัน ถ้าไม่ได้ถูกใช้งานส่วนนั้นจะไม่ค่อยแข็งแรงและจะมีผลต่อส่วนอื่นๆ ด้วย เช่น ระบบทางเดินหายใจไม่ดีระบบเลือด สมออง หัวใจ ก็จะไม่ดีตามไปด้วยทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ

การออกกำลังกายจะช่วยให้อวัยวะทุกส่วนทำงานดีขึ้นอย่างน่าอัศจรรย์ ระบบการทำงานต่างๆ จะเกิดภาวะสมดุล สดชื่น กระปรี้กระเปร่า ไม่เจ็บป่วยง่าย การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นของชีวิตที่ทำให้ทุกเพศวัย วัยเด็ก ทำให้การเจริญเติบโตของโครงสร้างร่างกายเป็นไปอย่างสมบูรณ์ สมออง และสมาธิทำให้จิตใจ ร่าเริงสดใส วัยหนุ่มสาว ทำให้มีสมรรถภาพทางกายสูง มีทรวดทรงรูปร่างและบุคลิกภาพดี สุขภาพจิตดีส่งผลถึงความก้าวหน้า ในการทำงาน วัยสูงอายุ ช่วยให้ระบบต่างๆ แข็งแรง เสื่อมสภาพช้ากว่าคนไม่ออกกำลังกาย กินอิม นอนหลับ สุขภาพจิตดี มีอายุยืนยาว

การออกกำลังกาย ควรทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 - 30 นาที ในผู้เริ่มต้นเมื่อร่างกายอยู่ตัวแล้ว จึงเพิ่มตามความเหมาะสมของร่างกาย ในแต่ละสัปดาห์ควรเลือกสลับวิธีการออกกำลังกายให้มีความหลากหลาย เช่น เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ แอโรบิก ขยับกาย สบายชีวี โรคภัยไม่มี จิตใจเบิกบาน

อ. ที่ 3 อารมณ์ เคยสังเกตหรือไม่ว่า เวลาที่เราโกรธหัวใจจะเต้นแรงเวลาเศร้า เราจะรู้สึกเบื่ออาหาร นี่เป็นข้อพิสูจน์ได้อย่างหนึ่งว่า อารมณ์มีผลต่อร่างกายทุกครั้งที่เราอารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด โกรธ เศร้า กลัว ร่างกายจะทำงานผิดปกติและหลั่งสารพิษออกมา โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต บางคนเป็นโรคที่หาสาเหตุไม่ได้ เช่น ปวดหัวบ่อย นอนไม่หลับ เครียด หรือเกิดอาหารทางจิตประสาท เป็นต้น เมื่อรู้อย่างนี้ แล้วเราจะปล่อยให้อารมณ์ที่ไม่ดีทำร้ายเราตลอดไปหรืออยากมีสุขภาพดีต้องพยายามควบคุมอารมณ์ให้มากๆ ในแต่ละวัน หากเกิดอารมณ์ในทางลบ ลองฝึกวิธีการควบคุมอารมณ์ง่ายๆ เช่น นั่งในที่สบายๆ หลับตาแล้วนับ 1 - 10 ในใจ ซ้ำๆ หรือหายใจเข้า ออกยาวๆ สักพัก ก็จะช่วยให้ดีมาก

อ. ที่ 4 อโรคยา คนเรามีความเสี่ยงต่อโรคภัยที่อาจเกิดขึ้นได้จากความเสื่อมของร่างกายมากเกินพอแล้ว แต่ยังมีคนหลายคนที่ยินยอมสรรหาโรคภัยไข้เจ็บมาใช้เอง ทั้งๆ ที่รู้ เช่น เสพยาเสพติดคัมสุรา สูบบุหรี่ ถ้าสูบนานพอจะ ขยับชีวิตโดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัย หรือสวมหมวกกันน็อก

กินอาหารสุกๆ ดิบๆ กินอาหาร เค็มจัด มันจัด หวานจัด ที่ยิวหามรุ่งหามค่ำ เล่นการพนันจนเคร่งเครียด ทำงานหนักเกินพอดี ภาวะความเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ล้วนแล้วแต่จะเป็นสาเหตุเริ่มต้นของการเจ็บป่วย และความไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพทั้งสิ้น สมควรที่จะหลีกเลี่ยงให้ห่างไกล อย่าลืมว่า สุขภาพดีไม่มีขาย อยากได้ต้องสร้างเอง

อ. ที่ 5 อนามัยชุมชน คนเราอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน เป็นสังคม หากเรามีสุขภาพดีเพียงคนเดียว ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ โอกาสที่จะปลอดภัยจากโรคร้ายไข้เจ็บเป็นไปได้ยากยิ่ง ดังนั้นต้องช่วยกันดูแลสิ่งแวดล้อม และอนามัยชุมชนให้ดีขึ้น โดยเริ่มจาก คนในครอบครัวของเรา ร่วมมือกันปฏิบัติตามหลัก 5อ. 3ดี 1ชยันต์ และรับภูมิคุ้มกันตามกำหนดเจ็บป่วยที่รับดูแลรักษาพยาบาล เพื่อไม่ให้เป็นพาหะของโรค

ภายใต้กรอบแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554 – 2563 ได้ระบุแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building) ที่มีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของชุมชน ท้องถิ่น และองค์กร ให้รับรู้ เข้าใจ ตระหนัก สามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพดีวิถีไทยและสุขภาพ โดยเป้าหมายให้ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิต ด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการ สมดุล ยั่งยืน และเป็นสุข บนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยยึดหลัก 3 อ. 2 ส. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา ดังนี้

อ. ที่ 1 อาหาร เลือกสรรและบริโภครอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (Make Healthy Food Choices) การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ และมีสัดส่วนเหมาะสม รับประทานผักและผลไม้ให้หลากหลายเพิ่มมากขึ้น รับประทานปลาและเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง มีรสหวาน รสเค็มมากเกินไป หลีกเลี่ยงอาหารฟาสต์ฟู้ด ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ และน้ำอัดลม

อ. ที่ 2 ออกกำลังกาย ใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง (Live an Active Life) มีการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นอย่างน้อย มีการเคลื่อนไหวในระหว่างวัน เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการขึ้นลิฟท์ ลงรถเมล์ก่อนถึงป้าย จำกัดชั่วโมงการใช้คอมพิวเตอร์และดูโทรทัศน์ของไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน เป็นต้น ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนที่อายุ 6 ปีขึ้นไป

อ. ที่ 3 อารมณ์ คือ หลักในการควบคุมอารมณ์และความรู้สึก มีการจัดการกับอารมณ์ ผิดสมาธิ และผ่อนคลายความเครียด การเผชิญกับปัญหาและแก้ปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม ยืดเส้นยืดสายไม่น้อยกว่า 5 นาที ฟังเพลง ทำงานอดิเรก พบปะเพื่อน จัดการสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สดใส

ส. ที่ 1 ไม่สูบบุหรี่ บุหรี่คือฆาตกรเงียบที่ทำร้ายชีวิตเราโดยไม่รู้ตัวและโทษของการสูบบุหรี่ ก็ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง มะเร็งหลอดลม และหลอดอาหาร

ส. ที่ 2 ไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ เช่น โรคหัวใจวาย ตับแข็ง เส้นเลือดในสมองแตก มะเร็งกระเพาะอาหาร และทำให้ขาดสติมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

จากการศึกษาสรุปได้ว่า องค์ความรู้ที่ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยคือ ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ซึ่งหมายถึง การที่สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีความรู้ในการอธิบายและตอบคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้อย่างถูกต้องในองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา และผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบชนิดแบบถูก – ผิด (True - False Item) เป็นแบบวัดความรู้ในการวิจัยครั้งนี้

### 3.4 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถชี้ให้เห็นถึงสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมว่ามีการช่วยเหลือกันอย่างไรบ้าง ที่จะสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลของแต่ละคนในชุมชน

#### 3.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

House (See Glanz et al. 2002, pp. 190 อ้างอิงจาก House 1981) ให้ความหมายของคำว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการให้การสนับสนุนจากสังคมนรอบข้างในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ ด้านการประเมินผล และด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้ให้ต้องการ ในที่นี้หมายถึงการดูแลสุขภาพที่ดี

#### 3.4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ ยกย่อง การแสดงถึงความห่วงใย
2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feed back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เพื่อใช้ในการประเมินตนเอง

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูล เช่น การให้คำแนะนำ (suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (advice) เพื่อแก้ปัญหา และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนโดยตรงต่อบุคคลด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา สิ่งของ เป็นต้น

วนิดา วิระกุล (2534, น. 43 อ้างอิงจาก Schefer, et al. 1981, pp. 385-386) ได้แบ่งชนิดของพฤติกรรมของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) เช่น การให้ความผูกพัน ความพอใจ ความไว้วางใจ และการยอมรับนับถือ เป็นต้น

2. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible Support) เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงานและเวลา

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารและข่าวสารที่ถูกต้อง การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาวิจัยได้นำการแบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมของ House J.S. (1981) เป็นแนวคิดหลักในการกำหนดตัวแปรต้น

### 3.4.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นกลุ่มได้ 2 กลุ่ม คือ

1) *กลุ่มปฐมภูมิ* เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน

2) *ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ* เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผน มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อุบล นิวัติชัย (2527, น. 285 - 288) ได้จัดแบ่งกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ไว้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Support System) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทแรกอยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ พี่น้อง ลูก หลาน ส่วนประเภทที่สองคือครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน

2. องค์กรและสมาคมที่ได้รับการสนับสนุน (Organized Support) หมายถึงบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม เป็นสมาคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น



3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ (Professional Health Care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการวิชาชีพในด้านการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพอนามัย

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ส่งผลต่อการแสดงออก พฤติกรรมที่ต่างกัน ซึ่งสามารถกระตุ้นให้ประชาชนมีพลังกายและพลังใจ ปฏิบัติงานตามบทบาท ร่วมมือ ร่วมแรง พัฒนาชุมชนตนเองอย่างเต็มกำลัง ส่งผลให้ชุมชนพัฒนาไปสู่เป้าหมายได้ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ ชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2550, น. 74) ศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพภาค ประชาชนเพื่อเมืองไทยแข็งแรง พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนา คือความเชื่อมั่น ในศักยภาพของประชาชนในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นเพียงผู้ให้การ สนับสนุน สอดคล้องกับ ทวีศิลป์ เขยบุตร (2550, น. 59) พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข การให้การสนับสนุนจากประชาชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ Sutham Nanthamongkolchai et al. (2007, น. 53) ศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ( $r = 0.71$ ) และเช่นเดียวกับ นภดล ครุฑน้อย (2552, น. 44) ได้ศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุน ทางสังคมทั้ง 4 ด้านมีผลต่อการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้าน จัดการสุขภาพ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของบุคคล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในด้าน อารมณ์ คือการได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ หรือบุคคลรอบข้างในการดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรม ทางสุขภาพ ด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับข้อมูลจากการสนับสนุนทางสังคมในการรับรู้ข้อมูลด้าน สุขภาพของคนในครอบครัว ชุมชน ด้านการประเมินผล คือ การได้รับการชักชวน แนะนำ ให้เข้าร่วม การประเมินกิจกรรมสุขภาพ และด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ คือ การได้รับสนับสนุนสื่อด้านสุขภาพ หรือ การได้รับการสนับสนุนในการจัดหาเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

### 3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน

Cohen และ Uphoff (1977, pp. 17-19) เสนอไว้ว่าการที่ชุมชนจะตัดสินใจเข้ามามี ส่วนร่วม และร่วมรับผิดชอบในโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ทั้งระบบนั้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไข และปัจจัย ที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งเป็นคุณลักษณะภายนอกของบุคคลซึ่งเป็นการรับรู้ข้อมูลที่เกิดขึ้นจากภายนอก ได้แก่

อายุและเพศ

1. สถานภาพในครอบครัว
2. ระดับการศึกษา
3. สถานภาพทางสังคม เช่น ชั้นทางสังคม ศาสนา

4. อาชีพ
5. รายได้และทรัพย์สิน
6. ระยะเวลาในท้องถิ่น และระยะเวลาที่อยู่ในโครงการ
7. ที่ดินถือครองและสถานภาพแรงงาน

โต สมบูรณ์ (2543, น. 34) กล่าวสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมว่า ส่วนใหญ่มาจากความผูกพันกันในชุมชน การต้องการช่วยเหลือพัฒนาชุมชนตนเองและแรงจูงใจจากผู้นำชุมชนหรืออื่นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมต่อชุมชนของตนเอง

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2548, น. 152) ได้สรุปปัจจัยที่เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยด้านกลไกของรัฐ โดยรัฐต้องกำหนดนโยบาย ที่คำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมท้องถิ่น สนับสนุนกิจกรรมที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการเมือง รวมทั้งการสร้างช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน โดยระบบต่างๆ ของราชการจะต้องเอื้ออำนวยและเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในขณะที่การติดตามประเมินผล และการให้การสนับสนุนในภายหลังก็เป็นสิ่งจำเป็น ไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน

2. ปัจจัยด้านประชาชนที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ในการทำงาน พัฒนากล้าตัดสินใจ ริเริ่มกิจกรรมและรับผลประโยชน์ สมาชิกต้องรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือเป็นผู้นำท้องถิ่น มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอก

3. ปัจจัยด้านนักพัฒนาที่จะต้องรู้จักชุมชนในทุกๆ มิติ มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการมีส่วนร่วม ต้องค้นหาผู้นำที่มีศักยภาพ รู้จักวิธีการรวมกลุ่มประชาชนเพื่อช่วยหาหนทางแก้ปัญหาและสนับสนุนข้อมูลความรู้ต่างๆ รวมทั้งทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดำเนินงานพัฒนาได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนนั้น ต้องพิจารณาในปัจจัยพื้นฐานด้านคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และตำแหน่ง / สมาชิกกลุ่มในชุมชน รวมถึงปัจจัยด้านความรู้ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนด้วยเช่นกัน และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่สามารถชี้ให้เห็นถึงสัมพันธภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในสังคมว่ามีการช่วยเหลือหรือดำเนินกิจกรรมอย่างไรบ้าง ที่จะสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในพื้นที่

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา ปัจจัยที่มีผลกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี ดังนี้

กนกพร วุฒิอารีย์ (2552, น. 48) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประชาชนตำบลคงประคำ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาในแต่ละมิติของการมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นมิติการมีส่วนร่วมในการวางแผน/ตัดสินใจ มิติการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มิติการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมิติการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลคงประคำ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 มิติ เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า เพศ การศึกษา และระยะเวลาการอยู่ในชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ณชชกร ขาวเข้ม (2554, น. 81-88) ทำการศึกษาเรื่อง การส่งเสริมเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชนเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลสินปุน อำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ตำบลสินปุนมีเครือข่ายต่างๆ กระจายอยู่ทั่วไป แต่ไม่ได้มีการเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน ส่วนมากจะเป็นเครือข่ายทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ เพราะตำบลสินปุนชุมชนดั้งเดิมที่ตั้งบ้านเรือนอยู่อาศัยสืบต่อกันมานานมากกว่า 150 ปี มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเครือญาติที่เหนียวแน่นและใกล้ชิดกัน เมื่อมีประชากรมากขึ้นชุมชนจึงขยายตัวออกเป็นชุมชนใหญ่ แต่ก็ยังมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับชุมชนเดิม ต่อมาได้มีประชากรส่วนหนึ่งอพยพโยกย้ายมาจากถิ่นอื่น เช่น นครศรีธรรมราช พัทลุง และอำเภออื่นในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่งผลให้การเชื่อมโยงด้านเครือญาติน้อยลง มีความหลากหลายมากขึ้น มีความขัดแย้งในด้านต่างๆ มากขึ้น ส่วนการเชื่อมโยงด้านอื่นๆ ที่เห็นได้ชัด เช่น การเชื่อมโยงทางด้านวัฒนธรรมประเพณี โดยมีวัดเป็นศูนย์กลาง การเชื่อมโยงทางด้านเศรษฐกิจในรูปแบบกลุ่มอาชีพ สหกรณ์ กลุ่มกองทุนเงินล้าน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ เป็นต้น และการเชื่อมโยงทางการเมืองการปกครอง เช่น เครือข่ายชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านที่มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ เดือนละครั้ง โดยมีการผลัดเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพสำหรับปัญหาอุปสรรคของการเชื่อมโยงเครือข่ายส่วนใหญ่เกิดจากขาดศูนย์กลางในการสร้างความเข้าใจและสนับสนุนให้เกิดการประสานเครือข่ายที่ชัดเจน ซึ่งแนวทางสร้างความเข้มแข็งในการเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลสินปุนควรมีการส่งเสริมเครือข่ายที่มีอยู่แล้วอย่าง

จริงจังและเป็นศูนย์กลางในการประสานเชื่อมโยงเครือข่ายให้กว้างขวางขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้มีการร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านต่างๆ เพื่อสร้างความสามัคคีในการร่วมกันพัฒนาท้องถิ่นให้เกิดความเข้มแข็งอย่างแท้จริงได้

เบญจวรรณ สุภาพ (2552, น. 49-53) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของแกนนำชุมชน ในเขตเทศบาลนครลำปาง อำเภอเมืองลำปาง ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ประชากรร้อยละ 83 มีการดำเนินงานตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้ครบทั้ง 5 ขั้นตอน อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแต่ละขั้นตอนพบว่า ประชากรที่มีการดำเนินงานในขั้นตอนการสำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์ การทำแผนชุมชน การปฏิบัติตามแผนสุขภาพ และการประเมินผล อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.4 ร้อยละ 84.7 ร้อยละ 92.6 และร้อยละ 85.7 ตามลำดับ ส่วนขั้นตอนการสร้างเวทีเรียนรู้ในชุมชนประชากรร้อยละ 72.8 มีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยผลการศึกษาครั้งนี้ ใช้เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพร่วมกับแกนนำชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี

ปราณี เยาว์คำ (2550, น. 50-53) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมขององค์กรเครือข่ายชุมชน ในการจัดทำแผนพัฒนาเทศบาล กรณีศึกษา : เทศบาลตำบลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ผลการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมด้านการรับฟังความคิดเห็นในส่วนของ การมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาความเดือดร้อน ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.6 ด้านการตัดสินใจ กำหนดโครงการ/กิจกรรม อยู่ในส่วนของ การเปิดโอกาสในการเสนอโครงการ/กิจกรรมของชุมชน/กลุ่มต่างๆ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 36.9 และด้านการติดตาม/ประเมินผล โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งการศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวคิดและข้อเสนอแนะที่สำคัญคือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความสำคัญสำหรับชุมชนและกลุ่มต่างๆ การจัดประชุมร่วมกัน การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การติดตามประเมินผลให้มากขึ้น และยังสามารถสรุปได้ว่าระดับการมีส่วนร่วมในทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นการมีส่วนร่วมในการเป็นกรรมการจัดซื้อจัดจ้าง มีส่วนร่วมในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 28.5

ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550, น. 75-87) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผลการศึกษพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.54 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ดำรงตำแหน่งเป็น อสม. ความคิดเห็นโดยรวมต่อการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับสูง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง (2) เพศ การศึกษา

อาชีพ การดำรงตำแหน่งในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุดกับความคิดเห็นของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความคิดเห็นด้านประโยชน์บทบาทของสมาชิกเครือข่าย การจัดทำแผนงานและการได้รับรางวัลของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความคิดเห็นในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง โดยจะต้องพัฒนารูปแบบและส่งเสริมให้สมาชิกองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง โดยนำความคิดเห็นที่มีอยู่ในระดับสูงอยู่แล้วมาใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมให้เพิ่มมากขึ้นต่อไป

ไพรัช ดันอุดม (2552, น. 79) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้นำและประชาชนในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเมืองนำอยู่ กรณีศึกษา เทศบาลเมืองเมืองแก่นพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนและประชาชนมีแนวคิดในการพัฒนาชุมชนเน้นบทบาทหน้าที่ของทุกคนในชุมชนต้องช่วยกันตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการ การดำเนินงาน การประเมินผล รวมไปถึงการแสดงความคิดเห็นผ่านเวทีประชาคม การทำแผนชุมชน และการรวมกลุ่มเพื่ออำนาจการต่อรองในขอบเขตของการตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของชุมชน โดยได้รับประสบการณ์การพัฒนาจากบุคคลภายในและภายนอกชุมชน รูปแบบของการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนจะแสดงออกในลักษณะการตัดสินใจการควบคุมกำกับการทำงานให้เป็นไปตามแผน ส่วนประชาชนแสดงออกในลักษณะของการปฏิบัติตามแผนภายใต้การตัดสินใจด้วยตนเอง ประชาชนได้รับผลประโยชน์คือปัญหาของชุมชนได้รับการแก้ไข ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำแผนชุมชนมากขึ้นจึงได้รับพัฒนาชุมชนมากขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง คือปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา มีผลต่อการพัฒนาชุมชนน้อย และปัจจัยภายนอก เช่น การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและประชาชน ทูทางสังคม ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม การสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐและเอกชน มีผลต่อการพัฒนาชุมชนมากแต่ยังน้อยกว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชุมชน กล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเมืองนำอยู่มากกว่าทูทางสังคม

พรพันธ์ คชเดช (2550, น. 119 - 136) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพการดำเนินงานสร้างสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า (1) อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 43 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ระยะเวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบคือ 10 - 20 หลังคาเรือน (2) อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานและปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง (3) ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อสม. คือ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานและปัจจัยจิตใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (4) ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ ด้านการจัดการงบประมาณ การจัดทำแผนด้านสาธารณสุข และด้านการประเมินผล ซึ่งทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้การสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีแผนการฝึกอบรม รวมทั้งการ นิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ และสนับสนุนให้รางวัล และจัดทำเกียรติบัตร เพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติ แก่ อสม.

สมเกียรติ ออกแดง (2554, น. 81-90) ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาตำบล จัดการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ย ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การรับรู้แนวคิดการพัฒนา ตำบลจัดการสุขภาพ แรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนน ค่าเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการประยุกต์ ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ส่งผลให้เกิดการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำ สุขภาพในระดับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควรส่งเสริมให้นารูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่าย สุขภาพในด้านอื่นๆ และในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่อาศัยองค์ประกอบ ในชุมชน 3 อย่าง คือ คน ทูณ และความรู้ มาใช้กระบวนการจัดการ 4 ขั้นตอน โดยประชาชนในหมู่บ้าน มีเป้าหมายคือความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้าน ซึ่งต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของ ประชาชนอย่างกว้างขวาง มีงานวิจัยหลายฉบับที่แสดงให้เห็นถึง การพัฒนาด้านสุขภาพที่มีประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมโดยการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. มีแนวโน้ม จะประสบผลสำเร็จและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่มุ่งเน้นการมี ส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นพี่เลี้ยง แต่การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านี้ ต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ที่เหมาะสม และการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมรอบข้างอย่างสมดุล สนับสนุนกันและกัน ซึ่งผล การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา มีทั้งหมู่บ้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์และผ่านเกณฑ์ก็ยังคงขาด ความยั่งยืน แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ยังได้รับความร่วมมือจากประชาชน น้อย ทั้งยังไม่พบรายงานการศึกษาถึงปัจจัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่รวมตัวกันในชุมชน

ที่ดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนที่อาศัย ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งผู้ศึกษาวิจัยมุ่งหวังที่จะ นำ ผลการศึกษาไปวางแผนการจัดการกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการ ดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามเจตนารมณ์ของการพัฒนาสุขภาพที่ต้องการให้ประชาชน สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ลดการพึ่งพาปัจจัยจากภายนอก สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี โดยมีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**1.1 ประชากรที่วิจัย** ครั้งนี้คือ สมาชิกเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินงานตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดสิงห์บุรี จากจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 364 หมู่บ้าน

**1.2 ขนาดตัวอย่าง** ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินการตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดสิงห์บุรี คำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการศึกษา โดยใช้หลักการคำนวณสูตรของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan 1970 อ้างใน สุทธนู ศรีไสย์ 2551) ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + \chi^2 p (1 - p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$\chi^2$  = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\chi^2=3.841$ )

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

แทนค่าจากสูตร

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{3.841 \times 364 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (364 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$= 187.14$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการศึกษา เท่ากับ 188 คน



โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเป็นตัวแทนสมาชิกของเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งมีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

**1.3 การสุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ตัวแทนของสมาชิกเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพกระจายครอบคลุมทุกอำเภอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกสมาชิกเครือข่ายชุมชนจากทุกอำเภอ ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วน เครือข่ายชุมชนจำแนกรายอำเภอ รายละเอียดดังตารางที่ 3.1 สำหรับการเลือกหมู่บ้านและสมาชิกเครือข่ายในแต่ละหมู่บ้านนั้น ผู้วิจัยได้เลือกสุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นที่ 1** หลังจากได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละอำเภอแล้ว ได้แบ่งจำนวนตัวอย่างกระจายตามหมู่บ้าน โดยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากรายชื่อเพื่อเลือกหมู่บ้านในแต่ละอำเภอ

**ขั้นที่ 2** ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากรายชื่อสมาชิกเครือข่ายที่เป็นตัวแทนหมู่บ้านละ 1 คน จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 188 คน

ซึ่งการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดให้มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ต้องเป็นสมาชิกเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินการตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดสิงห์บุรี
2. ต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
3. ต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ ด้านการจัดงบประมาณสุขภาพ ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ และด้านการประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ

4. ยินดีตอบแบบสอบถามในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพไม่ครบทั้ง 4 ด้าน
2. ไม่ยินดีตอบแบบสอบถามในการวิจัย

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนหมู่บ้านในจังหวัดสิงห์บุรีและกลุ่มตัวอย่างสมาชิกเครือข่ายชุมชน  
จำแนกแต่ละอำเภอ ในจังหวัดสิงห์บุรี

อำเภอ	จำนวนตำบล (แห่ง)	จำนวนหมู่บ้าน (แห่ง)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง สมาชิกเครือข่ายชุมชน (คน)
เมืองสิงห์บุรี	8	58	30
อินทร์บุรี	10	105	54
พรหมบุรี	7	42	22
บางระจัน	8	77	40
ท่าช้าง	4	23	12
ค่ายบางระจัน	6	59	30
<b>รวม</b>	<b>43</b>	<b>364</b>	<b>188</b>

หมายเหตุ ประชากรที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน  
ในจังหวัดสิงห์บุรี

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาแนวคิด  
ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาหรือประเด็นคำถามที่มีความ  
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

แบบสอบถามความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการ  
ดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ตอน คือ

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกเครือข่ายชุมชน** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ  
การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางสังคม ข้อคำถามมีทั้งปลายเปิดให้เลือกตอบและปลายปิดให้ระบุ  
จำนวนตัวเลขลงในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

เพศ หมายถึง เพศชายหรือเพศหญิง มีระดับการวัดเป็นนามมาตรา (Nominal  
Scale)

อายุ หมายถึง อายุนับเป็นปี มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale)

ระดับการศึกษา หมายถึง การจบการศึกษาสูงสุด ประกอบด้วย 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมศึกษา 3) อนุปริญญา 4) ปริญญาตรี และ 5) อื่นๆ มีระดับการวัดเป็นอันดับมาตรา (Ordinal Scale)

อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพในปัจจุบัน ประกอบด้วย 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2) เกษตรกรรม 3) รับจ้าง 4) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 5) รับราชการ รัฐวิสาหกิจ และอื่นๆ มีระดับการวัดเป็นอันดับมาตรา (Ordinal Scale)

รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale)

สถานภาพทางสังคม หมายถึง การดำรงตำแหน่งอื่นทางสังคม ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล 2) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล นายองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล รองนายองค์การบริหารส่วนตำบล/รองนายกเทศมนตรีเทศบาล มีระดับการวัดเป็นนามมาตรา (Nominal Scale)

**ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน** สอบถามเกี่ยวกับความรู้ในองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบ เพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบชนิดแบบถูก – ผิด (True - False Item) เป็นแบบวัดความรู้ในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการให้คะแนนความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ

ตอบถูก ให้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้คะแนน ข้อละ 0 คะแนน

มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale) ผู้วิจัยแปลผล ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน โดยใช้วิธีเกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คิดเป็นคะแนนระหว่าง 0 – 20 คะแนน จึงใช้เกณฑ์การแปลผลความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (เสรี ลาซโรจน์ 2537, น. 65-68)

ระดับความรู้มาก หมายถึง มีคะแนน 16 - 20 (คิดเป็นร้อยละ 80 -100)

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง มีคะแนน 12 – 15 (คิดเป็นร้อยละ 60 – 79)

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง มีคะแนน 0 -11 (คิดเป็นร้อยละ < 60)

**ตอนที่ 3** แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของเฮาส์ 4 ด้าน คือ

ด้านอารมณ์	จำนวน 5 ข้อ
ด้านข้อมูลข่าวสาร	จำนวน 5 ข้อ
ด้านการประเมินผล	จำนวน 5 ข้อ
ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์	จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยได้รับเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน
ได้รับน้อยหรือได้รับนานๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ได้รับปานกลางหรือได้รับพอประมาณ	ให้คะแนน 3 คะแนน
ได้รับเป็นประจำสม่ำเสมอ	ให้คะแนน 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยระดับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เกณฑ์ค่าสัมบูรณ์ของเบสต์ (Best 1977, pp. 174) ดังนี้

การคำนวณช่วงกว้างระหว่างชั้น

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ซึ่งแปลความหมายระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
1.00 – 2.00	ได้รับน้อย
2.01 – 3.00	ได้รับปานกลาง
3.01 – 4.00	ได้รับเป็นประจำสม่ำเสมอ

**ตอนที่ 4 แบบสอบถามวัดการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานของ  
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ 4 ด้าน คือ**

ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ	จำนวน 5 ข้อ
ด้านการจัดงบประมาณสุขภาพ	จำนวน 5 ข้อ
ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ	จำนวน 5 ข้อ
ด้านการประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ	จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีส่วนร่วม	ให้คะแนน 1 คะแนน
มีส่วนร่วมน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
มีส่วนร่วมปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
มีส่วนร่วมมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ค่าสัมบูรณ์ของเบสต์ (Best 1977, pp. 174) ดังนี้  
การคำนวณช่วงกว้างระหว่างชั้น

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ซึ่งแปลความหมายระดับคะแนนการมีส่วนร่วม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน
1.00 – 2.00	มีส่วนร่วมน้อย
2.01 – 3.00	มีส่วนร่วมปานกลาง
3.01 – 4.00	มีส่วนร่วมมาก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) การจัดทำแผนสุขภาพ 2) การจัดงบประมาณด้านสุขภาพ 3) การจัดกิจกรรมสุขภาพ 4) การประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ 5) เรื่องอื่นๆ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบได้โดยอิสระ

### 3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างคำถามวิจัยโดยใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเนื้อหาหรือประเด็นคำถามที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย พิจารณาคำถามให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระหรือความหมายทั้งหมดของตัวแปรที่ต้องการวัด ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย

การวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ (Reliability Analysis) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณสมบัติของแบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีการตรวจสอบอยู่ 4 ลักษณะคือ

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ใช้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามทั้งฉบับ
2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ใช้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามทั้งฉบับ
3. ดัชนีความยาก (Difficulty Index) ใช้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามเป็นรายข้อ
4. ดัชนีอำนาจจำแนก (Discrimination Index) ใช้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามเป็นรายข้อ

#### 3.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

##### 3.1.1 ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI)

นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาเบื้องต้น จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมเนื้อหาสาระหรือตัวแปรที่ต้องการวัด ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาแต่ละข้อคำถาม วิธีหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาว่า ข้อคำถามในแต่ละข้อที่จะวัดเนื้อหา หรือวัตถุประสงค์ ถูกต้องตรงตามเนื้อหาหรือไม่เพียงใด โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนน	ความหมาย
+ 1	สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา
0	ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา
- 1	ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

แล้วนำผลการให้คะแนนที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านได้ตรวจสอบแบบสอบถามแล้วเห็นว่า แบบสอบถามทุกข้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมานั้น มีความเที่ยงตรงของเนื้อหา และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

### 3.1.2 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item Objective Congruence: IOC)

ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ของการศึกษา (IOC) ที่มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2543, น. 117)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence)

R = ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ

N = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

เมื่อแทนค่าในสูตรแล้วพบว่า แบบสอบถาม มีค่า IOC = ที่มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงแสดงว่า ข้อคำถามรายข้อมีความสอดคล้องกับเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ของการศึกษา

### 3.2 การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกเครือข่ายชุมชน ตำบลบางจรเข้ อำเภอสวนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะการปฏิบัติงานที่ใกล้เคียงกัน เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหา และความบกพร่องของแบบสอบถาม

**3.2.1 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้** โดยปกติความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไปจึงยอมรับว่ามีความเที่ยงที่น่าเชื่อถือได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2537) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีหาความเชื่อมั่นตามแบบของ KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson reliability) (อ้างใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2543, น. 123-125) ตามสูตร ดังนี้

$$r(K-R20) = \frac{k}{k-1} \left( \frac{1 - \sum pq}{s^2} \right)$$

เมื่อ r(K-R20)	แทน	ค่าความเชื่อมั่นที่คำนวณจากสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน
K	แทน	จำนวนแบบสอบถามทั้งหมด
P	แทน	สัดส่วนของผู้ทำแบบสอบถามผ่านแต่ละข้อ
q	แทน	สัดส่วนของผู้ทำแบบสอบถามไม่ผ่านแต่ละข้อ (1-P)
s <sup>2</sup>	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

**3.2.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความคิดเห็น และด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ** ใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการวัดเครื่องมือหรือแบบสอบถามประเภทเรียงลำดับ (Rating Scale) (Cronbach' 1951) โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( \frac{1 - \sum s_i^2}{s_t^2} \right)$$

โดย $\alpha$	=	ค่าความเชื่อมั่น
k	=	จำนวนข้อ
$s_i^2$	=	ค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
$s_t^2$	=	ค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถามทั้งหมด

สำหรับเกณฑ์การแปลผลความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ( $\alpha$ ) จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 – 1.00 หากข้อคำถามใดมีค่าเข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความเชื่อมั่นสูง คำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient alpha) ปกติความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไปจึงยอมรับว่ามีความเที่ยงที่น่าเชื่อถือได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2537)



#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม 2561 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

4.1 ทำหนังสือถึงประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล

4.2 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้เป็นผู้ช่วยวิจัย โดยเชิญเข้าประชุมรับฟังการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัยและเก็บข้อมูล ให้ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามทันที ที่ได้รับแบบสอบถามกลับ

4.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนและรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนแล้วนำมาวิเคราะห์ผลต่อไป

#### 5. การพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถามทุกราย ชี้แจงแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย ทราบถึงวิธีการ และตอบข้อคำถามต่างๆ ถึงประโยชน์และสิ่งที่จะเกิดขึ้นขณะทำการวิจัย โดยผู้ยินยอมตนมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด คำตอบของผู้ยินยอมตนทุกราย ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลงานวิจัยเป็นลักษณะภาพรวม และขอรับรองว่าจะไม่มีผลใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ตัวท่าน

#### 6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งคืนกลับมา แล้วจัดทำคู่มือลงรหัส และนำไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ (Frequency) สูงสุด (Max) ต่ำสุด (Min) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่ออธิบายปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินงาน

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

**6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)** โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งตัวแปรอิสระ(X) หรือตัวแปรพยากรณ์ หรือตัวแปรทำนาย (Predictor Variable) คือ ปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และตำแหน่ง/สมาชิกกลุ่มในชุมชน ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ระดับ 0.05 ซึ่งตัวแปรตาม (Y) หรือตัวแปรเกณฑ์ (Criterion) และตัวแปรอิสระ (X) หรือตัวแปรพยากรณ์ หรือตัวแปรทำนาย (Predictor Variable) ต้องอยู่ในระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) หรือเป็นอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale) ในกรณีที่ตัวแปรอิสระ(X) หรือตัวแปรพยากรณ์ หรือตัวแปรทำนาย (Predictor Variable) ไม่เป็นไปตามมาตรวัดดังกล่าวข้างต้น ให้แปลงข้อมูลเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูล (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย 2546, น. 12) ทดสอบการกระจายแบบปกติ (normal distribution) โดยใช้วิธี Kolmogorov – Smirnov Test ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามรายตัวแปร เพื่อทำการคัดเลือกตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ต่อจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี” ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 188 ชุด ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติแล้วประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS วิเคราะห์ตามสมมติฐานของการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ทำการวิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรีโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$  แทน ค่าเฉลี่ย

SD แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

p-value แทน ค่าความน่าจะเป็นสำหรับบอกนัยสำคัญทางสถิติ

Adjust R<sup>2</sup> แทน ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่ปรับแก้แล้ว

\* แทน ค่าความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Sig. แทน ค่าสถิติที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Significances)

## ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางสังคม โดยการแจกแจงความถี่และคิดเป็นร้อยละ แสดงผลดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 188)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบคำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	36	19.15
หญิง	152	80.85
2. อายุ		
ต่ำกว่า 29 ปี	4	2.13
30-39 ปี	25	13.30
40-49 ปี	51	27.13
50 – 59 ปี	82	43.62
60 ปี ขึ้นไป	26	13.82
$\bar{X} = 49.63$ S.D.= 9.50 Min.= 25 Max.=70		
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	58	30.86
มัธยมศึกษา	100	53.19
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7	3.72
ปริญญาตรี	22	11.70
อื่นๆ	1	0.53
4. อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	2.66
เกษตรกรกรรม	93	49.47
รับจ้าง	55	29.25
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	29	15.43
รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	6	3.19

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบคำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน	133	70.74
10,000-20,000 /เดือน	40	21.28
20,000-30,000 /เดือน	9	4.79
30,000,บาทขึ้นไป	6	3.19
$\bar{X} = 11,723$ S.D.= 9,932 Min.= 3,000 Max.=90,000		
6. สถานภาพทางสังคม		
ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล	19	10.10
สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล รองนายก อบต./รองนายกเทศมนตรี เลขา นายก อบต./ เลขา นายกเทศมนตรี นายก อบต./ นายกเทศมนตรี	13	6.92
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	156	82.98

จากตาราง 4.1 สามารถสรุปผลได้ดังนี้

เพศ ตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ที่ตอบแบบสอบถามส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.85 อายุเฉลี่ย 49.63 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 70 ปี กลุ่มอายุ 50-59 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 43.62 ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 53.19 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 49.47 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 70.74 และดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 82.98

## ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ผลแสดงในตารางที่ 4.2 และตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี จำแนกตามระดับความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้มาก (คะแนน 16 - 20)	176	93.60
ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนน 12 - 15)	12	6.40
ระดับความรู้ต่ำ (คะแนน 0 - 11)	0	0.00
<b>รวม</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4.2 ในภาพรวมของตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.60 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 6.40 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.55 คะแนนต่ำสุด 14 คะแนน สูงสุด 20 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.23

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละข้อมูลความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)
<b>ความรู้ด้านอาหาร</b>	
1. อาหารแปรรูปที่มีคุณภาพต้องมีเครื่องหมาย “อย.”	185(98.4)
2. การล้างผัก ผลไม้ด้วยการลอกหรือปอกเปลือก และแช่น้ำสะอาดอย่างน้อย 10 นาที เป็นวิธีการช่วยลดสารเคมีปนเปื้อนได้	165(87.8)
3. เราควรรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อยวันละครั้งกิ โกลรัม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	169(89.9)
4. ก่อนการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารใดๆ สิ่งแรกที่เราควรทำคือ การเลือกอาหารที่มีราคาไม่แพง	68(36.2)

## ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)
<b>ความรู้ด้านออกกำลังกาย</b>	
5. การเลือกประเภทออกกำลังกายควรเลือกให้เหมาะกับสภาพร่างกาย	187(99.5)
6. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30 นาที ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคมะเร็งบางชนิดได้	184(97.9)
7. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อไม่มีความจำเป็นต้องทำก่อนการออกกำลังกาย	163(86.7)
8. การทำกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น ว่ายน้ำ รำมวยจีน ถือว่าเป็นการออกกำลังกายอีกวิธีหนึ่ง	187(99.5)
<b>ความรู้ด้านอารมณ์</b>	
9. การให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมทุกเดือนเป็นการเพิ่มทักษะทางด้านอารมณ์ให้กับผู้สูงอายุ	188(100)
10. โรคที่มีสาเหตุมาจากความเครียดคือ โรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง	171(91.0)
11. ผลกระทบจากความเครียดทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวและความสามารถในการทำงานลดลง	184(97.9)
12. ถ้าเครียดมากๆ ถึงขั้นมีอาการป่วยทางกาย ควบคุมตนเองไม่ได้ สับสน ว้าวุ่นใจมากๆ ควรปรึกษาแพทย์	187(99.5)
<b>ความรู้ด้านการไม่สูบบุหรี่</b>	
13. บุหรี่ มีสารพิษที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง	168(89.4)
14. การสูบบุหรี่มวนเองไม่มีสารก่อให้เกิดโรคมะเร็ง	79(42.0)
15. โทษของสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เส้นเลือดหดตัวเป็นสาเหตุโรคหัวใจ	182(96.8)
16. การจำหน่ายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ถือว่ามีความผิดทางกฎหมาย	186(98.9)
<b>ความรู้ด้านการไม่ดื่มสุรา</b>	
17. การดื่มสุราเป็นสาเหตุของการเกิดโรคตับแข็ง โรคหลอดเลือดและหัวใจ	187(99.5)
18. การดื่มเบียร์วันละ 1 แก้ว ทำให้ระบบเลือดหมุนเวียนดี ร่างกายแข็งแรง	99(52.7)

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)
<b>ความรู้ด้านการไม่ดื่มสุรา (ต่อ)</b>	
19. สุรามีโทษต่อร่างกาย คือ ทำให้สมองฝ่อความจำเสื่อม	179(95.2)
20. ร้านค้าสามารถจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับคนทุกเพศทุกวัย	181(96.3)

จากตารางที่ 4.3 ตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน มีความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่ถูกต้องในรายชื่อ ที่ตอบถูกร้อยละ 60 ขึ้น ไปมี จำนวน 17 ข้อ คือข้อ 1, 2,3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19 และข้อ 20 โดยมีผู้ตอบถูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 คือ ข้อที่ 9 การให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมทุกเดือนเป็นการเพิ่มทักษะทางด้านอารมณ์ให้กับ รองลงมาร้อยละ 99.5 คือ ข้อ 5, 8, 12, และ 17 และในรายชื่อที่มีผู้ตอบผิดร้อยละ 60 ขึ้น ไปมี จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 4 และข้อ 19 ก่อนการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารใดๆ สิ่งแรกที่ควรทำคือ การเลือกอาหารที่มีราคาไม่แพง และสุรามีโทษต่อร่างกาย คือ ทำให้สมองฝ่อความจำเสื่อม รองลงมาข้อ 14 การสูบบุหรี่มีตนเองไม่มีสารก่อให้เกิดโรคมะเร็ง ร้อยละ 42.0

### ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

ความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับได้รับประจำสม่ำเสมอ (คะแนน 3.01 – 4.00 )	139	73.90
ระดับได้รับปานกลาง (คะแนน 2.01 – 3.00)	48	25.50
ระดับได้รับน้อย (คะแนน 1.00 – 2.00)	1	0.50
<b>รวม</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4.4 ในภาพรวมของตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับประจำสม่ำเสมอ ร้อยละ 73.90 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.50 และระดับน้อย ร้อยละ 0.50 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 คะแนน ต่ำสุด 2.00 คะแนน สูงสุด 4.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40



ตารางที่ 4.5 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับการได้รับแรงสนับสนุน
<b>ปัจจัยด้านอารมณ์</b>	<b>3.50</b>	<b>0.54</b>	<b>สม่ำเสมอ</b>
1. การได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น ทำแผนสุขภาพ ควบคุมโรคไข้เลือดออก หรือออกกำลังกาย	3.57	0.58	สม่ำเสมอ
2. เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับคำปรึกษาหรือการให้กำลังใจจาก อสม. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.57	0.57	สม่ำเสมอ
3. การได้รับความไว้วางใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ ในหมู่บ้าน	3.49	0.64	สม่ำเสมอ
4. การได้รับคำชมหรือคำยกย่องเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.	3.48	0.59	สม่ำเสมอ
5. การได้รับการไต่ถาม ดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการดูแลตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดจาก อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.40	0.69	สม่ำเสมอ
<b>ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสาร</b>	<b>3.49</b>	<b>0.51</b>	<b>สม่ำเสมอ</b>
1. การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมด้านสุขภาพ ในหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.	3.54	0.59	สม่ำเสมอ
2. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของคน ในครอบครัวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.	3.53	0.57	สม่ำเสมอ
3. การได้รับความรู้เรื่องขั้นตอนการทำแผนสุขภาพ ของชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.	3.48	0.58	สม่ำเสมอ
4. การได้รับทราบข้อมูลภาวะสุขภาพของชุมชน เพื่อประกอบการจัดทำแผนชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.	3.46	0.59	สม่ำเสมอ

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับการได้รับแรงสนับสนุน
<b>ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสาร (ต่อ)</b>			
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.	3.46	0.61	สม่ำเสมอ
<b>ปัจจัยด้านเครื่องมืออุปกรณ์</b>			
1. การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น ทรายอะเบทจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.	3.38	0.56	สม่ำเสมอ
2. การได้รับการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพในหมู่บ้าน เช่น การป้องกันและควบคุมโรคการแข่งขันกีฬา	3.22	0.52	สม่ำเสมอ
3. การได้รับการสอบถามความต้องการในการจัดหาอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ เช่น อุปกรณ์กีฬาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.	3.21	0.49	สม่ำเสมอ
4. การได้รับการสนับสนุนด้านสื่อสุขภาพ เช่น แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ความรู้ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพในหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.	3.16	0.56	สม่ำเสมอ
5. เครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. สาธารณสุขอำเภอ ฯลฯ มีการจัดหา / สนับสนุนอุปกรณ์หรือสถานที่ให้หมู่บ้านหรือชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ	3.15	0.53	สม่ำเสมอ
<b>ปัจจัยด้านการประเมินผล</b>			
1. การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการสรุปผลหรือประเมินกิจกรรมสุขภาพ	3.19	0.51	สม่ำเสมอ

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับการได้รับแรงสนับสนุน
<b>ปัจจัยด้านการประเมินผล (ต่อ)</b>			
2. การได้รับการเชิญชวนหรือชักชวนให้เข้าประชุม รับฟังการสรุปผลกิจกรรมด้านสุขภาพ	3.15	0.50	สม่าเสมอ
3. การเข้าร่วมการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.	3.11	0.49	สม่าเสมอ
4. การเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายชุมชนก่อนการ ประเมินผลงาน / กิจกรรมด้านสุขภาพ	3.07	0.51	สม่าเสมอ
5. การให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานกิจกรรม ด้านสุขภาพของชุมชน	3.06	0.52	สม่าเสมอ

จากตารางที่ 4.5 ตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้าน ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมสม่าเสมอ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และด้านการประเมินผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50, 3.49, 3.22 และ 3.12 ตามลำดับ

**3.1 ด้านอารมณ์** แรงสนับสนุนทางสังคมตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี ด้านอารมณ์อยู่ในระดับสม่าเสมอ เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพสูงสุด คือ การได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น ทำแผนสุขภาพ ควบคุมโรคไข้เลือดออกหรือออกกำลังกาย รองลงมา เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ท่านได้รับคำปรึกษาหรือการให้กำลังใจจาก อสม. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านได้รับความไว้วางใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน การได้รับคำชมหรือคำยกย่องเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. และการได้รับการไต่ถาม ดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการดูแลตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดจาก อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57, 3.57, 3.49, 3.48 และ 3.40 ตามลำดับ

**3.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร** แรงสนับสนุนทางสังคมตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี ด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพสูงสุด คือ การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของคนในครอบครัวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. การได้รับความรู้เรื่องขั้นตอนการทำแผนสุขภาพของชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. การได้รับทราบข้อมูลภาวะสุขภาพของชุมชนเพื่อประกอบการจัดทำแผนชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันของท่านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54, 3.53, 3.48, 3.46 และ 3.46 ตามลำดับ

**3.3 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์** แรงสนับสนุนทางสังคมตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ อยู่ในระดับสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพสูงสุด คือ การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น ทรายอะเบท จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. การได้รับการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพในหมู่บ้าน เช่น การป้องกันและควบคุมโรค การแข่งขันกีฬา การได้รับการสอบถามความต้องการในการจัดหาอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ เช่น อุปกรณ์กีฬา จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. การได้รับการสนับสนุนด้านสื่อสุขภาพ เช่น แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ความรู้ ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพในหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. และเครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. สาธารณสุขอำเภอ ฯลฯ มีการจัดหา / สนับสนุนอุปกรณ์หรือสถานที่ให้หมู่บ้านหรือชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38, 3.22, 3.21, 3.16 และ 3.15 ตามลำดับ

**3.4 ด้านการประเมินผล** แรงสนับสนุนทางสังคมตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี ด้านการประเมินผล อยู่ในระดับสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพสูงสุด คือ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการสรุปผลหรือประเมินกิจกรรมสุขภาพ การได้รับการเชิญชวนหรือชักชวนให้เข้าประชุมรับฟังการสรุปผลกิจกรรมด้านสุขภาพ การเข้าร่วมการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. การเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายชุมชนก่อนการประเมินผลงาน / กิจกรรมด้านสุขภาพ และ

การให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19, 3.15, 3.11, 3.07 และ 3.06 ตามลำดับ

#### ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพสามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ความรู้	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมมาก(คะแนน 3.01 – 4.00 )	42	22.30
มีส่วนร่วมปานกลาง (คะแนน 2.01 – 3.00)	142	75.50
มีส่วนร่วมน้อย (คะแนน 1.00 – 2.00)	4	2.10
<b>รวม</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

ในภาพรวมของตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อยู่ในระดับมีส่วนร่วมปานกลาง ร้อยละ 75.50 รองลงมามีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 22.30 และระดับมีส่วนร่วมน้อย ร้อยละ 2.10 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน ต่ำสุด 1.75 คะแนน สูงสุด 4.00 คะแนนจากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ การมีส่วนร่วม
<b>ด้านการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน</b>	<b>3.05</b>	<b>0.41</b>	<b>ปานกลาง</b>
1. การร่วมสำรวจข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพ เช่น ให้ข้อมูลตอบ แบบสอบถามหรือแสดงความคิดเห็น	3.06	0.46	มาก
2. การเข้าร่วมประชุมวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาสุขภาพในชุมชน	3.03	0.48	ปานกลาง
3. การเข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดกิจกรรมและ วิธีการในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามแผนสุขภาพชุมชน	3.05	0.45	ปานกลาง
4. การเข้าร่วมกำหนดช่วงเวลาในการดำเนินงาน ตามแผนชุมชนด้านสุขภาพ	3.03	0.46	ปานกลาง
5. การเข้าร่วมทำแผนประชาคมด้านสุขภาพ ในหมู่บ้าน	3.05	0.48	ปานกลาง
<b>ด้านการจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพ</b>	<b>2.90</b>	<b>0.50</b>	<b>ปานกลาง</b>
6. การแนะนำประชาชนในชุมชนให้จัดทำบัญชี การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินของ สมาชิกเครือข่ายในชุมชน เพื่อจัดตั้งเป็นกองทุน สุขภาพของหมู่บ้าน	2.92	0.52	ปานกลาง
7. การแนะนำช่องทางแหล่งเงินทุน เพื่อนำมา ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน	2.85	0.59	ปานกลาง
8. การเคยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดหา เงินทุน หรือบริจาคเงินทุนด้านสุขภาพ ในหมู่บ้าน	2.86	0.57	ปานกลาง
9. การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการจัดหา เงินทุนสำหรับนำมาใช้ประโยชน์ด้านสุขภาพ ของหมู่บ้าน	2.89	0.54	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ การมีส่วนร่วม
<b>ด้านการจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)</b>			
10. การมีส่วนร่วมในการเสนอแผนงาน/โครงการ แก้ไขปัญหาสุขภาพเพื่อของงบประมาณจาก องค์กร	2.95	0.53	ปานกลาง
<b>ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน</b>			
11. การถ่ายทอดหรือร่วมถ่ายทอดความรู้ ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับแกนนำ ในชุมชน	3.02	0.46	ปานกลาง
12. การจัดหรือร่วมจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชน เช่น จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย กีฬาอื่นๆ หรือกิจกรรมด้านยาเสพติดในชุมชน	3.09	0.47	มาก
13. การจัดหรือร่วมจัดกิจกรรมการตรวจคัดกรอง โรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง หรือมะเร็งเต้านมให้กับประชาชนในชุมชน ตนเองได้	3.10	0.54	มาก
14. การเป็นหรือร่วมเป็นวิทยากรและถ่ายทอด ความรู้ในกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกหรือโรคติดต่ออื่นๆ ในหมู่บ้าน/ ชุมชน	3.01	0.56	ปานกลาง
15. การรณรงค์หรือร่วมรณรงค์ให้ประชาชนบริโภค อาหารที่ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน เพื่อป้องกัน ปัญหาสุขภาพในชุมชน	3.04	0.47	มาก
<b>ด้านการประเมินผลจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</b>			
16. การมีส่วนร่วมในการนำผลการประเมิน แผนงาน/โครงการด้านสุขภาพปีที่ผ่านมา	2.95	0.46	ปานกลาง
	2.94	0.49	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ การมีส่วนร่วม
<b>ด้านการประเมินผลจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)</b>			
17. การสามารถวิเคราะห์รวบรวมผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้	2.95	0.52	ปานกลาง
18. การสามารถเสนอแนะความคิดเห็นข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำไปเป็นรูปแบบการสรุปผลการจัดกิจกรรมสุขภาพของหมู่บ้าน	2.95	0.53	ปานกลาง
19. ท่านได้ร่วมแก้ไขปัญหา / อุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น	2.96	0.46	ปานกลาง
20. การสามารถรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งสรุปผลข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเสนอเข้าที่ประชุมระดับเวทีชุมชน	2.96	0.47	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน รายด้านทั้ง 4 ด้าน โดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน ด้านการจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพ ผู้ชาย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านการประเมินผลจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.05, 2.90, 3.05 ตามลำดับ ส่วนด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 เมื่อพิจารณารายข้อ คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สูงสุดคือข้อ 13 การจัดหรือร่วมจัดกิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง หรือมะเร็งเต้านมให้กับประชาชนในชุมชนตนเองได้ รองลงมาข้อ 12 การจัดหรือร่วมจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย กีฬาอื่นๆ หรือกิจกรรมด้านยาเสพติดในชุมชน และข้อ 1 การร่วมสำรวจข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพ เช่น ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามหรือแสดงความคิดเห็น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10, 3.01 และ 3.05 ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือข้อ 7. การแนะนำช่องทางแหล่งเงินทุน เพื่อนำมาดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน เท่ากับ 2.85



ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน  
ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรีโดยใช้สถิติการถดถอย  
พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ คือ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมทำนายนการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 4 ด้าน ของสมาชิกเครือข่ายชุมชนจังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 4 ด้าน ของสมาชิกเครือข่ายชุมชนจังหวัดสิงห์บุรี ได้แก่ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม โดยร่วมกันอธิบายการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 36.00 ( $R^2=0.36$ ) มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ การตัดสินใจในพหุคูณ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

Model	Unstandardized		Standardize	t	Sig	Collinearit y statistics VIF
	coefficients		coefficients			
	B	Std. Error	Beta			
(Constant)	0.11	0.15		7.45	0.001	
แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ในการจัด กิจกรรมสุขภาพ	0.14	0.05	0.19	2.78**	<0.001	1.94
แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการประเมินผล	0.12	0.05	0.15	2.31**	<0.001	1.73

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า มีเพียง 2 ตัวแปร ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชนจังหวัดสิงห์บุรี แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ มีค่า  $t$  เท่ากับ 2.78 มีค่า Sig เท่ากับ  $<0.001$  มีค่า B เท่ากับ 0.14 และมีค่าสหสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ (VIF) เท่ากับ 1.94 ซึ่งแสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์กันปานกลาง

แรงสนับสนุนทางสังคมแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล มีค่า  $t$  เท่ากับ 2.31 มีค่า Sig เท่ากับ  $<0.001$  มีค่า B เท่ากับ 0.12 และมีค่าสหสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ (VIF) เท่ากับ 1.73 ซึ่งแสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์กันปานกลาง

นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก ( $H_0$ ) และยอมรับสมมติฐานรอง ( $H_1$ ) หมายความว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชนจังหวัดสิงห์บุรี ในรูปเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สามารถสร้างสมการถดถอยจากผลการวิเคราะห์ได้

ตารางที่ 4.9 ความมีอิทธิพลของ Model

Model	R	R <sup>2</sup>	Adjust R <sup>2</sup>	Std. Error of the estimate	Durbin-Watson
1	0.06	0.36	0.35	0.40	1.75

จากตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี ทั้ง 4 ด้าน พบว่า Adjust R<sup>2</sup> เท่ากับ 0.36 หรือ 36% หมายความว่า ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของการตัดสินใจการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานของหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี ทั้ง 4 ด้าน 36 % และสามารถสร้างสมการถดถอยพหุเชิงเส้นโดยใช้คะแนนดิบ Unstandardized ของ Model 1 ได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ = ค่าคงที่ + ค่าสัมประสิทธิ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ (คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ) + ค่าสัมประสิทธิ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล (คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล)

สรุปสมการถดถอยที่ได้จากการคำนวณค่าคะแนนดิบ ได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ =  $0.11 + 0.14$  (คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์) +  $0.12$  (คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล)

จากสมการความถดถอยสามารถอธิบายได้การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.11 แต่เมื่อปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพิ่มขึ้น 0.14 คะแนน โดยตัวแปรอื่นๆ คงที่ เมื่อปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านประเมินผล เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพิ่มขึ้น 0.12 คะแนน โดยตัวแปรอื่นๆ คงที่

จากตารางที่ 4.6 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ (Beta= 0.19) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านประเมินผล (Beta= 0.15) สรุปสมการในรูป ของคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน = ค่าสัมประสิทธิ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ (คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านในการจัดหาอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ) + ค่าสัมประสิทธิ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล(คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล)

สรุปสมการถดถอยที่ได้จากการคำนวณค่าคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน =  $0.19$  (คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านในการจัดหาอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ) +  $0.15$  (คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล)

จากสมการอธิบายได้ว่า หากปรับค่าตัวแปรทุกตัวในรูปสมการ ให้เป็นคะแนนมาตรฐาน มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และควบคุมตัวแปรอื่นๆ ให้คงที่ แล้วเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน คะแนนการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน จะเพิ่มขึ้น 0.19 และคะแนนมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล เพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน คะแนนการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน จะเพิ่มขึ้น 0.15 คะแนนมาตรฐาน

และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยตัวแปรอิสระ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน เพียง 2 ตัวแปร ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางสังคม ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน

## ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า มีปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

ปัญหา อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
1. การจัดทำแผนด้านสุขภาพ	19	9.00
- สมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดช่องทางการสนับสนุนแหล่งเงินทุนในการดำเนินกิจกรรม		

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ปัญหา อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
2. การจัดงบประมาณสุขภาพ - สมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดทักษะความรู้ในการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ	31	14.69
3. การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ - สมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดความร่วมมือในการ ประชุมสรุปผลข้อมูลและร่วมกันแก้ไข	3	1.42
4. การประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ - ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนให้ความสนใจน้อย	8	3.79

จากตารางที่ 4.10 พบว่า สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดสิงห์บุรี โดยเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. การจัดงบประมาณสุขภาพ พบว่า สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีปัญหา ร้อยละ 14.69 ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดช่องทางการสนับสนุนแหล่งเงินทุนในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพมีงบประมาณในการสนับสนุนที่จำกัดไม่เพียงพอ และไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เป็นต้น

2. การจัดทำแผนด้านสุขภาพ พบว่า สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีปัญหา ร้อยละ 9.00 ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดทักษะความรู้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และขาดความรู้ในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน และคิดว่าการดำเนินการจัดทำแผนสุขภาพเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น ไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง

3. การประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ พบว่า สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีปัญหา ร้อยละ 3.79 ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดความร่วมมือในการประชุมสรุปผลข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพราะคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง และการดำเนินการประเมินผลกิจกรรมส่วนใหญ่ ก็จะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดำเนินการด้านนี้ เป็นต้น

4. การจัดกิจกรรมสุขภาพ พบว่า สมาชิกเครือข่ายชุมชนมีปัญหา ร้อยละ 1.42 ได้แก่ ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนให้ความสนใจน้อย กิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ผู้ร่วมกิจกรรมเป็นผู้สูงอายุ ไม่มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกช่วงวัย เป็นต้น

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน  
หมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี

ข้อเสนอแนะแนว	จำนวน	ร้อยละ
1. การจัดทำแผนด้านสุขภาพ - ควรมีการจัดฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ	12	5.68
2. การจัดงบประมาณสุขภาพ - ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุน งบประมาณมีส่วนร่วมในการผลักดันงบประมาณ	23	10.90
3. การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ - ให้มีการบูรณาการการดำเนินงานกิจกรรมสุขภาพ ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันดำเนินการ ประสาน ความร่วมมือกับทุกเครือข่ายทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	2	0.94
4. การประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ - การจัดฝึกอบรมในการประเมินผลงาน/โครงการ ให้สมาชิกเครือข่ายสุขภาพ	6	2.84

จากตารางที่ 4.11 สมาชิกเครือข่ายสุขภาพมีข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปัญหาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดสิงห์บุรี ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ สมาชิกเครือข่ายสุขภาพได้เสนอแนะ  
ดังนี้ จัดการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพในด้านการจัดทำแผนสุขภาพให้เข้าใจถูกต้องตามขั้นตอน โดยมีการ  
ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพของชุมชนเพื่อนำไปจัดทำแผนสุขภาพชุมชนอย่างจริงจัง

2. ข้อเสนอแนะด้านการจัดงบประมาณสุขภาพ สมาชิกเครือข่ายสุขภาพได้เสนอแนะ  
ดังนี้ ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนงบประมาณมีส่วนร่วมในการผลักดันงบประมาณ  
ในการดำเนินงานด้านสุขภาพให้ได้มากที่สุด ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด เช่น องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องมาชี้แจงทำความเข้าใจช่องทาง  
ในการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการด้านสุขภาพลงสู่ชุมชนให้ได้มากที่สุด

3. ข้อเสนอแนะด้านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพสมาชิกเครือข่ายสุขภาพได้เสนอแนะ ดังนี้ ให้มีการบูรณาการการดำเนินงานกิจกรรมสุขภาพทุกภาคส่วนต้องร่วมกันดำเนินการ ประสานความร่วมมือกับทุกเครือข่ายทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. ข้อเสนอแนะด้านการประเมินผลกิจกรรมสุขภาพได้เสนอแนะ ดังนี้ ต้องมีการจัดฝึกอบรมในการประเมินผลงาน/โครงการให้สมาชิกเครือข่ายสุขภาพได้รับรู้รับทราบ สามารถรวบรวมผลกิจกรรมไปดำเนินงานในหมู่บ้าน และสามารถนำข้อเสนอแนะนำไปปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี โดยสรุปได้ดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

1.1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของเครือข่ายชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี

1.1.3 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

1.1.4 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ สมาชิกเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินการตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดสิงห์บุรี จากจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 364 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตรของหมู่บ้าน คำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการศึกษา โดยใช้หลักการคำนวณสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan 1970 อ้างใน สุทธนุศรีไสย 2551) ได้กลุ่มตัวอย่าง 188 คน และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และตามสัดส่วนประชากร (Propability proportional to size : pps) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ค่าความเชื่อมั่นในส่วนของความรู้ใช้สูตรของคูเคอร์



ริชาร์ดสัน (KuderRichardson 20) มีค่าในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน เท่ากับ 0.91 ค่าความเชื่อมั่นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เท่ากับ 0.93 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตลอดจนทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

### 1.3 ผลการวิจัย

**1.3.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล สมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี** มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 70.74 และดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 82.98

**1.3.2 ความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี** ในภาพรวมของตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.60 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.40 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.55 คะแนนต่ำสุด 14 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.23 ในรายชื่อ ที่ตอบถูกร้อยละ 60 ขึ้นไป มีจำนวน 17 ข้อ คือข้อ 1, 2,3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19 และข้อ 20 โดยมีผู้ตอบถูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 คือ ข้อที่ 9 การให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมทุกเดือนเป็นการเพิ่มทักษะทางด้านอารมณ์ให้กับ รองลงมา ร้อยละ 99.5 คือ ข้อ 5, 8, 12, และ 17 และในรายชื่อที่มีผู้ตอบผิด ร้อยละ 60 ขึ้นไปมี จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 4 และข้อ 19 ก่อนการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารใดๆ สิ่งแรก ที่ควรทำคือ การเลือกอาหารที่มีราคาไม่แพง และสุรามิโทษต่อร่างกาย คือ ทำให้สมองฝ่อความจำเสื่อม รองลงมาข้อ 14 การสูบบุหรี่มีตนเองไม่มีสารก่อให้เกิดโรคมะเร็ง ร้อยละ 42.00

**1.3.3 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี** ในภาพรวมของตัวแทนสมาชิกเครือข่ายชุมชน ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับประจำสม่ำเสมอ ร้อยละ 73.90 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.50 และระดับน้อย ร้อยละ 0.50 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 คะแนน ต่ำสุด 2.00 คะแนน สูงสุด 4.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 เมื่อพิจารณารายด้าน ปัจจัยด้านอารมณ์ ได้รับสนับสนุนสม่ำเสมอ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และด้านการประเมินผล มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.50 3.49 3.22 และ 3.12 ตามลำดับ

**1.3.4 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ** อยู่ในระดับมีส่วนร่วมปานกลาง ร้อยละ 75.50 รองลงมามีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 22.30 และระดับมีส่วนร่วมน้อย ร้อยละ 2.10 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน ต่ำสุด 1.75 คะแนน

สูงสุด 4.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 เมื่อพิจารณารายข้อ คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สูงสุดคือข้อ 13 การจัดหรือร่วมจัดกิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง หรือมะเร็งเต้านมให้กับประชาชนในชุมชนตนเองได้ รองลงมาข้อ 12 การจัดหรือร่วมจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย,กีฬาอื่นๆ หรือกิจกรรมด้านยาเสพติดในชุมชน และข้อ 1 การร่วมสำรวจข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพ เช่น ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามหรือแสดงความคิดเห็น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10, 3.01, และ 3.05 ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือข้อ 7. การแนะนำช่องทางแหล่งเงินทุนเพื่อนำมาดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน เท่ากับ 2.85

**1.3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี** ตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านประเมิณผล โดยร่วมกันอธิบายการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 36 มีความคลาดเคลื่อนในการทำนาย เท่ากับ 0.40 และปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ (Beta=0.19) และปัจจัย ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมด้านประเมิณผล (Beta=0.15) ตามลำดับ

**1.3.6 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี**

1) **ปัญหา อุปสรรค การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ** ส่วนใหญ่ พบปัญหา การจัดงบประมาณสุขภาพ ร้อยละ 14.69 ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดทักษะความรู้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ รองลงมา การจัดทำแผนด้านสุขภาพ ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดช่องทางการสนับสนุน แหล่งเงินทุนในการดำเนินกิจกรรม และการประเมิณผลกิจกรรมสุขภาพ ร้อยละ 3.79 ได้แก่ ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนให้ความสนใจน้อย

2) **ข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ** ส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะ ด้านการจัดงบประมาณสุขภาพ ร้อยละ 10.90 ได้แก่ ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนงบประมาณมีส่วนร่วมในการผลักดันงบประมาณ รองลงมา การจัดทำแผนด้านสุขภาพ ร้อยละ 5.68 ได้แก่ ควรมีการจัดฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ และ

การประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ ร้อยละ 2.84 ได้แก่ การจัดฝึกอบรมในการประเมินผลงาน/โครงการ ให้สมาชิกเครือข่ายสุขภาพ ตามลำดับ

## 2. อภิปรายผล

จากผลสรุปการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดสิงห์บุรี ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ โดยมีประเด็นที่สำคัญนำมาอภิปราย ดังนี้

**2.1 การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ** อยู่ในระดับมีส่วนร่วมปานกลาง ร้อยละ 75.50 รองลงมามีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 22.30 และระดับมีส่วนร่วมน้อย ร้อยละ 2.10 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน ต่ำสุด 1.75 คะแนน สูงสุด 4.00 คะแนนจากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43

**2.1.1 ด้านการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน** มีคะแนนการมีส่วนร่วม รายด้านเท่ากับ 3.05 จากคะแนนเต็ม 5 โดยการแนะนำประชาชนในการดำเนินงานจัดทำแผนสุขภาพของชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เหตุเพราะว่าสมาชิกเครือข่ายชุมชนมีเวลาน้อยเนื่องจากภาระงานประจำในการทำมาอาชีพในครอบครัว และงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ด้วย ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจ ในข้อมูลการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน และทันเหตุการณ์ข้อมูลใหม่ๆ และเวลาเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารงานด้านสุขภาพ ในการประชุมหรือการทำประชาคมหมู่บ้าน ชุมชน ส่วนใหญ่ประชาชนไม่ค่อยนิยมให้ความสำคัญมากนัก

**2.1.2 ด้านการจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพ** มีคะแนนการมีส่วนร่วม รายด้านเท่ากับ 2.90 จากคะแนนเต็ม 5 การแนะนำการดำเนินงานด้านการจัดงบประมาณช่องทางแหล่งเงินทุน เพื่อนำมาดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดช่องทางการสนับสนุนแหล่งเงินทุนในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพมีงบประมาณในการสนับสนุนที่จำกัด ไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

**2.1.3 การประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ** มีคะแนนการมีส่วนร่วม รายด้าน เท่ากับ 3.05 จากคะแนนเต็ม 5 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก การเป็นหรือร่วมเป็นวิทยากรและถ่ายทอดความรู้ ในกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหรือโรคติดต่ออื่นๆ ในหมู่บ้าน/ชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสมาชิกชุมชนขาดความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน

ให้ความสนใจน้อย กิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ผู้ร่วมกิจกรรมเป็นผู้สูงอายุ ไม่มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกช่วงวัย

**2.1.4 ด้านการประเมินผลจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ** มีคะแนนการมีส่วนร่วมรายด้าน เท่ากับ 2.95 จากคะแนนเต็ม 5 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของข้อที่มีส่วนร่วมในการนำผลการประเมินแผนงาน/โครงการด้านสุขภาพปีที่ผ่านมา อยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากสมาชิกเครือข่ายชุมชนสมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดความร่วมมือในการประชุมสรุปผลข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพราะคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง และการดำเนินการประเมินผลกิจกรรมส่วนใหญ่ ก็จะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดำเนินการด้านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ทั้งนี้สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษยาภัสสร ขาวปทุมทิพย์ (2556) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาวิจัยของ มณฑล เอกอัครพันธ์ (2553) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กรณีศึกษาตลาดน้ำตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาการมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติงาน การศึกษาปัญหา การติดตามประเมินผล และการบำรุงรักษาและปรับปรุงแก้ไข ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ คือ การประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกันกับอาสาสมัครทั้งเก่าและใหม่ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์มากกว่าควรมีการสอนงานและให้ความใส่ใจกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์น้อยกว่า โดยการแนะนำให้คำปรึกษาและสอนวิธีการทำงานที่ถูกต้อง เป็นกลุ่มเล็กๆ หรือตัวต่อตัว เพื่อให้อาสาสมัครทุกท่านสามารถประเมินผลการทำงานในกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเข้าใจและถูกต้อง

**2.2 ปัจจัยคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี** ในการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพทางสังคม และปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่ ความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีผล

ต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัย การสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ โดยร่วมกันอธิบายการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่าย ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 36.00

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิก เครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการ ประเมินผล ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางสังคม และความรู้ ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน

**2.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ** สามารถอภิปรายตัวแปรที่มีอิทธิพลได้ ดังนี้

1) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ มีผลต่อการ มีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แม้ว่าส่วนใหญ่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 73.90 การสนับสนุนทางสังคมสูงสุด คือ ด้านอารมณ์และด้าน ข่าวสาร รองลงมาคือ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และด้านการประเมินผล ตามลำดับ แต่การสนับสนุนทาง สังคมที่มีผลต่อการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ เนื่องจากสมาชิกเครือข่ายชุมชนได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น ทราเยอะเบท จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. เครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น รพ.สต. สาธารณสุขอำเภอ ฯลฯ มีการจัดหา / สนับสนุนอุปกรณ์หรือสถานที่ให้หมู่บ้าน หรือชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ท่านได้รับการสนับสนุนด้านสื่อสุขภาพ เช่น แผ่นพับ ป้าย ประชาสัมพันธ์ความรู้ ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพในหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. และท่านได้รับการสอบถามความต้องการในการจัดหาอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ เช่น อุปกรณ์ กีฬา จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวิศิลป์ เชยบุตร (2550, น. 59) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ กับประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และนพดล ครุฑน้อย (2552, น. 44) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน มีผลต่อการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แม้ว่าส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 73.90 การสนับสนุนทางสังคมสูงสุด คือ ด้านอารมณ์และข่าวสาร รองลงมาคือ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และด้านการประเมินผล ตามลำดับ แต่การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล เนื่องจากสมาชิกเครือข่ายชุมชนมีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการสรุปผล หรือประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ มีการเข้าร่วมการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. รวมทั้งได้รับเชิญชวนหรือชักชวนให้เข้าประชุมรับฟังการสรุปผล หรือประเมินกิจกรรมสุขภาพ มีการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน และมีการประชุมร่วมกับเครือข่ายชุมชนก่อนการประเมินผลงาน/กิจกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวีศิลป์ เชยบุตร (2550, น. 59) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์กับประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนพดล ครุฑน้อย (2552, น. 44) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน มีผลต่อการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 2.2.2 ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

1) เพศ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แม้ว่าส่วนใหญ่พบเพศหญิงมีมากกว่าเป็น 4 เท่าของเพศชาย ร้อยละ 80.85 แต่เพศก็ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งสอดคล้องกับ นาดยา กระจ่างศรี (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การศึกษาของนพดล ครุฑน้อย (2552) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการศึกษาของปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550) ศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

2) *อายุ* ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จากการศึกษาพบ กลุ่มอายุ 50 – 59 ปี มากที่สุดร้อยละ 43.62 อายุเฉลี่ย 49.63 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาตยา กระจ่างศรี (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี พบอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการศึกษาของนพดล ครุฑน้อย (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพพบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

3) *ระดับการศึกษา* ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จากการศึกษาพบ ส่วนใหญ่สมาชิกเครือข่ายชุมชนจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.19 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.86 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550) ศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

4) *อาชีพ* ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 44.47 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.25 และอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.43 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550) ศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

5) *รายได้* ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 70.74 รองลงมาคือ รายได้ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 21.28 เฉลี่ย 11,723 บาท/เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของนาตยา กระจ่างศรี (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี พบรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการศึกษาของนพดล ครุฑน้อย (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพพบว่า ปัจจัยด้านรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

6) *สถานภาพทางสังคม* ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 82.98 รองลงมาคือ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล ร้อยละ 10.10 ซึ่งสอดคล้องกับของปิยะรัตน์ กฤตยานวิษ (2550) ศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน พบว่า การดำรงตำแหน่งในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง และการศึกษาของปราณี เขียวคำ (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรเครือข่ายชุมชนในการจัดทำแผนพัฒนา กรณีศึกษาเทศบาลตำบลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง พบว่าสมาชิกของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนในภาพรวมไม่แตกต่างกันในการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาของเทศบาลตำบลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

7) *ความรู้* ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แม้ว่าส่วนใหญ่พบความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มีระดับความรู้มาก ร้อยละ 93.60 ส่งผลทำให้การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย ภาพรวมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านอารมณ์สูงสุด รองลงมาด้านการออกกำลังกาย ด้านการไม่ดื่มสุรา ด้านการไม่สูบบุหรี่ และด้านอาหาร ตามลำดับ แต่จากการศึกษาพบว่า ความรู้ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับพรพันธ์ คชเดช (2550) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับเศรษฐพงศ์ อาลีมินทร์ (2552) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งศึกษาวิจัยกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม พบว่า องค์กรชุมชนกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8) *ปัจจัยการสนับสนุนด้านอารมณ์* ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จากการศึกษาการสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง

9) *ปัจจัยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร* ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จากการศึกษาการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง



### 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านประเมินผล โดยร่วมกันอธิบายการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตาม ได้ร้อยละ 36 มีความคลาดเคลื่อนในการทำนาย เท่ากับ 0.40

#### ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน เป็นประจำเสมอ โดยปัจจัยนี้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านประเมินผล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ 0.36 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศิลป์ เขยบุตร (2550, น. 64) ที่พบว่า การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่และประชาชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ สุดกัญญา ปานเจริญ และจิราจันทร์ คณา (2548, น. 76) ที่พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ( $r=0.64$ ) และสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทได้ร้อยละ 39.9 จึงอธิบายได้ว่า ในระยะที่ชุมชนยังไม่สามารถพึ่งตนเองหรือจัดการสุขภาพของชุมชนได้ ชุมชนมีความต้องการสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านอารมณ์ คือ การให้ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ แสดงความห่วงใย ด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ด้านการประเมินผล และด้านเครื่องมือ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ที่ได้ให้แนวคิดไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากสังคมนั้นข้าง ในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านการประเมินผล และด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน จะทำให้ผู้รับปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้ให้ต้องการได้ (See Glanz et al. 2002, pp. 190 อ้างอิงจาก House 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของธีระศักดิ์ มั่งคุ่น และคณะ (2543, น. 88) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ต่อแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จังหวัดตรัง พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุดกัญญา ปานเจริญ และจิราจันทร์ คณา (2548, น. 76) ก็พบว่าปัจจัยแรงสนับสนุนทาง

สังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านประเมิณผล และแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จึงควรบริหารจัดการแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้าน ให้ประชาชนได้รับอย่างเพียงพอ สมดุล และต่อเนื่อง เพราะเป็นปัจจัยที่ค่อนข้างอ่อนไหว สามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่าย จึงควรนำมาพัฒนาเป็น อย่างยิ่ง

**2.4 การศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ** สรุปได้ว่า ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามความถี่จากมากไปหาน้อย คือ การจัดงบประมาณสุขภาพ การจัดทำแผนด้านสุขภาพ และการประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ สำหรับข้อเสนอแนะในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามความถี่ จากมากไปหาน้อย คือ ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนงบประมาณมีส่วนร่วมในการ ผลักดันงบประมาณในการดำเนินงานด้านสุขภาพให้ได้มากที่สุด ควรมีการจัดฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ในด้านการจัดทำแผนสุขภาพให้เข้าใจถูกต้องตามขั้นตอน และต้องมีการจัดฝึกอบรมในการประเมิน ผลงาน/โครงการให้สมาชิกเครือข่ายชุมชนได้รับรู้รับทราบและสามารถรวบรวมผลกิจกรรมไป ดำเนินงานในหมู่บ้านให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

**3.1.1 ผลการดำเนินงาน** จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.50 สมาชิกเครือข่ายชุมชนถึงแม้ว่าจะมีความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในระดับสูงถึง ร้อยละ 73.90 ก็ตาม แต่ก็ยังพบประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดช่องทางการสนับสนุนแหล่ง เงินทุนในการดำเนินกิจกรรมจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกเครือข่ายชุมชนยังขาดทักษะ ความรู้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชนของตนเอง และยังขาดการ ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายในพื้นที่ ความร่วมมือกันในแต่ละกลุ่มวัย ยังให้ความร่วมมือกันน้อย เห็นควรเสนอแนะดังนี้ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดฝึกอบรม เชิงปฏิบัติการเรื่องการดำเนินงานจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยอาจจะใช้เวทีสมัชชาสุขภาพ

ในการดำเนินการ รวมถึงการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทุกกลุ่มวัย มีการชี้แจงถึงแหล่งที่มาของงบประมาณและมีการแนะนำให้ทราบถึงแหล่งเงินทุนในการดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

**3.1.2 ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมืออุปกรณ์** ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้การสนับสนุน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผลักดันงบประมาณในการดำเนินงานด้านสุขภาพให้ได้มากที่สุด ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ต้องมาชี้แจงทำความเข้าใจเข้ามาสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการดำเนินงานกิจกรรมด้านสุขภาพลงสู่หมู่บ้าน/ชุมชนให้ได้มากที่สุด

**3.1.3 ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล** เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ควรให้ความสำคัญในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการวางแผนติดตาม กำกับ ดูแล เพื่อเป็นการเพิ่มขวัญกำลังใจให้กับสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน ทำให้สมาชิกเครือข่ายชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรจัดฝึกอบรมในการประเมินผลงาน/โครงการให้สมาชิกเครือข่ายชุมชนได้รับรู้รับทราบและสามารถรวบรวมกิจกรรมไปดำเนินงานในหมู่บ้านให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้นนำไปสู่การประเมิน ประเมินและได้รับรางวัลเป็นขวัญและกำลังใจให้กับสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี ควรที่จะมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันกับสมาชิกชุมชนในจังหวัดอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวมของสมาชิกชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่จะใช้วางแผนการพัฒนาสมาชิกชุมชน

3.1.2 ควรที่จะมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างในตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน เช่น สภาพพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน สถานะการเงินของสมาชิกชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารรถนำไปวางแผนการสมาชิกชุมชน

3.1.3 ควรที่จะมีการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาเจาะลึกด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาของสมาชิกชุมชนที่มีคุณภาพ

3.1.4 ควรที่จะศึกษา ในเครือข่ายที่มีการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ เพื่อนำไปเป็นบทเรียนในการปรับใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่



บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2551).  
 แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ “เส้นทางสู่ความสำเร็จ การพัฒนาหมู่บ้าน  
 จัดการสุขภาพ”. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ  
 สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2556). แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556.  
 กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
 กระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2553). ศูนย์สร้างสรรค์สุขภาพชุมชนเมือง. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพ  
 ภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2538). เครื่องมือการทำงานวัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพฯ: มายด์ พับลิชชิ่ง.
- กฤษยาภัตสร ขาวปทุมทิพ. (2556). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ  
 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม.  
 (ปริญญาานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,  
 กรุงเทพฯ.
- เกรียงศักดิ์ เชิญวงศ์ศักดิ์. (2543). การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูป  
 การศึกษา. กรุงเทพฯ: ชัคเชส มีเดีย.
- เกียรติภูมิ จันต. (2550). แนวทางการพัฒนาศูนย์สิ่งแวดล้อมศึกษาด้านการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพื้น  
 สายพันธุ์ชั้นโรง ตำบลปลีวี อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี. วารสารการวิจัย  
 วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้, 6(1), 32-45.
- ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. (2547). ทฤษฎีเครือข่ายกับชุมชน. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาชุมชน.
- จดหมายข่าว. พลังพลเมืองชุมชนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 (2556). กรุงเทพฯ.
- ชัชวาลย์ ทัดศิวัช. (2551). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) :  
 มิติใหม่ของรูปแบบวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนระดับท้องถิ่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- ชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2559). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว.  
 วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 9(2), 6-16.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2552). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการเข้าชื่อเสนอกฎหมาย. นนทบุรี:  
 สถาบันพระปกเกล้า.

- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2527). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- ทวีศิลป์ ไชยบุตร. (2552). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุข  
 มูลฐานชุมชน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร. *วารสารงานวิจัยสาธารณสุข*, 1(2), 59-67.
- นพดล ทรุชน้อย. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน  
 หมู่บ้านจัดการสุขภาพ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).  
 มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- นพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ. (2550). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขยะ  
 มูลฝอยของเทศบาลตำบลมหาสาร อำเภอมหาสาร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา :  
 โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.  
 มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, พระนครศรีอยุธยา.*
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2546). การบริหารองค์การและทรัพยากรสาธารณสุข. ใน *เอกสารการบริหาร  
 องค์การและทรัพยากรสาธารณสุข*. หน่วยที่ 5. นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ. (2537). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย*.  
 กรุงเทพฯ: บี แอน บี พับลิชชิ่ง.
- เบญจวรรณ สุภาพ. (2552). *การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของแกนนำชุมชน ในเขตเทศบาล  
 นครลำปาง อำเภอเมืองลำปาง. (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). *ทัศนคติ การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.  
 \_\_\_\_\_ . (2537). *ทัศนคติ การวัดสถานะภาพทางสุขภาพ การสร้างมาตรฐานประมาณค่าและ  
 แบบทดสอบถาม*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. (2548). *นวัตกรรมการเรียนรู้ : คน ชุมชน และการพัฒนา*. กรุงเทพฯ:  
 พิสิษฐ์ ไทยออฟเซต.
- ปาริชาติ ห่วงศรี. (2545). *การมีส่วนร่วมของนักท่องเที่ยวนในการอนุรักษ์ทรัพยากรการท่องเที่ยว  
 บริเวณชายหาดบางแสน. (ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).*  
 มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช. (2550). *ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทย  
 แข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง.  
 (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).*  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

- พงษ์ธร ธัญญศิริ. (2543). การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานยุติธรรมชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม.
- พรพันธ์ คชเดช. (2550). ศักยภาพการดำเนินสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ไพโรช ดันอุดม. (2552). การมีส่วนร่วมของผู้นำและประชาชนในการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งเมืองนำอยู่: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. (การค้นคว้าอิสระปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2547). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบันของประเทศไทย ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สักดิ์โสภากการพิมพ์.
- มณฑล เอกอดุลย์พันธ์. (2553). การมีส่วนร่วมของประชาชนการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กรณีศึกษาตลาดน้ำตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- มยุรี สุวรรณโคตร. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วนิดา วิระกุล. (2534). ความพร้อมของ ผสส./อสม. ในการดำเนินกิจกรรมการประชากรศึกษา: ศึกษาเฉพาะกรณี ในจังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วัฒนพงศ์ ลือชูวงศ์. (2548). ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของผู้นำกลุ่มผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนกับความเข้มแข็งของศูนย์เรียนรู้ชุมชนต้นแบบการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- วันทิน ยศบันเทิง. (2549). ผลจากการศึกษาแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

- วาสนา ตรีเนตร. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ใช้แรงงาน  
ในอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2552). การบริหารจัดการและการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานของรัฐ.  
กรุงเทพฯ: โฟร์เพช.
- วิภา เทียงธรรม. (2554). การพัฒนาศักยภาพชุมชน : แนวคิดและการประยุกต์ใช้. มหาวิทยาลัยมหิดล,  
กรุงเทพฯ.
- เศรษฐพงศ์ อาลีมินทร์. (2552). การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเขตอำเภอป่าโมก  
จังหวัดอ่างทอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- สมเกียรติ ออกแดง. (2554). การประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริม  
การมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ  
อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สมลักษณ์ ไชยเจริญ. (2549). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในคณะกรรมการ  
ตรวจสอบติดตามการบริหารงานตำรวจนครบาล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏ  
สวนดุสิต.
- สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์. (2542). การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขระดับ  
อำเภอจังหวัดชุมพร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).  
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สมสมาน อาษารัฐ. (2548). การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย : กรณีศึกษา  
องค์การบริหารส่วนตำบลธาตุทอง อำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์, ฉะเชิงเทรา.
- สร ปิ่นอักษรสกุล. (2548). การดำเนินโครงการที่มีผลกระทบต่อด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกับการ  
มีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- สรารุช วัลัญชพฤกษ์. (2543). ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการ  
วางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี. กรุงเทพฯ.  
มหาวิทยาลัยมหิดล.



- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ด*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. (2555). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ประจำปี 2555*. (อัดสำเนา).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สรุปรายงานการปวย พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ลิน สือสวน. (2545). *ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาองค์กรประชาชนในเมือง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุพจน์ ทรัพย์ผดุงชนม์. (2546). *พฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดขยะมูลฝอย ศึกษากรณีเทศบาลตำบลบ้านฉาง จังหวัดระยอง*. (ปัญญาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี).
- สุทนต์ ศรีไสย์. (2551). *สถิติประยุกต์สำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ สุอารมย์ และสมพร เนติรัฐกร. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้*, 11(13), 13-17.
- เสถียร จิรรังสีมันส์. (2549). *ความรู้เกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย*. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและประสานการมีส่วนร่วมองค์กรเครือข่าย สำนักงานสถานที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- เสรี ลาขโรจน์. (2537). *หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน*. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารจัดการและการประเมินผลการศึกษา*. หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อรทัย กักผล. (2546). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิปริญญาโทสำหรับนักบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อุบล นิวัติชัย. (2527). *หลักการพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอกสิทธิ์ สุทธิศาสนกุล. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองส่วนท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดกาญจนบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- Alter, Catherine, and Hage, Jerald. (1993). *Organizations Working Toether*. California: Sage.

Cohen, John M. and Uphoff, Norman T. (1980). *Participation's Place in Rural Development : Seeking Clarity through Specificity*. New York: World Developments.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley.

Oakley, P. (1984). *Approaches To Participation In Rural Development*. Geneva : Internation Office.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ



ภาคผนวก ก

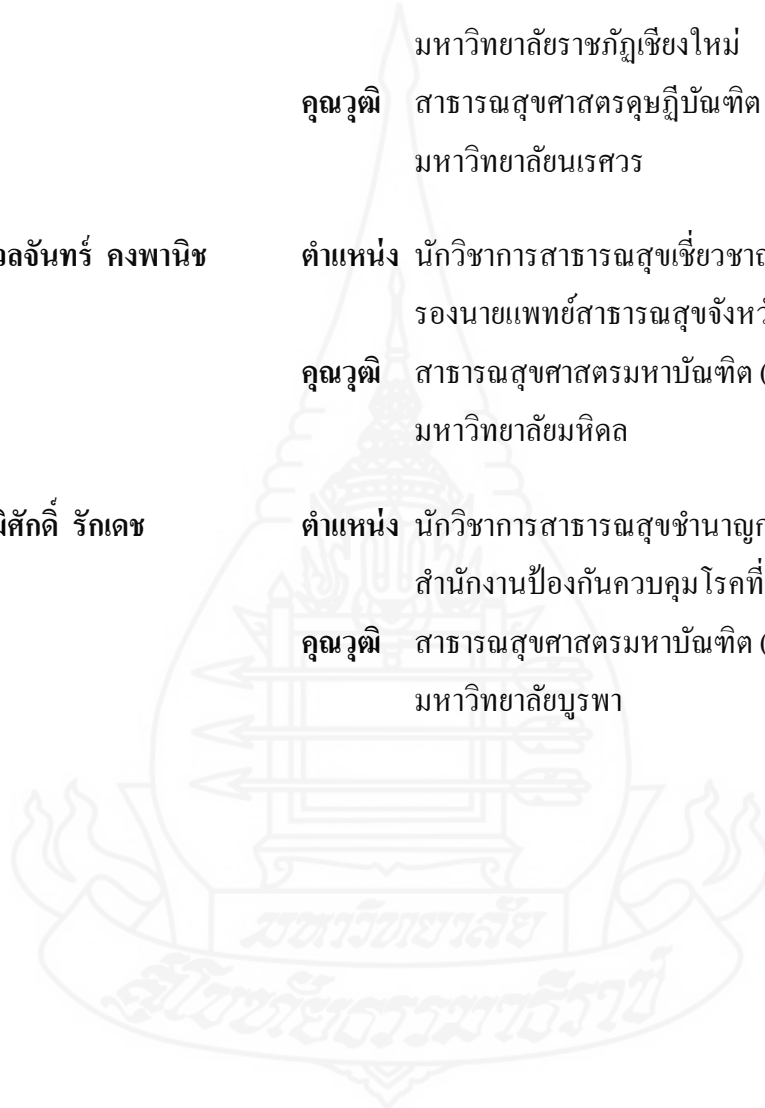
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1. นายสามารถ ใจเตี้ย     | <p>ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรม<br/>สาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อมชุมชน<br/>คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี<br/>มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่</p> <p>คุณวุฒิ สาธารณสุขศาสตร์คุษฎีบัณฑิต<br/>มหาวิทยาลัยนเรศวร</p> |
| 2. น.ส.นवलจันทร์ คงพานิช | <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)<br/>รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี</p> <p>คุณวุฒิ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)<br/>มหาวิทยาลัยมหิดล</p>   |
| 3. นายวุฒิศักดิ์ รักเดช  | <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี</p> <p>คุณวุฒิ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)<br/>มหาวิทยาลัยบูรพา</p>  |





ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สกลนคร

## แบบสอบถาม

เรื่อง **ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชน  
ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี**

## คำชี้แจง

1. การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของเครือข่ายชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรี

2. ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ สมาชิกเครือข่ายชุมชนที่ดำเนินงานตามนโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในจังหวัดสิงห์บุรี

3. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

4. กรุณาอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ และกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วน ทุกข้อ ตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน โดยไม่ต้องระบุนามสกุล ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านเป็นความลับ และนำเสนอผลงานการศึกษาเป็นลักษณะภาพรวม ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดสิงห์บุรีต่อไป

การศึกษาครั้งนี้จะสำเร็จลงได้ ถ้าได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

ภควดี ภาวภูตานนท์

นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

## แบบสอบถาม

**คำชี้แจง** กรุณาเติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

**ส่วนที่ 1** ปัจจัยพื้นฐานคุณลักษณะของสมาชิกเครือข่ายชุมชน

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง  
Sex( )
2. อายุ (เต็ม) ..... ปี  
Age( )
3. ระดับการศึกษา  
( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษา ( ) 3. อนุปริญญา  
Edu( )  
( ) 4.ปริญญาตรี ( ) 5. อื่นๆ ระบุ.....
4. อาชีพหลัก  
( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. เกษตรกรรม ( ) 3. รับจ้าง  
Occ( )  
( ) 4. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ( ) 5. รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....
5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวน.....บาท  
Salary( )
6. สถานภาพทางสังคม  
( ) 1. ผู้นำชุมชน, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน, สารวัตรกำนัน, แพทย์ประจำตำบล  
Pos( )  
( ) 2. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล, รองนายก อบต./รองนายกเทศมนตรี,  
เลขา นายก อบต./ เลขา นายกเทศมนตรี, นายก อบต./นายกเทศมนตรี  
( ) 3. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)  
( ) 4. สมาชิกกลุ่มอื่นๆ ระบุ.....  
( ) 5. ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มใดๆ



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาตามความคิดเห็นของท่านว่าถูกหรือผิด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	คำถามด้านความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ถูก	ผิด	สำหรับ ผู้วิจัย
1.	อาหารแปรรูปที่มีคุณภาพต้องมีเครื่องหมาย “อย.”			K1( )
2.	การล้างผัก ผลไม้ด้วยการลอกหรือปอกเปลือก และแช่น้ำสะอาดอย่างน้อย 10 นาที เป็นวิธีการช่วยลดสารเคมีปนเปื้อนได้			K2( )
3.	เราควรรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อยวันละครั้งก็โลกรั่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค			K3( )
4.	ก่อนการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารใดๆ สิ่งแรกที่เราควรทำคือ การเลือกอาหารที่มีราคาไม่แพง			K4( )
5.	การเลือกประเภทออกกำลังกายควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย			K5( )
6.	การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคมะเร็งบางชนิดได้			K6( )
7.	การยืดเหยียดกล้ามเนื้อไม่มีความจำเป็นต้องทำก่อนการออกกำลังกาย			K7( )
8.	การทำกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น ติลาศ รำมวยจีน ถือว่าเป็นการออกกำลังกายอีกวิธีหนึ่ง			K8( )
9.	การให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมทุกเดือนเป็นการเพิ่มทักษะทางด้านอารมณ์ให้กับผู้สูงอายุ			K9( )
10.	โรคที่มีสาเหตุมาจากความเครียดคือ โรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง			K10( )
11.	ผลกระทบจากความเครียดทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวและความสามารถในการทำงานลดลง			K11( )

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (ต่อ)

ข้อ	คำถามด้านความรู้ในการดำเนินการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ถูก	ผิด	สำหรับ ผู้วิจัย
12.	ถ้าเครียดมากๆ ถึงขั้นมีอาการป่วยทางกาย ควบคุมตนเอง ไม่ได้ สับสน ว้าวุ่นใจมากๆ ควรปรึกษาแพทย์			K12( )
13.	บุหรี มีสารพิษที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง			K13( )
14.	การสูบบุหรี่มวนเองไม่มีสารก่อให้เกิดโรคมะเร็ง			K14( )
15.	โทษของสารนิโคตินในบุหรีทำให้เส้นเลือดหดตัวเป็นสาเหตุ ของโรคหัวใจ			K15( )
16.	การจำหน่ายบุหรีให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ถือว่ามีความผิด ทางกฎหมาย			K16( )
17.	การดื่มสุราเป็นสาเหตุของการเกิดโรคตับแข็ง โรคหลอดเลือด และหัวใจ			K17( )
18.	การดื่มเบียร์วันละ 1 แก้ว ทำให้ระบบเลือดหมุนเวียนดี ร่างกายแข็งแรง			K18( )
19.	สุรามีโทษต่อร่างกาย คือ ทำให้สมองฝ่อความจำเสื่อม			K19( )
20.	ร้านค้าสามารถจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับคน ทุกเพศทุกวัย			K20( )

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาตามความคิดเห็นของท่านว่าท่านได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว

- 1 หมายถึง ไม่เคยได้รับเลย
- 2 หมายถึง ได้รับน้อยหรือได้รับนานๆ ครั้ง
- 3 หมายถึง ได้รับปานกลางหรือได้รับพอประมาณ
- 4 หมายถึง ได้รับเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อ	คำถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	4	
1.	ท่านได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น ทำแผนสุขภาพ ควบคุมโรคไข้เลือดออก หรือออกกำลังกาย					S1( )
2.	ท่านได้รับคำชมหรือคำยกย่องเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.					S2( )
3.	ท่านได้รับการไต่ถาม ดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการดูแลตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด จาก อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					S3( )
4.	เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ ท่านได้รับคำปรึกษา หรือการให้กำลังใจจาก อสม. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					S4( )
5.	ท่านได้รับความไว้วางใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน					S5( )

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อ	คำถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	4	
6.	ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.					S6( )
7.	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของคนในครอบครัวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.					S7( )
8.	ท่านได้รับความรู้เรื่องขั้นตอนการทำแผนสุขภาพของชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.					S8( )
9.	ท่านได้รับทราบข้อมูลภาวะสุขภาพของชุมชนเพื่อประกอบการจัดทำแผนชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.					S9( )
10.	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันของท่านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.					S10( )
11.	ท่านได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น ทรายอะเบทจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.					S11( )
12.	ท่านได้รับการสอบถามความต้องการในการจัดหาอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ เช่น อุปกรณ์กีฬา จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.					S12( )
13.	ท่านได้รับการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพในหมู่บ้าน เช่น การป้องกันและควบคุมโรค การแข่งขันกีฬา					S13( )

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อ	คำถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	4	
14.	ท่านได้รับการสนับสนุนด้านสื่อสุขภาพ เช่น แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ความรู้ ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพในหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.					S14( )
15.	เครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. สาธารณสุขอำเภอ ฯลฯ มีการจัดหา / สนับสนุนอุปกรณ์หรือสถานที่ให้หมู่บ้านหรือชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ					S15( )
16.	ท่านให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการสรุปผลหรือประเมินกิจกรรมสุขภาพ					S16( )
17.	ท่านได้รับการเชิญชวนหรือชักชวนให้เข้าประชุมรับฟังการสรุปผลกิจกรรมด้านสุขภาพ					S17( )
18.	ท่านเข้าร่วมการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.					S18( )
19.	ท่านเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายชุมชนก่อนการประเมินผลงาน / กิจกรรมด้านสุขภาพ					S19( )
20.	ท่านให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน					S20( )

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน  
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ**

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาตามความคิดเห็นของท่านว่า  
ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓  
ลงในช่องที่กำหนด ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว

- 1 หมายถึง ไม่มีส่วนร่วม
- 2 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อยหรือมีส่วนร่วมนานๆ ครั้ง
- 3 หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง
- 4 หมายถึง มีส่วนร่วมเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อ	คำถามปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	4	
<b>ด้านการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน</b>						
1.	ท่านร่วมสำรวจข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพ เช่น ให้ข้อมูลตอบ แบบสอบถามหรือแสดงความคิดเห็น					P1( )
2.	ท่านเข้าร่วมประชุมวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาสุขภาพในชุมชน					P2( )
3.	ท่านเข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดกิจกรรมและ วิธีการในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามแผนสุขภาพชุมชน					P3( )
4.	ท่านเข้าร่วมกำหนดช่วงเวลาในการดำเนินงาน ตามแผนชุมชนด้านสุขภาพ					P4( )
5.	ท่านเข้าร่วมทำแผนประชาคมด้านสุขภาพ ในหมู่บ้าน					P5( )

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน  
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ (ต่อ)

ข้อ	คำถามปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	4	
<b>ด้านการจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพ</b>						
6.	ท่านแนะนำประชาชนในชุมชนให้จัดทำบัญชีการ รับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินของสมาชิก เครือข่ายในชุมชน เพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพ ของหมู่บ้าน					P6( )
7.	ท่านแนะนำช่องทางแหล่งเงินทุน เพื่อนำมา ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน					P7( )
8.	ท่านเคยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดหาเงินทุน หรือบริจาคเงินทุนด้านสุขภาพในหมู่บ้าน					P8( )
9.	ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการจัดหา เงินทุนสำหรับนำมาใช้ประโยชน์ด้านสุขภาพ ของหมู่บ้าน					P9( )
10.	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแผนงาน/โครงการ แก้ไขปัญหาสุขภาพเพื่อของบประมาณจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					P10( )
<b>ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน</b>						
11.	ท่านถ่ายทอดหรือร่วมถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับแกนนำในชุมชน					P11( )
12.	ท่านจัดหรือร่วมจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชน เช่น จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย กีฬาอื่นๆ หรือกิจกรรมด้านยาเสพติดในชุมชน					P12( )
13.	ท่านจัดหรือร่วมจัดกิจกรรมการตรวจคัดกรอง โรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง หรือ มะเร็งเต้านมให้กับประชาชนในชุมชนตนเองได้					P13( )

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน  
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ (ต่อ)

ข้อ	คำถามปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	4	
<b>ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน (ต่อ)</b>						
14.	ท่านเป็นหรือร่วมเป็นวิทยากรและถ่ายทอดความรู้ ในกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ ในหมู่บ้าน/ชุมชน					P14( )
15.	ท่านรณรงค์หรือร่วมรณรงค์ให้ประชาชนบริโภค อาหารที่ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน เพื่อป้องกัน ปัญหาสุขภาพในชุมชน					P15( )
<b>ด้านการประเมินผลจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</b>						
16.	ท่านมีส่วนร่วมในการนำผลการประเมินแผนงาน/ โครงการด้านสุขภาพปีที่ผ่านมา					P16( )
17.	ท่านสามารถวิเคราะห์รวบรวมผลการดำเนินงาน ด้านส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของท่านได้					P17( )
18.	ท่านสามารถเสนอแนะความคิดเห็นข้อมูล ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปเป็นรูปแบบการสรุปผล การจัดกิจกรรมสุขภาพของหมู่บ้าน					P18( )
19.	ท่านได้ร่วมแก้ไขปัญหา / อุปสรรคในการ ดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อพัฒนา ให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น					P19( )
20.	ท่านสามารถรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งสรุปผล ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเสนอเข้าที่ประชุม ระดับเวทีชุมชน					P20( )



ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ  
คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นของท่านในสิ่งที่ท่านเห็นว่าเป็นปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้ง  
ข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ  
ของท่าน

1. การจัดทำแผนด้านสุขภาพ

- ( ) ไม่มี
- ( ) มีปัญหา อุปสรรค คือ

โปรดระบุปัญหาอุปสรรค

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

2. การจัดงบประมาณสุขภาพ

- ( ) ไม่มี
- ( ) มีปัญหา อุปสรรค คือ

โปรดระบุปัญหาอุปสรรค

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

**3. การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ**

( ) ไม่มี

( ) มีปัญหา อุปสรรค คือ

โปรดระบุปัญหาอุปสรรค

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

**4. การประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ**

( ) ไม่มี

( ) มีปัญหา อุปสรรค คือ

โปรดระบุปัญหาอุปสรรค

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม



### ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากแบบสอบถามความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson reliability) โดยการใช้สูตรการหาค่าความเชื่อมั่นดังนี้

$$\text{สูตร KR-20} \quad r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

เมื่อ  $r_{tt}$  แทนความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

$k$  แทนจำนวนข้อแบบสอบถาม

$p$  แทนสัดส่วนของผู้ทำแบบสอบถามผ่านแต่ละข้อ

$q$  แทนสัดส่วนของผู้ทำแบบสอบถามไม่ผ่านแต่ละข้อ (1-P)

$S^2$  แทนความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

หาค่า  $S^2$  จากสูตร

$$\begin{aligned} S^2 &= \frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N^2} \\ &= \frac{(30 \times 8,461) - (247,009)}{30 \times 30} \\ &= 7.578 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร KR-20} \quad r_{tt} &= \frac{k}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right] \\ &= \frac{20}{19} \left[ 1 - \frac{2.490}{7.578} \right] \end{aligned}$$

$$= 1.053 (1 - 0.328)$$

$$= (1.053) (0.672)$$

$$= 0.707$$

แบบสอบถามความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.707

**Scale: ALL VARIABLES****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.707	20

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
K1	.87	.346	30
K2	.53	.507	30
K3	.70	.466	30
K4	.73	.450	30
K5	1.00	.000	30
K6	.97	.183	30
K7	.87	.346	30
K8	1.00	.000	30
K9	.70	.466	30
K10	.83	.379	30
K11	.87	.346	30
K12	.87	.346	30
K13	.77	.430	30
K14	.70	.466	30
K15	.90	.305	30
K16	.93	.254	30
K17	1.00	.000	30
K18	.57	.504	30
K19	.87	.346	30
K20	.90	.305	30

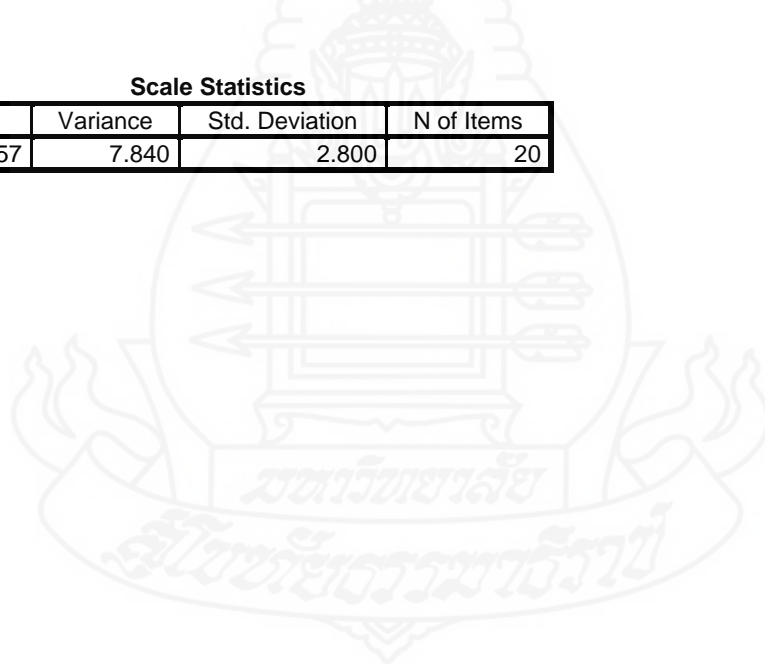
## Reliability

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
K1	15.70	7.114	.329	.691
K2	16.03	6.654	.355	.688
K3	15.87	7.154	.188	.708
K4	15.83	6.971	.281	.696
K5	15.57	7.840	.000	.709
K6	15.60	7.697	.109	.707
K7	15.70	6.976	.408	.684
K8	15.57	7.840	.000	.709
K9	15.87	6.189	.619	.653
K10	15.73	7.099	.296	.694
K11	15.70	7.528	.102	.711
K12	15.70	7.390	.176	.705
K13	15.80	7.476	.076	.718
K14	15.87	6.189	.619	.653
K15	15.67	7.264	.294	.695
K16	15.63	7.551	.162	.704
K17	15.57	7.840	.000	.709
K18	16.00	6.138	.580	.656
K19	15.70	7.528	.102	.711
K20	15.67	7.264	.294	.695

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
16.57	7.840	2.800	20



**RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)**

(แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน)

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.912	20

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S1	62.73	31.375	.516	.909
S2	63.30	31.597	.524	.909
S3	63.03	30.723	.565	.908
S4	63.00	29.517	.681	.904
S5	63.10	31.334	.578	.907
S6	63.00	31.379	.515	.909
S7	63.03	31.344	.535	.908
S8	63.23	32.323	.392	.911
S9	63.00	31.103	.568	.907
S10	62.93	32.133	.360	.913
S11	62.80	31.407	.493	.909
S12	63.17	30.902	.615	.906
S13	63.17	31.316	.651	.906
S14	62.97	30.999	.577	.907
S15	63.03	31.895	.429	.911
S16	63.00	30.069	.770	.902
S17	63.07	31.099	.602	.907
S18	63.07	30.961	.630	.906
S19	63.23	32.047	.583	.908
S20	63.10	31.128	.621	.906

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
66.37	34.447	5.869	20

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.912

**RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)**

(การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายชุมชน)

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.930	20

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
P1	3.30	.466	30
P2	3.23	.504	30
P3	3.23	.430	30
P4	3.17	.461	30
P5	3.30	.466	30
P6	3.30	.466	30
P7	3.27	.450	30
P8	3.17	.379	30
P9	3.30	.466	30
P10	3.50	.509	30
P11	3.30	.535	30
P12	3.43	.504	30
P13	3.33	.479	30
P14	3.23	.504	30
P15	3.20	.407	30
P16	3.30	.466	30
P17	3.33	.479	30
P18	3.20	.484	30
P19	3.40	.498	30
P20	3.27	.450	30



## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	62.47	35.154	.484	.929
P2	62.53	33.913	.661	.925
P3	62.53	34.947	.573	.927
P4	62.60	34.731	.571	.927
P5	62.47	35.430	.433	.930
P6	62.47	34.189	.668	.925
P7	62.50	34.603	.613	.926
P8	62.60	34.800	.694	.925
P9	62.47	34.878	.536	.928
P10	62.27	33.995	.640	.926
P11	62.47	33.637	.665	.925
P12	62.33	34.782	.507	.928
P13	62.43	34.737	.545	.927
P14	62.53	33.913	.661	.925
P15	62.57	34.530	.701	.925
P16	62.47	34.189	.668	.925
P17	62.43	33.909	.700	.924
P18	62.57	34.737	.539	.925
P19	62.37	34.033	.648	.925
P20	62.50	34.190	.695	.925

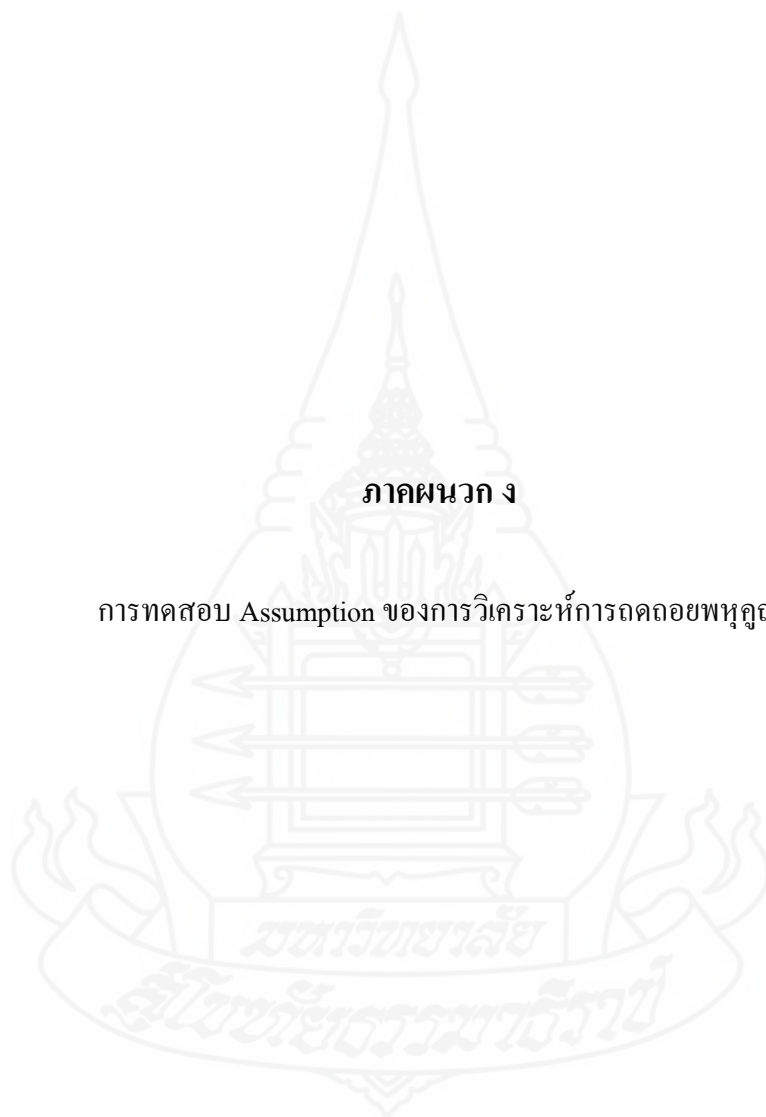
## Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
65.77	38.047	6.168	20

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของสมาชิกเครือข่าย  
ชุมชน จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.930

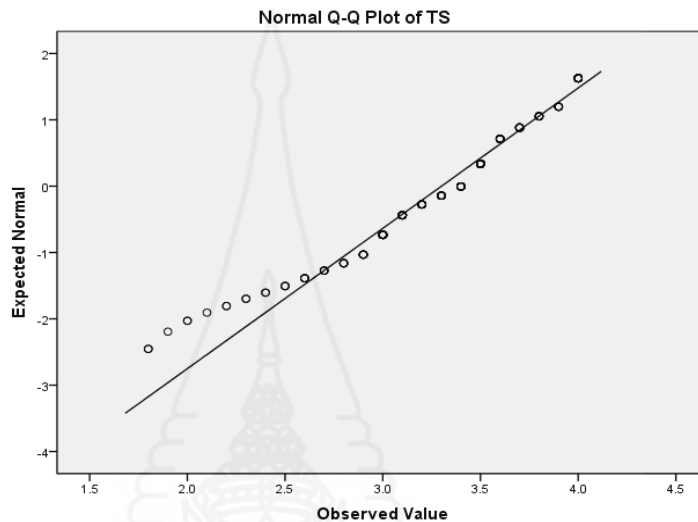
**ภาคผนวก ง**

การทดสอบ Assumption ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ



## การทดสอบ Assumption ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

1. ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเชิงปริมาณ ตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยการทดสอบ Normal Probability Paper Plot



2. ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของตัวแปรอิสระ โดยดูค่าปัจจัยการขยายตัวของตัวแปรปรวน (Variance Inflation Factor) มีค่าน้อย จากสถิติ Regression analysis

Model	Unstandardized		Standardize	t	Sig	Collinearity
	coefficients		coefficients			statistics
	B	Std. Error	Beta			VIF
(Constant)	0.11	0.15		7.45	0.001	
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการ จัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการ จัดกิจกรรมสุขภาพ	0.14	0.05	0.19	2.78**	<0.001	1.94
แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการประเมินผล	0.12	0.05	0.15	2.31**	<0.001	1.73

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

a Dependent Variable : การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงาน  
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

**ประวัติผู้วิจัย**

<b>ชื่อ</b>	นางสาวกคดี ภาณุตานนท์
<b>วัน เดือน ปีเกิด</b>	23 มีนาคม 2529
<b>สถานที่เกิด</b>	อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
<b>ประวัติการศึกษา</b>	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ พ.ศ. 2551
<b>สถานที่ทำงาน</b>	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองสิงห์บุรี ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี
<b>ตำแหน่ง</b>	นักวิชาการสุขาภิบาลปฏิบัติการ

