

Scan

**ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง
ของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง**

นางสาวปิยะรัตน์ กฤตยานวัช

**การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช**

พ.ศ. 2550

**The Opinions and Participations of People Health Network Member
in the Implementation of Healthy Thailand Project,
Kantung District in Trang Provice**

Miss Piyarat Krittayanawat

**An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration**

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2007

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการ
เมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน
อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

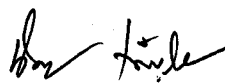
ชื่อและนามสกุล นางสาวปิยะรัตน์ กฤตยานวิษ

แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระได้ให้ความเห็นชอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ
ฉบับนี้แล้ว

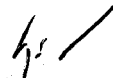


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา)



..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สมโภช รติโอพาร)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อนุมัติให้รับการศึกษา
ค้นคว้าอิสระฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ สีวะเดชาเทพ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2551

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา อาจารย์ที่ปรึกษา และรองศาสตราจารย์ สมโภช รติโอพาร อาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชให้คำแนะนำในการวิพากษ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขและเรียบเรียงให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณสำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ในการตรวจรูปแบบการศึกษาค้นคว้าอิสระ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ขอขอบพระคุณผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันตัง สาธารณสุขอำเภอกันตัง และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันตังทุกท่าน ที่มีส่วนสนับสนุนให้งานวิจัยบรรลุผลสำเร็จ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลลำภูรา อำเภอห้วยยอด ที่อำนวยความสะดวกในการทดสอบเครื่องมือ ท้ายสุดกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ คุณค่าที่พึงได้จากกรวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอมอบให้เป็นสาธารณประโยชน์แก่ทุกๆท่านและผู้สนใจศึกษาต่อไป

ปิยะรัตน์ กฤตยานวิช

มิถุนายน 2551

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทย
 แข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง
 ผู้ศึกษา นางสาวปิยะรัตน์ กฤตยานวัช ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
 อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความคิดเห็นกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

ประชากรที่ศึกษาคือสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามโครงการสานใจคนกันตังแข็งแรงสู่เมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตังตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 – 2550 ประกอบไปด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) กำนันผู้ใหญ่บ้านและสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพกลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คนสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงในด้านความคิดเห็นเท่ากับ 0.75 และด้านการมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.89 ได้แบบสอบถามกลับคืนครบทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไค-สแควร์ และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.54 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ดำรงตำแหน่งเป็น อสม. ความคิดเห็นโดยรวมต่อการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับสูง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (2) เพศ การศึกษา อาชีพ การดำรงตำแหน่งในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมมีเพียงรายได้ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม และอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุดกับความคิดเห็นของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ความคิดเห็นด้านประโยชน์ บทบาทของสมาชิกเครือข่าย การจัดทำแผนงาน และการได้รับรางวัลของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความคิดเห็นในภาพรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือจะต้องพัฒนารูปแบบและส่งเสริมให้สมาชิกองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงโดยนำความคิดเห็นที่มีอยู่ในระดับสูงอยู่แล้วมาใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมให้เพิ่มมากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ ความคิดเห็น การมีส่วนร่วม สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน โครงการเมืองไทยแข็งแรง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	1
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
คำนิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ยุทธศาสตร์สร้างคนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรง.....	9
กระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง.....	9
แนวคิดการเสริมพลัง.....	22
แนวคิดที่เกี่ยวกับความคิดเห็นและการวัดความคิดเห็น.....	26
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	31
เครือข่ายภาคประชาชน.....	36
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
รูปแบบการวิจัย.....	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	60
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	65
ระดับความคิดเห็นและระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทย แข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	66
ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทย แข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	68
ความสัมพันธ์ความคิดเห็นกับการมีส่วนร่วม.....	73
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	75
สรุปการวิจัย.....	75
ผลการวิจัย.....	76
อภิปรายผล.....	78
ข้อเสนอแนะ.....	85
บรรณานุกรม.....	88
ภาคผนวก.....	94
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	95
ข แบบสอบถาม.....	97
ค ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นรายชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	107
ประวัติผู้ศึกษา.....	115

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล.....	59
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปด้านสถานภาพส่วนบุคคลของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	65
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นในการดำเนินงาน โครงการ เมืองไทยแข็งแรงรายด้านและภาพรวมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	66
ตารางที่ 4.3 ระดับความคิดเห็นในภาพรวมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง ในภาพรวมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	67
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนิน งานโครงการ เมืองไทยแข็งแรงรายด้านและในภาพรวมของเครือข่ายสุขภาพ ภาคประชาชน.....	67
ตารางที่ 4.5 ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในภาพรวมใน การดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง.....	68
ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ กับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย สุขภาพภาคประชาชน.....	69
ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศกับการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	69
ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษากับการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	70
ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพกับการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	71
ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้กับการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพ ภาคประชาชน.....	71
ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านการดำรงตำแหน่ง กับการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	72
ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นรายด้านและ ในภาพรวมกับการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน.....	73

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 กระบวนการทำให้เกิดหมู่บ้านสุขภาพดี.....	17
ภาพที่ 2.2 การพัฒนาให้เกิดหมู่บ้านสร้างสุขภาพ.....	18
ภาพที่ 2.3 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชน.....	25
ภาพที่ 2.4 องค์ประกอบของพลังชุมชน.....	29

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพการเปลี่ยนแปลงของโลกในกระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วิถีชีวิตของคนในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนในทุกชุมชน จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของคนไทยในด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตและการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การขาดการออกกำลังกายของประชาชน พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย ปัญหาสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงไปของวิถีชีวิตที่เร่งรีบต้องต่อสู้แย่งชิงก่อให้เกิดความเครียดและความเสื่อมถอยด้านจิตใจ ปัญหายาเสพติดและปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมทำให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2547 รัฐบาลมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกายใจ สังคมและปัญญาสามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอดีประมาณอย่างมีเหตุผลภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว “มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูลมีสัมมาอาชีวะทั่วถึง มีรายได้มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว” เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกชุมชนของประเทศไทยสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรงภายในปี พ.ศ.2560 จึงได้มีการประกาศวาระแห่งชาติสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง มีตัวชี้วัดความสำเร็จคนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรงในด้านสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านและตำบล ใน 6 เรื่อง หรือ 6 อ. คือ การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อารมณ์ อโรครยาอนามัยสิ่งแวดล้อมและอบายมุข (กระทรวงสาธารณสุข,2548)

ยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มีสาระสำคัญคือ ได้น้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพและยึดหลักการที่ว่าสุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี โดยระบบสุขภาพพอเพียงได้ วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทยที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันภายใต้แนวปฏิบัติปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ไว้ว่า “มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง “ มีเป้าหมายที่สำคัญในด้านชุมชนคืองาน

สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง เร่งรัดงานสุขภาพเชิงรุกและมาตรการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพคนและความเข้มแข็งของชุมชนมียุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจผู้ให้บริการมีความสุข การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมภูมิปัญญาไทยและสากล การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2550)

ยุทธศาสตร์การสร้างคนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรง มีกลยุทธ์การดำเนินงาน 7 ประการคือ 1)การสร้างการมีส่วนร่วม 2)การสื่อสารสาธารณะ 3)การเสริมสร้างความเข้มแข็ง 4)การจัดบริการ 5) การใช้มาตรการทางสังคม 6)การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้ 7)การบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จมีเกณฑ์การประเมินในระดับหมู่บ้าน 7 ตัวชี้วัดเพื่อเป็นหมู่บ้านแข็งแรงคือ

1. ร้อยละ 60 ของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที
2. ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานท้องถิ่น
3. ร้อยละ 55 ของผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE
4. ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน
5. ร้อยละ 80 ของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
6. ร้อยละ 60 ของประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวานตามมาตรฐาน
7. ร้อยละ 100 ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุ ต่ำกว่า 18 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

จุดมุ่งหมายสูงสุด (Ultimate Goal) ของการพัฒนาคือการพัฒนาให้มีความสมดุลทุกด้านอย่างยั่งยืนเพื่อให้คนไทยมีความแข็งแรงและมีความสุข หัวใจสำคัญในการที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดคือการสร้างและพัฒนาความร่วมมือทุกภาคส่วนแบบบูรณาการสู่ความเป็นมหามิตร เพื่อที่จะเป็นการเพิ่มพลัง (Empowerment) สู่การพัฒนาให้มีความยั่งยืน ระบบสุขภาพของประชาชนโดยรวมจะมีความเข้มแข็งไม่ได้หากระบบสุขภาพภาคประชาชนไม่เข้มแข็ง “การสร้างสุขภาพดี” ไม่ได้มีแต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนต้องช่วยกัน “การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ” ซึ่งต้องสร้างผู้นำและแกนนำด้าน

สุขภาพแบบเครือข่ายพันธมิตรทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม ต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพและพัฒนาการเรียนรู้ของคนในชุมชนให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง โดยการพัฒนาให้มีความสมดุลทุกด้านอย่างยั่งยืนและครบถ้วน มุ่งสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน เชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนายึดหลักภูมิสังคมตามความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตามสภาพพื้นที่และวิถีชีวิตชุมชนและสังคมนั้นๆ ตลอดจนยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยพัฒนาอย่างไร้ไปตามลำดับขั้นตอน

จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดความสำเร็จของเมืองไทยแข็งแรงทั้ง 6 อ. คือ การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อารมณ์ อโรคา นามัยสิ่งแวดล้อมและอบายมุข มีตัวชี้วัดที่บอกลถึงความสำเร็จของการสร้างสุขภาพและให้ความสำคัญการดำเนินงานสร้างสุขภาพในชุมชนเป็นสำคัญโดยเน้นการสร้างฐานชุมชนให้เข้มแข็งและสามารถจัดการด้านสุขภาพได้ด้วยชุมชนเองและระบบการทำงานที่เชื่อมโยงประสานกันกับภาคส่วนต่างๆในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้เกิดเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นก่อให้เกิดกระบวนการการเรียนรู้ที่จะเป็นรากฐานไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน งานสร้างสุขภาพในการดำเนินงานกิจกรรมสร้างเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในทุกชุมชนไปจนถึงสร้างความร่วมมือกับชุมชนมีเวทีชาวบ้านเวทีสุขภาพ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและยกระดับสถานะสุขภาพประชาชนในตำบลให้ดีขึ้นโดยหาวิธีลดการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและเสริมสร้างความสุข (Gross District Happiness : GDH) ให้เพิ่มขึ้นโดยจำแนกให้เห็นทั้งในระดับบุคคล (Individuals) ระดับครัวเรือน (Households) และระดับหมู่บ้าน (Villages) ผู้ตำบลแข็งแรง โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการดำเนินโครงการ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholders) ได้ระดมความคิดเห็นและแสวงหาการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในระดับหมู่บ้าน/ตำบล ทราบถึงความสำคัญประโยชน์และกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีของการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพผู้ตำบลแข็งแรง สังคมมีความสุข

การดำเนินงานด้านโครงการเมืองไทยแข็งแรงของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตังซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยทุกแห่งทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการพัฒนาโครงการสร้างสุขภาพคนกันตังแข็งแรงสู่เมืองไทยแข็งแรงตามวาระแห่งชาติคนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) และได้ดำเนินกิจกรรมในทุกหมู่บ้านของอำเภอกันตังมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ในด้านเสริมสร้างความยั่งยืนการจัดการสุขภาพทั้งการส่งเสริมและป้องกันโรคทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล ภายใต้การบูรณาการ เครือข่ายพันธมิตรได้ร่วมเป็น

แกนหลักในการกระตุ้นให้ประชาชนมีความตื่นตัวและสนใจที่จะสร้างสุขภาพมากขึ้น โดยการออก
 วรรณคดีสร้างสุขภาพในชุมชนเพื่อให้ประชาชนได้เข้ารับบริการสร้างสุขภาพเคลื่อนที่
 (Event Healthy) ในแต่ละตำบลมากกว่าร้อยละ 70

โครงการสานใจ คนกันต้งแข็งแรง ซึ่งดำเนินกิจกรรมในปี 2549 - 2550 ครอบคลุม
 พื้นที่ 13 ตำบล มีวัตถุประสงค์ของโครงการที่สำคัญเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของโครงการ คือ
 เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholders) ได้ระดมความคิดเห็นและแสวงหาการมีส่วนร่วมจากสมาชิกใน
 ระดับหมู่บ้าน/ตำบล ทราบถึงความสำคัญ ประโยชน์และกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีของการ
 ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพสู่ตำบลแข็งแรง สังคมมีความสุขและเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจด้วย
 การปรับกระบวนการทัศนคติโดยเวทีสุขภาพให้เกิดความร่วมมือ แบบเครือข่ายในการบูรณาการภารกิจ
 ที่จะดำเนินกิจกรรม สู่การสร้างสุขภาพ การส่งเสริมและป้องกันโรคของประชาชนในตำบลให้
 เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยพลังของชุมชนเป็นแกนหลัก หน่วยงานรัฐสนับสนุน ซึ่งเป็นกระบวนการด้าน
 สร้างการมีส่วนร่วมที่สำคัญเพื่อขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนได้ร่วม
 เป็นแกนหลักในการกระตุ้นให้ประชาชนมีความตื่นตัวและสนใจที่จะสร้างสุขภาพมากขึ้น และผล
 ที่คาดว่าจะได้รับที่สำคัญจากการดำเนินงาน ทำให้ได้แนวทางการสร้างความยั่งยืนที่มาจาก
 บูรณาการทุกภาคส่วนจากเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน สู่คำว่าชุมชนสานใจ คนกันต้งแข็งแรง
 และผลงานที่เป็นรูปธรรม โดยภาพรวม จะทำให้ได้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือจาก
 เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนเป็นการสร้างพลังการขับเคลื่อนสู่มิติของความยั่งยืนในการสร้าง
 คนกันต้งให้แข็งแรงและมีความสุข

ผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันต้ง จังหวัดตรัง พบว่าทุกตัวชี้วัดผ่าน
 เกณฑ์การประเมินเมืองไทยแข็งแรงแต่ในการประเมินผลการดำเนินงาน โครงการสานใจดำเนินการ
 ใน 13 ตำบลเป็นการสรุปผลการดำเนินงานมีผู้เข้าร่วมครบตามเป้าหมายจำนวน 520 คน มีกิจกรรม
 โครงการด้านสร้างสุขภาพ 61 โครงการ แต่ไม่ได้ทำการประเมินความคิดเห็นในด้านการสร้าง
 สุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับใด จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการ
 ทำการศึกษาถึงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิก
 เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันต้ง จังหวัดตรัง จากการดำเนินกิจกรรมในโครงการเมืองไทย
 แข็งแรงที่ผ่านมาและจากการศึกษาของอัลวิน เบิร์ตแรนด์ (Alvin Bertrand, 1958 : 147-157 อ้างใน
 ประภา วัฒนสิทธิ์ 2547 : 17) กล่าวถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมี
 ส่วนร่วมซึ่งได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลต่าง ๆ คือ อายุ เพศ สถานภาพทางสังคม อาชีพ การศึกษา
 ถิ่นที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น ปัจจัยอื่นๆ เช่น การอาศัยอยู่ในเมืองหรือชนเมือง จำนวน
 สมาชิกในครอบครัว และลักษณะครอบครัวค่านิยม และทัศนคติมาเป็นแนวทางในการศึกษาถึงการ

มีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน และเพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นบทเรียนที่จะทำให้เห็นถึงการที่จะต้องทบทวนบทบาทการปฏิบัติงานของทุกภาคส่วนให้สอดคล้องกันและนำไปใช้ในการวางระบบบริหารจัดการในระดับพื้นที่หรือในชุมชน การประสานงานและการแสวงหาการมีส่วนร่วมจากสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหลาย ขยายผลให้กับประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงสู่การเป็นชุมชนอยู่ดีมีสุขต่อไป

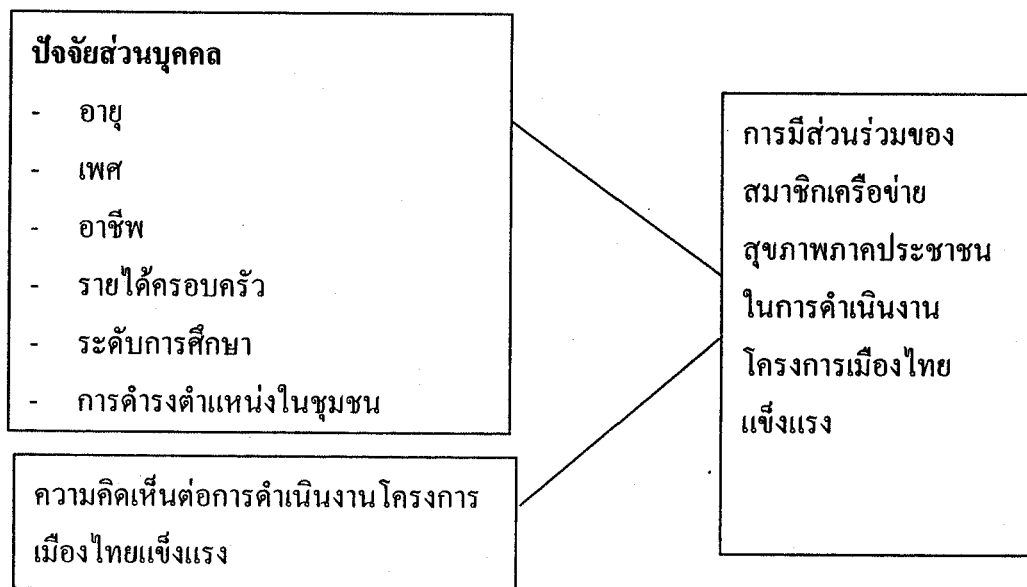
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความคิดเห็น กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ซึ่งสามารถเขียนภาพแสดงความสัมพันธ์



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ จะดำเนินการศึกษาเฉพาะความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนซึ่งประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในชุมชน จำนวน 227 คน ที่เข้ามาส่วนในการดำเนินงานในโครงการสานใจคนกันต้งแข็งแรงผู้เมืองไทยแข็งแรง ของ อำเภอกันต้ง จังหวัดตรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2550

5. คำนียามศัพท์เฉพาะ

5.1 โครงการเมืองไทยแข็งแรง หมายถึง โครงการสานใจคนกันต้งแข็งแรง ที่ดำเนินงานตามนโยบายในช่วง ปีพ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2550 ของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยการสร้างสุขภาพตามตัวชี้วัด 6 อ. ในระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อารมณ์ อโรควา อนามัยสิ่งแวดล้อมและอบายมุข อันจะนำไปสู่เป้าหมายคนไทยแข็งแรง

5.2 สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในชุมชน ของอำเภอกันต้ง จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นผู้เข้ามามีบทบาท ในการดำเนินงานกิจกรรมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงในอำเภอกันต้ง จังหวัดตรังเพื่อบรรลุเป็นหมู่บ้านแข็งแรง

5.3 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันต้ง จังหวัดตรังที่ได้จากการเรียนรู้หรือประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน และการเข้าร่วมระดมความคิดเห็นในการจัดทำแผนงานสร้างสุขภาพของชุมชน ซึ่งบอกถึงระดับความเห็นด้วย ไม่แน่ใจ หรือ ไม่เห็นด้วย ต่อความสำคัญของการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ในด้านประโยชน์และบทบาทของสมาชิกเครือข่าย การจัดทำแผน การสนับสนุนการจัดกิจกรรม การได้รับรางวัลของชุมชนในดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ความเหมาะสมกับชุมชนและความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน ความเหมาะสมของการสนับสนุนในการจัดกิจกรรมต่างๆที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้และร่วมมือแบบเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพหมู่บ้านแข็งแรง

5.4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง หมายถึง การที่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในแต่ละหมู่บ้านของอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการเมืองไทยแข็งแรง ซึ่งประกอบด้วย

5.4.1 ร่วมวางแผนและตัดสินใจ หมายถึง การที่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ กำหนดเป้าหมาย การใช้ทรัพยากรในการจัดทำแผนตามตัวชี้วัด 60. และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกาย รมรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน แผนงานรมรงค์วัดความดันโลหิต/ตรวจน้ำตาลในเลือด /สอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจร้านค้า ให้ความรู้เรื่องการไม่จำหน่ายบุหรี่สุรา แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การจำหน่ายอาหารปลอดภัย จัดทำแผนงานป้องกันยาเสพติดในชุมชน กำหนดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

5.4.2 ร่วมดำเนินกิจกรรม หมายถึง การที่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการ การบริหารการใช้ทรัพยากร และทำกิจกรรมตามแผนงานที่ชุมชน กำหนดในตัวชี้วัด 60. ระดับหมู่บ้าน เช่น การทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ รมรงค์ให้ความรู้และสอนการตรวจเต้านม รมรงค์วัดความดันโลหิตในชุมชน การตรวจร้านค้า ให้ความรู้เรื่องการไม่จำหน่ายบุหรี่ สุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน จัดกิจกรรมให้ความรู้เยาวชนการป้องกันยาเสพติด การเป็นผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน

5.4.3 ร่วมรับผลประโยชน์ หมายถึง การที่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ส่วนบุคคลและในชุมชนจากการทำกิจกรรมสร้างสุขภาพของชุมชน เช่น ได้รับการรับรองเป็นหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย ไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน ประชาชนในหมู่บ้านมีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ประชาชนในชุมชนไม่ติดยาเสพติด การได้รับเกียรติบัตรเป็นหมู่บ้านแข็งแรง การได้รับรางวัลเป็นเงิน เป็นสิ่งของตอบแทนจากการเป็นหมู่บ้านแข็งแรง

5.4.4 ร่วมประเมินผล หมายถึง การที่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินความก้าวหน้าของดำเนินงานตามแผนงานและร่วมกันแก้ไขปัญหา อุปสรรค ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงตามตัวชี้วัด 60. ในระดับหมู่บ้าน เช่น การออกตรวจร้านค้าในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ผู้บริหารงานสาธารณสุขได้รับทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ในด้านการวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล เพื่อนำไปพิจารณาในการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ และวิธีการให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ในการดำเนินงานต่อไปให้เป็นไปอย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพ

6.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล สามารถใช้ผลการศึกษาวิจัยเป็นข้อมูล ในการพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ให้มีความยั่งยืนและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

บทที่ 2

ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทย
แข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผู้ศึกษาได้ศึกษา
เอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยนำเสนอเป็น
ลำดับดังนี้

1. ยุทธศาสตร์สร้างคนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรง
2. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง
3. การเสริมพลัง (Empowerment)
4. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
5. ทฤษฎีการมีส่วนร่วม
6. เครือข่ายภาคประชาชน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ยุทธศาสตร์สร้างคนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)

ด้านสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์สร้างคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) เป็น
ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพหลักของประเทศไทย โดยประกาศเป็นวาระแห่งชาติ เมื่อวันที่ 20
พฤศจิกายน 2547 แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับชาติ (National Level) เป็นความร่วมมือของกระทรวง
ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องและระดับกระทรวงประกอบด้วย 4 มิติ (ทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและ
เศรษฐกิจพอเพียง ทางปัญญา/จิตวิญญาณ) 17 เป้าหมาย และ 46 ตัวชี้วัด ในปี 2552 (กระทรวง
สาธารณสุข 2548)

ยุทธศาสตร์สร้างคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ด้าน
สาธารณสุขนโยบาย/แนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย “เมืองไทย
แข็งแรง (Healthy Thailand)” ได้แก่

1.1 แนวคิดและความเป็นมาของนโยบาย “รวมพลังสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) มีดังนี้

1.1.1 แนวคิดของคนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรง การมีสุขภาพแข็งแรง (Health) ในความหมายขององค์การอนามัยโลกครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพในมิติต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) สังคม (Social Health) และปัญญา/จิตวิญญาณ (Spiritual Health) ซึ่งถ้าหากคนไทยมีความแข็งแรงทางสุขภาพครอบคลุมความหมายทั้ง 4 มิติย่อมจะสามารถเสริมสร้างให้ประเทศไทยมีความแข็งแรง

1.1.2 ความเป็นมาของโครงการในช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ผลักดันนโยบายและการดำเนินงานต่างๆตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) จนประสบความสำเร็จและมีความคืบหน้าไปมาก กล่าวคือ

1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ได้มีการผนึกกำลังระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่าง ๆ เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การรณรงค์ลดการบริโภคสุราการตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ การออกกฎหมายเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่เพิ่ม เพื่อตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่และทรัพย์สินจากอุบัติเหตุบนท้องถนน การขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

2) ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environment) ได้มีการดำเนินงาน “เมืองน่าอยู่” (Healthy City) ที่ยึดหลักการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของประชาชนทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อนำไปสู่สำนึกความเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) สำนึกต่อส่วนรวม (Social conscience) และความร่วมมือ (participation) อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่

3) ด้านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Community Strengthening) ได้มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานมากกว่า 2 ทศวรรษ จนเกิดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็งจนปัจจุบันมีสมาชิกทั่วประเทศกว่า 8 แสนคนและได้มีการขยายตัวของ Healthy Thailand ด้านสาธารณสุข พัฒนาการที่เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงตามปรัชญาของ “เศรษฐกิจพอเพียง” ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่มีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผลความมีระบบภูมิคุ้มกันตัวเอง การใช้ความรู้และการมีคุณธรรมจริยธรรม

4) ด้านการส่งเสริมพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development) มีการปฏิรูปการศึกษาของชาติ และขยายโอกาสทางการศึกษาเพื่อยกระดับการศึกษาของคนในชาติ

ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 รวมทั้งมีการฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จนเป็นที่รู้จักทั่วโลกเรื่องการนวดแผนไทย และการตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับความสำคัญในการพัฒนาภูมิปัญญาไทยไปสู่ระดับสากลต่อไป

5) ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Reorientation) มีการกำหนดและประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้าและมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 รองรับการค้าแรงงานให้ยั่งยืนที่ยึดหลักการ “การสร้างสุขภาพ” นำ “การซ่อมสุขภาพ” โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ปี พ.ศ. 2545 เป็นปีเริ่มต้นแห่งการรวมพลังสร้างสุขภาพตามกรอบการรณรงค์ 5 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และโรคภัย หรือการลดโรคสำคัญๆ ซึ่งมีกิจกรรมระดับชาติในการรณรงค์ให้ประชาชนหันมาใส่ใจสร้างสุขภาพอย่างเป็นธรรมชาติ เช่น กิจกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ ซึ่งจัดต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2548 มีประชาชนได้ออกกำลังกายพร้อมกันมากกว่า 35 ล้านคนกิจกรรมการรณรงค์อาหารปลอดภัย (Food Safety) ที่มีการดำเนินงานอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งรัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งอาหารปลอดภัย ในปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลก(WHO) ให้เป็นเจ้าภาพการประชุมนานาชาติการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 (6th Global Conference on Health Promotion 2005) ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เตรียมดำเนินนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่งขยายการรณรงค์สร้างสุขภาพตามกรอบ 6 อ. โดยเพิ่มเรื่องการดำเนินงานด้านอบายมุขอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งการดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว ไม่สามารถผลักดันนโยบายการสร้างสุขภาพคนไทยให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ได้ทุกด้าน ดังนั้น คนไทยทุกคนทุกภาคส่วน จึงมีส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้เกิด “เมืองไทยแข็งแรง” ซึ่งได้มีการประกาศกฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์ (The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World)

1.2 เป้าหมายของนโยบาย “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) ปี 2548 - 2552

เป้าหมายของนโยบายเมืองไทยแข็งแรงสามารถแบ่งได้เป็น 4 มิติ คือ มิติทางกาย จิตใจ สังคมและปัญญา/จิตวิญญาณ ดังนี้

1.2.1 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางกาย (Physical Health)

- คนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไปออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพ

แข็งแรงในทุกหมู่บ้านทุกชุมชน ทุกหน่วยงาน และสถานประกอบการ

- คนไทยได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากแหล่งผลิตอาหารที่ปลอดภัยไร้พิษปนเปื้อน ตลาดสด ร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหารทุกแห่งได้มาตรฐานสุขอนามัย สถานที่ผลิตอาหารทุกแห่งผ่านเกณฑ์ GMP (Good Manufacturing Practice)

- คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวพร้อมสุขภาพที่แข็งแรง อัตราป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆของคนไทยลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก และโรคเบาหวาน

- คนไทยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

- คนไทยมีอัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุลดน้อยลง

- คนไทยทุกคนมีหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน

1.2.2 คนไทยมีความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางจิตใจ (Mental Health)

- คนไทยมีครอบครัวที่อบอุ่น เด็กและผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว

- คนไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายตลอดจนการป่วยด้วยโรคทางจิต ประสาทลดน้อยลง

- คนไทยมีความฉลาดทางสติปัญญา (I.Q.) และความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q.) เพิ่มขึ้นในระดับที่ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล

1.2.3 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางสังคม (Social Health) และเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy)

- คนไทยมีความปลอดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรงที่ก่อให้เกิดการประทุษร้าย ทางเพศและการประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน

- คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนไม่น้อยกว่า 12 ปีและมีโอกาสเรียนต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะทางสุขภาพ (Health Skill) และทักษะการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม (Life Skill)

- คนไทยมีสัมมาอาชีพและรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

- คนไทยมีที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำสะอาดเพื่ออุปโภค บริโภคเพียงพอและดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

1.2.4 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางปัญญา/จิตวิญญาณ (Spiritual Health)

- คนไทยลดละเลิก อบายมุขและสิ่งเสพติด

- คนไทยมีความรู้ รักสามัคคี มีความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน

- คนไทยมีสติและปัญญาแก้ไขปัญหาความขัดแย้งรุนแรงต่างๆด้วยเหตุผล และด้วยสันติวิธี

- คนไทยยึดมั่นในหลักศาสนาธรรมและวัฒนธรรมที่ดีงาม

1.3 หลักการและยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง”

1.3.1 หลักการรวมพลังสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรงมี หลักการสำคัญดังนี้

- ใช้พื้นฐานที่เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วนสร้างกระบวนการเรียนรู้ สุวิถี ชุมชน โดยดึงเอาพลังทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการและภาคประชาชนในพื้นที่ทุกระดับจากชุมชนสู่ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและวัฒนธรรมชุมชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์” คนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรง”

- เน้นการทำงานที่สถานที่ตั้ง (Setting) และกลุ่มวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดึง พลังศักยภาพของเยาวชน พลังสตรี ผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ชุมชนที่ต่างวัฒนธรรม ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและเจ้าของสถานประกอบการร่วมกันสร้าง เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)

1.3.2 ยุทธศาสตร์รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรงมี กลยุทธ์ 7 ประการ ในการดำเนินงาน คือ

1) กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation Strategy)

- ระดมศักยภาพและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในสังคมทั้งภาค การเมืองราชการวิชาการ วิชาชีพ เอกชนและประชาชน เข้าร่วมคิดร่วมทำอย่างเป็นระบบเป็น รูปธรรมจริงจังและต่อเนื่อง โดยมีภาคราชการ เป็นแกนส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงาน อย่างบูรณาการและฝ่ายการเมืองที่ให้การสนับสนุนนโยบายและงบประมาณ

- เสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา กลวิธีและกระบวนการแก้ปัญหา

- สนับสนุนให้ชุมชนเป็นแกนหลักของการดำเนินงานอย่างจริงจัง

2) กลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะ (Communication Strategy)

- ประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนร่วมรับรู้ ร่วมเรียนรู้และร่วม เคลื่อนผ่านสื่อ

- เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตามเจตนารมณ์และแนวทางปฏิบัติอันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและประชาชนทั่วไป

- สร้างช่องทางสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) เพื่อแบ่งปันข้อมูลข่าวสารและรับทราบความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทุกระดับ

- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนกันได้ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแนวดิ่งและแนวราบ

- จัดให้มีการรายงานต่อสาธารณะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสนใจอีกทั้งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

- ส่งเสริมบทบาทของวิทยุชุมชน สื่อท้องถิ่นในการสะท้อนปัญหาและข้อเท็จจริงรวมถึงเป็นศูนย์ระดมความร่วมมือและพลังภูมิปัญญาท้องถิ่น

3) กลยุทธ์การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีสำนึกสาธารณะ (Strengthening and Creation Public Mind Strategy)

- สร้างจิตสำนึกความเชื่อมั่นในตัวเองของคนไทยให้เกิดความเชื่อในศักยภาพของตนเอง

- สร้างความรับผิดชอบต่อสังคมและมีความไว้วางใจต่อกันเพื่อร่วมกันดำเนินงาน

- สร้างและรณรงค์เผยแพร่ภาพพจน์ประสภคัยของคนไทยแข็งแรงสังคมไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรงยกย่องชมเชยประกาศเกียรติคุณบุคคล องค์กรที่สร้างคุณประโยชน์หรือแบบอย่างในแต่ละมิติของเมืองไทยแข็งแรงรวมถึงการจูงใจและให้ผลตอบแทนในรูปแบบต่างๆ เช่น การลดภาษี การใช้บริการสาธารณะ การตรวจสุขภาพ เป็นต้น

4) กลยุทธ์การจัดบริการ (Service Strategy)

- พัฒนาปรับปรุงปรับเปลี่ยนการจัดบริการด้านต่างๆ ให้สอดคล้องกับบริบทสังคมและปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วโดยบริการทุกด้าน ต้องเน้นที่คุณภาพและประสิทธิภาพและโปร่งใส

- สร้างทางเลือกในการรับบริการของประชาชน

- ควบคุม ตรวจสอบคุณภาพบริการของรัฐและเอกชนอย่างจริงจัง และประกาศผลต่อสาธารณะ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

- เพิ่มขีดความสามารถและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ

- พัฒนาระบบบริการสาธารณะให้สอดคล้องกับความต้องการและเหมาะสมกับกลุ่มวัย อาชีพ พื้นที่ ตลอดจนความแตกต่างอย่างเท่าเทียม

5) กลยุทธ์การใช้มาตรการทางสังคม (Social Measure Strategy)

- ยึดพระราชกระแส เข้าใจ เข้าถึง พัฒนาเป็นหลักในการดำเนินงาน
- บังคับใช้กฎหมายเพื่อการคุ้มครองสิทธิของประชาชนและให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

- ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายด้วยวิธีการและสื่อที่เข้าถึงง่ายต่อการรับรู้ (digest)

- ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของรัฐและท้องถิ่นมีความรู้ ความเข้าใจและนำกฎหมายไปใช้อย่างถูกต้อง

- รมรงค์ให้เกิดวัฒนธรรมที่ดีในสังคมให้เกิดแบบอย่างเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6) กลยุทธ์การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้ (Knowledge and Learning Strategy)

- ดำเนินการบนระบบฐานความรู้และการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
- สร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้สร้างสรรค์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- ส่งเสริมและสนับสนุนชุมชนและท้องถิ่น ในการสร้างองค์ความรู้โดยผสมผสานเทคโนโลยี องค์ความรู้สมัยใหม่กับภูมิปัญญาท้องถิ่น

- สร้างเครือข่ายความร่วมมือ ภาคราชการ เอกชนเพื่อพัฒนาและถ่ายทอดนวัตกรรมองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่นำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมและคุ้มค่า

- พัฒนาระบบให้บริการทางวิชาการ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลและเกิดการเรียนรู้อย่างทั่วถึงในทุกระดับ

7) กลยุทธ์การบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จ (Result Based Management Strategy)

- พัฒนาและยกระดับการจัดการให้ทันสมัยรวดเร็วคล่องตัว ประหยัด มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดประสิทธิผล สามารถทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงศักยภาพของทุกฝ่ายในสังคม บูรณาการการดำเนินงานเข้าด้วยกัน โดยมีภาครัฐเป็นแกนกลางให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่และอย่างมีเอกภาพโดยยึดหลักธรรมาภิบาล

1.4 เกณฑ์การประเมินในระดับหมู่บ้าน

หมู่บ้านแข็งแรง หมายถึง หมู่บ้านนั้นต้องมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด > 90 % ของตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน 7 ตัวชี้วัด ฉะนั้นจะต้องมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 7 ตัวชี้วัด (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ดังนี้

1. ร้อยละ 60 ของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30 นาที
2. ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้มาตรฐานท้องถิ่น
3. ร้อยละ 55 ของผู้ที่มีอายุ 10- 24 ปีเป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE
4. ร้อยละ > 50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน
5. ร้อยละ 80 ของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
6. ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวานตามมาตรฐาน
7. ร้อยละ 100 ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ปั๊กว่า 18 ปี

1.5 กระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดี

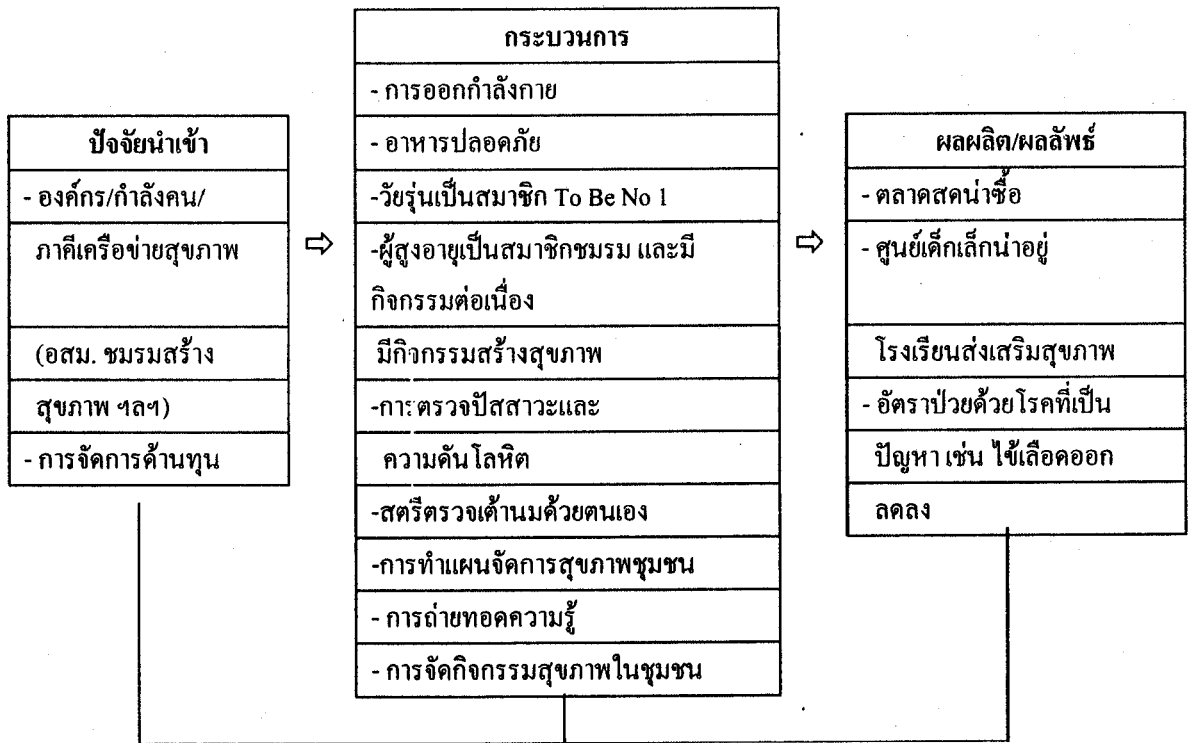
แนวคิดการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเมืองไทยสุขภาพดีเป็นการบูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ ของงานส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร การพัฒนาด้านอารมณ์ การป้องกันและควบคุมโรค และการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นภาพของการพัฒนาในเชิงรุกที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การที่จะทำให้บรรลุเมืองไทยสุขภาพดีได้นั้นควรเริ่มต้นจากระดับหมู่บ้าน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายไว้ร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ การบรรลุหมู่บ้านสุขภาพดี นำไปสู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด และเมืองไทยสุขภาพดี ตามลำดับ ดังนั้นความสำคัญของกระบวนการพัฒนาที่จะนำไปสู่เป้าหมาย จึงอยู่ที่การจัดการในระดับหมู่บ้าน หรือ อาจกล่าวได้ว่า หมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาพอย่างดี นำไปสู่หมู่บ้านสร้างสุขภาพ และสู่เป้าหมายการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

กระบวนการพัฒนา เพื่อให้เกิดหมู่บ้านสุขภาพดีนั้น หากพิจารณาตามแนวคิดของกระบวนการบริหาร อาจแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การพัฒนาปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ องค์กร/กำลังคน/ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และ การจัดการด้านทุนของชุมชน

ส่วนที่ 2 การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน (process) ได้แก่ กระบวนการที่ชุมชนสามารถจัด กิจกรรมการสร้างสุขภาพในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย การส่งเสริมให้วัยรุ่นเป็นสมาชิก To Be Number One ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม และมีกิจกรรมการสร้างสุขภาพ การตรวจปีสสาวะและความดันโลหิต สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ ชุมชนจะต้องมีการทำแผนการจัดการสุขภาพชุมชน การถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมาย และการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชนเอง

ส่วนที่ 3 การพัฒนาผลผลิต/ผลลัพธ์ (output/outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการจัดกิจกรรมของชุมชน เช่น ตลาดสดน่าซื้อ ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการลดอัตราป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนและประเทศ เช่น ไข้เลือดออก



ภาพที่ 2.1 กระบวนการทำให้เกิดหมู่บ้านสุขภาพดี

การดำเนินงานทำให้เกิดหมู่บ้านสุขภาพดีที่สำคัญอย่างน้อย 3 ขั้นตอนประกอบด้วย **ขั้นที่ 1** การส่งเสริมให้เกิด “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ”

1.1 การพัฒนาศักยภาพองค์กร/กำลังคน/ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ที่สำคัญ ได้แก่ อสม. ชมรมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำ/องค์กรชุมชนในหมู่บ้าน คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ฯลฯ ให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน

1.2 การจัดการด้านทุน โดยส่งเสริมสนับสนุนให้มีการระดมทุนทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพของชุมชน โดยอาจจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพของหมู่บ้าน เป็นต้น

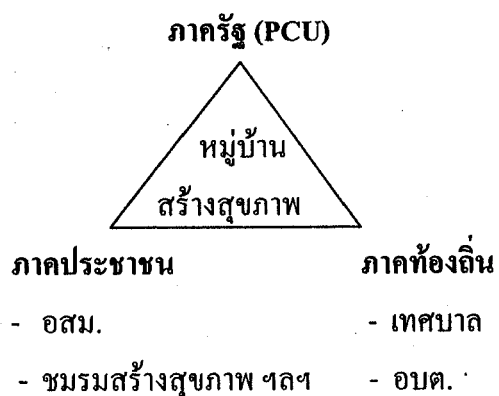
1.3 การจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน โดยชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ องค์กรปกครองท้องถิ่น จัดให้มีกระบวนการทำแผนปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน

1.4 การถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน โดยจัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นแหล่งการเรียนรู้ของชุมชน

1.5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จัดกิจกรรมการสร้างสุขภาพในชุมชน

ขั้นที่ 2 การพัฒนาให้เกิด “หมู่บ้านสร้างสุขภาพ”

เป็นการพัฒนาต่อยอดจากหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยบูรณาการการทำงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ที่สำคัญ คือ หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (PCU) และหน่วยงานภาคท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยคัดเลือก หมู่บ้านจัดการสุขภาพ และพัฒนาให้เป็นหมู่บ้านสร้างสุขภาพ อำเภอละ 1 หมู่บ้าน เพื่อพัฒนาต่อไปเป็นหมู่บ้านตัวอย่าง เมืองไทยสุขภาพดี ความเชื่อมโยงดังแผนภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 การพัฒนาให้เกิดหมู่บ้านสร้างสุขภาพ

การดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพมีขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่

2.1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร/ กำลังคน/ภาคีเครือข่ายสุขภาพ
ได้แก่

-การเสริมสร้างความเข้มแข็งของอสม.ให้สามารถถ่ายทอดความรู้สู่
ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

-การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมสร้างสุขภาพ ให้มีกิจกรรมอย่าง
ต่อเนื่อง โดยให้มือน้อย 1 ชมรม

2.2 การพัฒนาต้นทุน

- มีการระดมทุนจากชุมชนและแหล่งต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น มา
ใช้ในกิจกรรมสร้างสุขภาพ และจัดบริการสุขภาพที่ ศสมช.

2.3 การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน

- ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนจัดการ
สุขภาพของชุมชน

2.4 การถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน

- ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกระบวนการถ่ายทอดความรู้ และข้อมูลข่าวสาร
ด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชน อย่างต่อเนื่อง

2.5 การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน

- ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและแก้ไข
ปัญหาที่สำคัญ ในด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ปลอดภัย
และมีคุณภาพ การป้องกันและควบคุมโรค

- ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครบถ้วน
ทุกคน

- ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีระดับ
สถานะสุขภาพดีขึ้น

- พัฒนาศสมช.ให้สามารถให้บริการแก่ประชาชน ได้อย่างต่อเนื่อง และ
สม่ำเสมอ

- พัฒนาสถานีอนามัย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ให้ได้มาตรฐาน
สามารถให้บริการและส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 3 การบรรลุเป้าหมาย “หมู่บ้านสุขภาพดี”

เมื่อหมู่บ้านผ่านขั้นตอนของการเป็น หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หรือ หมู่บ้านสร้างสุขภาพ แล้ว ก็มีความเข้มแข็ง ทั้งด้าน โครงสร้างพื้นฐาน และกระบวนการบริหารจัดการ สามารถที่จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “หมู่บ้านสุขภาพดี” ได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล ได้แก่ สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (PCU) เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ โรงเรียนในตำบล กลุ่ม/ชมรม/องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

- การเตรียมความพร้อมขององค์กร กำลังคน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยการชี้แจงทำความเข้าใจให้รับทราบนโยบาย
- การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ
- การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ตามตัวชี้วัด และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไข ปัญหา
- การถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการสร้างสุขภาพแก่กลุ่ม/องค์กร ภาคีเครือข่ายสุขภาพ และประชาชน
- การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแผนปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

1.6 การดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงของอำเภอกันตัง

การดำเนินงาน โครงการคนกันตังแข็งแรงสู่เมืองไทยแข็งแรง ในปีงบประมาณ 2549 และ ปีงบประมาณ 2550 พบว่าผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ส่วนโครงการสานใจคนกันตัง แข็งแรงสู่เมืองไทยแข็งแรงมีความมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความชัดเจนในเรื่องการบริหารจัดการระดับพื้นที่มีข้อจำกัดในการประสานงานระดมความคิดเห็นและแสวงหาความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน การแสวงและพัฒนาความร่วมมือทุกภาคส่วนแบบบูรณาการสู่การพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน โดยการระดมความคิดเห็นจากสมาชิกเครือข่ายสุขภาพในระดับตำบล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งสมาชิกเครือข่ายที่เข้าร่วมประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้าน รวมทั้งหมด 520 คน

โครงการสานใจคนกันตังแข็งแรง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้ระดมความคิดเห็นจากเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนทราบถึงความสำคัญ ประโยชน์และกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจปรับกระบวนการทัศน์โดย

เวทีสุขภาพให้เกิดความร่วมมือสู่แบบเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพ การส่งเสริมและป้องกันโรคของประชาชนในชุมชนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยพลังของชุมชนเป็นแกนหลัก

กระบวนการดำเนินโครงการสานใจคนกันตั้งแข็งแรง ของอำเภอกันตั้ง เริ่มต้นด้วยการสานความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายในตำบล แนะนำความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยผู้รับผิดชอบโครงการและทีมวิทยากร ลำดับต่อมาผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันตั้งกล่าวเปิดโครงการและให้นโยบายในด้านการดำเนินงานคนกันตั้งแข็งแรงสู่เมืองไทยแข็งแรง กิจกรรมต่อมาคือการแจ้งข้อมูลสถานะสุขภาพในพื้นที่ให้สมาชิกเครือข่ายทราบและให้สมาชิกเครือข่ายมีส่วนร่วมในการนำเสนอปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของตนเองสรุปเป็นปัญหาสุขภาพของตำบล ดำเนินการระดมสมองจากสมาชิกเครือข่ายสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพดี โดยเชื่อมโยงมาจากปัญหาสุขภาพของตำบล เมื่อสรุปได้แล้ว แบ่งกลุ่มสมาชิกเครือข่ายสุขภาพเพื่อร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการ นำเสนอแผนงานโครงการในที่ประชุมและหาเจ้าภาพในการดำเนินงานของแต่ละตำบลเพื่อไปสู่คนกันตั้งแข็งแรง

ผลการดำเนินงาน โครงการสานใจคนกันตั้งแข็งแรง ของอำเภอกันตั้ง มีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 520 คน ได้แผนงานโครงการด้านการสร้างสุขภาพ 61 โครงการ จาก 13 ตำบล

สรุปการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง เป็นการดำเนินงานที่เริ่มจากครอบครัว ชุมชนในระดับหมู่บ้านเป็นพื้นฐานที่สำคัญภายใต้ความร่วมมือของคนในชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยใช้พื้นฐานที่เป็นการบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สุวิถีชุมชน โดยดึงเอาพลังทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการและภาคประชาชนในพื้นที่ทุกระดับจากชุมชนสู่ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้กระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันและวัฒนธรรมชุมชนในแต่ละพื้นที่ อาจจะสรุปได้ว่าเกิดความสำเร็จของงานเกิดจากความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและองค์กรชุมชนต่างๆที่มีกลุ่มปัจจัยที่สำคัญคือการยอมรับและสนับสนุนความร่วมมือและมีทัศนคติที่ดีต่อกัน ภายใต้ความร่วมมือ การร่วมระดมทรัพยากรวิธีการร่วมมือและการจัดกลไกการประสานงานเพื่อก่อให้เกิดการประสานแผน ทรัพยากรและความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารที่ดี อีกทั้งทุกส่วนมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายใต้ความร่วมมือ โดยเฉพาะการตัดสินใจร่วมกัน การวางแผนปฏิบัติ การสนับสนุนทรัพยากรและการร่วมกันติดตามประเมินผล โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือการส่งเสริมศักยภาพและความร่วมมือกับชุมชนในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนในการดำเนินการ โครงการเมืองไทยแข็งแรง

2. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง

ในการดำเนินโครงการเมืองไทยแข็งแรงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้นการเตรียมงานหรือพัฒนาทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบุคคลในชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาองค์กรชุมชน องค์กรชุมชนจะเข้มแข็งไม่ได้หากผู้นำและประชาชนขาดจิตสำนึก ขาดความรู้ ความเข้าใจในการกำหนดประเด็นปัญหา ดังนั้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลจึงเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จของการพัฒนาในระดับชุมชน ในการที่จะดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงให้ประสบความสำเร็จสมาชิกเครือข่ายด้านสุขภาพซึ่งเป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชนควรมีลักษณะดังนี้

2.1 ลักษณะของผู้นำชุมชนที่ดีในการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ 2544)

1. เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นำเสนอทางเลือกในการพัฒนาได้
2. มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแนวทางแก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยสามารถบูรณาการไปสู่การปฏิบัติได้
3. มีความสามารถในการจดจำ ใฝ่รู้และสามารถพูดชักจูงคนอื่น นำเสนอทางเลือก
4. มีความสามารถในการบริหารจัดการและประสานงานกับผู้อื่น
5. เป็นผู้ที่มีความตั้งใจจริง แสดงความเสียสละเพื่อส่วนรวม ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น
6. ได้รับการยอมรับจากชาวบ้าน
7. มีอุดมการณ์เชื่อมั่นและยึดในหลักการ

2.2 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

การสร้างบุคคลที่เป็นผู้นำแล้วยังสร้างบุคคลให้มีความรับผิดชอบและมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของสังคม การพัฒนาทรัพยากรบุคคลในชุมชน ควรมีการดำเนินการดังนี้ค้นหา ทรัพยากรบุคคลผู้มีความรู้ ความสามารถ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ผู้นำกลุ่มอาสาสมัคร เนื้อหาสาระที่จะถ่ายทอดแก่บุคคลในชุมชนนั้นต้องเป็นเนื้อหาสาระที่ครอบคลุม (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ 2544)

1. สภาพชุมชน ได้แก่ความเป็นมาการเปลี่ยนแปลงของชุมชน สภาพปัญหาของชุมชน

2. วิธีของชุมชน ได้แก่ วิธีการจัดการกับการขัดแย้งของชุมชน แนวคิดในการพึ่งพาตนเองของชุมชน การอยู่ร่วมกันฉันท์พี่น้อง

3. ความรู้ความเชี่ยวชาญด้านอาชีพเพื่อการดำรงชีวิต อาชีพที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งวิธีการความสามารถในการแสวงหาความรู้ การประสานทรัพยากร

4. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและคุณภาพชีวิต เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีวิธีในการดูแลรักษาตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรค

5. ส่งเสริมอุดมการณ์และวัฒนธรรมชุมชน เพื่อให้การอยู่ร่วมกันของชุมชนมีพลัง ผลักดันที่ดีและแต่ละชุมชนก็มีทุนทางวัฒนธรรมอยู่แล้ว นอกจากนี้ค่านิยมที่ดีที่มีอยู่ก็เป็นรากฐานของการประพฤติเพื่อความดีงามวิธีการถ่ายทอดความรู้ การถ่ายทอดความรู้ของคนในแต่ละชุมชนจะแปรผันไปตามบทบาทขององค์กรทางสังคม

2.3 การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ในกระบวนการถ่ายทอดความรู้ สามารถพัฒนาคนให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตในสังคม การจัดเครือข่ายการดำเนินกิจกรรมพัฒนาที่ประกอบด้วยผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ ภูมิปัญญา พื้นบ้าน ร่วมกันประสานแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยประชาชนในชุมชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ เป็นกระบวนการอันเป็นหัวใจหลักของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในชุมชนการกำหนดและวางกรอบประเด็นปัญหาโดยชุมชน เป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ไปด้วยการพัฒนาทางเลือกในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา ทั้งนี้เพราะการพัฒนาทางเลือกร่วมกันย่อมนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมร่วมกัน มีกระบวนการ คือ กระบวนการศึกษาและวิเคราะห์ชุมชนดังนี้ (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ 2544)

กระบวนการศึกษาและวิเคราะห์ชุมชน

1. ให้ครอบครัวผู้นำชุมชนกลุ่มต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาของตนเอง และพิจารณาปัญหาของผู้อื่นร่วมกันทั้งชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงของสภาพปัญหา

2. ศึกษาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อค้นหาผู้ที่มีความคิดริเริ่ม ผู้มีความรู้ความสามารถในการประสานงาน

3. ศึกษาว่าในพื้นที่มีอะไรที่เป็นความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ ศึกษาถึงวัฒนธรรมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อของแต่ละท้องถิ่น สภาพทางภูมิศาสตร์ตลอดจนวิถีชีวิต

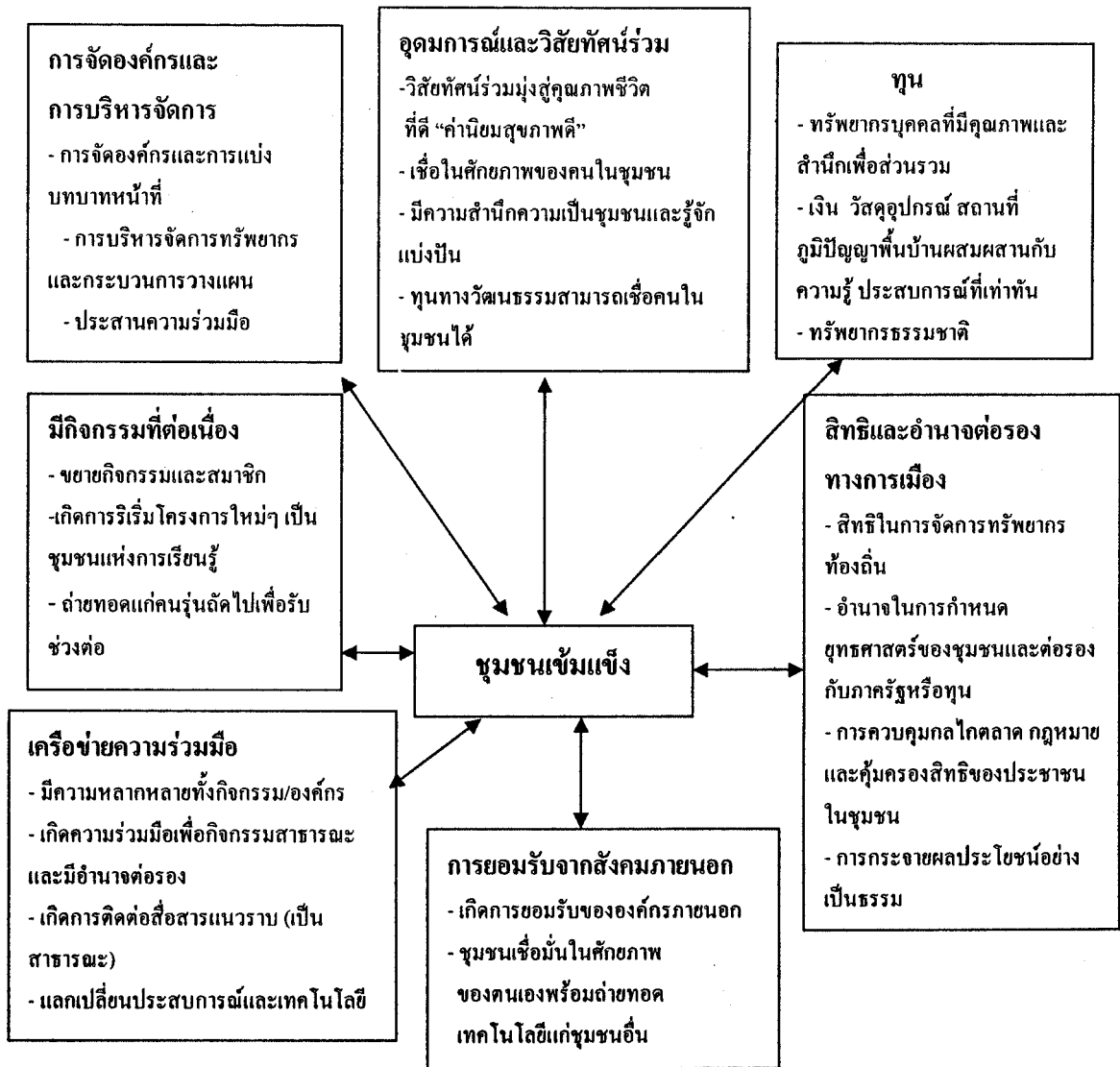
4. ศึกษาทุนที่เป็นเงิน วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ ทรัพยากรธรรมชาติ และปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนวิเคราะห์ได้ถึงสาเหตุหลัก สาเหตุรอง สามารถจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาความสามารถของตนเอง อันนำไปสู่การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาทางเลือกเพื่อดำเนินกิจกรรม เป็นการนำข้อมูลออกจากการศึกษาวิเคราะห์มาสู่การ

สนทนาเปิด โอกาสให้ทุกคนได้นำเสนอทัศนะของตนเองต่อปัญหา และแนวทางการแก้ไขซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการทำงานร่วมกันของคนในชุมชน ในการพัฒนาทางเลือก เป้าหมายหลักคือให้ชุมชนสามารถขยายความรู้ในการแก้ไขปัญหา สามารถคาดสถานการณ์ ล่วงหน้าถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

เครือข่ายความร่วมมือความเข้มแข็งของชุมชนจำเป็นต้องประสานความร่วมมือกันทั้งสังคม เพราะสภาพปัญหาและการพัฒนาต่าง ๆ ล้วนกระทบต่อชุมชน ชุมชนต้องเปิดตัวเองเข้าสู่การแลกเปลี่ยนกับสังคมภายนอก และสร้างขบวนการให้เข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมือง และนโยบายเพื่อส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น

ตัวชี้วัดงานพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนมีดังนี้ (ธีระพงษ์ แก้วหาวยษ์ 2544)

1. มีการนำมิติด้านวัฒนธรรมมาผสมผสานในการทำกิจกรรม เพราะการมีรากฐานทางวัฒนธรรมจะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวให้สามารถสร้างองค์กรชุมชนที่มีคุณภาพได้
 2. มีประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อปัญหา
 3. มีการจัดกลุ่มในชุมชน
 4. มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้
 5. มีผู้นำที่ได้รับการยอมรับจากชุมชน
 6. มีการกระจายผลประโยชน์แก่สมาชิกอย่างยุติธรรม
- องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนสามารถสรุปได้ตามภาพ
องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชน



ภาพที่ 2.3 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชน
 ที่มา: ชีระพงษ์ แก้วหาญษ์ (2544) กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง พิมพ์ครั้งที่ 8 ขอนแก่น
 โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา หน้า 62

แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 มีแนวคิดที่มุ่งเน้นสร้างสุขภาพ และระบบสุขภาพต้องสอดคล้องและเชื่อมโยงกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขการมีหลักประกันสุขภาพมีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการ ความต้องการภาคประชาชนที่ต้องการมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพในชุมชน คือ กลไกการจัดการด้านสุขภาพโดยภาคประชาชนเป็นกระบวนการทำงานที่ชุมชนต้องคิด ตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการ และวัดผลสำเร็จของตนเอง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2550)

ในการดำเนินงานโครงการสานใจคนกันตั้งแข็งแรง การจัดเตรียมคนในชุมชนให้มีการพัฒนาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา เสริมสร้างเพื่อให้เกิดเป็นเครือข่ายชุมชนที่มีความเข้มแข็งและให้ภาคประชาชนเข้ามาดูแลสุขภาพ คนในชุมชนด้วยกันเองมีการเรียนรู้และ การจัดการ โดยใช้กลไกการจัดการด้านสุขภาพโดยภาค ประชาชนเป็นกระบวนการทำงานที่ชุมชนต้องคิดตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการ และวัดผลสำเร็จของ ตนเอง

3. แนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment)

การเสริมพลัง (Empowerment) เป็นคำกล่าวถึงมากในกระบวนการดำเนินงานด้านการ สร้างเสริมสุขภาพชุมชน การเสริมพลังเป็นได้ทั้งกระบวนการ (Means) และเป้าหมาย (Ends)ของเขตครอบคลุมทั้งด้านจิตสังคม (Psychosocial) การเมือง(Political) และจริยธรรม (Ethical) การเสริมพลังเป็นกระบวนการการพัฒนาศักยภาพของบุคคล องค์กรและชุมชนให้ สามารถจัดการแก้ไขปัญหาของตน โดยการร่วมมือกันทำกิจกรรม ระดมทรัพยากรในการดำเนินงาน และควบคุมสิ่งต่างๆเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนอยู่อาศัย การเสริมพลัง เน้นการเรียนรู้ที่ช่วยเพิ่มความเชื่อความสามารถและทักษะที่จำเป็น ในการแก้ไขปัญหา การให้ ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการระบุปัญหา กำหนดวิธีการแก้ไขลงมือปฏิบัติและประเมินผลการ ดำเนินงานแก้ไขปัญหาของชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุขจะปรับบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุน ความหมายของการเสริมพลังมีมิติที่แตกต่างกันตามการใช้ของแต่ละกลุ่มบุคคลหรือบริบทที่ แตกต่างกัน

3.1 ความหมายของการเสริมพลัง

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (อ่างใน วรวรรณ ใหญ่มาก,2548:17) ได้สรุปเป็นหลักการ และคุณค่าที่สำคัญของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้กล่าวไว้ว่า การเสริมพลัง (Empowerment) หมายถึง การเพิ่มศักยภาพหรือความสามารถของปัจเจกบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่ กำหนดสถานะสุขภาพตนเอง

เกลน ลาเวอแรกซ์ (Glenn Larverack ,2004 อ่างใน วรวรรณ ใหญ่มาก,2548:17) กล่าวว่า การเสริมพลังหมายถึงความสามารถของบุคคลหรือสังคมกลุ่มหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการ ดำเนินการหรือตัดสินใจของบุคคลหรือสังคมอีกกลุ่มหนึ่งเป็นความสามารถในทางเลือก (Choice) ตั้งแต่เรื่องเล็กน้อยไปจนถึงความสามารถในการตัดสินใจ (Making decision) เป็นระบบคุณค่าและ

เป็นกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนนำศักยภาพของตนเองและภูมิปัญญาของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชน

บัม (Baum , 2002: 325 อ้างใน วรวรรณ ใหญ่มาก,2548:17) สรุปนิยามของการเสริมพลังว่าหมายถึงความสามารถของประชาชนในการทำความเข้าใจและควบคุมปัจจัยด้านตนเอง สังคม เศรษฐกิจและการเมือง เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของชีวิตให้ดีขึ้น

วอลเลนสตรีนและเบรินสตรีน (Wallerstrin& Bemstein 1988 : 379 – 394 อ้างใน วรวรรณ ใหญ่มาก,2548:17) กล่าวว่า การเสริมพลังเป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กรและชุมชนมีความเป็นตัวของตัวเองสามารถควบคุมตนเองมีความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตตนเอง ชุมชนและสังคมได้ การสร้างพลังจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำร่วมกับผู้อื่นในสังคม เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่พึงปรารถนา ไม่ใช่พลังที่จะบังคับหรือครอบงำผู้อื่น แนวคิดการสร้างพลังจะเน้นการเปลี่ยนแปลงทั้งในบุคคล และส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่มิได้เน้นเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล เท่านั้นแต่ต้องมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงระดับสังคมด้วยสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก

โดยสรุปการเสริมพลังเป็นได้ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ของการพัฒนา ศักยภาพบุคคล องค์กรหรือชุมชน เป็นความสามารถในการร่วมกันระบุนิยามของตน วิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ญาณ การมองภาพสังคมที่ควรจะเป็น พัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขอุปสรรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ส่งเสริมให้เกิดพลัง(Empowerment) ในตน และในกลุ่มเกิดเครือข่ายกระบวนการเรียนรู้เพื่อการควบคุม และร่วมมือกันแก้ไขเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสังคม พบว่า ชุมชนมักมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา พบว่าบางครั้งบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือชีวิตของตนได้ โดยลำพังเพราะขาดความร่วมมือและการสนับสนุนจากชุมชนหรือขาดการเห็นพ้องจากกลุ่มบุคคลในสังคม โอกาสแห่งความสำเร็จจึงเป็นไปได้ยาก จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันของบุคคลและชุมชน องค์การอนามัยโลก (WHO 1991) ได้ระบุว่า “ เป้าหมายสุดท้ายของกลวิธีการดูแลตนเองคือการเสริมพลังให้ประชาชนสามารถกำหนดหรือจัดการสุขภาพของตนเองได้ “ จึงพบว่าแนวคิดการเสริมพลังได้ถูกนำมาใช้ทั้งในสถานพยาบาล โรงเรียน และชุมชน

3.2 การเสริมพลังชุมชน

การเสริมพลังชุมชน(Community Empowerment)เป็นระบบคุณค่าและเป็นกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนนำศักยภาพของตนเองและภูมิปัญญาของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชน

นิตยา เพ็ญศิริรักษา(2547:8-12 อ้างใน วรวรรณ ใหญ่มาก,2548:20) สรุปความหมายของการเสริมพลังชุมชนว่าเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพของบุคคล องค์กรและชุมชนให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาของตน โดยการร่วมมือทำกิจกรรม ระดมทรัพยากรในการดำเนินงานและควบคุมสิ่งต่างๆเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่

ในกระบวนการเสริมพลังชุมชน การเตรียมประชากรสำหรับกิจกรรมสุขภาพในชุมชนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากกว่า การทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อให้เกิดกิจกรรมสุขภาพในชุมชนได้จริง บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ต้องพัฒนาความสัมพันธ์กับประชาชนในเชิงบวก ทั้งนี้เพื่อเอื้ออำนวยและเป็นช่องทางให้ประชาชนได้เข้าร่วมกิจกรรม

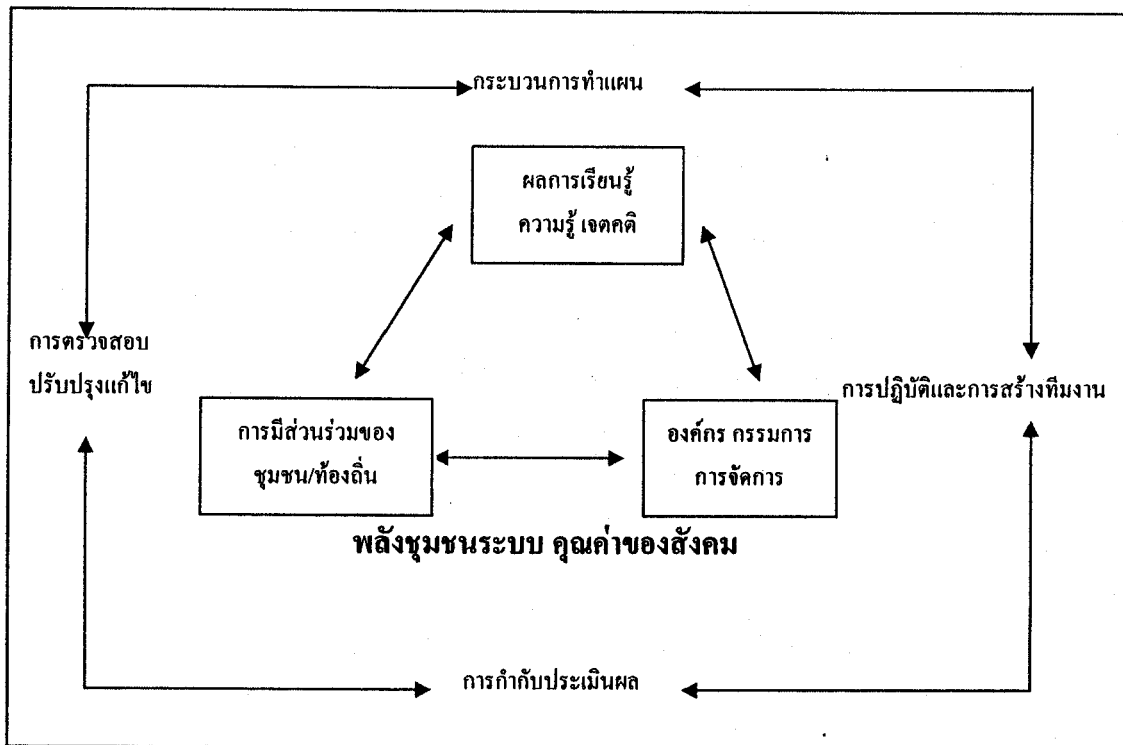
การเสริมพลังชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาชุมชน ไม่เพียงก่อให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเท่านั้น ยังต้องการการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างต่อเนื่องในการร่วมคิดร่วมทำ และพัฒนาชุมชน เกิดพลังการจัดการเกิดองค์กรชุมชนขึ้น ด้วยความสมัครใจ มีการจัดการที่โดยสมาชิกชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการกันเองเป็นเสมือนสัญญาประชาคมในการแสดงพลังชุมชนเป็นศูนย์กลางการประสานงานทั้งภายในชุมชนและเครือข่ายภายนอกชุมชน อีกทั้งยังเป็นองค์กรชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชนที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

พนัส พุทธิสุนันท์ (2547:60-62 อ้างใน วรวรรณ ใหญ่มาก,2548:20) สรุปไว้ในพลังชุมชน เทคนิคสำหรับวิทยกรว่าการเสริมพลังชุมชนให้เข้มแข็งและการเตรียมประชาชนให้มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง และสานต่อเป็นเครือข่ายของความร่วมมือภาครัฐต้องปรับทิศทาง วิถีคิดวิถีการทำงานครั้งใหญ่ รวมถึงการปรับกระบวนการเรียนรู้ในการนำการเปลี่ยนแปลงกระตุ้นและเชื่อมประสานให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตนเอง เป็นการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ในการรวมกลุ่มพลังเพื่อสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนเป็นระบบคุณค่าของสังคมทำให้ประชาชนหรือองค์กรชุมชนสามารถรวมตัวกันทำงานเป็นทีมมีความสามัคคีเป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งสามารถระดมทรัพยากร เสริมการพัฒนาชุมชน สิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต

ในการดำเนินการพัฒนาเมืองน่าอยู่และชุมชนน่าอยู่ให้มีประสิทธิภาพได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ประชาชนได้ร่วมคิดร่วมทำร่วมติดตามประเมินผล ร่วมรับผิดชอบในความสำเร็จ และความล้มเหลวของการพัฒนา ทำให้ประชาชนหรือชุมชนได้มีโอกาสเรียนรู้ปัญหาจากการร่วมมือทำงาน โดยการทำงานแบบพึ่งพาตนเองเป็นหลัก ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมคือชุมชนจะต้องระบุปัญหาและความต้องการของชุมชน จัดลำดับของปัญหาที่จะต้อง

ดำเนินการก่อน หลังมีการสร้างวิสัยทัศน์ของชุมชน เกี่ยวกับการพัฒนาเมืองนำอยู่แล้ว จึงร่วมกันจัดทำโครงการ/แผนงานเพื่อการพัฒนาและมีการติดตามประเมินผล โดยชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

หัวใจของการเสริมพลังชุมชนคือกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและวิทยากร ร่วมเรียนรู้ด้วยกัน ก่อให้เกิดผลการเรียนรู้ 3 ด้านคือด้านความรู้ เจตคติและเกิดทักษะในการพัฒนาชุมชน และเกิดโครงสร้างใหม่ในสังคม หรือชุมชน เพื่อการจัดการประกอบด้วย วงจรการวางแผนปฏิบัติ การกำกับ ประเมินผลและการตรวจสอบปรับปรุงแก้ไข มุ่งสู่เป้าหมายเป็นเมืองนำอยู่ ชุมชนนำอยู่ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และมีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น ไป



ภาพที่ 2.4 องค์ประกอบของพลังชุมชนของ พันธ์ พุกฤษ์สุนันท์และคณะ

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า การส่งเสริมบทบาทของคนไทยทุกคน ทุกเพศทุกวัย เรียนรู้การพึ่งตนเองและการเสริมพลังชุมชนให้เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ในทุกระดับจะนำไปสู่การบูรณาการและการสร้างความสมดุลของการพัฒนาระดับบุคคล เชื่อมโยงถึงการมีครอบครัวอบอุ่น สร้างกลุ่มหรือองค์กรให้มีพลังเข้มแข็งเพื่อการพัฒนาชุมชน สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนและประเทศชาติมั่นคง

3.3 การเสริมพลังชุมชนในบริบทสังคมไทย

หัวใจของการเสริมพลัง คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย ต่อการพัฒนาชุมชนหรือการแก้ไขปัญหาของชุมชนเกิดผลของการเรียนรู้คือพลังความรู้ การตัดสินใจและความสามารถในการพัฒนาชุมชนหรือสังคมอย่างยั่งยืนและกระทบผลประโยชน์อย่างเป็นระบบ โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางมีหลักสำคัญดังนี้ (พันธ์ พฤษย์สุนันท์และคณะ : 2547 อ้างใน วรวรรณ ไหญ่มา, 2548:24)

1. รวมพลังใจการที่จะขับเคลื่อนกิจกรรมทางสังคมด้านใดก็ตามขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญคือการรวมตัวเพื่อรวมพลังใจเป็นการสร้างเสริมใจซึ่งกันและกันเกิดความรัก ความสามัคคี ความเอื้ออาทรมีความสนใจและมีวัตถุประสงค์ร่วมกันทำให้เกิดจิตสำนึกในการแก้ไขหรือพัฒนาท้องถิ่น การรวมกันรวมใจ เป็นการส่งเสริมให้เกิดประชาคมหรือเวทีประชาคมโดยใช้ประเด็นที่ชุมชนสนใจมาเป็นเครื่องมือในการรวมคนสิ่งที่สำคัญ คือการค้นหาผู้นำที่มีจิตวิญญาณ มีอุดมการณ์ต่อสถานการณ์หรือประเด็นต่างๆที่ชุมชนสนใจให้ได้โดยการเสนอตน ตามความสมัครใจหรือให้ชุมชนเป็นผู้เสนอ ผู้นำเหล่านี้ มักเป็นผู้นำตามธรรมชาติ เป็นผู้ที่มีความซื่อสัตย์ เสียสละ อดทน อดกลั้น จิตใจอาสาสมัคร อาจเป็นพระภิกษุ หมอพื้นบ้าน นักพัฒนา และข้าราชการยุคใหม่ ฯลฯ หากเราสามารถรวมพลังใจของผู้นำเหล่านี้ได้จะทำให้ได้คนที่มีคุณภาพ มีพลังและรวมตัวกันอย่างยั่งยืนซึ่งจะส่งผลให้การทำงานในขั้นต่อไปประสบความสำเร็จ

2. การระดมพลังความคิดเมื่อรวมคนได้แล้วขั้นต่อไปคือ การร่วมคิด โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และ โอกาสอย่างรอบด้าน รวมทั้งการกำหนดแนวทางวิธีการและแผนงานในการแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาชุมชนอย่างเป็นระบบ สร้างสรรค์และยั่งยืน

3. ก่อเกิดพลังการจัดการ ขั้นตอนนี้จะเกิดการร่วมทำ ดำเนินงานตามแนวทางวิธีการและแผนงานที่กำหนดในขั้นตอนที่ 2 สิ่งที่ต้องทำในขั้นตอนนี้คือการจัดระบบการบริหารจัดการที่ดีเช่น การแบ่งบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของภาคี การพัฒนาต่างๆอย่างเหมาะสม มีความเคารพนับถือและให้การยอมรับความรู้สึก ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความจริงใจต่อกัน มีความเอื้ออาทร และความหวังดีระหว่างสมาชิก ย่อมทำให้เกิดการดำเนินงานราบรื่นและมีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพ

4. สร้างพลังภูมิปัญญา การขับเคลื่อนกิจกรรมการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาสังคมใดๆก็ตามสิ่งที่ขาดเสียมิได้ก็คือ การสรุปบทเรียนร่วมกันเป็นการติดตามประเมินผลโดยเริ่มต้นจากการประเมินผลตนเองและประเมินผลงานผ่านกระบวนการกลุ่มและเครือข่ายการเรียนรู้ทำให้เกิด

การเชื่อมต่อ ทักษะ องค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆนำไปสู่การเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และเป็นชุมชนที่มีพลังมากขึ้นเรื่อยๆ

5.สร้างพลังปิติขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการคือ การรับผลจากการกระทำเป็นการสร้าง พลังปิติ โดยการยกย่อง ชื่นชม ให้กำลังใจแก่คนที่มีความตั้งใจและเสียสละให้กับชุมชนและสังคมทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมีความสุขจากการทำงานร่วมกัน ส่วนปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการกระทำ ถือว่าเป็นบทเรียนที่ต้องนำมาปรับปรุงพัฒนาไม่ให้เกิดขึ้นอีก

6. สร้างภาพลักษณ์ เป็นการประชาสัมพันธ์เผยแพร่องค์ความรู้ผ่านสื่อต่างๆไปสู่องค์กรชุมชนอื่นๆ เช่นถ้าเป็นองค์ความรู้ด้านเศรษฐกิจ การประชาสัมพันธ์จะช่วยเพิ่มช่องทางการตลาด สร้างรายได้เพิ่มหากเป็นองค์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่น การประชาสัมพันธ์จะเป็นการยกย่องเชิดชูเกียรติแก่ผู้ประกอบการต่างๆที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ เป็นต้น

จากการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นการดำเนินงานจากแนวคิดการเสริมพลังชุมชนในการสร้างสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดกระบวนการเรียนรู้ตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กร ชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำและสนับสนุนองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพทั้งในระดับบุคคล ไปจนถึงชุมชน ส่งเสริมให้มีการบริหารจัดการภายในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยสมาชิกในชุมชน มีระบบสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากสมาชิกในชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ส่งผลให้ชุมชนมีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยมีความสนใจอยากจะศึกษาในเรื่องความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานที่ผ่านมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงให้มีความยั่งยืนและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

4. แนวคิดที่เกี่ยวกับความคิดเห็นและการวัดความคิดเห็น

4.1 ความหมายของความคิดเห็น

ความคิดเห็น (Opinion) กับทัศนคติ (Attitude) เป็นคำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน มักจะถูกใช้แทนกันบ่อย ทัศนคติ หมายถึง ความพยายามที่จะทำ (Intention to Act) ซึ่งจะเกี่ยวกับอุปนิสัยและพฤติกรรม (Habit And Behavior) ส่วนความคิดเห็นเป็นเพียงคำพูด และความหมาย (Verbal and Symbol) แต่ทุกคราวที่พูดถึงการทดสอบทัศนคติ มักจะเอ่ยถึงความคิดเห็นด้วย

ความคิดเห็นจะมีอยู่ในแต่ละตัวบุคคล ซึ่งเมื่อบุคคลนั้นเจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะทางความคิดแล้ว ก็จะกล้าที่จะแสดงออกซึ่งความคิดเห็นให้กับผู้อื่นได้รับทราบถึงความเชื่อความรู้สึกรู้สึกของตนเอง ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือต่อบุคคลอื่น ซึ่งความคิดเห็นนั้นถือว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่จะสามารถแสดงออกเพื่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับทราบ โดยมีขอบเขตตามที่กฎหมายกำหนดไว้โดยไม่ละเมิดสิทธิของบุคคลอื่น ในด้านการปฏิบัติงานหากมีความคิดเห็นที่ดีและเป็นประโยชน์ก็จะสามารถทำให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จในบางส่วนหนึ่งและเป็นผลดีต่อหน่วยงานหรือองค์กรด้วย

Good (1973 : 339) หมายถึง ความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะหนึ่งอาจเป็นการเข้าหาหรือ หรือต่อต้านสถานการณ์บางอย่างของบุคคลหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และยังได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นว่าเป็นความเชื่อ ความคิดเห็นหรือการลงความเห็นเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่ง ไม่อาจจะบอกได้ว่าเป็นการถูกต้องหรือไม่

Kolasa (1969 : 386) กล่าวว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกของแต่ละคนในอันที่จะพิจารณาถึงข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือเป็นการประเมินผล (Evaluation) สิ่งใดสิ่งหนึ่งจากสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ส่วนทัศนคตินั้นกล่าวว่าเป็นความโน้มเอียงในการแสดงออกของบุคคลอื่น ๆ ตามสถานที่สภาพแวดล้อม ไม่ว่าจะไปในทางบวกหรือทางลบก็ตาม

New Webster's Century Dictionary (1974) ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง การตัดสินใจ คำวิจารณ์ความคิดเห็น หรือรูปแบบของการประเมินผลในจิตใจเกี่ยวกับข่าวสาร โดยความเชื่อนั้นจะขึ้นกับประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล หรือความคิดเห็น การแสดงออกทางความคิดเห็น ความสนใจ ความรู้สึก ของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง

Shaw และ Wright (1976: 320) ให้ความหมายว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกซึ่งเป็นการตัดสินใจจากการประเมินค่า (Evaluation judgement) หรือทัศนนะ (Point of view) เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะ และความคิดเห็นย่อมได้รับอิทธิพลของทัศนคติ

เรื่องเวทย์ แสงรัตนา (2522 : 20 อ้างใน ขจร คำเงิน 2546 : 33) กล่าวว่าความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยการพูดหรือเขียน โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม การแสดงความคิดเห็นนี้อาจได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจากคนอื่นก็ได้ความคิดเห็นเป็นส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึกหรือความนึกคิด ที่แสดงออกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ออกมาในรูปทางบวกหรือทางลบก็ได้ มีผู้ให้คำจำกัดความของความคิดเห็นแตกต่างกันไปอีก อาทิ ความคิดเห็นหมายถึง “การรับรู้ความเข้าใจ” ซึ่งเป็นการแสดงออกจากสาเหตุหลายประการที่แวดล้อมตัวบุคคล ซึ่งอาจรวมกัน หรือประกอบกันขึ้นเป็นส่วนหนึ่ง หรือเหตุการณ์ที่สามารถประสพบหรือพบเห็นในลักษณะที่แตกต่างกันอาจเป็นรูปธรรม หรือนามธรรมก็ได้

สงวน สุทธิเสมอคุณ และคณะ (2522 : 67)ทัศนคติ และความคิดเห็นมีความหมายใกล้เคียงกัน มีผู้ให้ความหมายของทัศนคติโดยอ้างถึงความคิดเห็นเป็นส่วนประกอบว่า ทัศนคติหมายถึง สภาพจิตใจ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาปรากฏต่อบุคคล

มาลี สุจิรพัฒน์พงษ์ (2527 : 6 อ้างใน ขจร คำเงิน 2546 : 33) การศึกษาความคิดเห็นมีความสำคัญและมีประโยชน์มาก เพราะทำให้ทราบความต้องการของบุคคลต่าง ๆ ในสังคม สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมของผู้กระทำ ในการปรับปรุงพฤติกรรม ทัศนคติต่อผู้ถูกกระทำให้ดีกว่าเดิม

บุญธรรม กิจปริคาบวิสุทธิ (2531 : 66 อ้างใน ขจร คำเงิน 2546 : 34)ความคิดเห็นเป็นกิริยาท่าทีรวม ๆ ของบุคคลที่เกิดจากความโน้มเอียงของจิตใจ และแสดงออกต่อสิ่งเร้าหนึ่ง ๆ โดยแสดงออกในการสนับสนุน มีความรู้สึกเห็นดีเห็นชอบต่อสิ่งเร้า นั้นหรือ แสดงออกในทางต่อต้าน ซึ่งมีความรู้สึกที่ไม่เห็นดีชอบต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ

ทรงกรด ภูทอง (2545: 6) กล่าวว่าความคิดเห็นหมายถึงความรู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือการแสดงออกซึ่งวิจารณ์ญาณที่มีต่อเรื่องหนึ่ง เป็นเรื่องของจิตใจและเปลี่ยนแปลงไปตามข้อเท็จจริง ความคิดเห็นคล้ายกับทัศนคติแต่เป็นความรู้สึกที่ผิวเผินหรือหยาบกว่าทัศนคติ

ทนงเกียรติ เจริญวงศ์เพชร (2545: 9) กล่าวว่าความคิดเห็น หมายถึง ความรู้สึกและความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แสดงออกด้วยวาจาหรือการเขียน ทั้งนี้ขึ้นกับภูมิหลังทางสังคมความรู้ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ซึ่งบุคคลอื่นอาจไม่เห็นด้วย

ปทานุกรมสังคมวิทยา (ราชบัณฑิต 2532:246) กล่าวว่าความคิดเห็นซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษคำว่าopinionในภาษาอังกฤษ หมายถึง 1) ข้อพิจารณาเห็นว่าเป็นจริงจากการใช้ปัญญา ความคิดประกอบถึงแม้จะไม่ได้อาศัยหลักฐานพิสูจน์ยืนยันเสมอไปก็ตาม 2) ทัศนะหรือประมาณการเกี่ยวกับปัญหาหรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง 3) คำแถลงที่ยอมรับนับถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อปัญหาที่มีผู้นำมาขอปรึกษา

โดยสรุปความคิดเห็นหมายถึง ความรู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือการแสดงออกซึ่งวิจารณ์ญาณที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นเรื่องของจิตใจและเปลี่ยนแปลงไปตามข้อเท็จจริง หรือสถานะการหนึ่ง ๆ ขึ้นกับคุณสมบัติส่วนบุคคลความคิดเห็นคล้ายกับทัศนคติแต่เป็นความรู้สึกที่ผิวเผินหรือหยาบกว่าทัศนคติ

4.2 ความสำคัญของความคิดเห็น

การสำรวจความคิดเห็นเป็นการศึกษาความรู้สึกของบุคคล กลุ่มคนที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่ละคนจะแสดงความเชื่อ และความรู้สึกใด ๆ ออกมาโดยการพูด การเขียน เป็นต้น การสำรวจความคิดเห็นจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายต่างๆ การเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือการเปลี่ยนแปลงระบบงาน ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการสำรวจความคิดเห็นของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง ว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงาน โดยการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมว่าชุมชนมีความคิดเห็นในระดับมาก - น้อย หรือเห็นด้วย - ไม่เห็นด้วยประการใด ทั้งนี้ การสำรวจความคิดเห็นจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานโครงการเมืองไทยแข็งแรงและวางนโยบายต่างๆที่เกี่ยวข้องให้เป็นแนวทางที่ตรงกับความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริงต่อไป

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็น

นอกจากนี้ในการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นนั้น ได้มีผู้เสนอไว้ว่า สิ่งที่มีอิทธิพลที่ทำให้ความคิดเห็นแตกต่างกันประกอบด้วย (ชาติชาย โทสินธิติ 2529: 15อ้างใน ขจร คำเงิน 2546: 34)

1. การอบรมของครอบครัว อิทธิพลของครอบครัวมีมากกว่าปัจจัยอื่น ๆ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันสังคมแห่งแรกของบุคคล
2. กลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้อง บุคคลเมื่ออยู่ในกลุ่มใดหรือสังคมใดก็จะมีความคิดเห็นไปในทางเดียวกันกับกลุ่มและสังคมนั้น ๆ กลุ่มเป็นส่วนผลักดันให้บุคคลมีการเรียนรู้โดยตรง
3. วัฒนธรรมประเพณีบุคคลเมื่อได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและประเพณีใด ๆ ย่อมปฏิบัติตามวัฒนธรรมและประเพณีนั้น ๆ และมักจะมีความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมและประเพณีของตนไปในทางที่ดี
4. การศึกษา ระดับการศึกษามีอิทธิพลมากต่อการแสดงความคิดเห็นเพราะเป็นการจัดประสบการณ์ให้กับบุคคล
5. สื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลมากต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของบุคคล เพราะว่าจะเป็นสื่อในการสร้างความคิดเห็นทั้งด้านบวกและด้านลบได้

4.4 ประเภทของความคิดเห็น

Remmers และ Rumme (1965) ได้กล่าวว่าความคิดเห็นมี 2 ประเภท คือ

1. ความคิดเห็นเชิงบวกสุด-เชิงลบสุด เป็นความคิดเห็นที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ซึ่งสามารถทราบทิศทางได้ ทิศทางบวกสุดได้แก่ ความรักจนหลงบูชา ทิศทางลบสุดได้แก่ รังเกียจมากความคิดเห็นเหล่านี้รุนแรงเปลี่ยนแปลงได้ยาก

2. ความคิดเห็นจากความรู้ความเข้าใจ การมีความคิดต่อสิ่งหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจที่มีต่อสิ่งนั้น เช่นความรู้ความเข้าใจในทางที่ดีชอบ ยอมรับ ความรู้ความเข้าใจในทางที่ดีชอบ ยอมรับ ความรู้ความเข้าใจในทางไม่ดีไม่ชอบรังเกียจ ไม่เห็นด้วย

4.5 วิธีวัดความคิดเห็น

มอร์แกนและคิง (Morgan and King, 1971 : 536, 750) ได้เสนอแนะว่าการที่จะให้ใครแสดงความคิดเห็น ควรถามกันต่อหน้า (face to face) ดีกว่าที่จะให้เขาต้องมาอ่านข้อความหรือเขียนข้อความ ซึ่งแสดงว่าทั้งสองคน เห็นว่าการสัมภาษณ์ หรือการสอบถามจะดีกว่าการตอบแบบสอบถาม และถ้าใช้แบบสอบถามสำหรับวัดความคิดเห็น จะต้องระบุให้ผู้ตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยตามข้อความที่กำหนดการใช้แบบสอบถามสำหรับวัดความคิดเห็น จะต้องระบุให้ผู้ตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความที่กำหนดให้แบบสอบถามประเภทนี้นิยมสร้างตามแนวของลิเคอร์ท ซึ่งแบ่งน้ำหนัก ความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับใจความว่าจะเป็นด้านบวก (positive) หรือด้านลบ (negative) (วิเชียร เกตุสิงห์ 2524 : 94 – 97)

พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2531: 3 อ้างใน ขจร คำเงิน 2546: 35) ได้เขียนในเอกสารบรรยายของคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องการวัดทัศนคติ กล่าวว่า การสร้างมาตรวัดทัศนคติหรือ ความคิดเห็นที่มีอยู่ด้วยหลายวิธี แต่วิธีที่แพร่หลายมี 4 วิธี

1. วิธีของเทอร์สโตน (Thurston's Method) เป็นวิธีสร้างมาตรวัดออกเป็นปริมาณแล้วเปรียบเทียบตำแหน่งของความคิดเห็น หรือทัศนคติไปในทางเดียวกัน และเสมือนว่าเป็น Scale ที่มีช่วงห่างเท่ากัน (Equal – Appearing Intervals)

2. วิธีกัตต์แมน (Cuttman's Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติ หรือความคิดเห็น ในแนวเดียวกันและสามารถจัดอันดับ ข้อความทัศนคติสูง ต่ำ แบบเปรียบเทียบกันและกันได้จากอันดับต่ำสุด ถึงสูงสุดได้ และแสดงถึงการสะสมของข้อแสดงความคิดเห็น

3. วิธีจำแนกแบบ S – D Scale (Semantic Differential Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็น โดยอาศัยคู่คำคุณศัพท์ที่มีมีความหมายตรงข้าม (Bipolar Adjective) เช่น ดี – เลว ยั่งยืน – จี้เกียจ เป็นต้น

4. วิธีวัดแบบลิเคอร์ท (Likerts's Method) เป็นวิธีสร้างมาตรวัดทัศนคติที่นิยมแพร่หลาย เพราะเป็นวิธีการสร้างมาตรวัดที่ง่าย ประหยัดเวลา ผู้สอบสามารถแสดงทัศนคติในทางขึ้นชอบ หรือไม่ชอบ โดยจัดอันดับความขึ้นชอบหรือไม่ขึ้นชอบ ซึ่งอาจมีคำตอบให้เลือก 5 หรือ 4 คำตอบ และให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 หรือ +2, +1, 0, -1, -2 ตามลำดับการให้คะแนน Positive หรือทาง Negative

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง โดยสร้างแบบสัมภาษณ์ตามแนวของลิเคอร์ทนำมาประยุกต์ โดยแบ่งนำหน้าความคิดเห็นเป็น 3 ระดับได้แก่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยซึ่งเป็นวิธีที่สร้างมาตรวัดง่ายประหยัดเวลาและผู้ตอบแบบสัมภาษณ์สามารถแสดงออกถึงความคิดเห็นได้ชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายขึ้น

5. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนหรือคนที่อยู่ร่วมกันในสังคมนั้น ๆ ได้พัฒนาปัญญา ความรู้ ความสามารถ โดยการแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อมหรือถิ่นที่ตนอาศัยอยู่ ความหมายของการมีส่วนร่วม ได้มีผู้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

อากรพันธ์ จันทร์สว่าง (2522) อธิบายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ว่าการมีส่วนร่วม (participation) เป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลง และความเห็นพ้องต้องกันนั้น จะต้องมีการพ้องจนเกิดการริเริ่มทำโครงการเพื่อการปฏิบัติการ กล่าวคือ จะต้องเป็นความเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการนั้น ๆ เหตุผลเมื่อแรกของการที่คนเรารวมกันได้ ควรจะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยหรือทำในนามกลุ่มนั้น ได้กระทำผ่านองค์การ (organization) ดังนั้น องค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำที่จะทำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการได้

นิพัทธเวช สืบแสง (2526:10) ได้ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาว่า หมายถึง การกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงสถานการณ์ของตนเอง เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใต้การกำหนด และดำเนินการของประชาชนเอง โดยที่กระบวนการของการมีส่วนร่วมนั้นเป็นการมีส่วนร่วมในการค้นหา หรือกำหนดปัญหาของชุมชน การหาสาเหตุของปัญหาหาวิธีการแก้ไขปัญหา ลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาของชุมชนและประเมินผลการดำเนินการแก้ไขปัญหา

ดิเรก ฤกษ์หรัย (2527:66) ได้ให้ความหมาย ของการพณีกกำลังเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ เกิดความร่วมมือว่า หมายถึง การระดมพลังของประชาชนให้เกิดความร่วมมือร่วมใจระหว่างประชาชนด้วยกันภายในกลุ่มผลประโยชน์ในองค์กรหรือชุมชน และรวมทั้งการปฏิบัติการให้ประชาชนเกิดความร่วมมือร่วมใจกันกับรัฐหรือตัวแทน คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างเต็มที่

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527:2) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการ และควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิก ในการมีส่วนร่วมประชาชน ได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญา ชงแสดงออกในรูปการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของตนเองอย่างเป็นตัวของตัวเอง

เสนห์ จามริก และคณะ (2524: 20) ได้ให้นิยามของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับการวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นต่อไป โดยจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมเกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละคนที่มีประโยชน์เกี่ยวข้องและมีความสนใจในเรื่องอื่น ๆ รวมทั้งกิจกรรมนั้นๆ จะต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความต้องการและปัญหาของชุมชน ตลอดจนประเมินผล ติดตามงานการมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงจะต้องหมายถึงการมอบอำนาจอธิปไตยขึ้นพื้นฐานคืนสู่ประชาชน การพยายามจัดตั้งและพัฒนาองค์กรประชาชนให้เข้มแข็งบนพื้นฐานของการพึ่งพาตนเองเป็นสำคัญ

พัฒน์ บุญยรัตพันธ์ (2527:145) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจะต้องมีขึ้นโดยตลอด ตั้งแต่การวางแผน โครงการ การเสาะสละกำลัง แรงงาน วัสดุ กำลังเงิน หรือทรัพยากรใดๆ ที่มีอยู่ในชุมชน

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527, 6 – 7) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการที่ รัฐบาลทำการส่งเสริมชักนำ สนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ โดยมีส่วนร่วมดังต่อไปนี้

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมตลอดจนถึงความต้องการของชุมชน
2. ร่วมศึกษาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนหรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงาน หรือ โครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดและแก้ไขปัญหาและความสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงาน พัฒนาให้มีประสิทธิภาพ

6. ร่วมกันลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเอง และหน่วยงาน

7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

8. ร่วมควบคุม ติดตามประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้โดยเอกชนและรัฐบาลเพื่อให้ได้ประโยชน์ตลอดไป

สุริย์ ตัณฑ์ศรีสุโรจน์ (2531:8 อ้างใน ประภา วัฒนชีพ 2541: 10) ได้สรุปถึงการมีส่วนร่วมว่าเป็นการร่วมมือร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบด้วยกัน ไม่ว่าจะป็นปัจเจกบุคคลหรือของกลุ่มทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดำเนินการพัฒนา และการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ และเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531 : 25 – 28) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งอ้างถึงความหมายที่องค์การสหประชาชาติให้ไว้ ซึ่งเน้นว่าจะต้องมีความหมายครอบคลุมถึง

1. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา
2. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการปฏิบัติตามโครงการพัฒนา
3. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตลอดกระบวนการพัฒนา และได้

แสดงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 7 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ถูกบังคับ = ไม่มีส่วนร่วมเลย

ระดับที่ 2 ถูกล่อ = มีส่วนร่วมน้อย

ระดับที่ 3 ถูกชักชวน = มีส่วนร่วมน้อย

ระดับที่ 4 ถูกสัมภาษณ์ความต้องการ = มีส่วนร่วมปานกลาง

ระดับที่ 5 มีโอกาสเสนอความเห็น = มีส่วนร่วมปานกลาง

ระดับที่ 6 มีโอกาสเสนอโครงการ = เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูง

ระดับที่ 7 มีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง = การมีส่วนร่วมในอุดมคติ

ขวัญชัย วงศ์นิติกร (2532:18) ได้อ้างอิง Alastair ซึ่งได้ให้คำจำกัดความว่า การมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 มิติด้วยกัน คือ มิติที่หนึ่ง คือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรทำและทำอย่างไร มิติที่สอง การมีส่วนร่วมในการเสาะแสวงหาในการพัฒนา การลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจ มิติที่สาม คือ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงาน และในการประเมินผล

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนทั้งที่เป็นปัจเจกบุคคลกลุ่มคน หรือองค์กรเข้ามาเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันในการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลาย กิจกรรม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือแนวทางที่วางไว้

5.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (Concept of Participation)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการที่จะพัฒนาครอบครัว กลุ่มละแวกบ้าน ชุมชน ตลอดจนสังคมนั้น ให้มีการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ให้เจริญก้าวหน้าขึ้น นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527: 183 อ้างใน วรวรรณ ใหญ่มาก 2548:31) กล่าวว่าเกิดจากแนวความคิดที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความสนใจและห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจและความห่วงกังวลซึ่งบุคคลบังเอิญเห็นพ้องต้องกัน กลายเป็นความสนใจและห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม
2. ความเคื้อคร้อและความไม่พึงพอใจร่วมกัน ที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น ผลักดันให้พุ่งไปสู่การรวมกลุ่ม วางแผนและลงมือกระทำร่วมกัน
3. การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่ปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันนี้ จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความคิดริเริ่มกระทำที่ตอบสนองความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

นอกจากนี้ ไพรัตน์ เคะชรินทร์ (2527: 6) ได้เสนอหลักการและแนวทางพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ยึดหลักความต้องการและปัญหาของประชาชน เป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรม ถ้าหากกิจกรรมที่จะนำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ ต้องใช้เวลาในการกระตุ้นเร้าความสนใจ ให้ความรู้ ความเข้าใจจนประชาชน ยอมรับความจำเป็นและประโยชน์ในการที่จัดทำกิจกรรมเหล่านั้น
2. กิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ปลุกฝังทัศนคติและพฤติกรรมที่เห็นแก่ส่วนรวม ทำงานเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว
3. แนวทางการพัฒนาในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชนที่รับดำเนินการต่อไปได้โดยไม่ต้องพึ่งพาทภายนอก เฉพาะในระยะเริ่มแรกต้องไม่ทุ่มเทในลักษณะการให้เปล่าโดยสิ้นเชิงต้องทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของกิจกรรม และต้องสามารถทำต่อไปเองได้เมื่อการช่วยเหลือจากภายนอกสิ้นสุดลง การช่วยตนเอง และการพึ่งตนเองเป็นหลักสำคัญที่ต้องเริ่มตั้งแต่นั้น
4. กิจกรรมพัฒนาที่นำเข้าไปในชุมชน ต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ความพร้อมรับของชุมชน ซึ่งหมายรวมถึงการใช้ทรัพยากรชุมชนจะต้องสอดคล้องกับขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน

5. การเริ่มต้นกิจกรรมต้องอาศัยผู้นำชุมชน ซึ่งหมายถึง ผู้นำตามธรรมชาติที่ชาวบ้านเคารพนับถือผู้นำทางศาสนา ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งจากราชการ เพื่อเป็นผู้บุกเบิกและชักนำชาวบ้านต่อไป ผู้นำชุมชนโดยทั่วไปจะสามารถปรับทัศนคติและการยอมรับสิ่งใหม่ๆ ได้เร็วกว่า และเป็นผู้ที่ชาวบ้านมีศรัทธาในตัวอยู่แล้ว การเริ่มต้นจากผู้นำจึงไปได้เร็วกว่า และได้รับการยอมรับมากกว่าประชาชนทั่วไป

6. ขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นต้น กล่าวคือ ร่วมค้นหาข้อมูล ร่วมหาสาเหตุของปัญหา ร่วมปรึกษาหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ตัดสินใจ ร่วมการปฏิบัติงาน ร่วมกันติดตามผลงาน จนถึงขั้นการร่วมบำรุงรักษาในระยะยาวต่อไป นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมอาจเกิดจากแนวคิดอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

1. ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ การสร้างโบสถ์วิหาร
2. ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลอื่นที่เคารพนับถือหรือมีเกียรติยศ ตำแหน่งทำให้ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะมีส่วนร่วมด้วยทั้งๆที่ยังไม่ศรัทธาหรือมีความเต็มใจอย่างเต็มเปี่ยมที่จะกระทำเช่น ผู้ใหญ่ออกปากขอแรง ผู้น้อยช่วยแรง เป็นต้น
3. อำนาจบังคับที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่าทำให้ประชาชนถูกบีบบังคับให้มีส่วนร่วมในการกระทำต่างๆ เช่น บังคับให้ทำงานเยี่ยงทาส

สรุปได้ว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของหลักการพัฒนาชุมชน ซึ่งจะนำประชาชนให้บังเกิดการพึ่งตนเองและมีความเชื่อมั่นในการดำเนินงานตาม โครงการพัฒนาต่างๆ ในชุมชนทำให้เกิดความสามารถและประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงที่จะส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชนได้

5.3 ลักษณะการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก (WHO , 1979) ได้เสนอว่ารูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่แท้จริงนั้น จะต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planning) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล และประการสำคัญคือการตัดสินใจด้วย
2. การดำเนินกิจกรรม (Implementation) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดการ และการบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรร ควบคุมทางการเงิน และการบริการ

3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการทำกิจกรรม มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม

4. การได้รับผลประโยชน์ (Obtaining Benefits) ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่ากัน ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวในสังคมหรือวัตถุก็ได้

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1979) ได้สร้างกรอบพื้นฐานเพื่อการอธิบายและวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในแง่ของรูปแบบ (ชนิด) ของการมีส่วนร่วม โดยแบ่งเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision - Making) ซึ่งอาจเป็นการตัดสินใจตั้งแต่ในระยะเริ่มการตัดสินใจในช่วงของกิจกรรม และการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจการ (Implementation) ซึ่งอาจเป็นไปในรูปของการเข้าร่วมโดยการให้มีการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการร่วมมือรวมทั้งการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม หรือโดยส่วนตัว

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

ฉายน วุฑฒิกกรรมรักษา (2526 : 16) ได้จำแนกการเข้ามามีส่วนร่วม ไว้เป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นกำหนดความต้องการ
2. ขั้นวางแผนการดำเนินการ
3. ขั้นตัดสินใจ
4. ขั้นดำเนินการ
5. ขั้นติดตามผลงาน

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527 : 10) ได้สรุปการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

ไพรัตน์ เคชะรินทร์ (2527 : 6 – 7) กล่าวถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ คือ

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้า ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมตลอดจนความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหา และสร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบาย หรือแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อจัดและแก้ปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนร่วม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเอง และของหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุมติดตามประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

กรมการพัฒนาชุมชน (2529: 16) ให้สรุปลักษณะต่างๆ ของการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 18 ลักษณะ ดังนี้ (1) มีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม (2) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินงาน (3) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร (4) มีส่วนร่วมในการออกความเห็นและข้อเสนอแนะ (5) มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา (6) มีส่วนร่วมในการคิดหาวิธีการแก้ปัญหา (7) มีส่วนร่วมในการวางแผน (8) มีส่วนร่วมในการประชุม (9) มีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม (10) มีส่วนร่วมในการออกเสียงสนับสนุนหรือคัดค้าน (11) มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ หรือบริหารงาน (12) มีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิก (13) มีส่วนร่วมในการเป็นผู้ชักชวน หรือประชาสัมพันธ์ (14) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่วางไว้ (15) มีส่วนร่วมในการลงทุน หรือบริจาคเงิน/ทรัพย์สิน (16) มีส่วนร่วมในการออกแรง หรือสละแรงงาน (17) มีส่วนร่วมในการออกวัสดุอุปกรณ์ และ (18) มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ติดตาม หรือประเมินผล

จूरिรัตน์ ภารา (2539: 33 อ้างใน ประภา วัฒนชีพ 2547: 18) ได้จำแนกลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ร่วมคิดวางแผน (Planning Participation) โดยมีส่วนร่วมในเรื่องต่อไปนี้
 - ร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
 - ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
 - ร่วมคิดเสนอแนวทางแก้ปัญห
 - ร่วมกำหนดความต้องการของชุมชน
 - ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหที่เหมาะสม
 - ร่วมเสนอโครงการ/แผนงาน/กิจกรรม
2. ร่วมดำเนินการ (Implementing Participation) ได้มีส่วนร่วมในเรื่องต่อไปนี้
 - ร่วมแรงในการดำเนินงาน
 - ร่วมใจหรือการสนับสนุนให้กำลังใจ
 - ร่วมสนับสนุนทรัพยากร
 - ร่วมบริหารงาน เช่นระดมทรัพยากร จัดสรรทรัพยากรแก้ปัญหและ

ประสานงาน

3. ร่วมประเมินผล (Evaluation Participation) โดยมีส่วนร่วมในเรื่องต่อไปนี้
 - ติดตามความก้าวหน้าความสำเร็จ
 - สรุปผล
 - รายงานผลการดำเนินงาน

ชชาติ พ่วงสมจิตร (2540: 28-29) อ่างในบุญเทียม อังสวัสดิ์ 2542 :21) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 11 มิติ คือ

1. การจำแนกตามกิจกรรมในการมีส่วนร่วม การพิจารณาการมีส่วนร่วมในมิตินี้จะเกี่ยวข้องกับเรื่องต่อไปนี้ คือ การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ และการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการ
2. จำแนกตามประเภทของกิจกรรม หรือขั้นตอนของการมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอนคือการมีส่วนร่วมในการริเริ่มงาน/โครงการ การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนการมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการโครงการ และการมีส่วนร่วมในขั้นการประเมินผลโครงการ
3. การจำแนกตามระดับความสมัครใจในการเข้าร่วมแบ่งระดับของความสมัครใจออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ การมีส่วนร่วมโดยการถูกชักนำ และการมีส่วนร่วมโดยการบังคับ หรือเกณฑ์จากผู้ที่มิอำนาจเหนือกว่า

4. จำแนกตามวิธีของการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 2 วิธีคือ การมีส่วนร่วมโดยตรง และการมีส่วนร่วมโดยอ้อม

5. จำแนกตามระดับความเข้มข้นของการมีส่วนร่วม แบ่งระดับของความเข้มข้นในการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ระดับ คือระดับของการมีส่วนร่วมเทียม ระดับของการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนและระดับของการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

6. จำแนกตามระดับความถี่ของการมีส่วนร่วม เป็นการพิจารณาจากจำนวนของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม และหรือจำนวนครั้งของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

7. จำแนกตามประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิผล หมายถึงการมีส่วนร่วมที่ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ

8. อย่างชัดเจนและการมีส่วนร่วมที่ไม่มีประสิทธิผล หมายถึงการมีส่วนร่วมที่ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการเพียงบางส่วน

9. จำแนกตามพิสัยของกิจกรรมแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมเป็นช่วงๆ

10. จำแนกตามระดับขององค์การแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมในระดับล่างขององค์การ การมีส่วนร่วมในระดับกลางขององค์การ และการมีส่วนร่วมในระดับสูงขององค์การ

11. จำแนกตามประเภทของผู้มีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ของรัฐ และคนต่างชาติ

12. จำแนกตามลักษณะของการวางแผนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือการวางแผนจากบนลงล่าง และการวางแผนจากล่างขึ้นบน

จากการศึกษาแนวคิดรูปแบบของการมีส่วนร่วมผู้วิจัยได้นำแนวคิดรูปแบบของการมีส่วนร่วมขององค์การอนามัยโลก โคเฮน และอัฟฮอฟ และ เจมส์คัตซ์ ปิ่นทอง มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1.ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ในการทำแผนงาน 2.ร่วมดำเนินการในกิจกรรมสร้างสุขภาพ 3.ร่วมรับผลประโยชน์ 4.ร่วมประเมินผลในกิจกรรมด้านสร้างสุขภาพ

5.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเกิดการมีส่วนร่วม นั้น มีผู้เสนอปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลการมีส่วนร่วม ดังนี้

ฌอง คีร์สวัตต์ (2525 :43 อ้างใน ประภา วัฒนชีพ 2547 : 16) ได้รวบรวมแนวคิดของ Hay เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางอาชีพและที่อยู่อาศัย โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจดี จะเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ

อัลวิน เบิร์ตันแรนด์ (Alvin Bertrand, 1958 : 147-157 อ้างใน ประภา วัฒนชีพ 2547 : 17) กล่าวถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ซึ่งได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลต่าง ๆ คือ

1. อายุ
2. เพศ
3. สถานภาพทางสังคม
4. อาชีพ
5. การศึกษา
6. ถิ่นที่อยู่อาศัย
7. ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น
8. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การอาศัยอยู่ในเมืองหรือชานเมือง จำนวนสมาชิกใน

ครอบครัวและ

ลักษณะครอบครัว ค่านิยม และทัศนคติ

สมปราชญ์ จอมเทศ (2525:61-63อ้างใน ประภา วัฒนชีพ 2547 : 17) ได้ศึกษาวิเคราะห์กลุ่มตามทฤษฎีของ George Homans ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดการรวมกลุ่มไว้ในหนังสือ The Human Group ว่ามีอยู่ด้วยกัน 3 ประการ คือ

1. มีกิจกรรม (activity) หมายถึง สิ่งต่างๆที่บุคคลกระทำ เช่น การเขียนบันทึกลงนามในนิติกรรมสัญญา เจริญได้ตอบ ตัดสินใจ เป็นต้น

2. การปฏิบัติได้ตอบซึ่งกันและกัน (interaction) หมายถึง การติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกอันเป็นผลให้เกิดการปฏิบัติได้ตอบซึ่งกันและกัน จึงเป็นการสนองตอบของบุคคลที่มีส่วนร่วมในกิจกรรม การสังเกต การปฏิบัติต่อกันอาจพิจารณาได้ 3 ทาง คือ ในแง่ความบ่อย คือมีการติดต่อกันเป็นประจำหรือไม่ ในแง่ความนาน คือมีการติดต่อเป็นระยะเวลานานเท่าใด และในแง่ลำดับ คือใครเป็นผู้ริเริ่มการติดต่อ

3. ความรู้สึกทางอารมณ์ (sentimental) หมายถึง ความรู้สึก (feeling) ต่างๆอัน ได้แก่ ความรู้สึก ความคิด (thought) ความเชื่อ (belief) และความหวัง (hope) ของสมาชิกทั้งหลาย เป็นต้น อันเป็นลักษณะภายในของแต่ละคน ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิบัติ

Talcott Parsons มาศึกษาวิเคราะห์ตามหลักทฤษฎีและโครงสร้างว่า กลุ่มระบบหนึ่งของสังคม ลักษณะสำคัญที่แสดงถึงพฤติกรรมกลุ่ม ได้แก่ การกระทำที่ได้ตอบซึ่งกันและกัน เป็นระบบ มีจิตสำนึกดังกล่าวข้างต้น

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527: 184)อ้างใน ประภา วัฒนศัพท์ 2547 : 18) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์เป็นการเกี่ยวข้องทั้งตัว (self) ไม่ใช่เฉพาะเพียงแต่เกี่ยวข้องด้านกำลังกายหรือทักษะ กล่าวคือ ผู้มีส่วนร่วมจะมีส่วนเกี่ยวข้องทางจิต (ego-involved) ไม่ใช่เพียงแต่เฉพาะด้านการทำงาน (task-involved)

2. การกระทำการได้ เมื่อผู้มีส่วนร่วมได้บังเกิดความเกี่ยวข้องด้านจิตใจและอารมณ์แล้ว ก็เท่ากับเปิดโอกาสให้เขาได้แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม โดยเหตุนี้การมีส่วนร่วมจึงเป็นมากกว่ายินยอม (consent) ที่จะกระทำตามคำสั่ง ซึ่งเป็นการกระทำโดยปราศจากการยินยอมพร้อมใจและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การมีส่วนร่วมจึงเป็นความสัมพันธ์ทางอารมณ์และจิตใจแบบ บุคคลวิถี คือ การติดต่อสื่อสารทั่วไปและกลับระหว่างบุคคลนั้นและกลุ่ม

3. ส่วนร่วมรับผิดชอบ เมื่อเกิดการเกี่ยวข้องด้านจิตใจ อารมณ์ และได้กระทำการให้แก่สถานการณ์กลุ่มนั้นแล้ว ผู้มีส่วนร่วมจะเกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกลุ่มนั้นด้วย เพราะการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับกลุ่ม และต้องการเห็นผลสำเร็จของการทำงานนั้นด้วย จึงเกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่ม

โสภณ หมวดทอง (2533: 12) อ้างใน ประภา วัฒนศัพท์ 2547 : 18) สรุปว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของชุมชนนั้น มีปัจจัยสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อาชีพ และที่อยู่อาศัยเข้ามาเกี่ยวข้องและกิจกรรมต่างๆของชุมชนจะได้รับความร่วมมือบรรลุความสำเร็จได้ จะต้องได้รับความเห็นพ้องต้องกันของชุมชนเป็นส่วนมาก หรือการดำเนินงานกิจกรรมในนามกลุ่มองค์กรของชุมชน

รีดเดอร์ (Reeder 1974 อ้างใน ชวนพิศ มหาพรหม, 2544 : 11 - 14) ได้สรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 11 ประการดังนี้

1. การปฏิบัติตนให้คล้อยตามความเชื่อพื้นฐาน กล่าวคือบุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะเลือกแบบวิธีการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับความเชื่อพื้นฐานของตนเอง

2. มาตรฐานคุณค่าบุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตนเอง
3. เป้าหมายบุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะส่งเสริมปกป้องและรักษาเป้าหมายของตนเอง
4. ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดาพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลบางครั้งมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา
5. ความคาดหวังบุคคลและกลุ่มบุคคลจะประพฤติตามแบบที่ตนคาดหวังว่า จะต้องประพฤติในสถานการณ์เช่นนั้นทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่นในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน
6. การมองแต่ตนเองบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งคิดว่าตนเองต้องกระทำเช่นนั้น
7. การบีบบังคับบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกว่าตนถูกบังคับให้ทำ
8. นิสัยและประเพณีบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเรามีนิสัยชอบกระทำเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ
9. โอกาสบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคม โดยเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและชนิดของโอกาส
10. ความสามารถบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนมีความสามารถ
11. การสนับสนุนบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติงานเมื่อเขาารู้สึกว่าเขาได้รับการสนับสนุน

อนุภาพ ธีระลาภ (2528 : 25 – 26 อ้างใน ชัยณุพงษ์ สุวรรณ, 2540 : 36) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

1. ความเกรงใจผู้ที่มีสถานภาพสูงกว่า
2. ความต้องการเป็นกลุ่มพวก
3. ความเชื่อถือในตัวผู้นำ
4. ความใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ
5. การคำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทน
6. การยอมรับแบบอย่าง
7. ความไม่พอใจต่อสภาพแวดล้อม
8. การยอมรับในอำนาจรัฐ

9. ฐานะทางเศรษฐกิจ

โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดจากพื้นฐาน 4 ประการคือ

1. ประชาชนต้องมีความสามารถที่จะมีส่วนร่วมกล่าวคือ ประชาชนต้องมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ
2. ประชาชนจะต้องมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมคือ ประชาชนต้องมีสภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและกายภาพที่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วม
3. ประชาชนต้องมีความประสงค์จะเข้าร่วมคือ ต้องมีความเต็มใจ เห็นประโยชน์ในการเข้าร่วมต้องมีใช่เป็นการบังคับ
4. ประชาชนต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือประชาชนต้องมีโอกาสที่จะเข้าร่วมซึ่งเป็นการกระจายอำนาจให้แก่ประชาชนในการตัดสินใจและกำหนดกิจกรรมที่ตนต้องการในระดับที่เหมาะสม ในระดับพื้นฐานทางการเมือง

กล่าวโดยสรุปงานวิจัยนี้ได้นำปัจจัยด้านอายุ เพศ อาชีพ รายได้ การศึกษา การดำรงตำแหน่งในชุมชนและความคิดเห็น มาศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนโดยทบทวนจากแนวคิดที่มีผู้ทำการศึกษาไว้แล้วในเรื่องปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

5.5 ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2526 : 67-68 อ้างถึงใน สุวรรณฯ สาร, 2543 : 22) ได้จัดระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 8 ระดับ ได้แก่

- | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------|
| 1. ประชาชนเป็นผู้รับคำสั่ง | } | ประชาชนไม่มีส่วนร่วมเลย |
| 2. ประชาชนเป็นผู้รับบริการ | | |
| 3. ประชาชนได้รับการบอกเล่า | } | ประชาชนมีส่วนร่วมปานกลาง |
| 4. ประชาชนได้รับการปรึกษาหารือ | | |
| 5. ประชาชนได้เข้าร่วมบางส่วนในโครงการ | | |
| 6. ประชาชนและรัฐมีส่วนเท่า ๆ กัน | } | อำนาจอยู่ที่ประชาชน |
| 7. ประชาชนมีส่วนควบคุมบางส่วน | | |
| 8. ประชาชนควบคุมเองทั้งหมด | | |

จากการได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การดำเนินงานตาม โครงการเมืองไทยแข็งแรง เป็นนโยบายที่เพิ่งจะเริ่มต้น เมื่อ ปี 2547 จึงมีแนวคิดในการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานตาม โครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับหมู่บ้าน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ใน

การทำแผนงานร่วมดำเนินการในกิจกรรมสร้างสุขภาพ ร่วมรับผลประโยชน์และ ร่วมประเมินผล ในกิจกรรมด้านสร้างสุขภาพ ส่วนระดับของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนตาม โครงการเมืองไทยแข็งแรง ในการวิจัยนี้เป็นการมีส่วนร่วมในระดับ 1 – 5 ของบุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์

6. เครือข่ายภาคประชาชน

เครือข่าย (Network) หมายถึง ตาข่าย (Net) ที่โยงใยถึงกันและพร้อมที่จะ “Work” เมื่อต้องการใช้งานเป็นการเชื่อมโยงสายสัมพันธ์อย่างหลวมๆ ของปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กรและสถาบัน โดยที่สมาชิกในเครือข่ายเข้าร่วมทำกิจกรรมตามความเหมาะสมภายใต้เป้าหมายร่วม มีการปฏิบัติอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตนและมีการทำงานร่วมกันทั้งงานเฉพาะหน้าและการประสานผลประโยชน์ที่ขยายวงกว้างออกไปประกอบด้วยบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อ เหมือนหรือต่างกันก็ได้ แต่ทุกคนต่างมุ่งเน้นการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักร่วมกัน ในขณะที่เป้าหมายย่อยของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิกของเครือข่ายอาจแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากความคิดความเชื่อ ประสบการณ์ การกระทำและเป้าหมาย

6.1 ประเภทและรูปแบบของเครือข่าย (เสถียร จิรรังสินันต์, 2549)

6.1.1. เครือข่ายเชิงพื้นที่ (area network) หมายถึง การรวมตัวของกลุ่ม องค์กร เครือข่ายที่อาศัยพื้นที่ดำเนินการเป็นปัจจัยหลักในการทำงานร่วมกันเป็นกระบวนการพัฒนาที่อาศัย กิจกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่เป็นเป้าหมายนำทางและเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการที่ไม่แยกส่วนต่างๆ ออกจากกัน โดยยึดเอาพื้นที่เป็นที่ตั้งแห่งความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายลักษณะและ โครงสร้างของเครือข่ายเชิงพื้นที่ สามารถจัดได้หลายระดับตามพื้นที่และกิจกรรมที่เกิดขึ้น

6.1.2. เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม (issue network) หมายถึง เครือข่ายที่ใช้ ประเด็นกิจกรรม หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยหลักในการรวมกลุ่มองค์กร โดยมองข้ามมิติ ในเชิงพื้นที่ มุ่งเน้นการจัดการในประเด็นกิจกรรมนั้นๆอย่างจริงจัง และพัฒนาให้เกิดความร่วมมือ กับภาคอื่นๆที่เกี่ยวข้องลักษณะและ โครงสร้างของเครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรมสามารถแบ่งได้ อย่างมากมายตามประเด็นกิจกรรม และความสนใจที่เกิดขึ้นของฝ่ายต่างๆทั้งภาครัฐ เอกชนและภาค ประชาชน โดยไม่ ยึดติดกับพื้นที่ดำเนินการ แต่ใช้หลักของกิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นตัวกำหนดความ เป็นเครือข่าย เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายด้านคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายสุขภาพ เครือข่าย สิ่งแวดล้อม

6.1.3. เครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่ หมายถึง เครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยอาศัย การกิจ/กิจกรรม และการก่อตัวของกลุ่มผลประโยชน์ในสังคมเป็นแนวทางในการแบ่งเครือข่ายซึ่ง

อาจแบ่งเป็นเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคธุรกิจเอกชน และภาคองค์กรพัฒนาเอกชน โดยเครือข่ายต่างๆ ดังกล่าวมุ่งเน้น การดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิด หลักการ วัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักของหน่วยงาน หรือ โครงสร้างหลักของกลุ่มผลประโยชน์ๆ ลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายประเภทนี้ สำหรับสังคมไทยอาจแบ่งกลุ่มผลประโยชน์ได้ 4 ภาคส่วนใหญ่ๆ ได้แก่

1) เครือข่ายภาครัฐ เช่น เครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายกรมการพัฒนาชุมชน เครือข่ายองค์กรอิสระของภาครัฐ เช่นสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2) เครือข่ายภาคธุรกิจเอกชน เช่น สภาหอการค้า สภาอุตสาหกรรม สมาคมผู้ส่งออก

3) เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น เครือข่ายเพื่อนตะวันออก เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนภาคเหนือ เครือข่ายด้านแรงงานสวัสดิการสังคม

4) เครือข่ายภาคประชาชน เช่น เครือข่ายปราชญ์อีสาน เครือข่ายสุขภาพสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เป็นการรวมตัวกันของประชาชนในชุมชนเดียวกันมาเป็นสมาชิกเกิดเครือข่ายที่มีกิจกรรมร่วมกัน มีจุดมุ่งหมายร่วมกันในการสร้างสุขภาพในการดำเนินงาน โครงการสานใจคนกันตั้งแข็งแรงมีผู้เข้าร่วม โครงการมาเป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนซึ่งประกอบไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้าน เป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนซึ่งมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง

6.2 องค์ประกอบที่สำคัญของความเป็นเครือข่าย (เสถียร จิรรังสิมันต์, 2549)

6.2.1 หน่วยชีวิตหรือสมาชิก เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นของความเป็นเครือข่ายที่สร้างระบบปฏิสัมพันธ์โดยแต่ละหน่วยชีวิตและแต่ละปัจเจกบุคคล จะดำเนินการสานต่อเพื่อหาแนวร่วมในการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ เพื่อให้เกิดการดำรงอยู่ร่วมกันตามหลักธรรมชาติที่ทุกสรรพสิ่งจะต้องพึ่งพาอาศัยและสร้างกระบวนการที่สืบเนื่องเพื่อรักษาความเป็นไปของชีวิต ดังนั้นหน่วยชีวิตหรือสมาชิกในองค์กรนั้นจะเป็นองค์ประกอบหลักที่ก่อให้เกิดความเป็นเครือข่าย

6.2.2 จุดมุ่งหมายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะหากว่าบุคคลกลุ่มองค์กร มารวมกันเพียงเพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยไร้ความมุ่งมั่นหรือจุดมุ่งหมายร่วมกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอาจกล่าวได้ว่าเป็นเครือข่าย เพราะความเป็นเครือข่ายจะต้องมีความหมายถึง “การร่วมกันอย่างมีจุดหมาย” เพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น

6.2.3 การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก การที่แต่ละหน่วยชีวิตหรือการที่แต่ละบุคคล จะมารวมกันนั้น สิ่งที่จะยึดโยงสิ่งต่างๆเข้าด้วยกัน คือ การทำหน้าที่ต่อกัน และกระทำอย่างมี

จิตสำนึก เพราะหากขาดจิตสำนึกต่อส่วนรวมแล้ว กระบวนการนั้นจะเป็นเพียงการจัดตั้งและเรียกเรื่องหาผลประโยชน์ตอบแทนเท่านั้น และการที่คนจะมารวมกลุ่มเป็นองค์กรเครือข่ายได้นั้น นอกจากจะมีความสนใจหรืออุปนิสัยใจคอที่คล้ายคลึงกันแล้ว บุคคลยังต้องมีจิตสำนึกต่อส่วนรวม จนกลายเป็นองค์กรเครือข่ายที่ทุกฝ่ายต่างก็มีความไว้วางใจต่อกัน ทั้งนี้ เพราะความเป็นเครือข่ายนั้น สามารถที่จะตอบสนององกระบวนการแก้ไขปัญหาได้มากกว่า

6.2.4 การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยน ในองค์ประกอบของความเป็นเครือข่าย สิ่งหนึ่งที่จะขาดมิได้ก็คือการมีส่วนร่วม การพึ่งพาอาศัยและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิกจะเป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เครือข่ายนั้นมีพลังมากขึ้น เพราะการมีส่วนร่วมจะทำให้สมาชิกมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ซึ่งจะช่วยให้ทุกฝ่ายหันหน้าเข้าหากันและพึ่งพากันมากขึ้น นอกจากนี้ ในระบบความสัมพันธ์ของเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะนำไปสู่การให้และการรับ รวมถึงการระดมทรัพยากร เพื่อให้ภารกิจที่เครือข่ายดำเนินการร่วมกันนั้นบรรลุถึงเป้าหมาย ดังนั้น การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนจึงเสมือนกลไกที่เป็นแรงผลักดันให้ความเป็นเครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

6.2.5 ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร ถ้ากล่าวถึงเครือข่ายว่าเป็นความสัมพันธ์ที่โยงใยแล้วสิ่งที่มีความสำคัญต่อเครือข่าย คือ ข้อมูลและการสื่อสารระหว่างกัน นับตั้งแต่การสื่อสารระหว่างปัจเจกบุคคลกับปัจเจกบุคคล กลุ่มกับกลุ่ม และระหว่างเครือข่ายกับเครือข่าย รวมทั้งระบบความสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยกระบวนการสื่อสารนั้นจะช่วยให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดการรับรู้ เกิดการยอมรับในกระบวนการทำงานและช่วยรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

6.3 สมาชิกเครือข่ายภาคประชาชน

การรวมตัวของภาคประชาชนในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะในชุมชนชนบท เป็นการรวมของปัจเจกบุคคล กลุ่มคนและเครือข่าย โดยอาศัยวัฒนธรรมชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกับภาคอื่นๆ และระบบเทคโนโลยี เป็นเครื่องหนุนเสริมให้เกิดการรวมตัว โดยเครือข่ายภาคประชาชนเกิดขึ้นทั้งจากการเห็นความจำเป็นในการรวมพลังเพื่อแก้ไขปัญหาเกิดจากการเรียนรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกัน โดยเป็นกระบวนการที่เป็นไปตามธรรมชาติ และเกิดขึ้นจากการส่งเสริม โดยหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ต้องการให้องค์กรชุมชน และสังคมมีความเข้มแข็งมีศักยภาพในการที่จะพัฒนาตนเองตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของภาครัฐหรือหน่วยงานที่กำหนดไว้ กระบวนการทำงานของเครือข่ายภาคประชาชนนั้น สามารถจำแนกเป็น 2 ระดับใหญ่ๆ คือ ระดับแรกเป็นการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการปรับเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดการตัวเองของชุมชนและระดับที่ 2 เป็นการสร้างโอกาส สร้างศักยภาพของเครือข่ายและขยาย

กลุ่มองค์กรชุมชน ไปยังเครือข่ายอื่นๆ จนถึงระดับจังหวัดและระดับประเทศหรือข้ามพรมแดน นอกเขตการปกครองที่โยงใยกันอย่างทั่วถึง การรวมตัวของภาคประชาชนเหล่านี้เป็นพลังที่ช่วยเสริมสร้างให้เกิดการพึ่งพาตนเอง และการพัฒนาสังคมโดยมีเป้าหมายหลัก คือ การเรียนรู้ การสืบทอดภูมิปัญญาและการปรับตัวของชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นและการพัฒนาประเทศโดยเครือข่ายภาคประชาชนจะมีการกำหนดความเป็นเครือข่ายผ่านกิจกรรม ฐานอาชีพและกระบวนการเชื่อมโยง เช่นเครือข่ายป่าชุมชน เครือข่ายประมงพื้นบ้าน เป็นต้น องค์กรเครือข่ายภาคประชาชนเหล่านี้ มีกิจกรรมและความต่อเนื่องบนพื้นฐานของการพึ่งพาตนเองและวัฒนธรรมชุมชน กระบวนการทำงานส่วนใหญ่จึงเป็นไปเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน การจัดการทรัพยากรในชุมชน และการทำงานร่วมกับภาครัฐ ซึ่งเป็นรากฐานให้เกิดแนวร่วม ในระดับที่สูงขึ้นไป เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของกองทุนหมู่บ้าน กลุ่มอาชีพในระดับตำบลและการเข้าร่วมเป็นภาคประชาชนสังคมระดับจังหวัด กระบวนการเครือข่ายภาคประชาชนนี้นับว่ามีบทบาทที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ เพราะว่าเป็นพลังของแผ่นดินที่เกี่ยวข้องกับประชาชนจำนวนมาก (เสถียร จิรรังสีมันส์, 2549)

ข้อจำกัดของเครือข่ายภาคประชาชนอยู่ที่ขาดการเรียนรู้ในเชิงมหภาคและระดับโลก การปรับตัวของชุมชน การจัดระบบการจัดการตัวเองการสนับสนุนอย่างเป็นระบบทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน การขาดผู้นำ รวมทั้งการขาดระบบการจัดการเครือข่ายที่จะทำให้เครือข่ายมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง (เสถียร จิรรังสีมันส์, 2549)

ข้อดีหรือจุดแข็งคือการใช้ระบบวัฒนธรรม ความเชื่อความไว้วางใจและการเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับชุมชน เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงและการสานสัมพันธ์ที่ดีต่อกันรวมทั้งการพัฒนาบนพื้นฐานแห่งความเข้าใจ ความสอดคล้องในวิถีชีวิตและธรรมชาติของสรรพสิ่งซึ่งในมิติหลัง คือ การสร้างวัฒนธรรมของตนเองในการดำรงอยู่ในสังคม (เสถียร จิรรังสีมันส์, 2549)

ในการดำเนินงาน โครงการสานใจคนกันตั้งแข็งแรงสู่เมืองไทยแข็งแรงของอำเภอ กันตั้ง เป็นการแสวงหาความร่วมมือจากสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนซึ่งประกอบไปด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในชุมชน ซึ่งมาจากทุกภาคส่วนในชุมชน โดยมีกระบวนการทำงานร่วมกับภาคีอื่นๆ เป็นเครื่องหนุนเสริมให้เกิดการรวมตัวเพื่อให้เครือข่ายภาคประชาชนเกิดขึ้นเพื่อเป็นพลังในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ เกิดจากการเรียนรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกันมีการส่งเสริมจากหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานอื่นๆ ที่ต้องการให้องค์กรชุมชนและสังคมมีความเข้มแข็งมีศักยภาพในการที่จะส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชนได้ด้วยคนในชุมชนเอง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาสรุปเทียบเคียงกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ

บุญเทียม อังสวัสดิ์ (2542) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานของศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัยพบว่า สภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมด้านการประสานงานอยู่ในระดับปานกลาง อีก 4 ด้าน อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการจัดสรรทรัพยากรด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านการวางแผน และด้านการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนการดำเนินงานของศูนย์ โดยมีส่วนร่วมในเรื่อง การกำหนดนโยบายเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ การหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางในการแก้ไขการเสนอความต้องการและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในการดำเนินงานของศูนย์ และการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของศูนย์ ด้านการจัดสรรทรัพยากรและประสานการเตรียมการเพื่อสนับสนุนศูนย์ การ

วาทณี แสนมหาชัย (2542) คุณลักษณะส่วนบุคคล ทักษะคติ และแรงกดดันทางสังคมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ทักษะคติและแรงกดดันทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมภพ แก้วชนะ (2542) ได้ศึกษาการยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบราชการ กรณีศึกษา โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า มีเฉพาะทักษะคติและความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชน

จันทิมา ลิ้มหัน (2543 :84-85) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ การได้รับสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ในการเผยแพร่ความรู้เจตคติต่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขการอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและระดับการศึกษา ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ เพศ

สถานภาพสมรส อายุ รายได้ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง การพบปะร่วม ประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจการติดตามนิเทศจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

ชวนพิศ มหาพรหม (2544 :105) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ เสรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง : กรณีศึกษาอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเสรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวม และรายด้าน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเสรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง ได้แก่ เพศ อายุ การได้รับข่าวสารการเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆและประโยชน์ของโครงการ เสรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเสรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง ได้แก่ การศึกษา รายได้และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ชูศรี เสรีรักษ์ (2544 : 74-76) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในการ ดำเนินงาน โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ :กรณีศึกษากลุ่มกิจกรรมของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในการดำเนินงานโครงการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ อยู่ในระดับปานกลางทั้งภาพรวมและรายด้าน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมี ส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในการดำเนินงานโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ได้แก่ การ เป็นคณะกรรมการกลุ่ม การเป็นสมาชิกกลุ่มทั่วไปและปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ ส่วนปัจจัยที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในการดำเนินงานโครงการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นสมาชิกกลุ่ม

ธวัชชัย ปิยนนทยา (2545) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ พัฒนาชุมชนให้เป็นประชาคมท้องถิ่น ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ การดำรง ตำแหน่ง การศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานในชุมชน และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาชุมชนให้เป็นประชาคมท้องถิ่น แรงจูงใจ ได้แก่ การมีโอกาสเข้าร่วม ประมูลงานของชุมชนได้รับประโยชน์จากโครงการของชุมชน ได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการ ตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างและงานก่อสร้างของชุมชน หน้าที่ของทุกคนตามกฎหมายที่ต้องพัฒนา ชุมชนท้องถิ่นมีโอกาสเป็นที่ยอมรับของประชาชนในชุมชน มีโอกาสก้าวหน้าทางการเมือง ได้รับความสะดวกในการประสานงานกับหน่วยงานทางราชการมักจะ ได้รับเชิญเป็นตัวแทนของ ประชาชนในเขตสาทรไปร่วมงานกับเขตอื่น

เรณู คุปต์ชัยเชียรและคณะ (2545)ศึกษาความรู้ความเข้าใจทัศนคติ และการมีส่วนร่วม ของประชาชนต่อการบริหารงานในองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่าความรู้ความเข้าใจต่อการ บริหารงานในองค์การบริหารส่วนตำบลของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโดยภาพ

รวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไปในองค์การบริหารส่วนตำบลค่อนข้างสูง และมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารงานเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในองค์การบริหารส่วนตำบลค่อนข้างน้อย ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมีทัศนคติที่ดีต่อการบริหารงานในองค์การบริหารส่วนตำบล เชื่อกันว่าเป็นองค์กรเป็นที่พึ่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือประชาชนได้ ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการบริหารงานในองค์การบริหารส่วนตำบลในระดับปานกลาง โดยมีส่วนร่วมในทุกด้านตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง การกำหนดแผน การดำเนินงานและการติดตามตรวจสอบ

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์และคณะ(2545) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเป็นไปได้อย่างได้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุกรณีศึกษา จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุต้องการการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆด้านสุขภาพ ต้องการการดูแลด้านสุขภาพ จากชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้แก่ทัศนคติ ความคาดหวังต่อการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ และความเข้มแข็งของผู้นำชุมชนในการดึงกลุ่มต่างๆในชุมชนให้เข้าร่วม โดยผ่านความสามารถในการบริหารจัดการ

ประภาส จิตตาศิริวัตรและคณะ(2545)ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบองค์รวมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกรณีศึกษาอำเภอละแม จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบองค์รวมทำให้ค่าเฉลี่ยความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านทดลองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับหมู่บ้านควบคุมการศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของ อสม./แกนนำชุมชนต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง ด้านพฤติกรรมพบว่าก่อนและหลังทดลองและมีความแตกต่างกัน ส่วนทัศนคติต่อโรคไข้เลือดออกไม่มีความแตกต่าง

ปรเมษฐ์ กิ่ง โก่อ๊และคณะ(2545) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาเด็กวัยเตาะแตะ อ.กุสุมาลย์ จ.สกลนคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์ฯได้แก่ อายุ สถานะภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ร่วมดำเนินงานในศูนย์ฯและความเกี่ยวข้องกับเด็กในศูนย์ฯ สำหรับการพัฒนามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในศูนย์ฯได้แก่ การพัฒนาโดยรวม การวางแผนและการแก้ไขปัญหา การสร้างทีมงาน การพัฒนาระหว่างกลุ่มและการติดตามและประเมินผล

ขจร คำเงิน (2546) ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขต อำเภอคำเนินสะควก จังหวัดราชบุรี มีความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา และตำแหน่งทางสังคม ส่วนอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้เกี่ยวกับการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการปฏิบัติงานทุกตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ความรู้และความคิดเห็นมีความสัมพันธ์กับกระบวนการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานในภาพรวม

สนิท อังค์สารา (2546 : 44) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารและความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ ระยะเวลาในการเข้ามาตั้งถิ่นฐาน

เบญจมาศ เรืองดิษฐ์ (2546 :บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรองรับคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลา ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรองรับคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรใน โรงพยาบาลสงขลา ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรองรับคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง การได้รับการสนับสนุนนิเทศและฝึกอบรม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน

ประภา วัฒนชีพ(2547) ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีส่วนร่วมด้านร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมแก้ไขในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ คือ สถานภาพสมรส การศึกษาตามอัธยาศัย ผลประโยชน์ตอบแทนที่ได้รับการมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำ และพฤติกรรมการสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

ถนอมวงศ์ หาญมนตรี (2548) ศึกษาความรู้ทัศนคติและทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาพบว่าด้านทัศนคติก่อนเข้ากระบวนการจัดการความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ หลังเข้ากระบวนการส่วนใหญ่มีทัศนคติดีขึ้นแต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำ ความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังเข้ากระบวนการจัดการความรู้มีความแตกต่างกัน โดยหลังเข้ากระบวนการจัดการความรู้ ทัศนคติ และทักษะดีกว่าก่อนเข้ากระบวนการ

ภัคพล ชะบากาญจน์ (2548) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลลานสกา ผลการศึกษาพบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานการพัฒนาท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นที่แตกต่างกัน ส่วนเหตุผลที่เข้าร่วมกิจกรรมเพราะต้องการให้ท้องถิ่นมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น สาเหตุที่ประชาชนไม่เข้าร่วมเพราะไม่มีเวลาร่วมกิจกรรมเพราะต้องประกอบอาชีพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยแบ่งวิธีการดำเนินการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อวัดความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความคิดเห็นกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตังจังหวัดตรัง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ประชากรในการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะในสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามโครงการสานใจคนกันตังแข็งแรงสู่เมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – 2550 ประกอบไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในชุมชนจำนวน 520 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1973:725) ที่ความคลาดเคลื่อนการสุ่มไม่เกิน ร้อยละ 5

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

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (0.05)

$$N = 520$$

$$\frac{520}{1 + 520(0.05)^2}$$

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ = 226.08 คน

เพื่อให้มีค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลข้อมูลทั้งหมด 227 คน ในการสุ่มตัวอย่างวิจัยครั้งนี้และนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ไปหาสัดส่วนแต่ละตำบลและใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากตัวอย่างแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของตำบลซึ่งเป็นประชากรในการวิจัยดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตาราง 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล

ลำดับ	ตำบล	กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	จำนวนตัวอย่าง
1	ตำบลนาเกลือ	40	17
2	ตำบลบางหมาก	40	17
3	ตำบลบางสัก	40	17
4	ตำบลวังวน	40	17
5	ตำบลคลองลู	40	17
6	ตำบลควนธานี	40	17
7	ตำบลคลองชีล้อม	40	17
8	ตำบลโคกยาง	40	18
9	ตำบลย่านซื่อ	40	18
10	ตำบลบางเป้า	40	18
11	ตำบลกันตังใต้	40	18
12	ตำบลเกาะลิบง	40	18
13	ตำบลบ่อน้ำร้อน	40	18
	รวม	520	227

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาหรือประเด็นคำถามที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยพิจารณาคำถามที่ใช้วัดครอบคลุมเนื้อหาสาระหรือความหมายทั้งหมดของตัวแปรที่ต้องการวัด โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

แบบสอบถามความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนแบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป สถานภาพของผู้กรอกข้อมูล เพศ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และการดำรงตำแหน่งในชุมชน จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงสร้างเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีจำนวน 28 ข้อระดับตามแนวทางลิเคิร์ต(Likert scale) ดังนี้

เห็นด้วย (3 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกตามข้อความนั้นโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ

ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกไม่แน่ใจตามข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นโดยสิ้นเชิง

เกณฑ์การประเมินระดับความคิดเห็นผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนความคิดเห็นแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997:174 อ้างใน ถนอมวงศ์ หาญมนตรี 2548: 48) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดและนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการแบ่งคือ 3 กลุ่ม จัดเป็นช่วงระดับคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.00	ระดับความคิดเห็นด้วยมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.67 – 2.33	ระดับความคิดเห็นด้วยปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.66	ระดับความคิดเห็นเห็นด้วยน้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 28 ข้อ สร้างเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

มีส่วนร่วมน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน
มีส่วนร่วมน้อย	ให้ 2 คะแนน
มีส่วนร่วมปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มีส่วนร่วมมาก	ให้ 4 คะแนน

มีส่วนร่วมมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การประเมินระดับการมีส่วนร่วมผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนการมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 5 ระดับโดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997:174 อ้างใน ฤกษ์มนต์ศรี 2548: 48) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดและนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการแบ่งคือ 3 กลุ่ม จัดเป็นช่วงระดับคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง
 คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างคำถามวิจัยใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาหรือประเด็นคำถามที่มีความ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยพิจารณาคำถามที่ใช้วัดครอบคลุมเนื้อหาสาระหรือความหมาย ทั้งหมดของตัวแปรที่ต้องการวัด ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย

4.1 นำคำถามที่สร้างขึ้นไปหาความตรง (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) และความครอบคลุมเนื้อหา สาระหรือตัวแปรที่ต้องการวัด

4.2 นำแบบสอบถามไปทดสอบใช้ Try out กับเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ตำบลลำภูรา อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง จำนวน 30 ราย และ นำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น ด้านความคิดเห็นเท่ากับ 0.75 และ ด้านการมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.89

4.3 นำผลที่ได้มาวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ โดยพิจารณาความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์

5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับ หัวหน้าสถานีอนามัยหรือผู้รับผิดชอบงานเมืองไทยแข็งแรงในเขตอำเภอกันตัง จังหวัด ตรัง จำนวน 20 แห่งเพื่อชี้แจงรายละเอียดแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลที่ถูกต้องในกลุ่มสมาชิก

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและสมาชิกชมรมสุขภาพในชุมชน
อาสาสมัครสาธารณสุข

5.2 แจกแบบสอบถามให้หัวหน้าสถานีอนามัยหรือผู้รับผิดชอบงานเมืองไทยแข็งแรง
ในเขตอำเภอทั้งตั้งเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ตามตำบลที่รับผิดชอบ ผู้วิจัยเก็บ
รวบรวมแบบสอบถามที่เก็บข้อมูลแล้วจากหัวหน้าสถานีอนามัยหรือผู้รับผิดชอบงานเมืองไทย
แข็งแรง ในเขตอำเภอทั้งตั้ง

5.3 ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม และนำข้อมูลมา
วิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์
ข้อมูลดังนี้

6.1 สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) เพื่อแจกแจงความถี่ของข้อมูลพื้นฐานด้าน
ปัจจัยส่วนบุคคล

6.1.1 ข้อมูลเพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ดำรงตำแหน่งในชุมชนวิเคราะห์
โดยใช้สถิติร้อยละ

6.1.2 ข้อมูล อายุ วิเคราะห์โดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

6.1.3 ระดับความคิดเห็น และระดับการมีส่วนร่วม วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและค่า
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 สถิติวิเคราะห์ (Analysis Statistics)

6.2.1 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่เพศ อาชีพ ระดับ
การศึกษาดำรงตำแหน่งในชุมชน รายได้ กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาค
ประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงใช้สถิติ Chi -Square

6.2.2 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ กับการมีส่วนร่วม
ของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและความสัมพันธ์ของความคิดเห็นต่อการ
ดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน
ทั้งภาพรวมและรายด้านด้วยสถิติสหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment
Correlation Coefficient)

เนื่องจากเป็นตัวแปรที่วัดอยู่ในระดับ Interval Scale และ Ratio Scale โดยแบ่งระดับความสัมพันธ์ จากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Billy and George , 1971 : 100 อ้างใน ขจร คำเงิน 2546 : 52)

- 0.80 – 1.00 มีความสัมพันธ์สูงสุด
- 0.60 – 0.79 มีความสัมพันธ์สูง
- 0.40 – 0.59 มีความสัมพันธ์ปานกลาง
- 0.20 – 0.39 มีความสัมพันธ์ต่ำ
- 0.01 – 0.19 ความสัมพันธ์ต่ำสุด

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง
จังหวัดตรัง

ปี 2551 ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตาราง ประกอบการบรรยาย มี
รายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคลของสมาชิก
เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
การดำรงตำแหน่งในชุมชน

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นและระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาค
ประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมของการ
ดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของความคิดเห็นกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการ
เมืองไทยแข็งแรงสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 39 ปี	85	37.5
40 - 49 ปี	99	43.6
มากกว่า 50 ปี	43	18.9
รวม	227	100.0
ค่าต่ำสุด- ค่าสูงสุด = 17 - 65 ปี	$\bar{X} = 42.54$	S.D = 7.95
เพศ		
ชาย	49	21.6
หญิง	178	78.4
รวม	227	100.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	143	63.0
มัธยมศึกษาขึ้นไป	84	37.0
รวม	227	100.0
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	190	83.7
รับจ้าง/ กิจการส่วนตัว	37	16.3
รวม	227	100.0
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5000 บาท	58	25.5
5000 - 10000 บาท	143	63.0
มากกว่า 10000 บาท	26	11.5
รวม	227	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การดำรงตำแหน่งในชุมชน		
อสม.	138	60.8
สมาชิกชมรมสุขภาพในหมู่บ้าน	47	20.7
อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	42	18.5
รวม	227	100.0

จากตาราง 4.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน พบว่ามีอายุ 40- 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมา อายุต่ำกว่า 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.4 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.0 และมีมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 37.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 63.0 รองลงมา มีรายได้น้อยกว่า 5000 บาท ร้อยละ 25.5 ในด้านการดำรงตำแหน่งในชุมชน เป็น อสม. ร้อยละ 60.8 รองลงมา เป็นสมาชิกชมรมสุขภาพในหมู่บ้าน ร้อยละ 20.7

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นและระดับการมีส่วนร่วมของการดำเนินงาน

โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงรายด้านและในภาพรวมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ประโยชน์และบทบาทของเครือข่าย	2.95	0.20	สูง
การจัดทำแผนงาน	2.85	0.36	สูง
การให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรม	2.96	0.21	สูง
การได้รับรางวัลของชุมชน	2.81	0.41	สูง
ภาพรวม	2.97	0.14	สูง

จากตาราง 4.2 พบว่าความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ในภาพรวมมีระดับในระดับสูง กล่าวคือ สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนจะมีความคิดเห็นเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อยคือ การสนับสนุนการจัดกิจกรรม ประโยชน์และบทบาทของเครือข่าย การจัดทำแผนงาน การได้รับรางวัลของชุมชน

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนจำแนกตามระดับความคิดเห็นในภาพรวมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

ระดับความคิดเห็นในภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	0	0.0
ปานกลาง	5	2.2
สูง	222	97.8
ภาพรวม	227	100

จากตาราง 4.3 พบว่า สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนส่วนใหญ่ มีระดับความคิดเห็นรวมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับสูงร้อยละ 97.8

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงรายด้านและในภาพรวม

การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน	\bar{X}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านการวางแผน ตัดสินใจ	2.41	0.62	ปานกลาง
ด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม	2.46	0.57	ปานกลาง
ด้านรับผลประโยชน์	1.99	0.79	ต่ำ
ด้านการประเมินผล	2.24	0.65	ต่ำ
ภาพรวม	2.17	0.45	ปานกลาง

จากตาราง 4.4 พบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ในภาพรวมมีระดับในระดับปานกลาง กล่าวคือ สมาชิก

เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการวางแผน ตัดสินใจ การดำเนินการ จัดกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง มีส่วนร่วมในด้านการรับผลประโยชน์และการประเมินผล ในระดับต่ำ

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง

ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	7	3.1
ปานกลาง	174	76.6
สูง	46	20.3
ภาพรวม	227	100.0

จากตาราง 4.5 พบว่า สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนส่วนใหญ่ มีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.6

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในส่วนนี้ เนื่องจากตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามีระดับการวัดต่างกันผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลใน 2 ส่วนคือ ส่วนที่ใช้ค่าสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งใช้วิเคราะห์ในกรณีที่ทั้งสองตัวแปรมีการวัดในระดับ Interval Scale ขึ้นไป และส่วนที่ใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2 -test) ซึ่งใช้วิเคราะห์ในกรณีที่ตัวแปรทั้งสองมีการวัดในระดับ Nominal Scale

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนเป็น ส่วนที่ใช้ค่าสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งใช้วิเคราะห์ในกรณีที่ทั้งสองตัวแปรมีการวัดในระดับ Interval Scale ขึ้นไป

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ กับการมีส่วนร่วมของสมาชิก เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง	
	r	p-value
อายุ	.137	.039

จากตาราง 4.6 อายุของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับต่ำสุด ($r = .137$) กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการ ดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .039$)

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง ทางสังคมและการมีส่วนร่วมของการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่าย สุขภาพภาคประชาชนเป็นส่วนใหญ่ที่ใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2 - test) ซึ่งใช้วิเคราะห์ในกรณีตัวแปรทั้งสองมีการวัดในระดับ Nominal Scale

ในกรณีที่ค่าความถี่ที่คาดหวังในเซลล์ที่มีค่าน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 การสรุปผลจะมีค่าความคลาดเคลื่อนสูง ผู้วิจัยจึงรวมค่าความถี่ในระดับที่ใกล้เคียงกันอยู่ในช่องเดียวกัน ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างเพศ กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง จะรวมการมีส่วนร่วมในระดับต่ำกับระดับปานกลางเข้าด้วยกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสรุปผลให้เหลือน้อยลง ผลการวิเคราะห์และแปลผลปรากฏดังตารางที่ 4.7 - 4.11 ดังนี้

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ ภาคประชาชน

เพศ	ระดับการมีส่วนร่วมของการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง			
	ต่ำถึงปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	35	71.4	14	28.6
หญิง	146	82.0	32	18.0
รวม	181	79.7	46	20.3

$$\chi^2 = 2.66 \quad df = 1 \quad p\text{-value} = 0.079$$

จากตาราง 4.7 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคลด้านเพศของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนกับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงพบว่าสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ส่วนใหญ่เพศหญิงมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 82 และ เพศชาย มีส่วนร่วมในการดำเนินงานระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 71.4 และระดับสูงร้อยละ 28.6 ตามลำดับและเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ระดับการศึกษา	ระดับการมีส่วนร่วมของการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	5	3.5	113	79.0	25	17.5
มัธยมศึกษาขึ้นไป	2	2.4	61	72.6	21	25.0
รวม	7	3.1	174	76.7	46	20.3

$$\chi^2 = 1.972 \quad df = 2 \quad p\text{-value} = .373$$

จากตาราง 4.8 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนกับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงพบว่า สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษาขึ้นไปมีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.0 และ 72.6 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ
ภาคประชาชน

อาชีพ	ระดับการมีส่วนร่วมของการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกรกรม	4	2.1	146	76.8	40	21.1
รับจ้าง/กิจการส่วนตัว	3	8.1	28	75.7	6	16.3
รวม	7	3.1	174	76.7	46	20.3

$$\chi^2 = 3.982 \quad df = 2 \quad p\text{-value} = .137$$

จากตาราง 4.9 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล
ด้านอาชีพ ของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนกับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
โครงการเมืองไทยแข็งแรง พบว่าสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนที่มีอาชีพ เกษตรกรรม
ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับปานกลาง
ร้อยละ 76.8 ส่วนผู้ที่มีอาชีพ รับจ้าง / กิจการส่วนตัว ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 75.7 เช่นเดียวกัน และ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระดับการมี
ส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง
พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ
ภาคประชาชน

รายได้	ระดับการมีส่วนร่วมของการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง			
	ต่ำถึงปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 5,000 บาท	40	69.0	18	31.0
5,000 – 10,000 บาท	121	84.6	22	15.4
มากกว่า 10,000 บาท	20	76.9	6	23.1
รวม	181	79.7	46	20.3

$$\chi^2 = 6.398 \quad df = 2 \quad p\text{-value} = 0.041$$

จากตาราง 4.10 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านรายได้ ของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนกับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง พบว่าสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน มีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 84.6 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทมีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 76.9 และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.041)

ในกรณีที่ค่าความถี่ที่คาดหวังในเซลล์ที่มีค่าน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 การสรุปผลจะมีค่าความคลาดเคลื่อนสูง ความสัมพันธ์ระหว่างการดำรงตำแหน่งในชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ผู้วิจัยจึงรวมกลุ่มการดำรงตำแหน่ง อสม.กับสมาชิกชมรมสุขภาพในหมู่บ้านเนื่องจากเป็นภาคประชาชนที่ไม่ใช่ผู้นำแบบเป็นทางการและรวมค่าความถี่ในระดับที่ใกล้เคียงกันอยู่ในช่องเดียวกัน และรวมการมีส่วนร่วมในระดับต่ำกับระดับปานกลางเข้าด้วยกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสรุปผลให้เหลือน้อยลง ผลการวิเคราะห์และแปลผลปรากฏดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างการดำรงตำแหน่งในชุมชนกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

การดำรงตำแหน่ง ในชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วมของการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง			
	ต่ำถึงปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อสม./สมาชิกชมรม				
สุขภาพในหมู่บ้าน	148	80.0	37	20.0
อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	33	78.6	9	21.4
รวม	181	79.7	46	20.3

$$\chi^2 = 0.043 \quad df = 2 \quad p\text{-value} = .491$$

จากตาราง 4.11 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคลด้านการดำรงตำแหน่งในชุมชน ของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนกับระดับการมีส่วนร่วมในการ

ดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง พบว่าสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ที่เป็น อสม./สมาชิกชมรมสุขภาพในหมู่บ้าน และ อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านมีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 80 และ 78.6 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการดำรงตำแหน่งในชุมชน กับระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของความคิดเห็นกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในส่วนนี้ใช้ค่าสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งใช้วิเคราะห์ในกรณีที่ทั้งสองตัวแปรมีการวัดในระดับ Interval Scale ขึ้นไป

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นรายด้านและภาพรวม กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ ภาคประชาชน

ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง	
	r	p-value
ด้านประโยชน์และบทบาทของเครือข่าย	.177	.008
ด้านการจัดทำแผนงาน	.181	.006
ด้านการให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรม	.115	.085
ด้านการได้รับรางวัลของชุมชน	.148	.026
ความคิดเห็นในภาพรวม	.124	.063

จากตาราง 4.12 ความคิดเห็นด้านประโยชน์และบทบาทของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุด ($r = .177$) กับการมีส่วนร่วมของสมาชิก

เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = .008)

ความคิดเห็นด้านการจัดทำแผนงานของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุด($r = .181$) กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = .006)

ความคิดเห็นด้านการสนับสนุนการจัดกิจกรรมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุด ($r = .115$) กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคิดเห็นด้านการได้รับรางวัลของชุมชน สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุด($r = .148$) กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0 .05 (p-value = .026)

ความคิดเห็นในภาพรวมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุด ($r = .124$) กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง ของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง เป็นการศึกษาความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง ที่ได้ดำเนินกิจกรรม ในทุกหมู่บ้าน ของอำเภอกันตังมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 จนถึงปัจจุบัน โดยสามารถสรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของสมาชิก เครือข่ายสุขภาพ ภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง

1.1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความคิดเห็น กับการมี ส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาค ประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตาม โครงการสานใจคนกันตังแข็งแรงสู่เมือง ไทย แข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – 2550 ประกอบไปด้วย อาสาสมัคร สาธารณสุข สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพใน ชุมชน จำนวน 520 คน กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร โดยใช้สูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1973:725) ที่ความคลาดเคลื่อนการสุ่มไม่เกิน ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน ในการสุ่มตัวอย่างวิจัยครั้งนี้และนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ไปหาสัดส่วนแต่ละตำบลและ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากตัวอย่างแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของตำบลซึ่งเป็นประชากรในการวิจัย

เครื่องมือใช้การวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถามความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมใน การดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนแบ่งเป็น 3

ตอนคือข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 และการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาเพื่อแจกแจงความถี่ของข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความคิดเห็น และระดับการมีส่วนร่วม และ ใช้สถิติวิเคราะห์ (Analysis Statistics) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงใช้สถิติ Chi-Square และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความถี่ต่อการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนด้วยสถิติสหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

2. ผลการวิจัย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีอายุ 40- 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาอายุต่ำกว่า 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.4 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.0 และมีมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 37.0 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 63 รองลงมามีรายได้น้อยกว่า 5000 บาท ร้อยละ 25.6 ในด้านการดำรงตำแหน่งในชุมชนเป็น อสม. ร้อยละ 60.8 รองลงมาเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพในหมู่บ้าน ร้อยละ 20.7

2.2 ระดับความคิดเห็นในภาพรวมและรายด้านของในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน มีระดับความคิดเห็นรวมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.8 ($\bar{X} = 2.97$, S.D. = 0.14) และความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ในการสนับสนุนการจัดกิจกรรม ประโยชน์และบทบาทของเครือข่าย การจัดทำแผนงาน การได้รับรางวัลของชุมชนอยู่ในระดับสูงทั้งหมด

2.3 ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมและรายด้านของในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7 ($\bar{X} = 2.17$, S.D. = 0.45) และการมีส่วน

ร่วมในการดำเนินการวางแผน ตัดสินใจ การดำเนินการจัดกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมในด้านการรับผลประโยชน์และการประเมินผลในระดับต่ำ

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมของการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

2.4.1 อายุของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุด ($r = .137$) กับการคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ($p\text{-value} = .039$)

2.4.2 เพศกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าเพศกับระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงพบว่าจะไม่มีความสัมพันธ์กัน

2.4.3 ระดับการศึกษา กับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนเมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าระดับการศึกษา กับระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง พบว่าจะไม่มีความสัมพันธ์กัน

2.4.4 อาชีพกับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าอาชีพกับระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง พบว่าจะไม่มีความสัมพันธ์กัน

2.4.5 รายได้กับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่ารายได้ กับระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} = 0.041$)

2.4.6 การดำรงตำแหน่งในชุมชนกับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง ของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนเมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การดำรงตำแหน่งในชุมชน กับระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

2.5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นรายด้านกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ความคิดเห็นด้านประโยชน์และบทบาทของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุด ($r = .177$) กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ ($p\text{-value} = .008$)

ความคิดเห็นด้านการจัดทำแผนงานของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุด ($r = .181$) กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ ($p\text{-value} = .006$)

ความคิดเห็นด้านการสนับสนุน การจัดกิจกรรมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

ความคิดเห็นด้านการได้รับรางวัลของชุมชน สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำสุด ($r = .148$) กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ($p\text{-value} = .026$)

2.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นในภาพรวมกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ ความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

3. อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม เป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ สมาชิกอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอำเภอ กันตัง จังหวัด ตรัง จำนวน 227 คน ซึ่งการอภิปรายผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอตามประเด็นที่สรุปผลการวิจัยดังนี้

3.1 ระดับความคิดเห็นในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีระดับความคิดเห็นรวมอยู่ในระดับสูง และความคิดเห็นของ

สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง ในด้านในการสนับสนุนการจัดกิจกรรม ประโยชน์และบทบาทของเครือข่าย การจัดทำแผนงาน การได้รับรางวัลของชุมชนอยู่ในระดับสูงทั้งหมด อาจเนื่องมาจากการดำเนินงาน โครงการสานใจ คนกันดั้มแข็งแรง มีการจัดเวทีชาวบ้านเวทีสุขภาพ เพื่อระดมความคิดเห็นและแสวงหาการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม.สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในการมีส่วนร่วมดำเนินงานสร้างสุขภาพ สร้างความเข้าใจร่วมกันในแนวการปฏิบัติงานให้บรรลุหมู่บ้านและตำบลแข็งแรงและสรุปผลการจัดเวทีชาวบ้านเวทีสุขภาพนำเสนอฉากทัศน์(Scenario) ตำบลแข็งแรง ซึ่งอาจจะส่งผลถึงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงมีระดับความ

คิดเห็นรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งจะเป็นจุดที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงและวางแผน โยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้เป็นแนวทางที่ตรงกับความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริงในปิงปประมาณต่อไป ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู คุปต์ชัยเรีร และคณะ (2545) พบว่า ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมีทัศนคติที่ดีต่อการบริหารงานในองค์การบริหารส่วนตำบล ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภักพล ชะบากาญจน์ (2548) ผลการศึกษาพบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขจร คำเงิน (2546) ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง และ ถนอมวงศ์หาญมนตรี (2548) พบว่าด้านทัศนคติหลังเข้ากระบวนการสื่อสารเกี่ยวกับ โครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ทั้งที่การศึกษาอื่นอาจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม

3.2 ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากสมาชิกเครือข่ายสุขภาพยังไม่ค่อยมีความเข้าใจถึงบทบาทของตนเอง ส่วนในด้านรับประโยชน์ที่ได้รับในบางกรณีอาจเป็นการได้รับประโยชน์ทางอ้อมที่ไม่ชัดเจนในการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุขภาพ สภาพความแตกต่างของคนในพื้นที่ การเข้าไปประสานงาน โดยเจ้าหน้าที่แต่ละท่านที่แตกต่างกันดังนั้นการใช้กลยุทธ์เสริมสร้างการมีส่วนร่วมมาเป็นหัวใจหลักของกระบวนการในภาคประชาชนทั้งในส่วนของประชาชนและส่วนขององค์กรในชุมชน กลยุทธ์นี้เป็นการมุ่งสร้างโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานแบบหุ้นส่วน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ส่วนการทำและร่วมเรียนรู้ด้วยการประเมิน และปรับแนวทางให้เหมาะสมในบริการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประภา วัฒนชีพ (2547) พบว่าการมีส่วนร่วมของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมแก้ไขในระดับปานกลาง และ ภัคพล ชะบากาญจน์ (2548) พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานการพัฒนาท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญเทียม อังสวัสดิ์ (2542) ผลการวิจัยพบว่า สภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย และสนิท องค์กรสารา (2546 : 44) พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์ เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ

3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

3.3.1 ปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคลของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

อายุ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง จากการศึกษาเอกสารต่างๆด้านการมีส่วนร่วมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับอายุ พบว่า ความแรงใจผู้ที่มีสถานภาพสูงกว่าและการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดจากพื้นฐานที่จะต้องมีความพร้อมที่จะเข้าร่วม ดังนั้นอาจทำให้ผู้ที่มีอายุมาก มีวิสัยทัศน์และความพร้อมมากจึงมีส่วนร่วมในโครงการมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชวนพิศ มหาพรหม (2544 : 105) พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของประเมษฐ์ กิ่งโก้และคณะ (2545) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์ฯ และ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทิมา ลิมหั้น (2543 : 74) ซึ่งพบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ชูศรี เสรีรักษ์ (2544 : 74-76) ซึ่งพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในการดำเนินงานโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ และ สนิท องค์กรสารา (2546 : 44) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง

เพศ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อาจเนื่องจาก ความเป็นเพศชายหญิงต่างก็มีส่วนร่วมในพัฒนาได้เหมือนกัน โดยไม่แยกเพศชาย หญิง การมีส่วนร่วมของชุมชนส่วนหนึ่งจะมาจากการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนที่เข้ามาเป็นตัวผลักดันให้เกิดความเข้มแข็ง ความร่วมมือของชุมชนเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทิมา ลิมหั้น (2543 : 73) ซึ่งพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกัน โรคอุจจาระร่วง

จังหวัดตรัง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ชูศรี เสรีรักษ์ (2544 : 74) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในการดำเนินงาน โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรังและ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสนิท องค์กรา (2546 : 44) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง

ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง อาจจะเป็นไปได้ว่าในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นการดำเนินงานจากแนวความคิดเสริมพลังชุมชนในการสร้างสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กร ชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำและสนับสนุนองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพทั้งในระดับบุคคล ไปจนถึงชุมชน ส่งเสริมให้มีการบริหารจัดการภายในชุมชน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากสมาชิกในชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ส่งผลให้ชุมชนมีความสามารถในการจัดการ แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการเรียนรู้ไปพร้อมกันจึงทำให้การวิจัยพบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชวนพิศ มหาพรหม (2544 : 105) พบว่าการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนใน โครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชูศรี เสรีรักษ์ (2544 : 74) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในการดำเนินงาน โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทิมา ลิ้มหัน (2543 : 75) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรค อูจจาระร่วง จังหวัดตรัง ภัคพล ชะบาคาญจน์ (2548) พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นที่แตกต่างกัน และผลการศึกษาของสนิท องค์กรา (2546 : 44) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง

อาชีพ พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง การเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างสุขภาพเป็นการสร้างความตระหนักด้านการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนซึ่งดำเนินกิจกรรมในชุมชนที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพ จึงอาจจะไม่ได้เข้ามามีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ

ภาคประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชูศรี เสรีรักษ์ (2544 : 75) ซึ่งพบว่า อาชีพไม่มี ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในการดำเนินงาน โครงการหนึ่งผลิตภัณฑ์ หนึ่งตำบล อำเภอเมือง จังหวัดตรังแต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของปรเมษฐ์ กิ่งโก้และคณะ (2545) พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์ฯและผลการศึกษา ของสนิท องค์กรสารา (2546 : 44) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อ การอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง

รายได้ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่าย สุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็น ปัจจัยซึ่งเป็นคุณลักษณะภายในของบุคคลและกลุ่มบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม พบว่าทั้งผู้ที่มี รายได้สูง รายได้ปานกลาง มีแนวโน้มในการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพในระดับสูง น้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำอาจจะเป็นเพราะว่าสมาชิกเครือข่ายสุขภาพที่มีรายได้มากมีภาระกิจด้าน อาชีพมากทำให้เข้ามามีส่วนร่วมใน โครงการน้อยกว่า ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูศรี เสรีรักษ์ (2544 : 75) ซึ่งพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มกิจกรรม ในการดำเนินงาน โครงการหนึ่งผลิตภัณฑ์หนึ่งตำบล อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาของ ชวนพิศ มหาพรหม (2544 : 105) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ใน โครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเองและวิชาชีพ ปิยนนทยา (2545) พบว่า รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนให้เป็น ประชาคมท้องถิ่นและผลการศึกษาของ สนิท องค์กรสารา (2546 : 44) ซึ่งพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่าพื้นที่เขต ห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง

การดำรงตำแหน่งในชุมชน พบว่า การดำรงตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทย แข็งแรง ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง อาจเนื่องจาก การดำเนินกิจกรรมสานใจคนกันตั้งแข็งแรงเป็นการแสวงหาความร่วมมือจากทุกส่วนในสังคมไม่ เฉพาะแต่ผู้ที่ดำรงตำแหน่งในชุมชนแบบเป็นทางการเท่านั้นและสมาชิกเครือข่ายสุขภาพที่เข้า มาร่วมในโครงการนอกจากผู้นำแบบทางการแล้ว อสม.และสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพเป็นผู้ที่มี บทบาทและความสนใจด้านสุขภาพทำให้การมีส่วนร่วมพอๆกับผู้นำแบบทางการ สอดคล้องกับผล การศึกษาของ วิชาชีพ ปิยนนทยา (2545) พบว่า การดำรงตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการ พัฒนาชุมชนให้เป็นประชาคมท้องถิ่น แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเบญจมาศ เรืองดิษฐ

(2546 : บทคัดย่อ) พบว่า ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรองรับคุณภาพ

3.4 ความสัมพันธ์ของความคิดเห็นกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ความคิดเห็นด้านประโยชน์และบทบาทของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อาจจะเป็นเนื่องจากเครือข่ายสุขภาพได้ผ่านกระบวนการในการทำเวทีสุขภาพมีการปรับกระบวนการทัศนเพื่อให้เกิดมุมมองด้านการมีสุขภาพดีมาแล้วและในการสร้างการมีส่วนร่วม ความรู้สึกนึกคิด รวมทั้งการได้รับการได้รับประโยชน์และมีบทบาทในการดำเนินงานเป็นปัจจัยซึ่งเป็นคุณลักษณะภายในของบุคคลและกลุ่มบุคคลที่มีผลต่อกลยุทธ์เสริมสร้างการมีส่วนร่วม เป็นการมุ่งสร้าง โอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานแบบหุ้นส่วน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และเป็นการสร้างความเข้มแข็งเพิ่มหรือให้ภาคประชาชน กลยุทธ์นี้เริ่มจากการเตรียมคนให้พร้อม การจัดกระบวนการสู่การเป็นประชาคมและเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์และคณะ (2545)พบว่าทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

ความคิดเห็นด้านการจัดทำแผนงานของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อาจเนื่องจากการดำเนินงานโครงการมีการให้แนวคิดในการปฏิบัติสู่การมีสุขภาพดีการแจ้งข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่ให้สมาชิกเครือข่ายสุขภาพทราบจึงทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงตั้งแต่การกำหนด โครงการ จนดำเนินการ โครงการ การตัดสินใจที่จะเข้าร่วมกันระหว่างประชาชนและผู้ออกแบบโครงการปัญหาและประเด็นต่าง ๆ จะถูกแก้ไขโดยการเจรจาต่อรอง และการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างเสรี มีการร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรมระหว่างผู้ได้รับประโยชน์และผู้มอบโครงการเช่น การประสานงาน และการดำเนินโครงการให้มีความสำเร็จ การฟังและพิจารณา ความคิด ความเห็น ข้อเสนอแนะและความรู้สึกของประชาชนมีน้ำหนักในกระบวนการตัดสินใจ ประชาชนจะมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของปรเมษฐ์ กิ่งไก่อและคณะ(2545) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในศูนย์ได้แก่ การพัฒนาโดยรวม การวางแผน

ความคิดเห็นด้านการสนับสนุน การจัดกิจกรรมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง อาจจะเป็นเพราะการจัดกิจกรรม การหาเจ้าภาพในการดำเนินงานสร้างสุขภาพในชุมชนสมาชิกเครือข่ายอาจจะยังคงมีแนวคิดว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่เพียงด้านเดียวและอาจจะไม่เข้าใจถึงการสนับสนุน การจัดกิจกรรมในการสร้างสุขภาพประชาชนสามารถร่วมกันจัดการเองและให้การสนับสนุนได้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประภาส จิตตาศิรินุวัตรและคณะ (2545) พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบองค์รวมทำให้ค่าเฉลี่ยความซุกซมของถูกน้ำขุ่นภายในหมู่บ้านทดลองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับหมู่บ้านควบคุมและเพลินพิศ ฐานิวัฒนา นนท์และคณะ (2545) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้แก่ทัศนคติ

ความคิดเห็นด้านการได้รับรางวัลของชุมชน สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง อาจเป็นเพราะในการประเมินหมู่บ้านตามตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรงของอำเภอกันตังได้มีการมอบรางวัลที่เป็นสิ่งของใช้ในการสร้างสุขภาพให้แก่ชุมชนหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรงและในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ กลยุทธ์การระดมทรัพยากรเพื่อสร้างสรรค์สุขภาพชุมชน ทรัพยากรหรือทุน ทั้งในส่วนที่เป็นทุนทางสังคมและเป็นเงินล้วนแต่มีความสำคัญในการพัฒนาทั้งในแง่การจัดกระบวนการแก้ไขปัญหาและการดูแลสร้างความยั่งยืน กลยุทธ์วางเป็นทิศทางในการจัดหาและจัดสรรทรัพยากร เพื่อการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม เป็นการเสริมสร้างทุนที่ยั่งยืนซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัชชัย ปิยนนทยา(2545) พบว่าการจูงใจให้ได้รับประโยชน์จาก โครงการของชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นในภาพรวมกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพในภาพรวม พบว่า ความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงอาจเนื่องจากความคิดเห็นต่อโครงการบางด้านมีความสัมพันธ์และบางด้านไม่มีความสัมพันธ์เมื่อนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมจึงไม่พบความสัมพันธ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของวาณี แสนมหาชัย(2542) พบว่า ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐานและ สมภพ แก้วชนะ (2542) ได้ศึกษาการยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบราชการ กรณีศึกษา โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชน

4. ข้อเสนอแนะ

4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

4.1.1 จากผลการศึกษาความคิดเห็นในภาพรวมของในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง อยู่ระดับสูงทุกด้านส่วนการมีส่วนร่วมในภาพรวมของในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องต้องพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดว่าจะดำเนินการ โดยวิธีใดที่จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในงานสาธารณสุขในด้านการดำเนินงานสร้างสุขภาพในโครงการเมืองไทยแข็งแรง เพราะในความคิดเห็นอยู่ในระดับที่คืออยู่แล้วสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการมีส่วนร่วมให้สูงขึ้น

4.1.2 จากผลการศึกษาที่พบว่าการมีส่วนร่วมในภาพรวมของ เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลางจะต้องพัฒนาและเพิ่มกลวิธีในการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนให้มากขึ้นในข้อที่พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในระดับที่ต่ำ จากการวิเคราะห์รายชื่อในภาคผนวกได้แก่

1) การมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านการสร้างสุขภาพตามตัวชี้วัดโครงการเมืองไทยแข็งแรงกับคนในชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งควรจะมีชี้แจงให้สมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนได้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้ด้านการสร้างสุขภาพ และให้สมาชิกเครือข่ายได้ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองให้ชัดเจนและแนะนำวิธีการปฏิบัติในการให้ความรู้กับคนในชุมชนให้ได้รับประโยชน์เพิ่มมากขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพ

2) การมีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบการจำหน่าย สุรา / บุหรี่ให้แก่เยาวชนจากร้านค้าในชุมชนควรมีการกำหนดเข้าภาพและบทบาทหน้าที่ที่สามารถปฏิบัติได้ของผู้ที่ทำหน้าที่ออกไปติดตามตรวจสอบให้กับสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ อธิบายให้เข้าใจถึงความสำคัญของการเข้ามามีส่วนร่วมในการออกไปติดตามตรวจสอบและชี้แจงถึงประโยชน์ที่จะได้รับที่จะเกิดกับเยาวชนที่เป็นลูกหลานในชุมชนด้านการควบคุมป้องกันยาเสพติดในชุมชน

3) การมีส่วนร่วมจัดหาทุน/วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินหมู่บ้านตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน ในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง อาจจะต้องมีการชี้แจงถึงแผนปฏิบัติงานในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงร่วมกับสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนเพื่อกำหนดกิจกรรมร่วมกันและชี้แจงถึงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนที่สามารถช่วยจัดหาทุน/วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงเช่น ท่านที่เป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้ที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดหาทุน/วัสดุอุปกรณ์ใน

ด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้โดยการนำเสนอแผนงานด้านการสร้างสุขภาพจากชุมชนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณหรือวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินหมู่บ้านได้

4) การมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อแทนเป็น โลห์รางวัลและเกียรติบัตรในการดำเนินหมู่บ้านตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงอาจจะต้องชี้แจงให้ทราบถึงข้อจำกัดที่สมาชิกเครือข่ายทุกคนอาจจะไม่ได้ไปรับรางวัลที่ผ่านมาจะเป็นผู้แทนที่เข้าไปรับรางวัล แต่รางวัลและเกียรติบัตรที่ได้รับมานั้นเป็นผลงานของสมาชิกเครือข่ายทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานประสบความสำเร็จ

5) การมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อแทนเป็นสิ่งของ เช่น เครื่องเสียงการออกกำลังกาย, เครื่องวัดความดันโลหิต และ เงินรางวัล ในการดำเนินหมู่บ้านตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง อาจจะต้องชี้แจงให้สมาชิกทราบถึงข้อจำกัดที่สมาชิกเครือข่ายทุกคนอาจจะไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการไปรับสิ่งของตอบแทน เงินรางวัล แต่สามารถมีส่วนร่วมในการใช้สิ่งของ เงินรางวัลที่ได้รับให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของคนทุกคนในชุมชนได้

6) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านแข็งแรงตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงอาจจะต้องชี้แจงให้สมาชิกเครือข่ายทราบถึงขั้นตอนในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มจนถึงขั้นตอนการประเมินผลเพื่อให้สมาชิกเครือข่ายได้ทราบถึงความสำคัญของการประเมินผลเพื่อจะทราบถึงผลงานที่เกิดขึ้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงเพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินงานของชุมชนในปีต่อไป

7) การมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงในการดำเนินงานหมู่บ้านแข็งแรงตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง ในการดำเนินงานครั้งต่อไปควรมีการนำเสนอปัญหาอุปสรรคโดยผู้เข้าร่วมดำเนินงานทุกคนและร่วมกันให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งต่อไปให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

8) การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านแข็งแรงตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในการดำเนินงานครั้งต่อไปควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่สมาชิกเครือข่ายที่ชัดเจนเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อพบปัญหาและอาจจะต้องมีการประชุมเพื่อติดตามการดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สมาชิกเครือข่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา/อุปสรรค

4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

4.2.1 ศึกษาปัจจัยด้านใดบ้างที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

4.2.2 ศึกษาวิจัยถึงรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมที่ทำให้สมาชิกเครือข่าย
สุขภาพภาคประชาชนเข้ามามีส่วนในการดำเนินงานพัฒนาตามตัวชี้วัดเป็นรายด้าน ตามตัวชี้วัดของ
โครงการเมืองไทยแข็งแรง 6 อ. คือ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคนยา อนามัยสิ่งแวดล้อม
อบายมุขที่จะส่งผลให้ประชาชน ในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น

4.2.3 ศึกษาวิจัยในเรื่องเดียวกันนี้ในพื้นที่แต่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อ
นำมาเปรียบเทียบและจัดทำเป็นผลสรุปร่วมกันเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาบทบาทของสมาชิก
เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2547) *พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง ภาคชนบท*
กรุงเทพมหานคร สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
- กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย (2539) *คู่มือการเตรียมชุมชนแบบมีส่วนร่วมตาม*
โครงการแก้ไขปัญหาคความยากจน กรุงเทพมหานคร หจก.บางกอกบลิ๊อค
- กระทรวงสาธารณสุข (2548) “*แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง ปี 2549*”(เอกสารสำเนา)
- ขจร คำเงิน (2546) “*ความรู้ ความคิดเห็นและกระบวนการบริหารงบประมาณสาธารณสุขมูล*
ฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ขวัญชัย วงศ์นิติกร (2532) “*ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของผู้ที่อาศัย ใน*
เขตหมู่บ้านจัดสรรชานเมือง ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านจัดสรรเทพประทานอำเภอ
บางกรวย จังหวัดนนทบุรี กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตร
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ฉอ้าน วุฒิภักดิ์รักษา (2526) “*ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ*
ประชาชนในโครงสร้างงานชนบท ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการที่ได้รับรางวัลดีเด่น
ของตำบลทุ่งพยอม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- จรรุญ มีชนอนและนิตยา เพ็ญศิริรักษา (2544) “*การจัดการของชุมชนเพื่อการพัฒนางาน*
สาธารณสุข”ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข*
หน่วยที่ 13 หน้า 92 – 124 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
บัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- จันทิมา ลิ้มหัน (2543) “*การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระ*
ร่วงจังหวัดตรัง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527) *การบริหารงานพัฒนาชนบท กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์*
- ชัชฌพงษ์ สุวรรณ (2540) “*การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการบริหารการปกครองท้องถิ่น*
รูปแบบเทศบาล : ศึกษากรณีเทศบาลนครศรีธรรมราช. ปัญหาพิเศษทาง
รัฐประศาสนศาสตร์” บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- ชวนพิศ มหาพรหม(2544) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง
กรณีศึกษา อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล” สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ชูศรี เสรีรักษ์ (2544) “การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในการดำเนินงานโครงการหนึ่ง
ตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ : กรณีศึกษากลุ่มกิจกรรมอำเภอเมือง จังหวัดตรัง”
สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ถนอมวงศ์ หาญมนตรี (2548) “ความรู้ ทัศนคติและทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับโครงการ
เมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร” วิทยานิพนธ์ปริญญา
นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ทรงกรด กู้ทอง (2545) “ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของราษฎรท้องถิ่นต่อการจัดการ
ทรัพยากรป่าไม้ในพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์ป่า อ่างเก็บน้ำ บางพระ จังหวัดชลบุรี
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(การบริหารทรัพยากรป่าไม้)”
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ทองเกียรติ เจริญวงศ์เพชร (2545) “ความคิดเห็นของพนักงานบริษัทกระบือองหลังคาชีแพค
จำกัด ต่อการติดต่อสื่อสารภายในบริษัท” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
(รัฐศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ดิเรก ฤกษ์ห่วย (2527) *การพัฒนาชนบท* กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานครพิมพ์ 68
- บุญเทียม อังสวัสดิ์ (2542) “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานของศูนย์อบรมเด็กก่อน
เกณฑ์ในวัด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
(บริหารการศึกษา) สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ (2542) *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย
พิมพ์ครั้งที่ 5* กรุงเทพมหานคร เจริญศิริการพิมพ์
- เบญจมาศ เรืองศิษฐ (2546) “การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรองรับคุณภาพโรงพยาบาลของ
บุคลากรในโรงพยาบาลสงขลา” สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประภา วัฒนชีพ (2547) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรี”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

- ประกาศ จิตตาศิริวัตรและคณะ (2545) “การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบองค์รวมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษา อำเภอละแม จังหวัดชุมพร” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 11,5 (กันยายน – ตุลาคม) : 645 – 657
- ประเมษฐ์ กิ่งโก้ และคณะ (2545) “การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาเด็กวัยเตาะแตะ อำเภอสุมาลัย จังหวัด สกลนคร” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 11, 6 (พฤศจิกายน – ธันวาคม) : 819 – 826
- ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2544) *กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง พิมพ์ครั้งที่ 8* ขอนแก่น โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- ธวัชชัย ปิยนนทยา (2545) “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนให้เป็นประชาคมท้องถิ่น” วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ เพื่อการพัฒนา ค้นคืนวันที่ 20 มกราคม 2551 เวลา จาก [http://dit.dru.ac.th/home/005/abs/Thawat chai_Bi_absTh.doc](http://dit.dru.ac.th/home/005/abs/Thawat%20chai_Bi_absTh.doc)
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย* กรุงเทพฯ ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- นิพัทธ์เวช สืบแสง (2526) “การมีส่วนร่วมของชาวเขาในการพัฒนา” *ข่าวสารศูนย์วิจัยชาวเขา* (กรกฎาคม – กันยายน) หน้า 10
- ภักพล ชะบากาญจน์ (2548) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลลานสกา อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช” วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- พัฒน์ บุญรัตน์พันธ์ (2517) *การสร้างพลังชุมชนโดยกระบวนการพัฒนาชุมชน* สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช
- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์และคณะ (2545) “รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเป็นไปได้อย่างได้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา” คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) *นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาในปัจจุบัน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล*

- ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531) “การมีส่วนร่วมของประชาชน” วารสารพัฒนาชุมชน 27,2
(กุมภาพันธ์) : 25-28
- วาณี แสยมหาชัย (2542) “คุณลักษณะส่วนบุคคล ทักษะคติและแรงกดดันทางสังคมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์บริหารการพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วรรณภา พึ่งผดุงและคณะ (2549) “รายงานข้อมูลสถานะการณ์การใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ในการกำหนดนโยบายสุขภาพ ยุทธศาสตร์สร้างคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ด้านสาธารณสุข” (เอกสารอัดสำเนา)
- รวรรณ ใหญ่มาก (2548) “การเสริมพลังชุมชนในการสร้างสุขภาพของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโรงพยาบาล 4 ภาค ของประเทศไทย” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ราชบัณฑิตยสถาน (2526) ปทานุกรมสังคมวิทยา กรุงเทพมหานคร ดอกหญ้า
- เรณู คุปต์ชัยเชียร (2545) “ความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติและการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการบริหารงานในองค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ค้นคืนวันที่ 20 มกราคม 2551 จาก [http:// opac.lru.ac.th](http://opac.lru.ac.th)
- เสถียร จิรรังสิมันต์ (2549) ความรู้เกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย ค้นคืนวันที่ 22 มิถุนายน 2551 จาก [http:// nesac.go.th](http://nesac.go.th)
- เสน่ห์ จามริก และคณะ (2524) นโยบายในการพัฒนาชนบทไทย กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2550) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 - พ.ศ.2555 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สนิท องค์กรา(2546) “การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่า พื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์เขาน้ำพราย จังหวัดตรัง” สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์ มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สมภพ อาจชนะศึก (2542) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบราชการ กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สุวรรณมา ศาคร (2543) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ : กรณีศึกษาอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ” ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง (2522) “ลักษณะวิชาทฤษฎีและหลักการพัฒนาชนบท 2” (อัดสำเนา)
- อำพล สัมฤทธิ์ (2548) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก:ศึกษากรณีอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง”(เอกสารอัดสำเนา)
- Good C.V.(1973) *Dictionary of Education* New York :Mc Graw- Hill Book .
- Kolasa ,Blasa J. (1969). *Introduction to Behavior Science for Business*. New York : Jhon Wiley
- Morgan,C.T. and R.A.(1971) *king Introduction of Psychology* 4 th ed. Tokyo.Mc Graw-Hill Kongakusham.
- Parsons,Talcott and Shills Edward A.(Editors) (1951) *Toward a General Theory of Action*. New York : Harper and Row
- Remmers,H.H.,H.L.Gage and j. (1965) *Francis.Practical Introduction to Measurement and Evaluation*. 2nd ed New York:Harper & Row.
- Rogers, Everett M. and Shoemaker,Floyed F. (1971) *Communication and Innovation : A Cross Cultural Approach*. 2nd ed. New York : The Free Press
- Shaw,M.E. and J.E. Wright.(1967) *Scale for the Measurement of Attitude*. New York : Mc Graw-Hill Book .
- Webster , New . (1974) *New Webster's Dictionary*. 2nd ed. New York : Simon & Schuster.
- World Health Organization. (1981) “Global Strategy for Health for All by the Year 2000”. Health for All. Series No.30. Geneva : WHO
- Yamane, Taro. (1973). *Statistics : an Introductory Analysis*. Tokyo : Harper International Edition

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์ศกร เนตรแสงทิพย์

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันตัง

ผู้อำนวยการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง

วุฒิการศึกษา แพทย์ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. นายอำพล สัมฤทธิ์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 7 สถานที่ปฏิบัติงาน สสอ.กันตัง

รับผิดชอบงาน เมืองไทยแข็งแรง และ งานสุขภาพภาคประชาชน ระดับอำเภอ

วุฒิการศึกษา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. นายปรีชา ถิ่นนัยธร

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 7 สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านตะเคียนหลบฟ้า

รับผิดชอบงาน โครงการสานใจคนกันตังแข็งแรงสู่เมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัด ตรัง

วุฒิการศึกษา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

4. นายพุทธพงษ์ บุญชู

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 7 สถานที่ปฏิบัติงาน สสอ.เมือง

รับผิดชอบงาน เมืองไทยแข็งแรง และ งานสุขภาพภาคประชาชน ระดับอำเภอ

วุฒิการศึกษา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

5. นางชัชনী ระยา

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 7 สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านนาเกลือใต้

รับผิดชอบงาน งานเมืองไทยแข็งแรง และ งานสุขภาพภาคประชาชน ระดับตำบล

วุฒิการศึกษา คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาราช

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการ
ดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานกิจกรรมตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับหมู่บ้านของอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านช่วยตอบแบบสอบถามนี้ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านเพื่อจะนำผลไปใช้ประโยชน์ดังกล่าวและขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบให้ทั้งหมดจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานกิจกรรมตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับหมู่บ้าน จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานกิจกรรมตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับหมู่บ้าน 28 ข้อ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาว ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช

ผู้วิจัย

เลขที่แบบสอบถาม □□□

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพสมาชิกภาคประชาชน
ในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนข้อมูลทั่วไปมี 6 ข้อ โปรดเติมคำในช่องว่างหรือ ทำเครื่องหมาย / ลง
ใน ตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านมีอายุปี
2. เพศ
 - ชาย
 - หญิง
3. ระดับการศึกษา
 - 1. ประถมศึกษา
 - 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 - 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.
 - 4. อนุปริญญา/ปวส.
 - 5.ปริญญาตรี
 - 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพของท่าน
 - 1. ทำเกษตรกรรม บนที่ดินของตนเอง
 - 2. รับจ้างทำสวน
 - 3. รับจ้างทำงานในโรงงาน/สถานประกอบการ
 - 4. กิจการส่วนตัว (ร้านอาหาร,ร้านเสริมสวย,ร้านตัดเย็บเสื้อผ้า)
 - 5. ค้าขาย
 - 6. ประมง
 - 7. อื่นๆระบุ.....

5. รายได้ต่อเดือนของครอบครัวของท่าน

- 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท
- 2. 5,000- 10,000 บาท
- 3. มากกว่า 10,000 บาท

6. การดำรงตำแหน่งในชุมชน

- 1. อสม.
- 2. อบต.
- 3. กำนัน
- 4. ผู้ใหญ่บ้าน
- 5. สมาชิกชมรมสุขภาพในหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการ

การเมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงานโครงการการเมืองไทยแข็งแรงมี 28 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ช่องข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวในการดำเนินงานโครงการการเมืองไทยแข็งแรงของชุมชนของท่าน

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
ความคิดเห็นต่อประโยชน์และบทบาทของสมาชิกเครือข่าย			
1. ท่านคิดว่า โครงการการเมืองไทยแข็งแรงเป็น โครงการที่มีประโยชน์ต่อชุมชน			
2. ท่านคิดว่ากิจกรรมของ โครงการการเมืองไทยแข็งแรงเป็นกิจกรรมการสร้างสุขภาพให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง			
3. ท่านเป็นบุคคลสำคัญที่จะส่งเสริมให้หมู่บ้านของท่านเป็นหมู่บ้านแข็งแรงตามเป้าหมาย โครงการการเมืองไทยแข็งแรง			
4. ท่านคิดว่าทุกคนในชุมชนมีความสำคัญในการช่วยกันดูแลสุขภาพคนในชุมชนตามเป้าหมาย โครงการการเมืองไทยแข็งแรง			
5. ท่านคิดว่าคนในชุมชนได้รับประโยชน์จากการที่หมู่บ้านของท่านดำเนินงานกิจกรรมสร้างสุขภาพใน โครงการการเมืองไทยแข็งแรง			
6. ในบทบาทของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ท่านคิดว่าต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้คน ในชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง			
ความคิดเห็นต่อการจัดทำแผนงาน			
7. ท่านคิดว่าหมู่บ้านของท่านจะเป็นหมู่บ้านแข็งแรงตามเป้าหมายโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้ต้องมีการจัดทำแผนงานสร้างสุขภาพจากเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน			
8. ท่านคิดว่าความร่วมมือในการจัดทำแผนงานสร้างสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้หมู่บ้านของท่านเป็นหมู่บ้านแข็งแรง			
9. ท่านคิดว่าการทำงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงคนในชุมชนต้องเข้ามา ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและวางแผนการทำงาน			

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
ความคิดเห็นต่อการให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรม			
10. ท่านเป็นผู้นำและส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนของท่านเลือกซื้ออาหารสดจากร้านค้าที่จำหน่ายอาหารปลอดภัย			
11. ท่านเป็นผู้แนะนำและส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนของท่านเลือกซื้ออาหารจากร้านอาหาร/แผงลอยมีป้ายสัญลักษณ์ อาหารสะอาดรสชาติอร่อย			
12. ท่านคิดว่าการออกกำลังกาย เต็มรูปแบบ ได้ประโยชน์สูงสุดคือ ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30 นาที			
13. ท่านเป็นผู้นำและส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนของท่านออกกำลังกาย โดยการเล่นกีฬาเช่น ฟุตบอล เต้นแอโรบิก เป็นประจำ			
14. ท่านเป็นผู้นำในการสนับสนุนการจัดกิจกรรมชมรมออกกำลังกาย			
15. ท่านเป็นผู้ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ			
16. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ			
17. ท่านเป็นผู้ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมชมรมต่อต้านยาเสพติด ทู บี นัมเบอร์ วัน ในกลุ่มวัยรุ่นในชุมชน			
18. ท่านร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมชมรมต่อต้านยาเสพติด ทู บี นัมเบอร์ วัน ในกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนทุกครั้งเมื่อมีโอกาส			
19. ท่านเป็นผู้ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก			
20. ท่านเป็นผู้ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมพ่นหมอกควันเมื่อมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก			
21. ท่านเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลายช่วยป้องกันโรคไข้เลือดออก			
22. ท่านเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมพ่นหมอกควันเมื่อมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก			

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
23. ท่านเป็นผู้ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมวัดความดันโลหิต คัดกรองเบาหวาน ตรวจมะเร็งเต้านม			
24. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมวัดความดันโลหิต คัดกรองเบาหวาน ตรวจมะเร็งเต้านมในชุมชนทุกครั้งเมื่อมีโอกาส			
25. ท่านเป็นผู้ให้ความรู้แก่ร้านค้าชุมชนในการไม่จำหน่ายสุรา และบุหรี่แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี			
26. ท่านเป็นผู้เข้าร่วมกับเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการจำหน่ายสุรา และบุหรี่แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีในร้านค้าชุมชน			
ความคิดเห็นต่อการได้รับรางวัลของชุมชน			
27. ท่านคิดว่า การจะได้รับรางวัลเป็นหมู่บ้านแข็งแรงจะต้องให้ความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนทุกท่าน			
28. ท่านคิดว่า ความร่วมมือของท่านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ได้รับรางวัลเป็นหมู่บ้านแข็งแรง			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดำเนินงาน

โครงการเมืองไทยแข็งแรง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนการเข้าร่วมการสร้างสุขภาพในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของชุมชนของท่าน มี 28 ข้อ โดยลงเครื่องหมาย / ลงในช่องใดช่องหนึ่งในแต่ละข้อ **มีส่วนร่วมน้อยที่สุด** หมายถึง มีส่วนรับรู้ว่ามีในกิจกรรมของหมู่บ้านในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง มีส่วนรับรู้รับทราบเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง แต่ไม่มีส่วนปฏิบัติและร่วมคิด

มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง มีส่วนรับรู้/รับทราบ/มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ /ร่วมทำกิจกรรมการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับหมู่บ้าน

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง มีส่วนรับรู้/ร่วมคิด/ร่วมทำ/ร่วมตัดสินใจ หมายถึง มีส่วนร่วมรับรู้ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะ และการตัดสินใจในการจัดทำแผนงานสร้างสุขภาพตามดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับหมู่บ้าน

มีส่วนร่วมมากที่สุด หมายถึง มีส่วนรับรู้/ร่วมคิด/ร่วมทำ/ร่วมตัดสินใจ/ร่วมประเมินผล หมายถึง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น วางแผน ให้ข้อเสนอแนะ ร่วมตัดสินใจและร่วมปฏิบัติกิจกรรมและร่วมประเมินผลการดำเนินงานนั้นด้วยในระดับหมู่บ้าน

การเข้าร่วมกิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการวางแผน,ตัดสินใจ					
1. ท่านได้มีส่วนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน					
2. ท่านได้มีส่วนร่วมกันระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหาของชุมชน					
3. ท่านได้มีส่วนร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน					
4. ท่านได้มีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรมในการดำเนินหมู่บ้านตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง					
5. ท่านได้มีส่วนร่วมกำหนดวิธีการในการดำเนินงานตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน					

การเข้าร่วมกิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<u>ด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม</u>					
6. ท่านได้มีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์ในการดำเนินงานตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน					
7. ท่านได้มีส่วนร่วมจัดตั้งคณะกรรมการในชุมชนเพื่อดำเนินงานตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน					
8. ท่านได้มีส่วนร่วมชักชวนให้คนในชุมชนเข้าร่วมทำกิจกรรมตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน					
9. ท่านได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละไม่น้อยกว่า 30 นาที					
10. ท่านได้มีส่วนร่วมให้ความรู้ด้านการสร้างสุขภาพตามตัวชี้วัดโครงการเมืองไทยแข็งแรงกับคนในชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง					
11. ท่านได้มีส่วนร่วมตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารจากร้านอาหาร/แผงลอยในชุมชน					
12. ท่านได้มีส่วนร่วมทำการรณรงค์ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง					
13. ท่านได้มีส่วนร่วมทำการรณรงค์ในการคัดกรองเบาหวาน					
14. ท่านได้มีส่วนร่วมทำการรณรงค์ในตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม					
15. ท่านได้มีส่วนร่วมทำการรณรงค์ในการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง วัดรอบเอว					
16. ท่านได้มีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน					
17. ท่านได้มีส่วนร่วมกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติดในชุมชน					
18. ท่านได้มีส่วนติดตามตรวจสอบการจำหน่าย สุรา / บุหรี่ให้แก่เยาวชนจากร้านค้าในชุมชน					

การเข้าร่วมกิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
19. ท่านได้มีส่วนร่วมกิจกรรมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน					
20. ท่านได้มีส่วนร่วมประสานข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในชุมชนใกล้เคียงด้านการดำเนินงาน					
21. ท่านได้มีส่วนร่วมจัดหาทุน/วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินหมู่บ้านตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน					
<u>ด้านรับผลประโยชน์</u>					
22. ร่วมรับผลตอบแทนเป็นโล่ห์รางวัลในการดำเนินหมู่บ้านตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง					
23. ร่วมรับผลตอบแทนเป็นเกียรติบัตรในการดำเนินหมู่บ้านตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง					
24. ร่วมรับผลตอบแทนเป็นสิ่งของ เช่น เครื่องเสียงการออกกำลังกาย, เครื่องวัดความดันโลหิต ในการดำเนินหมู่บ้านตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง					
25. ร่วมรับผลตอบแทนเป็นเงินรางวัล ในการดำเนินหมู่บ้านตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง					
<u>ด้านการประเมินผล</u>					
26. ร่วมประเมินผลการของดำเนินหมู่บ้านแข็งแรงตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง					
27. ร่วมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านแข็งแรงตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง					
28. ร่วมแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านแข็งแรงตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง					

ภาคผนวก ก

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นรายข้อของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านประ โยชน์และความร่วมมือ ในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงเป็นรายชื่อ

ระดับความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ด้านประโยชน์และบทบาทของเครือข่าย	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1.ท่านคิดว่าโครงการเมืองไทยแข็งแรงเป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อชุมชน	2.97	.160	สูง
2.ท่านคิดว่ากิจกรรมของโครงการเมืองไทยแข็งแรงเป็นกิจกรรมการสร้างสุขภาพให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง	2.95	.205	สูง
3.ท่านเป็นบุคคลสำคัญที่จะส่งเสริมให้หมู่บ้านของท่านเป็นหมู่บ้านแข็งแรงตามเป้าหมาย โครงการเมืองไทยแข็งแรง	2.79	.424	สูง
4.ท่านคิดว่าทุกคนในชุมชนมีความสำคัญในการช่วยกันดูแลสุขภาพคนในชุมชนตามเป้าหมาย โครงการเมืองไทยแข็งแรง	2.89	.330	สูง
5.ท่านคิดว่าคนในชุมชนได้รับประโยชน์จากการที่หมู่บ้านของท่านดำเนินงานกิจกรรมสร้างสุขภาพใน โครงการเมืองไทยแข็งแรง	2.70	.538	สูง
6.ในบทบาทของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ท่านคิดว่าต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง	2.92	.293	สูง

จากตาราง พบว่า เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีระดับความคิดเห็นในด้าน ประโยชน์และบทบาทของเครือข่ายในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับสูงทุกข้อ ได้แก่ เป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อชุมชน กิจกรรมของโครงการเป็นกิจกรรมการสร้างสุขภาพให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง ความสำคัญที่จะส่งเสริมให้หมู่บ้านของท่านเป็นหมู่บ้านแข็งแรงตามเป้าหมาย ทุกคนในชุมชนมีความสำคัญในการช่วยกันดูแลสุขภาพคนในชุมชน ได้รับประโยชน์จากการที่หมู่บ้านดำเนินงานกิจกรรมสร้างสุขภาพและ เป็นตัวอย่างที่ดีให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นด้านการจัดทำแผนงานในการ
ดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงเป็นรายข้อ

ระดับความคิดเห็นของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ในด้านการจัดทำแผนงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความคิดเห็น
7.ท่านคิดว่าหมู่บ้านของท่านจะเป็นหมู่บ้านแข็งแรงตาม เป้าหมายโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้ต้องมีการจัดทำ แผนงานสร้างสุขภาพจากเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน	2.74	.440	สูง
8.ท่านคิดว่าความร่วมมือในการทำแผนงานสร้างสุขภาพเป็นสิ่ง สำคัญที่จะทำให้หมู่บ้านของท่านเป็นหมู่บ้านแข็งแรง	2.88	.202	สูง
9.ท่านคิดว่าการทำงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงคนใน ชุมชนต้องเข้ามาร่วมกันแสดงความคิดเห็นและวางแผน การทำงาน	2.88	.330	สูง

จากตารางพบว่า เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีระดับความคิดเห็นด้านการจัดทำ
แผนงานในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับสูง ได้แก่ การที่จะเป็นหมู่บ้าน
แข็งแรงตามเป้าหมายได้ต้องมีการจัดทำแผนงานสร้างสุขภาพจากเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน
และการดำเนินงานโครงการคนในชุมชนต้องเข้ามาร่วมกันแสดงความคิดเห็นและวางแผนการ
ดำเนินงาน และความร่วมมือในการทำแผนงานสร้างสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้หมู่บ้าน
แข็งแรง

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการ
เมืองไทยแข็งแรงด้านการวางแผน ตัดสินใจเป็นรายข้อ

ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาค ประชาชนในการดำเนินงานด้านการวางแผน ตัดสินใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับ การมีส่วนร่วม
1. ท่านได้มีส่วนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน	2.43	.657	ปานกลาง
2. ท่านได้มีส่วนร่วมกันระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหา ของชุมชน	2.34	.716	ปานกลาง
3. ท่านได้มีส่วนร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหา สุขภาพของชุมชน	2.42	.682	ปานกลาง
4. ท่านได้มีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรมในการดำเนินหมู่บ้าน ตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง	2.52	.626	ปานกลาง
5. ท่านได้มีส่วนร่วมกำหนดวิธีการในการดำเนินงานตาม โครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน	2.48	.640	ปานกลาง

จากตาราง พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงด้าน
การวางแผนตัดสินใจ ของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีส่วน
ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน มีส่วนร่วมกันระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหาของ
ชุมชนมีส่วนร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนมีส่วนร่วมกำหนด
กิจกรรมในการดำเนินหมู่บ้านตาม โครงการเมือง ไทยแข็งแรง และมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการในการ
ดำเนินงานตาม โครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการ
เมืองไทยแข็งแรงด้านการดำเนินการจัดกิจกรรมเป็นรายชื่อ

ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาค ประชาชนในการดำเนินงานด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม	\bar{X}	S.D.	ระดับ การมีส่วนร่วม
6. ท่านได้มีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์ในการดำเนินงานตาม โครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน	2.50	.654	ปานกลาง
7. ท่านได้มีส่วนร่วมจัดตั้งคณะกรรมการในชุมชนเพื่อ ดำเนินงานตาม โครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน	2.38	.690	ปานกลาง
8. ท่านได้มีส่วนร่วมชักชวนให้คนในชุมชนเข้าร่วมทำ กิจกรรมตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน	2.51	.667	ปานกลาง
9. ท่านได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วันๆละไม่น้อยกว่า 30 นาที	2.53	.680	ปานกลาง
10. ท่านได้มีส่วนร่วมให้ความรู้ด้านการสร้างสุขภาพตาม ตัวชี้วัดโครงการเมืองไทยแข็งแรงกับคนในชุมชนอย่าง น้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2.21	.759	ต่ำ
11. ท่านได้มีส่วนร่วมตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารจาก ร้านอาหาร/แผงลอยในชุมชน	2.05	.803	ปานกลาง
12. ท่านได้มีส่วนร่วมทำการรณรงค์ในการคัดกรองโรคความ ดันโลหิตสูง	2.74	.520	ปานกลาง
13. ท่านได้มีส่วนร่วมทำการรณรงค์ในการคัดกรองเบาหวาน	2.73	.534	ปานกลาง
14. ท่านได้มีส่วนร่วมทำการรณรงค์ในตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งเต้านม	2.73	.550	ปานกลาง
15. ท่านได้มีส่วนร่วมทำการรณรงค์ในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว	2.74	.494	ปานกลาง
16. ท่านได้มีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน	2.49	.674	ปานกลาง
17. ท่านได้มีส่วนร่วมกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด ในชุมชน	2.47	.667	ปานกลาง
18. ท่านได้มีส่วนติดตามตรวจสอบการจำหน่าย สุรา / บุหรี่ ให้แก่เยาวชนจากร้านค้าในชุมชน	2.16	.772	ต่ำ

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมเป็นรายข้อ (ต่อ)

ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาค ประชาชนในการดำเนินงานด้านการดำเนินการจัดกิจกรรม	\bar{X}	S.D.	ระดับ การมีส่วนร่วม
19. ท่านได้มีส่วนร่วมกิจกรรมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายในชุมชน	2.69	.548	ปานกลาง
20. ท่านได้มีส่วนร่วมประสานข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงในชุมชนใกล้เคียง ด้านการดำเนินงาน	2.39	.679	ปานกลาง
21. ท่านได้มีส่วนร่วมจัดหาทุน/วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนิน หมู่บ้านตามโครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน	2.04	.829	ต่ำ

จากตาราง พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงด้าน
การดำเนินงานและการจัดกิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่
มีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์ การจัดตั้งคณะกรรมการในชุมชน ชักชวนให้คนในชุมชนเข้าร่วมทำ
กิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย ตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารจากร้านอาหาร/
แผงลอยในชุมชน รณรงค์ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคมะเร็งเต้านม รณรงค์
ซั้งน้ำหนัก วัดสวนสูง วัดรอบเอว กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน รณรงค์ต่อต้านยาเสพติดใน
ชุมชน รณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนเพื่อดำเนินงานตาม โครงการเมืองไทย
แข็งแรงในหมู่บ้านและประสานข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงใน
ชุมชนใกล้เคียงด้านการดำเนินงาน ส่วนที่มีส่วนร่วมในระดับต่ำได้แก่ ให้ความรู้ด้านการสร้าง
สุขภาพตามตัวชี้วัด โครงการเมืองไทยแข็งแรงกับคนในชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดตาม
ตรวจสอบการจำหน่าย สุรา / บุหรี่ให้แก่เยาวชนจากร้านค้าในชุมชน และจัดหาทุน/วัสดุอุปกรณ์ใน
การดำเนินหมู่บ้านตาม โครงการเมืองไทยแข็งแรงในหมู่บ้าน

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการ
เมืองไทยแข็งแรงด้านรับผลประโยชน์เป็นรายชื่อ

ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาค ประชาชนในการดำเนินงานด้านรับผลประโยชน์	\bar{X}	S.D.	ระดับ การมีส่วนร่วม
22.ร่วมรับผลตอบแทนเป็นโล่ห์รางวัลในการดำเนินหมู่บ้าน ตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง	1.94	.829	ต่ำ
23.ร่วมรับผลตอบแทนเป็นเกียรติบัตรในการดำเนินหมู่บ้าน ตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง	2.03	.859	ต่ำ
24.ร่วมรับผลตอบแทนเป็นสิ่งของ เช่น เครื่องเสียงการออก กำลังกาย,เครื่องวัดความดันโลหิต ในการดำเนินหมู่บ้าน ตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง โครงการเมืองไทยแข็งแรง	2.12	.839	ต่ำ
25.ร่วมรับผลตอบแทนเป็น เงินรางวัล ในการดำเนินหมู่บ้าน ตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง	1.95	.824	ต่ำ

จากตารางพบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง
ด้านรับผลประโยชน์ของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ร่วมรับผลตอบแทน
เป็นโล่ห์รางวัลเกียรติบัตร เป็นสิ่งของ และ เงินรางวัล ในการดำเนินการตามโครงการเมืองไทย
แข็งแรง

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการ
เมืองไทยแข็งแรงด้านการประเมินผลเป็นรายชื่อ

ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ในการดำเนินงานด้านการประเมินผล	\bar{X}	S.D.	ระดับ การมีส่วนร่วม
26.ร่วมประเมินผลการของดำเนิน. หมู่บ้านแข็งแรงตาม โครง การเมืองไทยแข็งแรง	2.22	.791	ต่ำ
27.ร่วมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา/ อุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านแข็งแรงตาม โครง การเมืองไทยแข็งแรง	2.25	.761	ต่ำ
28.ร่วมแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านแข็งแรง ตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง	2.26	.760	ต่ำ

จากตาราง พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรงด้าน
การประเมินผลของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การร่วมประเมินผล ให้
ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านแข็งแรงตามโครงการ
เมืองไทยแข็งแรง

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวปิยะรัตน์ กฤตยานวัช
วัน เดือน ปีเกิด	24 กุมภาพันธ์ 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดตรัง
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา พ.ศ. 2534 สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปี 2539
สถานที่ทำงาน	สถานีอนามัยตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว. (ด้านบริการวิชาการ)