

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพ
ระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

นางสาวอรอนงค์ กฐินหอม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2560

**Factors Related to Participation in District Health System
of Community Networks at Mueang District, Satun Province**

Miss Onanong Kathinhom



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2017

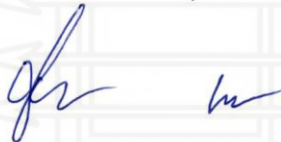
หัวข้อวิทยานิพนธ์ บัณฑิตที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพ
ระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
ชื่อและนามสกุล นางสาวอรอนงค์ กฐินหอม
วิชาเอก บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2561

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์)



..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์)



..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)



..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วณิชย์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ผู้วิจัย นางสาวอรอนงค์ กสิณหอม **รหัสนักศึกษา** 2575000522 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรรณรัตน์ (2) รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง **ปีการศึกษา** 2560

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติของเครือข่ายชุมชน (2) ระดับ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล และ (4) ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และนายกเทศมนตรีในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำนวน 1,809 คน จำนวนได้จำนวนตัวอย่าง 320 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เครื่องมือการวิจัยคือ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.67, 0.72, และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัจจัยส่วนบุคคลของเครือข่ายชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41.59 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. อาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 79.7 และผู้ใหญ่บ้าน/ กำนัน/นายกเทศมนตรี/นายก อบต. ร้อยละ 20.3 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชนเฉลี่ย 8.78 ปี เป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ร้อยละ 56.9 ไม่เคยได้รับการประชุม/อบรมด้านสาธารณสุข ร้อยละ 65.6 เคยได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข ร้อยละ 88.8 เคยได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ร้อยละ 87.2 ระดับความรู้และทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภออยู่ในระดับปานกลาง (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเครือข่ายชุมชนโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (3) ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ การเข้าร่วมประชุม/อบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ การได้รับข่าวสาร การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ส่วนอายุ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (4) ปัญหาที่สำคัญ คือ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ไม่ทั่วถึง เครือข่ายชุมชน ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้ทั่วถึงและควรมีการจัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ ความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ

Thesis title: Factors Related to Participation in District Health System of Community Networks at Mueang District, Satun Province

Researcher: Miss Onanong Kathinhom; **ID:** 2575000522;

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

Academic year: 2017

Abstract

The objectives of this survey research were: (1) to identify personal factors, knowledge and attitudes of community network members; (2) to determine the levels of community network participation; (3) to examine the relationship between personal factors, knowledge and attitudes and community network participation; and (4) to identify problems and make suggestions, all concerning the participation of community network members in the District Health System (DHS) in Mueang district, Satun province.

This research involved 320 respondents selected using the cluster sampling method from 1,809 village health volunteers, village/subdistrict headmen, and municipal mayors in Satun Mueang district. Data were collected using a questionnaire with the reliability values for knowledge, attitudes and participation of 0.10, 0.72 and 0.91, respectively. Descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Pearson correlation coefficient were used in data analysis.

The results revealed that: (1) concerning the personal factors of all respondents, most of them were female, had an average age of 41.59 years, completed secondary or vocational education, and worked as private-sector employees; 79.7% were village health volunteers and 20.3% were village/subdistrict headmen, mayors or chief executives of subdistrict administrative organizations; had on average 8.78 years of experience in community-related work; 56.9% were members of community groups; 65.6% had never attended any health-related meeting/training; 88.8% had ever received health information and 87.2% had heard or known about the DHS. They had moderate levels of knowledge about and attitudes towards the DHS operations; (2) the level of community network members' DHS participation was moderate; (3) the factors significantly associated with the DHS participation ($p < 0.05$), were gender, DHS meeting or training attendance, receipt of or perception about the DHS, whereas age, duration of community service, knowledge and attitudes were positively and significantly associated with the DHS participation ($p = < 0.05$); and (4) major problems identified were the poor coverage of health information dissemination and the lack of courage to express their concerns about the DHS. Thus, it is suggested that activities for disseminating the information about health as well as DHS should be organized in a thorough manner for all community network members; and meetings or training sessions on DHS should be held continually.

Keywords: Knowledge, Attitude, Community network participation, District health system

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่ เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมเกียรติยศ วรเดช คณาจารย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ อาจารย์ ดร.วรพล หนูนุ่น อาจารย์ประจำสาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ดร.สัมพันธ์ กลั่นนาค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และคุณรัชฎ์วัฒน์ จันทร์นวล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรง ของเนื้อหาพร้อมทั้งให้คำแนะนำปรับปรุงแบบสอบถาม ขอบคุณสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดสตูล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายเทศมนตรี นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ของอำเภอเมือง จังหวัดสตูลทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลของงานวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช เจ้าหน้าที่ประจำสาขา เพื่อนนักศึกษาและผู้เกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทุกท่าน โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจมาโดยตลอด

ประโยชน์ใดๆ จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบบูชาแด่พระคุณบิดา มารดา ครูอาจารย์ ตลอดจนสถาบันการศึกษาต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้เคยศึกษาและเรียนรู้มา

อรอนงค์ กฐินหอม

กรกฎาคม 2561

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
คำถามวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่ได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS)	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้	28
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ	29
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	42
รูปแบบการวิจัย	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	51

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	53
ปัจจัยส่วนบุคคล	54
ความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล	57
ทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล	60
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล	64
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ กับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล	72
การศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล	76
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
สรุปการวิจัย	82
อภิปรายผล	86
ข้อเสนอแนะ	94
บรรณานุกรม	96
ภาคผนวก	105
ก ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	106
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	108
ค ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ	119
ประวัติผู้วิจัย	126

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	แสดงผลการประเมินระบบสุขภาพระดับอำเภอเมืองตามประเด็นสุขภาพ 15
ตารางที่ 3.1	แสดงจำนวนประชากรและตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แยกตามสถานที่ขึ้นทะเบียน อสม. ของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล (20 แห่ง) 43
ตารางที่ 3.2	แสดงจำนวนประชากรและตัวอย่างผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายกองค้การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.) และนายกเทศมนตรี แยกตามตำบลทั้งหมดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล (12 ตำบล) 45
ตารางที่ 4.1	แสดงจำนวน และร้อยละของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล (n=320) 54
ตารางที่ 4.2	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของระดับความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (n=320) 57
ตารางที่ 4.3	แสดงจำนวน ร้อยละและระดับความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของเครือข่ายชุมชนที่ตอบได้ถูกต้องและไม่ถูกต้อง เป็นรายชื่อ (n=320) 58
ตารางที่ 4.4	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับทัศนคติ ต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล เป็นรายชื่อ (n=320) 60
ตารางที่ 4.5	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่าย ชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (n=320) 64
ตารางที่ 4.6	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล ของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่าย ชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นรายชื่อ (n=320) 65

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.7	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เป็นรายชื่อ ตามขั้นตอนการร่วมปรึกษาหารือ (n=320)	67
ตารางที่ 4.8	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการร่วมคิดวางแผน เป็นรายชื่อ (n=320).....	68
ตารางที่ 4.9	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการร่วมดำเนินการ เป็นรายชื่อ (n=320)	70
ตารางที่ 4.10	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการตรวจสอบและประเมินผล เป็นรายชื่อ (n=320).....	71
ตารางที่ 4.11	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือกองทุน การประชุมอบรม การได้รับข่าวสาร ด้านสาธารณสุขและการได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (n=320)	73
ตารางที่ 4.12	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน ความรู้ และทัศนคติ กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (n=320)	75
ตารางที่ 4.13	แสดงจำนวนของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ในภาพรวม แยกรายด้านของการมีส่วนร่วม (n=320)	76

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (n=320)	77
ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการปรึกษาหารือ (n=320)	78
ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน (n=320)	78
ตารางที่ 4.17 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการดำเนินการ (n=320)	79
ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล การตรวจสอบและประเมินผล (n=320)	80



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ภาพที่ 2.1 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวทางของ กพร.	26



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาวะสุขภาพของประชาชนปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยจากปัญหาโรคเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันมีการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เกิดภายใต้การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกจัดขึ้นเพื่อการดูแลหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ประกอบด้วยผู้ให้การดูแลรักษา ผู้รับการดูแลรักษา สถานที่ที่ใช้สำหรับกิจกรรมการดูแลสุขภาพ รูปแบบของการดูแลสุขภาพสุขภาพ รวมถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและผู้รับการรักษา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง 2552) ซึ่งมีความซับซ้อนมาก ระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนจึงมีความจำเป็น

การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาระบบดูแลสุขภาพของไทย แนวคิดสร้างนำซ่อมถูกนำมาเป็นนโยบายหลักของการพัฒนาระบบสุขภาพไทย เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ระบบบริการปฐมภูมิได้ถูกพัฒนาและมีการยกระดับของสถานบริการจากสถานีอนามัยสู่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามลำดับ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถูกให้ความสำคัญมากขึ้นแต่พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนผู้รับบริการในสถานบริการสุขภาพยังคงเพิ่มขึ้น ปัญหาการดูแลสุขภาพประชาชนมีความซับซ้อนเกินกว่าที่สถานบริการใดบริการหนึ่งจะสามารถรองรับได้ ซึ่งมีความพยายามแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของไทย โดยเฉพาะการทำงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอในนามของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอได้ถูกพัฒนาและนำแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ จนได้รับการยอมรับว่าเป็นหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการครบวงจรของกระบวนการดูแลสุขภาพพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ในปี 2555 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2555)

การพัฒนาสุขภาพอำเภอ (District Health System) ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อสะท้อนภาพความเชื่อมโยงของระบบสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชาชน ทำให้เกิดระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการภาคี เน้นเป้าหมาย ผ่านกระบวนการชื่นชมและจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2555) ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของสังคม และประชาชนภายใต้หลักการพื้นฐานของวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคม ชุมชนได้อย่างมีความสุข ตามสถานะของแต่ละคนและนำไปสู่สุขภาพของชุมชนอย่างแท้จริง

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health system: DHS) ประกอบด้วยประเด็นการทำงานที่ครอบคลุม 5 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นการทำงานร่วมกัน (Unity District Health Team) ประเด็นการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation) ประเด็นการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) ประเด็น การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) และประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (Community participation) (กระทรวงสาธารณสุข 2557)

การพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดสตูล มีอำเภอที่เข้าร่วมการพัฒนา จำนวน 7 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 ของอำเภอทั้งหมดในจังหวัด ผลการดำเนินงานพบว่าภาพรวมอยู่ในขั้นที่ 2 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล 2558) ส่วนการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้ดำเนินการตามนโยบายในปีงบประมาณ 2558 ตามกรอบการพัฒนา 6 องค์ประกอบ พบว่า ผลการพัฒนาภาพรวมอยู่ในขั้นที่ 3 ซึ่งเกณฑ์การพัฒนาต้องผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 4 ผลการประเมิน ดังนี้ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ขึ้น 3.5, 2) มุ่งเน้นผู้รับบริการ ขึ้น 3.5, 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน ขึ้น 3, 4) การให้คุณค่าการทำงาน ขึ้น 4, 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร ขึ้น 4, 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น ขึ้น 3.5 (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสตูล 2559) ซึ่งจะเห็นว่า องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนอยู่ในขั้นที่ต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด (ขั้น 3)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมให้เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่า อัจเซนและฟิชเบิน (Ajzen and Fishbein 1980) กล่าวว่าตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และ Cohen Uphoff, and Goldsmith (1980) กล่าวว่าตัวแปรที่จะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ปัจจัยเพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของพูนสุข ชั่วทอง (2556) นิคมแก้ววันดี (2557) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติและการรับรู้ข่าวสารด้านการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ตามแนวคิดของสำนักงานพัฒนาระบบข้าราชการ (กพร.) (2560) คือ 1) การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือ 3) การมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และ 5) การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติของเครือข่ายชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

2.2 เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

2.4 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

3. คำถามวิจัย

3.1 ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน ในอำเภอเมือง จังหวัดสตูลเป็นอย่างไร

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีอะไรบ้าง

3.3 ปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีอะไรบ้าง

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 **ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆในชุมชน การเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

4.2 **ปัจจัยด้านความรู้** มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

4.3 **ปัจจัยด้านทัศนคติ** มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

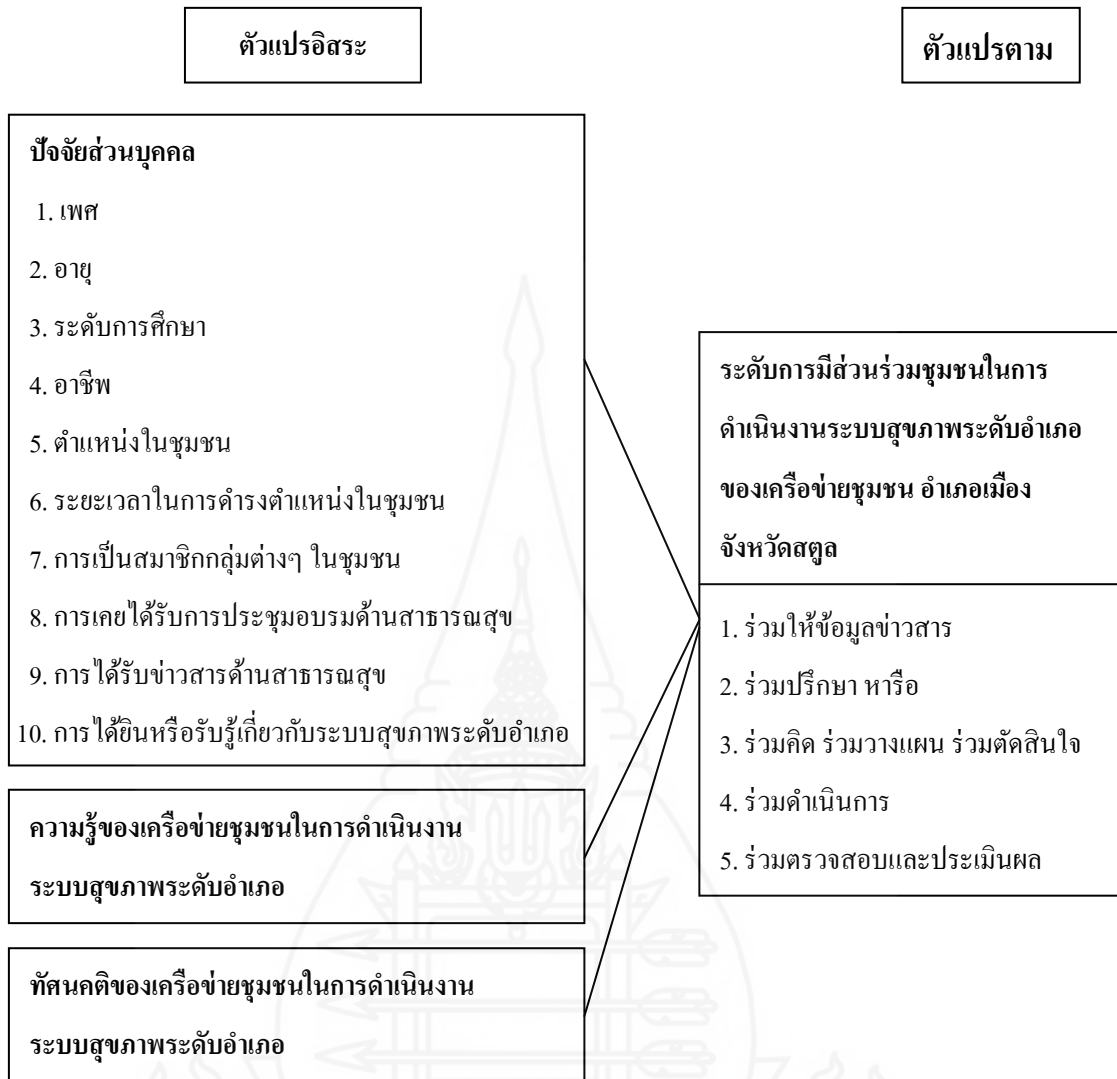
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผสมผสานแนวคิดและทฤษฎี มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยประกอบด้วยตัวแปรต้น และตัวแปรตามดังนี้

3.1 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของอัจเซนและฟิชเบน (Ajzein and Fishbein 1980) ซึ่งกล่าวไว้ว่าตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้และทัศนคติรวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและอื่นๆมาอธิบายความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

3.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) (2560) ซึ่งได้จำแนกระดับการมีส่วนร่วมไว้ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) ร่วมปรึกษาหารือ 3) ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) ร่วมดำเนินการ 5) ร่วมตรวจสอบและประเมินผล

จากแนวคิดและทฤษฎีข้างต้นสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

6. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน การได้รับการประชุมด้านสาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข และการได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ความรู้และทัศนคติ ศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) และการสุ่มอย่างง่าย

ตามสัดส่วน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข สุ่มจาก รพ.สต. และเทศบาลที่มี อสม.ขึ้นทะเบียนในเขต อำเภอเมือง จังหวัดสตูล รพ.สต. 18 แห่ง เทศบาล 2 แห่ง และกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สุ่มเลือกจาก 12 ตำบล 4 เทศบาล เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบ ภาควัดขวาง (Cross-sectional study)

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายชุมชนที่ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน การเคยได้รับการประชุมด้านสาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข และการได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

7.1.1 ตำแหน่งในชุมชน หมายถึง การดำรงตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนที่ช่วยเหลือชุมชน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายกเทศมนตรี/นายก อบต.

7.1.2 การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน หมายถึง การที่เครือข่ายชุมชนเข้าไปเป็นสมาชิกของกลุ่มที่จัดตั้งขึ้น โดยชุมชนเองเพื่อบำบัดการดำเนินงานใดอย่างหนึ่ง

7.1.3 การเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข หมายถึง การที่เครือข่ายชุมชนเคยผ่านการประชุม อบรม หลักสูตรต่างๆด้านสาธารณสุข

7.1.4 การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข หมายถึง การได้รับทราบข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุขจากสื่อสารมวลชน เช่น โทรทัศน์ วารสาร หนังสือพิมพ์ หรือจากบุคคล เช่น ผู้นำศาสนา เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่รัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7.1.5 การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง การได้ยินหรือรับทราบถึงการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ วารสาร หนังสือพิมพ์หรือจากบุคคล เช่น ผู้นำศาสนา เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่รัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

7.2 ความรู้ในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง การที่เครือข่ายชุมชนมีความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ ความหมาย เป้าหมาย และการดำเนินงานระบบสุขภาพ เป็นต้น

7.3 ทศนคติในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและการประเมินของเครือข่ายชุมชนที่มีต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

7.4 การมีส่วนร่วมของในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน หมายถึง การที่เครือข่ายชุมชนเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีบทบาทในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยมีขั้นตอนตามสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) แบ่งไว้ 5 ระดับ ดังนี้ การมีส่วนร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมร่วมปรึกษาหารือ การมีส่วนร่วมร่วมคิด ร่วมวางแผน การมีส่วนร่วมร่วมดำเนินการและการมีส่วนร่วมร่วมตรวจสอบและประเมินผล

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

ในการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ครั้งนี้ มีประโยชน์ดังนี้

8.1 ผลการศึกษาครั้งนี้มีการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

8.2 หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนกระบวนการ/กิจกรรมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน

8.3 แกนนำด้านสุขภาพในชุมชนสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน

8.4 ชุมชนมีกระบวนการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เหมาะสมกับสภาพของพื้นที่

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS)
 - 1.1 ความหมายของระบบสุขภาพระดับอำเภอ
 - 1.2 ที่มาและความสำคัญของระบบสุขภาพระดับอำเภอ
 - 1.3 หลักการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ
 - 1.4 แนวทางและวิธีการประเมินระบบสุขภาพระดับอำเภอ
2. แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
3. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชน (Community participation)
 - 3.1 ความหมายของการชุมชน
 - 3.2 ความหมายของเครือข่ายชุมชน
 - 3.3 ความหมายและความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชน
 - 3.4 แนวคิดและทฤษฎีของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน
 - 3.5 รูปแบบและหลักการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชน
 - 3.6 ระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชน
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS)

1.1 ความหมายของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS)

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2555) ได้อธิบายความหมายของระบบสุขภาพอำเภอว่าเป็นระบบที่ประกอบด้วยสถานบริการทั้งในชุมชนในโรงพยาบาลซึ่งถือว่ามีความใกล้ชิดกับประชาชน เพราะเป็นการบริการในระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบประชากรที่ชัดเจน มีระบบการจัดการทั้งจากบนล่าง (Top-Down) และจากล่างขึ้นบน (Bottom-Up) ของขั้นตอนการตัดสินใจในระดับอำเภอและเป็นการบริหารจัดการแบบหนึ่งเดียว (Single Management Team)

ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (2556) ได้อธิบายความหมายของระบบสุขภาพระดับอำเภอไว้ว่า เป็นระบบการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีประสิทธิภาพร่วมกับเครือข่าย โดยให้ความสำคัญกับเป้าหมายผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้แบบอิงความต้องการของพื้นที่ ซึ่งแต่ละพื้นที่มีปัญหาสุขภาพที่ความแตกต่างกัน ถือเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็นรวมทั้งเป็นหัวใจสำคัญของการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการรับรู้ตลอดจนประชาชนในอำเภอมีสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี

กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้อธิบายความหมายของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) คือ ระบบการทำงานที่มองทุกส่วนของอำเภอเป็นหนึ่งเดียว ใช้อำเภอเป็นฐาน ซึ่งมีเป้าหมายในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนในอำเภอทุกมิติ ทั้งมิติส่งเสริมสุขภาพ มิติการป้องกันและควบคุมโรค มิติการรักษาพยาบาล และมิติการฟื้นฟูร่างกายที่ผสมผสานกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมทั้งในและนอกเครือข่ายสาธารณสุข

สุรียัภรณ์ เลิศวัชรสกุล และคณะ (2557) ได้อธิบายความหมายของระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ ระบบการทำงานสุขภาพที่เน้นการใช้อำเภอเป็นฐานในการเรียนรู้ มองทุกภาคส่วนในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกัน มีเป้าหมายในดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ แบบองค์รวมภายใต้บริบทของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างยั่งยืน สิ่งสำคัญคือศักยภาพระดับอำเภอที่สามารถรองรับนโยบายจากส่วนกลาง และนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ตามบริบทของพื้นที่อย่างเหมาะสม มีการบูรณาการและการผสมผสานการบริการของสถานบริการต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอ ระดับตำบล ได้แก่ รพ.สต. ศสม. สสช. ระดับหมู่บ้าน ได้แก่ ศสมช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนต่างๆ ซึ่งมีการบูรณาการด้านการบริหารจัดการ ดำเนินการและประสานงานที่เหมาะสมสามารถเชื่อมต่อบริการทั้งระดับนโยบายระดับสูงสู่ระดับอำเภอ ตำบล จนถึงระดับปฐมภูมิ

สรุปได้ว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอที่มีการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของเครือข่ายชุมชนระดับอำเภอทุกภาคส่วนภายใต้บริบทของอำเภอทั้งองค์กรภายในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ผ่านกระบวนการจัดการความรู้และการชื่นชมภายใต้บริบทของพื้นที่

1.2 ที่มาและความสำคัญระบบสุขภาพระดับอำเภอ

องค์การอนามัยโลก (1987) ได้อธิบายความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพด้วยเหตุผล 2 ประการ ประการแรก คือ ระดับอำเภอมีความสามารถมากพอในการรองรับนโยบายจากส่วนกลาง จากกระบวนการบริหารจัดการแบบบนลงล่าง (Top-Down Process) พร้อมทั้งรับรู้ความต้องการและความจำเป็นในพื้นที่จากกระบวนการบริหารจัดการแบบล่างขึ้นบน (Bottom-Up Process) ซึ่งทำให้เกิดความสมดุล และมีความใกล้ชิดกับระบบบริการปฐมภูมิ ส่วนประการที่สอง คือ ระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอเอื้อต่อการบูรณาการระบบสาธารณสุขของสถานบริการต่างๆ ที่อยู่ในชุมชนของอำเภอ จึงควรมีการบูรณาการทั้งด้านการดำเนินการและการบริหารจัดการ

กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้อธิบายว่า ความสำคัญของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ว่าเป็นระบบที่สามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอที่จะรับรู้ถึงปัญหา ความพร้อม ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ (Local needs) โดยสามารถกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนาทั้งอำเภอได้อย่างเหมาะสม สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรในส่วนของบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่อย่างครอบคลุมและเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการบริการสุขภาพและสังคมได้อย่างเป็นระบบ

บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ซึ่งเดิมนั้นจะเป็นบทบาทของผู้ให้บริการหรืออาจต้องเป็นผู้ประสานงานในบางครั้ง แต่ในระบบสุขภาพระดับอำเภอนั้นคาดหวังถึงความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยโรงพยาบาลชุมชนเป็นเสมือนพี่ใหญ่ที่ต้องเกิดความรู้สึกสำนึกรับผิดชอบเครือข่ายทั้งหมด และรับผิดชอบภาวะสุขภาพของประชากรทั้งอำเภอ มิใช่เพียงรับผิดชอบการจัดการบริการในโรงพยาบาลและเขตตำบลรอบโรงพยาบาลเท่านั้น หากแต่ต้องสนับสนุน รพ.สต. ในด้านต่างๆ ที่จำเป็นให้มากที่สุด เพื่อยกระดับสถานะสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานหน่วยงานต่างๆ ในระดับอำเภอเพื่อสร้างความเชื่อมโยงประสานกัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นเสมือน conductor ของงานสาธารณสุข ที่ต้อง

เป็นผู้เชื่อมประสานระหว่าง รพ.สต. และภาคส่วนอื่นๆ ในอำเภอให้เกิดการขยายของงานสาธารณสุข ทั้งอำเภอ และ รพ.สต. เป็นทีมพื้นที่ ที่ต้องมีกระบวนการเรียนรู้ปัญหาในพื้นที่สามารถจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ของตนเองได้ รวมถึงสามารถสร้างเสริมศักยภาพของชุมชน ครอบครัว และสังคมได้

1.3 หลักการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (กระทรวงสาธารณสุข2557)

1.3.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับ Working Relationship หมายถึง ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่การที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของที้อย่างชัดเจนและมีการบริหารจัดการที่ดี (Good Governance)

1.3.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนในระดับอำเภอในขั้นตอนการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) เพื่อเป้าหมายเดียวกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อการยกระดับการพึ่งพาตนเองทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่ทอดทิ้งกัน

1.3.3 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่เน้นดูยอดต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพไม่เน้นที่เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่เนื้อหาและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับร่วมด้วย จึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นเป็นเหมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้เข้มแข็ง เกิดกำลังใจ เป็นความสุขและทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้า ซึ่งทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

1.3.4 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) โดยเน้นกับการใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยมีการบริหารจัดการที่ดีและมีการบูรณาการทรัพยากรร่วมกัน ทั้งทรัพยากรบุคคล เงิน ความรู้ เครื่องมือ เทคโนโลยีและระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากรให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขตามสภาพปัญหา รวมทั้งความต้องการทั้งในระดับบุคคลและหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

1.3.5 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) โดยให้ความสำคัญกับแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ภายใต้บริบท วัฒนธรรม และสภาพปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ตามหลักการบริการ

สุขภาพระดับปฐมภูมิ (1A4C) คือ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

1.4 แนวทางและวิธีการประเมินระบบสุขภาพระดับอำเภอ แบ่งได้เป็น 2 ตัวชี้วัด (กระทรวงสาธารณสุข 2557) ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 การทำแบบประเมินตนเอง (Self-assessment) ของระบบสุขภาพระดับ
ตามแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (แบบบันได 5 ขั้น) ให้ครอบคลุม 5 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ประเด็นที่สอง การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation) ประเด็นที่สาม การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) ประเด็นที่สี่ การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) และประเด็นสุดท้าย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (Community participation)

บันไดขั้นที่ 1 การทำงานร่วมกันอย่างมีเอกภาพ (Unity District Health Team)

- 1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ พร้อมกำหนดบทบาทของคณะกรรมการชัดเจน
- 1.2 คณะกรรมการและทีมงานมีการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย
- 1.3 มีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมตามแผนความต้องการพัฒนาของจังหวัด/กระทรวง
- 1.4 มีการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพของพื้นที่อย่างเป็นระบบ
- 1.5 มีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพโดยชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วม

บันไดขั้นที่ 2 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับและผู้ให้บริการเอง (Appreciation)

- 2.1 มีการประชุมและบันทึกการประชุมของคณะกรรมการฯ อย่างสม่ำเสมอ
- 2.2 มีการนำข้อมูลและปัญหาของพื้นที่มาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข

- 2.3 มีแผนการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาทั้งด้านทักษะและองค์ความรู้
- 2.4 มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่ ตลอดจนความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน
- 2.5 มีการทำกิจกรรมด้านสุขภาพโดยเครือข่ายชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีส่วนร่วมรวมทั้งสนับสนุนงบประมาณ

บันไดขั้นที่ 3 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development)

- 3.1 มีการใช้ข้อมูลของพื้นที่ในการวางแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ
- 3.2 เจ้าหน้าที่หรือทีมงานมีความพึงพอใจในกระบวนการทำงานและพึงพอใจในผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น
- 3.3 มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ
- 3.4 มีแก้ปัญหาและพัฒนาการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนตามบริบทของพื้นที่
- 3.5 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการคิดวางแผนจัดการระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันและมีผลลัพธ์เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม

บันไดขั้นที่ 4 การให้บริการตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care)

- 4.1 คณะกรรมการสามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม
- 4.2 มีบุคลากรภายนอกเห็นคุณค่าและมีการชื่นชมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหรือทีมงาน
- 4.3 มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำที่ทำให้เกิดการสร้างสรรค์ผลงานนวัตกรรมขึ้น
- 4.4 มีกระบวนการติดตามและประเมินผลการแก้ปัญหาและการพัฒนา
- 4.5 ชุมชนและเครือข่ายมีแผนการบริหารจัดการสุขภาพชุมชนพร้อมมีส่วนในการรับผิดชอบร่วมตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

บันไดขั้นที่ 5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation)

- 5.1 คณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพมีกระบวนการประเมินผลเพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง
- 5.2 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและรู้สึกมีคุณค่าในงานที่ทำ
- 5.3 บุคลากรได้รับการพัฒนาทั้งในมิติทางด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณ
- 5.4 สามารถเป็นต้นแบบที่ดีและมีการขยายผลในประเด็นสุขภาพอื่นๆ
- 5.5 มีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านการบริหารจัดการสุขภาพโดยชุมชนและเครือข่าย

ตัวชี้วัดที่ 2 การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ : ODOP (One District One Project) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยมีกระบวนการดังนี้

- 2.1 ทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอคัดเลือกปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 เรื่องร่วมกับทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - 2.2 กำหนดตัวชี้วัดตามความเหมาะสมเพื่อติดตามความก้าวหน้าและผลสำเร็จของโครงการซึ่งแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่
 - 2.3 โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพทำในรูปแบบระบบสุขภาพทั้งเครือข่ายอำเภออย่างเป็นรูปธรรมโดยมีการร่วมมือกันระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ในอำเภอ
 - 2.4 เป้าหมายต้องมีความท้าทาย หากเป็นโครงการที่มีอยู่แล้วต้องมีการพัฒนาที่ชัดเจนขึ้น โดยต้องกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- การวัดผล โดยโครงการได้ผลตามที่ตั้งไว้ 3 โดยการประเมินควรชี้ให้เห็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของปัจจัยสำคัญ 5 ด้าน คือ ด้านแรก การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ด้านที่สอง การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง ด้านที่สาม สามารถแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร ด้านที่สี่ การให้บริการสุขภาพตามสภาพที่จำเป็นและด้านสุดท้าย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน ซึ่งระบบสุขภาพระดับอำเภอเมือง จังหวัดสตูลอยู่ในขั้นที่ 3

โดยสรุป การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือการพัฒนาระบบการทำงานในการร่วมกันแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการผสมผสานภาคีเครือข่ายภายในอำเภอ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมาย คือ ความเป็นเอกภาพของทีมงาน การให้บริการที่จำเป็นครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและประชาชนพึ่งพาตนเองได้ โดยผ่านกระบวนการจัดการความรู้และการชื่นชมภายใต้บริบทความต้องการของพื้นที่โดยมีกรอบการพัฒนา ประกอบด้วย การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น

2. แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

การดำเนินการระบบสุขภาพระดับอำเภอของอำเภอเมืองสตูล ได้ดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 3 ประเด็น คือ NCD อุบัติเหตุ และ Long term care (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสตูล 2560) มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

ตารางที่ 2.1 แสดงผลการประเมินระบบสุขภาพระดับอำเภอเมืองตามประเด็นสุขภาพ

ประเด็นสุขภาพ	U	C	C	A	R	E	ผลประเมิน
1. NCD	3.5	4	2.5	3.5	3.5	3.5	ไม่ผ่าน
2. อุบัติเหตุ	2	2	1.5	2	2	2	ไม่ผ่าน
3. Long term care	4.5	4	4.5	4	4	4	ผ่าน

จากข้อมูลพบว่า อำเภอเมืองสตูลดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ประเด็น คือ NCD และ อุบัติเหตุ

2.1 NCD พบว่า ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาในชุมชน ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

แนวทางพัฒนา

2.1.1 วิเคราะห์/คืนข้อมูล ในพื้นที่

2.2.2 Mapping เครือข่าย

2.2.3 แต่งตั้งคณะทำงาน และวางแผนร่วมกัน

2.2.4 ดำเนินการในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม

2.2 อุบัติเหตุ อำเภอเมืองสตูลดำเนินงานด้านอุบัติเหตุจราจรในภาพการรับนโยบายจากระดับจังหวัดซึ่งไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาในระดับอำเภอแต่จากการวิเคราะห์ข้อมูล IS เบื้องต้นพบว่ามีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดแต่มีแนวโน้มสูงขึ้นและรุนแรงขึ้น

2.2.1 แนวทางพัฒนา

- 1) มีแผนจัดตั้งศูนย์บริหารข้อมูลอุบัติเหตุประจำโรงพยาบาลสตูล
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลในพื้นที่ที่มีปัญหาสูง
- 3) ดำเนินการในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม

2.2.2 ปัญหา/อุปสรรค

- 1) ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ ปัญหาสุขภาพที่ดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นนโยบาย
- 2) ความต่อเนื่องในการดำเนินงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานเมื่อเจ้าหน้าที่เร่งทำงานอื่นชุมชน/ภาคีดำเนินงานต่อเนื่องเองไม่ได้
- 3) ขาดการติดตามจากระดับอำเภอซึ่งได้ลงนิเทศติดตาม ปีละ 1 ครั้ง
- 4) ความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในบางพื้นที่
- 5) ไม่มีระบบการจัดการ รพ.สต./ศสม. ที่ไม่มีการดำเนินงานตามนโยบาย

2.2.3 โอกาสพัฒนา

- 1) จัดทำแผนสุขภาพอำเภอเพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ
- 2) ผู้รับผิดชอบประเด็นสุขภาพระดับอำเภอ เป็นเจ้าภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของอำเภอ ร่วมกับผู้รับผิดชอบงาน DHS
- 3) พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานตามประเด็นสุขภาพและภาคีเครือข่าย (Key man) ที่สำคัญในพื้นที่
- 4) ระดับอำเภอนิเทศติดตามการดำเนินงานในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อมีการดำเนินงานในพื้นที่
- 5) นำปัญหาอุปสรรคเสนอผู้บริหารเพื่อหาแนวทางการจัดการ

3. แนวคิดและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชน (Community participation)

3.1 ความหมายของชุมชน

ปรีชา วงศ์ทิพย์ (2555, น. 8) กล่าวว่าชุมชน หมายถึง ถิ่นฐานอันเป็นที่อยู่อาศัยของมนุษย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับสภาพทางภูมิศาสตร์และระบบความสัมพันธ์ในสังคม ซึ่งอิงอาศัยความเอื้ออาทรความผูกพันและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเป็นเครื่องมือดำเนินการเพื่อให้มีชีวิตที่ดีร่วมกัน

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP 2556) ได้กล่าวถึงชุมชนว่าเป็นดินแดนแห่งการรวมตัวทางสังคมที่เป็นการสมัครใจก่อขึ้นเองโดยประชาชน ส่วนใหญ่แล้วสนับสนุนตนเองและอยู่ในกฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น ชุมชนประกอบด้วยองค์กรต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการรวมถึงกลุ่มความสนใจ (ชมรม) กลุ่มวัฒนธรรมและศาสนา สมาคมอนุรักษ์ หรือพัฒนา

ชุมชน คือ กลุ่มคนกลุ่มหนึ่งตั้งภูมิลำเนาอยู่ในอาณาเขตทางภูมิศาสตร์ที่ค่อนข้างแน่นอนและติดต่อกันมีส่วนสำคัญของชีวิตทุกๆ ไปอย่างเดียวกัน โดยมองเห็นได้จากกิจกรรมทางขนบธรรมเนียม ประเพณีและการพูดจา

สรุปความหมายของชุมชน คือ กลุ่มคนหรือกลุ่มชนที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณหรืออาณาเขตทางภูมิศาสตร์ที่ค่อนข้างแน่นอนที่มีอาณาบริเวณมากพอสมควรอาศัยอยู่ร่วมกันหรือตั้งภูมิลำเนาอยู่หรือที่อยู่ในท้องที่เดียวกัน มีจารีตประเพณี มีความคิดเห็นและความเชื่อไปในทางเดียวกันหรือภายใต้กฎหมายเดียวกันหรือมีความสนใจในเรื่องต่างๆ คล้ายๆ กัน

3.2 ความหมายของเครือข่ายชุมชน

เครือข่าย คือ ขบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความต้องการบางอย่างร่วมกันร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่างโดยที่สมาชิกของเครือข่ายยังคงความเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน (เสรี พงศ์พิศ 2548, น. 8)

เครือข่ายชุมชน หมายถึง กลุ่ม องค์กร หลายกลุ่มมารวมตัวกันประสานเชื่อมโยงสร้างความสัมพันธ์ ถักทอ สร้างสรรค์กิจกรรมบนพื้นฐานของความเอื้ออาทรเกิดพลังในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายทุกองค์กรและให้ชุมชนเข้มแข็ง (สำนักส่งเสริมศักยภาพชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน 2547, น. 5)

สรุปความหมายของเครือข่ายชุมชน คือ กลุ่มองค์กร หลายกลุ่มมารวมตัวกันเกิดกิจกรรมที่ทำให้บรรลุเป้าหมายเดียวกันและทำให้ชุมชนเข้มแข็ง

3.3 ความหมายและความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชน (Community Participation)

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff 1981, pp. 6) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
2. การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
3. การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

สุชาติ จักรพิสุทธิ์ (ออนไลน์ 2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วม ซึ่งได้สรุปได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องในด้านเหตุผล โดยมีการเปิดโอกาสให้องค์กรต่างๆ ในชุมชน และประชาชนมีบทบาทในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานหลักตามสิทธิ หน้าที่ โดยเริ่มตั้งแต่การมีความคิดริเริ่ม การคิดพิจารณาเพื่อตัดสินใจ การคิดวางแผน การร่วมลงมือปฏิบัติ รวมถึงการมีความรับผิดชอบในผลกระทบทที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการส่งเสริม การชักนำ และการสนับสนุนกระบวนการดำเนินงานให้เกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ด้วยความสมัครใจ

2. การมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องในด้านจิตใจ คือการที่ชุมชนมีส่วนร่วมทางด้านอารมณ์ จิตใจ และค่านิยมของประชาชน ซึ่งจะเป็นเครื่องชี้้นำให้ตนเองเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ริเริ่มสร้างสรรค์ เกิดการกระทำที่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ได้กำหนดไว้ ส่งผลให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมเกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ สันธยา พลศรี (2550) ได้อธิบายถึง ความสำคัญของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. เป็นสิทธิมนุษยชนที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาได้ทุกระดับ รวมทั้งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามที่มีการกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. มีความสอดคล้องกับแนวความคิด ปรัชญา และหลักการเรียนรู้ของชุมชนร่วมกัน
3. เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จนโยบายของรัฐบาลในเรื่องการกระจายอำนาจไปสู่ประชาชนและท้องถิ่น

4. นำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน
5. ทำให้ดำเนินการพัฒนาชุมชนได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชนและชุมชน

6. เป็นการพัฒนาศักยภาพบุคคล กลุ่มและองค์กรในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

7. เป็นการสร้างความพึงพอใจร่วมกัน มีความชอบธรรม เป็นที่ยอมรับภายในกลุ่มร่วมกัน ไม่เป็นการสร้างความขัดแย้งในชุมชนให้เกิดขึ้น

8. ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของชุมชน เกิดความรัก ความหวงแหน ตลอดจนความรับผิดชอบ

9. เป็นกระบวนการสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนให้ประสบความสำเร็จ

10. เป็นกระบวนการแบ่งเบาภาระของรัฐบาล เนื่องจากการพัฒนาคนในชุมชนโดยคนในชุมชนและเพื่อคนในชุมชน โดยแท้จริง รัฐบาลจึงเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนในบางส่วนเท่านั้น

นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2550) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปเกี่ยวข้อง (Involvement) ทางความคิด จิตใจ อารมณ์และทางกาย การมีส่วนร่วมมีความหมายมากกว่าการเป็นส่วนหนึ่ง (Sense and belonging) การมีส่วนร่วมมีความหมายทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ (Quantitative and qualitative) การมีส่วนร่วมครอบคลุมทั้งมิติด้านความสามารถ เวลา และโอกาสที่จะมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมเป็นการกระทำ (Action) จึงมีทั้งผู้กระทำ (The actor) ผู้ถูกกระทำ (The recipient) และสาธารณชน (The public) ผู้เป็นบริบทของการกระทำ

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2551) ได้อธิบายความหมายของคำว่า การมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรของแต่ละระดับการดำเนินการในการกระบวนการวางแผนการจัดการองค์กร การตั้งการและควบคุมการดำเนินงานในแต่ละส่วนอย่างเต็มความสามารถ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ (2560) ได้อธิบายความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการสานสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน และให้การพัฒนานโยบายและบริการสาธารณะเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนและสนองความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยมุ่งเน้นที่กระบวนการในการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของภาครัฐ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นวิธีการที่ภาครัฐ ภาคประชาชนและผู้เกี่ยวข้องมีโอกาสเรียนรู้ทำความเข้าใจนโยบายสาธารณะร่วมกัน ปรึกษาหารือร่วมกัน เพื่อหาแนวทางที่ดีที่สุด

องค์การอนามัยโลก (อ้างใน จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ 2553) ได้ให้ความหมายของ การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ กระบวนการที่บุคคลและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการทั้งชุมชนและที่อยู่อาศัย โดยจะเน้นในส่วนของการพัฒนาความรู้ความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนตนเอง

สุทธิ วรประดิษฐ์ (2553) ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดขึ้นจากเป้าหมายที่ต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ความผูกพัน การเสริมแรง โอกาส ความสามารถในการสนับสนุน ความคาดหวังในสิ่งที่ต้องการ โดยมีพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของเหตุผล
2. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของค่านิยม
3. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของประเพณี
4. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความผูกพัน ความสนทนา

มธุรดา ศรีรัตน์(2554) ได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมการดำเนินงานทั้งในด้านการตัดสินใจการลงความคิดเห็นการวางแผนในการปฏิบัติงานความรับผิดชอบตลอดจนกิจกรรมการประเมินผลโดยใช้ความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์หรือสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

กองสุศึกษา (2556) ได้อธิบายความหมายของการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของชุมชนว่าเป็นแนวคิดที่คนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิด วางแผน หารูปแบบแนวทาง วิธีการ/กิจกรรมในการดำเนินงาน ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ร่วมตัดสินใจ สรุปความคิดเห็น กำหนดวิธีการจัดกิจกรรมการใช้ทรัพยากร ร่วมทำ ร่วมดำเนินการ ร่วมจัดกิจกรรม โครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง กลุ่ม ชุมชน ร่วมตรวจสอบหรือร่วมคิดตามประเมินผลการจัดกิจกรรมในการดำเนินงาน

สรุปจากแนวคิดข้างต้นได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าร่วมในการหาวิธีแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกัน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยนำความเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชน/ชุมชนทุกภาคส่วนมาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจและกำหนดแนวทาง โดยการร่วมกันให้ข้อมูล ร่วมปรึกษาหารือ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินกิจกรรม และร่วมตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นโดยประชาชนเอง

3.4 แนวคิดและทฤษฎีของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (Community Participation)

ทฤษฎีลำดับความต้องการของมาสโลว์ (Hierarchy of needs theory, pp. 66-67) ถือเป็นทฤษฎีดั้งเดิมที่เกี่ยวกับการจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคคลในการดำเนินงานต่างๆ ให้บรรลุความสำเร็จด้วยการจูงใจบุคคลากรในองค์กร โดยคำนึงถึงความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์

เป็นสำคัญ อับราฮัม เอช มาสโลว์ (Abraham H.Maslow) ได้อธิบายว่า ความต้องการของมนุษย์ในปัจจุบันต่างๆ ไม่มีที่สิ้นสุดตามลำดับ ได้แก่

1. ความต้องการพื้นฐานด้านชีวภาพ และกายภาพ นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เพื่อใช้การดำรงชีวิตและสามารถอยู่รอดได้ ซึ่งได้แก่ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย การได้รับการพักผ่อน ความอบอุ่น การนอน เรื่องเพศและการขับถ่าย

2. ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย เป็นความต้องการที่เป็นอิสระจากภัยอันตรายต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย ความกลัวต่อการสูญเสียงาน สูญเสียทรัพย์สินต่าง ๆ อาหารและที่อยู่อาศัย ความรักใคร่ ความเป็นเจ้าของและความต้องการทางสังคม เนื่องจากการอยู่ในสังคมก็ยังคงต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของบุคคลอื่น มีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกเป็นคนที่มีคุณค่าของกลุ่มหรือสังคมที่ตนเป็นสมาชิกนั้นๆ

3. ความต้องการได้รับการยกย่องชมเชยและเป็นที่ยอมรับจากคนในสังคม ซึ่งเป็นความต้องการของบุคคลที่อยากมีคุณค่าในสายตาคนอื่น ๆ และต้องการได้รับการยอมรับจากคนทั่วไปว่าตนเองมีความก้าวหน้าและสามารถประสบผลสำเร็จในสิ่งที่ต้องการตามปรารถนา โดยตระหนักถึงทักษะความสามารถและศักยภาพของตนเอง รวมทั้งทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวเองสูง

4. ความต้องการมีฐานะ โดดเด่นในสังคม (Esteem or Status Needs) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่อมาที่จะต้องประกอบด้วยสิ่งต่างๆ ได้แก่ ความมั่นใจในตนเอง

5. ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จอย่างสูงสุดในชีวิต เป็นแนวโน้มของบุคคลที่จะอยู่ในสถานภาพอย่างใดอย่างหนึ่งที่สามารถเป็นไปได้ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า เป็นความต้องการที่จะเป็นอย่างที่ตนเองเป็นเพิ่มมากขึ้น โดยต้องการเป็นทุกสิ่งทุกอย่างที่สามารถจะเป็นได้ และประสบความสำเร็จ เพื่อที่จะให้ตนเองมีศักยภาพสู่การบรรลุความสำเร็จในระดับสูงสุด

ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริชเบิร์ก (Herzberg's two – factors theory 1959) ได้กล่าวถึงการนำปัจจัยจูงใจและปัจจัยสุขอนามัยร่วมกัน ซึ่งเรียกว่า ทฤษฎีสองปัจจัย มีการนำเสนอปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในการทำงานของพนักงาน เพื่อทำให้เกิดการเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานจนมีการบรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ปัจจัยสุขอนามัย (Maintenance factor or Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่มีผลหรือมีอิทธิพลในการสร้างความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคคล ซึ่งถือเป็นปัจจัยภายนอก ได้แก่ ค่าตอบแทน ความมั่นคงในการทำงาน นโยบายและการบริหารจัดการ สภาพการปฏิบัติงาน การบังคับบัญชา สถานภาพและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2. ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) ถือเป็นปัจจัยที่มีผลหรือมีอิทธิพลต่อการสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่มีผลต่อพนักงานคล้ายกับปัจจัยสุขอนามัย ได้แก่ ลักษณะงานที่มีความท้าทาย ความก้าวหน้าในชีวิตส่วนตัว ความสำเร็จในชีวิต ความรับผิดชอบ การยกย่องชมเชย และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

นิถุมล กุมุทชาติ (2557) ได้อธิบายถึงแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ชุมชนจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจว่า ควรจะทำอะไร และทำอย่างไร
2. ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการตัดสินใจว่า ควรจะทำอะไร และทำอย่างไร
3. ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น คือ จะสนองความจำเป็นพื้นฐานของชุมชนนั่นเอง

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม พบว่า การมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้และบรรลุผลสำเร็จเมื่อมีปัจจัยจูงใจ มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจและคาดหวังว่าจะได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น

3.5 รูปแบบและหลักการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีนักวิชาการมากมายได้ให้แนวคิดและอธิบายเกี่ยวกับรูปแบบและขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชน ดังนี้

Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. (1986) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการตัดสินใจ (Decision making) ซึ่งเป็นประการแรกที่สุดที่จะต้องกระทำคือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นเลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องที่ต้องดำเนินไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินโครงการ (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินโครงการนั้น จะได้จากคำถามที่ว่า ใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้าง และจะทำประโยชน์ด้วยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารจัดการงาน เงินงบประมาณ และการร้องขอความช่วยเหลือ

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรับผลประโยชน์ ที่เกิดจากการดำเนินโครงการนั้นๆ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นั้น นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณแล้ว ยังต้องมีการพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ในทางบวก และผลที่อาจจะ

เกิดขึ้นในทางลบ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียของโครงการ ทั้งที่เป็นโทษและเป็นประโยชน์ต่อทั้งบุคคลและสังคมด้วย

4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการติดตามประเมินผลโครงการ (Evaluation) สิ่งสำคัญที่จะต้องมีการสังเกต คือ ความชอบ (Preferences) ความคิดเห็น (Views) และความคาดหวัง (Expectations) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2550) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วม 3 ส่วน ได้แก่

1. ส่วนของการวางแผนพัฒนาจะเริ่มต้นตั้งแต่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา การกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหาและพัฒนาการศึกษา ชุมชน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดความต้องการของชุมชน จัดลำดับความสำคัญของความต้องการนั้นๆ ตลอดจนการกำหนดพิธีการ แนวทางการดำเนินงานและกำหนดทรัพยากร และแหล่งทรัพยากรที่จะนำไปสนับสนุนการจัดและพัฒนากิจกรรมต่างๆ

2. ส่วนของการจัดและดำเนินการตามแผนงาน โครงการ เป็นส่วนที่ประชาชนเข้าทำประโยชน์ในโครงการ โดยการร่วมมือช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์แรงงานหรือโดยการบริหารและประสานงาน ตลอดจนการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก เป็นต้น

3. ส่วนของการประเมินผลโครงการ เป็นส่วนที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินว่าโครงการพัฒนาที่ดำเนินการนั้น บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การติดตามประเมินผลนี้อาจเป็นการประเมินความก้าวหน้าหรือผลสรุปรวมทั้งโครงการ

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรณทิพย์ เพชรมาก (2551) ได้กล่าวถึง รูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน โดยแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่

1. การรับรู้ข่าวสาร ประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้ไม่ว่าบุคคลหรือหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องจำเป็นจะต้องได้รับการแจ้งให้มีการรับทราบรายละเอียดของโครงการที่จะมีการดำเนินการ รวมถึงผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ ก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการนั้นๆ

2. การปรึกษาหารือ เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือระหว่างประชาชนที่เกี่ยวข้อง ผู้ดำเนินโครงการและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโครงการเพื่อเป็นการเปิดโอกาสในการรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม

3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น เพื่อให้หน่วยงานและประชาชนที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ รวมทั้งผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ได้ใช้เป็นเวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจร่วมกัน

4. การประชาพิจารณ์ เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนดำเนินงานเป็นระบบและมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบัง

5. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้นๆ

6. การใช้กลไกทางกฎหมาย ซึ่งไม่ถือเป็นการมีส่วนร่วมโดยตรงในเชิงป้องกันและแก้ไข แต่เป็นลักษณะการเรียกร้องและการป้องกันสิทธิของตนเองจากการไม่ได้รับความเป็นธรรมตามรัฐธรรมนูญ

กองสุศึกษา (2556) ได้กล่าวถึงหลักการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ/ประชาชนเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐ ซึ่งสามารถแบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุดแต่มีความสำคัญมากที่สุดเพราะเป็นก้าวแรกที่ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งวิธีการ เช่น เอกสารสื่อสิ่งตีพิมพ์ การติดป้ายประกาศ การจัดบอร์ดนิทรรศการ การจัดงานแถลงข่าว การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านเว็บไซต์และจดหมายข่าวประชาสัมพันธ์

2. การรับฟังความคิดเห็น (Consult) คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ ซึ่งมีวิธีการ เช่น เวทีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การจัดให้มีเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อออนไลน์ การสำรวจหรือสอบถามความคิดเห็น

3. การเกี่ยวข้อง (Involve) คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน หรือการร่วมเสนอแนะแนวทางที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ ซึ่งมีวิธีการ เช่น การประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เพื่อการพิจารณาประเด็นนโยบาย การทำประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะกรรมการ เพื่อเสนอแนะประเด็นมาตรการ/นโยบาย

4. ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการมีส่วนร่วมของผู้แทนภาคสาธารณะและประชาชน โดยมีการเป็นหุ้นส่วนในทุกกระบวนการของการตัดสินใจ และมีการร่วมกันอย่างต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม เช่น คณะกรรมการที่ประกอบด้วยฝ่ายประชาชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ

5. การเสริมสร้างอำนาจแก่ประชาชน (Empower) เป็นขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับที่สูงที่สุด ซึ่งผู้ตัดสินใจคือประชาชน เช่น การลงประชามติในการกำหนดประเด็นสาธารณะต่างๆ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่าย พบว่า รูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชนประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความเห็น การร่วมเสนอแนะแนวทางตัดสินใจ ตลอดจนร่วมดำเนินการและเป็นส่วนหนึ่งของในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน

3.6 ระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชน/เครือข่ายชุมชน

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547, น. 17-18) จัดระดับการมีส่วนร่วมได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ให้ข้อมูลทั้งของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชนของตน
2. การมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
3. การมีส่วนร่วมตัดสินใจโดยเฉพาะในส่วนที่ตนมีส่วนได้ส่วนเสีย
4. การมีส่วนร่วมทำ คือ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
5. การมีส่วนร่วมสนับสนุน คือ อาจจะไม่มีโอกาสในการร่วมทำแต่มีส่วนร่วมในเข้าไปการช่วยเหลือด้านต่างๆ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) (อ้างใน วิรัตน์ ปานศิลา 2551) ได้อธิบายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานพัฒนาการบริการ สามารถแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

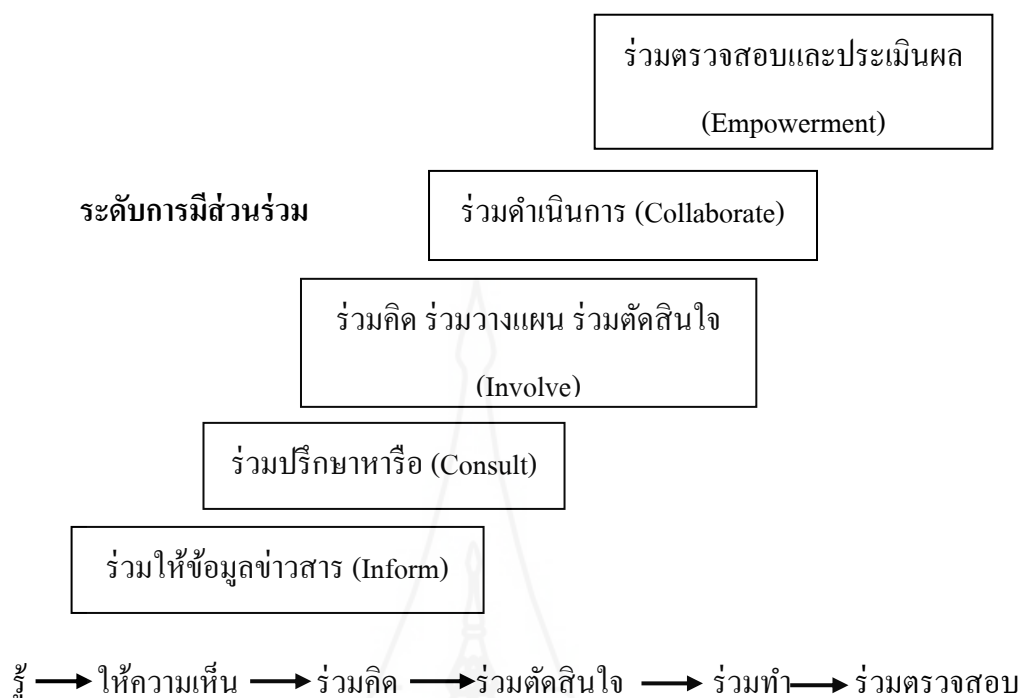
ระดับที่ 1 ร่วมให้ข้อมูลข่าวสารถือว่าเป็นระดับการมีส่วนร่วมที่น้อยที่สุด คือ การแจ้งข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบอาจมีผู้ร่วมให้ข้อมูลได้บ้างเท่านั้น

ระดับที่ 2 ร่วมปรึกษาหารือเป็นระดับการมีส่วนร่วมที่ผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยการร่วมปรึกษาหารือหรือเป็นกรรมการร่วมคิด ให้ความคิดเห็น

ระดับที่ 3 ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจเป็นการมีส่วนร่วมระดับร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ

ระดับที่ 4 ร่วมดำเนินการเป็นระดับการมีส่วนร่วม โดยการร่วมปฏิบัติหรือร่วมดำเนินการ

ระดับที่ 5 ร่วมตรวจสอบและประเมินผล เป็นการร่วมระดับที่สูงสุดถือเป็นระดับมอบอำนาจให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตัดสินใจอย่างแท้จริง



ภาพที่ 2.1 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวทางของ กพร.

ดร.ถวิลวดี บุรีกุล (2551) ได้กล่าวถึง ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน ไว้ว่า สามารถแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญ โดยแบ่งจากระดับต่ำสุด ไปหาระดับสูงสุด 7 ระดับ ได้แก่

1. ระดับการให้ข้อมูลเป็นระดับที่ต่ำที่สุดและเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายหรือผู้วางแผนกับประชาชนเพื่อให้ข้อมูลแก่ชุมชนเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายหรือผู้วางแผนโครงการ เช่น การแถลงข่าว การแจกข่าว การแสดงนิทรรศการและการทำหนังสือพิมพ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ อย่างทั่วถึง ถูกต้อง เที่ยงตรง ทันการณ์ เข้าใจง่ายและไม่มีค่าใช้จ่ายมาเป็นอุปสรรคในการได้รับข้อมูลนั้นๆ

2. ระดับการเปิดรับความคิดเห็นของประชาชน/ชุมชน เป็นระดับขั้นที่สูงกว่าระดับแรก คือ ผู้กำหนดนโยบายสามารถเชิญชวนให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้นและประเมินข้อดีข้อเสียได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การสำรวจความคิดเห็นของชุมชนเกี่ยวกับการริเริ่มโครงการต่างๆ

3. ระดับการปรึกษาหารือ เป็นระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนที่สูงกว่าการเปิดรับความคิดเห็นจากชุมชน เป็นการเจรจากันอย่างเป็นทางการระหว่างผู้กำหนดนโยบายและ

ผู้วางแผนโครงการและชุมชน เพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือประเด็นข้อสงสัยต่างๆ เช่น การจัดประชุม การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

3. ระดับการวางแผนร่วมกัน เป็นระดับที่สูงกว่าระดับการปรึกษาหารือ คือ เป็นเรื่อง การมีส่วนร่วมที่มีความรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนเตรียมโครงการ และผลที่จะเกิดจากการ ดำเนินโครงการ เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องมาร่วมพิจารณา

4. ระดับการร่วมปฏิบัติ เป็นระดับขั้นที่สูงขึ้นจากระดับการวางแผนร่วมกัน คือ เป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบนโยบายหรือโครงการกับประชาชน เป็นขั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติร่วมกัน ดำเนินตามหรือโครงการร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

5. ระดับการร่วมติดตามตรวจสอบ ประเมินผล เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่มีผู้เข้าร่วม น้อย แต่มีประโยชน์ที่ผู้เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบสามารถคอยติดตามการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ ได้ อาจอยู่ในรูปของการจัดตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลที่มาจากหลายฝ่าย การสอบถามประชาชน ซึ่งมีความสำคัญมาก เพราะมีผลต่อการพิจารณาจัดสรรประโยชน์ ยุติ หรือคงไว้ของโครงการหรื อนโยบาย

6. ระดับการควบคุมโดยประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วม โดยประชาชน เพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ เช่น การลงประชามติ เป็นต้น

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 5 ขั้นตอน เพื่อเป็น ส่วนหนึ่งของรูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ตามแนวคิด ของสำนักงานพัฒนาระบบราชการ (กพร.) คือ 1) การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การ มีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือ 3) การมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วม ในการดำเนินการ และ 5) การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

4.1 ความหมายของความรู้ (Knowledge)

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมไว้

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช (2548, น.5-6) ได้กล่าวว่า “ความรู้” นั้น มีหลายนัยและหลายมิติ คือ

1. ความรู้ คือสิ่งที่นำไปใช้จะไม่หมดหรือสึกหรอแต่จะยิ่งงอกงามขึ้น
2. ความรู้ คือสารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติ
3. ความรู้เกิดขึ้น ณ จุดที่ต้องการใช้ความรู้นั้น
4. ความรู้ เป็นสิ่งที่ขึ้นกับบริบทและกระตุ้นให้เกิดขึ้น โดยความต้องการ

จากความหมายของความรู้ สรุปได้ว่า ความรู้หมายถึง การรับรู้ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับ รวมทั้งสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ สิ่งของและบุคคล ซึ่งได้มาจากการสังเกต ประสบการณ์หรือการค้นคว้า การรับรู้สิ่งต่างๆ ทั้งจากทางตรงและทางอ้อม

4.2 ระดับความรู้

เบนจามิน เอส บลูม และคณะ (1956) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้ ความสามารถทางด้านสติปัญญา เป็น 6 ระดับ เรียงจากพฤติกรรมจากง่ายไปสู่ชั้นยาก ดังนี้

4.2.1 ความรู้ (ความจำ) หมายถึง การจำและการระลึกได้ที่มีความคิดวัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ

4.2.2 ความเข้าใจ หมายถึง การแสดงออกถึงพฤติกรรม เมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และสามารถแปล สรุป หรือขยายความสื่อความหมายนั้น

4.2.3 การนำไปใช้ หมายถึง การนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง

4.2.4 การสังเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ เข้าด้วยกันซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์

4.2.5 การประเมินผล หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด ผลงาน คำตอบ วิธีการ และเนื้อหาสาระ เพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีกฎเกณฑ์ในการตัดสินใจ

4.3 การวัดระดับความรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้ มีหลายชนิด แต่ละชนิดเหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ในที่นี้จะกล่าวถึง เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมใช้กันมาก คือ แบบทดสอบ หรือข้อสอบ ถือว่า เป็นสิ่งเร้าเพื่อนำไปเร้าให้ผู้ถูกสอบให้แสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งเป็นแบบฝึกหัด โดยวัดความรู้เรื่องการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ

5.1 ความหมายของทัศนคติ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ ดังนี้

ทัศนคติหรือเจตคติ ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Attitude เป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่ทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ และแรงผลักดัน หากแต่เป็นความพร้อมที่จะตอบโต้และแสดงให้ทราบถึงแนวทางการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า แต่ความหมายของทัศนคตินี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับตรงกัน

5.1.1 องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา ได้แก่ ความคิดที่เป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด อาจอยู่ในรูปที่แตกต่างกัน เช่น เมื่อคนหนึ่งพูดถึง รถยนต์ หรือนึกถึง รถยนต์ อาจจะนึกถึง ยี่ห้อฮอนด้า หรือยี่ห้ออื่นๆ ส่วนประกอบทัศนคติส่วนนี้ แสดงให้เห็นชัดเจนว่า เมื่อเรามองเห็นประโยชน์ที่ว่า รถยนต์เป็น...ซึ่งการอธิบายถึงรถยนต์นั้นต้องมีความเข้าใจก่อนว่ารถยนต์มีความหมายต่อผู้พูดอย่างไร หรือมีความเข้าใจอย่างไร

5.1.2 องค์ประกอบด้านท่าที ความรู้สึก เป็นส่วนประกอบด้านความรู้สึก เร้าความคิด อีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ขณะที่คิดสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ขณะที่คิดถึงรถยนต์ ซึ่งอาจออกมาในรูปแบบที่แตกต่างกัน แสดงว่าบุคคลนั้นมีความรู้สึกด้านบวกและด้านลบตามลำดับต่อรถยนต์นั้น

5.1.3 องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในการปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ขับรถยนต์ หรือให้คำชมเชยรถยนต์ เป็นต้น

จะเห็นว่า ถ้าบุคคลมีความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด เกี่ยวกับสิ่งนั้นดี จะมีทัศนคติทางบวก ดังนั้นองค์ประกอบด้านนี้จะเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความหมายของทัศนคติสามารถสรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความเห็น ความรู้สึกที่มีความเห็น อารมณ์เป็น

ส่วนประกอบ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม บุคคล ในแนวทางหนึ่งอาจจะสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้ ลักษณะทั่วไป สรุปได้ดังนี้

1. ทศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้รับมา
2. ทศนคติเป็นสิ่งที่ชี้แนวทางในการแสดงพฤติกรรมคือถ้ามีทศนคติที่ดีก็มีแนวโน้มเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมที่ดี

3. ทศนคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้

5.2 การวัดทศนคติ

นักจิตวิทยาสังคม แบ่งการวัดทศนคติเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

5.2.1 ทิศทาง หมายถึง การประเมินค่าความรู้ ความรู้สึกและการพร้อมที่จะปฏิบัติ ในด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งหมายถึง ดีหรือเลว เช่นเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางความรู้ ความสามารถ วัดได้ว่า บุคคลมีความรู้ในประเด็นที่ต้องการวัดที่ว่า สิ่งนั้นไปในด้านบวกหรือด้านลบ ด้านบวก หมายถึง ความพร้อมที่จะให้การสนับสนุน ส่วนด้านลบ หมายถึง ความพร้อมที่จะทำลายหรือขัดขวาง ความเจริญของสิ่งนั้น

5.2.2 ปริมาณ หมายถึง ความเข้มข้นหรือปริมาณความรุนแรงของทศนคติไปใน ทิศทางด้านบวกหรือด้านลบ นั่นคือบุคคลที่มีทศนคติต่อสิ่งนั้นอย่างรุนแรง และมีทศนคติต่ออีกสิ่งหนึ่ง อย่างเบาบาง ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความสำคัญของสิ่งนั้น

ทศนคติ เป็นนามธรรม จึงจะต้องมีการประยุกต์วิธีการวัดปริมาณของทศนคติของ เครื่องข่ายชุมชน แบ่งได้เป็น 4 วิธี (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ 2534 อ้างใน วุฒิชัย อารักษ์สม โทษมงคล 2554, น.31) ดังนี้

1. สเกลจัดอันดับ เป็นการให้บุคคลจัดอันดับตัวเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งว่าตัวเอง เป็นอย่างไร การวัดแบบนี้จะง่ายในการสร้างและใช้ ซึ่งผู้ตอบสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่
2. ลิเคิลสเกล เป็นวิธีที่วัดง่าย ไม่มีกระบวนการที่ซับซ้อนมากมาย โดยการเรียงเรียง ข้อความเกี่ยวกับทศนคติที่ต้องการศึกษา โดยให้มีทางเลือกในแต่ละข้อ 5 ทางเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. ช่วงสเกล โดยเริ่มจากการรวบรวมข้อความที่แสดงทศนคติเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการ วัดทศนคติให้มากที่สุด แล้วนำมาจัดเกลาข้อความให้มีจำนวนมากกว่า 100 ข้อความขึ้นไป พิมพ์คำถาม ลงในบัตรข้อละ 1 บัตร ให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ตัดสินเลือกน่าจะแนบจากผู้ตัดสินมาหาค่าคะแนน ประจำข้อ จากนั้นคัดเลือกข้อความขั้นสุดท้ายแล้วนำมาเรียงอย่างสุ่มให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่าเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย จากนั้นเอาค่าประจำข้อที่เลือกมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยเป็นคะแนนทศนคติของกลุ่ม ตัวอย่าง

4. กัทแมน วัดโดยการสร้างคำถามเดียวไม่ซับซ้อน มีคำตอบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่

สรุปการวัดทัศนคติของการศึกษาครั้งนี้ คือ ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของเครือข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยใช้วิธีการวัดทัศนคติด้วยลิเคิลสเกล ประกอบด้วยทางเลือก 5 ทางเลือกในแต่ละข้อ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนมีมากมาย การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมจะต้องมีปัจจัยที่ส่งผลให้ชุมชน/เครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจากนักวิชาการหลายท่าน ดังนี้

Cohen Uphoff and Goldsmith (1980) ได้อธิบายถึงสิ่งที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมไว้ว่า ตัวแปรสำคัญต่อการให้ความร่วมมือ ร่วมใจ ตลอดจนการเข้ามามีส่วนร่วมในงานพัฒนา คือภูมิหลังหรือคุณสมบัติของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่

1. อายุและเพศ
2. สถานภาพของครอบครัว
3. ระดับการศึกษา
4. ชั้นหรือระดับทางสังคม
5. ลักษณะอาชีพ
6. รายได้ที่ได้รับและที่มาของรายได้
7. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน
8. ประเภทของโครงการและกิจกรรม
9. การมีสถานภาพเป็นลูกจ้างหรือเป็นผู้เช่าที่ดิน

William W.Reeder (1974) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลมี 11 ประการ ดังนี้

1. การปฏิบัติตนให้มีความสอดคล้องตามความเชื่อพื้นฐาน หมายถึง บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเลือกวิธีในการปฏิบัติที่มีความคล้ายคลึงและสอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐานของตนเอง
2. มาตรฐานคุณค่าของกลุ่มบุคคลและบุคคลซึ่งดูเหมือนว่าจะมีการปฏิบัติในลักษณะที่มีความสอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตนเอง

3. เป้าหมายของบุคคลและกลุ่มบุคคล ซึ่งดูเหมือนจะเป็นการส่งเสริม ป้องกันและเป็น การรักษาเป้าหมายของตนเอง

4. ประสบการณ์ที่มีความผิดปกติธรรมดา พฤติกรรมของบุคคลบางครั้งมาจาก ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา

5. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะประพฤติดตามแบบที่ตนคาดหมายว่าจะต้องประพฤติ ในสถานการณ์เช่นนั้น ทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่นในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วย

6. การบีบบังคับ กลุ่มบุคคลและบุคคลมักจะทำให้มีการกระทำในสิ่งต่างๆ โดยมิ ความรู้สึกว่าตนเองจะต้องกระทำอย่างนั้น

7. การมองเห็นแต่ตนเอง กลุ่มบุคคลและบุคคลมักจะกระทำในสิ่งต่างๆ ซึ่งมีความคิดว่า ตนเองจะต้องกระทำอย่างนั้น

8. ประเพณีและนิสัย กลุ่มบุคคลและบุคคลมักจะกระทำในสิ่งต่างๆ โดยมีนิสัยที่ชอบ กระทำ เมื่อตนเองได้อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ

9. โอกาส กลุ่มบุคคลและบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการดำเนินงานของสังคม โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้องกับชนิดและจำนวนของโอกาส โดยโครงสร้างของสังคมจะช่วยเอื้ออำนวย ให้บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระทำนั้นๆ

10. ความสามารถ กลุ่มบุคคลและบุคคลมักจะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมบางอย่าง ซึ่งเป็นการทำให้คนเห็นว่าสามารถทำในสิ่งที่ต้องการให้เขาทำสถานการณ์อย่างนั้น

11. การสนับสนุน บุคคลและกลุ่มบุคคล มักจะมีการปฏิบัติเกิดขึ้นเมื่อเขารู้สึกว่าได้รับ การสนับสนุนเป็นอย่างดี

พรทิพย์ คำพอ และคณะ (2544) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งหมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การริเริ่ม การตัดสินใจ การร่วมรับผิดชอบ การวางแผน ตลอดจนการร่วมติดตามและประเมินผลอาจจะมีมากหรือน้อยเพียงใด นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม 3 ประการ ดังนี้

1. การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจ ตั้งแต่เริ่มต้น จากการพบปัญหา และสาเหตุ การแก้ไขปัญหา ตลอดจนมีการคิดโครงการที่จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน โดยใช้ ประโยชน์จากแรงงาน ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเต็มที่

2. การผสมผสานแผนงานและโครงการของส่วนราชการ ด้วยการพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถของประชาชน ตลอดจนคุณภาพของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาความเดือดร้อน ที่ตอบสนองผลประโยชน์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามเวลาและสถานที่

3. การสร้างองค์กรส่วนท้องถิ่น กลไกในการติดต่อประสานงาน การเงินงบประมาณ
 ปัจจัยการดำเนินงานของทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของประชาชน
 สำหรับปัจจัยที่เป็นปัจจัยผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 4 ปัจจัย ได้แก่
1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันหรือแรงจูงใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลเอง
 2. ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัย
 ด้านการเมืองและปัจจัยด้านกายภาพ
 3. ปัจจัยผลักดันที่เกิดจากบุคคลอื่น
 4. รางวัลตอบแทน หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาโดยมี
 การหวังผลประโยชน์ตอบแทน

พระมหาประกาศิต สิริเมโธ (จิตติพิสุทธิกร) (2556, น.75) ได้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ได้แก่ เงื่อนไขของการปฏิบัติตนตามความเชื่อ ประสบการณ์ที่มีความผิดปกติ ความคาดหวังของตนเอง การมองเฉพาะตนเอง ลักษณะนิสัยและขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและกลุ่มบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยทางการสื่อสาร ปัจจัยสิ่งจูงใจ และปัจจัยด้านอำนาจในการส่งเสริมกิจกรรมของการมีส่วนร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดสตูล คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายอำเภอเมือง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล สามารถแยกประเด็นจากการวิจัยที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ใกล้เคียง ได้ดังนี้

7.1 งานวิจัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

คันสนีย์ รัชมี (2550, น. 81-86) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนการมีส่วนร่วมคิด ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง

มยุรี สุวรรณโคตร (2551) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาการมีส่วนร่วมในขั้นการริเริ่ม การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการ การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผล พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง

ฐานพัฒน์ ทิพย์บรรพต (2553) ได้ทำการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาชุมชนตำบลตะพาน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาชุมชน ด้านการร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการวางแผนในระดับน้อย ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในการวางแผนในระดับน้อย ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง

พูนสุข ช่วยทอง (2556) ได้มีการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี มีต่ำกว่าเล็กน้อย โดยมีการร่วมปฏิบัติกิจกรรมป้องกันและควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับดีมากที่สุด รองลงมาเป็นการร่วมวางแผนเพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก

นิจนิภา โมคศิริ (2556) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพัฒนาอยู่ในระดับมาก ส่วนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ/ดำเนินงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ศุคใจ ม่อนใจ (2556, น.461) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการมีส่วนร่วมด้านการร่วมรับผลประโยชน์

และด้านการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหา ด้านการประเมินผล และด้านการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง

สุธีภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมพูศรี(2557) ได้ทำการศึกษากระบวนการบริหารงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นเอกภาพ จังหวัดพะเยา เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพและรูปแบบในการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างมีเอกภาพในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล หมูบ้าน ตามสภาพปัญหาและบริบทในพื้นที่ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการประเมินผลโดยใช้แนวคิด CIPP Model ในขั้นตอนการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 9 แห่ง พบว่า การเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายปฐมภูมิระดับอำเภอและโรงพยาบาลระดับอำเภอ โดยมีการพัฒนาตนเองด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างผสมผสานด้านทรัพยากร บุคลากร และทีมสหวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามเกณฑ์บันได 5 ขั้น และมีประเด็นสุขภาพในการขับเคลื่อนระบบ (One District One Project) เป็นหนึ่งเดียวไม่แยกส่วน ส่งเสริมให้ประชาชนมีความร่วมมือในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ชุมชนและพร้อมพัฒนาสู่อำเภอ สุขภาวะภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน แต่ยังมีจุดอ่อน คือ ไม่มีความเชื่อมโยงของระบบบริการทุติยภูมิ ปฐมภูมิอย่างเป็นระบบชัดเจน

นิฤมล กมฺุทชาติ (2557) ได้ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามหลักของ Kemmis และ Mc Taggart คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 50 คน โดยพบว่า กระบวนการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการระบบสุขภาพอำเภอ แบ่งออกเป็น 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมถกปัญหา 3) คั้นข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหา 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) มอบหมายภารกิจที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ ระดับการมีส่วนร่วม และระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทำให้ผลการประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอผ่านเกณฑ์ที่ระดับ 4 โดยปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ คือ การมีนโยบายสนับสนุนจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจน และการแปลงนโยบายในระดับพื้นที่อย่างสอดคล้องกัน คือ การสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

อับดุลคอเล็ด เจะเต (2557) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนบ้านเกาะสวาด ตำบลไพรวัน อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาสโดยศึกษาบริบทของชุมชน/ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้ประสบผลสำเร็จ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้นำ

ชุมชน ตัวแทนกลุ่มอาชีพ และตัวแทนครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

เจตน์สฤษฎ์ สังขพันธ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนนุโหล่นจังหวัดสตูล พบว่า การมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนด้านการดำเนินการและปฏิบัติการและด้านการนำเสนอความคิดการวางแผนในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการรับและแบ่งผลประโยชน์และด้านการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับน้อย

ศักดิ์ชัย ชิววงศ์ (2559) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61 ระดับปานกลาง ร้อยละ 33 และระดับต่ำ ร้อยละ 6

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 5 ขั้นตอน เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ตามแนวคิดของสำนักงานพัฒนาระบบราชการ (กพร.) คือ 1) การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือ 3) การมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และ 5) การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล

7.2 งานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547, น. 41-51) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยเชิงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

พรพันธ์ คชเดช (2550, น. 111-114) ศึกษาเรื่องศักยภาพการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ปัจจัยเชิงใจในการดำเนินงาน ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ความสำเร็จของงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง

คันสนีย์ รัตมี (2550, น. 81-86) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยก้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับน้อย

ก้องเกียรติ อุบัติมา (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนในเขตอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุและระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชน

สุพจน์ บุคคาน้อย (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสนับสนุนด้านข่าวสารและการสนับสนุนด้านอารมณ์ เครื่องมือ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มยุรี สุวรรณโคตร (2551) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม ทักษะคิดต่อกองทุนพัฒนาสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน คือ การคาดหวังในผลประโยชน์

นพดล ครูพาน้อย (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช รายได้ต่อเดือน การมีตำแหน่ง/การเป็นสมาชิกกลุ่มในหมู่บ้านและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิตยา สุภาภรณ์ (2552) ได้ศึกษา ระดับการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนชุมชนบางไผ่ จำนวน 401 คน ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ต่อความอยู่ดีมีสุข พบว่า เพศชายรับรู้มากกว่าเพศหญิง ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป รับรู้มากที่สุด รองลงมาช่วงอายุ 30 ปี ช่วงอายุ 41-50 ปีรับรู้น้อยที่สุด ประชาชนที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีรับรู้มากที่สุด ประชาชนที่เป็นข้าราชการรับรู้มากที่สุด ระยะเวลาการอาศัย

ในชุมชนช่วง 21-30 ปี รับรู้มากที่สุด ประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยตั้งแต่ 40,001 บาทขึ้นไปรับรู้ต่อความอยู่ดีมีสุขในระดับมากที่สุด

วชิระ สิงห์คง (2553) ได้ศึกษาการรับรู้ การมีส่วนร่วมและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอาหารปลอดภัย พบว่า การรับรู้ที่ถูกต้องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานอาหารปลอดภัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้อันตราย ด้านการรับรู้อุปสรรคในการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพการคุ้มครองผู้บริโภค การรับรู้ข่าวสารเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค และความถี่ของการทำกิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคุ้มครองผู้บริโภค

ชุตินา คุ้มาราง และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลนครสมุทรปราการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยชุมชนในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอย ได้แก่ สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนปีที่อยู่อาศัย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมูลฝอย ทศนคติ และความยินดีเข้าร่วมในการจัดการมูลฝอย

วรรณาทอง กวางแก้ว (2554) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ในจังหวัดยะลา พบว่า บทบาททางสังคม การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พระมหาประกาศิต สิริเมโธ (วุฒิปสิททิกร) (2556) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ และเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ โดยภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านจะอยู่ในระดับดีมาก และเมื่อพิจารณาแยกรายด้านจะพบว่า การมีส่วนร่วมทั้ง 4 ด้าน มีส่วนร่วมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งด้านที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ด้านการตัดสินใจ การเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อม พบว่า ประชาชนที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน

เศรษฐกิจพอเพียงไม่แตกต่างกัน ประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน สถานภาพ ในชุมชน และการเข้าร่วมกลุ่มชุมชนที่มีความแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจ พอเพียงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

พูนสุข ช่วยทอง (2556) ได้มีการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า เพศ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การได้รับข่าวสาร เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ รายได้ครอบครัว และตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับ แรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ศุคใจ ม่อนไข (2556, น. 461) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

นิจนิภา โมคศิริ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร พบว่า ปัจจัยด้าน ชีวิตภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งปัจจัย ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อด้านความสะดวกในการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้าง สุขภาพ ปัจจัยเอื้อด้านการมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนและหน่วยงาน ปัจจัยเสริมด้านการ ได้รับสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

นิคม แก้ววันดี (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการ ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ความรู้ การรับรู้ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียง ของทรัพยากร และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ/กระตุ้นเตือน และได้รับแรงจูงใจ มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนปัจจัยนำและปัจจัยเอื้อด้านทัศนคติในการใช้ทรัพยากรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กานต์นะรัตน์ จรามร, สมศักดิ์ ลีลา และสมพงษ์ ปั่นหุ่น (2557) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ มากที่สุดได้แก่ การติดต่อสื่อสาร รองลงมาคือแรงจูงใจและเจตคติต่อการมีส่วนร่วม ส่วนบรรยากาศ องค์การมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ จากการวิจัย ในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการติดต่อสื่อสารมีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานนอกภาครัฐควรรู้ความสำคัญกับการติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิด พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

อับดุลคอเล็ด เจะแต (2557) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ พัฒนาชุมชนบ้านเกาะสวาด ตำบลไพรวัน อำเภอดงไทรงาม จังหวัดนราธิวาสโดยศึกษาบริบทของชุมชน/ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้ประสบผลสำเร็จ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้นำ ชุมชน ตัวแทนกลุ่มอาชีพ และตัวแทนครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า บริบทชุมชน/ปัจจัยที่ส่งผลต่อ การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนประสบผลสำเร็จประกอบด้วย ภาวะผู้นำ ผู้นำศาสนา วัฒนธรรมของชุมชน ทูตทางสังคม การสร้างแรงจูงใจ

สมตระกูล ราศิริ (2557) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมในระดับปานกลาง ระยะเวลา ในการปฏิบัติงาน จำนวนครั้งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารในปีที่ผ่านมาและระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ สถานภาพสมรสและการเข้ารับการอบรมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรค ไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ และ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออก

ศักดิ์ชัย ชิววงศ์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำ ชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่า ส่วนปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เพศ อาชีพ รายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปปัจจัยที่จะศึกษากับระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือกองทุนที่จัดตั้งขึ้นในชุมชน การเคยได้รับประชมอบรมด้านสุขภาพ การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพ ความรู้ และทัศนคติ ดังแสดงรายละเอียดในกรอบแนวคิดการวิจัย หน้า 5



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ศึกษา คือ เครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 1,715 คน และผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และนายกเทศมนตรี จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 12 ตำบล ได้แก่ พิมาน หลง เจ๊ะบิลัง คลองขุด บ้านควน ควนขัน เกาะสาหร่าย ต้นหยงโป ต่ามะลัง ปูยู ควนโพธิ์ และเกตรี เทศบาลเมืองสตูล 1 แห่ง และเทศบาลตำบล 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลหลง เทศบาลตำบล เจ๊ะบิลัง เทศบาลตำบลคลองขุด จำนวน 94 คน รวม 1,809 คน

2.2 ตัวอย่าง

2.2.1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเกรจซี และเมอร์แกน (Krejcie and Morgan 1970 อ้างใน ชีรวุฒิ เอกากุล 2543) มีดังนี้

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)
 p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $p=0.5$)

จากสูตรข้างต้นสามารถคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้ โดยกำหนดให้ความ
 แม่นยำของการประมาณความผิดพลาดได้ไม่เกิน 0.10 ใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 โดยค่า χ^2
 = 3.841

$$n = \frac{3.841 \times 1,809 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 (1,809-1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 316.98 = 320 \text{ ตัวอย่าง}$$

ดังนั้นจำนวนตัวอย่างเครือข่ายชุมชนที่จะทำการศึกษา ต้องไม่ต่ำกว่า 320
 ตัวอย่าง

2.2.2 วิธีการเลือกตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling method)

- 1) สุ่มเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเทศบาลที่มี อสม. ขึ้นทะเบียน ทั้งหมด 18 รพ.สต. และ 2 เทศบาล มาร้อยละ 50 โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้ รพ.สต. ตัวอย่างมา 9 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต. ฉลุง รพ.สต. เจ๊ะบิลัง รพ.สต. คลองขุด รพ.สต. คลองขุด (สาขา) รพ.สต. บ้านควน 1 รพ.สต. ต่ามะลัง รพ.สต. บ้านทุ่ง รพ.สต. ปาเต๊ะ และ รพ.สต. ดันหยงโป และ 1 เทศบาล ได้แก่ เทศบาลตำบลฉลุง จำนวน 255 คน
- 2) สุ่มเลือกผู้ใหญ่บ้าน กำหนด นายกองค้การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี ในอำเภอเมืองจากทั้งหมด 12 ตำบล 4 เทศบาล โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากร ด้วยการจับฉลาก จำนวน 65 คน

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากรและตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
 แยกตามสถานที่ขึ้นทะเบียน อสม. ของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล (20 แห่ง)

รพ.สต.	จำนวนประชากร อสม.	จำนวนตัวอย่าง
1. รพ.สต. ฉลุง	98	32
2. รพ.สต. บ้านทุ่ง	87	28
3. เทศบาลฉลุง	93	30

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

รพ.สต.	จำนวนประชากร อสม.	จำนวนตัวอย่าง
4. รพ.สต.บ้านใหม่	132	-
5. รพ.สต.วังพะเนียด	148	-
6. รพ.สต.บ้านควน 1	56	18
7. รพ.สต.บ้านควน 2	49	-
8. รพ.สต.ป่าเต็ง	58	19
9. รพ.สต.เจ๊ะบิลัง	113	37
10. รพ.สต.ตันหยงโป	40	29
11. รพ.สต.ควนขัน	135	-
12. รพ.สต.ตำมะลัง	87	29
13. รพ.สต.ปยู	63	-
14. รพ.สต.เกาะยาว	21	-
15. รพ.สต.ตันหยงกลิง	65	-
16. รพ.สต.เกาะสาหร่าย	42	-
17. รพ.สต.หลี่เป๊ะ	8	-
18. รพ.สต.คลองขุด	87	29
19. รพ.สต.คลองขุด (สาขา)	62	20
20. เทศบาลเมืองสตูล PCU	271	-
รวม	1,715	255

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ณ พฤศจิกายน 2560

ตารางที่ 3.2 แสดงจำนวนประชากรและตัวอย่างผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และนายกเทศมนตรี แยกตามตำบลทั้งหมดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล (12 ตำบล)

ตำบล	จำนวนประชากร			จำนวนตัวอย่าง		
	ผู้ใหญ่	กำนัน	นายก อบต.	ผู้ใหญ่	กำนัน	นายก อบต.
	บ้าน	นายกเทศมนตรี	รวม	บ้าน	นายกเทศมนตรี	รวม
1. ตำบลพิมาน (อยู่ในเขตเทศบาลเมือง) (20 หมู่ชน)	-	1	1	-	1	1
2. คลองขุดรวมเทศบาลตำบลคลองขุด (7หมู่บ้าน)	7	2	9	6	1	7
3. ควนขัน (6 หมู่บ้าน)	6	2	8	5	-	5
4. บ้านควน (7หมู่บ้าน)	7	2	9	6	-	6
5. ฉลุงรวมเทศบาลฉลุง (4 หมู่บ้าน)	14	3	17	12	1	13
6. เกาะสาหร่าย (7หมู่บ้าน)	7	2	9	6	-	6
7. ดันหยงโป (3หมู่บ้าน)	3	2	5	3	-	3
8. เจ๊ะบิลังรวมเทศบาลตำบลเจ๊ะบิลัง (6หมู่บ้าน)	6	2	8	5	1	6
9. ต่ามะลั้ง (3หมู่บ้าน)	3	2	5	3	-	3
10. ปูยู (3หมู่บ้าน)	3	2	5	3	-	3
11. ควนโพธิ์ (7หมู่บ้าน)	7	2	9	6	-	6
12. เกตรี (7 หมู่บ้าน)	7	2	9	6	-	6
รวม	70	24	94	61	4	65

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ส่วนประกอบของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์วิจัยที่และกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วยเนื้อหาแบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง ในชุมชน และระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน การเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุขและการได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ของเครือข่ายชุมชน ดัดแปลงมาจากวุฒิชัย อารักษ์โพชนงค์ (2554, น. 180-182) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับความหมาย เป้าหมาย และหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามเชิงบวก (Positive Content) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10 และ ข้อคำถามเชิงลบ (Negative Content) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 10 มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งระดับความรู้ดังนี้ (Benjamin, Bloom 1986, น. 47-62) ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (10 - 5.9 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ
 คะแนนร้อยละ 60-79 (6.0-8.0 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
 คะแนนตั้งแต่ 80 ขึ้นไป (8.1 -10.0 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับหลักการดำเนินงาน เป้าหมาย และประโยชน์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 13 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert) ข้อคำถามเชิงบวก (Positive Content) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13 และ ข้อคำถามเชิงลบ (Negative Content) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 9 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก (คะแนน)	ข้อความเชิงลบ (คะแนน)
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การให้คะแนนการประเมินทัศนคติความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบสุขภาพ
ระดับอำเภอของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การแปรผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} / \text{จำนวนระดับการวัด} \\ &= (5-1)/3 \\ &= 1.33\end{aligned}$$

ผู้ตอบคำถามต้องเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ
ต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่ง
ระดับคะแนนของเบสท์ (Best 1977, pp. 174) ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 -2.33 หมายถึง ทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบ
สุขภาพระดับอำเภอของกลุ่มตัวอย่าง
อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 2.34-3.66 หมายถึง ทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบ
สุขภาพระดับอำเภอของกลุ่มตัวอย่าง
อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง ทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบ
สุขภาพระดับอำเภอของกลุ่มตัวอย่าง
อยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพระดับ
อำเภอ (District Health System: DHS) ของเครือข่ายชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสตูล** ลักษณะ
คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 23 ข้อ โดยกำหนดมาตรวัดแต่ละ
ข้อคำถามแบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ คือ 4 3 2 1 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

มีส่วนร่วมมาก	หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้ง
มีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม นั้นๆ ประมาณครึ่งหนึ่ง
มีส่วนร่วมน้อย	หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม นั้นๆ เป็นบางครั้ง
ไม่เคย	หมายถึง ท่านไม่เคยมีส่วนร่วมในการดำเนิน กิจกรรมนั้นๆ เลย

เกณฑ์การประเมินระดับการมีส่วนร่วมผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนการมีส่วนร่วมเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best 1997, น.174) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดและนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการแบ่ง คือ 3 กลุ่ม จัดเป็นช่วงระดับคะแนนดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} / \text{จำนวนระดับการวัด} \\ &= 4 - 1/3 \\ &= 1 \end{aligned}$$

ดังนั้นผู้วิจัย จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผล โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาพิจารณา โดยยึดเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 – 1.99	หมายถึง การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ระดับอำเภออยู่ในระดับต่ำ
ช่วงคะแนน 2.00 – 2.99	หมายถึง การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ระดับอำเภออยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 3.00 - 4.00	หมายถึง การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ระดับอำเภออยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปลายเปิด สอบถามข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ของเครือข่ายชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสตูล เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

3.2 ความตรงของเครื่องมือ

3.2.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

3.2.2 กำหนดกรอบเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัย

3.2.3 สร้างแบบสัมภาษณ์ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน แล้วนำแบบสัมภาษณ์ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

3.2.4 นำแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้แนะนำอีกครั้ง ก่อนนำไปตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ

3.2.5 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาเมื่อได้ข้อเสนอแนะแล้วจึงนำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 0.97 ดังนี้ หมวดเรื่องความรู้ หมวดเรื่องทัศนคติ และหมวดเรื่องการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96, 1 และ 0.96 ตามลำดับ

3.3 ความเที่ยงของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

3.2.1 การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านความรู้

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีหาความเที่ยงตามแบบของ KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson reliability) เนื่องจากลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูก ผิด (อ้างใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2543) ตามสูตร ดังนี้

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

เมื่อ $r(K-R20)$	แทน ค่าความเที่ยงที่คำนวณจากสูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน
K	แทน จำนวนแบบสอบถามทั้งหมด
P	แทน สัดส่วนของผู้ทำแบบสอบถามผ่านแต่ละข้อ
q	แทน สัดส่วนของผู้ทำแบบสอบถามไม่ผ่านแต่ละข้อ (1-P)
s^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

จากผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ ในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.67 ซึ่งความเที่ยงที่น่าเชื่อถือต้องมีค่าตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไป

3.2.2 ทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามส่วนทัศนคติต่อการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนทัศนคติ มีค่าเท่ากับ 0.72 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เท่ากับ 0.96 และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91

3.4 การขอจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานทางจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ หลักการเคารพในตัวตน (Respect for Person) หลักผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดความอันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่งและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลเชิงลบต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่เจตนา จึงกำหนดแนวทางการศึกษาด้านจริยธรรม ดังนี้

3.4.1 ผู้วิจัยแนะนำและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้มีการสอบถามข้อสงสัย และให้มีการเข้าร่วมอย่างสมัครใจ

3.4.2 กระบวนการในการทำวิจัยไม่ส่งผลให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

3.4.3 ระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการตอบคำถามได้ โดยผู้วิจัยจะไม่รีบร้อนให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

3.4.4 ขออนุญาตต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสตูล เพื่อขอทำวิจัยในมนุษย์ ตามเลขที่อนุมัติ ETA0006/60 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2560

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2561 โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปติดต่oprสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือผู้รับผิดชอบระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในเขตเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมือง (CUP) จำนวน 10 แห่ง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายแบบสอบถาม พร้อมทั้งนัดหมายวัน และเวลาในการขอรับแบบสอบถามคืน และให้ผู้ช่วยนักวิจัยส่งแบบสอบถามคืนให้ผู้วิจัยระยะเวลา 1 สัปดาห์

4.3 เมื่อผู้ช่วยนักวิจัยได้รับแบบสอบถามแล้ว จะประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยในอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ให้แจกจ่ายแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมนำส่งคืนผู้ช่วยนักวิจัย ภายใน 1 สัปดาห์

4.4 เมื่อครบกำหนดแล้ว ถ้าผู้วิจัยไม่ได้รับแบบสอบถามกลับภายใน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยก็จะประสานผู้ช่วยวิจัยให้ช่วยติดตาม และติดตามทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งส่งแบบสอบถามชุดใหม่ให้กรณีสูญหายหรือไม่ได้รับ ซึ่งจะใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีก 2 สัปดาห์ จนได้แบบสอบถาม 320 ชุด

4.5 เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามแล้วนำมาตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของคำตอบแล้วนำไปลงรหัสเพื่อบันทึกข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การตรวจสอบข้อมูล

5.1.1 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

5.1.2 จัดทำโปรแกรมเพื่อบันทึกโดยออกรหัสตัวเลขพร้อมกับคู่มือการบันทึกข้อมูล

5.2 วิเคราะห์ข้อมูล

ทำการด้วยโปรแกรมทางสถิติ ซึ่งสถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ในการศึกษา มีดังนี้

5.2.1 สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของข้อมูลและระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายชุมชน

5.2.2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการมีส่วนร่วม

โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีเกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Bartz 1999, p. 184)

0.81 - 1.00	มีความสัมพันธ์สูงมาก
0.61 - 0.80	มีความสัมพันธ์สูง
0.41 - 0.60	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
0.21 - 0.40	มีความสัมพันธ์ต่ำ
0.00 - 0.20	มีความสัมพันธ์ต่ำมาก



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยผู้วิจัยได้ขอข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกเทศมนตรีที่เป็นตัวแทนของเครือข่ายชุมชนในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำนวน 320 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน การเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุขและการได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ของเครือข่ายชุมชน

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับหลักการดำเนินงาน เป้าหมาย และประโยชน์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ส่วนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน การเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ แสดงดังตารางที่ 4.1 - 4.3

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน และร้อยละของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล (n=320)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	36.9
หญิง	202	63.1
อายุ (ปี)		
20-30	49	15.3
31-40	87	27.2
41 ปี ขึ้นไป	184	57.5
\bar{X} = 41.59 S.D = 9.04 Min = 20 Max = 66		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	110	34.4
มัธยมศึกษา/ปวช.	136	42.5
ปวส./อนุปริญญาหรือสูงกว่า	74	23.1
อาชีพ		
ธุรกิจส่วนตัว	48	15
เกษตรกรกรรม	91	28.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	25	7.8
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	156	48.8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งในชุมชน		
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	255	79.7
ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/นายกเทศมนตรี/นายก อบต.	65	20.3
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน (ปี)		
1-10 ปี	233	72.8
11-20 ปี	53	17.6
21 ปี ขึ้นไป	34	10.6
$\bar{X} = 8.78$ S.D = 7.293 Min = 1 Max = 37		
การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน		
ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม	138	43.1
เป็นสมาชิกกลุ่ม	182	56.9
การเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข		
เคย	110	34.4
ไม่เคย	210	65.6
การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข		
ไม่เคย	36	11.2
เคย	284	88.8
การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ		
ไม่เคย	41	12.8
เคย	279	87.2

1.1 เพศ เครื่องข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.1 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 36.9

1.2 อายุ เครื่องข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมา คือ อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.2

1.3 ระดับการศึกษา เครื่องข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมา คือ ระดับปวส./อนุปริญญาหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 23.1

1.4 อาชีพ เครื่องข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 28.4

1.5 ตำแหน่งในชุมชน เครื่องข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 79.7 และผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/นายกเทศมนตรี/นายก อบต. คิดเป็นร้อยละ 20.3

1.6 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน เครื่องข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.8 รองลงมา คือระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.6

1.7 การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เครื่องข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 56.9 และไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 43.1

1.8 การเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข เครื่องข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 65.6 และเคยได้รับการประชุมอบรมด้านสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 34.4

1.9 การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข เครื่องข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 88.8 และไม่เคยได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 11.2

10.10 การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เครื่องข่ายชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 87.2 และไม่เคยได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 12.8

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

2.1 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล แบ่งระดับ
ความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูง ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของระดับ
ความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
(n=320)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (8.1-10.0 คะแนน)	118	36.9
ระดับปานกลาง (6.0-8.0 คะแนน)	170	53.1
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 1-5.9 คะแนน)	32	10.0
รวม	320	100.0

\bar{X} = 7.77, S.D. = 1.72, Min. = 2 , Max. = 10

จากตารางที่ 4.2 พบว่า เครือข่ายชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดสตูล มากกว่าครึ่งหนึ่ง
มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.1 รองลงมา คือ เครือข่ายชุมชน มีคะแนนอยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 36.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 10 ตามลำดับ

2.2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นรายชื่อ แสดงจำนวน
และร้อยละของข้อที่ตอบถูกต้องและข้อที่ตอบไม่ถูกต้อง มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละและระดับความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่าย
ชุมชนที่ตอบได้ถูกต้องและไม่ถูกต้อง เป็นรายข้อ (n=320)

ความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ	ตอบได้ถูกต้อง		ตอบไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันขององค์กรภาคีในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน	311	97.2	9	2.8
2. ระบบสุขภาพระดับอำเภอช่วยเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติในการรับรู้ปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นสู่วางแผนพัฒนาด้านสุขภาพได้เหมาะสม	295	92.2	25	7.8
3. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้รับและผู้ให้บริการ เกิดกำลังใจ และประชาชนพึงพอใจ	292	91.3	58	8.7
4. ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีผลทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพได้มาตรฐาน	286	89.4	34	10.6
5. ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีเป้าหมายทำให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพที่เข้มแข็ง	281	87.8	39	12.2
6. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เน้นการมีส่วนร่วมในระดับอำเภอทุกชั้นตอน ได้แก่ ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล	277	86.6	43	13.4

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ	ตอบได้ถูกต้อง		ตอบไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากร มาใช้ร่วมกันทั้งคนเครื่องมือความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล	264	82.5	56	17.5
*8. ระบบสุขภาพระดับอำเภอไม่มีผลในการ ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น	174	54.4	146	45.6
*9. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการ ขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ ของทีมอย่างชัดเจน	162	50.6	158	49.4
*10. ระบบสุขภาพระดับอำเภอไม่ใช่การจัดการ ปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหา สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟูตามหลักการเข้าถึงบริการ การให้บริการอย่างต่อเนื่องการเชื่อม ประสานการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ และชุมชนมีส่วนร่วม	144	45	176	55

* ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 4.3 พบว่า เครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ตอบถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันขององค์กร
ภาคีในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น วัด โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 97.2 รองลงมา คือ ระบบสุขภาพระดับอำเภอช่วยเชื่อมต่อการ
ดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติในการรับรู้ปัญหา ความต้องการและความจำเป็น
สู่วางแผนพัฒนาด้านสุขภาพได้เหมาะสม ร้อยละ 92.2 และการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

เป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้รับและผู้ให้บริการ เกิดกำลังใจ และประชาชนพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 91.3 และตอบผิดมากที่สุด คือ การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันทั้งคนเครื่องมือความรู้เทคโนโลยี และฐานข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 17.5 และการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเน้นการมีส่วนร่วมในระดับอำเภอทุกขั้นตอน ได้แก่ ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล คิดเป็นร้อยละ 13.4

ส่วนที่ 3 ทักษะต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

3.1 ผลการวิเคราะห์ทักษะต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล แบ่งระดับทักษะต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพในภาพรวมและรายชื่อออกเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับทักษะต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล เป็นรายชื่อ (n=320)

ทักษะ	ระดับความคิดเห็น			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	น้อย	ปานกลาง	เห็นด้วยมาก			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
*1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นระบบที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในทุกภาคส่วน	219 (68.4)	85 (26.6)	16 (5)	3.80	0.806	สูง
2. ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีส่วนทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี	20 (6.2)	100 (31.3)	200 (62.5)	3.72	0.827	สูง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ทัศนคติ	ระดับความคิดเห็น			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	น้อย	ปานกลาง	เห็นด้วยมาก			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
3. ระบบสุขภาพระดับ อำเภอทำให้ระบบ สุขภาพมีความยั่งยืน	26 (8.1)	90 (28.1)	204 (63.8)	3.69	0.824	สูง
4. ฉันสามารถนำความรู้ ด้านระบบสุขภาพระดับ อำเภอไปใช้ในการ ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และถ่ายทอดให้ผู้อื่น ได้อย่างถูกต้อง	22 (6.9)	125 (39.1)	173 (54.1)	3.61	0.861	ปานกลาง
5. ฉันมีความสุขกับการ ปฏิบัติงานระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ	22 (6.9)	125 (39.1)	173 (54.1)	3.57	0.769	ปานกลาง
6. การทุ่มเทเวลาและกำลัง ความสามารถในการ ดำเนินงานระบบสุขภาพ ระดับอำเภอจะทำให้ฉัน เป็นส่วนสำคัญต่อการ พัฒนาระบบสุขภาพ	31 (9.7)	118 (36.9)	171 (53.4)	3.58	0.903	ปานกลาง
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอเมืองได้จัดการ อบรมอธิบายชี้แจง วิธีการดำเนินงาน ตามระบบสุขภาพระดับ อำเภอให้กับเครือข่าย อย่างทั่วถึง	29 (9.1)	123 (38.4)	168 (52.5)	3.58	0.930	ปานกลาง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ทัศนคติ	ระดับความคิดเห็น			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	น้อย	ปานกลาง	เห็นด้วยมาก			
	จำนวน (%)	จำนวน(%)	จำนวน (%)			
8. ปัจจุบันฉันได้ให้ความ สำคัญและปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับระบบ สุขภาพอำเภออย่างเต็ม กำลังความสามารถ	31 (9.7)	127 (39.7)	162 (50.3)	3.56	0.894	ปานกลาง
9. ระบบสุขภาพระดับ อำเภอของอำเภอเมือง จังหวัดสตูลเป็นเรื่อง สำคัญต่อการปฏิบัติงาน ในปัจจุบันของฉัน	23(7.2)	133(41.6)	164(51.2)	3.54	0.783	ปานกลาง
10. เพื่อนร่วมงานของฉัน ส่วนใหญ่ร่วมมือกัน ดำเนินงานตามระบบ สุขภาพระดับอำเภอ	37(11.5)	132(41.3)	151(47.2)	3.54	0.956	ปานกลาง
*11. ระบบสุขภาพระดับ อำเภอไม่มีส่วนช่วย พัฒนาตัวฉันและงาน ของฉันได้	169(52.8)	116(36.3)	35(10.9)	3.51	0.827	ปานกลาง
12. ฉันมีความกระตือรือร้น ให้ความร่วมมือในการ ปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการ ดำเนินงานระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ	22(6.9)	176(55)	122(38.2)	3.37	0.733	ปานกลาง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ทัศนคติ	ระดับความคิดเห็น			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	น้อย	ปานกลาง	เห็นด้วยมาก			
	จำนวน (%)	จำนวน(%)	จำนวน (%)			
*13. ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นเรื่องน่าเบื่อหรือเพิ่มภาระให้กับฉัน	95(29.7)	150(46.9)	75(23.4)	2.06	0.727	ต่ำ
ในภาพรวม				3.47	0.561	ปานกลาง

* ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.47$, S.D.=0.561)

เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูลเป็นรายข้อ ในส่วนของข้อคำถามเชิงบวก เครือข่ายชุมชนมีทัศนคติระดับสูง 2 ข้อ คือ ระบบสุขภาพระดับอำเภอมมีส่วนทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี รองลงมา คือ ระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืน ค่าเฉลี่ย 3.72, 3.69 ตามลำดับ และเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ฉันมีความกระตือรือร้นให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ และเพื่อนร่วมงานของฉันส่วนใหญ่ร่วมมือกันดำเนินงานตามระบบสุขภาพระดับอำเภอ ค่าเฉลี่ย 3.37 และ 3.54 ตามลำดับ

ในส่วนของข้อคำถามเชิงลบ พบว่า เครือข่ายชุมชนมีทัศนคติระดับสูง จำนวน 1 ข้อ คือ ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นระบบที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในทุกภาคส่วน ระดับปานกลาง 1 ข้อ คือ ระบบสุขภาพระดับอำเภอไม่มีส่วนช่วยพัฒนาตัวฉันและงานของฉันได้ และระดับต่ำ 1 ข้อ คือ ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นเรื่องน่าเบื่อหรือเพิ่มภาระให้กับฉัน ค่าเฉลี่ย 3.80, 3.51 และ 2.06 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล แสดงดังตารางที่ 4.6 - 4.12

4.1 ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ในภาพรวมและรายด้าน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (n=320)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ	ระดับการมีส่วนร่วม			\bar{X}	SD	แปลผล
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
1. ด้านให้ข้อมูลข่าวสาร	20 (6.3)	81 (25.3)	219 (68.4)	2.62	0.601	ปานกลาง
2. ด้านการตรวจสอบและประเมินผล	36 (11.3)	74 (23.1)	210 (65.6)	2.54	0.688	ปานกลาง
3. ด้านดำเนินการ	26 (8.1)	117 (36.6)	177 (55.3)	2.47	0.642	ปานกลาง
4. ด้านการปรึกษาหารือ	19 (5.94)	131 (40.94)	170 (53.12)	2.47	0.607	ปานกลาง
5. ด้านการคิด วางแผน	25 (7.8)	140 (43.8)	155 (48.4)	2.40	0.631	ปานกลาง
ในภาพรวม				2.47	0.628	ปานกลาง

ตารางที่ 4.5 พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.47, S.D. = 0.628)

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนรายด้านพบว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร (\bar{X} = 2.62) รองลงมา คือ ด้านการตรวจสอบและประเมินผล (\bar{X} = 2.54) และด้านการดำเนินการ (\bar{X} = 2.47) ด้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ ด้านร่วมคิด ร่วมวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.40)

4.2 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร รายข้อ ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นรายข้อ (n=320)

ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	การมีส่วนร่วม				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(%)	(%)	(%)	(%)			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เป็นปัญหาในระดับพื้นที่ตามนโยบายพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ	12 (3.8)	44 (13.8)	179 (55.9)	85 (26.6)	3.05	0.743	สูง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแผนงานโครงการ	8 (2.5)	55 (17.2)	190 (59.4)	67 (20.9)	2.99	0.695	ปานกลาง
3. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับพื้นที่ตามนโยบายพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ	9 (2.8)	54 (16.9)	191 (59.7)	66 (20.6)	2.98	0.699	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	การมีส่วนร่วม				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
4. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการวางแผนงานโครงการ	20 (6.3)	49 (15.3)	171 (53.4)	80 (25.0)	2.97	0.809	ปานกลาง
5. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงบประมาณในการจัดการด้านสาธารณสุข	21 (6.6)	53 (16.6)	184 (57.5)	62 (19.4)	2.90	0.783	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง 1 ข้อ ระดับปานกลาง 4 ข้อ การมีส่วนร่วมระดับสูงที่สุด ด้านการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เป็นปัญหาในระดับพื้นที่ตามนโยบายพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ค่าเฉลี่ย 3.05 รองลงมา คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแผนงานโครงการ และการให้ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับพื้นที่ตามนโยบายพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 และ 2.98 ตามลำดับ ด้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงบประมาณในการจัดการด้านสาธารณสุข และการให้ข้อมูลด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการวางแผนงานโครงการ ค่าเฉลี่ย 2.90 และ 2.97 ตามลำดับ

4.3 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล รายข้อ ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เป็นรายชื่อ ตามขั้นตอนการร่วมปรึกษาหารือ (n=320)

ด้านการร่วมปรึกษาหารือ	การมีส่วนร่วม				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน %	จำนวน %	จำนวน %	จำนวน %			
1. ท่านมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ของชุมชน	13 4.1	54 16.9	163 50.9	90 28.1	3.03	0.783	สูง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการ รับฟังปัญหาของชุมชน ด้านสาธารณสุข เพื่อการ ดำเนินงานระบบสุขภาพ ในพื้นที่	16 5	57 17.8	171 53.4	76 23.8	2.96	0.785	ปานกลาง
3. ท่านมีส่วนร่วมในการ ปรึกษาหารือเกี่ยวกับ การพัฒนาศักยภาพของ คณะกรรมการดำเนินงาน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่	19 5.9	94 29.4	144 45	62 19.4	2.79	0.833	ปานกลาง
4. ท่านมีส่วนร่วมในการ ปรึกษาหารือการ รับผลประโยชน์เกี่ยวกับ การดำเนินงานในระดับ พื้นที่	15 4.7	111 34.7	141 44.1	53 16.6	2.73	0.791	ปานกลาง
5. ท่านมีส่วนร่วมหารือ การดำเนินงานระบบ สุขภาพระดับอำเภอ	20 6.3	116 36.3	150 46.9	34 10.6	2.62	0.766	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการปรึกษาหารือ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง 1 ข้อ ระดับปานกลาง 4 ข้อ การมีส่วนร่วมระดับสูงที่สุด การมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.03 รองลงมา คือ การรับฟังปัญหาของชุมชนด้านสาธารณสุข เพื่อการดำเนินงานระบบสุขภาพในพื้นที่ และการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 และ 2.79 ตามลำดับ ด้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การปรึกษาหารือการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอและการปรึกษาหารือการรับผลประโยชน์เกี่ยวกับการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ค่าเฉลี่ย 2.62 และ 2.73 ตามลำดับ

4.4 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล รายข้อ ด้านการร่วมคิดวางแผน

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูลด้านการร่วมคิดวางแผน รายข้อ ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการร่วมคิดวางแผน เป็นรายข้อ (n=320)

ด้านการร่วมคิดวางแผน	การมีส่วนร่วม				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพในพื้นที่	13 (4.1)	65 (20.3)	151 (47.2)	91 (28.4)	3.00	0.807	สูง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมระดมความคิดเห็นพร้อมทั้งเสนอปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่	11 (3.4)	66 (20.6)	179 (55.9)	64 (20.0)	2.93	0.735	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ด้านการร่วมคิดวางแผน	การมีส่วนร่วม				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
3. ท่านมีส่วนร่วมในการ คิดค้นกิจกรรมวิธีการ ดำเนินการแก้ไขปัญหา สุขภาพของคนในชุมชน	16 (5)	82 (25.6)	162 (50.6)	60 (18.8)	2.83	0.786	ปานกลาง
4. ท่านมีส่วนร่วมในการ วางแผนและตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาสุขภาพ	11 (3.4)	111 (34.7)	145 (45.3)	53 (16.6)	2.75	0.768	ปานกลาง
5. ท่านมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจใช้ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อแก้ไขปัญหา และความต้องการ ด้านสุขภาพของชุมชน	24 (7.5)	120 (37.5)	123 (38.4)	53 (16.6)	2.64	0.845	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.8 พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการคิด วางแผน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง 1 ข้อ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ค่าเฉลี่ย 3.00 ระดับปานกลาง 4 ข้อ ได้แก่ การประชุมระดมความคิดพร้อมทั้งเสนอปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่และการคิดค้นกิจกรรม วิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 และ 2.83 ตามลำดับ เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การตัดสินใจใช้ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน และการวางแผนตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 2.64 และ 2.75 ตามลำดับ

4.6 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของ เครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการร่วมดำเนินการ รายข้อ

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน
อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการร่วมดำเนินการ รายข้อ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการมีส่วนร่วม
ในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
ด้านการร่วมดำเนินการ เป็นรายข้อ (n=320)

การมีส่วนร่วมดำเนินการ	การมีส่วนร่วม				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนิน กิจกรรมในชุมชนเพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพ	16 (5)	41 (12.8)	160 (50)	103 (32.2)	3.09	0.802	สูง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ ความรู้/ประเด็นสุขภาพในการ แก้ไขปัญหา	8 (2.5)	56 (17.5)	179 (55.9)	77 (24.1)	3.02	0.719	สูง
3. ท่านมีส่วนร่วมในการนำ แผนการดำเนินงานไปถ่ายทอด สู่ชุมชนและประชาชนในพื้นที่	22 (6.9)	76 (23.8)	126 (39.4)	96 (30)	2.93	0.900	ปานกลาง
4. ท่านมีส่วนร่วมการประสาน งานเพื่อขอรับงบประมาณ จากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	53 (16.6)	52 (16.3)	156 (48.8)	59 (18.4)	2.69	0.957	ปานกลาง
5. ท่านมีส่วนร่วมคัดเลือก โครงการ แผนงานและ งบประมาณ เพื่อสร้าง นวัตกรรมของพื้นที่	40 12.5	120 37.5	109 34.1	51 15.9	2.53	0.906	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.9 พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการดำเนินการ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง 2 ข้อ ระดับปานกลาง 3 ข้อ การมีส่วนร่วมระดับสูงที่สุด การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.09 รองลงมา คือ การเผยแพร่ความรู้/ประเด็นสุขภาพในการแก้ไขปัญหา และการนำแผน การดำเนินงานไปถ่ายทอดสู่ชุมชนและประชาชนในพื้นที่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 และ 2.93 ตามลำดับ การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การคัดเลือกโครง การ แผนงาน และการประสาน งานเพื่อขอรับงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ค่าเฉลี่ย 2.53 และ 2.69 ตามลำดับ

4.7 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการตรวจสอบและประเมินผล รายข้อ

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล รายข้อ ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการตรวจสอบและประเมินผล เป็นรายข้อ (n=320)

ด้านตรวจสอบ และประเมินผล	การมีส่วนร่วม				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	%	%	%	%			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่	17	60	170	73	2.93	0.791	ปานกลาง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทาง/วิธีแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น	24	54	165	77	2.92	0.840	ปานกลาง

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ด้านตรวจสอบ และประเมินผล	การมีส่วนร่วม				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน %	จำนวน %	จำนวน %	จำนวน %			
3. ท่านมีส่วนร่วมในการ ตรวจสอบและประเมินผล การจัดทำแผนปฏิบัติการ ด้านสุขภาพของพื้นที่	32 10	72 22.5	135 42.2	81 25.3	2.83	0.923	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.10 พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการตรวจสอบและประเมินผล เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ การมีส่วนร่วมระดับสูงที่สุด การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ย 2.93 รองลงมา คือ การเสนอแนวทาง/วิธีแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การตรวจสอบและประเมินผลการจัดทำแผน ปฏิบัติการด้านสุขภาพของพื้นที่ ค่าเฉลี่ย 2.83

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ทักษะกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

5.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทักษะกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ดังตารางที่ 4.11 -4.12

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือกองทุน การประชุมอบรม การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุขและการได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (n=320)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการมีส่วนร่วม			χ^2	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ					
ชาย	15(4.68%)	46 (14.4%)	57 (17.8%)	9.528	0.009*
หญิง	8(2.5%)	75 (23.4%)	119(37.2%)		
รวม	23(7.2%)	121(37.8%)	176(55%)		
อาชีพ					
ธุรกิจส่วนตัว	8(2.5%)	20(6.25%)	20(6.25%)	12.010	0.062
เกษตรกรกรรม	6(1.8%)	28 (8.75%)	57(17.8%)		
รับราชการ/รับจ้าง/พนักงานบริษัท	9(2.8%)	73(22.8%)	99 (30.9%)		
รวม	23(7.2%)	121(37.8%)	176(55%)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	7(2.18%)	50(15.6%)	53 (16.6%)	4.531	0.339
มัธยมศึกษา/ปวช.	10(3.1%)	48(15%)	78(24.4%)		
ปวส./อนุปริญญาหรือสูงกว่า	6(1.88%)	23(7.19%)	35(10.9%)		
รวม	23(7.2%)	121(37.8%)	176(55%)		
ตำแหน่งในชุมชน					
อสม	18(5.6%)	94(29.4%)	143(44.7%)	0.594	0.743
ผู้ใหญ่บ้าน/กำนันนายก	5(1.56%)	27(8.44%)	33(10.3%)		
อบต./นายกเทศมนตรี					
รวม	23(7.2%)	121(37.8%)	176(55%)		

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการมีส่วนร่วม			χ^2	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน					
ไม่เป็นสมาชิก	10(3.1%)	53(16.6%)	75(23.4%)	0.043	0.979
เป็นสมาชิก	13(4.1%)	68(21.3%)	101(31.6%)		
รวม	23(7.2%)	121(37.8%)	176(55%)		
การประชุม/อบรมด้านสาธารณสุข					
ไม่เคย	16(5%)	71(22.2%)	23(7.2%)	79.725	0.000*
เคย	7(2.2%)	50(15.6%)	153(47.8%)		
รวม	23(7.2%)	121(37.8%)	176(55%)		
การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข					
ไม่เคย	5(1.6%)	18(5.6%)	13(4.1%)	6.759	0.034*
เคย	18(5.6%)	103(32.2%)	163(50.9%)		
รวม	23(7.2%)	121(37.8%)	176(55%)		
การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ					
ไม่เคย	5(1.6%)	24(7.5%)	12(3.8%)	12.643	0.002*
เคย	18(5.6%)	97(30.3%)	164(51.2%)		
รวม	23(7.2%)	121(37.8%)	176(55%)		

* $p \leq 0.05$

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประชุม อบรมเกี่ยวกับสาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนตัวแปรอาชีพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในชุมชน และการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ตารางที่ 4.12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน ความรู้ และทัศนคติ กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (n=320)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.14	0.012*	ต่ำมาก
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน	0.16	0.003*	ต่ำมาก
ความรู้	0.22	0.000**	ต่ำ
ทัศนคติ	0.43	0.000**	ปานกลาง

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.001$

จากตารางที่ 4.12 พบว่า อายุ ($r = 0.14, p < 0.05$) ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน ($r = 0.16, p < 0.05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน ส่วนความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน ($r = 0.22, p < 0.001$) และทัศนคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.43, p < 0.001$)

ส่วนที่ 6 การศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ผลการศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จากการสัมภาษณ์เครือข่ายชุมชนตัวอย่างในส่วนนี้ใช้คำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด การแสดงความคิดเห็นของเครือข่ายชุมชน ดังตารางที่ 4.13 -4.18

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวนของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ในภาพรวม แยกรายด้านของการมีส่วนร่วม (n=320)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ	จำนวน (คน)
1. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	2 (19)
2. ด้านการให้ปรึกษาหารือ	2 (13)
3. ด้านการตรวจสอบและประเมินผล	3 (11)
4. ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน	3 (10)
5. ด้านการดำเนินการ	2 (10)

จากตารางที่ 4.13 พบว่า การมีส่วนร่วมในด้านการให้ข้อมูลข่าวสารมีปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด โดยมีประเด็นปัญหา 2 ประเด็น คือ การได้รับข่าวสารไม่ทั่วถึง และชุมชนได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน จำนวน 19 คน รองลงมา คือ ด้านการให้คำปรึกษา โดยมีประเด็นปัญหา จำนวน 2 ประเด็น ได้แก่ ไม่มีการจัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอและเครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาด้านสุขภาพ จำนวน 13 คน

6.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในอำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า ปัญหาและอุปสรรค คือ การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง และการให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจน อาจทำให้เกิดปัญหากับชุมชนและเกิดความไม่เข้าใจ ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเสียงตามสาย มีการกระจายข่าวสารให้ทั่วถึงทั้งชุมชน ควรมีการชี้แจงรายละเอียดอย่างชัดเจนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (n=320)

ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาและอุปสรรค		
- การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารยังไม่ทั่วถึง	13	68.42
- การให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนทำให้เกิดปัญหาและความไม่เข้าใจกับชุมชน	6	31.58
ข้อเสนอแนะ		
- ควรให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเสียงตามสาย และกระจายข่าวสารให้ทุกหน่วยงานเพื่อเผยแพร่ต่อชุมชน	11	57.89
- ควรมีการชี้แจงรายละเอียดอย่างชัดเจน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง	5	26.32
- ควรสร้างเครือข่ายให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น	2	10.53
- ควรให้มีการติดตั้งอุปกรณ์สื่อสารเพิ่มขึ้น	1	5.26

6.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการปรึกษาหารือ

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในอำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ในด้านการปรึกษาหารือ พบว่า ปัญหาและอุปสรรค คือ ไม่มีการจัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ และเครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาด้านสุขภาพ ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการจัดประชุมอบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ และควรมีวิทยากรลงพื้นที่พร้อมกับให้โอกาสชุมชนเสนอปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วม
ในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
ด้านการปรึกษาหารือ (n=320)

ด้านการให้คำปรึกษาหารือ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาและอุปสรรค		
- ไม่มีการจัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ	7	53.85
- เครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาด้านสุขภาพ	6	46.15
ข้อเสนอแนะ		
- ควรให้มีการจัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ	12	80.00
- ควรให้มีวิทยากรลงพื้นที่และทุกพื้นที่ที่มีโอกาสเสนอปัญหาสุขภาพของแต่ละคน	3	20.00

6.3 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในอำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ในด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน พบว่า ปัญหาและอุปสรรค คือ เครือข่ายชุมชนจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่มีเวลาในการเข้าร่วมการวางแผนและการแสดงความคิดเห็นที่มีความแตกต่างจะไม่ได้รับการยอมรับ ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีโบปปลิว/แผ่นพับประชาสัมพันธ์เพื่อให้เกิดการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง และควรมีการจัดกิจกรรมในช่วงปิดเทอมจะทำให้มีเวลาในการเข้าร่วมมากขึ้น

ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วม
ในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง
จังหวัดสตูล ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน (n=320)

ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาและอุปสรรค		
- เครือข่ายชุมชนไม่มีเวลาในการเข้าร่วมการวางแผน	6	60
- การแสดงความคิดเห็นที่มีความแตกต่างจะไม่ได้รับการยอมรับ	2	20
- เครือข่ายชุมชนจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็น	2	20

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน	จำนวน	ร้อยละ
ข้อเสนอแนะ		
- ควรมีการวางแผนและตรวจสอบปัญหาสุขภาพร่วมกับองค์กรในพื้นที่	7	70
- ควรมีการจัดกิจกรรมในช่วงปิดเทอมจะทำให้มีเวลาในการเข้าร่วมมากขึ้น	3	30

6.4 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนด้านการดำเนินการ

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในอำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ในด้านการดำเนินการ พบว่ามีปัญหาและอุปสรรค คือ เครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการและงบประมาณไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะ คือ ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ชุมชนควรได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานและรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพทุกขั้นตอน

ตารางที่ 4.17 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ด้านการดำเนินการ (n=320)

ด้านการร่วมดำเนินการ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาและอุปสรรค		
- เครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ	6	60
- งบประมาณไม่เพียงพอ	4	40
ข้อเสนอแนะ		
- ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้น	5	50
- ทุกชุมชนจะควรได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน	3	30
- ชุมชนควรรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพทุกขั้นตอน	2	20

6.5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนด้านการตรวจสอบและประเมินผล

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในอำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ในด้านการตรวจสอบและประเมินผล พบว่า มีปัญหาและอุปสรรค คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะไม่กล้าแสดงออกในการประเมินผล ชุมชนไม่ค่อยมีความร่วมมือด้านการประเมินผลทางด้านสุขภาพ และไม่มีการติดตามความก้าวหน้า ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการประเมินผลด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู และมีการติดตามการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล การตรวจสอบและประเมินผล (n=320)

ด้านการตรวจสอบและประเมินผล	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาและอุปสรรค		
- ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลทางด้านสุขภาพ	6	54.54
- ไม่มีการติดตามความก้าวหน้า	3	27.27
- อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะไม่กล้าแสดงออกในการประเมินผล	2	18.18
ข้อเสนอแนะ		
- ควรมีการติดตาม วิธีแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องโดยภาคเอกชน และ อสม.	5	45.45
- ควรมีการประเมินผลด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู	3	27.27
- ควรมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้านการประเมินผล	3	27.27

สรุปปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง และการให้ข้อมูลไม่ชัดเจนทำให้เกิดความไม่เข้าใจปัญหากับชุมชน ด้านการปรึกษาหารือ พบว่า ไม่มีการจัดประชุมอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ และเครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาสุขภาพ ด้านการร่วมคิดร่วมวางแผน พบว่า เครือข่ายชุมชนจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่มีเวลาในการเข้าร่วม

การวางแผน และความคิดเห็นที่มีความแตกต่างจะไม่ได้รับการยอมรับ ด้านการดำเนินการ พบว่าเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการและงบประมาณไม่เพียงพอ ด้านการตรวจสอบและประเมินผล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะไม่กล้าแสดงออกในการประเมินผล ชุมชนไม่เห็นความสำคัญของความร่วมมือด้านการประเมินผลทางด้านสุขภาพ และไม่มีการติดตามความก้าวหน้า

ข้อเสนอแนะ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร คือ ควรมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเสียงตามสาย มีการกระจายข่าวสารให้ทั่วถึงทั้งชุมชน ควรมีการชี้แจงรายละเอียดอย่างชัดเจนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง ด้านการปรึกษาหารือ คือ ควรมีการจัดประชุมอบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ และควรมีวิทกยกรลงพื้นที่และมีโอกาสเสนอปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ ด้านการร่วมคิดร่วมวางแผน คือ ควรมีไบปลิว/แผ่นพับประชาสัมพันธ์เพื่อให้เกิดการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง และควรมีการจัดกิจกรรมในช่วงปิดเทอมจะทำให้มีเวลาในการเข้าร่วมมากขึ้น ด้านการดำเนินการ คือ ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ชุมชนควรได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานและรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพทุกขั้นตอน ด้านการตรวจสอบและประเมินผล คือ ควรมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้านการประเมินผล ควรมีการประเมินผลด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และมีการติดตามการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนและประชาชนในพื้นที่ในการดำเนินการทุกขั้นตอน จึงจะประสบความสำเร็จ การวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล และปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาให้เครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นายกองค้การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี กำนัน ผู้ใหญ่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยการสอบถามตัวอย่าง จำนวน 320 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling method) ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเทศบาลที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นทะเบียน โดยคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากจำนวน 9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 1 เทศบาล ตาม สัดส่วนของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และนายกองค้การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จากตำบลทั้งหมด 12 ตำบล 4 เทศบาล ตาม สัดส่วนของนายกองค้การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง

จังหวัดสตูล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นคณาจารย์ด้านสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 ท่าน โดยความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีค่าเท่ากับ 0.96 หมวดเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีค่าเท่ากับ 1 และหมวดเรื่องการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีค่าเท่ากับ 0.96 ค่ารวมทุกหมวดเท่ากับ 0.97 และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับเครือข่ายชุมชนในอำเภอใกล้เคียงของจังหวัดเดียวกัน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยประสานความอนุเคราะห์จากสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสตูล วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 และทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม ทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนสถิติอนุมานใช้สถิติไคส์แควร์ (Chi-Square Test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า

1.1 ข้อมูลทั่วไป เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.1 เพศชาย ร้อยละ 36.9 อายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.5 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 27.2 อายุเฉลี่ย 41.59 ปี (S.D. = 9.04) อายุสูงสุด 66 ปี และอายุต่ำสุด 20 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 42.5 และระดับปวส./อนุปริญญาหรือสูงกว่า ร้อยละ 23.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 48.8 และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.4 ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 79.7 และผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/นายกเทศมนตรี/นายก อบต. ร้อยละ 20.3 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน 1-10 ปี ร้อยละ 72.8 และ 11-20 ปี ร้อยละ 17.6 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชนเฉลี่ยเท่ากับ 8.78 ปี เป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ร้อยละ 56.9 และไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม ร้อยละ 43.1 ไม่เคยเข้าประชุมอบรมด้านสาธารณสุข ร้อยละ 65.6 และเคยเข้าประชุมอบรมด้านสาธารณสุข ร้อยละ 34.4 ส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข ร้อยละ 88.8 และไม่เคยได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข ร้อยละ 11.2 ส่วนใหญ่เคยได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ร้อยละ 87.2 และไม่เคยได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ร้อยละ 12.8

1.2 ความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยภาพรวมความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดสตูลอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 7.76 เกือบครึ่งของเครือข่ายชุมชนมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 49.1 นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำตามลำดับ

1.3 ทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดสตูล ภาพรวมทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอ

เมือง จังหวัดสตูล อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 3.41 เครื่องข่ายมีทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 58.8

1.4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ภาพรวมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.47 โดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55

1.4.1 ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารในระดับสูง ร้อยละ 68.4

1.4.2 ด้านการร่วมปรึกษาหารือภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเครือข่ายชุมชนเกินครึ่งมีส่วนร่วมในการร่วมปรึกษาหารือในระดับสูง ร้อยละ 53.1

1.4.3 ด้านการร่วมคิดร่วมวางแผนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมวางแผนในระดับสูง ร้อยละ 48.4

1.4.4 ด้านการร่วมดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเครือข่ายชุมชนเกินครึ่งมีส่วนร่วมดำเนินการในระดับสูง ร้อยละ 55.3

1.4.5 ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลในระดับสูง ร้อยละ 65.6

1.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้แก่ เพศ การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข ประชุมหรืออบรมด้านสาธารณสุข การรับรู้หรือได้ยินเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ทั้งนี้อายุ ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชนและความรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เชิงบวกในระดับต่ำมาก ส่วนทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เชิงบวกในระดับต่ำ และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือกองทุนที่จัดตั้งในชุมชน

1.6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

1.6.1 ขั้นตอนการให้ข้อมูลข่าวสาร พบว่าเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาและอุปสรรค ด้านการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงและการให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนอาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับชุมชนและเกิดความไม่เข้าใจ ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสาย ควรให้มีการติดตั้งอุปกรณ์สื่อสารเพิ่มขึ้น

1.6.2 ขั้นตอนการปรึกษาหารือ พบว่า เครือข่ายชุมชนในอำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล มีปัญหาและอุปสรรค คือ ไม่มีการจัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ และเครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาด้านสุขภาพ ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการจัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ และควรมีวิทยากรลงพื้นที่และทุกพื้นที่ที่มีโอกาสเสนอปัญหาสุขภาพ

1.6.3 ขั้นตอนการร่วมคิด ร่วมวางแผน พบว่าเครือข่ายชุมชนในอำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล มีปัญหาและอุปสรรค คือ เครือข่ายชุมชนจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็น เครือข่ายชุมชนไม่มีเวลาในการเข้าร่วมการวางแผน และการแสดงความคิดเห็นที่มีความแตกต่างจะไม่ได้รับการยอมรับ ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีไปปลิว/แผ่นพับแจกเพื่อให้เกิดการแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง และควรมีการจัดกิจกรรมในช่วงปิดเทอมจะทำให้มีเวลาในการเข้าร่วมมากขึ้น

1.6.4 ขั้นตอนการดำเนินการ พบว่าเครือข่ายชุมชนในอำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล มีปัญหาและอุปสรรค คือ เครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ และงบประมาณไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะ คือ ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ และสนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ทุกชุมชนจะควรได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน และแต่ละชุมชนควรต้องรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพทุกขั้นตอน

1.6.5 ขั้นตอนการประเมินผล เครือข่ายชุมชนในอำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ในขั้นตอนการประเมินผล พบว่า ปัญหาและอุปสรรค คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะไม่กล้าแสดงออกในการประเมินผล ชุมชนไม่ค่อยมีความร่วมมือด้านการประเมินผลทางด้านสุขภาพ และไม่มีติดตามความก้าวหน้า ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้านการประเมินผล ควรมีการประเมินผลด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู และควรมีการติดตามวิธีแก้ไขปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง

2. อภิปรายผล

2.1 อภิปรายข้อค้นพบจากงานวิจัย

การศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในภาพรวม พบว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 โดยเครือข่ายชุมชนเห็นว่าการแสดงความคิดเห็นของตนเองที่มีความแตกต่างจะไม่ได้รับการยอมรับประกอบกับการไม่มีเวลาในการเข้าร่วมเนื่องจากมีภาระทางด้านครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศันสนีย์ รัศมี (2550, น. 81-86) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนการมีส่วนร่วมคิด ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของมณี สุขประเสริฐ และคณะ (2554) พบว่า ประชาชนให้ความสำคัญกับเรื่องเศรษฐกิจและครอบครัวมากกว่าการมีส่วนร่วมแสดงให้เห็นว่าไม่เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพ จึงทำให้ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในทุกๆ ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม และการศึกษาของนิภาภรณ์ หวะสุวรรณ (2553) พบว่า เครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จึงไม่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และการศึกษาของ สุดใจ ม่อนไข (2556, น. 461) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการมีส่วนร่วมด้านการร่วมรับผลประโยชน์และด้านการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหา ด้านการประเมินผล และด้านการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของมยุรี สุวรรณโคตร (2551) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาการมีส่วนร่วมในขั้นการริเริ่ม การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการ การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผล พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง

เมื่ออภิปรายรายด้านซึ่งจำแนกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการให้คำปรึกษาหารือ ด้านการคิดวางแผน ด้านการดำเนินการ และด้านการตรวจสอบและประเมินผล

2.1.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร

ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 โดยการให้ข้อมูลข่าวสารด้านงบประมาณและข้อมูลด้านสารสนเทศของเครือข่ายชุมชนมีน้อย ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรมการให้ข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ดังจะเห็นจากผลการศึกษา

ครั้งนี้ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุด คือ การเข้าร่วมกิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงบประมาณในการจัดการด้านสาธารณสุข ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการวางแผนงานโครงการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 ตามลำดับ

2.1.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการให้คำปรึกษาหารือ

ผลการศึกษา พบว่า เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 โดยเครือข่ายชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือ การดำเนินงานระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอ อาจเนื่องมาจากไม่มีการจัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอ ทำให้เครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาด้านสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมการปรึกษาหารือการรับผลประโยชน์เกี่ยวกับการดำเนินงานในระดับพื้นที่เครือข่ายชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 และการมีส่วนร่วมในการหารือการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 ตามลำดับ

2.1.3 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการตัดสินใจ

ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 อธิบายได้ว่าเครือข่ายชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ อาจเนื่องจากเครือข่ายชุมชนไม่กล้าแสดงความคิดเห็นและไม่มีเวลาในการเข้าร่วมการวางแผนรวมทั้งการแสดงความคิดเห็นที่มีความแตกต่างจะไม่ได้รับการยอมรับ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครือข่ายชุมชนร้อยละ 45 เข้าร่วมกิจกรรมน้อยและไม่เคยเข้าร่วมในกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนและร้อยละ 38.1 สอดคล้องกับการศึกษาของศันสนีย์ รัศมี (2550, น. 81-86) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข การมีส่วนร่วมคิดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของฐานพัฒน์ ทิพย์บรรพต (2553) ได้ทำการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาชุมชนตำบลตะพาน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาชุมชน ด้านการร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการวางแผนในระดับน้อยและการศึกษาของนิจนิภา โมคศิริ (2556) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน

2.1.4 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการดำเนินการ

ผลการศึกษา พบว่า เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 โดยเครือข่ายชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม ในการคัดเลือกโครงการ แผนงานและงบประมาณของพื้นที่ อาจเนื่องมาจากเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการและงบประมาณไม่เพียงพอ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครือข่ายชุมชน ร้อยละ 50 มีส่วนร่วมน้อยและไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโครงการ แผนงาน และงบประมาณ เพื่อสร้างนวัตกรรมของพื้นที่ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของนิจนิภา โมคศิริ (2556) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ/ดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และการศึกษาของพูนสุข ช่วยทอง (2556) ได้มีการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การร่วมปฏิบัติกิจกรรมป้องกันและควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับดีมากที่สุด และการศึกษาของมยุรี สุวรรณโคตร (2551) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาการมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง

2.1.5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ไม่กล้าแสดงออกในการประเมินผล เครือข่ายชุมชนไม่มีความร่วมมือด้านการประเมินผลทางด้านสุขภาพและไม่มีการติดตามความก้าวหน้า ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครือข่ายชุมชนร้อยละ 32.5 เข้าร่วมและไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจสอบและประเมินผลการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศันสนีย์ รัศมี (2550, น. 81-86) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข การมีส่วนร่วมประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของฐานพัฒน์ ทิพย์บรรพต (2553) ได้ทำการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาชุมชนตำบลตะพาน อำเภอพนมพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในการวางแผนในระดับน้อย และการศึกษาของมยุรี สุวรรณโคตร (2551) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผล พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง

2.1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข การประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ความรู้และทัศนคติของเครือข่ายชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) *เพศ* พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน โดยบุคคลเพศใดก็ได้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคลในครอบครัวและชุมชนภายในอำเภอ ตามกำลังของที่จะสามารถมีส่วนร่วมกระทำได้ในแต่ละกระบวนการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ สอดคล้องกับผลการศึกษาของพูนสุข ช่วยทอง (2556) ที่พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิจนิภา โมคศิริ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของศักดิ์ชัย ธีวงศ์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่า ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสมตระกูลราศิริ (2557) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผลการศึกษาของก้องเกียรติ อุปัทมา (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนในเขตอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนและผลการศึกษาของพระมหาประกาศิต สิริเมโธ (ฐิติปัทมิก) (2556) ทำการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ ประชาชนที่มีเพศต่างกันมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงไม่แตกต่างกัน

2) *อายุ* พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน โดยเครือข่ายชุมชนแต่ละช่วงวัยใดที่เข้ามามีส่วนร่วมในการ

ดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อเป็นการช่วยเหลือครอบครัวและสังคมตามวิถีภาวะที่แตกต่างกัน ในการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมตระกูล ราศิริ (2557) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิจนิภา โมคศิริ (2556) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการศึกษาของพูนสุข ช่วยทอง (2556) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการศึกษาของก้องเกียรติ อุปีชฌา (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนในเขตอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของพระมหาประกาศิต สิริเมโธ (ฐิติปสิทธิกร) (2556) ทำการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ และเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่าประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงไม่แตกต่างกันและผลการศึกษาของสมตระกูล ราศิริ (2557) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

3) *ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน* พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเป็นเวลานาน จึงเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมตระกูล ราศิริ (2557) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ในพื้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผลการศึกษาของก้องเกียรติ อุปีชฌา (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนในเขตอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการศึกษาของสุพจน์ บุคคาน้อย (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพระยืน จังหวัด

ขอนแก่น พบว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบสุขภาพพระดัตถ์อำเภอ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดัตถ์อำเภอของเครือข่ายชุมชน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บุคคลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการได้รับข่าวสารจึงไม่ใช่ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพูนสุข ช่างทอง (2556) ที่พบว่า การได้รับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และผลการศึกษาศุพจน์ บุคคาน้อย (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น พบว่า การสนับสนุนด้านข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) การประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพพระดัตถ์อำเภอ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ตลอดเวลา จึงเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพพระดัตถ์อำเภอ เพราะจะทำให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพที่ดีขึ้น จึงเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น สอดคล้อง

6) การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพพระดัตถ์อำเภอ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดัตถ์อำเภอของเครือข่ายชุมชน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของพูนสุข ช่างทอง (2556) ที่พบว่า การรับรู้ทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณาทองแกมแก้ว (2554) พบว่า การรับรู้ของประชาชนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7) ความรู้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้มากขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้ตัวอย่างเครือข่ายเห็นความสำคัญและอยากทำหน้าที่ของตนระบบสุขภาพพระดัตถ์อำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิคม แก้ววันดี (2557) ที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออก และการศึกษาของสุดใจ ม่อนไข (2556) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของพูนสุข ช่างทอง (2556) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและผลการศึกษาของชุตติมา ตู๋นาราง และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลนครสมุทรปราการ พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมูลฝอยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย

8) *ทัศนคติ* พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคิดวาระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืน และมีความสุขกับการปฏิบัติงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จึงเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชุตติมา ตู๋นาราง และคณะ (2554) ที่พบว่า ทัศนคติ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน และการศึกษาของนิคม แก้ววันดี (2556) พบว่า ทัศนคติในการควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่แตกต่างจากการศึกษาของพูนสุข ช่วยทอง (2556) ที่พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ในส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีรายละเอียดดังนี้

9) *ระดับการศึกษา* พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า จากผลการวิจัยครั้งนี้ เครือข่ายส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาและต่ำกว่า ซึ่งมีการศึกษาไม่แตกต่างกันมากนัก และมีวิถีชีวิตที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นไม่ว่าเครือข่ายชุมชนจะมีการศึกษาอยู่ในระดับใดจึงไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาของพูนสุข ช่วยทอง (2556) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของมยุรี สุวรรณโคตร (2551) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน

10) *อาชีพ* พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อาชีพเป็นบทบาทและหน้าที่ที่มีในสังคม แต่ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าบุคคลมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด ดังนั้นอาชีพจึงไม่ใช่ปัจจัยในการกระตุ้นการให้เกิดการมีส่วนร่วม ทุกอาชีพจึงมีโอกาสในการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพูนสุข ช่วยทอง (2556) ที่พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แตกต่างจากการศึกษาของนิจนิภา โมคศิริ (2556) พบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผลการศึกษาของชุตติมา ตู๋นาราง และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการมีส่วนร่วมของ

ประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลนครสมุทรปราการ พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดมูลฝอย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศักดิ์ชัย ชิววงศ์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

11) ตำแหน่งในชุมชน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน บุคคลไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใดในสังคมสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นตำแหน่งในชุมชนจึงไม่ใช่ปัจจัยในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพระมหาประกาศิต สิริเมโธ (2556) พบว่า สถานภาพในสังคมมีความสัมพันธ์กับการส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง

12) การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือกองทุนต่างๆ ที่จัดตั้งในหมู่บ้าน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชนไม่ว่าเครือข่ายชุมชนจะเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือกองทุนต่างๆ หรือไม่ก็จะไม่มีผลในการมีส่วนร่วมของการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของพระมหาประกาศิต สิริเมโธ (ฐิติปสิทธิกร) (2556) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ และเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า การเข้าร่วมกลุ่มชุมชนที่มีความแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และผลการศึกษาของนพดล ครุฑน้อย (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า การมีตำแหน่ง/การเป็นสมาชิกกลุ่มในหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชนไม่มีบริบทหรือไม่ให้ความสำคัญด้านสุขภาพของชุมชน ทำให้เครือข่ายชุมชนไม่ได้เกิดการรับรู้ เข้าใจ และตระหนักในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือกองทุนในหมู่บ้านจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ทักษะ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอมากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญด้านการให้ความรู้และปลูกฝังด้านระบบสุขภาพระดับอำเภอมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และเครือข่ายต้องให้ความสำคัญและความสำคัญและปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภออย่างเต็มกำลังความสามารถ ตลอดจนรู้ความสุขกับการปฏิบัติงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จะส่งผลให้การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอประสบผลสำเร็จได้

3.1.2 ความรู้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จึงควรเพิ่มการให้ความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอแก่เครือข่ายชุมชนให้มากขึ้น โดยการจัดประชุมอบรมให้ความรู้แก่เครือข่ายชุมชนด้านการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง จัดนิทรรศการ การให้ความรู้อื่นๆ ส่งผลให้เกิดการผลักดันระบบสุขภาพระดับอำเภอจนประสบผลสำเร็จได้การได้รับ

3.1.3 ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการวางแผนอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และจากผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรค พบว่า เครือข่ายชุมชนไม่ได้เข้าร่วมในการวางแผน การไม่ได้รับการยอมรับในการแสดงความคิดเห็นที่มีความแตกต่างทำให้เครือข่ายชุมชนจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ซึ่งผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและยอมรับในความคิดเห็นที่แตกต่าง ตลอดจนมีการวางแผนและตรวจสอบปัญหาสุขภาพร่วมกับองค์กรในพื้นที่ โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจใช้ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนและการวางแผน ตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ

3.1.4 การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จึงควรมีมาตรการในการเผยแพร่ข้อมูลในเรื่องการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอให้แก่เครือข่ายชุมชนมากยิ่งขึ้น มีกิจกรรมหลายช่องทางที่สามารถส่งข่าวสารให้กับเครือข่ายชุมชน ได้แก่ การจัดให้มีหอกระจายข่าวภายในชุมชน การจัดศูนย์ข้อมูลข่าวสารในชุมชน การจัดรายการวิทยุ เป็นต้น

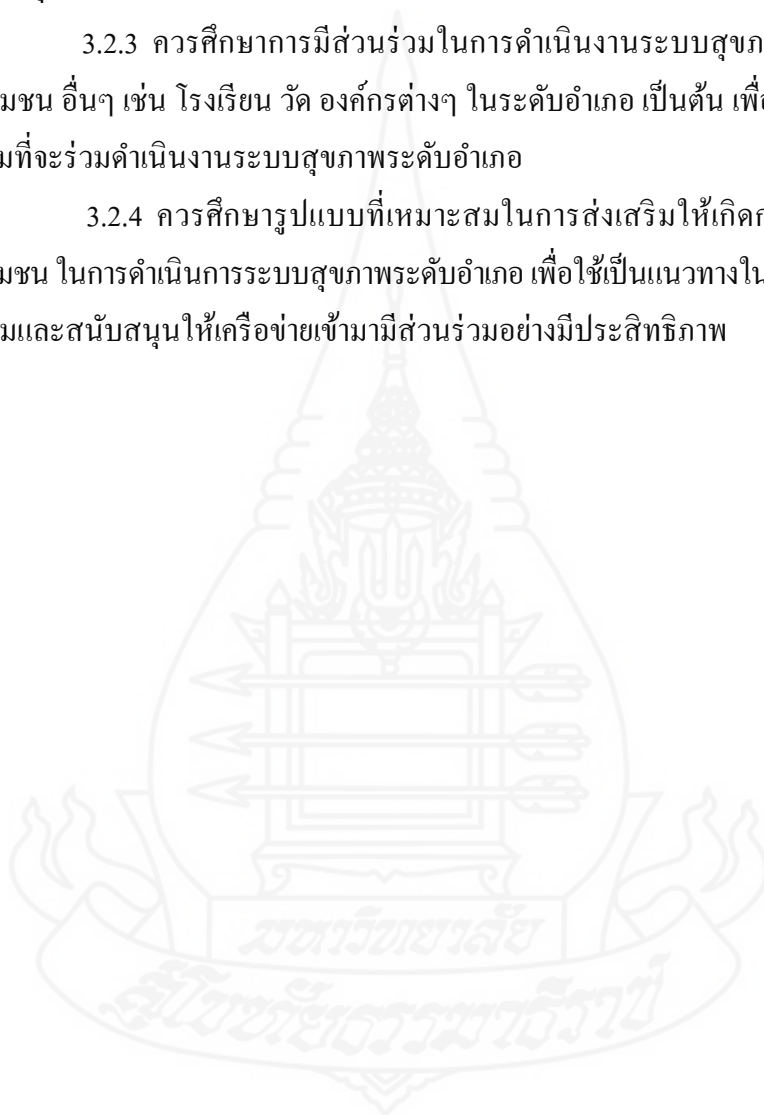
3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) เพื่อพัฒนาการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

3.2.2 ควรมีการวิจัยเชิงในเชิงทดลองหรือเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมจริงของเครือข่ายชุมชนในการมีส่วนร่วม

3.2.3 ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อื่นๆ เช่น โรงเรียน วัด องค์กรต่างๆ ในระดับอำเภอ เป็นต้น เพื่อค้นหาศักยภาพและความพร้อมที่จะร่วมดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

3.2.4 ควรศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนสำหรับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2550). *โครงการศึกษารูปแบบการพัฒนาาระบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานภารกิจกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <http://psdg.anamai.moph.go.th/>
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน*. นนทบุรี, ท. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ก้องเกียรติ อุบิษฌาญ. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชน อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น*. (ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์. (2554). *การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กานต์ระวีรัตน์ จรามร, สมศักดิ์ ลีลา และสมพงษ์ ปั้นหุ่น. (2557). *ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ*. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 20(2), 36-46.
- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสตูล. (2560). *รายงานการประเมินตนเองของการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล*. สตูล: โรงพยาบาลสตูล.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ เต็งรัง. (2552). *วิถีชุมชน : คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้ชุมชนง่ายได้ผลและสนุก*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เกียรติภูมิ จันเต. (2550). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์การบริหารส่วนตำบลปัดวี อ.มะขาม จ.จันทบุรี*. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 10(4), 31.
- คเชนทร์ ชาญประเสริฐ. (2551). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น*. (การศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- จินตนา บุญยิ่ง, ธงชัย อามาตย์บัณฑิต และสุภาดา คำสุชาติ. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี*. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, พิเศษ, 65-74.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2551). *พฤติกรรมสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จิราภา สุขสวัสดิ์. (2547). *ปัจจัยที่มีสัมพันธภาพกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2527). *การระดมประชาชนเพื่อพัฒนาชนบทในการบริหารงานพัฒนาชนบท*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์.
- เจตน์สฤษดิ์ สังข์พันธ์ และคณะ. (2559). *การมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนบุโหลนดอนจังหวัดสตูล*. (รายงานการประชุมภาคใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 7). สงขลา: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- ชุติมา ตู่นาราง และคณะ. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนและแนวทางในการพัฒนาการบริหารจัดการมูลฝอยชุมชนในเขตเทศบาลนครสมุทรปราการ*. *วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม*, 7(2), 35-48.
- ฐนัฐ วงศ์สายเชื้อ. (2554). *การวัด การสร้างสเกลและการวัดทัศนคติ*. ใน *เอกสารประกอบการเรียนการสอน การฝึกภาคสนาม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ฐานพัฒน์ ทิพย์บรรพต. (2553). *พัฒนาการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาชุมชนของประชาชนตำบลตะพาน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี.
- ณชพัฒน์ อัสวรัชนนท์. (2554). *ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้บริการเครื่องจำหน่ายน้ำดื่มแบบหยอดเหรียญของผู้พักอาศัยในอพาร์ทเมนต์ ในจังหวัดนนทบุรี*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์.
- ดร.ถวิลบุรี บุรีกุล. (2551). *การมีส่วนร่วม : แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ*. ใน *เอกสารประกอบการศึกษาคูงานของคณะกรรมการพัฒนาการเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน*. วุฒิสภา วันอังคารที่ 17 มิถุนายน 2551 ณ สถาบันพระปกเกล้า, หน้า 5-11.
- ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. (2556). *จากสุขศาลามาเป็นคลินิกหมอบรรพ*. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/PCC_010860.pdf.

- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2527). *การมีส่วนร่วมของประชาชน*. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธัญญรัตน์ หงส์คง. (2551). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาคิ้ว อำเภอนาคิ้ว จังหวัดเลย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ธีรวุฒิ เอกากุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์: Krejcie and Morgan 1970*. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นพดล ครุฑน้อย. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยทักษิณ, พัทลุง.
- นาดยา กระจ่างศรี. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลยายหอม จังหวัดจันทบุรี*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2547). *การมีส่วนร่วม หลักพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง*. สืบค้นจาก <https://opac.psu.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=340115>.
- นิคม แก้ววันดี. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นิจนิภา โมคศิริ. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร*. วารสารสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 11(4).
- นิตยา สุภาภรณ์. (2552). *การรับรู้ของประชาชนต่อความอยู่ดีมีสุขในชุมชนบางไผ่*. รายงานวิจัย วิทยาลัยราชพฤกษ์. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์.
- นิฤมล กมูทชาติ. (2557). *รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- นรินทร์ จงวุฒิเวศน์. (2550). *แนวคิดแนวทางการพัฒนาชุมชน*. กรุงเทพฯ: กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.

- ปรีชา วงศ์ทิพย์. (2555). *การพัฒนาชุมชนประยุกต์ : แนวคิดการบูรณาการ*. กรุงเทพฯ: สถาบันเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.).
- พรทิพย์ คำพอ และคณะ. (2544). *บทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหารส่วนตำบลในการใช้การแพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองในชุมชน*. ขอนแก่น: ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, พระมหาประกาศิต สิริเมโธ (ฐิติปติทธิกร). (2556). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พรรณนรี เหล็กกลิ่น. (2552). *การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนบ้านกอกดอนพยอม ตำบลทองหลาง อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์*. (การศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิมลพรรณ คุณสิทธิ์. (2549). *ปัจจัยจูงใจกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พิริยะ อนุกุล. (2551). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก : ศึกษาเฉพาะกรณีเทศบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา, สงขลา.
- พูลสุข ช่วยทอง, บันเทิง สุพรรณ และเปรมวิดี คฤหเดช. (2556). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ*. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(2), 55-69.
- ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรรณทิพย์ เพชรมาก. (2551). *การบริหารสังคมศาสตร์แห่งศตวรรษเพื่อสังคมไทยและสังคมโลก*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.
- เพ็ญภา ภมร. (2551). *การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพครอบครัวในเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยหนองหญ้าแพรก*. ม.ป.ท., ขอนแก่น.
- มธุรดา ศรีรัตน์. (2554). *การบริหารแบบมีส่วนร่วม*. สืบค้นจาก <http://gotoknow.org/blog/mathu/334443>.

- มรกต หน่อศักดิ์. (2552). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ตำบลป่าไผ่อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี สุวรรณโคตร. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุน
พัฒนาสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(2),
33-34.
- รอยฮาน เจ๊ะหะ, สุชาดา ฐิติรวิวงศ์ และชิตชนก เชิงเซาว์. (2554). การมีส่วนร่วมของประชาชน
ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก:กรณีศึกษาตำบลเขาตม อำเภอยะรัง
จังหวัดปัตตานี. วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา, 6(10).
- เรวัตร ยอดสุรางค์. (2556). การศึกษาปัจจัยในการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการจัดการทรัพยากร
ประมง บริเวณอ่างเก็บน้ำทับทิมสยาม 01 จังหวัดตราด. ตราด: ส่วนบริหารจัดการประมง
น้ำจืด สำนักบริหารจัดการด้านการประมง
- วงศ์ปกรณ์ ธาราสุข. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทางสายในการจัดการ
ป่าชายเลน ตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเกษตรศาสตร
มหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วชิระ สิงห์คง. (2553). การรับรู้และการมีส่วนร่วมด้านอาหารปลอดภัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
อำเภอเมือง กำแพงเพชร. วารสารวิชาการและวิจัย มทร. พระนคร, ฉบับพิเศษ(การ
ประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 5), 141-150.
- วรรณ ทอแก้วแก้ว. (2554). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน
สุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดยะลา. *Princess of Narathiwat University journal*, 3(1),
16-32.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
ราชบัณฑิตยสถาน.
- วัฒนา โปธา. (2548). การจัดการสุขภาพโดยเครือข่ายตำบล. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพ
ภาคประชาชนภาคกลาง กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
สืบค้นจาก <http://www.nakonphc.go.th/report/view.php?15>.
- วิจารณ์ พานิช. (2548). การจัดการความรู้กับการบริหารราชการไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริม
การจัดการความรู้เพื่อสังคม.
- วุฒิชัย อารักษ์โพชนงค์. (2554). อิทธิพลของการรับรู้ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วม ที่มีต่อประสิทธิภาพ
การดำเนินงานของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ตามระบบ
คุณภาพภายใน. วารสารวิทยบริการ, 24(1), 12-28.

- ศักดิ์ชัย ชิววงศ์. (2559). การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกตำบล
ห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่. (รายงานวิทยานิพนธ์ปริญญาสาขาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเอสเทิร์น, ปทุมธานี.
- คันสนีย์ รัตติ. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร. (รายงานการศึกษา
ค้นคว้าอิสระปริญญาสาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2545). องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ: ชรรรมสาร.
- สนธยา พรศรี. (2550). เครื่องมือการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
โอเดียนสโตร์.
- สมตระกูล ราศิริ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 26(2), 32-42.
- สิรินทร์ภรณ์ อัจฉางกูร. (2550). ทักษะและความพร้อมของอาสาสมัคร (อสม.) และเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขต่อมาตรการจัดการระบบการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในชุมชน.
นครศรีธรรมราช: เม็ดทราย.
- สิริพัฒน์ ตากจิตร. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
การบริหารงาน องค์การบริหารส่วนตำบล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
(วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย,
กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.). (2560). การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม:
เทคนิควิธีและการนำไปสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2549). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554). ม.ป.ท.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล. (2558). สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เสนอคณะผู้ตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558.
สตูล: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2556.
กรุงเทพฯ: คัลเลอร์บุ๊กส์.

- สุชาดา จักรพิสูทธิ์. (2547). การศึกษาทางเล็อกของชุมชน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 27(4), 18-23.
- สุดใจ ม่อนไข, อภิชาติ ใจอารีย์ และประสงค์ ต้นพิชัย. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนบ้านวังไทร ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal*, 6(3), 461.
- สุธี วรรณดิษฐ์. (2553). การมีส่วนร่วมของชุมชน. สืบค้นจาก http://www.trat.nfe.go.th/trat/topic5_old.php?page=5.
- สุริย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมพูศรี. (2557). กระบวนการจัดการการบริหารงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ. พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- เสรี ลาซโรจน์. (2537). หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและการประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการวัดและประเมินผลการศึกษา*. หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อคิน รพีพัทธ์. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- อับดุลคอเล็ด เจะแด. (2554). กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนบ้านเกาะสวาด ตำบลไพรวัน อำเภอดากใบ จังหวัดนราธิวาส. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- Ajzien and Fisbein. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bartz , A.E. (1999). *Basic Statistical Concepts*. 4thed. New Jersey: Prentice - Hall.
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rded. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, Benjamin S. and Others. (1986). *Taxonomy of Educational Objectives*. New York: David McKay.
- Cohen John M. & Uphof, Norman T. (1980). *Participation's Place in Rural Development, Seeking Clarity Through Specificity, World Development*, 213.
- Cohen John M. & Uphof, Norman T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies. New York: Cornell University.
- Herzberg, Frederick and others. (1959). *The Motivation to work*. New York: John Wiley and Sons.

- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. 2nded. New York: Harper and Row Publishes.
- Preston R, Waugh H, Larkins S, Taylor J. (2010). Community participation in rural primary health care: intervention or approach?. *Aust J Prim Health*, 16(1), 4-16.
- William W. Reeder. (1974). *Some Aspects of the Informal Social Participation of Farm Families in New York State*. Cornell University. (Unpublished Ph.D.Dissertation).
- World Health Organizaion. (1991). *Community Involvement in Health Developement :Challenging Health Service*. Report Series 809. World Health Organization Geneva.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร



ภาคผนวก ก

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สืบราชสันตติวงศ์



ใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลสตุล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตุล และเอกสารประกอบการพิจารณาการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่างได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสตุล และมีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยนี้ได้ ภายใต้ข้อกำหนดและขอบเขตของโรงพยาบาลสตุล เลขที่อนุมัติ.....ETA๐๐๐๖/๖๐.....ตามเอกสารพิจารณา ดังต่อไปนี้

๑. โครงร่างวิจัย เลขที่...ET๐๐๐๖/๖๐.....
๒. ใบยินยอมอาสาสมัครการวิจัย เลขที่...CS๐๐๐๖/๖๐.....

ลงนาม..... 

(นายแพทย์เจษฎาพันธุ์ สุวันทโรจน์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสตุล

๒๑ / พ.ย. / ๒๕๖๐

ยเลขรับรอง..... ETA๐๐๐๖/๖๐.....

ให้การรับรอง..... ๒๑ พ.ย. ๒๕๖๐

มตอายุการรับรอง..... ๒๑ พ.ย. ๒๕๖๐



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

แบบสอบถาม

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่าย
อำเภอเมือง จังหวัดสตูล**

คำชี้แจง

ดิฉัน นางสาวอรอนงค์ กฐินหอม นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่าย อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยมี ผศ. ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และ รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา การเข้าร่วมวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ข้อมูลที่ได้จากการตอบคำถามของท่านจะถูกปิดเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีผลเสียหายหรือกระทบต่อตัวท่าน ตำแหน่ง และหน้าที่การงานของท่านโดยเด็ดขาด จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้

แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด จำนวน 6 หน้า แบ่งเป็น 5 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอที่จะได้รับของเครือข่ายชุมชน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านเสียสละเวลาตอบแบบสอบถาม มา ณ โอกาสนี้

นางสาวอรอนงค์ กฐินหอม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมคำในช่อง.....ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ (เต็ม).....ปี
3. ระดับการศึกษา
 - () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา/ปวช.
 - () ปวส./อนุปริญญา () ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ
4. อาชีพ
 - () ธุรกิจส่วนตัว () เกษตรกรรม () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท
 - () รับจ้าง () พนักงานบริษัท () อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน.....ปี
6. ตำแหน่งในชุมชน
 - () อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) () ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
 - () กำนัน/ผู้ช่วยกำนัน () นายกเทศมนตรี/รองนายกเทศมนตรี
 - () นายก อบต./รองนายก อบต.
7. ท่านเป็นสมาชิกกลุ่มหรือกองทุนต่างๆที่จัดตั้งในหมู่บ้านบ้างหรือไม่
 - () ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม
 - () เป็นสมาชิกกลุ่ม
8. ท่านเคยเข้าร่วมการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับเรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอหรือไม่
 - () ไม่เคย () เคย
9. ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอหรือไม่
 - () ไม่เคย () เคย
10. ท่านเคยได้อินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอหรือไม่
 - () ไม่เคย () เคย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)
1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอคือระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันขององค์กรภาคีในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน เป็นต้น		
2. ระบบสุขภาพระดับอำเภอช่วยเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติในการรับรู้ปัญหาความต้องการและความจำเป็นสู่วางแผนพัฒนาด้านสุขภาพได้เหมาะสม		
3. ระบบสุขภาพระดับอำเภอไม่ได้มีเป้าหมายให้สุขภาพของประชาชนในอำเภอดีขึ้น		
4. ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีเป้าหมายทำให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพที่เข้มแข็ง		
5. ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีผลทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพได้มาตรฐาน		
6. การดำเนินการระบบสุขภาพระดับอำเภอ <u>ไม่มี</u> การกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมอย่างชัดเจน		
7. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเน้นการมีส่วนร่วมในระดับอำเภอทุกขั้นตอน ได้แก่ ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการและร่วมประเมินผล		
8. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น ทั้งฝ่ายผู้รับและ ผู้ให้บริการ เกิดกำลังใจ เป็นความสุข และประชาชนพึงพอใจ		
9. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันทั้งคน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยีและฐานข้อมูล		
10. การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอไม่ใช่การจัดการปัญหาสุขภาพที่ครอบ คลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูตามหลักการเข้าถึงบริการ การบริการอย่างต่อเนื่อง การเชื่อมโยงประสาน การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ และชุมชนมีส่วนร่วม		

ตอนที่ 3 ทักษะต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

ทัศนคติ	ระดับการประเมิน				
	1	2	3	4	5
1. ฉันสามารถนำความรู้ด้านระบบสุขภาพระดับอำเภอไปใช้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง					
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเมือง ได้จัดการอบรมอธิบายชี้แจงวิธีการดำเนินงานตามระบบสุขภาพระดับอำเภอให้กับเครือข่ายอย่างทั่วถึง					
3. ระบบสุขภาพระดับอำเภอของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล เป็นเรื่องสำคัญต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบันของฉัน					
4. ฉันมีความสุขกับการปฏิบัติงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ					
5. ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นเรื่องน่าเบื่อ/เพิ่มภาระให้กับฉัน					
6. ระบบสุขภาพระดับอำเภอไม่มีส่วนช่วยพัฒนาตัวฉันและงานของฉันได้					
7. ระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืน					
8. ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีส่วนทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี					
9. ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นระบบที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในทุกภาคส่วน					
10. ฉันมีความกระตือรือร้นให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ					
11. เพื่อนร่วมงานของฉันส่วนใหญ่ร่วมมือกันดำเนินงานตามระบบสุขภาพระดับอำเภอ					
12. การทุ่มเทเวลาและกำลังความสามารถในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอจะทำให้ฉันเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ					

ตอนที่ 3 ทศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (ต่อ)

ทศนคติ	ระดับการประเมิน				
	1	2	3	4	5
13. ปัจจุบันฉันได้ให้ความสำคัญและปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภออย่างเต็มกำลังความสามารถ					

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำ

มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ ประมาณครึ่งหนึ่ง

มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ บ้างเป็นบางครั้ง

มีส่วนร่วมน้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ เลย

ข้อ	รายการ	ระดับการมีส่วนร่วม			
		มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่เคย (1)
1	<u>ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร</u> ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เป็นปัญหาในระดับพื้นที่ตามนโยบายพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ				
2	ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับพื้นที่ตามนโยบายพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ				
3	ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแผนงานโครงการต่างๆ				

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)
(ต่อ)

ข้อ	รายการ	ระดับการมีส่วนร่วม			
		มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่เคย (1)
4	ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการวางแผนงานโครงการ				
5	ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงบประมาณในการจัดการด้านสาธารณสุข				
6	ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ท่านมีส่วนร่วมปรึกษาหารือการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ				
7	ท่านมีส่วนร่วมในการรับฟังปัญหาของชุมชนด้านสาธารณสุข เพื่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่				
8	ท่านมีส่วนร่วมปรึกษาหารือในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน				
9	ท่านมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่				
10	ท่านมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือการรับผลประโยชน์เกี่ยวกับการดำเนินงานในระดับพื้นที่				
11	ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจ ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมระดมความคิด พร้อมทั้งเสนอปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่				
12	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของพื้นที่				

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)
(ต่อ)

ข้อ	รายการ	ระดับการมีส่วนร่วม			
		มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่เคย (1)
13	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ				
14	ท่านมีส่วนร่วมในการคิดค้นกิจกรรม วิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน				
15	ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน				
16	ด้านการร่วมดำเนินการ ท่านมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโครงการ แผนงาน และงบประมาณเพื่อสร้างนวัตกรรมของพื้นที่				
17	ท่านมีส่วนร่วมในการนำแผนการดำเนินงานไปถ่ายทอดสู่ชุมชนและประชาชนในพื้นที่				
18	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ				
19	ท่านมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้/ประเด็นสุขภาพในการแก้ไขปัญหา				
20	ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงานเพื่อขอรับงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				
21	ด้านการตรวจสอบและประเมินผล ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลการจัดทำแผน ปฏิบัติการด้านสุขภาพของพื้นที่				
22	ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลโครงการ/กิจกรรมพื้นที่				

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)
(ต่อ)

ข้อ	รายการ	ระดับการมีส่วนร่วม			
		มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่เคย (1)
23	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่				
24	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทาง/วิธีแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น				

ตอนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ในด้านต่างๆ

คำชี้แจง ท่านคิดว่ามีปัญหา อุปสรรค หรือข้อเสนอแนะในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างไร

1. ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร

ปัญหาและอุปสรรค

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

2. ด้านการมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ

ปัญหาและอุปสรรค

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

ข้อเสนอแนะ

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

3. ด้านการมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจ

ปัญหาและอุปสรรค

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

ข้อเสนอแนะ

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

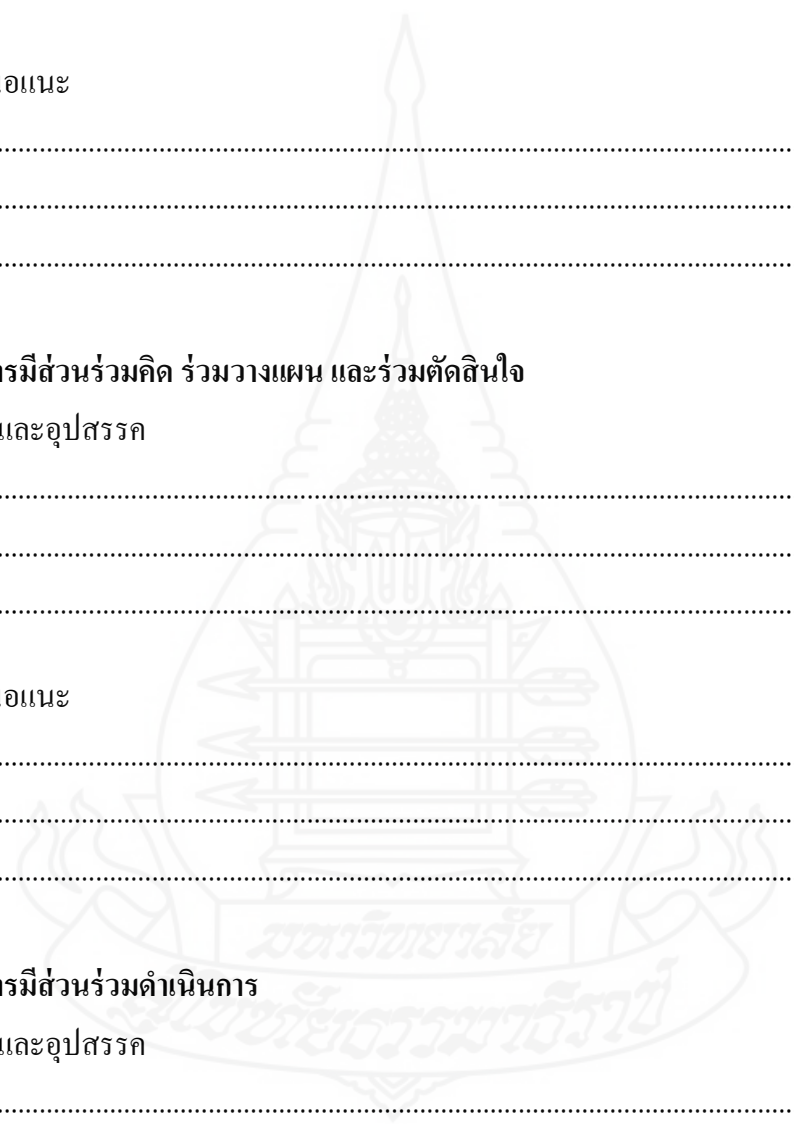
4. ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการ

ปัญหาและอุปสรรค

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

ข้อเสนอแนะ

.....
.....



5. ด้านการมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผล

ปัญหาและอุปสรรค

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....



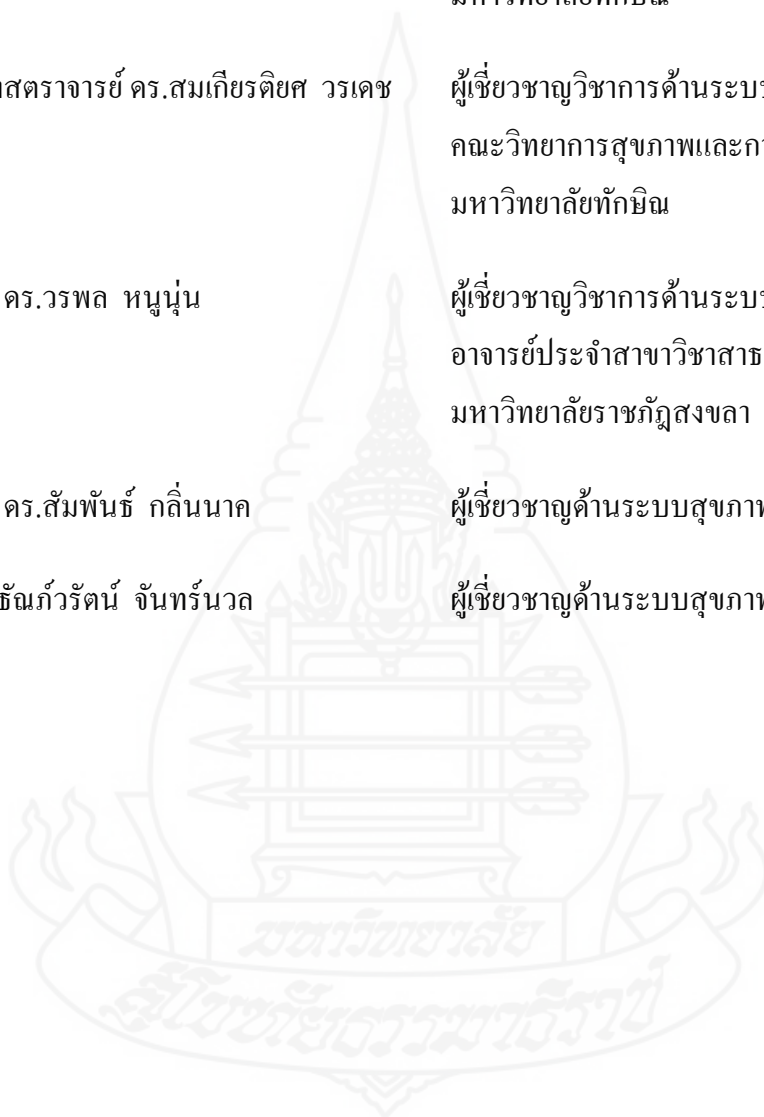
ภาคผนวก ค

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ | ผู้เชี่ยวชาญวิชาการด้านระบบสุขภาพ
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช | ผู้เชี่ยวชาญวิชาการด้านระบบสุขภาพ
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 3. อาจารย์ ดร.วรพล หนูนุ่น | ผู้เชี่ยวชาญวิชาการด้านระบบสุขภาพ
อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา |
| 4. อาจารย์ ดร.สัมพันธ์ กลิ่นนาค | ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ |
| 5. อาจารย์ธณภัวรรณ์ จันทน์นวล | ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ |





ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว 439

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๘ กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธ

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโศกรวิทยานิพนธ์ และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวอรอนงค์ กฐินหอม นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สุราษฎร์ สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว 4๕๑

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๘ กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติ วรรณเดช

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโคงวิทธานิพนธ์ และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวอรอนงค์ กฐินหอม นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สรารัฐ สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว 437

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๘ กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.วรพล หนูนุ่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงวิทยานิพนธ์ และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวอรอนงค์ กฐินหอม นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(พิมพ์)ธรรมมา

(รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว 439

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

28 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์สัมพันธ์ กลิ่นนาค

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงวิทยานิพนธ์ และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวอรอนงค์ กลิ่นหอม นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สรวิฑูร์ สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว 439

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๘ กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ธัญฉวีรัตน์ จันทร์นวล

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงวิทยานิพนธ์ และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวอรอนงค์ กฐินหอม นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สรวุฑ สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวอรอนงค์ กฐินหอม
วัน เดือน ปีเกิด	15 มกราคม 2529
สถานที่เกิด	อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง พ.ศ. 2552
สถานที่ทำงาน	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โครงการ โรงพยาบาลสตูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

