

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี
ในจังหวัดปทุมธานี

นางเตือนใจ ระดมทอง

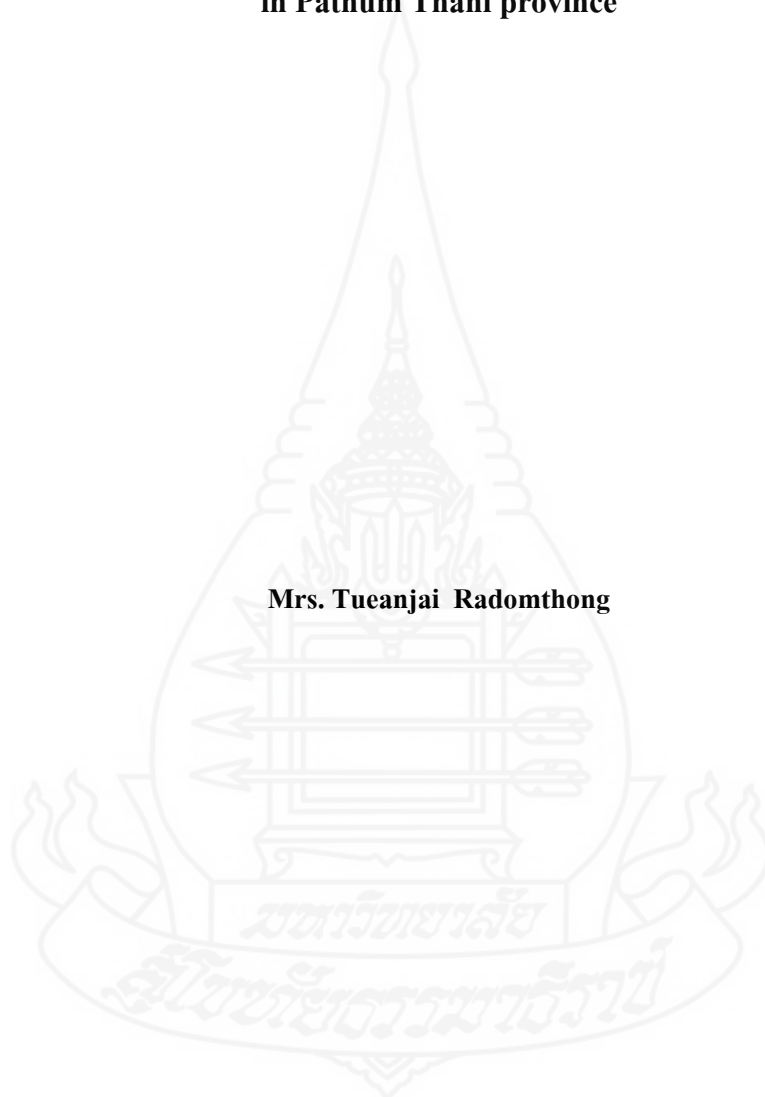


การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาบริหารรัฐกิจ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2553

**Factors Influencing to People Participation in Prevention of HIV Infection
in Pathum Thani province**

Mrs. Tueanjai Radomthong



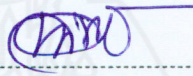
An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Administration
School of Management Science
Sukhothai Thammathirat Open University

2010

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน
ในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี
ชื่อและนามสกุล นางเดือนใจ ระคมทอง
แขนงวิชา บริหารรัฐกิจ
สาขาวิชา วิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. เสน่ห์ จួយโต

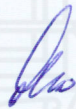
การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2554

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. เสน่ห์ จួយโต)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีระ ประทีป)



(รองศาสตราจารย์อัจฉรา ชีวะตระกูลกิจ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาการจัดการ

ชื่อการศึกษา **คั่นคว่ำอิสระ** ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

ผู้ศึกษา นางเดือนใจ ระคมทอง **รหัสนักศึกษา** 2523006076 **ปริญญา** รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. เสน่ห์ จุ้ยโต **ปีการศึกษา** 2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี (2) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (3) ศึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรในการวิจัย คือ ประชาชนในจังหวัดปทุมธานี ที่มีอายุระหว่าง 15 -16 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนประชากร จำนวน 400 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน หาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากเท่ากับ 0.9667 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า (1) ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง การตัดสินใจอยู่ในระดับมาก การติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลางและการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก(2) ผลการทดสอบสมมติฐาน ระดับค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในจังหวัดปทุมธานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างมีระดับค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน (3) ข้อเสนอแนะควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตนเองให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ สามารถประเมินตนเอง ชุมชน และสังคม เป็นการสักระบวนกรมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อลดปัญหาเอดส์ของชาติต่อไป

คำสำคัญ การมีส่วนร่วม ประชาชน การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดปทุมธานี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยความกรุณาที่เปี่ยมด้วยกัลยาณมิตรของ รองศาสตราจารย์ ดร. เสน่ห์ จุ้ยโต อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิระ ประทีป และ คณาจารย์ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ท่านทั้งหลายได้ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และกำกับติดตาม ตลอดจนสนับสนุนด้านวิชาการแก่ งานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ชินรัตน์ สมสืบ สาขามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นางเพชรศรี ศิริรินทร์ ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการบริหาร จัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ และนางวาสนา นิมรรพพันธุ์ หัวหน้าฝ่ายพัฒนานโยบายและแผน ศูนย์ อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย อีกทั้ง ขอขอบพระคุณประชาชนในจังหวัดปทุมธานีที่เป็นตัวแทนประชากรในการวิจัยที่ ท่านทั้งหลายได้ให้ข้อมูลในการวิจัย อีกทั้งผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จทุกท่านที่ให้แรงใจ ช่วยเหลือ เกื้อกูลให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงขอขอบพระคุณทุกท่านด้วยความเคารพอย่างสูง ณ โอกาสนี้

หากมีคุณประโยชน์อันเกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่ผู้ที่มีความสนใจศึกษาค้นคว้า พัฒนาดตนเอง ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวไทย

เดือนใจ ระดมทอง

กรกฎาคม 2554

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตของการการวิจัย	5
นิยามปฏิบัติการเฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	10
แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม	17
แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี	19
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	37
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	38
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนที่ผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี	39
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ในภาพรวม	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ในแต่ละด้านรายชื่อ.....	44
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการ ติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	49
ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐาน.....	61
ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของประชาชน.....	77
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	79
สรุปการศึกษา	79
อภิปรายผล	89
ข้อเสนอแนะ	93
บรรณานุกรม	97
ภาคผนวก	102
ก แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย	103
ข รายชื่อกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจแบบสอบถาม	109
ประวัติผู้ศึกษา	110



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรจังหวัดปทุมธานีจำแนกเป็นรายอำเภอ จากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ปทุมธานี 2553.....	32
ตารางที่ 3.2 จำนวนประชากรกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอ ของจังหวัดปทุมธานี....	34
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในในจังหวัดปทุมธานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล....	39
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้อง กันการติดเชื้อ เอชไอวี ในในจังหวัดปทุมธานี.....	43
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้อง กันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ....	44
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้อง กันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ....	45
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้อง กันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในติดตามและ ประเมินผล.....	47
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์.....	49
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามเพศของประชาชน.....	50
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามอายุของประชาชน.....	51
ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามศาสนาของประชาชน.....	52
ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามระดับการศึกษาของประชาชน.....	53

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามประเภทครอบครัวของประชาชน	54
ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามสถานภาพการสมรส	55
ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามอาชีพของประชาชน	56
ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	58
ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์	59
ตารางที่ 4.16 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ (t-test) ที่ใช้ในการทดสอบ สมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการ ติดเชื้อ เอชไอวี	63
ตารางที่ 4.17 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ (t-test) ที่ใช้ในการทดสอบ สมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการ ติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามอายุ	64
ตารางที่ 4.18 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีจำแนกตามศาสนา	65
ตารางที่ 4.19 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติด เชื้อ เอชไอวี จำแนกตามการศึกษา	66
ตารางที่ 4.20 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติด เชื้อ เอชไอวี จำแนกตามสถานภาพการสมรส	67
ตารางที่ 4.21 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการตัดสินใจ จำแนกตามสถานภาพการสมรสเป็นรายคู่	68
ตารางที่ 4.22 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ (t-test) ที่ใช้ในการทดสอบ สมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี	68

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.23 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการ ติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามอาชีพ.....	69
ตารางที่ 4.24 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการ ติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการปฏิบัติงาน จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่.....	70
ตารางที่ 4.25 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการรับผลประโยชน์จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่.....	70
ตารางที่ 4.26 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการรับผลประโยชน์จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่.....	71
ตารางที่ 4.27 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอวี โดยภาพรวม จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่.....	71
ตารางที่ 4.28 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ (t-test) ที่ใช้ในการทดสอบ สมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการ ติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามรายได้.....	72
ตารางที่ 4.29 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีจำแนกตามสื่อ.....	73
ตารางที่ 4.30 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการตัดสินใจ จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่.....	74
ตารางที่ 4.31 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการปฏิบัติงาน จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่.....	74
ตารางที่ 4.32 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการติดตามประเมินผล จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่.....	75
ตารางที่ 4.33 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการรับผลประโยชน์ จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่.....	76
ตารางที่ 4.34 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยภาพรวม จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่.....	77

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	4



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาของชาติที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ และเป็นปัญหาเรื้อรังที่มีไข้การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคเท่านั้น หากแต่เกี่ยวเนื่องกับวิถีชีวิตของบุคคล และสังคมโดยรวม จึงมิใช่เรื่องของใครคนใดคนหนึ่งแต่เป็นหน้าที่ของทุกคนในแผ่นดินไทย โดยเฉพาะหน้าที่ในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวี โดยมีรัฐเป็นผู้ส่งเสริม จัดโอกาส และจัดระบบป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และหนึ่งในกลยุทธ์หลักของแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ คือ เพิ่มการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และเป็นเจ้าของในการขยายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ของประเทศ และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2554 ประสงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมและมีความสามารถในการป้องกันตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและแพร่เชื้อเอชไอวี ได้อย่างเหมาะสม การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยภาครัฐเป็นผู้ให้บริการข้อมูลข่าวสาร จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้าง ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการต่อสู้กับโรคเอดส์อย่างสร้างสรรค์ เพื่อไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ เพิ่มขึ้น หากจะเป็นจริงได้ส่วนหนึ่งก็ กล่าวคือ ประชาชนจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม กระบวนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี คาดว่าจะสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของ เชื้อ เอชไอวี เป็นไปตามแนวทางการบริหารภาครัฐแนวใหม่ที่มองว่าการบริหารราชการให้ประสบ ผลสำเร็จจำเป็นต้องเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี เป็นกระบวนการ ที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในกระบวนการ เข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบ มีส่วนร่วมตามหลักการธรรมาภิบาลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุก ภาคส่วนในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วม จากการทบทวนแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนจาก นักวิชาการหลายท่าน ในทัศนะของผู้ศึกษาเห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการ ติดเชื้อ เอชไอวี เป็นกระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ ร่วมมี ความเข้าใจ ร่วมคิดหรือตระหนัก และเลือกแนวทางปฏิบัติการ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมติดตามและ ประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ลักษณะการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาได้ศึกษาและ

สังเคราะห์ โดยกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือร่วมตัดสินใจซึ่งกระบวนการประกอบด้วยการร่วมรับรู้ ร่วมเข้าใจ ร่วมตระหนักคิด และเลือกแนวทางปฏิบัติให้กับตนเอง และคนในชุมชน พันภัยเอคส์ 2) การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ หรือ ร่วมทำป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยตนเอง เพื่อตนเอง และคนในชุมชน พันภัยเอคส์ 3) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หรือร่วมติดตามและประเมินผลโดยการปรับตัวในการมีส่วนร่วม และการควบคุมตรวจสอบการดำเนิน กิจกรรมทั้งหมด 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หรือร่วมรับผลประโยชน์ ทั้งผลประโยชน์ของบุคคล หรือทางสังคม ทั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff 1980, pp. 213 -218) (อ้างใน ปาริชาติ วัลย์เสถียร และคณะ, 2552 : 200) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วยการริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ประกอบด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ด้านสังคม และส่วนบุคคล 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) และ บุญบง พุฒพรหม (2545) (อ้างใน ธีราภรณ์ สายอายุ, 2552 : 9) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง ความร่วมมือของประชาชน ไม่ว่าจะ เป็นปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกันและเข้าร่วมรับผิดชอบหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ต้องการ โดยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์การเพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ และในทัศนะของผู้ศึกษาเห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน หากประชาชนให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ จะไม่มีคนป่วยเป็นเอคส์เพิ่มขึ้นหรือผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่ลดลง

การศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ แบ่งได้ 2 หัวข้อ ได้แก่ ประโยชน์ทางวิชาการ และประโยชน์ทางปฏิบัติ กล่าวคือ ประโยชน์ทางวิชาการจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี นำผลการศึกษามาพิจารณาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ ให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด ช่วยพัฒนาความรู้ทางวิชาการและเรียนรู้การศึกษาตามระเบียบวิธีวิจัย ส่วนประโยชน์ทางปฏิบัติ นั้น หน่วยงานภาครัฐหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา และพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ

ป้องกันตนเอง ชุมชน และสังคมเพื่อไม่ให้เอดส์เป็นสาเหตุของการเจ็บและจน บั่นทอนสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ที่ได้รับผลกระทบ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

2.2 เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

2.3 เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิด การศึกษานี้ โดยพิจารณา ตัวแปรที่สำคัญ และคิดว่าน่าจะปัจจัยต่อการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ดังนี้

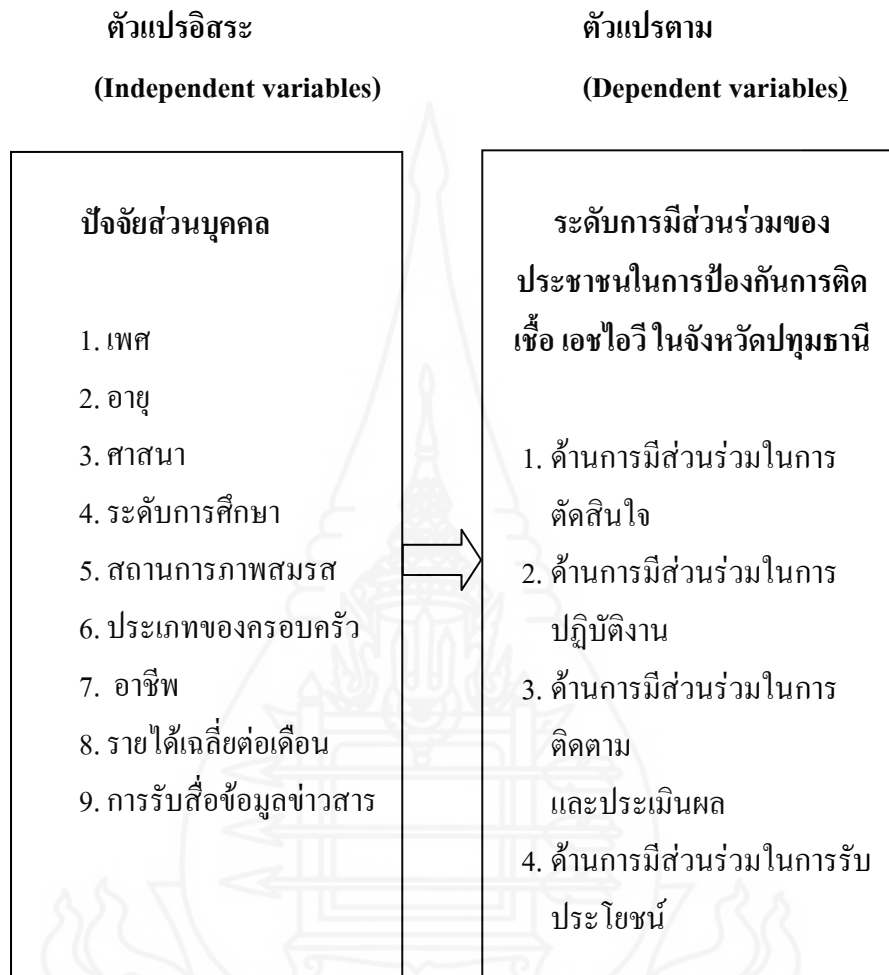
3.1 ตัวแปรที่ศึกษา

3.1.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพการสมรส ประเภทของครอบครัว อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการรับ สื่อข้อมูลข่าวสาร

3.1.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ ระดับการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ได้แก่

- 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ
- 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล
- 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ประชาชนที่มีเพศแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน

4.2 ประชาชนที่มีอายุแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน

4.3 ประชาชนที่มีศาสนาแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน

4.4 ประชาชนที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน

4.5 ประชาชนที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน

4.6 ประชาชนที่มีประเภทของครอบครัวที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน

4.7 ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน

4.8 ประชาชนที่มีรายได้แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน

4.9 ประชาชนที่มีการรับสื่อข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ให้ความสำคัญกับขอบเขตด้านเนื้อหาและประชากร ดังนี้

5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

5.1.1 การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล 4) และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

5.1.2 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ประเภทของครอบครัว อาชีพ รายได้ และการรับสื่อข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคเอดส์

5.1.3 การศึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยการรวบรวมข้อเสนอแนะจากประชาชนจาก

แบบสอบถามปลายเปิดมาวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย ของกระบวนการมีส่วนร่วม และสังเคราะห์นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานต่อไป

5.2 ประชากร (Population)

5.2.1 ประชากรในการวิจัยนี้ เป็น ประชาชนในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 479,446 คน ที่มีอายุระหว่าง 15 - 64 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ทั้ง 6 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองปทุมธานี อำเภอลำลูกกา อำเภอคลองหลวง อำเภอลาดหลุมแก้ว อำเภอหนองเสือ และ อำเภอธัญบุรี

5.2.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) การศึกษาครั้งนี้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่จะใช้เป็นตัวแทนของประชากร โดยใช้สูตรของ ทาโรยามาเน่ (Taro Yamane) และการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรการวิจัย จำนวน 479,446 คน โดยยอมรับความคลาดเคลื่อนในระดับที่บวกลบ 0.05 หรือ ไม่เกินร้อยละ 0.05 แทนค่าลงในสูตรได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่า 399.67 ตัวอย่าง และเพื่อความเหมาะสมจึงขอใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน และใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (random sampling) หาตัวแทนการวิจัยเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสได้เลือกเท่าๆ กัน

6. นิยามปฏิบัติการเฉพาะ

6.1 การมีส่วนร่วม หมายถึง การให้โอกาสประชาชนเป็นฝ่ายตัดสินใจ กำหนดความต้องการของตนเอง ระดมความสามารถในการจัดการทรัพยากร และควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นกระบวนการที่ประชาชนมีโอกาสได้เข้าร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

6.2 การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่ดำเนินงานโดยภาครัฐ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติการ ด้านการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ กล่าวคือ

6.2.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึง ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจในการกระบวนการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์แล้วมีความสนใจและทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารนั้น โดยรับทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของภาครัฐ ได้แก่ การประชุม การสัมมนาวิชาการ การจัดนิทรรศการ การเล่นเกม การแสดงดนตรี หรือศิลปะ เสียงตามสายในชุมชน หรือวิทยุชุมชน โทรทัศน์ แผ่นซีดี/วีซีดี เอกสารเล่มเล็ก คู่มือ/หลักสูตรแผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์

อีเมล กระจาดสนทนา โทรศัพท์สายตรง การปรึกษาหารือ ฯลฯ เพื่อณรงค์เกี่ยวกับโรคเอดส์ ร่วมเข้าใจ ร่วมตระหนักคิด หรือ มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องปัญหา เอชไอวี/เอดส์ และรู้จักจัดการกับสิ่งนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม และเลือกแนวทางปฏิบัติให้กับตนเอง และคนในชุมชน พันภัยเอดส์ ประกอบด้วย

- 1) รับรู้สถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่
- 2) รับรู้ผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อตนเอง ชุมชน และสังคม
- 3) รับรู้การแพร่กระจายเชื้อ เอชไอวี
- 4) รับรู้วิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี
- 5) รับรู้วิธีการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศศึกษากับคนใกล้ชิด
- 6) ทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

จากการมีเพศสัมพันธ์ หรือการร่วมประเวณี

- 7) ทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก
- 8) ทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

- 9) ทำความเข้าใจในพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี
- 10) เลือกปฏิบัติตนไม่ให้เสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอชไอวี

6.2.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ หมายถึง ประชาชนมีส่วนร่วมในการ

ดำเนินกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี หรือร่วมดำเนินงานที่เป็นการรณรงค์ให้ความรู้ หรือเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริม สนับสนุนให้มีกิจกรรมผ่านสื่อ ร่วมกิจกรรมในเวทีการประชุม การสัมมนาวิชาการ การจัดนิทรรศการ การเล่นเกม การแสดงดนตรี หรือศิลปะ เลียงตามสายในชุมชน หรือวิทยุชุมชน โทรทัศน์ แผ่นซีดี/วีซีดี เอกสารเล่มเล็ก คู่มือ/หลักสูตรแผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ อีเมล หรือกระจาดสนทนา โทรศัพท์ มีการปรึกษาหารือเรื่องปัญหาโรคเอดส์ และประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้วยตนเอง ประกอบด้วย

- 1) รับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ
- 2) รับบริการขอคำปรึกษาเรื่องเอดส์จากศูนย์บริการให้คำปรึกษา หรือ

สถานพยาบาล

- 3) ดำเนินการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์
- 4) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างเครือข่ายสุขภาพด้านเอดส์
- 5) แสดงความคิดเห็นหรือลงประชามติเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินงาน

ป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์

- 6) สนับสนุนให้มีการฟังบรรยายเรื่อง เอดส์และเพศศึกษา
- 7) สนับสนุนด้านเงิน/วัสดุ/อุปกรณ์/สถานที่ในการจัดกิจกรรมด้านภัยเอดส์ เช่น เติร์นรณรงค์ จัดบอร์ด ประชุม ฯลฯ
- 8) เสริมสร้างพลังในการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเอดส์ ฯลฯ
- 9) ประสานขอความร่วมมือ หรือชักชวนชาวบ้านในการจัดกิจกรรม เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์
- 10) ส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เกิดการสื่อสารในเรื่องเอดส์และเพศ เช่น “คุยเปิดใจ รักปลอดภัย”

6.2.3 ด้านการติดตามและประเมิน หมายถึง ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยการประเมินตนเองเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ประเมินพื้นที่/ชุมชนของตนเองว่ามีสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ปัญหาเอดส์และการประเมินการทำงานด้านเอดส์ของชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ติดตามคุณภาพกิจกรรมป้องกันเอดส์ในพื้นที่ และตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยงาน ประกอบด้วย

- 1) ประเมินตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอชไอวี
- 2) ประเมิน พื้นที่ชุมชนของตนเองว่ามีสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ปัญหาเอดส์
- 3) ประเมินการทำงานด้านเอดส์ของชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 4) ติดตามคุณภาพการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องโรคเอดส์
- 5) ตรวจสอบการทำงานขององค์กรที่ดำเนินงานด้านภัยเอดส์

6.2.4 ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หมายถึง การร่วมรับผลประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี หากเห็นว่าสามารถป้องกันการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวีได้ คงเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ประกอบด้วย

- 1) ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ดี คือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์
- 2) ครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข
- 3) ชุมชนและสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข
- 4) ชุมชนและสังคมมีแนวทางปฏิบัติหรือวิธีป้องกันโรคเอดส์
- 5) ประเทศชาติประหยัดเงิน และกำลังคนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

6.3 ประชาชน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานีที่มีอายุระหว่าง 15 - 64 ปี ซึ่งเป็นประชากรในการวิจัยครั้งนี้

6.4 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ประเภทครอบครัว อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการรับสื่อข้อมูลข่าวสาร

6.5 ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนทางสังคมที่อยู่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงกัน อยู่ในละแวกเดียวกัน และเป็นที่รับรู้ร่วมกันว่าตนเองอาศัยอยู่ในกลุ่มคนนั้น ๆ

6.6 สังคม หมายถึง คนกลุ่มหนึ่งที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณหนึ่ง โดยมีความสัมพันธ์และการกระทำระหว่างกันต่อกัน มีประเพณีและวัฒนธรรมเหมือนกัน

6.7 ภาครัฐ หมายถึง หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งทำหน้าที่ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 นำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

7.2 นำผลการวิจัยที่ได้มาปรับปรุงในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันการและแก้ไข ปัญหาเอดส์ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ประชาชน ชุมชน สังคม

7.3 นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ทางวิชาการอย่างเป็นระบบ สำหรับบุคคลที่มีความสนใจในเรื่องนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาเอดส์โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดปทุมธานี ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้ารวบรวมแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบ โดยครอบคลุมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
2. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม
3. แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี
4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้ารวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

1.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน

เคเนอร์ (Cener) (อ้างใน ปรีชาดิ วลัยเสถียรและคณะ, 2552 : 196)

กล่าวว่า การให้โอกาสให้ประชาชนเป็นฝ่ายตัดสินใจ กำหนดความต้องการของตนเองเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน ระดมขีดความสามารถในการจัดการทรัพยากร การตัดสินใจ และควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าที่จะเป็นฝ่ายตั้งรับการพัฒนาเพียงฝ่ายเดียว

บุษบง พุฒพรหม (อ้างใน ธีราภรณ์ สายอ้าย, 2552 : 9) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง ความร่วมมือของประชาชน ไม่ว่าจะปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกันและเข้าร่วมรับผิดชอบหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ต้องการ โดยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์การ เพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 1981) (อ้างใน ธีราภรณ์ สายอ้าย, 2552 : 9) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนคือ การที่ประชาชนก่อให้เกิดกระบวนการ และโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถที่จะแสดงออกซึ่งความต้องการของตน การจัดลำดับ

ความสำคัญของการเข้าร่วมในการพัฒนาและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้น โดยเน้นที่การให้อำนาจการตัดสินใจแก่ประชาชนในชนบท

สถาบันพระปกเกล้า (2551 : 4) กล่าวว่า “การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเจตนารมณ์หลักของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และต่อเนื่องมาในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และมีบัญญัติอยู่ในกฎหมายต่างๆอีกมากมาย อีกทั้งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พุทธศักราช 2546 ก็ได้ให้ความสำคัญของการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางให้มีการปฏิรูประบบราชการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารราชการแผ่นดินอีกด้วย”

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (อ้างใน บุญน้อม ศิลาอาสน์ , 2550 : 53) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่รัฐให้การส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ทั้งประชาชนในรูปบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม และองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกันให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

ไวท์ (White 1982, p.18) (อ้างใน บุญน้อม ศิลาอาสน์ , 2550 : 55) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมประกอบไปด้วย 3 มิติด้วยกัน คือ มิติที่หนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะไรควรทำและทำอย่างไร มิติที่สอง คือ มีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนาการลงมือปฏิบัติการตามที่ได้สนใจ และ มิติที่สาม คือ มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงาน

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (2548) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนเข้าไปร่วมกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนโดยรวมอย่างแท้จริง ทั้งนี้ ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการที่ประชาชนจะต้องมีอิสระในทางความคิดมีความรู้ความสามารถในการกระทำและมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ โดยที่การมีส่วนร่วมของประชาชนต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนถึงที่สุด กล่าวคือเริ่มตั้งแต่จัดสำนึก ในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนเอง ร่วมคิดกันวางแผนงาน ร่วมดำเนินการ ร่วมกันติดตามและประเมินผล ร่วมรับผลประโยชน์

ยุพาพร รูปงาม (2545 : 5) ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วม (participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความ ต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีการเกิด ความคิดริเริ่ม โครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้น ของการที่มีคนมารวมกัน ใดควร จะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือ

การกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือใน นามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์การ ดังนั้นองค์การจะต้อง เป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้

เออร์วิน (Erwin, 1976 :138) (อ้างอิงใน ยุพาพร รูปงาม , 2545 : 6)

กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนคือกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ และ ความชำนาญร่วมกับวิทยากรเป็นที่ยอมรับร่วมกัน โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรร่วมในกระบวนการนี้ ตั้งแต่เริ่มแรก จนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกัน ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

โดยสรุป ตามทัศนะของผู้ศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การให้ โอกาสให้ประชาชนร่วมตัดสินใจ กำหนดความต้องการของตนเอง ระดมขีดความสามารถในการ จัดการทรัพยากร การตัดสินใจ และควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมในแสดงทัศนะเรื่องต่าง ๆ ที่จะมึผล ต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี เป็นกระบวนการที่ประชาชนมีโอกาสดำเนินการเข้าร่วมในกระบวนการแก้ไขเอชไอวีซึ่งเป็นปัญหา สาธารณะ ทั้งนี้ สอดคล้องกับ เคนเนอร์ (Cener) (อ้างอิงใน ปรีชาติ วัลย์เสถียรและคณะ, 2552 : 196) กล่าวว่า การให้โอกาสให้ประชาชนเป็นฝ่ายตัดสินใจ กำหนดความต้องการของตนเองเป็นการเสริม พลังอำนาจให้ประชาชน ระดมขีดความสามารถในการจัดการทรัพยากร การตัดสินใจ และควบคุม กิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าที่จะเป็นฝ่ายตั้งรับการพัฒนาเพียงฝ่ายเดียว

1.1.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน

นักวิชาการได้กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมไว้หลาย ท่าน จากการทบทวนมีนักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ว่า

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี (2554) กล่าวถึง ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญในการสร้างประชาธิปไตยอย่างยั่งยืน และส่งเสริม ธรรมชาติ ตลอดจนจนการบริหารงานหากมีการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้นเพียงใดก็จะให้มึ การตรวจสอบการทำงานของผู้บริหารและให้ผู้บริหารที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการป้องกันนักการเมืองจากการกำหนดนโยบายที่ไม่เหมาะสมกับสังคมนั้น ๆ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชนยังเป็นการสร้างความมั่นใจว่าเสียงของประชาชนจะมีคนรับฟัง อีกทั้ง ความต้องการหรือความปรารถนาประชาชนก็จะได้รับการตอบสนอง

อรพินท์ สฟโชคชัย (2550) บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการบริหาร ราชการแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของ ก.พ.ร. ไว้ว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของ ประชาชนและชุมชน ในการบริหารการพัฒนา หรือการบริหารภาครัฐของหน่วยงานภาครัฐหรือ

เจ้าหน้าที่ของรัฐย่อมมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับประชาชนและชุมชน ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมซึ่งเป็นยุคสมัยของประชาธิปไตยที่ทุกคนต้องการเข้ามามีส่วนร่วม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารงานใหม่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) เป็นต้นมาและรัฐได้ใช้การมีส่วนร่วมนี้เป็นเครื่องมือให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการของรัฐ โดยที่จำกัดความของการมีส่วนร่วมมีจำนวนมากแต่ก็ไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งในแง่การเมืองการปกครองที่เห็นว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของชาวชนบท เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย และยังอาจเป็นการปูพื้นฐานมั่นคงสำหรับวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นได้ในอันปลาย และได้กล่าวถึง จุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่แต่ละคนมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องและสนใจเป็นเรื่องๆไป ต้องการของชาวบ้าน

โดยสรุป ตามทัศนะของผู้ศึกษา ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ ทำให้การแก้ไขปัญหาสาธารณะของภาครัฐตรงกับความต้องการของประชาชน จากการที่การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในแสดงทัศนะ และการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเอง และยังเป็นการควบคุมการบริหารงานของรัฐบาลให้มีความโปร่งใส ซึ่งเท่ากับเป็นการส่งเสริมการปกครองระบอบประชาธิปไตยให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นอีกด้วย ตามหลักการธรรมาภิบาลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วม ตามที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมากกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย มาตรา 76 รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจของรัฐ

1.1.3 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน

นักวิชาการได้กล่าวถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้หลายลักษณะจากการทบทวนมีนักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ว่า

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี (2554) กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการซึ่งประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งมีการนำความคิดเห็นดังกล่าวไปประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายและการตัดสินใจของรัฐ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น

กระบวนการสื่อสารในระบบเปิด กล่าวคือ เป็นการสื่อสารสองทาง ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งประกอบไปด้วยการแบ่งสรรข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและการเสริมสร้างความสามัคคีในสังคม ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการเพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจการลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา เป็นการสร้างฉันทามติ และทำให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ อีกทั้งช่วยหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าใน “กรณีที่ร้ายแรงที่สุด” ช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือและความชอบธรรมและช่วยให้ทราบความห่วงกังวลของประชาชนและค่านิยมของสาธารณชน รวมทั้งเป็นการพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของของสาธารณชน

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff 1980, pp. 213 -218) (อ้างใน ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2552 : 200) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วยการริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ประกอบด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ด้านสังคม และส่วนบุคคล 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

อาร์นสไตน์ (Arnstein) (อ้างถึงใน ชูชาติ พ่วงสมจิตร 2541 : 22-23) มีความคิดเห็นว่าการมีส่วนร่วม มีกระบวนการเป็นบันไดของการมีส่วนร่วม 8 ขั้น

ขั้นที่ 1-2 รวมเรียกว่าเป็นขั้นที่มีส่วนร่วมเทียมหรือไม่มีส่วนร่วม หมายถึง ประชาชนยังไม่เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างแท้จริง

ขั้นที่ 3-5 รวมเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมระดับพิธีการหรือการมีส่วนร่วมบางส่วน หมายถึง เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมได้ในบางส่วน บางเรื่องเท่านั้น เพราะบางส่วนผู้มีอำนาจเต็มสงวนเอาไว้ แต่ก็นับว่ายังดีกว่าขั้นที่ 1-2

ขั้นที่ 6-8 รวมเรียกว่า การมีส่วนร่วมระดับอำนาจของประชาชน ซึ่งเป็นระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาก ซึ่งพัฒนาจากขั้นที่ 6,7 จนถึงขั้นที่ 8 ขั้นควบคุมโดยประชาชนเป็นการใช้อำนาจตัดสินใจของประชาชน โดยผ่านตัวแทนหรือประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจนั่นเอง

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543 : 149 – 163) ได้กล่าวถึงการจำแนกขั้นตอนการมีส่วนร่วม สามารถจำแนกขั้นตอนหรือประเภทของการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ : ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกที่สุดที่จะต้องกระทำก็คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการ

ต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน : จะได้จากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงานและประสานงาน การให้ความช่วยเหลือด้านแรงงานหรือข้อมูล เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ : ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นั้นจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคม

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล : การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกต ก็คือ ความเห็น ความชอบ และความคาดหวัง ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

นักวิชาการได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้หลายลักษณะพอที่จะประมวลได้ ดังนี้

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (อ้างใน บุญน้อม ศิลาอาสน์, 2550 : 53) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลให้การส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในรูปบุคคล กลุ่ม คน ชมรม สมาคม และองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ได้มีส่วนร่วมดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกันให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (อ้างใน บุญน้อม ศิลาอาสน์, 2550 : 53) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบมาถึงประชาชนเอง

ชัยอนันต์ สมุทวณิช (อ้างอิงใน ปรีชาดิ วลัยเสถียร, 2552 : 197) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้สรุปได้ว่า คือการที่ประชาชนหรือชุมชน มีส่วนเป็นเจ้าของทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ร่วมกันมีส่วนร่วมในการแบ่งปันทรัพยากร ซึ่งจะได้มากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับว่ามีอำนาจและสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจหรือการมีความสามารถในการเข้าถึงอำนาจ การมีส่วนร่วมจึงมีความหมายครอบคลุมไปทุก ๆ ส่วนของวิถีชีวิต

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (อ้างอิงใน ปรีชาดิ วลัยเสถียร, 2552 : 197) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาไว้ว่า การที่ประชาชนพัฒนาจิตใจ

ความสามารถของตนเองในการจัดการ และควบคุมการใช้ และการกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่อยู่ในสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกของสังคมจากความหมายของการมีส่วนร่วมดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึงการที่บุคคลหรือกลุ่มคนหรือประชาชนได้เข้าไปร่วมในกระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ โดยความสมัครใจเพื่อให้เกิดผลในทางใดทางหนึ่งที่ต้องการ ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหาตลอดจนร่วมรับผิดชอบในผลที่เกิดขึ้น

องค์การอนามัยโลก (WHO and UNICEF, 1978 : 41- 49) (อ้างใน ธีราภรณ์ สายอ้าย, 2552) ได้เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ดีว่าจะต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญตั้งเป้าหมายกำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล และประการสำคัญคือต้องตัดสินใจด้วยตนเอง 2) การดำเนินกิจกรรม ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการและบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมทางการเงิน 3) การให้ประโยชน์ ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับการพึ่งตนเอง และควบคุมทางสังคม 4) การได้รับประโยชน์ ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่าเทียมกันซึ่งอาจเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม

ไพรัตน์ เคะชรินทร์ (อ้างใน ธีราภรณ์ สายอ้าย, 2552) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้คือ 1) ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมถึงความต้องการของชุมชน 2) ร่วมคิดและสร้างการมีส่วนร่วมรูปแบบและวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน 3) ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือ โครงการหรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการชุมชน 4) ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนร่วม 5) ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนา ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 6) ร่วมการลงทุนในกิจการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง 7) ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 8) ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ ทำไว้โดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

โดยสรุป ตามทัศนะของผู้ศึกษา ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ ร่วมมีความเข้าใจ ร่วมคิดหรือตระหนัก และเลือกแนวทางปฏิบัติการ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมติดตามและประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ลักษณะการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาได้ศึกษาและสังเคราะห์ โดยกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือร่วมตัดสินใจซึ่งกระบวนการประกอบด้วยการร่วมรับรู้ ร่วมเข้าใจ ร่วมตระหนักคิด และเลือกแนวทางปฏิบัติให้กับตนเอง และคนในชุมชน พันภัยเอคส์ 2) การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ หรือ ร่วมทำป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยตนเอง เพื่อตนเอง และคนในชุมชน พันภัยเอคส์ 3) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หรือร่วมติดตามและประเมินผล โดยการปรับตัวในการมีส่วนร่วม และการควบคุมตรวจสอบการดำเนิน กิจกรรมทั้งหมด 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หรือร่วมรับผลประโยชน์ ทั้งผลประโยชน์ของบุคคล หรือทางสังคม ทั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff 1980, pp. 213 -218) (อ้างใน ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2552 : 200) ซึ่งได้แบ่งกระบวนการการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วยการริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ประกอบด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ด้านสังคม และส่วนบุคคล 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

2. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมการที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

ชูเกียรติ ภัยลี (อ้างใน ธีราภรณ์ สายอายุ, 2552)) ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส

นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (อ้างใน ธีราภรณ์ สายอายุ, 2552) ได้อธิบายถึงความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์การสร้างโบสถ์วิหาร และความเกรงใจที่มีต่อบุคคลที่เคารพนับถือ หรือมีเกียรติยศตำแหน่ง ทำให้ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะมีส่วนร่วมด้วยทั้ง ๆ ที่ยังไม่มีความ

ศรัทธาหรือความเต็มใจอย่างเต็มเปี่ยมที่จะกระทำ เช่น ผู้ใหญ่ออกปากขอร้อง ผู้น้อยก็ช่วยแรง ส่วนอำนาจบังคับที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่าทำให้ประชาชนถูกบีบบังคับให้มีส่วนร่วมในการกระทำต่าง ๆ เช่น บีบบังคับให้ทำงานเยี่ยงทาส

โคเฮน และ อับฮอฟ (อ้างใน สุเมธ ทราญแก้ว, 2536 : 20 -21) ยังได้เสนอไว้ว่ามีบุคคล 4 ฝ่าย ที่มีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมชนบท ประกอบด้วยประชาชน ในท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่รัฐ และบุคคลภายนอก สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ยังมีปัจจัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมได้แก่

- 1) อายุและเพศ
- 2) สถานภาพในครอบครัว
- 3) ระดับการศึกษา
- 4) สถานภาพทางสังคม
- 5) อาชีพ
- 6) รายได้และทรัพย์สิน
- 7) ระยะเวลาในท้องถิ่น และระยะเวลาที่อยู่ในโครงการ
- 8) พื้นที่ที่ดินถือครอง และสถานภาพการทำงาน

สยาม บุญสม (อ้างใน สิรินทร แพงแก้ว 2545 : 10) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการตามนโยบายเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรีผลการศึกษาพบว่า ประชาชนที่มีรายได้สูง มีความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการดำเนินการตามนโยบายเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง การเป็นสมาชิก การติดต่อเจ้าหน้าที่ จะมีความสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมในกิจการตามนโยบายเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเองอย่างมาก อย่างไรก็ตามผลการศึกษาด้านปัจจัยการมีส่วนร่วม นั้น พอจะสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้ ความยาวนานในการอาศัยอยู่ในท้องถิ่นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มักเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

คูฟแมน (Koufman. 1949 : 7 อ้างใน สุธี วรประดิษฐ, 2553) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนใน ชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ประยูร ศรีประสาธน์ (อ้างใน สุธี วรประดิษฐ, 2553) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วมว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ
2. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม

3. ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล

โดยสรุป ตามทัศนคติของผู้ศึกษาเห็น ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน มีหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เป็นต้น จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสามารถสรุปปัจจัยต่อการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมได้ ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ
2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้
3. การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร

ในการศึกษาคั้งนี้ เลือเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่ง ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส ประเภทของครอบครัว อาชีพ รายได้ และการรับสื่อข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

3. แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร วันที่ 22 มิถุนายน 2554 ณ ห้องประชุมมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน กรุงเทพมหานคร สนับสนุนโดยสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโรค จัดเวทีอภิปรายบทเรียนจากการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในเยาวชนและข้อเสนอเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to zero) ของภาคประชาสังคม โดย พยุภพร พลายุ (2554) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กล่าวว่า การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในเยาวชนในสถานศึกษากับงานเอดส์ จังหวัดนนทบุรี เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยการขับเคลื่อนจากคณะอนุเอดส์จังหวัด โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการร่วมกันรับผิดชอบ ประกอบด้วย นักศึกษา ประชาชน เยาวชน กลุ่มผู้เข้าถึงยาก โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กองทุนโลก ตามกระบวนการดำเนินงานเพื่อเก็บข้อมูลในเยาวชน และสร้างเครือข่าย ดังเห็นได้จาก การดำเนินงานเอดส์ ยุคที่ 1 ปี 2549 -2551 เน้นการทำสื่อในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างหลากหลาย โดยจัดกิจกรรมภายในโรงเรียน ยุคที่ 2 ปี 2552-2553 ได้รับมีการสร้างโรงเรียนศูนย์เครือข่าย จัดรายการวิทยุ (ดีเจน้อย) เข้าร่วมมือกับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 และเขต 2 ยุคที่ 3 ปี 2554 - ปัจจุบัน ได้นำหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านบรรจุเข้าหลักสูตรการเรียนการสอน 16 คาบต่อปี มีการประชุมผู้บริหารสถานศึกษาเพื่อขยายแนวคิด ร่วมมือกับสำนักงานเขต

พื้นที่การศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีการลงนามสัญญาความร่วมมือกันกับโรงเรียนใน เขตพื้นที่ จำนวน 30 โรงเรียน และมีกาจัดอบรมครูผู้สอนให้กับโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ

ธนาคม จุฑิพย์ (2554) มูลนิธิดวงประทีป กล่าวว่า การดำเนินงานป้องกันแก้ไข ปัญหาเอดส์ในเยาวชนในชุมชนกับงานเอดส์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ภายใต้โครงการ โรงเรียน พ่อ แม่ ในเขตอำเภอเสนา ได้มีการดำเนินการจัดอบรมเสริมทักษะเยาวชน ทักษะการสื่อสาร การ สื่อสารอย่างสันติ การให้คำปรึกษา การเห็นคุณค่าในตัวเอง การพัฒนาศักยภาพเยาวชน การจัด รายการวิทยุโดยแกนนำ ข้อเสนออยากให้ภาครัฐทุกภาคส่วนร่วมสนับสนุนเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืน

ลัดดา จิตรวัฒนแพทย์ (2554) สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย กล่าวถึง การทำงานเอดส์ในกลุ่มพนักงานบริการ มีการดูแลแบบองค์ร่วมกับพนักงานบริการ ส่งเสริมการ เป็นพนักงานบริการอย่างมืออาชีพ

เดชพล กัลยาณมิตร (2554) สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย กล่าวถึงการทำงาน เอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ลักษณะการทำงานจะมีหลากหลายรูปแบบ เน้นการสร้าง แกนนำแต่เนื่องจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการเปลี่ยนแปลงและหลากหลาย ทำให้แกนนำ หมุนเวียนตลอดจึงควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำเป็นระยะๆและต่อเนื่อง และขอความ ร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินการแล สนับสนุนการทำงาน

สำรวย กองอรอด (2554) องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิง กล่าวถึงการทำงาน เอดส์ในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ว่าลักษณะการดำเนินงานมีการจัดทำแผน ๓ ปี โดยประชาคม หมู่บ้านในชุมชน มีการร่วมระดมความคิดของคนในชุมชน เน้นกลุ่มวัยรุ่น มีการศึกษาพฤติกรรม วัยรุ่น มีการประสานงานกับทุกภาคส่วนในชุมชน

พงษ์ศักดิ์ พุเต็มวงศ์ (2554) มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จังหวัดนนทบุรี กล่าวถึงการทำงานเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีกิจกรรมร่วมกับแรงงานต่างด้าว ให้การดูแล ช่วยเหลือในทุกความต้องการ ส่งเสริมการดูแลตนเอง

ฉวีวรรณ นาคอุไร (2554) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี กล่าวว่า การ ดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในเยาวชนในสถานศึกษากับงานเอดส์ จังหวัดปทุมธานี เน้น การทำงานในชุมชน ดำเนินกิจกรรมกับเยาวชน เน้นสถาบันครอบครัวมีส่วนร่วม นำบทเรียนใน ชุมชนมาใช้แก้ไขปัญหาเอดส์ ส่งเสริมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องยั่งยืน สร้างความยั่งยืนใน เยาวชนเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ ดังเห็นได้จาก ในอดีตการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของ เชื้อ เอชไอวี กิจกรรมที่ทำกันมาแล้วในพื้นที่ที่ภาครัฐจัดกิจกรรมส่วนมากใน คือ การให้สื่อข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคเอดส์การจัดประชุม การสัมมนาวิชาการ การจัดนิทรรศการ การเล่นกีฬา การ

แสดงดนตรี หรือศิลปะ เสียงตามสายในชุมชน หรือวิทยุชุมชน โทรทัศน์ แผ่นซีดี/วีซีดี เอกสารเล่มเล็ก คู่มือ/หลักสูตรแผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ อีเมล กระจาดสนทนา โทรศัพท์สายตรง การปรึกษาหารือ ฯลฯ เพื่อรณรงค์เกี่ยวกับโรคเอดส์ เสริมสร้างความเข้าใจ ร่วมตระหนักคิด หรือ มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องปัญหา เอชไอวี/เอดส์ และรู้จักจัดการกับสิ่งนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม และเลือกแนวทางปฏิบัติให้กับตนเอง และคนในชุมชน พันภัยเอดส์

3.2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์

โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดหนึ่ง เกิดจากการติดเชื้อไวรัส ชื่อ “เอชไอวี” เชื้อไวรัสนี้จะทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง จนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมที่ร่างกายได้รับเข้ามา จึงเกิดโรคฉวยโอกาสต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ง่าย การติดเชื้อเอชไอวีพบครั้งแรกในประเทศแถบแอฟริกา ปัจจุบันโรคเอดส์ได้ขยายตัวครอบคลุมไปทั่วทุกภูมิภาค รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งคาดว่า มีผู้ติดเชื้อแล้วประมาณ 1 ล้านคน การติดต่อและการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส สามารถติดจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้หลายทาง กล่าวคือ 1) การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยและสำคัญที่สุด 2) การได้รับเลือดจากผู้ที่มีเชื้อ รวมไปถึงการใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาร่วมกัน 3) จากมารดาสู่ทารก ส่วนในน้ำลาย น้ำตา น้ำนม ปัสสาวะ มีเชืวน้อยมาก ดังนั้นการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ไม่ว่าจะทำงานร่วมกัน ใกล้ลมหายใจผู้ติดเชื้อ การสัมผัสมือ หรือว่ายน้ำในสระเดียวกัน จึงไม่ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้โรคเอดส์ยังไม่แพร่เชื้อ โดยขุย เห็บหรือหมัด

ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งได้ เป็น 4 ระยะคือ

1. การติดเชื้อระยะเฉียบพลัน ภายหลังจากการได้รับเชื้อและเกิดการติดเชื้อแล้ว จะเข้าสู่ระยะฟักตัวของโรคซึ่งใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อร้อยละ 50-90 จะมีอาการ แต่มักจะไม่ได้รับการวินิจฉัย เนื่องจากมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่ แต่อาจมีอาการบางอย่างที่ต่างกันเช่น ฝ้าขาวในปาก และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น อาการเหล่านี้จะเป็นอยู่ประมาณ 1-4 สัปดาห์ หลังจากนั้นอาการจะดีขึ้นเอง

2. ระยะที่ไม่แสดงอาการ เมื่อสิ้นสุดการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชไอวี ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะไม่มีอาการ และผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะนี้ สามารถแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่นได้โดยไม่รู้ตัว การตรวจร่างกายมักจะไม่มีพบสิ่งผิดปกติ ยกเว้นอาจจะมีต่อมน้ำเหลืองขนาดเล็กได้ จะทราบว่ามีอาการติดเชื้อถ้าได้เจาะเลือดตรวจเท่านั้น

3. ระยะแสดงอาการ ในระยะนี้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเริ่มต่ำลง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเช่น เชื้อราในปาก ไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด ต่อมน้ำเหลืองโต อูจาระร่วง อาจมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเช่น งูสวัด วัณโรค หรือปอดอักเสบ

4. ระยะเวลาแสดงอาการขั้นรุนแรงหรือเอดส์ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดีสี่น้อยกว่า 200 ตัว หรือมีภาวะที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เช่น วัณโรค เชื้อราที่เยื่อหุ้มสมอง โดยปกติตั้งแต่ได้รับเชื้อจนกระทั่งกลายเป็นเอดส์เต็มขั้นและเสียชีวิตจะใช้เวลา 7-10 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การดูแลรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งไม่รับเชื้อเอชไอวีเพิ่มและการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหรือไม่

ซีดีสี่ คือ เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่เป็นตัวหลัก ในการกำจัดและควบคุม เชื้อโรคต่างๆ และมีบทบาทในการสร้าง สารภูมิคุ้มกันให้ร่างกายใช้เป็นอาวุธต่อสู้กับเชื้อโรคด้วย ซีดีสี่เป็นเป้าหมายในการโจมตีของเชื้อไวรัส เมื่อซีดีสี่ถูกทำลายมากๆ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง ดังนั้น การตรวจวัดจำนวนซีดีสี่เป็นตัวบ่งชี้ระดับภูมิคุ้มกันของผู้ที่ติดเชื้อ การตรวจซีดีสี่คือการตรวจเลือดเพื่อนับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ ถ้ามีปริมาณซีดีสี่มาก หมายถึง ภูมิคุ้มกันของร่างกายยังดี คนปกติโดยทั่วไปมีจำนวนซีดีสี่ประมาณ 500 ตัวขึ้นไปจนถึง 1,500 ตัว ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ควรได้รับการตรวจปริมาณซีดีสี่ เพื่อจะได้ทราบว่าตนเองอยู่ในระยะใด ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหรือไม่ และต้องได้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือไม่

ผู้ที่มีคุณสมบัติต่อไปนี้ควรได้รับการตรวจเลือด เพื่อหาว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ เพื่อจะได้ทราบตั้งแต่ช่วงที่ยังไม่มีอาการ จะได้ทำการรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อ

- 1) ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และต้องการรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่
- 2) ผู้ที่ตัดสินใจจะมีคู่นอน หรือแต่งงาน
- 3) ผู้ที่สงสัยว่าคู่นอนของตนมีพฤติกรรมเสี่ยง
- 4) ผู้ที่วางแผนจะตั้งครรภ์ หรือหญิงที่ตั้งครรภ์ เพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตร
- 5) ผู้ที่มีอาการต่อไปนี้เป็นเวลานาน แม้ว่าอาการเหล่านี้อาจพบในโรคอื่น

3.3 โรคเอดส์ สามารถติดต่อได้ 3 ทาง คือ

1) การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช่อุปกรณ์ป้องกัน ทั้งชายกับชาย หญิงกับหญิง หรือชายกับหญิง จะเป็นช่องทางธรรมชาติหรือไม่ธรรมชาติก็ตาม ล้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติด โรคเอดส์ ทั้งนี้ ซึ่งมีข้อมูลจากกองระบาดวิทยาระบุว่า ร้อยละ 83 ของผู้ติดเชื้อเอดส์ รับเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์

2) การรับเชื้อทางเลือด โอกาสติดเชื้อ เอดส์ พบได้ 2 กรณี คือใช้เข็มฉีดยา หรือกระบอกฉีดยา ร่วมกับผู้ติดเชื้อ เอดส์ มักพบในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นรับเลือดมาจากการผ่าตัด หรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด แต่ปัจจุบันเลือดที่ได้รับการบริจาคมา จะถูกนำไปตรวจหาเชื้อเอดส์ก่อน จึงมีความปลอดภัยเกือบ 100%

3) ติดต่อผ่านทางแม่สู่ลูก เกิดจากแม่ที่มีเชื้อเอชไอวีและถ่ายทอดให้ทารก ในขณะที่ตั้งครรภ์ ขณะคลอด และภายหลังคลอด ปัจจุบันมีวิธีป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยการทานยาต้านไวรัสในช่วงตั้งครรภ์ จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเหลือเพียงร้อยละ 8 แต่ยังคงมีความเสี่ยงอยู่ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคือ การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

นอกจากนี้ โรคเอชไอวี ยังสามารถติดต่อผ่านทางอื่นได้ แต่โอกาสนี้น้อยมาก เช่น การใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ทำความสะอาด, การเจาะหู โดยการใช้เข็มเจาะหูร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี, การสักผิวหนัง หรือสักคิ้ว เป็นต้น ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นการติดต่อโดยการสัมผัสกับเลือด หรือน้ำเหลืองโดยตรง แต่โอกาสติด โรคเอชไอวี ด้วยวิธีนี้ต้องมีแผลเปิด และปริมาณเลือด หรือน้ำเหลืองที่เข้าไปในร่างกายต้องมีจำนวนมาก

3.4 การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี (HIV)

การป้องกันการติดเชื้อโรคเอชไอวีที่ดีที่สุดคือการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอชไอวี เช่น การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หากเราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้จะสามารถลดการเกิดอัตราติดเชื้อเหมือนกับประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการให้ใช้ถุงยาง 100 % เนื่องจากยังไม่มีการรักษาหรือวัคซีนที่ป้องกันโรค ดังนั้นทุกคนจะต้องเรียนรู้วิธีป้องกันโรค

การมีเพศสัมพันธ์ที่มีการป้องกัน ต้องป้องกันตัวเองทุกครั้งที่จะมีเพศสัมพันธ์ โดยสวมถุงยางอนามัย การป้องกันยังรวมถึง การไม่ใช้ของมีคมร่วมกับผู้เป็นเอชไอวี เช่น เข็มฉีดยาฉีดโกนหนวด การเจาะหู การสักยันต์ ที่ไม่แน่ใจว่าทำความสะอาดเครื่องมืออย่างจริงจัง เชื่อถือได้ ไม่บริจาคเลือดให้ผู้อื่น

การป้องกันการติดเชื้อ HIV จากเพศสัมพันธ์การติดเชื้อ HIV จะสามารถติดต่อทางเยื่อเมือก เช่น ปลายอวัยวะเพศชาย ปาก ทวารหนัก ช่องคลอด หากเยื่อเมือกเหล่านี้ได้รับเชื้อ HIV จาก น้ำอสุจิ น้ำหล่อลื่นของทั้งหญิงและชาย เลือด ทำให้เกิดการติดเชื้อได้

การป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้น อาทิ เชื้อ HIV สามารถติดต่อผ่านทางเข็มฉีดยาที่ใช้ร่วมกัน เข็มดังกล่าวจะปนเปื้อนเลือด ดังนั้นวิธีป้องกันการติดเชื้อทำได้ ดังนี้ หักยาเสพติดและเข้ารับการบำบัดเพื่อหยุดยาเสพติด หลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ให้ใช้เข็มใหม่ทุกครั้ง สำหรับผู้ที่ยังไม่เปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เข็มร่วมกัน ก็ให้ล้างเข็มให้สะอาดด้วยน้ำ โดยการฉีดล้างกระบอกฉีดยา และแช่เข็มในน้ำยาฆ่าเชื้อ 1 นาที

การป้องกันการติดเชื้อ HIV ในคนท้องเด็กที่คลอดจากแม่ที่มีเชื้อ HIV สามารถรับเชื้อจากแม่ขณะตั้งครรภ์ และการคลอด ปัจจุบันหากทราบว่าคนท้องมีเชื้อ HIV สามารถให้ยา AZT ซึ่งสามารถลดอัตราการติดเชื้อลง

กิจกรรมอะไรที่เสี่ยงและไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อาทิ การช่วยตัวเอง การถอดรัดเล้าโลม การจูบ พวกนี้มีโอกาสการติดเชื้อต่ำ การมีเพศสัมพันธ์ทั้งทางทวารและช่องคลอดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง การมีเพศสัมพันธ์ทางปากก็มีความเสี่ยง ดังนั้นต้องใส่ถุงยางป้องกัน ไครบั้งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สมัยก่อนผู้ที่ติดเชื้อมักจะเป็นพวกกรักร่วมเพศ หรือฉีดยาเสพติด เข้าเส้น ปัจจุบันพบว่าการติดเชื้อ HIV พบได้ใน วัยรุ่น คนทำงาน ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น แม่บ้าน คือสามารถพบได้ทั่วไป ดังนั้นทุกคนเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV หากไม่ป้องกันหรือประมาท โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สมัยก่อนผู้ที่ติดเชื้อมักจะเป็นพวกกรักร่วมเพศ หรือฉีดยาเสพติดเข้าเส้น ปัจจุบันพบว่าการติดเชื้อ HIV พบได้ใน วัยรุ่น คนทำงาน ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น แม่บ้าน คือสามารถพบได้ทั่วไป ดังนั้นทุกคนเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV หากไม่ป้องกันหรือประมาท โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3.5 การรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

การรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มีหลายมาตรการ ปัจจุบันประกอบด้วย มาตรการ การสร้างความรู้ ความตระหนัก และทักษะการป้องกันและประเมินความเสี่ยง การเข้าถึงบริการและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี การให้บริการทางการแพทย์ ให้กับกลุ่มประชากรเป้าหมายที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด พนักงานบริการ แรงงานข้ามชาติ ผู้ใช้แรงงาน และประชากรข้ามชาติ หรือชาติพันธุ์ และหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคมร่วมในการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนการป้องกัน

จากการแพร่ระบาดของ เชื้อ เอชไอวีผ่าน 3 ทางที่สำคัญ คือ 1) ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ไม่ได้ป้องกัน 2) ติดต่อทางเลือด เช่น ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ในผู้ติดยาเสพติด 3) ติดต่อจากแม่ไปสู่ลูก โดยผ่านทางรกคลอด ดังนั้นวิธีการป้องกันการติดเชื้อฯ หากมีการตรวจเอชไอวี ก่อนแต่งงาน หลังจากนั้นเมื่อมีเพศสัมพันธ์เฉพาะคู่ของตนเองหากมีคนใดคนหนึ่งติดเชื้อก็ใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ก็จะป้องกัน เอชไอวี ได้ ส่วนการติดต่อทางเลือด ถ้าเราไม่ใช่ของมีคม ร่วมกับผู้อื่น ก็จะปลอดภัยจาก เอชไอวี ส่วนการติดต่อจากแม่สู่ลูก ปัจจุบัน โรงพยาบาลทุกแห่งจะตรวจ เอชไอวี ให้กับหญิงที่ตั้งครรภ์ทุกราย หากรายใดมีเชื้อ เอชไอวี ก็จะมีการให้ยาป้องกันการติดเชื้อไปสู่ลูก ก็จะช่วย ลดการติดต่อผ่านทางที่ 3 ได้ โรคที่ป้องกันได้ ถ้าเราไม่ไปมีพฤติกรรมเสี่ยงเราก็จะไม่ติดเชื้อเอดส์ การป้องกันไม่ให้ติดเชื้อ เอชไอวี วิจัย อัจฉริยะ (Med Tech) (อ้างใน วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2554)

4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนและค้นคว้างานวิจัยผลงานที่เกี่ยวข้องกับในเรื่องการปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ผู้ศึกษาจึงขอยกเอาตัวอย่างงานวิจัยที่มีประโยชน์ในการนำมาใช้ประกอบการศึกษาเรื่องนี้ไว้ ดังนี้

แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 -2554 นั้น มีจุดเน้นของยุทธศาสตร์ คือ ประชาชนมีพฤติกรรมและมีความสามารถในการป้องกันตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและแพร่เชื้อเอชไอวี ได้อย่างเหมาะสม ฉะนั้น การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยภาครัฐเป็นผู้ให้บริการข้อมูลข่าวสาร จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เสริมสร้างทักษะการต่อสู้กับโรคเอดส์อย่างสร้างสรรค์ เพื่อไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น หากจะเป็นจริงได้ส่วนหนึ่งก็ คือประชาชนจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานป้องกันการ ติดเชื้อ เอชไอวี จึงจะส่งผลให้การควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวี ได้ประสบผลสำเร็จ เป็นไปตามแนวทางการบริหารภาครัฐแนวใหม่ที่มองว่าการบริหารราชการให้ประสบผลสำเร็จจำเป็นต้องเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 (2552) “ประสิทธิผลของการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์โดยวิธีทัศนและการให้คำปรึกษาผ่านล่าม ต่อความต้องการการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจในกลุ่มลูกเรือประมง”สรุปว่า การให้ความรู้โดยวิธีทัศนเป็นเครื่องมือ ร่วมกับให้คำแนะนำเพิ่มเติมมีส่วนให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องโรคเอดส์เกิดความตระหนักและประเมินความเสี่ยงของตนเอง ยอมรับในการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ทำให้คนสามารถเข้าสู่ระบบการดูแลในระยะต้นมากขึ้น และนำสู่การลดปัญหาการแพร่กระจายการติดเชื้อ เอชไอวี

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2552 : 199) “การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 12 : สำนักงานพัฒนาวิชาการสนับสนุนการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ประสพการณ์ของ อปท. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน” รายงานว่า จากความสำคัญ ในปี 2527-2528 สังคมมีความตระหนัก มีคนตายมาก เตาเผาไม่ว่าง ปี 2551 เกิดอะไรขึ้นคนไม่กลัวเอดส์ คนรุ่นใหม่กำลังนับเริ่มต้นใหม่สู่ภาวะสมัยปี 2527-2528 การดำเนินการป้องกันการแก้ไขปัญหาเอดส์ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2550 ได้จัดการสัมมนา “อยู่ดีมีสุข ฟันทุกข์จากเอดส์” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ อปท. ได้ตระหนักถึงปัญหาเอดส์ และเพื่อให้แต่ละพื้นที่ได้ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งมี อปท.หลายแห่งได้นำไปดำเนินงานแก้ไขปัญหา

เอดส์ต่อในพื้นที่ ปี 2551 นี้ จึงได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจะได้เห็นข้อสรุปของบทเรียนและกระบวนการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ของ อปท. ภายใต้เงื่อนไข หรือปัจจัยที่แตกต่างกัน วิธีการศึกษา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 รวมทั้ง 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือ และสำนักงานพัฒนาวิชาการสนับสนุนการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ กรมควบคุมโรค ได้จัดสัมมนาประสบการณ์ของ อปท. ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ ระหว่างวันที่ 15-16 กันยายน 2551 มีการประชุมกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานด้านเอดส์ การวิเคราะห์สถานะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ที่นำไปสู่การป้องกันในกลุ่มเยาวชน กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และชาติพันธุ์ นำเสนอผลการแลกเปลี่ยน มุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการอิสระที่มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ ผลการศึกษา การป้องกันในกลุ่มเยาวชน จากการวิเคราะห์สถานะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ในชุมชนพบว่าเยาวชนรวมกลุ่มมั่วสุม คี๋มสุรา เทียว ไม่ป้องกันตั้งครรถ์อายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเชื่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สัก ผู้ปกครองไม่ค่อยเข้าใจ เด็กที่ได้รับผลกระทบขาดที่พึ่ง มีเพศสัมพันธ์กับเรื่อญาติ เงื่อนไขการทำงานกับกลุ่มเยาวชนคือการให้โอกาสได้แสดงศักยภาพ ความท้าทายการทำงานให้ต่อเนื่อง การเชื่อมงบประมาณในพื้นที่ของ อปท. โดยต้องศึกษาเข้าใจระบบระเบียบ และเงื่อนไขประกอบการทำงานในประเด็นเชิงนโยบายท้องถิ่น การป้องกันฯ ในกลุ่มกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และ ชาติพันธุ์ กับวิเคราะห์สถานะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มแรงงานที่ย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในภาคเหนือ พบว่าเป็นชาวพม่า ปัจจัยของประเทศต้นทางที่นำไปสู่การอพยพสู่ปลายทาง คือ ด้านเศรษฐกิจ แรงงานข้ามชาติมีภาวะเสี่ยงทั้งแพร่หรือรับเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น กระเหรี่ยง คะฉิ่น ไทยใหญ่ ปัญหาที่พบคือไม่มีบัตรประชาชน และการสื่อสาร ทำให้เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ อปท. ได้ศึกษาระเบียบที่เอื้อในการปฏิบัติงาน มีการประชาสัมพันธ์นำไปสู่แผนงานความต้องการของชุมชน และไม่เลือกสัญชาติ

สรุปและอภิปรายผล ปัญหาเยาวชนทุกวันนี้ซับซ้อนมากขึ้น จุดแรกคือครอบครัวต้องเลี้ยงดูให้เขาช่วยเหลือตัวเองและครอบครัวได้ ซึ่งทีมงานต้องลงไปดู สอนผู้ใหญ่ไม่ให้สอนเด็ก ทุกวันนี้ค่านิยมของพ่อแม่เลี้ยงดูให้เป็นทวดา โครงสร้างการปกครองมีหลายองค์กรในหมู่บ้าน หากมีการบูรณาการทั้งงานและทรัพยากรของภาคส่วนต่างๆ กระบวนการสร้างความเข้มแข็งต่อเนื่อง โดยหากคนมีใจให้ข้อมูลฝึกทักษะให้โอกาสปฏิบัติจริง ผู้คิดเชื้อฯ ควรส่งเสริมให้เขารู้คุณค่าของตัวเอง รวมถึงการสร้างพลัง (Empower) จิตวิญญาณ ข้อเสนอแนะ ระดับครอบครัวเยาวชนกับปัญหาเอดส์ ต้องให้ครอบครัวเข้าใจและยอมรับกับการให้ความรู้ลูก สถาบันการศึกษาต้องเข้าใจปัญหาเหล่านี้ การปลูกค่านิยมให้เด็กโดยนำเด็กที่เก่งคิดที่เก่งพูดมาอธิบายความ

เครือทิพย์ จันทร์ธานีวัฒน์ (2545) “ผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดปทุมธานี” เพื่อศึกษาผลการดำเนินงาน

ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดปทุมธานี เป็นการประเมินผลลัพธ์ขั้นต้น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มหลายขั้นตอน จำนวนทั้งสิ้น 1,000 ราย จากโรงงานจำนวน 30 แห่ง โดยแบ่งขนาดการเก็บกลุ่มตัวอย่างตามขนาดของโรงงานอุตสาหกรรม คือ ขนาดใหญ่ จำนวน 755 คน ขนาดกลาง 155 คน และขนาดเล็ก 89 คน และผู้บริหารหรือผู้แทนของแต่ละ โรงงานอุตสาหกรรม ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวทางการประเมินผล แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 ธันวาคม 2544 วิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานที่ศึกษาเป็นเพศชาย 451 คน เพศหญิง 549 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25-34 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ระยะเวลาประกอบอาชีพ เฉลี่ย 3.4 ปี ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 81.4) ความตระหนกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.0) การรับรู้ข่าวสารอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 64.4) พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์พบว่ามีพฤติกรรมเหมาะสมอยู่ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 70.5) โดยพบว่าเพศชายต้องปรับปรุงในด้านความรู้ความเข้าใจเรื่อง โรคเอดส์ ความตระหนก และพฤติกรรมเสี่ยงกับโรคเอดส์มากกว่าเพศหญิง ส่วนเจตคติเรื่อง โรคเอดส์ของผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 73.7) พบว่า ผู้ที่ต้องปรับปรุงเจตคติมากที่สุดคือเพศหญิง ผลการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ของโรงงานอุตสาหกรรมพบว่าอยู่ในระดับต้องปรับปรุงแก้ไข (ร้อยละ 66.7) ในกิจกรรมทุก ๆ ด้าน ตั้งแต่ด้านนโยบาย การจัดกิจกรรม การให้โอกาสผู้ติดเชื้อทำงาน การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยควรเร่งดำเนินการให้ ความรู้เรื่องโรคเอดส์เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างแท้จริง ลดการรังเกียจกีดกัน ควรออก มาตรการบังคับให้ โรงงานอุตสาหกรรมทุกแห่งกำหนดนโยบายช่วยเหลือผู้ใช้แรงงานที่ ติดเชื้อเอดส์ ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับ โรงงานอุตสาหกรรมควรเตรียมความพร้อมในการ รับมือกับปัญหาเอดส์ สาธารณสุขควรแจ้งข้อมูลสถานการณ์โรคเอดส์ให้แก่โรงงานอุตสาหกรรม ทุกแห่ง ซึ่งจะเป็นการสร้างความตระหนกให้กับผู้ใช้แรงงาน ได้ระดับหนึ่ง

วิมล ลักขณาภิชนชัช (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกัน โรคเอดส์ในกลุ่มผู้เสพแอมเฟตามีนของโรงพยาบาล รัชฎญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี มหาวิทยาลัยมหิดล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) บทคัดย่อ (ไทย) โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ ครอบครัว สังคม ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจของประเทศชาติ ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุสำคัญของการแพร่ระบาดของ โรคเอดส์เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามมากเป็นอันดับหนึ่ง ในกลุ่มผู้เสพแอมเฟตามีน เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน

โรคเอดส์ในกลุ่มผู้เสพยาแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจังหวัดปทุมธานี จำนวน 100 คน กลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดให้ ซึ่งประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่ม เกม การแสดงบทบาทสมมติ และการสวมถุงยางอนามัยกับแบบจำลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วยแบบสอบถามและแบบสังเกตการสวมถุงยางอนามัยกับแบบจำลอง ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเอดส์สามารถทำให้กลุ่มผู้เสพยาแอมเฟตามีนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

ภูริษา เจริญกุล (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การสร้างพลังในการวางแผนดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ของแกนนำชุมชน ตำบลบ้านดึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย” เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังให้กับแกนนำชุมชนในการวางแผนดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ ในชุมชนของตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง การนับถือและเห็นคุณค่าตนเอง พร้อมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะทางประชากรของแกนนำชุมชน ในเรื่อง อายุ อาชีพ ตำแหน่งระดับการศึกษาและระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับการรับรู้ในความสามารถตนเอง การนับถือและเห็นคุณค่าตนเอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการในการศึกษา และกำหนดให้กลุ่มแกนนำ คือสมาชิกองค์การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน ของตำบลบ้านดึก อำเภอ ศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมโปรแกรม การสร้างพลังที่มีองค์ประกอบสำคัญ 4 เรื่อง คือ การเตรียมความพร้อมให้กับชุมชน การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนโครงการและการประเมินโครงการในขั้นตอนการติดตาม ประเมินผลการสร้างพลังให้แกนนำชุมชนนั้น ได้เก็บข้อมูล ด้วยการให้แกนนำชุมชนตอบแบบ สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น 2 ครั้ง ก่อนและหลังการวางแผน รวมทั้งสังเกตกระบวนการ พัฒนาในการสร้างแผน ผลการวิจัยพบว่า แกนนำชุมชนสามารถเขียนโครงการที่มีประสิทธิภาพได้ 5 โครงการ คือ โครงการเชื่อมสายใยด้านภัยเอดส์ ชุมชนเข้าใจเอดส์ ให้ความรู้กับประชาชน ส่งเสริม อาชีพในหมู่บ้านและการดูแลเด็กกำพร้า โดยกระบวนการในการเขียนแผนงานเริ่มจาก ความคิดหลักเรื่องปัญหาของผู้ป่วยเอดส์ที่สังคมรังเกียจและไม่ยอมรับการอยู่ร่วมกัน ใน

สังคม การให้ความรู้และการปรับทัศนคติด้วยการคู่วิดีทัศน์ และศึกษาดูงานเห็นตัวอย่าง การดำเนินงานจริง จากประสบการณ์ดังกล่าวทำให้แกนนำชุมชนสามารถเขียนแผนงาน โครงการ ควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในชุมชนตนเองได้ และจากประสบการณ์การเขียนแผนงานนี้แกนนำชุมชน ได้พัฒนาการรับรู้ในความสามารถตนเอง การนับถือและเห็นคุณค่าตนเอง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เพิ่มมากขึ้น ในแต่ละเรื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าลักษณะประชากรของแกนนำชุมชนกับการรับรู้ความสามารถตนเอง การนับถือและเห็นคุณค่าตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยการสร้างพลังในการวางแผนดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ของแกนนำชุมชน แสดงให้เห็นว่าการสร้างพลังตามแนวคิดและตามกระบวนการดังกล่าวมีประสิทธิภาพและเป็นตัวอย่างที่ดีที่สามารถนำแนวคิดและแนวทางไปประยุกต์กับการพัฒนา แกนนำของชาวบ้านกลุ่มอื่นๆ และในเรื่องต่างๆ ต่อไปได้

กรมควบคุมมลพิษ (2552) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง การปกครองและเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารกิจการบ้านเมืองโดยตรงมากขึ้น ดังนั้นระบบราชการ จำเป็นต้องยอมรับและปรับให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอแนะความคิดเห็น ร่วมปฏิบัติงาน และการตรวจสอบผลการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นหลักการสากลที่อารยประเทศให้ความสำคัญและเป็นประเด็นหลักที่สังคมไทยให้ความสนใจ เพื่อพัฒนาการเมืองเข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมตามหลักการธรรมาภิบาลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและ ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของภาครัฐให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุกๆฝ่าย ในการบริหารราชการเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 จึงต่างให้ความสำคัญต่อการบริหารราชการอย่างโปร่งใส สุจริต เปิดเผยข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ การตัดสินใจทางการเมือง รวมถึงการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐในทุกระดับ”

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ คือระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

1) การรับข้อมูลข่าวสาร จากการให้บริการข้อมูลข่าวสารของภาครัฐ เป็น

ก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่างๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ การจัดนิทรรศการ จดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การตีพิมพ์และ การให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2) การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วม การให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่างๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3) การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่า ข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

4) ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชน ผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นส่วนหนึ่งกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5) การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่างๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคราชการที่มาจากทุกภาคส่วนของสังคม

ธีรภรณ์ สายอ้าย. (2552) ได้ทำการค้นคว้าแบบอิสระเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลชุมชน) , มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งสรุปผลการศึกษาไว้ดังนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สามารถช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ประธานเยาวชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเจ้าอาวาสวัด ผู้อำนวยการ โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และเจ้าของสถานประกอบการในชุมชน จำนวน 167 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถาม

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และแนวคำถามการสนทนากลุ่มประเด็นปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำมาจัดหมวดหมู่และพรรณนาเป็นข้อความ ประกอบการอภิปรายผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยรวมทั้ง 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 คือ การรณรงค์เพื่อปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่ 2 คือการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชนในชุมชน ในยุทธศาสตร์ที่ 3 คือการพัฒนาทักษะชีวิตและเครือข่ายการป้องกันช่วยเหลือ อยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มีดังนี้ 1) ผู้นำชุมชนและแกนนำไม่เข้มแข็ง ขาดแกนนำและอาสาสมัคร 2) ขาดการประชาสัมพันธ์ สื่อสารจุดและขาดสื่อ การสื่อสารทางเดียว 3) ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่เสพสารเสพติด ไม่ยอมรับว่าบุตรหลานติดยาและปกปิดข้อมูล 4) ขาดการประสานงาน ไม่ทราบแหล่งช่วยเหลือและการนำทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์น้อย 5) ขาดงบประมาณ 6) นโยบายของรัฐบาล มีการส่งเสริมสนับสนุนการผลิตสุราเสรีขึ้นในชุมชน 7) ขาดการบังคับใช้กฎหมาย ขาดการบริหารจัดการที่ต่อเนื่อง มีแหล่งมั่วสุม เช่น ร้านเกมส์ผลการศึกษาคั้งนี้ทำให้ทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดไม่ให้แพร่ระบาด โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

โดยสรุป ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากแนวทางของนักวิชาการหลายท่านที่ได้ข้างต้น และจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดยาเสพติด เฮชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี เพื่อ (1) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดยาเสพติด เฮชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี (2) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดยาเสพติด เฮชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (3) ศึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดยาเสพติด เฮชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี วิธีดำเนินการวิจัยจะประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร (Population)

ประชากรในการวิจัยนี้ เป็น ประชาชนในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 479,446 คน ที่มีอายุระหว่าง 15 - 64 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ทั้ง 6 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองปทุมธานี อำเภอลำลูกกา อำเภอลองหลวง อำเภอลาดหลุมแก้ว อำเภอหนองเสือ และอำเภอธัญบุรี รายละเอียด ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรจังหวัดปทุมธานีจำแนกเป็นรายอำเภอ จากข้อมูลทะเบียนราษฎร จังหวัดปทุมธานี 2553

ข้อมูลจำนวนประชากรและบ้าน ณ 25 มีนาคม 2553 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย จังหวัดปทุมธานี				
ลำดับ	อำเภอ	ชาย	หญิง	รวม
1	อำเภอเมืองปทุมธานี	64,663	70,617	135,280

ตารางที่ 3.1 ต่อ)

ข้อมูลจำนวนประชากรและบ้าน ณ 25 มีนาคม 2553 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย จังหวัดปทุมธานี				
ลำดับ	อำเภอ	ชาย	หญิง	รวม
2	อำเภอลำลูกกา	52,625	57,643	110,268
3	อำเภอคลองหลวง	52,104	57,734	109,838
4	อำเภอลาดหลุมแก้ว	23,317	24,254	47,571
5	อำเภอหนองเสือ	23,521	23,802	47,323
6	อำเภอชัยบุรี	13,362	15,804	29,166
รวมจำนวนประชากร		229,592	249,854	479,446
อ้างอิงจำนวนประชากร : ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จังหวัดปทุมธานี 2553				

1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) การศึกษาครั้งนี้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่จะใช้เป็นตัวแทนของประชากร ตามแนวคิดของ ทาโรยามาเน่ (Taro Yamane) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง 0.05 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

N = ขนาดของประชากร

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e = กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง กำหนดเท่ากับ 0.05

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรการวิจัย จำนวน 479,446 คน โดยยอมรับความคลาดเคลื่อนในระดับที่บวกลบ 0.05 หรือ ไม่เกินร้อยละ 0.05 แทนค่าลงในสูตร

$$= \frac{479,446}{1 + (479,446 * 0.05 * 0.05)}$$

$$= 399.67$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่า 399.67 ตัวอย่าง และเพื่อความเหมาะสม จึงขอใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน

1.3 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (random sampling) หาตัวแทนการวิจัยเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสได้เลือกเท่าๆ กัน ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 3 แบบ ดังนี้

1.3.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น คือ การใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ

1.3.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น คือ การใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม โดยการเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุระหว่าง 15 - 64 ปี ซึ่งเป็นช่วงช่วงอายุที่สามารถมีความเข้าใจและเหมาะสมกับการเข้าร่วมในกระบวนการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

1.3.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น คือ การใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยการสุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอ ของจังหวัดปทุมธานี รายละเอียดดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 จำนวนประชากรกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอ ของจังหวัดปทุมธานี

ลำดับ	อำเภอ	เปรียบเทียบ	
		ประชากร (คน)	สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง (คน)/อำเภอ
1	เมืองปทุมธานี	135,280	112.77
2	ลำลูกกา	110,268	91.92
3	คลองหลวง	109,838	91.56
4	ลาดหลุมแก้ว	47,571	39.66
5	หนองเสือ	47,323	39.45
6	ธัญบุรี	29,166	24.31
รวมจำนวนประชากร/กลุ่มตัวอย่าง		479,446	399.67

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามที่มีคำถามแบบปลายปิด (close ended questions) และคำถามแบบปลายเปิด (open ended questions) โดยคำถามทั้งหมดแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ โดยมีวิธีการและขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยศึกษาเรื่องราวต่างๆ ซึ่งเป็นคำถาม 2)วิเคราะห์เอกสาร เพื่อนำมาประยุกต์สร้างแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง 3)นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ และให้คำแนะนำเพื่อนำมาแก้ไข

แบบสอบถาม มีข้อความทั้งหมด 39 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และการรับสื่อข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายปิด เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่ตอบแบบสอบถาม ซึ่งอยู่ในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นการตรวจสอบรายการแบบ (check list)

ส่วนที่ 2 คำถามข้อมูลด้านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายปิด โดยคำถามแต่ละข้อเป็นตัวแทนของตัวแปรอิสระ อยู่ในระดับจัดอันดับ (ordinal scale) ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตรวัด (rating scale) เป็น 5 ระดับ ของ อาร์. เอ.ลิเคิร์ต. (R.A.likert) จำนวน 30 ข้อ ในเรื่องของกระบวนการมีส่วนร่วม โดยแบ่งกระบวนการมีส่วนร่วมเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน
- 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล
- 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

คำถามที่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีข้อความตอบให้เลือก 5 อันดับ และมีเกณฑ์การให้น้ำหนักตามกำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล อ้างอิงใน กรองแก้วทองมี (2550 : 54) ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.51 ถึง 5.00 แสดงว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.51 ถึง 4.50 แสดงว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.51 ถึง 3.50 แสดงว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.51 ถึง 2.50 แสดงว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.01 ถึง 1.50 แสดงว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 คำถามข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

2.2 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งได้ดังนี้

2.2.1 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการหาความเที่ยงตรง ดังนี้

- 1) นำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระตรวจแก้ไขความถูกต้องและความเหมาะสมก่อน
- 2) นำแบบสอบถามนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา 3 ท่าน โดยถือเกณฑ์วิธีการหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม IOC (IOC : Index of item objective congruence) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ข้อคำถามข้อ 1 มีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แต่ละท่าน ให้คะแนนมา ทั้ง 3 ท่าน และหาค่า IOC คือ หาผลรวมของคะแนนในข้อ 1 โดยการบวกคะแนน เท่ากับ $1+1+1$ คะแนน แล้วนำมาหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญ คือ ผลรวมคะแนน/จำนวนผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ $2.55/3 = 0.85$ จากนั้นนำผลไปเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือ เกณฑ์ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง พบว่า ค่า IOC เท่ากับ 0.85 จึงมีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้ แบบสอบถาม IOC จากผลการหาค่าความเที่ยงตรงของ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายแล้วจึงนำไปใช้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลปฐมภูมิด้วยแบบสอบถามจากประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 3.1 ขอนหนังสือจากสำนักบัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิทยาการจัดการศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อเชิญผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัย
- 3.2 ผู้วิจัยอธิบายและทำความเข้าใจให้แก่ผู้ช่วยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 การแจกแบบสอบถามออกไปจำนวน 400 ชุด
- 3.4 รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่สมบูรณ์ได้จนครบจำนวน 400 ชุด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis Design) เพื่อบรรยายข้อมูล เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามมาบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) แสดงคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง การแจกแจงความถี่ นำเสนอข้อมูล จำนวน ค่าร้อยละ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง นำเสนอข้อมูลค่าเฉลี่ย การวัดความสัมพันธ์ นำเสนอข้อมูลสถิติสัมพันธ์

หลังจากเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ครบแล้ว ได้ดำเนินการนำแบบสอบถามทั้งหมดมาดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 4.1 ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่รวบรวมได้ทุกฉบับ
- 4.2 สร้างคู่มือลงรหัส (Post Coded)
- 4.3 นำแบบสอบถามมาลงรหัสตามคู่มือ
- 4.4 นำข้อมูลที่ลงรหัสแล้วมาลงรหัสในเครื่องคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ประมวลผล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และกำหนดมีนัยสำคัญ 0.5

4.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

4.5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) อธิบายข้อมูลทั่วไปโดยแจกแจงดังนี้

- 1) ค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป (Percentage)
- 2) การหาค่ามัชฌิมเลข คณิต \bar{X} หรือค่าเฉลี่ย (Mean)

เพื่อหาความเป็นกลางของระดับการมีส่วนร่วมของผู้ตอบแบบสอบถามในคำตอบแต่ละข้อของคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

3) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : SD) เพื่อหาการกระจายของน้ำหนักคำตอบ

4.5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Analytical Statistic) ทดสอบสมมุติฐานความแตกต่างของค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

- 1) การทดสอบหาค่า t – test และ F – test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$
- 2) วิเคราะห์หาความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)
- 3) ในกรณีที่ได้อาสาที่มีความแตกต่างกันได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่าง

เป็นรายคู่ โดยใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ของ เซฟเฟ้ (Scheffe) พิจารณาจากค่าทดสอบความแปรปรวนของประชากร (Test of Homogeneity of Variance)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาวิจัย “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในจังหวัดปทุมธานี” ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลประชากรจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน โดยการสำรวจ แล้วนำผลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนในการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการรับสื่อข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ในภาพรวม

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ในแต่ละด้าน รายข้อ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 5 การทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เสนออักษรย่อและสัญลักษณ์ทางสถิติที่นำมาใช้ในการวิจัย ดังต่อไปนี้

\bar{X}	=	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S.D.	=	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
N	=	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
df	=	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
T	=	ค่าสถิติการแจกแจง t – test
F	=	ค่าสถิติการแจกแจง F – test

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนที่ผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี
ในจังหวัดปทุมธานี

เป็นส่วนที่นำเสนอจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม
ของประชาชนในการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี จำแนก
ปัจจัยส่วนบุคคล ต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน
ในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 400 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	137	34.25
หญิง	263	65.75
อายุ (ปี)		
15-24 ปี	84	21.00
25-34 ปี	153	38.25
35-44 ปี	103	25.75
45-54 ปี	39	9.75
55-64 ปี	21	5.25
ศาสนา		
พุทธ	373	93.25
คริสต์	14	3.50
อิสลาม	10	2.50
พราหมณ์-ฮินดู	3	0.75

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 400 คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	27	6.75
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	39	9.75
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) /ปวช.	116	29.00
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	104	26.00
ปริญญาตรี	96	24.00
ปริญญาโท	18	4.75
ประเภทครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	297	74.25
ครอบครัวขยาย	103	25.75
สถานภาพการสมรส		
โสด	194	48.50
สมรส/แต่งงาน	157	39.25
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	49	12.25
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	71	17.25
รับจ้างทั่วไป	96	24.00
พนักงานบริษัท/ห้างร้าน	117	29.25
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	87	21.
เกษตรกร	7	1.75
ค้าขาย	22	5.50
อื่นๆ	0	0.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 400 คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	164	41.0
ตั้งแต่ 10,001-25,000	203	50.75
ตั้งแต่ 25,001-40,000	14	3.50
ตั้งแต่ 40,001-55,000	7	1.75
ตั้งแต่ 55,001-70,000	3	0.75
ตั้งแต่ 70,001 ขึ้นไป	1	0.25
การรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์		
เวทีการประชุม/สัมมนาวิชาการ/ นิทรรศการ	56	14.00
การเล่นกีฬา/ดนตรี/ศิลปะ	9	2.25
เสียงตามสาย/วิทยุชุมชน/โทรทัศน์	179	44.75
แผ่นพับ/โปสเตอร์	58	14.50
เอกสารเล่มเล็ก/คู่มือ/หลักสูตร	41	10.25
แผ่นซีดี/วีซีดี	2	0.50
เว็บไซต์ อีเมลล์ หรือกระดานสนทนา	44	11.00
โทรศัพท์สายตรง /รับคำปรึกษาหารือ	11	2.75

จากตารางที่ 4.1 พบว่าประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ที่ตอบแบบสอบถามมี จำนวนรวมทั้งสิ้น 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 263 คน คิดเป็นร้อยละ 65.75 และเป็นเพศชาย จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 34.25 ประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 38.25 รองลงมาคืออายุระหว่าง 35-44 ปี จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 25.75 อายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21 และอายุระหว่าง 45-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.75 และมีอายุระหว่าง 55-64 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.25 ประชาชนที่มีส่วนร่วมใน

การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 373 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 ศาสนาอิสลาม จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50 และนับถือศาสนาพราหมณ์-ฮินดู คิดเป็นร้อยละ 0.75 จำนวน 3 คน ประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) /ปวช. จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 29.00 รองลงมา อนุปริญญา/ปวท./ปวส. จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 ปริญญาตรี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 9.75 ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.75 และมีการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 4.50 จำนวน 18 คน ประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่อาศัยในครอบครัวเดี่ยว จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 74.25 และมีครอบครัวขยาย จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 25.75 ประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสเป็นโสด จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 48.50 รองลงมา สมรส/แต่งงานแล้ว จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 39.25 และสมรสเป็นหย่า/แยกกันอยู่/หม้าย จำนวน 49 คน ร้อยละ 12.25 ประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/ห้างร้าน จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 29.25 รองลงมามีรับจ้างทั่วไป จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 21.75 นักเรียนนักศึกษา จำนวน 71 คน ร้อยละ 17.8 ค้าขาย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 และประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.75 ประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-25,000 บาท จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 50.75 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 41.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,001-40,000 บาท จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 40,001-55,000 บาท จำนวน 7 คน ร้อยละ 1.75 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 55,001-70,000 บาท จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.75 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 70,001 บาท ขึ้นไป จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.25 ประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่มีการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ทางเสียงตามสายในชุมชน/วิทยุชุมชน/โทรทัศน์ จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 44.75 ทางแผ่นพับ/โปสเตอร์ จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 14.50 ทางเวทีการประชุม/สัมมนาวิชาการ/นิทรรศการ จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.00 ทางเว็บไซต์/อีเมลล์/กระดานสนทนา จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 11.00 ทางเอกสารเล่มเล็ก/คู่มือ/หลักสูตร จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.25 จากทางสื่ออื่นๆ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.75 ทางโทรศัพท์สายตรง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.00 และทางแผ่นซีดี/วีซีดี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ในภาพรวม

ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ รายละเอียดดังนี้

2.1 การวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์
ปรากฏผลดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนแบ่งเบนมาตรฐานตามการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

การมีส่วนร่วมของประชาชน	ระดับการมีส่วนร่วม			
	\bar{X}	S.D	ระดับ	อันดับที่
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.52	0.70	มาก	2
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.79	0.87	ปานกลาง	3
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.71	0.90	ปานกลาง	4
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.95	0.66	มาก	1
รวม	3.24	0.60	ปานกลาง	

จากตารางที่ 4.2 พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานีโดยภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านสามารถเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย โดยมีระดับการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.95 เป็นอันดับที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 เป็นอันดับที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 เป็นอันดับที่ 3 และระดับการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 เป็นลำดับที่ 4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ในแต่ละด้านรายชื่อ

3.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ผลการศึกษามีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ปรากฏผลดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ระดับการมีส่วนร่วม			
	\bar{X}	S.D	ระดับ	อันดับที่
1. รับรู้สถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่	2.93	0.93	ปานกลาง	10
2. รับรู้ผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อตนเองชุมชนและสังคม	3.41	0.98	ปานกลาง	7
3. รับรู้การแพร่กระจายเชื้อ เอชไอวี	3.59	0.92	มาก	4
4. รับรู้วิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี	3.66	0.93	มาก	2
5. รับรู้วิธีการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศศึกษากับคนใกล้ชิด	3.27	0.94	ปานกลาง	9
6. ทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์ หรือการร่วมประเวณี	3.61	0.96	มาก	3
7. ทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก	3.30	1.02	ปานกลาง	8
8. ทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน	3.47	1.01	ปานกลาง	6
9. ทำความเข้าใจในพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี	3.57	1.02	มาก	5
10. เลือกปฏิบัติตนไม่ให้เสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอชไอวี	4.35	0.81	มาก	1
รวม	3.52	0.70	มาก	

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ประชาชนมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 โดยเฉพาะมีส่วนร่วมในการเลือกปฏิบัติตนไม่ให้เกิดการรับเชื้อ เอชไอวี (ข้อคำถามที่ 10) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 เป็นอันดับที่ 1 รองลงมาตามลำดับ กล่าวคือ มีส่วนร่วมในการรับรู้วิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 มีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 มีส่วนร่วมในการรับรู้การแพร่กระจายเชื้อ เอชไอวี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 มีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจในพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 มีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 มีส่วนร่วมในการรับรู้ผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อตนเองชุมชน และสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41 มีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 มีส่วนร่วมในการรับรู้วิธีการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศศึกษากับคนใกล้ชิด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 และมีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 ซึ่งเป็นอันดับที่น้อยที่สุดของด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

3.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ปรากฏผลดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	ระดับการมีส่วนร่วม			
	\bar{X}	S.D	ระดับ	อันดับที่
1. รับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ	3.34	1.22	ปานกลาง	1
2. รับบริการขอคำปรึกษาเรื่องเอดส์จากศูนย์บริการให้คำปรึกษา หรือสถานพยาบาล	2.95	1.19	ปานกลาง	3

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	ระดับการมีส่วนร่วม			
	\bar{X}	S.D	ระดับ	อันดับที่
3. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์	2.67	1.12	ปานกลาง	7
4. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างเครือข่ายสุขภาพด้านเอดส์	2.57	1.08	ปานกลาง	9
5. แสดงความคิดเห็น หรือลงประชามติเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	2.56	1.06	ปานกลาง	10
6. สนับสนุนให้มีการฟังบรรยายเรื่อง เอดส์และเพศศึกษา	2.99	1.24	ปานกลาง	2
7. สนับสนุนด้านเงิน/วัสดุ/อุปกรณ์/สถานที่ในการจัดกิจกรรมต้านภัยเอดส์ เช่น เคนรณรงค์ จัดบอร์ดประชุม ฯลฯ	2.67	1.13	ปานกลาง	6
8. เสียดสละแรงในการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเอดส์ ฯลฯ	2.65	1.08	ปานกลาง	8
9. ประสานขอความร่วมมือ หรือชักชวนชาวบ้านในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์	2.73	1.04	ปานกลาง	5
10. ส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เกิดการสื่อสารในเรื่องเอดส์และเพศ เช่น “คุยเปิดใจ รักปลอดภัย”	2.79	1.05	ปานกลาง	4
รวม	2.79	0.87	ปานกลาง	

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ประชาชนมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 โดยเฉพาะมีส่วนร่วมในการรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ (ข้อคำถามที่ 1) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 เป็นอันดับที่ 1 รองลงมาตามลำดับ กล่าวคือ มีส่วนร่วมในการสนับสนุน

ให้มีการฟังบรรยายเรื่อง เอดส์และเพศศึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 มีส่วนร่วมในการรับบริการขอคำปรึกษาเรื่องเอดส์จากศูนย์บริการให้คำปรึกษา หรือสถานพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เกิดการสื่อสารในเรื่องเอดส์และเพศ เช่น “คุยเปิดใจ รักปลอดภัย” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 มีส่วนร่วมในการประสานขอความร่วมมือ หรือชักชวนชาวบ้านในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 มีส่วนร่วมในการดำเนินการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 มีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านเงิน/วัสดุ/อุปกรณ์/สถานที่ในการจัดกิจกรรมด้านภัยเอดส์ เช่น เดินรณรงค์ จัดบอร์ด ประชุม ฯลฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างเครือข่ายสุขภาพด้านเอดส์ มีส่วนร่วมในการเสาะแสวงหาในการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเอดส์ ฯลฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น หรือลงประชามติเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 ซึ่งเป็นอันดับที่น้อยที่สุดของด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

3.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

ผลการศึกษามีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ปรากฏผลดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

ด้านการมีส่วนร่วมในติดตามและประเมินผล	ระดับการมีส่วนร่วม			
	\bar{X}	S.D	ระดับ	อันดับที่
1. ประเมินตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี	2.94	1.24	ปานกลาง	1
2. ประเมิน พื้นที่/ชุมชนของตนเองว่ามีสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ปัญหาเอดส์	2.83	1.04	ปานกลาง	2

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ด้านการมีส่วนร่วมในติดตามและประเมินผล	ระดับการมีส่วนร่วม			
	\bar{X}	S.D	ระดับ	อันดับที่
3. ประเมินการทำงานด้านเอดส์ของชุมชน หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2.66	1.09	ปานกลาง	4
4. ติดตามคุณภาพการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่อง โรคเอดส์	2.67	1.08	ปานกลาง	3
5. ตรวจสอบการทำงานขององค์กรที่ดำเนินงาน ด้านภัยเอดส์	2.47	1.11	น้อย	5
รวม	2.71	0.90	ปานกลาง	

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ประชาชนมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะมีส่วนร่วมในการประเมินตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอชไอวี (ข้อคำถามที่ 1) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 เป็นอันดับที่ 1 รองลงมามีส่วนร่วมในการประเมิน พื้นที่/ชุมชนของตนเองว่ามีสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ปัญหาเอดส์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 มีส่วนร่วมในการติดตามคุณภาพการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 และการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการทำงานขององค์กรที่ดำเนินงานด้านภัยเอดส์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 ซึ่งเป็นอันดับที่น้อยที่สุดของด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

3.4 ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ปรากฏผลดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	ระดับการมีส่วนร่วม			
	\bar{X}	S.D	ระดับ	อันดับที่
1. ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ดี คือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์	4.45	0.86	มาก	1
2. ครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข	4.39	0.79	มาก	2
3. ชุมชนและสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข	3.89	0.91	มาก	3
4. ชุมชนและสังคมมีแนวทางปฏิบัติหรือวิธีป้องกันโรคเอดส์	3.50	1.06	มาก	5
5. ประเทศชาติประหยัดเงิน และกำลังคนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	3.54	0.96	มาก	4
รวม	3.95	0.66	มาก	

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ประชาชนมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า โดยเฉพาะมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ต่อตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ดี คือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ (ข้อคำถามที่ 1) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 เป็นอันดับที่ 1 รองลงมาตามลำดับ กล่าวคือ มีส่วนร่วมในการ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ต่อครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ต่อประเทศชาติประหยัดเงิน และกำลังคนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 และมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมมีแนวทางปฏิบัติหรือวิธีป้องกันโรคเอดส์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ซึ่งเป็นอันดับที่น้อยที่สุดของด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามเพศ ปรากฏผลดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามเพศของประชาชน

กระบวนการมีส่วนร่วม	ชาย		หญิง	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.53	0.74	3.51	0.68
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.75	0.92	2.81	0.84
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.57	0.96	2.79	0.85
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.97	0.64	3.95	0.67
รวม	3.21	0.63	3.26	0.59

จากตารางที่ 4.7 ผลการศึกษาพบว่า

4.1.1 เพศชายมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57

4.1.2 เพศหญิงมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามอายุซึ่งได้จัดกลุ่มจากเดิม 5 กลุ่มให้เหลือ 2 กลุ่มคือ กลุ่มอายุ 15-34 ปี กับกลุ่มอายุ 35-64 ปี ปรากฏผลดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามอายุของประชาชน

กระบวนการมีส่วนร่วม	อายุ 15 - 24 ปี		อายุ 35 - 64 ปี	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.53	0.66	3.49	0.75
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.87	0.89	2.68	0.82
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.74	0.95	2.68	0.81
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.97	0.70	3.93	0.61
รวม	3.28	0.62	3.19	0.59

จากตารางที่ 4.8 ผลการศึกษาพบว่า

4.2.1 ประชาชนที่มีอายุ 15 - 24 ปี มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74

4.2.2 ประชาชนที่มีอายุ 35 - 64 ปี มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามศาสนา ปรากฏผลดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามศาสนาของประชาชน

กระบวนการมีส่วนร่วม	พุทธ		คริสต์		อิสลาม		พราหมณ์ - ฮินดู	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
1. การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ	3.52	0.70	3.47	0.92	3.42	0.61	3.23	0.75
2. การมีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติงาน	2.81	0.88	2.43	0.66	2.70	0.57	2.73	1.44
3. การมีส่วนร่วมในการ ติดตามและประเมินผล	2.72	0.91	2.73	0.76	2.64	0.65	2.80	0.69
4. การมีส่วนร่วมในการรับ ประโยชน์	3.95	0.66	3.70	0.70	4.36	1.73	4.00	3.46
รวม	3.25	0.61	3.08	0.66	3.28	0.32	3.19	0.81

จากตารางที่ 4.9 ผลการศึกษาพบว่า

4.3.1 ประชาชนที่นับถือศาสนาพุทธมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81

4.3.2 ประชาชนที่นับถือศาสนาคริสต์มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 และด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.43

4.3.3 ประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลาม มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.64

4.3.4 ประชาชนที่นับถือศาสนาพราหมณ์-ฮินดู มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีเท่ากับ 3.19 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73

4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามระดับการศึกษา ซึ่งได้จัดกลุ่มจากเดิม 7 กลุ่ม ให้เหลือ 2 กลุ่มคือ กลุ่มระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี กับกลุ่มระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ปรากฏผลดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามระดับการศึกษาของประชาชน

กระบวนการมีส่วนร่วม	ต่ำกว่าปริญญาตรี		ปริญญาตรีขึ้นไป	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.52	0.72	3.51	0.64
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.81	0.88	2.75	0.84
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.68	0.89	2.80	0.92
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.94	0.71	3.99	0.52
รวม	3.24	0.62	3.26	0.58

จากตารางที่ 4.10 ผลการศึกษาพบว่า

4.4.1 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีที่มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 โดยเฉพาะ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68

4.4.2 การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปที่มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 และด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75

4.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามประเภทครอบครัว ปรากฏผลดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามประเภทครอบครัวของประชาชน

กระบวนการมีส่วนร่วม	ครอบครัวเดี่ยว		ครอบครัวขยาย	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.56	0.68	3.37	0.73
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.81	0.87	2.70	0.86
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.77	0.93	2.57	0.77
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.94	0.68	3.97	0.61
รวม	3.27	0.62	3.15	0.58

จากตารางที่ 4.14 ผลการศึกษาพบว่า

4.5.1 ประชาชนที่มีครอบครัวเดียวมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77

4.5.2 ประชาชนที่มีครอบครัวขยายมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง 3.37 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57

4.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามสถานภาพการสมรส ปรากฏผลดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามสถานภาพการสมรส

กระบวนการมีส่วนร่วม	โสด		สมรส/แต่งงานแล้ว		หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.42	0.74	3.65	0.61	3.45	0.73
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.89	0.90	2.70	0.85	2.69	0.72
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.70	0.93	2.73	0.88	2.71	0.83
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.98	0.76	3.92	0.57	3.95	0.50
รวม	3.25	0.65	3.25	0.58	3.20	0.51

จากตารางที่ 4.12 ผลการศึกษาพบว่า

4.6.1 ประชาชนที่มีสถานภาพโสด มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 โดยเฉพาะ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 ด้าน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70

4.6.2 ประชาชนที่มีสถานภาพสมรส/แต่งงานแล้ว มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 โดยเฉพาะ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70

4.6.3 ประชาชนที่มีสถานภาพหย่า/แยกกันอยู่/หม้าย มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 โดยเฉพาะ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69

4.7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามอาชีพ ซึ่งได้จัดกลุ่มจากเดิม 6 กลุ่ม ให้เหลือ 3 กลุ่มคือ กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา กลุ่มอาชีพอิสระ ประกอบด้วย รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร/ค้าขาย และกลุ่มพนักงาน ประกอบด้วย พนักงานบริษัท/ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ปรากฏผลดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามอาชีพของประชาชน

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	นักเรียน/ นักศึกษา		อาชีพอิสระ		พนักงาน	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
	1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.63	0.71	3.40	0.62	3.54
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	3.36	0.78	2.71	0.77	2.65	0.87
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและ ประเมินผล	3.05	0.91	2.64	0.74	2.64	0.95
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	4.21	0.67	3.77	0.70	3.98	0.61
รวม	3.56	0.56	3.13	0.50	3.20	0.65

จากตารางที่ 4.13 ผลการศึกษาพบว่า

4.7.1 ประชาชนที่มีอาชีพนักเรียน/นักศึกษา มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 โดยเฉพาะ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05

4.7.2 ประชาชนที่มีอาชีพอาชีพอิสระ มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.64

4.7.3 พนักงาน มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.64-3.98 และเรียงลำดับได้ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 การมีส่วนร่วม

ร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.64

4.8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามรายได้ ซึ่งได้จัดกลุ่มจากเดิม 6 กลุ่ม ให้เหลือ 2 กลุ่มคือ กลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 25,000 บาท กับกลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 25,001 บาทขึ้นไป แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

กระบวนการมีส่วนร่วม	รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 25,000 บาท		รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,001 บาทขึ้นไป	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
	1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.51	0.682	3.76
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.78	0.86	2.98	0.80
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.70	0.88	3.06	0.87
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.94	0.66	4.19	0.58
รวม	3.23	0.60	3.50	0.60

จากตารางที่ 4.14 ผลการศึกษาพบว่า

4.8.1 ประชาชนผู้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 25,000 บาท มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70

4.8.2 ประชาชนผู้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 25,001 บาทขึ้นไป มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 โดยเฉลี่ย

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98

4.9 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ ซึ่งได้จัดกลุ่มจากเดิม 9 กลุ่ม ให้เหลือ 4 กลุ่มคือ กลุ่มสื่อข้อมูลข่าวสารจาก 1) การจัดกิจกรรม ประกอบด้วย เวทีการประชุม/สัมมนา/นิทรรศการ/กีฬา/ดนตรี/ศิลปะ 2) สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วยเสียงตามสายในชุมชน/วิทยุชุมชน/โทรทัศน์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์/เว็บไซต์ อีเมล หรือกระดานสนทนา แผ่นซีดี/วีซีดี 3) สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ ประกอบด้วย เอกสาร/คู่มือ/หลักสูตร 4) สื่อประเภทอื่น ๆ ประกอบด้วย โทรศัพท์สายตรง/รับบริการปรึกษาจากผู้อื่น ปรากฏผลดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์

กระบวนการมีส่วนร่วม	สื่อจากการจัดกิจกรรม		สื่ออิเล็กทรอนิกส์		สื่อทางเอกสารสิ่งพิมพ์		สื่อประเภทอื่น ๆ	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
	1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.52	0.59	3.56	0.63	3.48	0.84	2.41
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.82	0.77	2.72	0.86	3.05	0.83	1.29	0.39
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.75	0.74	2.66	0.93	2.91	0.86	1.49	0.50
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.89	0.60	3.93	0.66	4.09	0.71	3.34	0.32
รวม	3.25	0.50	3.22	0.60	3.38	0.63	2.13	0.37

จากตารางที่ 4.15 ผลการศึกษาพบว่า

4.9.1 ประชาชนที่รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ผ่านการจัดกิจกรรม

ประกอบด้วย เวทีการประชุม/สัมมนา/นิทรรศการ/กีฬา/ดนตรี/ศิลปะ มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75

4.9.2 ประชาชนที่รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ประกอบด้วย เสียงตามสายในชุมชน/วิทยุชุมชน/โทรทัศน์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์/เว็บไซต์/อีเมล/กระดานสนทนา/แผ่นซีดี/วีซีดี มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 โดยเฉพาะ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66

4.9.3 ประชาชนที่รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ต่อเอกสารสิ่งพิมพ์

ประกอบด้วย เอกสาร/คู่มือ/หลักสูตร มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง 3.48 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91

4.9.4 ผู้ที่รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ผ่านทางสื่อประเภทอื่น ๆ ประกอบด้วย

โทรศัพท์สายตรง/รับการปรึกษาจากผู้อื่น มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยภาพรวม อยู่ในระดับน้อย ประกอบด้วย โทรศัพท์สายตรง/รับการปรึกษาจากผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.49 และด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.29

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐาน

การทดสอบสมมติฐานของการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี” ได้กำหนดสมมติฐานตามกรอบแนวคิดในการศึกษา ไว้คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประเภทของครอบครัว อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการรับสื่อข้อมูลข่าวสารกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยแบ่งการทดสอบเป็น 9 ข้อดังนี้

5.1 ประชาชนที่มีเพศแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ t-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามเพศ มีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีเพศแตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

5.2 ประชาชนที่มีอายุแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ t-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามอายุ มีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีอายุแตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

5.3 ประชาชนที่มีศาสนาแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ F-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามศาสนา มีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีศาสนาแตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

5.4 ประชาชนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ t-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามระดับการศึกษามีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

5.5 ประชาชนที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ F-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามสถานภาพ

การสมรสมีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

5.6 ประชาชนที่มีประเภทของครอบครัวที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ t-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามประเภทของครอบครัวมีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีประเภทของครอบครัวแตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

5.7 ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ F-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามอาชีพ มีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

5.8 ประชาชนที่มีรายได้แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ t-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามรายได้ มีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีรายได้แตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

5.9 ประชาชนที่มีการรับสื่อข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ t-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ มีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์แตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

5.1 เพศกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ตารางที่ 4.16 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ (t-test) ที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามเพศ

กระบวนการมีส่วนร่วม	เพศชาย		เพศหญิง		t	Sig. (2-tailed)
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
1. การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ	3.53	0.74	3.51	0.68	.398	.702
2. การมีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติงาน	2.75	0.92	2.81	0.84	-.640	.523
3. การมีส่วนร่วมในการ ติดตามและประเมินผล	2.57	0.96	2.79	0.85	-2.304	.022*
4. การมีส่วนร่วมในการ รับประโยชน์	3.97	0.64	3.95	0.67	.324	.746
รวม	3.21	0.63	3.26	0.59	-.876	.382

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.16 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ระหว่างเพศชายและเพศหญิง จำแนกตามกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นรายด้าน ด้วยสถิติ t-test พบว่าประชาชนที่มีเพศแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการติดตามและประเมินผล ที่แตกต่างกัน (Sig. < .05) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านอื่น ๆ และโดยภาพรวมประชาชนที่มีเพศแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ไม่แตกต่างกัน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.2 อายุกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ตารางที่ 4.17 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ (t-test) ที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามอายุ

ตารางที่ 4.27 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	อายุ 15-34 ปี		อายุ 25-64 ปี		t	Sig. (2-tailed)
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
1. การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ	3.53	0.66	3.49	0.75	.636	.525
2. การมีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติงาน	2.87	0.89	2.68	0.82	2.21	.028*
3. การมีส่วนร่วมในการ ติดตามและประเมินผล	2.74	0.95	2.68	0.81	.615	.539
4. การมีส่วนร่วมในการ รับประโยชน์	3.97	0.70	3.93	0.61	.574	.567
รวม	3.28	0.62	3.19	0.59	1.35	.176

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.17 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ระหว่างอายุ 15-34 ปีกับอายุ 35-64 ปี จำแนกตามกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นรายด้าน ด้วยสถิติ t-test พบว่าประชาชนที่มีอายุแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการปฏิบัติงาน ที่แตกต่างกัน (Sig. <.05) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านอื่น ๆ และโดยภาพรวมประชาชนที่มีอายุแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ไม่แตกต่างกัน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.3 ศาสนากับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ตารางที่ 4.18 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามศาสนา

กระบวนการมีส่วนร่วม	แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean Square	F	Sig.
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	3	.324	.108	.218	.884
	ภายในกลุ่ม	391	193.75	.496		
	รวม	394	194.07			
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	3	2.00	.668	.881	.451
	ภายในกลุ่ม	391	296.39	.758		
	รวม	394	298.39			
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	ระหว่างกลุ่ม	3	.052	.017	.021	.996
	ภายในกลุ่ม	391	318.42	.814		
	รวม	394	318.48			
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	3	1.73	.576	1.308	.271
	ภายในกลุ่ม	391	172.18	.440		
	รวม	394	173.91			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	3	.395	.132	.353	.787
	ภายในกลุ่ม	391	145.92	.373		
	รวม	394	146.321			

จากตารางที่ 4.18 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ F-test พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ทุกด้านและ โดยภาพรวม ไม่แตกต่างตามการนับถือศาสนาอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.4 การศึกษากับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ตารางที่ 4.19 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีจำแนกตามการศึกษา

กระบวนการมีส่วนร่วม	แหล่งความ		Sum of			
	แปรปรวน	df	Squares	Mean Square	F	Sig.
1. การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	1	.00	.000	.001	.977
	ภายในกลุ่ม	397	194.61	.490		
	รวม	398	194.61			
2. การมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	1	.342	.342	.453	.501
	ภายในกลุ่ม	397	299.70	.755		
	รวม	398	300.04			
3. การมีส่วนร่วมใน การติดตามและ ประเมินผล	ระหว่างกลุ่ม	1	1.124	1.124	1.400	.237
	ภายในกลุ่ม	397	318.79	.803		
	รวม	398	319.91			
4. การมีส่วนร่วม ในการรับ ผลประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	1	.213	.213	.485	.487
	ภายในกลุ่ม	397	174.26	.439		
	รวม	398	174.47			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	1	.052	.052	.142	.707
	ภายในกลุ่ม	397	146.72	.370		
	รวม	398	146.78			

จากตารางที่ 4.19 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ F-test พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ทุกด้านและ โดยภาพรวม ไม่แตกต่างตามการศึกษาอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.5 สถานภาพการสมรสกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ตารางที่ 4.20 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีจำแนกตามสถานภาพการสมรส

กระบวนการมีส่วนร่วม	แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean Square	F	Sig.
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	2	4.731	2.365	4.933	.008*
	ภายในกลุ่ม	396	189.87	.479		
	รวม	398	194.60			
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	2	3.53	1.765	2.361	.096
	ภายในกลุ่ม	396	296.01	.747		
	รวม	398	299.54			
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	ระหว่างกลุ่ม	2	.084	.042	.052	.949
	ภายในกลุ่ม	396	319.85	.808		
	รวม	398	319.93			
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	2	.283	.141	.320	.726
	ภายในกลุ่ม	396	174.79	.441		
	รวม	398	175.07			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	2	.100	.050	.134	.874
	ภายในกลุ่ม	396	146.66	.370		
	รวม	398	146.76			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.20 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ F-test พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการติดตามและประเมินผล ด้านการรับผลประโยชน์และโดยภาพรวม ไม่แตกต่างตามสถานภาพการสมรสอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับสถานภาพสมรสที่ต่างกันมีการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการตัดสินใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จึงได้ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการของ Scheffe ปรากฏผลดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.21 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการตัดสินใจ จำแนกตามสถานภาพการสมรสเป็นรายคู่

สถานภาพสมรส	\bar{X}	โสด	สมรส/แต่งงาน	หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย
		3.42	3.65	3.45
โสด	3.42	-	.228*	.027
สมรส/แต่งงาน	3.65	-	-	.200
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	3.45	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.21 เมื่อทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการตัดสินใจ จำแนกตามสถานภาพการสมรสเป็นรายคู่ พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการตัดสินใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 คู่ ได้แก่ สถานภาพโสดกับสถานภาพสมรส/แต่งงาน

5.6 ประเภทครอบครัวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ตารางที่ 4.22 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ (t-test) ที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามประเภทครอบครัว

กระบวนการมีส่วนร่วม	ครอบครัวเดี่ยว		ครอบครัวขยาย		t	Sig. (2-tailed)
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.56	0.68	3.37	0.73	2.427	.016*
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.81	0.87	2.70	0.86	1.105	.270
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.77	0.93	2.57	0.77	1.85	.043*
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.94	0.68	3.97	0.61	-.455	.650
รวม	3.27	0.62	3.15	0.58	1.649	.100

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.22 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ระหว่างครอบครัวเดียวกับครอบครัวขยาย จำแนกตามกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นรายด้าน ด้วยสถิติ t-test พบว่าประชาชนที่มีประเภทครอบครัวแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการตัดสินใจและการติดตามประเมินผล ที่แตกต่างกัน (Sig. <.05) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านอื่น ๆ และโดยภาพรวมประชาชนที่มีประเภทครอบครัวแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ไม่แตกต่างกัน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.7 อาชีพกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ตารางที่ 4.23 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามอาชีพ

กระบวนการมีส่วนร่วม	แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean Square	F	Sig.
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.742	1.371	2.837	.060
	ภายในกลุ่ม	397	191.869	.483		
	รวม	399	194.611			
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	2	28.343	14.171	20.707	.000*
	ภายในกลุ่ม	397	271.700	.684		
	รวม	399	300.043			
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	ระหว่างกลุ่ม	2	9.847	4.923	6.302	.002*
	ภายในกลุ่ม	397	310.166	.781		
	รวม	399	320.012			
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	2	9.043	4.522	10.804	.000*
	ภายในกลุ่ม	397	166.153	.419		
	รวม	399	175.196			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	2	9.297	4.649	13.422	.000*
	ภายในกลุ่ม	397	137.498	.346		
	รวม	399	146.765			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.23 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ F-test พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการตัดสินใจ ไม่แตกต่างตามอาชีพอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับอาชีพที่ต่างกันมีการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการปฏิบัติงาน การติดตามประเมินผล การรับประโยชน์ และโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จึงได้ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการของ Scheffe ปรากฏผลดังตารางที่ 4.24-4.27

ตารางที่ 4.24 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการปฏิบัติงาน จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่

อาชีพ	\bar{X}	อาชีพอิสระ		
		นักเรียน/นักศึกษา	อาชีพอิสระ	พนักงาน
		3.36	2.71	2.65
นักเรียน/นักศึกษา	3.36	-	.656*	.716*
อาชีพอิสระ	2.71	-	-	.060
พนักงาน	2.65	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.26 เมื่อทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการปฏิบัติงาน จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่ พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษากับอาชีพอิสระ และนักเรียน/นักศึกษากับพนักงาน

ตารางที่ 4.25 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการติดตามประเมินผล จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่

อาชีพ	\bar{X}	อาชีพอิสระ		
		นักเรียน/นักศึกษา	อาชีพอิสระ	พนักงาน
		3.05	2.64	2.64
นักเรียน/นักศึกษา	3.05	-	.414*	.409*
อาชีพอิสระ	2.64	-	-	.005
พนักงาน	2.64	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.25 เมื่อทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการคิดซื้อ เอชไอวีด้านการติดตามประเมินผล จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่ พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการคิดซื้อ เอชไอวีด้านการติดตามประเมินผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษา กับอาชีพอิสระ และนักเรียน/นักศึกษา กับพนักงาน

ตารางที่ 4.26 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการคิดซื้อ เอชไอวีด้านการรับผลประโยชน์จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่

อาชีพ	\bar{X}	นักเรียน/นักศึกษา	อาชีพอิสระ	พนักงาน
		4.21	3.77	3.98
นักเรียน/นักศึกษา	4.21	-	.442*	.236*
อาชีพอิสระ	3.77	-	-	.206*
พนักงาน	3.98	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.26 เมื่อทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการคิดซื้อ เอชไอวีด้านการรับผลประโยชน์ จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่ พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการคิดซื้อ เอชไอวีด้านการรับผลประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษา กับอาชีพอิสระ นักเรียน/นักศึกษา กับพนักงาน และอาชีพอิสระกับพนักงาน

ตารางที่ 4.27 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการคิดซื้อ เอชไอวีโดยภาพรวม จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่

อาชีพ	\bar{X}	นักเรียน/นักศึกษา	อาชีพอิสระ	พนักงาน
		3.56	3.13	3.20
นักเรียน/นักศึกษา	3.56	-	.435*	.362*
อาชีพอิสระ	3.13	-	-	.073
พนักงาน	3.20	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.27 เมื่อทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีโดยภาพรวม จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่ พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษา กับอาชีพอิสระ และนักเรียน/นักศึกษา กับพนักงาน

5.8 รายได้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ตารางที่ 4.28 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ (t-test) ที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามรายได้

กระบวนการมีส่วนร่วม	ไม่เกิน 25,000 บาท		ตั้งแต่ 25,001 บาทขึ้นไป		t	Sig. (2-tailed)
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.51	0.682	3.76	0.93	-1.757	.080
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.78	0.86	2.98	0.80	-1.104	.270
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.70	0.88	3.06	0.87	-1.954	.051
4. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.94	0.66	4.19	0.58	-1.837	.067
รวม	3.23	0.60	3.50	0.60	-2.134	.033*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.28 ผลการทดสอบ ด้วยสถิติ t-test พบว่า ประชาชนที่มีรายได้แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยภาพรวม แตกต่างกัน (Sig. <.05) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นรายด้าน พบว่าประชาชนที่มี

รายได้แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ไม่แตกต่างกัน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.9 สื่อกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ตารางที่ 4.29 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีจำแนกตามสื่อ

กระบวนการมีส่วนร่วม	แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean Square	F	Sig.
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	3	9.084	3.028	6.463	.000*
	ภายในกลุ่ม	396	185.527	.469		
	รวม	399	194.611			
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	3	23.760	7.920	11.352	.000*
	ภายในกลุ่ม	396	276.282	.698		
	รวม	399	300.043			
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	ระหว่างกลุ่ม	3	15.213	5.071	6.588	.000*
	ภายในกลุ่ม	396	304.800	.770		
	รวม	399	320.012			
5. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	3	4.764	1.588	3.690	.012*
	ภายในกลุ่ม	396	140.432	.430		
	รวม	399	175.196			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	3	10.710	3.570	10.389	.000*
	ภายในกลุ่ม	396	136.085	.344		
	รวม	399	146.795			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.29 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ F-test พบว่าสื่อที่ต่างกันมีการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีทุกด้าน และโดยภาพรวมแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จึงได้ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการของ Scheffe
ปรากฏผลดังตารางที่ 4.30-4.31

ตารางที่ 4.30 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ
เอชไอวี ด้านการตัดสินใจ จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่

สื่อ	\bar{X}	สื่อจากการ	สื่ออิเล็กทรอนิกส์	สื่อทางเอกสาร	สื่อประเภท
		จัดกิจกรรม	ทรอนิกส์	สิ่งพิมพ์	อื่น ๆ
		3.52	3.56	3.48	2.41
- สื่อจากการจัด กิจกรรม	3.52	-	.038	.040	1.109*
- สื่ออิเล็กทรอนิกส์	3.56	-	-	.079	1.147*
- สื่อทางเอกสาร สิ่งพิมพ์	3.48	-	-	-	1.069*
- สื่อประเภทอื่น ๆ	2.41	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.30 เมื่อทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการ
ติดเชื้อ เอชไอวีด้านการตัดสินใจ จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่ พบว่า สื่อที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการ
ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการตัดสินใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
จำนวน 3 คู่ ได้แก่ สื่อจากการจัดกิจกรรมกับสื่อประเภทอื่น ๆ สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับสื่อประเภทอื่น
ๆ และสื่อทางเอกสารสิ่งพิมพ์กับสื่อประเภทอื่น ๆ

ตารางที่ 4.31 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอช
ไอวีด้านการปฏิบัติงาน จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่

ตารางที่ 4.31 (ต่อ)

สื่อ	\bar{X}	สื่อจากการจัด กิจกรรม	สื่ออิเล็กทรอนิกส์	สื่อทางเอกสาร สิ่งพิมพ์	สื่อประเภท อื่น ๆ
		2.82	2.72	3.05	1.29
- สื่อจาก การจัด กิจกรรม	2.82	-	.104	.228	1.536*
- สื่ออิเล็กทรอนิกส์	2.72	-	-	.332*	1.432*
- สื่อทางเอกสาร สิ่งพิมพ์	3.05	-	-	-	1.764*
- สื่อประเภทอื่น ๆ	1.29	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.31 เมื่อทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการปฏิบัติงานจำแนกตามสื่อเป็นรายคู่ พบว่า สื่อที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการปฏิบัติงานกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 4 คู่ ได้แก่ สื่อจากการจัดกิจกรรมกับสื่อประเภทอื่น ๆ สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับสื่อทางเอกสาร สิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับสื่อประเภทอื่น ๆ และสื่อทางเอกสารสิ่งพิมพ์กับสื่อประเภทอื่น ๆ

ตารางที่ 4.32 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ด้านการติดตามประเมินผล จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่

สื่อ	\bar{X}	สื่อจากการจัด กิจกรรม	สื่ออิเล็กทรอนิกส์	สื่อทางเอกสาร สิ่งพิมพ์	สื่อประเภท อื่น ๆ
		2.75	2.66	2.91	1.49
- สื่อจากการจัด กิจกรรม	2.75	-	.096	.158	1.265*
- สื่ออิเล็กทรอนิกส์	2.66	-	-	.254	1.169*
- สื่อทางเอกสาร สิ่งพิมพ์	2.91	-	-	-	1.423*
- สื่อประเภทอื่น ๆ	1.49	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.32 เมื่อทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการติดตามประเมินผลจำแนกตามสื่อเป็นรายคู่ พบว่า สื่อที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการติดตามประเมินผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ สื่อจากการจัดกิจกรรมกับสื่อประเภทอื่น ๆ สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับสื่อประเภทอื่น ๆ และสื่อทางเอกสารสิ่งพิมพ์กับสื่อประเภทอื่น ๆ

ตารางที่ 4.33 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการรับผลประโยชน์ จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่

สื่อ	\bar{X}	สื่อจากการจัดกิจกรรม	สื่ออิเล็กทรอนิกส์	สื่อทางเอกสารสิ่งพิมพ์	สื่อประเภทอื่น ๆ
		3.89	3.93	4.09	3.34
- สื่อจากการจัดกิจกรรม	3.89	-	.047	.201	.543
- สื่ออิเล็กทรอนิกส์	3.93	-	-	.154	.590
- สื่อทางเอกสารสิ่งพิมพ์	4.09	-	-	-	.744*
- สื่อประเภทอื่น ๆ	3.34	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.33 เมื่อทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการรับผลประโยชน์จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่ พบว่า สื่อที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีด้านการรับผลประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 คู่ ได้แก่ สื่อทางเอกสารสิ่งพิมพ์กับสื่อประเภทอื่น ๆ

ตารางที่ 4.34 แสดงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีโดยภาพรวม จำแนกตามสื่อเป็นรายคู่

ตารางที่ 4.34 (ต่อ)

สื่อ	\bar{X}	สื่อจากการ	สื่ออิเล็กทรอนิกส์	สื่อทางเอกสาร	สื่อประเภท
		จัดกิจกรรม	ทรอนิกส์	สิ่งพิมพ์	อื่น ๆ
		3.25	3.22	3.38	2.13
- สื่อจากการจัดกิจกรรม	3.25	-	.029	1.37	1.113*
- สื่ออิเล็กทรอนิกส์	3.22	-	-	.165	1.085*
- สื่อทางเอกสารสิ่งพิมพ์	3.38	-	-	-	1.250*
- สื่อประเภทอื่น ๆ	2.13	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.34 เมื่อทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีโดยภาพรวมจำแนกตามสื่อเป็นรายคู่ พบว่า สื่อที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ สื่อจากการจัดกิจกรรมกับสื่อประเภทอื่น ๆ สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับสื่อประเภทอื่น ๆ และสื่อทางเอกสารสิ่งพิมพ์กับสื่อประเภทอื่น ๆ

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของประชาชน

จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สามารถสรุปได้ดังนี้

6.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

6.1.1 การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ของภาครัฐควรเน้นที่สถาบันครอบครัว โดยให้เป็นจุดเริ่มต้นการณรงค์ป้องกันปัญหาโรคเอดส์เน้นที่การเสริมสร้างความซื่อสัตย์และรักครอบครัวซึ่งจะเป็นเกราะป้องกันให้ปัญหาโรคเอดส์ลดน้อยลงได้

6.1.2 การดำเนินงานป้องกันปัญหาโรคเอดส์ควรดำเนินการให้มากขึ้น โดยเฉพาะการณรงค์และสร้างความเข้าใจในกลุ่มวัยรุ่น

6.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

6.2.1 ควรเพิ่มความเข้มข้นในการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในสถานศึกษาและในชุมชน

6.2.2 ควรมีการแจกอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายโรคเอดส์ เช่น ถุงยางอนามัย ให้แก่วัยรุ่นในสถานศึกษา มหาวิทยาลัย

6.2.3 ควรมีกิจกรรมการตรวจเลือดแก่ประชาชนในชุมชนเพื่อหาเชื้อเอชไอวีซึ่งจะเป็นการป้องกันการแพร่ระบาด และสามารถทำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่พบเชื้อเอชไอวีได้อย่างทันทั่วถึง

6.2.4 ควรส่งเสริมช่องทางกิจกรรมรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ทางวิทยุ โทรทัศน์ สามารถทำให้ประชาชนเข้าใจและเข้าถึงได้ง่าย

6.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

6.3.1 ควรสนับสนุนให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจถึงหลักการและความสำคัญของการติดตามและประเมินผล

6.4 ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์

6.4.1 ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี นั้น เป็นผลประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ควรส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวี เพื่อสุขภาพของทุกคนต่อไป



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประเภทของครอบครัว อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการรับสื่อข้อมูลข่าวสาร ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ (2) กระบวนการมีส่วนร่วม ของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และผลที่ค้นพบจากการวิจัย เนื้อหาสาระของบริบทจะแบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 สรุปการวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผล

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

1.1.3 เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากร (Population) เป็นประชาชนในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 479,446 คน ที่มีอายุระหว่าง 15 - 64 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ทั้ง 6 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมือง อำเภอลำลูกกา อำเภอลองหลวง อำเภอลาดหลุมแก้ว อำเภอหนองเสือ และอำเภอธัญบุรี

1.2.2 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (random sampling) หาตัวแทนการวิจัยเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสได้เลือกเท่าๆ กัน ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 3 แบบ ดังนี้

1.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น คือ การใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ

1.2.2.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น คือ การใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม โดยการเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุระหว่าง 15 - 64 ปี ซึ่งเป็นช่วงช่วงอายุที่สามารถมีความเข้าใจและเหมาะสมกับการเข้าร่วมในกระบวนการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

1.2.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น คือ การใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยการสุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอ ของจังหวัดปทุมธานี รายละเอียดดังตารางที่ 3.2

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามที่มีคำถามแบบปลายปิด (close ended questions) และคำถามแบบปลายเปิด (open ended questions) โดย แบบสอบถามทั้งหมด มี 39 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และการรับสื่อข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายปิด เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่ตอบแบบสอบถาม ซึ่งอยู่ในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นการตรวจสอบรายการแบบ (check list)

ส่วนที่ 2 คำถามข้อมูลด้านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายปิด โดยคำถามแต่ละข้อเป็นตัวแทนของตัวแปรอิสระ อยู่ในระดับจัดอันดับ (ordinal scale) ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตรวัด (rating scale) เป็น 5 ระดับ ของ อาร์. เอ.ลิเคิร์ต. (R.A. likert) จำนวน 30 ข้อ ในเรื่องของกระบวนการมีส่วนร่วม โดยแบ่งกระบวนการมีส่วนร่วมเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

- 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ
- 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล
- 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

คำถามที่เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีข้อคำตอบให้เลือก 5 อันดับ

ส่วนที่ 3 คำถามข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

1.2.4 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งได้ดังนี้การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการหาความเที่ยงตรง โดยนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระตรวจแก้ไขความถูกต้องและความเหมาะสมก่อนนำแบบสอบถามนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา 3 ท่าน ดังนี้โดยถือเกณฑ์วิธีการหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม IOC (IOC Index of item objective congruence) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ข้อคำถาม ข้อ 1 มีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แต่ละท่านให้คะแนนมา ทั้ง 3 ท่าน และหาค่า IOC คือ ผลรวมของคะแนนในข้อ 1 โดยการบวกคะแนนเท่ากับ 1+1+1 คะแนน แล้วนำมาหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญ คือ ผลรวมคะแนน/จำนวนผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ $2.55/3 = 0.85$ จากนั้นนำผลไปเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คือ เกณฑ์ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ จึงนำแบบสอบถาม IOC จากผลการหาค่าความเที่ยงตรงแล้ว นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายแล้วจึงนำไปใช้

1.2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลปฐมภูมิด้วยแบบสอบถามจากประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) ขอนหนังสือจากสำนักบัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อเชิญผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัย (2) ผู้วิจัยอธิบายและทำความเข้าใจให้แก่ผู้ช่วยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมาย (3) ได้ทำการแจกแบบสอบถามออกไปจำนวน 400 ชุด (4) รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่สมบูรณ์ได้จำนวน 400 ชุด

1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนที่ผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

ผลจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนประชากร เพื่อวิเคราะห์ค่าร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชน โดยจำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการรับสื่อข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ ระดับ กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า

- 1) เพศของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.75 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 34.25
- 2) อายุของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.25 และส่วนน้อยมีอายุระหว่าง 55-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.25
- 3) ศาสนาของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี พบว่าส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.3 และส่วนน้อยนับถือศาสนาพราหมณ์-ฮินดู คิดเป็นร้อยละ 0.75
- 4) ระดับการศึกษาของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) /ปวช. คิดเป็นร้อยละ 29.00 และส่วนน้อยมีการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 4.50
- 5) ประเภทครอบครัวของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี พบว่า ส่วนใหญ่อยู่อาศัยในครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 74.25 และมีครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 25.75
- 6) สถานภาพการสมรสของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 48.50 และส่วนน้อยสถานภาพการสมรส เป็นหย่า/แยกกันอยู่/หม้าย ร้อยละ 12.25
- 7) อาชีพของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/ห้างร้าน คิดเป็นร้อยละ 29.25 และส่วนน้อยประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 1.75
- 8) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ

เอชไอวี พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.75 และส่วนน้อยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 70,001 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 0.25

9) การรับสื่อข้อมูลข่าวสารของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ทางเสียงตามสายในชุมชน/วิทยุชุมชน/โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 44.75 และส่วนน้อยรับข้อมูลข่าวสารเอดส์ทางแผ่นซีดี/วีซีดี คิดเป็นร้อยละ 0.50

1.3.2 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยรวม

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย กล่าวคือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.95 เป็นอันดับที่ 1 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 เป็นอันดับที่ 2 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติกรอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 เป็นอันดับที่ 3 และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 เป็นลำดับที่ 4

1.3.3 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ในแต่ละด้าน รายข้อ

ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า โดยเฉพาะมีการส่วนร่วมในการเลือกปฏิบัติตนไม่ให้เสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอชไอวี (ข้อคำถามที่ 10) อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 เป็นอันดับที่ 1 และการมีส่วน ส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 ซึ่งเป็นอันดับที่น้อยที่สุดของด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2) ด้านการมีส่วนในการปฏิบัติการของประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ (ข้อคำถามที่ 1) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 เป็นอันดับที่ 1 และการแสดงความคิดเห็นหรือลงประชามติเกี่ยวกับการวางแผน

ดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอคส์ (ข้อคำถามที่ 5) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 ซึ่งเป็นอันดับที่น้อยที่สุดของด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

3) ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการประเมินตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอชไอวี (ข้อคำถามที่ 1) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 เป็นอันดับที่ 1 และการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการทำงานขององค์กรที่ดำเนินงานด้านภัยเอคส์ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 ซึ่งเป็นอันดับที่น้อยที่สุดของด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

4) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ต่อตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ดี คือ ไม่ป่วยเป็นโรคเอคส์ (ข้อคำถามที่ 1) อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 เป็นอันดับที่ 1 และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมมีแนวทางปฏิบัติหรือวิธีป้องกันโรคเอคส์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ซึ่งเป็นอันดับที่น้อยที่สุดของด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

1.3.4 เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนที่ผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ

ประชาชนเพศชายมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57

ประชาชนเพศหญิงมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79

ประชาชนที่มีอาชีพอาชีพอิสระ มีส่วนร่วมการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.64

8) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ประชาชนผู้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 25,000 บาท มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70

ประชาชนผู้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 25,001 บาทขึ้นไป มีส่วนร่วมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 โดยเฉลี่ย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98

9) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์

การรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของประชาชนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จำแนกตามการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ ซึ่งได้จัดกลุ่มจากเดิม 9 กลุ่ม ให้เหลือ 4 กลุ่มคือ กลุ่มสื่อข้อมูลข่าวสารจาก (1) การจัดกิจกรรม ประกอบด้วย เวทีการประชุม/สัมมนา/นิทรรศการ/กีฬา/ดนตรี/ศิลปะ (2) สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วยเสียงตามสายในชุมชน/วิทยุชุมชน/โทรทัศน์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์/เว็บไซต์ อีเมลล์ หรือกระดานสนทนา แผ่นซีดี/วีซีดี (3) สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ ประกอบด้วย เอกสาร/คู่มือ/หลักสูตร (4) สื่อประเภทอื่น ๆ ประกอบด้วย โทรศัพท์สายตรง/รับการปรึกษาจากผู้อื่น

2. อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี (2) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (3) ศึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี นำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้

2.1 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.95 เป็นอันดับที่ 1 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 เป็นอันดับที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 เป็นอันดับที่ 3 และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 เป็นลำดับสุดท้าย และอภิปรายผลการวิจัยรายด้านได้ดังนี้

1) **ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ของประชาชน** ผลการวิเคราะห์ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานีอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.95 เพราะประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดเกิดผลประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ กล่าวคือ ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ดี คือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขชุมชนและสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ชุมชนและสังคมมีแนวทางปฏิบัติหรือวิธีป้องกันโรคเอดส์ และประเทศชาติประหยัดเงิน และกำลังคนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งทราบจากผลการวิจัยนี้

2) **ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ** ผลการวิเคราะห์ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานีอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.52 เพราะการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์โดยภาครัฐเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ผ่านเวทีการประชุม สัมมนาวิชาการ จัดนิทรรศการ กิจกรรมในชุมชน เช่น การเล่นกีฬา การแสดงดนตรี หรือศิลปะ เสียงตามสายในชุมชน หรือวิทยุชุมชน สื่อสารธารณะ เช่น โทรทัศน์ แผ่นซีดี/วีซีดี เอกสารเล่มเล็ก คู่มือ/หลักสูตรแผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ อีเมล กระจาด สนทนา โทรศัพท์สายตรง การปรึกษาหารือ ฯลฯ ทำให้ประชาชนเห็นว่าการมีส่วนร่วมตัดสินใจ

ในการกระบวนการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ด้วยความสนใจ ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร ร่วมตระหนักคิด และเลือกแนวทางปฏิบัติให้กับตนเองพนักเอดส์ ซึ่งเป็นกระบวนการของการตัดสินใจ เป็นการสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เครือทิพย์ จันทราธานีวิวัฒน์ (2545) “ผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดปทุมธานี”ให้ข้อเสนอไว้ว่าควรเร่งดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างแท้จริง สาธารณสุขควรแจ้งข้อมูลสถานการณ์โรคเอดส์ให้แก่โรงงานอุตสาหกรรมทุกแห่ง ซึ่งเป็นการสร้างความตระหนักให้กับผู้ใช้แรงงานระดับหนึ่ง

3) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานีอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.79 เพราะประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักในความเสี่ยง หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อ เอชไอวี กับชุดบริการที่ภาครัฐจัดให้ เช่น บริการให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์ จากศูนย์บริการหรือสถานพยาบาล การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างเครือข่ายสุขภาพด้านเอดส์ การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ และการส่งเสริมสนับสนุนการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศ ข้อเสนอแนะ ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขงานเอดส์ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี เช่นกัน ทั้งนี้สอดคล้องกับ แนวคิดของ อรพินท์ สโพชชชัย (2550) กล่าวไว้ว่า “แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ในการบริหารการพัฒนา หรือการบริหารภาครัฐของหน่วยงานภาครัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐย่อมมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับประชาชนและชุมชน ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมซึ่งเป็นยุคสมัยของประชาธิปไตยที่ทุกคนต้องการเข้ามามีส่วนร่วม และนำไปสู่การเปลี่ยนสภาพแวดล้อมของ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารงานใหม่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น”

4) ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานีอยู่ในระดับปานมาก มีค่าเฉลี่ย 2.71 เพราะประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการติดตามและประเมิน หรือไม่เห็นความสำคัญกับการประเมินตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี การประเมิน พื้นที่/ชุมชนของตนเองว่ามีสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ปัญหาเอดส์ การประเมินการทำงานด้านเอดส์ของชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การติดตามคุณภาพการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่อง โรคเอดส์ และตรวจสอบการทำงานขององค์กรที่ดำเนินงานด้านภัยเอดส์และประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ข้อเสนอแนะผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขงานเอดส์ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการติดตามและประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการติดตามและประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี เช่นกัน ทั้งนี้สอดคล้องกับ แนวคิดของ อรพินท์ สฟโชคชัย (2550) กล่าวว่า “แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ในการบริหารการพัฒนา หรือการบริหารภาครัฐของหน่วยงานภาครัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐย่อมมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับประชาชนและชุมชน ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมซึ่งเป็นยุคสมัยของประชาธิปไตยที่ทุกคนต้องการเข้ามามีส่วนร่วม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารงานใหม่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น”

2.2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

การทดสอบสมมติฐานของการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี” ได้กำหนดสมมติฐานตามกรอบแนวคิดในการศึกษา ไว้คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประเภทของครอบครัว อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการรับสื่อข้อมูลข่าวสารกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยแบ่งการทดสอบเป็น 9 ข้อดังนี้

2.2.1 ประชาชนที่มีเพศแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ t-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามเพศ มีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่า ประชาชนที่มีเพศแตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

2.2.8 ประชาชนที่มีรายได้แตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ t-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามรายได้ มีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีรายได้แตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

2.2.9 ประชาชนที่มีการรับสื่อข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ t-test ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจำแนกตามการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ มีค่า significance ของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานว่าประชาชนที่มีการรับสื่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์แตกต่างกันมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีอยู่ในระดับปานกลางเป็นตัวบ่งชี้ถึงกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี ว่าควรมีการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

- 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ
- 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

3.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

3.1.1 ประเด็น การรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ นั้น ภาครัฐควรส่งเสริมมาตรการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ และในส่วนของประชาชนควรทำความเข้าใจ ให้ความสนใจ และร่วมปฏิบัติ

3.1.2 ประเด็น การรับบริการขอคำปรึกษาเรื่องเอดส์จากศูนย์บริการให้คำปรึกษา หรือสถานพยาบาล นั้น ภาครัฐควรส่งเสริมมาตรการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี เพื่อให้

ประชาชนเข้าถึงบริการขอคำปรึกษาเรื่องเอดส์จากศูนย์บริการให้คำปรึกษา หรือสถานพยาบาล และในส่วนของประชาชนควรทำความเข้าใจ ให้ความสนใจ และร่วมปฏิบัติ

3.1.3 ประเด็น การดำเนินการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ นั้น ภาครัฐควรส่งเสริมมาตรการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยดำเนินการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ให้มากขึ้น และในส่วนของประชาชนควรให้ความสนใจและร่วมปฏิบัติการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร หรือสื่อสารให้กับเพื่อนๆ หรือผู้ใกล้ชิด

3.1.4 ประเด็น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างเครือข่ายสุขภาพด้านเอดส์ นั้น ภาครัฐควรส่งเสริมมาตรการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยจัดเวทีให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องเอดส์ และในส่วนของประชาชนควรให้ความสนใจและร่วมปฏิบัติการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างเครือข่ายสุขภาพด้านเอดส์

3.1.5 ประเด็น การแสดงความคิดเห็น หรือลงประชามติเกี่ยวกับการวางแผน ดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ นั้น ภาครัฐควรส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานเอดส์ เพื่อให้แผนการดำเนินงานตอบสนองความต้องการของประชาชนมากที่สุดและในส่วนของประชาชนควรทำความเข้าใจ ให้ความสนใจ และร่วมปฏิบัติ

3.1.6 ประเด็น การสนับสนุนให้มีการฟังบรรยายเรื่อง เอดส์และเพศศึกษา ซึ่งเป็นกิจกรรมของภาครัฐปฏิบัติอยู่แล้ว ทั้งนี้ ในส่วนของประชาชนควรมีส่วนร่วมกับกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ ร่วมปฏิบัติให้มีการฟังบรรยายเรื่อง เอดส์และเพศศึกษา เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่

3.1.7 ประเด็น การสนับสนุนด้านเงิน/วัสดุ/อุปกรณ์/สถานที่ในการจัดกิจกรรมด้านภัยเอดส์ เช่น เคนณรงค์ จัดบอร์ด ประชุม ฯลฯ ซึ่งเป็นกิจกรรมของภาครัฐปฏิบัติอยู่แล้ว ทั้งนี้ ในส่วนของประชาชนควรมีส่วนร่วมกับกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ โดยสนับสนุนด้านเงิน/วัสดุ/อุปกรณ์/สถานที่ในการจัดกิจกรรมด้านภัยเอดส์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่

3.1.8 ประเด็น การเสียดสีแรงในการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเอดส์ ฯลฯ ซึ่งเป็นกิจกรรมของภาครัฐที่ปฏิบัติอยู่แล้ว ทั้งนี้ ประชาชนควรมีส่วนร่วมกับกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ โดยเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เพื่อให้ตนเองมีความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาเอดส์มากขึ้น

3.1.9 ประเด็น ประสานขอความร่วมมือ หรือชักชวนชาวบ้านในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ นั้น ภาครัฐควรส่งเสริมมาตรการป้องกันการติด

เชื้อ เอชไอวี และประชาชนควรมีส่วนช่วยให้เกิดกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ โดยการช่วยหรือ หรือชักชวนให้ผู้อื่นเข้าร่วมกิจกรรม

3.1.10 ประเด็น ส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เกิดการสื่อสารในเรื่อง เอดส์และเพศ เช่น “คุยเปิดใจ รักปลอดภัย” ซึ่งเป็นกิจกรรมของภาครัฐประชาสัมพันธ์และผลิตสื่อ ให้กับพื้นที่ดำเนินงาน ชุมชน อยู่แล้ว ทั้งนี้ ในส่วนของประชาชนควรมีส่วนร่วมกับกิจกรรม ป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ โดยการสื่อสารในเรื่องเอดส์และเพศ เช่น “คุยเปิดใจ รัก ปลอดภัย” ให้มากขึ้นในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด สอดคล้องกับ แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2550 -2554 มีแผนการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยการจัดการเรียนรู้เรื่องเอดส์เพศศึกษา และทักษะชีวิตทั้งเด็กและเยาวชน อย่างต่อเนื่อง

3.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

3.2.1 ประเด็น ประเมินตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอชไอวี นั้น ภาครัฐควรส่งเสริมความรู้เรื่องการประเมินตนเอง หรือ “รู้จักตัวตนในเรื่อง เอชไอวี” ให้กับประชาชน และประชาชนควรประเมินตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอชไอ ถ้าประเมินถ้าเรารู้ว่าเรามี โอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี โอกาสที่เราจะคิดและเตรียมป้องกันเพื่อให้ตัวเองปลอดภัยก็มีสูง ทั้งนี้ สอดคล้องกับแนวทางพัฒนานโยบายเอดส์ระดับท้องถิ่น ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการ ประเมินตนเอง

3.2.2 ประเด็น ประเมิน พื้นที่/ชุมชนของตนเองว่ามีสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ ปัญหาเอดส์ นั้น ภาครัฐควรส่งเสริมความรู้เรื่องประเมิน พื้นที่/ชุมชนของตนเองว่ามีสถานการณ์ที่ อาจนำไปสู่ปัญหาเอดส์ และประชาชนควรพื้นที่/ชุมชนของตนเองว่ามีสถานการณ์ปัญหาเอดส์ เพราะเมื่อเข้าใจโอกาสของการรับเชื้อแล้ว ก็ต้องเชื่อมโยงกับสถานการณ์ในชุมชนที่อาจนำไปสู่ ปัญหาเอดส์ ทั้งในเรื่องการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ความเข้าใจผิด ความเข้าใจเดิมว่าเอดส์เป็น เรื่องของคนไม่ดี หรือเอดส์เป็นแล้วตายของคนในชุมชนที่นำไปสู่การรังเกียจ สถานการณ์ที่เป็น ปัจจัยเหล่านี้หลายคนอาจนึกถึงสถานบริการที่อาจนำไปสู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งนี้ สอดคล้องกับแนวทางพัฒนานโยบายเอดส์ระดับท้องถิ่น ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมิน ตนเอง และสร้างคนร่วมงาน

3.2.3 ประเด็น ประเมินการทำงานด้านเอดส์ของชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น นั้น ภาครัฐควรส่งเสริมควรส่งเสริมประเมินการทำงานด้านเอดส์ของชุมชน และประชาชน ควรมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจสถานการณ์เอดส์ เชื่อมโยงกับปัจจัยที่มีในชุมชน นำไปสู่ แนวทางการทำงานเพื่อการป้องกันเอดส์ สอดคล้องกับแนวทางพัฒนานโยบายเอดส์ระดับท้องถิ่น ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินทำงานด้านเอดส์ของชุมชน

3.2.4 ประเด็น ติดตามคุณภาพการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องโรคเอดส์
นั้น ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของภาครัฐว่า
กิจกรรมที่ภาครัฐจัดให้ประชาชนนั้นตรงตามความต้องการ หรือประชาชนนั้นเข้าใจวัตถุประสงค์
การทำงานของภาครัฐหรือไม่ สอดคล้อง กับ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์การบริหารจัดการ
บ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546

3.2.5 ประเด็น ตรวจสอบการทำงานขององค์กรที่ดำเนินงานด้านภัยเอดส์
นั้น ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของภาครัฐว่า
ใช้ทรัพยากรตรงตามวัตถุประสงค์การทำงานของภาครัฐหรือไม่ สอดคล้อง กับ พระราชกฤษฎีกาว่า
ด้วยหลักเกณฑ์การบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนกศักดิ์ พูลสวัสดิ์ (2547) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน ตามนโยบายการสร้างกระบวนการชุมชนเข้มแข็งเอาชนะยาเสพติด ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลไร่รอด อำเภอคอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
- กรองแก้ว ทงมี (2550) “การให้บริการประกันตนของสำนักงานประกันสังคม : ศึกษาเฉพาะกรณีสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ 6” วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
- กระทรวงยุติธรรม (2552) รายงานการฝึกอบรมหลักสูตร นักบริหารระดับกลาง รุ่นที่ 7 การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานยุติธรรมชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนคลองจรเข้ร้อย ตำบลเกาะไร่ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (2550) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการกรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (2553) รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มกราคม 2551 - ธันวาคม 2552 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร บริษัทเฟื่องฟ้าปริ้นติ้ง จำกัด
- เครือทิพย์ จันทธานีวิวัฒน์ (2545) “ผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดปทุมธานี” วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรบริหารสาธารณสุขมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2526) การบริหารการพัฒนาชนบท กรุงเทพมหานคร โอเดียน สโตร์
- จรัญญา วงษ์พรหม (2536) “การบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในสหกรณ์ร้านค้า” รวมบทความและข้อเขียนในครบวาระ 60 รอบ มรว. อकिन รพีพัฒน์ สถาบันและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ชูชาติ พ่วงสมจิตร (2541 : 22 -23) “การศึกษาลักษณะของการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมในบริบทกิจกรรมของบุคคล โดยใช้เกณฑ์การจำแนกลักษณะที่แตกต่างกัน
- ธนา ยันตรโกวิท (2553) แนวทางการพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่น หนังสือชุด 4 เล่ม “รู้จักตัวตน สร้างคนร่วมงาน กระบวนการขับเคลื่อน เขื่อนด้วยฐานความรู้” พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก

- ธีรภรณ์ สายอ้าย (2552) “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์ป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด
ในอำเภอแม่ทะจังหวัดลำปาง” ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ (2552) การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS พิมพ์ครั้งที่ 10
กรุงเทพมหานคร บิซิเนสอาร์แอนด์ดี
- ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งประชาคม ประชาสังคม.
พิมพ์ครั้งที่ 4 ขอนแก่น คลังนาวิทยา
- บุญน้อม ศิลาอาสน์ (2550) “การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการแก้ไขปัญหาความยากจนอย่าง
ยั่งยืน จังหวัดตราด” วิทยานิพนธ์ ปรินญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
- บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ (2531) ระเบียบวิธีการทางสังคมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร
สำนักพิมพ์สยามเจริญพานิช
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2552) เทคนิคและกระบวนการทำงานของนักพัฒนา พิมพ์ครั้งที่ 4
โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วม
ร่วม หน้า 191-241
- ยุพาพร รูปงาม (2545) การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงบประมาณ ในการปฏิรูประบบราชการ
ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี (2554) บทความ ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (อ้างอิง Catt, Helena.
1999. Democracy in Practice. London and New York: Routledge)
- พระราชบัญญัติ ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร. ให้ไว้
ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2545 เป็นปีที่ 57 ในรัชกาลปัจจุบัน พ.ร.บ. ระเบียบบริหาร
ราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 พ.ร.ฎ และกฎหมายอื่นๆ
- พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 หมวดที่ 1 การ
บริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช (2548) ขอบข่ายการศึกษาและวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช (2548) ระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์ กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช (2551) ประมวลสารระชุดวิชา การศึกษาค้นคว้าอิสระ
Independent Study กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช

- มรกต หน่อศักดิ์ (2552) “การศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่”
- ปริญญาพยาบาลบรมราชชนนิต (การพยาบาลชุมชน) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2548) แนวคิดและความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริหารการพัฒนา หน้า 25
- ในหนังสือชุดการบริหารการพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี (2554) “ความรู้ความเข้าใจที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับไวรัส เอชไอวี (HIV) และโรคเอดส์” โดยเผยแพร่ความรู้หรือกล่าวไว้ว่า
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2546). คู่มือการป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- สำนักงานคณะกรรมการพลเรือน แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People’s Participation) “หลักการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม โดย ดร.อรพินท์ สฟโชคชัย วันที่ 30 เมษายน 2550 บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมรวมทั้งบทบาทหน้าที่ของ ก.พ.ร.”
- สำนักงานบริหารงานกองทุนโลก กรมควบคุมโรค (2554) การอภิปราย “บทเรียนจากการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในเยาวชนและข้อเสนอเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to zero) : ความสำเร็จของโครงการการพัฒนาการสื่อสารสาธารณะและขับเคลื่อนสังคมเพื่อป้องกันเอดส์” วันที่ 24 มีนาคม
- สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (2548) คู่มือการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน พ.ศ. 2548 : 32” ศูนย์บริการประชาชน
- สุธี วรประดิษฐ์ (2554) งานสารสนเทศสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดตราด <http://trat.nfe.go.th/>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2554) จัดงานแถลงข่าว “ความสำเร็จของโครงการการพัฒนาการสื่อสารสาธารณะและขับเคลื่อนสังคมเพื่อป้องกันเอดส์” จัดโดยคณะอนุกรรมการกำกับและขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ ของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี วันพฤหัสบดีที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2554 เวลา 13.00 -

16.00 น. ณ ห้องจูเนียร์ บอลรูม 3 ชั้น 3 โรงแรม แกรนด์ มิลเลนเนียม สุขุมวิท 21
กรุงเทพมหานคร

สถาบันวิจัยสาธารณสุขอาเซียน (2539) คู่มือฝึกอบรมบัณฑิตอาสาสมัครป้องกันและควบคุมโรค
เอดส์ คู่มือฝึกอบรมพนักงานป้องกันและควบคุมโรคในโรงงานอุตสาหกรรมเขต
กรุงเทพมหานคร เอกสารหมายเลข 3 ของ โครงการ บอภ. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2548)

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2550) “แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กรุงเทพมหานคร
ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2550 -2554”

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2552) “การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรค
เอดส์ครั้งที่ 12” : สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 (2552) “ประสิทธิผลของการ
การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์โดยวิดิทัศน์และการให้คำปรึกษาผ่านล่าม ต่อความ
ต้องการการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจในกลุ่มลูกเรือประมง” , สำนักงาน
ป้องกันและควบคุมโรคที่ 9 (2552) “การปฏิบัติด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่รับ
การรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคเหนือตอนล่าง”

สถาบันพระปกเกล้า (2551) “ เอกสารประกอบการศึกษาดูงานของคณะกรรมการการพัฒนา
การเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน” วุฒิสภา วันอังคารที่ 17 มิถุนายน 2551

สุเมธ ทราญแก้ว (2536) “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการ
ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ
จังหวัดอุดรธานี” วิทยานิพนธ์ ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (2554) “สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Thai
Getting to Zero)” วารสารศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ,
ฉบับที่ 1 (มีนาคม) : 1 - 12

อकिन รพีพัฒน์ (2547) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา กรุงเทพมหานคร
ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข

อรพินทร์ สพโชคชัย (2550) “บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม
รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของ ก.พ.ร.”

อภิญญา กังสนารักษ์ (2544) รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิผลระดับ
คณะของสถาบันอุดมศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย



แบบสอบถาม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี

คำอธิบาย :

1. แบบสอบถามนี้ เป็นเครื่องมือในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดปทุมธานี เพื่อประกอบ การศึกษาค้นคว้าอิสระ นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ในการนี้ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

2. แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

โปรดทำเครื่องหมาย ให้ตรงกับคำตอบของท่าน ในข้อคำถาม 9 ข้อ ดังนี้

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 15 -24 ปี 25-34 ปี 35-44 ปี 45-54 ปี 55-64 ปี
3. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม พราหมณ์-ฮินดู
 อื่นๆ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุด ต่ำกว่า ม.3 ม.3 ม.6,ปวช ปวท./ปวส./อนุปริญญา
 ปริญญาตรี ปริญญาโท สูงกว่าปริญญาโท
5. ประเภทของครอบครัว
 ครอบครัวเดี่ยว (ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร อาศัยอยู่ด้วยกัน)
 ครอบครัวขยาย (ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร ปู่ ย่า ตา ยาย เครือญาติ ฯลฯ)

6. การสมรส โสด สมรส/แต่งงาน หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย
7. อาชีพ นักเรียน/นักศึกษา รับจ้างทั่วไป พนักงานบริษัท/ห้างร้าน
 ราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกร ค้าขาย อื่นๆ.....
8. รายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท ตั้งแต่ 10,001-25,000 บาท
 ตั้งแต่ 25,001- 40,000 บาท ตั้งแต่ 40,001 - 55,000 บาท
 ตั้งแต่ 55,001 – 70,000 บาท ตั้งแต่ 70,001 บาท ขึ้นไป

9. การรับสื่อข้อมูลข่าวสาร นั้น ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่อง โรคเอดส์ผ่านสื่อรูปแบบใดต่อไปนี้ มากที่สุด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- เวทีการประชุม/สัมมนาวิชาการ/นิทรรศการ การเล่นเกม/ดนตรี/ศิลปะ
- เสียงตามสายในชุมชน/วิทยุชุมชน/โทรทัศน์ แผ่นพับ/โปสเตอร์
- เอกสารเล่มเล็ก/คู่มือ/หลักสูตร แผ่นซีดี/วีซีดี
- เว็บไซต์ อีเมล หรือกระดานสนทนา โทรศัพท์สายตรง
- อื่น ๆ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี
โปรดทำเครื่องหมาย ให้ตรงกับคำตอบของท่าน ในข้อคำถาม 30 ข้อ ดังนี้

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ					
1. รับรู้สถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่					
2. รับรู้ผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อตนเอง ชุมชน และสังคม					
3. รับรู้การแพร่กระจายเชื้อ เอชไอวี					
4. รับรู้วิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี					

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5. รับรู้วิธีการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศศึกษากับคนใกล้ชิด					
6. ทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์ หรือการร่วมประเวณี					
7. ทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก					
8. ทำความเข้าใจในวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน					
9. ทำความเข้าใจในพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี					
10. เลือกปฏิบัติตนไม่ให้เกิดเสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอชไอวี					
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน					
11. รับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ					
12. รับบริการขอคำปรึกษาเรื่องเอดส์จากศูนย์บริการให้คำปรึกษา หรือสถานพยาบาล					
13. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์					
14. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างเครือข่ายสุขภาพด้านเอดส์					
15. แสดงความคิดเห็น หรือลงประชามติเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์					
16. สนับสนุนให้มีการฟังบรรยายเรื่อง เอดส์และเพศศึกษา					
17. สนับสนุนด้านเงิน/วัสดุ/อุปกรณ์/สถานที่ในการจัดกิจกรรมต้านภัยเอดส์ เช่น เคนรณรงค์ จัดบอร์ด ประชุม ฯลฯ					
18. เสียสละแรงในการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเอดส์ ฯลฯ					
19. ประสานขอความร่วมมือ หรือชักชวนชาวบ้านในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์					
20. ส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เกิดการสื่อสารในเรื่องเอดส์และเพศ เช่น “คุยเปิดใจ รักปลอดภัย”					

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล					
21. ประเมินตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอชไอวี					
22. ประเมิน พื้นที่/ชุมชนของตนเองว่ามีสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ปัญหาเอดส์					
23. ประเมินการทำงานด้านเอดส์ของชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					
24. ติดตามคุณภาพการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องโรคเอดส์					
25. ตรวจสอบการทำงานขององค์กรที่ดำเนินงานด้านภัยเอดส์					
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์					
26. ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ดี คือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์					
27. ครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข					
28. ชุมชนและสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข					
29. ชุมชนและสังคมมีแนวทางปฏิบัติหรือวิธีป้องกันโรคเอดส์					
30. ประเทศชาติประหยัดเงิน และกำลังคนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....

.....

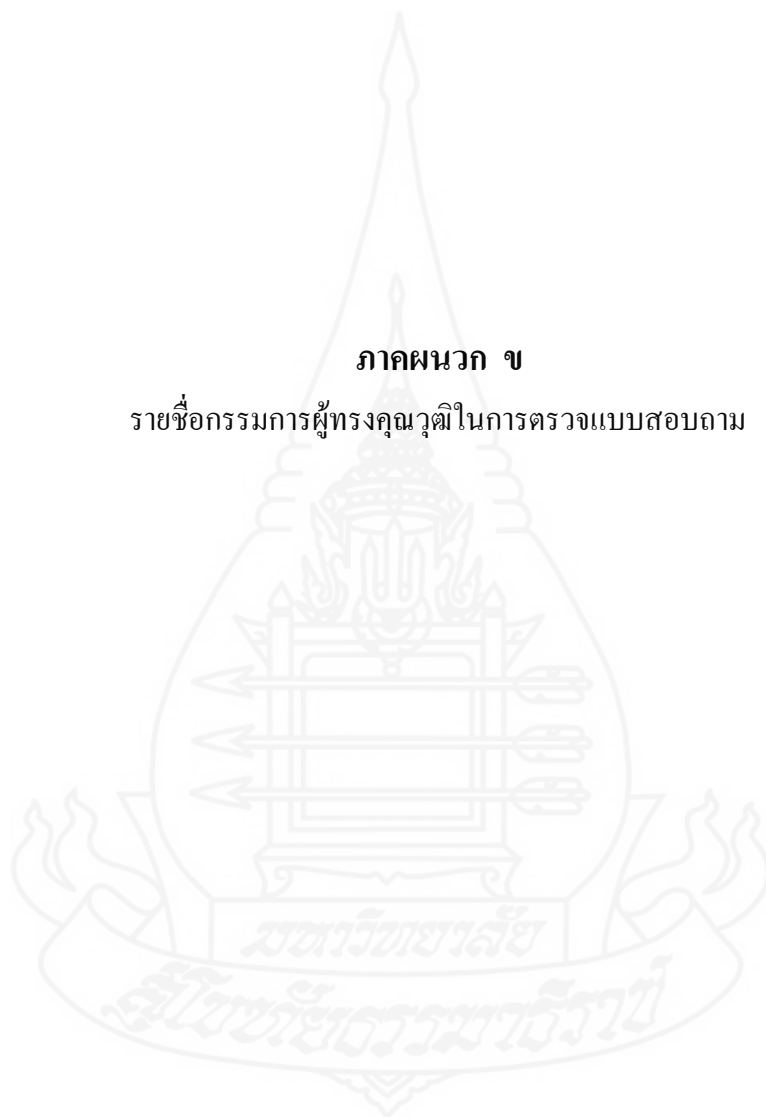
.....

.....

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้
นางเตือนใจ ระดมทอง

ภาคผนวก ข

รายชื่อกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจแบบสอบถาม



รายชื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแบบสอบถาม

1. ชื่อ รงศาสตราจารย์ ดร. ชินรัตน์ สมสืบ
 วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
 พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
 Doctor of Philosophy Central Luzon State University
 ตำแหน่ง รงศาสตราจารย์ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์
 ตำแหน่งทางบริหาร กรรมการประจำสาขามนุษยนิเวศศาสตร์

2. ชื่อ แพทย์หญิงเพชรศรี ศิริรินทร์
 วุฒิการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ตำแหน่ง นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ
 ตำแหน่งทางบริหาร ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3. ชื่อ นางวาสนา นิมวรพันธุ์
 วุฒิการศึกษา รัฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
 รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
 ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายพัฒนานโยบายและแผน
 ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางเดือนใจ ระดมทอง
วัน เดือน ปีเกิด	11 พฤษภาคม 2514
สถานที่เกิด	อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก
ประวัติการศึกษา	บริหารธุรกิจบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ. 2547
สถานที่ทำงาน	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
ตำแหน่ง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

