

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

โดย

อริย์ธัช จันทรเกษร

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สถาบันรัฐประศาสนศาสตร์และนโยบายสาธารณะ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2568



PARTICIPATION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEER FOR IMPROVING PEOPLE'S QUALITY OF LIFE IN KHLONG LUANG DISTRICT, PATHUMTHANI PROVINCE

BY

ARITACH CHANTARAKESORN

AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR

THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION

INSTITUTE OF PUBLIC ADMINISTRATION AND PUBLIC POLICY

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2025

ใบรับรองการศึกษาค้นคว้าอิสระ
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยรังสิต

เรื่อง **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี**
PARTICIPATION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEER FOR IMPROVING PEOPLE'S QUALITY OF LIFE IN KHLONG LUANG DISTRICT, PATHUMTHANI PROVINCE

โดย อริย์ธัช จันทรเกษร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต อนุมัติให้นับวิชาการศึกษาค้นคว้าอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2568

.....
(ดร.เฉลิมพร เย็นเยือก)
ผู้อำนวยการหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

.....ประธานกรรมการสอบ
รศ.ดร.จุมพล หนิมพานิช

.....กรรมการ
รศ.ดร.ปธาน สุวรรณมงคล

.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา
รศ.ดร.จีระ ประทีป

ลิขสิทธิ์ของหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี อันเนื่องจากผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ช่วยกรุณาตอบแบบสอบถามการวิจัย จนทำให้การดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้สำเร็จอย่างมีคุณค่า

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ รองศาสตราจารย์ ดร.จุมพล หนิมพานิช รองศาสตราจารย์ ดร. จีระ ประทีป รองศาสตราจารย์ ดร.ปธาน สุวรรณมงคล ดร.วีระยุทธ โชคชัยมาดล และ ดร.เฉลิมพร เย็นเยือก ผู้อำนวยการหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต และรองคณบดีฝ่ายวิชาการ สถาบันรัฐประศาสนศาสตร์และนโยบายสาธารณะที่ได้กรุณาชี้แนะงานวิจัยสำเร็จอย่างมีคุณค่า ให้คำปรึกษา แนะนำ รวมถึงการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และดูแลเอาใจใส่อย่างดีตลอดระยะเวลาของการศึกษาและการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ผู้เป็นที่รักยิ่ง ที่ดูแลผู้วิจัยจนทำให้ผู้วิจัยได้ประสบสำเร็จด้วยดียิ่งในชีวิตทุกประการ

อริย์ธัช จันทรเกษร
ผู้วิจัย

6610836 : อริย์ธัช จันทรเกษร

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ : การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

หลักสูตร : รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร.จีระ ประทีป

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และ 3) เพื่อเสนอแนวพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาคือ ค่าจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t-test, F-test และ Pearson Correlation

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.79 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .707) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ร่วมกัน รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการประเมินผล ส่วนลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ ที่แตกต่างกันมีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับด้านสาธารณสุขในเขตพื้นที่ศึกษา อาจนำข้อคิดเห็นจากผลการวิจัยมาประกอบการวางแผนเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ประกอบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในเขตพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้นอย่างยั่งยืน

(การศึกษาค้นคว้าอิสระมีจำนวนทั้งสิ้น 102 หน้า)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6610836 : Aritach Chantarakesorn

Independent Study Title : Participation of Village Health Volunteer for Improving People's Quality of Life in Khlong Luang District, Pathumthani Province

Program : Master of Public Administration

Thesis Advisor : Assoc.Prof. Chira Prateep, Ph.D.

Abstract

The objective of this study were to 1) examine the level of participation of village health volunteers in enhancing the quality of life of residents in Khlong Luang District, Pathum Thani Province; (2) investigate the factors influencing their participation; and (3) propose approaches to strengthen such participation. A quantitative research design was employed, with data collected from 115 respondents. Descriptive statistics, including frequency, mean, and standard deviation, were used, while hypothesis testing was conducted using t-test, F-test, and Pearson's correlation.

The findings revealed that the overall level of participation of village health volunteers in promoting the quality of life of residents was high (mean = 3.79, SD = 0.707). The highest mean score was observed in the dimension of shared benefits, followed by operational participation, whereas the lowest mean score was found in the evaluation dimension. Furthermore, personal characteristics such as age, occupation, education, and income were significantly associated with different levels of participation at the 0.05 level. The results suggest that relevant stakeholders and public health agencies in the study area may utilize these insights to develop strategies that foster inclusive participation across all sectors. Such efforts could contribute to sustainable improvements in the quality of life of local communities.

(Total 102 pages)

Keywords: Quality of Life, Participation, Village Health Volunteer

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ก**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ข**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**ค**
สารบัญ		**ง**
สารบัญตาราง		**ฉ**
สารบัญรูป		**ฎ**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา	1
	1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
	1.3 ขอบเขตของการศึกษา	4
	1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
	1.5 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย	6
	1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2	**แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	**8**
	2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	8
	2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	25
	2.3 สารสนเทศเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	28
	2.4 สารสนเทศเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	30
	2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
บทที่ 3	**ระเบียบวิธีวิจัย**	**38**
	3.1 ขอบเขตการศึกษา	38
	3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
	3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	41

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**44**
	4.1 ผลการศึกษาคุณลักษณะทั่วไป	44
	4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	47
	4.3 ผลการทดสอบและเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร	52
	4.4 ผลการศึกษาข้อเสนอแนะแนวทางการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	76
บทที่ 5	**สรุป อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ**	**81**
	5.1 สรุปผลการศึกษา	81
	5.2 อภิปรายผลการศึกษา	88
	5.3 ข้อเสนอแนะ	94
บรรณานุกรม		**97**
ประวัติผู้วิจัย		**102**

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

4.1	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้านเพศ	44
4.2	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้านอายุ	44
4.3	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้านอาชีพ	45
4.4	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้านการศึกษา	45
4.5	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้านรายได้	46
4.6	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน	46
4.7	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	48
4.8	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ร่วมกัน	49
4.9	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลร่วมกัน	50
4.10	แสดงผลสรุปค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	51
4.11	ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามเพศ	53

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่

4.12 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามอายุ 54

4.13 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน จำแนกตามช่วงอายุ 55

4.14 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จำแนกตามช่วงอายุ 56

4.15 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จำแนกตามช่วงอายุ 57

4.16 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกตามช่วงอายุ 58

4.17 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามอาชีพ 59

4.18 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน จำแนกตามอาชีพ 60

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่

4.19 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จำแนกตามอาชีพ 61

4.20 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จำแนกตามอาชีพ 62

4.21 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกตามอาชีพ 63

4.22 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามการศึกษา 64

4.23 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน จำแนกตามการศึกษา 65

4.24 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จำแนกตามการศึกษา 66

4.25 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จำแนกตามการศึกษา 66

4.26 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกตามการศึกษา 67

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.27	ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามระดับรายได้	68
4.28	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน จำแนกตามรายได้	69
4.29	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จำแนกตามรายได้	69
4.30	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จำแนกตามรายได้	70
4.31	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกตามรายได้	71
4.32	ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการวางแผน	72
4.33	ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการดำเนินงาน	73
4.34	ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการรับประโยชน์	74

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.35	ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการประเมินผล	75
4.36	ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการมีส่วนร่วม	76

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่

1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	5
2.1	วงจรการมีส่วนร่วม	16
2.2	การมีส่วนร่วม 8 ขั้น	17

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของการศึกษา

ประเด็นการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ.2560 – 2579 ด้านสาธารณสุข เป็นแนวทางสำคัญในการดำเนินการขององค์การหรือหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยได้มุ่งดำเนินการภายใต้วิสัยทัศน์หลัก (Vision) คือ เป็นองค์การหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี และมีพันธกิจ (Mission) ที่สอดคล้องกันคือ การพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน ตามเป้าหมาย (Goals) คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2568 อยู่ในระหว่างการดำเนินการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในระยะที่ 2 คือ ระยะการสร้างความเข้มแข็ง ที่จะก้าวสู่ระยะที่ 3 คือ มุ่งสู่ความยั่งยืน ในปี พ.ศ. 2570 – 2574 โดยการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน ได้พยายามดำเนินการในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่มีประสิทธิภาพ มีคุณค่าอย่างแท้จริง โดยได้มีการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ จำนวนมาก อาทิ 1) นโยบายยกระดับ 30 บาท ที่รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนเพียงใบเดียว โดยการดำเนินการเชิงรุกด้วยการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ช่วยลดความแออัดและลดระยะเวลาการรอคอย เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย 2) การทบทวนกฎกระทรวงในการกำหนดปริมาณยาเสพติดที่มีไว้ครอบครอง การยกระดับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด 3) นโยบายด้านเศรษฐกิจสุขภาพ โดยมุ่งส่งเสริมนโยบายอุตสาหกรรมเศรษฐกิจสุขภาพ การยกระดับมาตรฐานการแพทย์แผนไทย ยกระดับผลิตภัณฑ์สมุนไพร สร้างงาน สร้างอาชีพ และการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนภารกิจเศรษฐกิจสุขภาพ 4) นโยบายการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั่วประเทศ สาธารณสุขชายแดน ปรับปรุงโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ พัฒนาระบบส่งต่อแบบไร้รอย และ 5) นโยบายด้านการแพทย์ปฐมภูมิ ที่เน้นการบูรณาการภารกิจถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การดำเนินการเชิงรุกในการกำหนด พระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอัจฉริยะ (Smart อสม.) การส่งเสริมการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชนหรือในท้องถิ่น เพื่อควบคุม ดูแลและป้องกันโรคในเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง

โดยเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ที่ผ่านมา พบว่ามีผลการดำเนินงานที่เป็นที่พึงพอใจจากทุกภาคส่วน กล่าวได้ว่า เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพชุมชนในปัจจุบัน โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่ที่กำหนดขึ้นตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 คือ

1) การปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน

3) การให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ

4) การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและ ป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น

5) การเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่น ๆ

6) การให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วน ร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

7) การศึกษาพัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ

8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

9) การประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น

ทั้งนี้ การปฏิบัติในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบได้อย่างมีคุณค่า มีประสิทธิผล แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามี อสม. จำนวนหนึ่งที่ยังมีข้อสังเกตในประเด็นด้านระดับศักยภาพการปฏิบัติที่ยังไม่สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ และยังมีข้อสังเกตเกี่ยวกับความรู้ ความสามารถ อันส่งผลต่อระดับ

ความมั่นใจในการทำงานในหน้าที่ หรือ การขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเอง จึงต้องอาศัยการร่วมมือร่วมแรง ร่วมใจจากกลุ่ม อสม. ด้วยกันเอง เพื่อช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ และการดำเนินงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายนั้นให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด หรือนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักการศึกษาในประเด็นเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. มีงานศึกษาวิจัยจำนวนมาก และในหลากหลายมิติที่เป็นการยืนยันถึงผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ที่มีประสิทธิภาพ มีคุณค่าและสมควรต่อการยกระดับให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้นต่อไปในอนาคต

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ถือเป็นกลุ่มอาสาสมัครที่มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ดังปรากฏข้อมูล จำนวน อสม. จังหวัดปทุมธานี ซึ่งสังกัดเขตสุขภาพที่ 4 ในปี 2568 มีจำนวนรวม 9,909 คน และ ได้รับการเพิ่มอัตรา อสม. ในปี พ.ศ.2569 เป็นจำนวน 9,919 คน โดยอำเภอคลองหลวง มีจำนวนประชากรทั้งหมดจำนวน 65,508 คน (แผนพัฒนาท้องถิ่น พ.ศ.2566-2570 เทศบาลเมืองคลองหลวง, 2568) ครอบคลุมพื้นที่รวม 62 ชุมชน มี อสม. จำนวน 615 คน มีจุดเน้นที่สำคัญประการหนึ่งในการปฏิบัติงานตามแนวทางการปฏิบัติตนตามบทบาท อสม.ยุคใหม่ คือ การสร้างระบบความร่วมมือ ด้วยการเน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหา ในกิจกรรมเวทีชุมชนหรือการทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกันอีกด้วย เน้นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน โดยให้ องค์การ อสม. เป็นแกนนำหลักสำคัญในการจัดทำแผนสุขภาพและขับเคลื่อนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. โดยส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และ ร่วมดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสำคัญคือให้ประชาชนได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมมีคุณค่า

จากที่มาและความสำคัญของประเด็นการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาในหัวข้อเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อทำให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี อันจะทำให้ได้สารสนเทศสำคัญให้กับผู้สนใจได้ใช้

ประโยชน์ในการนำไปประกอบการพิจารณาวางแผนกำหนดแนวทางการดำเนินการพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษาหรือวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบตามที่ต้องการดังต่อไปนี้

1) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

3) เพื่อสนอแนวพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัยดังต่อไปนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา

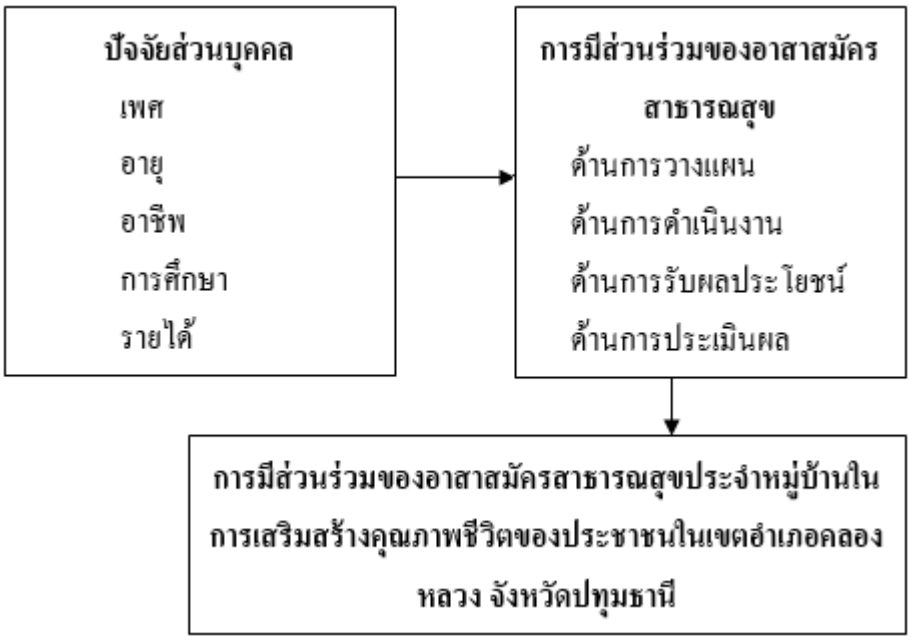
การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมโดย Cohen & Uphoff (1981) 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามที่ได้วางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามแผน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่เกิดขึ้น

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา อาศัยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power ที่กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ระดับ 0.05 ระดับความเชื่อมั่น (Power) ที่ระดับ 0.95 ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 115 คน

1.4 กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษา “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี” กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ตัวแปรต้น (Independent variable) ซึ่งเป็นตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากรในการศึกษา 5 ปัจจัย และตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ รูปแบบของการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมการวางแผน 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมประเมินผล ดังต่อไปนี้



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ที่มา : ผู้วิจัย, 2568

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. หมายถึง บุคลากรในเขตพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขตามที่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ไว้

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง การมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนหรือการตัดสินใจร่วมกัน 2) การดำเนินงานร่วมกัน 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการวางแผน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ได้มีส่วนในการวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพจากการสอบถามหรือติดตามข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี แล้วนำมาประชุมร่วมกันวางแผนเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ได้มีส่วนในการร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพ ผ่านโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ได้จัดขึ้น เพื่อมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามที่ได้วางแผนไว้ร่วมกัน

การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ได้มีส่วนในการร่วมรับประโยชน์หรือคุณค่าอันพึงเกิดขึ้นจากการดำเนินงานด้านสุขภาพ ผ่านโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ได้จัดขึ้นตามแผนการมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีที่ได้ร่วมวางไว้ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ได้มีส่วนในการร่วมติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ได้วางแผน และ จัดขึ้นในรูปแบบของโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อประเมินตามเป้าหมายในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ว่าได้มีการดำเนินการไปอย่างถูกต้องเหมาะสมตามที่ได้วางแผนดำเนินการไว้

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะได้รับประโยชน์จากการศึกษาดังต่อไปนี้

1) ทำให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชน ในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

2) ทำให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างบคุณภาพชีวิตของประชาชน ในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

3) ทำให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์กับผู้สนใจไปประยุกต์ใช้ประกอบการพิจารณาดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในส่วนงานต่างๆ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี” ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็น 4 ส่วนดังนี้

1) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

3) สารสนเทศเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4) สารสนเทศเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

5) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ความหมาย และ ความสำคัญ

WHO & UNICEF (1978) เสนอความหมายของการมีส่วนร่วมในเชิงกระบวนการพัฒนาว่า เป็นการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคม การจัดทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและเป็นการปฏิบัติตามแผนหรือโครงการต่าง ๆ โดยความสมัครใจ

Erwin (1976) เสนอความหมายเกี่ยวกับการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมกันแก้ไขปัญหา เน้นการมีส่วนร่วมเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของประชาชน การให้ความคิดสร้างสรรค์ และความชำนาญของประชาชนในการแก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้วิทยากรที่เหมาะสมและสนับสนุน ติดตาม ผลการปฏิบัติงานขององค์การและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2525) เสนอความหมายและหลักการสำคัญเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาในเชิงกระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริมชักนำและสร้างโอกาสให้กับประชาชนในชุมชนทั้งส่วนบุคคล กลุ่มชุมชน สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ตั้งไว้

สุจินต์ ดาววีระกุล (2527) เสนอว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อตนเองและมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์ที่ปรารถนา ทั้งนี้ต้องมิใช่เป็นการกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2531) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การเกี่ยวข้องทางจิตและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณซึ่งส่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าทำให้กระทำการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้นกับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกันรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

นิภาภรณ์ เกียรติสุข (2539) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนหรือคนที่อยู่ร่วมกันในสังคมได้พัฒนาปัญญา ความรู้ ความสามารถ โดยแสดงออกใน รูปแบบต่าง ๆ เพื่อพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่อาศัยอยู่

พัฒน์ บุณยรัตน์พันธ์ (2549) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน เริ่มจากการวางแผนโครงการ การเสียสละกำลังแรงงาน วัสดุ เงิน หรือทรัพยากรใด ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน เมื่อคราวประชุม ณ องค์การสหประชาชาติ เมื่อ ปี ค.ศ. 1981 ได้ระบุว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นคำที่ไม่อาจกำหนดนิยามความหมายที่ครอบคลุมได้ เพราะความหมายการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็ตาม หากจะเข้าใจชัดแล้วการนิยามความหมาย ของการมีส่วนร่วมของประชาชนควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองหนึ่ง ๆ เท่านั้น ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญได้สรุปประเด็นของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและสังคมได้ร่วมกิจกรรมซึ่งนำไปสู่การมีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาและ เอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

2) การมีส่วนร่วมสะท้อนการเข้าเกี่ยวข้องโดยสมัครใจและเป็นประชาธิปไตยในกรณีต่อไปนี้

2.1) การเอื้อให้เกิดความหมายพยายามพัฒนา

2.2) การแบ่งสรรผลประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

2.3) การตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย กำหนดนโยบาย การ วางแผนและการดำเนินการโครงการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

3) การมีส่วนร่วมเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างส่วนที่ประชาชนลงแรงและทรัพยากรเพื่อพัฒนากับประโยชน์ที่ได้รับจากการลงทุนลงแรงดังกล่าว กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจไม่ว่าระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติ จะช่วยให้ก่อเกิดความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ประชาชนลงทุนลงแรงกับประโยชน์ที่ได้

4) การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจผิดแผกแตกต่างไปตามสภาพเศรษฐกิจของประเทศ นโยบายและโครงสร้างการบริหาร รวมทั้งลักษณะเศรษฐกิจสังคมและประชากร โดยการส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเอื้อประโยชน์ต่อประชาชน

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543) เสนอความหมายของการมีส่วนร่วมในลักษณะกระบวนการการพัฒนา ว่าเป็นการให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจการระดม ทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการนั้น ต้องมีความสอดคล้องกับบริบท ทั้งวิถีชีวิตและ วัฒนธรรมของชุมชน เป็นสำคัญ

อรรณพ ตังคณานุกูลชัย (2544) เสนอว่า การมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 มิติ สำคัญ ได้แก่

มิติที่หนึ่ง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าอะไรควรทำ และทำอย่างไร

มิติที่สอง มีการมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา ลงมือปฏิบัติการตามที่ตัดสินใจ

มิติที่สาม มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงาน องค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการได้

กล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมใดใด ควรเริ่มตั้งแต่การตัดสินใจนโยบาย เช่นการมีประชาพิจารณ์ ประชามติ การเข้าชื่อกันเสนอร่าง กฎหมาย ในหมวดเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพและแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ การเข้าชื่อกันเพื่อดำเนินการ ให้มีการถอดถอนผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง เนื่องจากมีพฤติกรรมร่ำรวยผิดปกติหรือส่อไปในทางทุจริตต่อหน้าที่ให้อำนาจฝ่าฝืนต่อรัฐธรรมนูญและต่อกฎหมายอื่น ๆ หรือแม้แต่การชุมนุมเดินขบวน เป็นต้น ดังสารสนเทศดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปความหมายของการมีส่วนร่วม คือ ความร่วมมือร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบด้วยกันไม่ว่าจะเป็นของบุคคลหรือของกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดำเนินงาน เกิดการพัฒนา และเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการพัฒนาชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานหรือการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนงานหรือโครงการเกิดประสิทธิผล

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ประชาชนจะเข้าไปมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมหรือไม่นั้น มีเงื่อนไขหลาย ประการที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งอาจจะเป็นไปโดยความสมัครใจ ถูกบังคับ หรือ ผลักดันให้เข้าไปมีส่วนร่วม ปัจจัยในการเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีอยู่หลายประการ ดังนี้

Cohen & Uphoff (1980) ได้เสนอบริบทหรือ เงื่อนไขในการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

1) ลักษณะของโครงการ โดยพิจารณาความซับซ้อนของเทคโนโลยี ทรัพยากรที่ต้องการ ลักษณะประโยชน์ที่ได้รับ ความเชื่อมโยงของโครงการ ความยืดหยุ่นของ โครงการ การเข้าถึงการบริหารจัดการโครงการ และการครอบคลุมเนื้อหาการบริหารโครงการ

2) สภาพแวดล้อมของงานหรือกิจกรรมตามโครงการในปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพและชีวภาพ เศรษฐกิจ การเมือง สังคมและด้านประวัติศาสตร์

ส่วนองค์การสหประชาชาติ ได้เสนอเงื่อนไขการมีส่วนร่วมสำคัญ 5 ประการ คือ

1) รัฐบาลจะต้องมีการยอมรับในแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ก่อนในเบื้องต้นและได้บรรจุหลักการนี้ไว้ในนโยบายหรือแผนในระดับต่าง ๆ

2) ประชาชนต้องมีพื้นฐานองค์กรประชาชนที่สามารถเป็นตัวแทนในการเจรจาต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์และบุคคลอื่น ๆ ได้

3) ประชาชนต้องมีอิสระในความคิดริเริ่มและในการตัดสินใจในระดับท้องถิ่นเพื่อกำหนดกิจกรรมของตนเอง

4) ชุมชนต้องมีการไหลเวียนของข่าวสารและความรู้ใหม่ ๆ โดยเฉพาะหลักการและปรัชญาของการพัฒนาเทคนิค วิธีการในการจัดสรรทรัพยากร ตลอดจนความรู้ในการบริหาร

5) ชุมชนต้องได้รับการสนับสนุนทางด้านสิ่งของและความคิดเทคนิคที่จำเป็นในระยะแรก

วุฒิสาร ตันไชย (2557) ได้เสนอปัจจัยเชิงเหตุผลที่จะทำให้ประชาชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองเท่าที่ควร ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1) ทัศนะของประชาชนที่มีต่อการเมือง คิดว่าการเมืองเป็นเรื่องไกลตัว ไม่ตอบสนองความต้องการของคนในท้องถิ่น มองการเมืองเป็นเรื่องของนักการเมือง มิใช่เรื่องของประชาชน

2) ความรู้สึกของประชาชนที่มีต่อท้องถิ่นและความเป็นท้องถิ่น กล่าวคือคนไทยขาดความเป็น Civic Culture ขาดความรู้สึกผูกพันกับท้องถิ่นไม่สนใจติดตามตรวจสอบ หรือกำกับดูแล ให้องค์การท้องถิ่นทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการและพัฒนาท้องถิ่นให้ก้าวหน้า

3) วิถีชีวิตของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น กล่าวคือ ชาวบ้านจะมีความประนีประนอมสูง โดยมีความสัมพันธ์ในเครือญาติและมีความเกรงใจ ประกอบกับมีการพูดคุยเจรจากันเมื่อเกิดปัญหา

4) วัฒนธรรมการยึดตัวบุคคล เป็นผลมาจากระบบสังคมอุปถัมภ์ ประชาชนขาดความรู้ที่แท้จริง ทำให้ถูกชี้นำขาดอิสระในการตัดสินใจ

วรวุฒิ พละบุตร (2548) เสนอปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

1) มีความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในการทำงาน

2) ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของ ชุมชนหรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน

3) ร่วมวางนโยบายหรือวางแผน หรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อขจัดและแก้ปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน

4) ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

5) ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ

6) การลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน

7) ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

8) ร่วมควบคุมติดตามประเมินผลและบำรุงรักษาโครงการ และ กิจกรรมที่ได้ทำไปทั้งโดยเอกชนและรัฐให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดกาล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่าได้มีการเสนอเงื่อนไข หรือปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ที่เสดงให้ทราบว่าเงื่อนไขหรือปัจจัยของการเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของประชาชนจะต้องเกิดจากความพร้อม ความเต็มใจ ความรู้สึกผูกพันกับท้องถิ่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความกระตือรือร้นของประชาชนที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนนั้น ๆ นอกจากนั้น ยังพบว่า มีกลุ่มบุคคล 4 กลุ่ม ที่ถือว่ามีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนา ประกอบด้วย 1) ประชาชนในท้องถิ่น 2) ผู้นำท้องถิ่น 3) เจ้าหน้าที่ของรัฐและ 4) บุคคลภายนอก สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับบุคคล (Individual Level) พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลอันได้แก่ อายุและเพศ สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพ ทางสังคม การแบ่งกลุ่มในสังคม อาชีพ รายได้และเงื่อนไขประกอบอื่นๆ ตามบริบทในการศึกษาการมีส่วนร่วมนั้น อาทิ ปัจจัยด้านทรัพย์สิน ระยะเวลาในท้องถิ่น ระยะเวลาที่อยู่ในสังคม ระยะเวลาที่อยู่ในโครงการ สถานภาพของการถือครองที่ดิน สถานภาพของการได้รับการจ้างงานและระยะทางของที่พักที่ตั้งโครงการความร่วมมือ

รูปแบบ ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีนักวิชาการ นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับ รูปแบบ หรือขั้นตอนการมีส่วนร่วมที่สำคัญ ดังนี้

วรวุฒิ พละบุตร (2548) ได้เสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมในแง่ของรูปแบบของการมีส่วนร่วมโดยแบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นการตัดสินใจตั้งแต่ระยะเริ่มการตัดสินใจในช่วงของกิจกรรมและการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) เป็นรูปแบบการเข้าร่วมโดยให้มีการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการร่วมมือรวมทั้งการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ

3) การเข้าร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) เป็นผลประโยชน์ทั้งด้านวัตถุทางสังคมหรือโดยส่วนตัว

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เป็นการควบคุม และตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วม

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) ได้เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายการพัฒนา คือ

1) ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าถึงปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมตลอดถึงความต้องการของชุมชน

2) ร่วมค้นหา และสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน

3) ร่วมวางนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เพื่อขจัดและแก้ไขตลอดจนสนองความต้องการของชุมชน

4) ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

5) ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

6) ร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการชุมชนตามขีดความสามารถตนเองและของหน่วยงาน

7) ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

8) ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งภาคเอกชนและภาครัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527) เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมกันแก้ไขปัญหาของชุมชน ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา

2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม

3) การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน

4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

กรรณิการ์ ชมดี (2524) สรุปแบบการมีส่วนร่วมเป็น 10 รูปแบบ คือ

1) การมีส่วนร่วมประชุม (Attendance at Meeting)

2) การมีส่วนร่วมออกเงิน (Financial Contribution)

3) การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ (Membership on Committees)

4) การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ (Position of Leadership)

5) การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ (Interviewer)

6) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน (Solicitor)

7) การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภค (Customers)

8) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม (Entrepreneurs)

9) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน (Entrepreneurs)

10) การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์ (Material Contribution)

จากแนวคิดของนักวิชาการดังข้างต้น สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบและกระบวนการของการมีส่วนร่วมเป็นการดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาสาเหตุของปัญหา การวางแผนในการกำหนดทิศทางในการแก้ไขปัญหา การร่วมตัดสินใจและปฏิบัติงาน และการติดตามประเมินผล

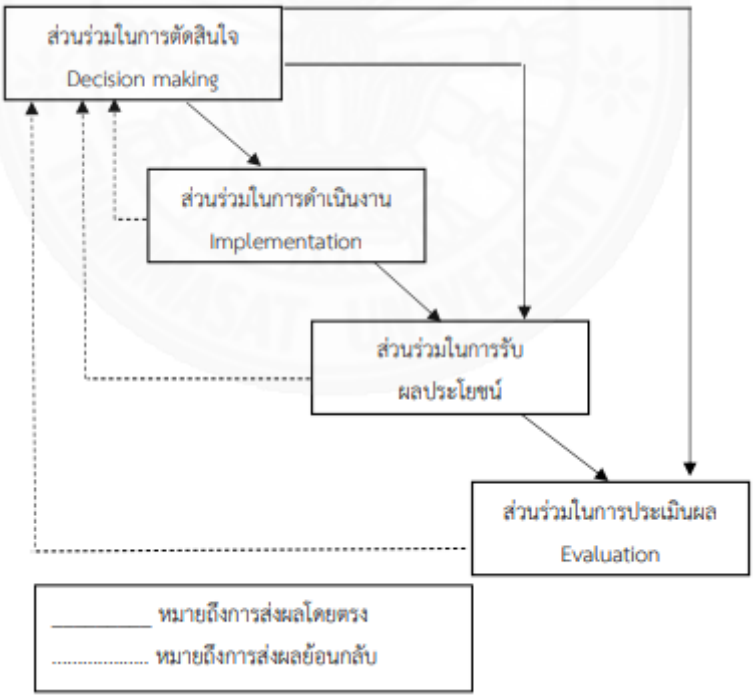
การมีส่วนร่วม Cohen & Uphoff (1980) ได้เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วม 4 แบบ คือ

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้นประการแรกสุด คือ การกำหนดความต้องการและจัดลำดับความสำคัญ จากนั้นเลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ วางแผนและการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานตามโครงการนั้นจะได้มาจากคำถามที่ว่า ใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์โดยวิธีใด เช่น การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหารงานการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและคุณภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มผลประโยชน์ของโครงการนี้ รวมทั้งผลประโยชน์ในทางบวกและ ผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลในสังคม

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) สิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกตคือความเห็นความชอบ และความคาดหวัง ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มได้



รูปที่ 2.1 วงจรการมีส่วนร่วม

ที่มา : Cohen & Uphoff (1980)

นอกจากนี้ Cohen and Uphoff (1980) ได้เสนอลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้บริหารเพิ่มเติม คือ

1) การร่วมประชุมกลุ่มผู้ทำกิจกรรมในสถานประกอบการนั้น ๆ กล่าวคือผู้บริหารกิจกรรมได้มีส่วนร่วมในการเข้าประชุมตามวัน และเวลาที่มีการประชุม

2) การร่วมวางแผนในการประกอบธุรกิจ คือ การที่บุคคลซึ่งเป็นผู้บริหารกิจกรรมมีส่วนร่วมในการเสนอแนวความคิดใหม่ ๆ ในการปรับปรุงกิจกรรมในธุรกิจ เช่น การตลาดก็มีการเสนอให้หาตลาดใหม่ก็คือว่าเป็นการร่วมวางแผน เป็นต้น

3) การร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรม คือการที่ผู้บริหารกิจการมีส่วนในการคัดเลือกกิจกรรมที่จะมีขึ้นในสถานประกอบการนั้น ๆ

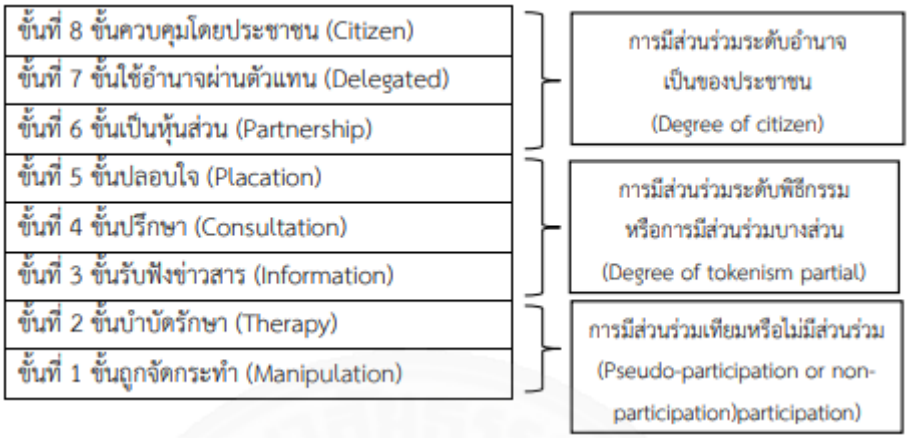
4) การร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ คือการที่ผู้บริหารได้มีโอกาสลงมือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในสถานประกอบการณ์นั้น ๆ

5) การร่วมประเมินผลในกิจกรรมต่าง ๆ คือการที่ผู้บริหารกิจการมีโอกาสเป็นผู้ตรวจสอบและติดตามผลงานของกิจกรรมที่เกิดขึ้น

6) การร่วมได้รับประโยชน์จากการประกอบกิจการ คือการที่ผู้บริหารกิจการมีโอกาสได้เงินเดือน หรือโบนัสเพิ่มมากขึ้นจากเดิม

สรุปการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen & Uphoff (1980) ต้องประกอบด้วยการมีส่วนเกี่ยวข้องประชาชน 4 ประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ว่าจะทำอะไรและทำด้วยวิธีการอย่างไร มีส่วนในการดำเนินโครงการตัดสินใจในการให้ทรัพยากร สนับสนุนโครงการและการร่วมมือกับองค์กรหรือกลุ่มกิจกรรมเป็นการเฉพาะ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนในการประเมินผลโครงการ

Arnstein (1969) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนมีลักษณะเป็นขั้นบันได (Participation leader) 8 ขั้น ดังรูปประกอบ ต่อไปนี้



รูปที่ 2.2 การมีส่วนร่วม 8 ขั้น

ที่มา : Arnstein (1969)

ขั้นที่ 1 จากภาพแสดงขั้นตอนของบันได คือ ขั้นถูกจัดกระทำและขั้นที่สอง คือ ขั้นบำบัดรักษานั้น เรียกว่าการมีส่วนร่วมเทียมหรือไม่มีส่วนร่วม เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าไม่ถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ในการตัดสินใจในกรณีนี้จะมีกลุ่มบุคคลจำนวนน้อยที่อยู่ในอำนาจเท่านั้นทำหน้าที่ตัดสินใจโดยไม่มีการพูดถึงเนื้อหา วิธีการของการตัดสินใจหรือตำแหน่ง และอำนาจหน้าที่ของผู้ที่อยู่ในอำนาจหน้าที่นั้น

ขั้นที่สองนี้ สร้างขึ้นมาเพื่อที่จะทดแทนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง วัตถุประสงค์ที่ แท้จริงของสองขั้นนี้ ไม่ใช่การทำให้ประชาชนเข้าถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือการควบคุมโครงการ แต่จะช่วยให้ผู้กุมอำนาจอยู่ดำเนินการให้การศึกษาหรือทำงานรักษาผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

บันไดระดับที่สามถึงห้า ก้าวหน้าถึงระดับที่เรียกว่า การมีส่วนร่วมแบบพิธีกรรมหรือการมีส่วนร่วมบางส่วน โดยขั้นที่สามขั้นรับฟังข่าวสารและขั้นที่สี่ ขั้นปรึกษานั้น ความเห็นหรือข้อคิดของประชาชนได้รับการรับฟังจากผู้กุมอำนาจอยู่มากขึ้น แต่ภายใต้เงื่อนไขเหล่านี้ พวกเขาไม่มีอำนาจที่จะรับประกันได้ว่าความคิดเห็นของพวกเขาจะได้รับการเอาใจใส่จากผู้มีอำนาจ เต็มเมื่อการมีส่วนร่วมถูกจำกัดอยู่ในระดับเหล่านี้ จึงไม่มีทางที่จะทำการเปลี่ยนแปลงสภาพได้ ส่วนขั้นที่ห้า ขั้นปลอบใจเป็นขั้นสูงของการมีส่วนร่วม บางส่วนที่ยอมให้คนจนให้คำแนะนำได้แต่ก็ยังคงไว้ ซึ่งสิทธิในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจต่อไป บันไดระดับสูงขึ้นไปเป็นระดับที่เรียกว่าอำนาจเป็นของประชาชนซึ่งเพิ่มระดับของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น ประชาชนสามารถเข้าสู่ขั้นที่หกขั้นเป็นหุ้นส่วน ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าร่วมในการเจรจาเพื่อผลได้ผลเสีย (Trade-offs) กับผู้มีอำนาจดังเดิม ส่วนในขั้นที่เจ็ดขั้นใช้อำนาจผ่านตัวแทน และขั้นที่แปด ขั้นควบคุมโดยประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจในการ ตัดสินใจของประชาชนโดยผ่านตัวแทนหรือประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจนั้นเอง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Arnstein (1969) พิจารณาถึงความเข้มข้นของการมีส่วนร่วมในมิติของการมีอำนาจในการตัดสินใจของประชาชน ซึ่งมีพิสัยของความเข้มตั้งแต่การไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเลยไปจนถึงการมีอำนาจในการตัดสินใจอย่างเต็มที่ การวัดความมีส่วนร่วมของ Arnstein (1969) ที่แบ่งออกเป็น 8 ขั้น การแบ่งเช่นนี้ ทำให้สามารถวัดได้อย่างละเอียดครอบคลุม แต่ก็ทำได้ยาก ในทางปฏิบัติเนื่องจากการมีส่วนร่วมในแต่ระดับมีความคาบเกี่ยวกัน อย่างไรก็ตาม Arnstein ได้จำแนกระดับการมีส่วนร่วมทั้ง 8 ขั้นของตนให้เป็น 3 ขั้นใหญ่ ๆ ซึ่งเป็นการทำคู่ขนานไว้ในขั้นบันได 8 ขั้นของ Arnstein ดังได้เสนอไว้ข้างต้นนั้น สามารถสรุปได้เป็น 3 ระดับสำคัญดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมเทียม (Pseudo participation) หรือการมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ ผู้เข้าร่วมไม่มีอำนาจ ใด ๆ ในการตัดสินใจ แต่เป็นฝ่ายกระทำตามการตัดสินใจของบุคคลอื่นเท่านั้น

ระดับที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมบางส่วน (Partial participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ ผู้เข้ามีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นแต่อำนาจในการตัดสินใจจะอยู่ที่บุคคลอื่น

ระดับที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine participation) การ มีส่วนร่วมในระดับนี้ ความคิดเห็นของบุคคลที่เข้าร่วมได้รับฟัง และการยอมรับเป็นส่วนใหญ่ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้เข้าร่วมนั่นเอง

ดังนั้น การมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Arnstein (1969) ให้ความสำคัญกับคุณภาพของการมีส่วนร่วมที่ผู้เข้าไปร่วมจะต้องมีอำนาจและการควบคุมอย่างแท้จริง ในอันที่จะกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งให้บังเกิดผลขึ้นมามิใช่เพียงแต่เข้าไปมีส่วนร่วมเฉย ๆ

Delbecq & Andrew (1971) ได้เสนอรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผน 5 รูปแบบ ดังนี้

1) การรวบรวมข้อมูลรายละเอียดของโครงการต่าง ๆ

2) การวิเคราะห์หรือสรุปปัญหา

3) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

4) ดำเนินการแก้ไขปัญหา

5) ติดตามและประเมินผลความสำเร็จของโครงการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่าตามแนวคิดของ Delbecq and Andrew (1971) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ การจัดลำดับความสำคัญ ดำเนินการ และติดตามประเมินผลความสำเร็จของโครงการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงให้โครงการมีประสิทธิภาพและสำเร็จตามวัตถุประสงค์

สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ (2545) ได้แบ่งรูปแบบ หรือระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็น 6 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ร่วมรับรู้ หมายถึง รัฐได้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมแก่ประชาชน เมื่อรัฐมีความคิดริเริ่มหรือมีนโยบายที่จะให้มีโครงการหรือ กิจกรรมนั้น ๆ แล้วเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน หรือให้สิทธิแก่ประชาชนในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของราชการที่มอบให้แก่ประชาชนนั้น นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามีส่วนร่วมด้วย

ระดับที่ 2 ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น เมื่อประชาชนได้ร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากรัฐแล้วประชาชนก็จะร่วมค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ความจำเป็นและความต้องการที่ต้องให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้นพร้อมร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อหน่วยงานเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมหรือหน่วยงาน หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจนำไปใช้ประกอบการพิจารณาต่อไป

ระดับที่ 3 ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ หมายถึง ร่วมพิจารณาเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับโครงการหรือกิจกรรม

ระดับที่ 4 ร่วมดำเนินการหมายถึง ร่วมในการลงทุน ร่วมในการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานหรือร่วมปฏิบัติงานเอง ในระดับการมีส่วนร่วมนี้ อาจจะทำไม่ได้ในทุกประเภทของโครงการ เช่น หากเป็นโครงการที่จำเป็นต้องใช้ผู้มีความรู้เฉพาะด้านผู้ชำนาญการหรือเทคโนโลยีชั้นสูงแล้ว บางครั้งเป็นความยุ่งยากที่จะให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมปฏิบัติงานได้แต่หากเป็นโครงการหรือกิจกรรมระดับท้องถิ่นที่ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านได้ ชาวบ้านหรือประชาชนในท้องถิ่นก็เข้าร่วมดำเนินการได้ หรือเป็นการร่วมดำเนินการด้วยการลงทุนถือหุ้นก็ย่อมถือว่ามีการร่วมดำเนินการได้

ระดับที่ 5 ร่วมติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล หมายถึง การร่วมตรวจสอบ และติดตามการดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์หรือไม่

ระดับที่ 6 ร่วมรับผล หมายถึง การดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินไปแล้วย่อมได้มาซึ่งผลประโยชน์และผลกระทบทั้งที่เป็นผลกระทบด้านบวกและผลกระทบด้านลบ

การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้ง 6 ระดับนั้น หากประชาชนได้มีโอกาส เข้าไปมีส่วนร่วมด้วยทุกระดับแล้วย่อมถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

เมตตา แก้วอุดม (2552) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ดังต่อไปนี้

1) เพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจ กระบวนการการปรึกษาหารือกับสาธารณชน ช่วยให้เกิดความกระจ่างในวัตถุประสงค์และความต้องการของโครงการหรือนโยบาย นั้น ๆ ได้อยู่เสมอ สาธารณชนสามารถที่จะผลักดันให้เกิดการทบทวนข้อสันนิษฐานที่ปิดบังอยู่ ซึ่งอาจจะปิดบังไม่ให้มองเห็นทางออกที่มีประสิทธิภาพที่สุด บ่อยครั้งกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดการพิจารณาถึงทางเลือกใหม่แทนวิธีการที่ได้เคยใช้กันมาในอดีตสาธารณชนมักจะมีข้อมูลที่สำคัญ

ซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างในการที่จะไปสู่การตัดสินใจก่อให้เกิดความแตกต่าง ระหว่างโครงการที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ

2) การลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา กระบวนการหรือโครงการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเต็มรูปแบบ มักจะสิ้นเปลืองและเสียเวลา แต่ในทางปฏิบัติแล้วการมีส่วนร่วมของประชาชนมาตั้งแต่ต้นสามารถที่จะลดความล่าช้าและลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งของประชาชนได้การตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่งอาจจะดูว่าสิ้นเปลืองและเสียเวลากว่าที่จะต้องตัดสินใจได้ แต่ว่าเมื่อตัดสินใจแล้วและนำมาต่อการปฏิบัติอาจจะเป็นวิธีการที่ประหยัดกว่าด้วยซ้ำ

3) การสร้างฉันทามติ การมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถที่จะสร้างข้อตกลงที่มั่นคงและยืนยาวและการยอมรับระหว่างกลุ่มซึ่งอาจจะมีความเห็นขัดแย้งกันคนละทาง การมีส่วนร่วมนี้ยังก่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างคู่กรณี ลดความขัดแย้งทางการเมืองและสร้างให้เกิดความชอบธรรมในการตัดสินใจของรัฐ

4) การเพิ่มความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้คนเรามีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของการตัดสินใจนั้นและครั้งหนึ่งเมื่อได้ร่วมตัดสินใจแล้วเราก็ย่อมต้องการที่จะเห็นสิ่งนั้นนำไปปฏิบัติได้ ไม่เพียงแต่จะมีความสนับสนุนทางการเมืองต่อการนำไปปฏิบัติ แต่กลุ่มและปัจเจกชนอาจจะรู้สึกกระตือรือร้นในการที่จะช่วยให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

5) การหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า “กรณีที่ร้ายแรงที่สุด” บางครั้งเมื่อ ความขัดแย้งนำไปสู่ความเสียหาย และยากต่อการแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดโอกาสที่คู่กรณีจะแสดงความต้องการของกลุ่มเขาและความห่วงกังวลที่ปราศจากความรู้สึกที่เป็นปฏิปักษ์ การมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่ต้นสามารถลดการเผชิญหน้ากันอย่างรุนแรงที่อาจจะเป็นไปได้ อย่างไรก็ดี การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจไม่สามารถลดหรือจำกัดความขัดแย้งในทุก ๆ กรณีได้

6) การดำรงไว้ ซึ่งความน่าเชื่อถือและความชอบธรรม วิถีทางที่จะนำไปสู่ความชอบธรรมและการดำรงอยู่ของความชอบธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการตัดสินใจก่อให้เกิดความขัดแย้งก็คือจะต้องใช้กระบวนการตัดสินใจซึ่งโปร่งใสและน่าเชื่อถือต่อสาธารณชน ซึ่งให้สาธารณชนมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนยังก่อให้เกิดความเข้าใจถึงเหตุผลที่นำไปสู่การตัดสินใจนั้น ๆ

7) การคาดคะเนความห่วงกังวลของประชาชนและค่านิยมของ สาธารณชนในขณะที่เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ทำงานกับสาธารณชนในโครงการมีส่วนร่วมของประชาชนจะค่อย ๆ เพิ่มความรู้สึกที่ไวต่อความห่วงกังวลของสาธารณชน และต่อการที่ว่าสาธารณชนมองการ ปฏิบัติงานขององค์กรส่วนท้องถิ่นอย่างไร บ่อยครั้งทัศนคติเหล่านี้ได้นำมาพูดคุยกับภายใน เพื่อที่ว่าเจ้าหน้าที่จะได้เกิดความตระหนักถึงการตอบสนองของสาธารณชนที่เป็นไปได้ต่อกระบวนการและการตัดสินใจต่าง ๆ ถึงแม้ประเด็นนั้นอาจจะไม่ใหญ่โตมากนักที่จะต้องทำโครงการการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเป็นทางการ

8) การพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชนประโยชน์อันสำคัญอย่างยิ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การให้การศึกษาต่อสาธารณชนที่ดี ขึ้นกว่าเดิมผู้มีส่วนร่วมไม่เพียงแต่จะเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหา แต่เขายังได้เรียนรู้ด้วยว่ากระบวนการตัดสินใจโดยองค์กรส่วนท้องถิ่นของเขาควรจะเป็นอย่างไร และทำไมต้องตัดสินใจดังกล่าว การมีส่วนร่วมของประชาชน ยังเป็นเวทีการฝึกที่มีประสิทธิภาพของผู้น าท้องถิ่นในอนาคตอีกด้วย

ปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมของประชาชน

การศึกษาถึงปัญหาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมบริหารกิจการสาธารณะของประเทศไทยนั้น พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินโครงการมีความไม่โปร่งใส อาจกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นจากปัจจัย 3 ประการ คือ

1) ประชาชนขาดความตระหนัก ซึ่งหมายถึงความรู้ ความเข้าใจที่แท้จริงในสิทธิ และบทบาทหน้าที่ของตนเอง และจิตสำนึก ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมและสิ่งแวดล้อม ในประเด็นนี้มีนักวิชาการบางท่านมองว่าเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล แต่ละคนอาจมองการบริหารกิจการสาธารณะในลักษณะที่ไม่ใช่บทบาทหน้าที่ของตนเอง องค์การหรือ หน่วยงานของรัฐมีหน้าที่จัดการ รับผิดชอบให้ประชาชน อีกประเด็นประชาชนอาจมองว่าตนเองไม่มี ส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง การเข้ามามีส่วนร่วมอาจทำให้ตนเองไม่อาจทำให้ได้รับประโยชน์อะไร

2) ระบบราชการเดิมไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งระบบอุปถัมภ์ เป็น อุปสรรคขัดขวางการมีส่วนร่วมของประชาชน อีกทั้งระบบราชการยังไม่กระจายอำนาจให้แก่ประชาชนอย่างแท้จริง

รวมทั้งเจ้าหน้าที่หรือข้าราชการมองว่าประชาชนเป็นเพียงผู้รับผลประโยชน์ การเข้ามามีส่วนร่วมอาจทำให้ล่าช้า ไม่ทันการ

3) การห่างเหินจากท้องถิ่นของประชาชน ทำให้นักการเมืองขาดการตรวจสอบจากประชาชน การดำเนินงานจึงเกิดความบกพร่องขึ้นได้ง่าย จนถึงขั้นทุจริต คอรัปชั่น แม้จะมีการตรวจสอบแต่ก็ไม่มีประสิทธิภาพมากนัก

2.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมาย ความสำคัญ

UNESCO (1993) เสนอความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงเป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

WHO (1998) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของปัจเจกบุคคล (Individual) ที่มีต่อสถานภาพชีวิตของตนเองตามบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่ใช้ชีวิตอยู่และสัมพันธ์กับเป้าประสงค์ ความคาดหวัง มาตรฐาน และความกังวลสนใจที่มีต่อสิ่งต่างๆ คุณภาพชีวิตเป็นมโนมติที่มีขอบเขตกว้างขวางครอบคลุม เรื่องต่างๆ ที่สลับซับซ้อน ได้แก่ สุขภาพทางกาย สภาวะทางจิต ระดับความเป็นตัวของตัวเอง ความสัมพันธ์ต่างๆ ทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล และสัมพันธภาพที่มีต่อสิ่งแวดล้อม

Padilla & Grant (1985) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงได้ตาม ภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำงานที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

คำว่าคุณภาพชีวิต เป็นชื่อใหม่ของความดั้งเดิม (Old Notion) ซึ่งเรียกกว้างๆ ว่าการเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) คือ การเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและสิ่งแวดล้อมตามสภาพทั่วไป ในด้านส่วนบุคคล

คุณภาพชีวิตจะ แสดงออกในรูปของความต้องการ (Want) เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วทำให้บุคคลนั้นๆ มีความสุข หรือความพึงพอใจ แต่ในทางสังคมและสภาพแวดล้อมการมีชีวิตอย่างมีคุณภาพต้องไม่เป็นภาระหรือ ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม

Bennet (1975) ได้ อธิบายถึงชีวิตที่มีคุณภาพแทนคุณภาพชีวิต โดยกล่าวว่าคนที่แตกต่างกันทางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ย่อมให้ความหมายคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ไม่มีวิธีการตายตัวใดๆ ที่จะวัดคุณภาพชีวิตของบุคคล Bennet (1975) จึงได้แบ่งชีวิตที่มีคุณภาพออกเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความจำเป็นพื้นฐาน อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม สุขภาพ มีความมั่นคง และอิสระจากความไม่ถูกต้อง

ระดับที่ 2 เกี่ยวข้องกับความต้องการซึ่งเป็นที่พอใจของแต่ละบุคคลเพื่อให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) มีค่านิยมที่เหมาะสมกลมกลืนกับสังคม วัฒนธรรม การเมือง และ สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่ซึ่งแต่ละบุคคลสามารถใช้เป็นรากฐานการตัดสินใจอันสำคัญของ ชีวิต

2) มีความสมดุลระหว่างความปรารถนาและความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึง ความปรารถนา

3) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตของบุคคลที่ตั้งไว้ และสามารถบรรลุตามจุดมุ่งหมายนั้นได้

Sharma (1975) เสนอความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นความคิดรวบยอดที่ซับซ้อน เป็นทั้งความพึงพอใจ อันเกิดจากการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ และด้านสังคมในระดับจุลภาพและมหภาค

Berghom & Others (1981) ได้กล่าวถึง คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตในปัจจุบันตามองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้ต่างๆ

Yong & Longman (1983) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบันเกิดขึ้นจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล

Ferrans (1990) คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of Well-being) ของบุคคลซึ่งเป็นผลต่อความรู้ พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ

กรมการพัฒนาชุมชน (2537) เสนอว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานที่ได้ กำหนดไว้ในสังคมหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่ง คือ การที่จะกล่าวว่า ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ก็ต่อเมื่อประชาชนในครอบครัวหรือชุมชนนั้นมีชีวิต ความเป็นอยู่บรรลุตามความจำเป็นพื้นฐานครบถ้วนทุกประการ ซึ่งเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่กำหนดไว้แล้วนั้น สามารถแปรเปลี่ยนไปได้ตามสภาพทาง เศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะนั้น

พัณณิน กิติพราภรณ์ (2531) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิต คือ ชีวิตที่มีความสุข ซึ่งความสุขนั้นเกิดจากความสุข 2 ทาง ได้แก่ ความสุขทางกาย หมายถึง มีความเป็นอยู่ที่ดี อาทิเช่น มีที่อยู่อาศัย มีสุขภาพ และ Health Care ที่ดี มีสาธารณูปโภค เช่น การคมนาคมที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่ดี เช่น น้ำ อากาศที่บริสุทธ์ และยังรวมไปถึงการพักผ่อนและ สันทนาการที่ดีตามสมควรอีกด้วย และความสุขทางใจ ที่ได้จากการรู้จักพอดี ความพอใจในสถานภาพที่เป็นอยู่ การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความรัก ความอบอุ่นผูกพันในครอบครัวและ เพื่อนมนุษย์มีความอดทนเสียสละทำประโยชน์แก่สังคม

อัจฉรา นวจินดา และ ขจีรัส ภิรมย์ธรรมศิริ (2534) เสนอความหมายของ คุณภาพชีวิตของบุคคล คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจที่เกิดจากการได้รับสิ่งตอบสนองจากสิ่งที่ต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2543) กล่าวถึงความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระ และไม่ก่อให้เกิดปัญหากับสังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจสามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคมสามารถแก้ไขปัญหาตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

ชาญชัย อินทรประวัติ (2547) เสนอความหมายของคุณภาพชีวิตของบุคคล หมายถึง ความพึงพอใจของบุคคลในการดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมอย่างสร้างสรรค์ และได้รับการสนองตอบความต้องการของตนเองในด้านต่างๆ ซึ่งได้แก่ ความต้องการพื้นฐาน ในการดำรงชีวิต ความต้องการทางด้านสังคมและจิตใจ

ประภาพร จินันทุยา (2536) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความรู้ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคลต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้ของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพ สภาพแวดล้อม สถานภาพทางเศรษฐกิจ การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรมทางสังคม

สุกัญญา มาลาอี (2547) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า มีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกของมนุษย์ ได้แก่ ด้านจิตใจ ความรู้ความสามารถ อารมณ์และความรู้สึก และด้านร่างกาย คือ ความมีสุขภาพกายที่ดี สภาพความเป็นอยู่และสภาพการดำรงชีวิตที่ดีในสังคม ฉะนั้น คุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นชีวิตที่มีความสุขกาย สุขใจ และสามารถดำรงชีวิตด้วยการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและบริบทของสังคมได้ตามสภาวะ

กล่าวโดยสรุปความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงความพึงพอใจในการดำรงชีวิตการมีชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดีในด้านต่างๆ ที่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการดำรงชีวิตและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทิศทางที่ดี ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้องไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ตนเองและสังคม

ความสำคัญของคุณภาพชีวิต

ศูนย์ประสานงานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (2532) ได้กล่าวถึง ความสำคัญของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตที่ดีนับเป็นสิ่งสำคัญและ เป็นจุดหมายปลายทางของบุคคล ชุมชนและประเทศชาติโดยส่วนรวม ประเทศใดหากประชากรในชาติ โดยส่วนรวมด้อยคุณภาพ แม้ว่าประเทศนั้นจะมีทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ซักเพียงใด ก็ไม่อาจทำให้ประเทศชาตินั้นเจริญและพัฒนาให้เท่าทันหรือเท่าเทียมกับประเทศที่มีประชากรที่มีคุณภาพได้ คุณภาพของประชากรจึงถือเป็นปัจจัยที่สำคัญและแสดงถึงระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ประการหนึ่ง

นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐ อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์ รวมถึงหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญและสนใจในเรื่องนี้มากยิ่งขึ้น

พัชรี หล้าแหล่ง (2556) กล่าวถึง ความสำคัญของคุณภาพชีวิต ไว้ดังนี้

1) ความสำคัญของคุณภาพชีวิตระดับตนเองและครอบครัว คือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีสุขภาพพลานามัยที่ดี ไม่เจ็บป่วย ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายส่วนตน และสามารถประกอบอาชีพการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดี มีครอบครัวที่อบอุ่นไร้ซึ่งปัญหา

2) ความสำคัญของคุณภาพชีวิตระดับสังคมและประเทศชาติ เมื่อประชากรในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมทำให้คุณภาพชีวิตในสังคมและประเทศชาติดีขึ้นไปด้วย แต่ทั้งนี้รัฐบาลจะต้องมีนโยบายที่จะเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร เช่น สภาพแวดล้อม การศึกษา การประกอบอาชีพ และรายได้ของประชากร เป็นต้น

องค์กรอนามัยโลก หรือ WHO (1948) ในฐานะเป็นองค์กรหลักที่ดูแลด้านสุขภาพอนามัย มองเห็นว่า “ร่างกาย จิตใจ สังคมที่ดีและการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเป็นสภาวะของความสมบูรณ์ที่ดี” ถึงแม้ว่าข้อกำหนดนี้จะไม่ได้เกิดขึ้นจริง อย่างไรก็ตามในระยะแรกผลสัมฤทธิ์ของแนวคิดที่ว่านี้เกิดกับกลุ่มประชาชนในวัยทำงานในโลกตะวันตกซึ่งหันมาดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพภายนอกร่างกาย และมีการชักชวนให้มีการดูแลสุขภาพซึ่งทำให้เชื่อมไปสู่ความสัมพันธ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนเรา ซึ่งในช่วงนั้นสุขภาพ (Health) ถูกให้ความหมายว่าเป็นสภาวะของความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจและความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม มิใช่หมายแต่เพียงปราศจากโรคและความอ่อนแอเท่านั้น แต่การดำเนินการการพัฒนาด้านการสาธารณสุขกับการพัฒนาด้านการคิดค้นความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ ด้านการรักษาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้านเดียว ขณะที่ การเจ็บป่วยด้านอื่นๆ กลับไม่ได้รับการดูแล และได้มีการเสนอหลัก “Spiritual Well-being” หรือ “สุขภาวะทางจิตวิญญาณ” เพิ่มเติมในความหมายของ “สุขภาพ” หลังจากนั้นจึงรวมความหมายถึงสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทุกๆ ทางเชื่อมโยงกันสะท้อนถึงความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริงของสุขภาพ ที่เกื้อหนุนและเชื่อมโยงกันทั้ง 4 มิติ ซึ่งความหมายในแต่ละด้าน คือ

1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจ พอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่มีอุบัติภัย เป็นต้น

2) สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตากรุณา มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น

3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ในชุมชน ในที่ทำงานในสังคม ในโลก ซึ่งรวมถึง การมีบริการทางสังคมที่ดี และมีสันติภาพ เป็นต้น

4) สุขภาวะทางปัญญา (จิตวิญญาณ) หมายถึง ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากมีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด

ความหมายของสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน สุขภาวะทางกายและสุขภาวะทางจิตเป็นสุขภาพที่ทำความเข้าใจได้ง่าย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตเห็นได้ตลอดเวลา สุขภาวะทางสังคมเป็นการแสดงออกรวมกันของสังคม ซึ่งต้องทำความเข้าใจและยอมรับรวมกันของทั้งสังคม และสุขภาวะทางปัญญา (จิตวิญญาณ) เป็นสุขภาพที่ทำความเข้าใจได้ยากและเป็นขั้นสูงสุดของสุขภาพองค์รวม โดยโครงสร้างของคุณภาพชีวิต มี 5 ประเด็น คือ ระดับทักษะของแต่ละคน ผ่านการกระทำทางชุมชนและการให้บริการสาธารณสุข ครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อม นโยบาย และเกี่ยวข้องกับระบบนิเวศ ในที่นี้การส่งเสริมสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงส่วนประกอบสองอย่าง ได้แก่ สิ่งสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นการสร้างสุขภาพโดยทั่วๆ ไป สภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อม ซึ่งการดำเนินการทางสังคมและทางด้านวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของสุขภาพ จะนำไปสู่การพิจารณา การวางแผนออกแบบโครงสร้างสภาพแวดล้อมใหม่และการแลกเปลี่ยนเหตุผลของแต่ละคน ซึ่งผลที่ตามมาที่คาดหวังในการส่งเสริมสุขภาพกับผลสะท้อนที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใต้ประเด็นหลักนี้

2.3 สารสนเทศเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประวัติความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศและส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีตัวจักรสำคัญในการดำเนินงานคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้นในปี พ.ศ. 2520 โดยการดำเนินงานโครงการในระยะแรกดำเนินงานในรูปแบบโครงการทดลองในพื้นที่จังหวัดต่างๆ รวม 20 จังหวัด โดยทำการทดลองทุกอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพกันเองด้วยวิธีที่ง่าย สะดวก ประหยัด และทั่วถึง ช่วยบรรเทาภาวะขาดแคลน

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขในชนบท และ แก้ไขปัญหารักษาพยาบาลหรือดูแลรักษาสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของประชาชน ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวเรียกว่า อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกายแรงใจ เวลาและทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ และวันที่ 21 ธันวาคม 2536 คณะรัฐมนตรี จึงได้มีมติอนุมัติให้ทุกวันที่ 20 มีนาคม ของทุกปี เป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ”

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หรือบทบาท 6 ประการของ อสม. คือ 1) แก้ข่าวร้าย 2) กระจายข่าวดี 3) ชี้บริการ 4) ประสานงานสาธารณสุข 5) บำบัดทุกข์ประชาชน และ 6) ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้การยอมรับว่า อาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น จึงได้พยายามทุกวิถีทางที่จะให้การยกย่อง เชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน (https://www.prachachat.net/prachachat-hilight/news-1236889)

คุณสมบัติ สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.

1) เป็นบุคคลที่มีความสมัครใจที่จะทำงานเพื่อส่วนรวมด้วยความเสียสละ และมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือชุมชน

2) เป็นบุคคลที่มีความรู้อ่านออกเขียนได้

3) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านไว้วางใจ

4) เป็นบุคคลที่มีที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพในหมู่บ้านนั้น ๆ

5) เป็นบุคคลที่มีอาชีพแน่นอนและมีรายได้เลี้ยงตนเอง

6) เป็นบุคคลที่ตั้งบ้านเรือนอยู่ในสถานที่ที่ประชาชนไปติดต่อได้ง่าย

7) ไม่จำกัดเพศ และไม่จำกัดอายุ

8) ไม่ควรเป็นข้าราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือแพทย์ประจำตำบล... อ่านข่าวต้นฉบับได้

2.4 สารสนเทศเกี่ยวกับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีพื้นที่ 300 ตารางกิโลเมตรโดยประมาณ แบ่งเป็น 7 ตำบล 71 หมู่บ้าน มีสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดภาครัฐ รวม 14 แห่ง และมีคลินิกทุกประเภทรวม 225 แห่ง เป็นพื้นที่กึ่งเมืองที่มีการขยายตัวของชุมชนอย่างรวดเร็วและมี ประชากรแฝงจำนวนมากจากการย้ายถิ่นเพื่อทำงานหรือศึกษาเล่าเรียน ส่งผลให้มีความหนาแน่นของ ประชากรและการเคลื่อนย้ายสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเอื้อต่อการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก โดยข้อมูลปี 2566 พบว่าอัตราป่วยของประชากรในพื้นที่อยู่ที่ 203.21 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของ กระทรวงสาธารณสุขที่ไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี, 2568) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนากลไกการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ด้วยการร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาชน ครัวเรือนในพื้นที่

มีผลการศึกษาจำนวนมาก ได้นำเสนอสารสนเทศที่แสดงถึงปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ เช่น ทรัพยากร และปัจจัยเสริม เช่น การสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (Best, 1981; Bloom, 1979) หากบุคคลและชุมชนมี ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีแรงสนับสนุนที่เหมาะสม จะสามารถลดอัตราป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิของ ประเทศไทย โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและประชาชนในชุมชน (สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ เฝ้าระวังโรค และดำเนินกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บางส่วนยังขาดความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ขาดทักษะการประเมินและการจัดการ รวมถึงเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากรและแรง สนับสนุนจากภาคีเครือข่าย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562; สฤษดิ์เดช เจริญไชย และคณะ, 2563) นอกจากนี้ ยังพบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ประชาชนไม่เชื่อมั่น และไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ และปัญหาจากตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องของสุขภาพร่างกาย และวัยที่สูงอายุ และยังรวมไป

ถึงปัญหาภายในชุมชนระหว่างผู้นำชุมชนกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ถือเป็นช่องว่างสำคัญที่ส่งผลทำให้การปฏิบัติงานตามหน้าที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ยังไม่สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยได้พบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยสนับสนุน และ ส่งเสริมให้การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขได้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายได้ คือปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงภาคีเครือข่ายท้องถิ่น (สฤษดิ์เดช เจริญไชย และคณะ, 2563) โดยการสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่รับผิดชอบของ อสม. รวมถึงมีกิจกรรมเพื่อเสริมพลังให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ มีความมั่นใจอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วให้การดำเนินงานของ อสม. ได้บรรลุเป้าหมายได้อย่างยั่งยืน ดังปรากฏในรายงานการศึกษาของ Green & Kreuter (2005) ที่ได้อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจาก 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ได้แก่ ทรัพยากรและทักษะ และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เมื่อองค์ประกอบเหล่านี้ตามแนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ที่ Green & Kreuter (2005) ได้นำมาใช้ประกอบการศึกษาได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มีประสิทธิผล สอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ แรงสนับสนุนและการประสานงานกับชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานเพื่อมุ่งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการให้มากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, 2568) โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะ มีความหนาแน่นของประชากรในระดับสูง มีความหลากหลายทางสังคม และการขยายตัวของชุมชนเมือง การพัฒนารูปแบบดังกล่าวนอกจากจะช่วยเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แล้ว ยังช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง และยังช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อีกด้วย

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กมล เพชรัตน์ (2568) ศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอธัญบุรี จังหวัด

ปทุมธานี” โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และ 3) เพื่อประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาเบื้องต้น การพัฒนารูปแบบและการทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 120 คน ใน 3 ตำบลของอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และกลุ่มทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 30 คน ในตำบลบึงสนั่น เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม มีค่า ความเชื่อมั่นภาพรวมเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การถดถอยพหุคูณ และการทดสอบ T-test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้อย่างมีนัยสำคัญ($p < .05$) ได้แก่ ทัศนคติ ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 54.3 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การ เสริมพลังและพัฒนาศักยภาพ (2) การจัดกิจกรรมป้องกันในระดับครัวเรือนและชุมชน 3) การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย และ 4) ระบบติดตาม ประเมินผลและสะท้อนเรียนรู้ การทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่นำร่อง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคะแนนความรู้ ทัศนคติ ความพอเพียงของทรัพยากร การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่การรับรู้อุปสรรคลดลง ($p < .001$) และ กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย= 4.52, SD = 0.38) สรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้และขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ

นิพิฐพนธ์ แสงด้วง (2568) ศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ และระยะที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลอง เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถาม

แบบมาตรประมาณค่า แบบสอบถามแบบเลือกตอบถูก-ผิด และโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เทคนิคการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง, chi-square test, t-test, one–way MANOVA และ Repeated measure ANOVA ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-Square=0.50, df=2, p-value=0.78, RMSEA=0.00, CFI=1.00, GFI=1.00, SRMR=0.01) ผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง (t= 3.42, 3.86,p-value = 0.00, 0.00 ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลอง (t= -2.04, p-value= 0.04) 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (F= 5.19, 18.79, p-value = 0.03, 0.00 ตามลำดับ) ส่วนดัชนีมวลกาย พบว่าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) การดูแลตนเองตามหลัก 3อ2ส. ของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้น (F= 4.21, p-value = 0.02) โดยมีค่าเฉลี่ยระยะติดตามผลเดือนที่ 3 สูงกว่าเดือนที่ 2 และเดือนที่ 1

ไพฑูรย์ ดำริห์ (2567) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะ และปัจจัยด้านการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อ าเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่มาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 159 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะ การปฏิบัติงาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.9 อายุเฉลี่ย 57.86 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 77.4 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 42.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจ าตัว ร้อยละ 50.9 และมีระยะเวลาการเป็น อสม. 11-20 ปี ร้อยละ 42.1 ด้านปัจจัยความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.9) ส่วนปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน พบว่าการรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.6, 68.6 และ 57.2 ตามลำดับ ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.9 รองลงมาคือระดับดีมาก ร้อยละ 25.2 ระดับพอใช้ ร้อยละ 15.7 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 110.89 คะแนน ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ (β = 0.606, p < 0.001) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (β = 0.353, p < 0.001) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (β = 0.202, p < 0.001) และอายุ (β = -0.002, p < 0.001) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 54.3

ประภา จำปาศรี (2567) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้บทบาทการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้บทบาทการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี ประชากรคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การทำงานในชุมชน อยู่ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 384 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ทดสอบความเที่ยงการรับรู้บทบาทการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ค่าความเที่ยง = 0.83 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One-way ANOVA และ สถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสถานภาพบุคคลด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน และผ่านการอบรมหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้านกับการรับรู้บทบาทด้านการป้องกัน ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี จำแนกรายด้านพบว่าไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยสนับสนุนด้านความรู้กับการรับรู้บทบาทด้านการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน โดยรวมและรายด้าน พบว่าไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยสนับสนุนด้านแผนการปฏิบัติงาน/แนวทางปฏิบัติงาน/ทรัพยากรกับการรับรู้บทบาทด้านการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนโดยรวม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการสนับสนุนแผนปฏิบัติงาน/ แนวทางปฏิบัติงาน/ทรัพยากรการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดกับการรับรู้บทบาทด้านการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในครอบครัวและชุมชน ด้านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแล การรับประทานยาต่อหน้า (DOT) และ ด้านการใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคปอดในชุมชนแตกต่างกันอย่างมี

นัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าควรสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนดำเนินกิจกรรมการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนกำหนดให้เป็นนโยบายระดับจังหวัด โดยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนได้รับการอบรมความรู้การป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดและอบรมหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน ดำเนินการสนับสนุนแผนการปฏิบัติงาน/แนวทางปฏิบัติงาน/ทรัพยากรป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และจัดอบรมฟื้นฟู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนให้มีความรู้ความเข้าใจการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า (DOT) ซึ่งจะส่งผลให้ลดการแพร่ระบาดวัณโรคปอดในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศิริวิมล ปัญญาผล (2566) ศึกษาเรื่อง “บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่องานสาธารณสุขท้องถิ่น กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวโพ” มีวัตถุประสงค์คือ ศึกษาบทบาทการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสาธารณสุขท้องถิ่น 2) ศึกษาอุปสรรคการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสาธารณสุข และ 3) ศึกษาแนวทางเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงานของอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสาธารณสุข ใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการ สัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล หนองหัวโพ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทการปฏิบัติหน้าที่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในการให้ความรู้ในการป้องกันโรค ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ปฏิบัติหน้าที่ด้านการป้องกันโรค มีการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ปฏิบัติหน้าที่ด้านการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย โดยช่วยเหลือการอาบน้ำ ป้อนข้าว และจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการเป็นแกนนำในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชนโดย ปฏิบัติงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวโพ โดยการเสนอโครงการขอรับสนับสนุน งบประมาณการดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข และร่วมเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ประชาชนไม่เชื่อมั่น และไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ และปัญหาจากตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องของสุขภาพร่างกาย และวัยที่สูงอายุ และยังรวมไปถึงปัญหาภายในชุมชนระหว่างผู้นำชุมชนกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สราวุฒิ ริดเขียว (2565) ศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชาชน จังหวัดอุดรธานี” มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และปัจจัยทำนายด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ในจังหวัดอุดรธานี เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง กรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2566 จากกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 152 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ คุณลักษณะทั่วไป ค่า CVI +1 การรับรู้ประโยชน์ต่อ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ alpha=0.89 การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท alpha= 0.86 และ การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน alpha=0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน Multiple linear regression และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสรุปเนื้อหา (induction analysis) ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้การปฏิบัติงาน อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean= 3.94,SD= 0.67) มากที่สุดด้านการรับรู้ประโยชน์ของสร้างเสริมสุขภาพ (mean=4.20, SD=0.97) การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (mean=4.13, SD=0.77) และการรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (mean=3.49, SD=0.98) การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. โดยรวม อยู่ในระดับสูง (mean=4.31, SD=0.48) โดยพบว่ามากที่สุดในด้านการขับเคลื่อนและประเมินผล การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (mean=4.38,SD=0.39) การกระตุ้น หนุนเสริม เติมเต็ม การพัฒนาคุณภาพชีวิตในบทบาทของ อสม. (mean=4.28, SD=0.64) และการเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร (mean=4.25, SD=0.71) ปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของ อสม. โดยรวมมีการปฏิบัติในระดับสูง (mean=4.37, SD=0.44) มากที่สุดมีการปฏิบัติด้านเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางกายภาพ (mean= 4.46, SD=0.44) เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม (mean=4.42, SD=0.41) และการเปลี่ยนแปลงการลดความเหลื่อมล้ำ (mean=4.33, SD=0.42) ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถร่วมกัน ทำนายต่อปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 41.3 (R 2 Adj.=0.413, $p < 0.001$) สมการพยากรณ์ คือ $\hat{y} = 3.677 + 0.263$ (การเปลี่ยนแปลงทางความคิด) + 0.114 (การมีส่วนร่วม ขับเคลื่อนและประเมินผลการพัฒนา) + 0.100 (การมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หนุนเสริม เติมเต็ม) +0.114 (การมีส่วนร่วมเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร) + 0.143 (การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ) +0.073 (เปลี่ยนแปลง ทางการลดความเหลื่อมล้ำ) สรุป การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครั้งนี้ คาดว่าจะเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต ของประชาชนที่ดีเพิ่มขึ้น

จงรัก สุวรรณรัตน์ และ กรฐณธัช ปัญญาใส (2562) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 46 คน เป็นกลุ่มทดลอง โดยได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เครื่องมือการวิจัย คือ การสร้างเสริมสุขภาพ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัย(WHO) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ One way ANOVA with repeated measures ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพพบว่า ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านบุคลากรให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านเทคนิคการบรรยายและการปฏิบัติ และด้านการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับดีมาก คุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา จากการวัดซ้ำแต่ละครั้งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาด้าน การสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่หบ้าน หรือ อสม. ประกอบไปด้วยหลักการมีส่วนร่วมสำคัญ 4 ประการ คือ การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมด้านการร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมด้านการร่วมประเมินผล ตามแนวคิด Cohen & Uphoff (1981) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เป็นแนวคิดหลักในการศึกษาครั้งนี้ ดังปรากฏในระเบียบวิธีวิจัยในบทต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี” เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross Sectional) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยได้นำเสนอข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

1) ขอบเขตการศึกษา

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษา “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี” ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิธีวิจัยด้วยเทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยกำหนดขอบเขตเชิงเนื้อหาเชิงพื้นที่ รวมถึงประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1981) ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมใน 4 ประการ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

3.1.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี” ครอบคลุมพื้นที่รวม 62 ชุมชน มี อสม. จำนวน 615 คน

3.1.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 615 คน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอาศัยการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ตามที่ Cohen (1977) กำหนดไว้ที่ระดับ 0.35 ระดับความเชื่อมั่น (Power) ที่ระดับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 115 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามปลายปิด (Close–ended question) และคำถามปลายเปิด (Open–ended question) โดยมีคำถามซึ่งมีรายละเอียดของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

3.2.2 วิธีการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีคุณภาพสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจะเตรียมการในการสร้างและหาคุณภาพของแบบสอบถามดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามอย่างละเอียด

2) ผู้วิจัยศึกษาวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ตัวแปรที่ต้องการศึกษาทุกตัว กำหนดมาตรวัด (Scale of Measurement) แล้วจึงยกร่างแบบสอบถามให้ครบทุกตัวแปร (ทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม)

3) นำร่างแบบสอบถามไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญในด้านที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย แล้วนำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย จึงนำไปทดลองใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

4) ขั้นตอนการนำแบบสอบถามที่ผ่านการคัดเลือกแล้วในข้อ 3 ไปทำการทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีการของคอนบาค (Cronbrach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .922 จึงได้นำไปใช้เก็บข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3.3.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ

3.3.3 นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาเมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อย ผู้วิจัยลงรหัส (Coding) และนำมาประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์คำนวณค่าสถิติต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอ อภิปรายผล และสรุป โดยใช้ค่าสถิติต่าง ๆ เพื่อการคำนวณ ดังนี้

3.3.1 สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการพรรณาข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 1 สถิติพรรณาสำหรับประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามใช้ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 สถิติพรรณาสำหรับการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์การแปลความ
1	ระดับการมีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด
2	ระดับการมีส่วนร่วมในระดับน้อย
3	ระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง
4	ระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก
5	ระดับการมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด

จากนั้นนำผลที่ได้มาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วนำมาเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	เกณฑ์การแปลความ
1.00-1.50	ระดับการมีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด
1.51-2.50	การมีส่วนร่วมในระดับน้อย
2.51-3.50	การมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง
3.51-4.50	การมีส่วนร่วมในระดับมาก
4.51-5.00	การมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลข้อเสนอแนะแนวทางการสร้างทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จากการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาในระหว่างจัดเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการจดบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม แล้วนำมาวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การสรุปผลการศึกษาต่อไป

3.3.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

1) สถิติทดสอบสมมติฐาน สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ใช้สถิติทดสอบ t-test สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกับระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

2) สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสำหรับตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบแปรปรวนทางเดียว (One-way Anova) ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
t	แทน	ค่าสถิติ t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติ f-distribution
df	แทน	องศาความอิสระ (Degree of freedom)
P	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วม และเพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป โดยได้นำเสนอผลสรุปการวิจัยได้จำแนกการนำเสนอตามลำดับดังนี้

4.1 ผลการศึกษาคุณลักษณะทั่วไป

ผลการศึกษาคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ดังรายงานตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามด้านเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	35	30.4
หญิง	80	69.6
รวม	115	100.0

สรุปผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 80 คน (ร้อยละ 69.6)

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามด้านอายุ

อายุ (ปี)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 30 ปี	17	14.8
31 – 40 ปี	24	20.9
41 – 50 ปี	46	40.0
มากกว่า 50 ปี	28	24.3
รวม	115	100.0

สรุปผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 46 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีจำนวน 28 คน (ร้อยละ 28) และน้อยที่สุดคือ อายุไม่เกิน 30 ปี มีจำนวน 17 คน (ร้อยละ 14.8)

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามด้านอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	52	45.2
ค้าขาย	22	19.1
รับจ้าง	17	14.8
พนักงานเอกชน	17	14.8
ราชการ / วิสาหกิจ	3	2.6
อื่นๆ	4	3.5
รวม	115	100.0

สรุปผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 52 คน (ร้อยละ 45.2) รองลงมาคือ อาชีพ ค้าขาย มีจำนวน 22 คน (ร้อยละ 19.1) และ น้อยที่สุดคือ อาชีพ ราชการ / วิสาหกิจ มีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.6)

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามด้านการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	84	73.0
ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า	28	24.3
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.6
รวม	115	100.0

สรุปผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี มีจำนวน 84 คน (ร้อยละ 73.0) และระดับการศึกษาที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.6)

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามด้านรายได้

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 10,000 บาท	74	64.3
10,000 – 20,000 บาท	29	25.2
20,000 – 30,000 บาท	9	7.8
มากกว่า 30,000 บาท	3	2.6
รวม	115	100.0

สรุปผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท มีจำนวน 74 คน (ร้อยละ 64.3) รองลงมาคือรายได้ ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท มีจำนวน 29 คน (ร้อยละ 25.2) และกลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 30,000 บาท มีจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.6

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน

ที่	ระดับการมีส่วนร่วม ด้านการตัดสินใจ	$\overline{X}$	S.D.	แปลความ	ลำดับที่
1	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนด้านสาธารณสุขเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในพื้นที่	3.25	.857	มาก	5
2	ท่านมีการสื่อสาร ทำความเข้าใจอย่างสร้างสรรค์กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	3.71	.723	ปานกลาง	3

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน (ต่อ)

ที่	ระดับการมีส่วนร่วม ด้านการตัดสินใจ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ	ลำดับที่
3	ท่านมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้กับประชาชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อสร้างความตระหนักให้กับชุมชน	4.05	.963	ปานกลาง	1
4	ท่านมีโอกาสได้เสนอความคิดเห็นในการดำเนินงานต่างๆ ว่าควรดำเนินการอย่างไร	3.60	.887	ปานกลาง	4
5	ท่านได้เสนอวิธีการหรือโครงการต่างๆ เพื่อมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่อยู่เสมอ	3.75	.907	ปานกลาง	2
	เฉลี่ยรวม	3.67	.701	ปานกลาง	

สรุปผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการมีส่วนร่วมด้านการวางแผนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.67 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .701) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้กับประชาชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อสร้างความตระหนักให้กับชุมชน มีค่าเฉลี่ย 4.05 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .963 รองลงมาคือด้านการเสนอวิธีการหรือโครงการต่างๆ เพื่อมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่อยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.75 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .907 และน้อยที่สุดคือด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนด้านสาธารณสุขเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ย 3.25 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .857

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ที่	ระดับการมีส่วนร่วม ด้านการดำเนินงาน	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ	ลำดับที่
1	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับชุมชนในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง	4.08	.966	มาก	2
2	ท่านให้การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อประกอบการดำเนินงานกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างเต็มความสามารถ	3.98	.936	มาก	4
3	ท่านได้ใช้ความรู้ ความสามารถของท่านเพื่อมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	4.04	.968	มาก	3
4	ในทุกกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพท่านเข้าร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกิจกรรมเสมอ	4.10	.977	มาก	1
5	ในระหว่างดำเนินกิจกรรมท่านได้แลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศและนำมาประกอบการพิจารณาในการจัดกิจกรรมต่อไปอยู่เสมอ	3.75	.897	ปานกลาง	5
	เฉลี่ยรวม	3.99	.893	มาก	

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการมีส่วนร่วมด้านการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.99 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .893) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการเข้าร่วมในทุกกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.10 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .977 รองลงมาคือด้านการได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับชุมชนในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ย 4.08 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .966และน้อยที่สุดคือด้านในระหว่างดำเนินกิจกรรมได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศและนำมาประกอบการพิจารณาในการจัดกิจกรรมต่อไปอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.75 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .897

ตารางที่ 4.8 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ร่วมกัน

ที่	ระดับการมีส่วนร่วม ด้านการรับผลประโยชน์	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ	ลำดับที่
1	การจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้น ทำให้ท่านสามารถทำงานได้ง่ายขึ้น	4.25	.954	มาก	1
2	การเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับสุขภาพให้กับท่านได้อย่างดี	4.21	.922	มาก	2
3	ท่านได้รับการยอมรับจากประชาชนในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในความรู้ ความสามารถของท่านจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	4.01	.932	มาก	5
4	ท่านมีความมั่นใจในการให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มากขึ้น	4.04	.950	มาก	4
5	ท่านรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพจากการร่วมดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	4.10	.977	มาก	3
	เฉลี่ยรวม	4.12	.837	มาก	

สรุปผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ร่วมกันในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.12 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .837) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้น ทำให้ อสม. สามารถทำงานได้ง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.25 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .954 รองลงมาคือด้านการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับสุขภาพให้กับ อสม.ได้อย่างดี มีค่าเฉลี่ย 4.21 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .922 และน้อยที่สุดคือด้านการได้รับการยอมรับจากประชาชนในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในความรู้ ความสามารถของท่านจาก

การดำเนินงานเกี่ยวกับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.01 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .932

ตารางที่ 4.9 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ที่	ระดับการมีส่วนร่วมด้าน ด้านการประเมินผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ	ลำดับที่
1	ท่านได้มีการติดตามผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	3.34	.860	ปานกลาง	2
2	ท่านได้มีโอกาสประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของท่านอยู่เสมอ เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	3.94	.934	ปานกลาง	1
3	ท่านมีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล และรายงานผลเกี่ยวกับการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	3.33	.956	ปานกลาง	3
4	ท่านได้ร่วมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	3.25	.881	มาก	4
5	ท่านได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	3.02	.968	มาก	5
	เฉลี่ยรวม	3.38	.726	มาก	

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการประเมินผลร่วมกันในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .726) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านท่านได้มีโอกาสประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของท่านอยู่เสมอ เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีค่าเฉลี่ย 3.94 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .934 รองลงมาคือด้านการได้มีการติดตามผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ย 3.34 ค่า

เบี่ยงเบนมาตรฐาน .860 และน้อยที่สุดคือด้านการได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.02 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .968

ตารางที่ 4.10 แสดงผลสรุปค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ที่	ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตประชาชน	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ	ลำดับที่
1	การมีส่วนร่วมในการวางแผน	3.67	.701	ปานกลาง	3
2	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.99	.893	มาก	2
3	การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	4.12	.837	มาก	1
4	การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.38	.726	มาก	4
	เฉลี่ยรวม	3.79	.707	มาก	

เมื่อสรุปผลการวิเคราะห์ภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.79 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .707) โดยเมื่อวิเคราะห์รายด้านของรูปแบบการมีส่วนร่วม พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ร่วมกัน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.12 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .837 รองลง คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.99 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .893 และน้อยที่สุดคือ ด้านการมีส่วนรวมในการประเมินผล ค่าเฉลี่ย 3.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .726

4.3 ผลการทดสอบและเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร

การทดสอบผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การวางแผนร่วมกัน 2) การดำเนินงานร่วมกัน 3) การรับผลประโยชน์ร่วมกัน และ 4) การประเมินผลร่วมกัน โดยจำแนกผลการทดสอบตามคุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ดังปรากฏในผลการศึกษาต่อไปนี้

4.3.1 สรุปผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามเพศ

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกตามเพศของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ปัจจัยด้านเพศ มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในประเด็นด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนเพียงด้านเดียว รายละเอียดดังปรากฏในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.11 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามเพศ

ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	ชาย (n= 35)		หญิง (n=80)		t	P
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การมีส่วนร่วมในการวางแผน	3.40	.376	3.79	.775	2.847	.005*
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.93	.839	4.02	.919	2.474	.636
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	4.08	.896	4.14	.815	3.367	.714
การมีส่วนรวมในการประเมินผล	3.54	.652	3.27	.717	1.928	.056
การมีส่วนร่วมในภาพรวม	3.63	.562	3.85	.756	1.503	.136

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามเพศพบว่า เพศที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างในระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครด้านการวางแผนแตกต่างกันเพียงด้านเดียวที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

4.3.2 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามอายุ

ตารางที่ 4.12 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามอายุ

ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	อายุ (ปี)				F Sig.
	< 30	31-40	41 - 50	> 50	
	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	
การมีส่วนร่วมในการวางแผน	3.40	3.37	3.79	3.77	39.893
	.657	.599	.876	.865	.000*
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.93	3.83	4.02	3.92	94.739
	.847	.747	.674	.774	.000*
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	4.08	3.89	4.14	3.81	54.358
	.673	.777	.844	.850	.000*
การมีส่วนรวมในการประเมินผล	3.54	3.65	3.27	3.71	7.327
	.828	.822	.775	.728	.000*
การมีส่วนร่วมในภาพรวม	3.63	3.56	3.85	3.75	68.561
	.805	.788	.705	.801	.000*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกผลการศึกษาออกตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านอายุทั้งในภาพรวม และ ทุกระดับช่วงอายุ ที่แตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังจะได้นำไปทดสอบรายคู่ต่อไป

ตารางที่ 4.13 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ		อายุ 31 – 40 ปี	อายุ 41 – 50 ปี	มากกว่า 50 ปี
ไม่เกิน 30 ปี	Mean Difference	.014	1.087	.979
	(Sig.)	(.000)*	(.000)*	(.000)*
31 – 40 ปี	Mean Difference		1.087	.979
	(Sig.)		(.000)*	(.000)*
41 – 50 ปี	Mean Difference			.108
	(Sig.)			(.361)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน พบว่า มีความแตกต่างกัน 5 คู่ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนต่างจากผู้ที่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี และ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี และ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุระหว่าง 31 -40 ปี มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนต่างจากผู้ที่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี และ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกผลการศึกษาออกตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านอายุทั้งในภาพรวม และ ทุก

ระดับช่วงอายุ ที่แตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังจะได้นำไปทดสอบรายคู่ต่อไป

ตารางที่ 4.14 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ		อายุ 31 – 40 ปี	อายุ 41 – 50 ปี	มากกว่า 50 ปี
ไม่เกิน 30 ปี	Mean Difference	.519	1.391	1.789
	(Sig.)	(.000)*	(.000)*	(.000)*
31 – 40 ปี	Mean Difference		1.391	1.786
	(Sig.)		(.000)*	(.000)*
41 – 50 ปี	Mean Difference			.394
	(Sig.)			(.001)*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันในทุกช่วงอายุทั้ง 6 คู่ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างจากผู้ที่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี และ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี และ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุระหว่าง 31 -40 ปี มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างจากผู้ที่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี และ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างจากผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

ตารางที่ 4.15 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ		อายุ 31 – 40 ปี	อายุ 41 – 50 ปี	มากกว่า 50 ปี
ไม่เกิน 30 ปี	Mean Difference	.217	1.604	1.793
	(Sig.)	(.069)	(.000)*	(.000)*
31 – 40 ปี	Mean Difference		1.388	1.576
	(Sig.)		(.000)*	(.000)*
41 – 50 ปี	Mean Difference			.189
	(Sig.)			(.037)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ พบว่า มีความแตกต่างกันรวม 4 คู่ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างจากผู้ที่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี และ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุระหว่าง 31 -40 ปี มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างจากผู้ที่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี และ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

ตารางที่ 4.16 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ		อายุ 31 – 40 ปี	อายุ 41 – 50 ปี	มากกว่า 50 ปี
ไม่เกิน 30 ปี	Mean Difference	.438	.289	.198
	(Sig.)	(.038)*	(.123)	(.327)
31 – 40 ปี	Mean Difference		.726	.237
	(Sig.)		(.000)*	(.196)
41 – 50 ปี	Mean Difference			.487
	(Sig.)			(.002)*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่า มีความแตกต่างกัน รวม 3 คู่ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลต่างจากผู้ที่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุระหว่าง 31 -40 ปี มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลต่างจากผู้ที่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี และ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลต่างจากผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

4.3.2 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามอาชีพ

ตารางที่ 4.17 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามอาชีพ

ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	อาชีพ						
	เกษตรกร	ค้าขาย	รับจ้าง	พนักงานเอกชน	ราชการวิสาหกิจ	อื่นๆ	
	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	F Sig.
การมีส่วนร่วมในการวางแผน	3.11 .442	4.57 .483	3.80 .332	3.60 .865	4.01 .335	4.15 .100	44.406 .000*
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.10 .429	4.73 .341	4.60 .367	4.40 .774	4.84 .247	5.00 .000	110.369 .000*
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.29 .489	4.81 .218	4.88 .124	4.87 .231	4.69 .125	4.95 .100	104.035 .000*
การมีส่วนรวมในการประเมินผล	3.10 .300	3.36 .789	4.53 .604	3.67 .115	3.07 .393	2.60 .000	25.864 .000*
การมีส่วนร่วมในภาพรวม	3.63 .805	3.56 .788	3.85 .705	3.75 .801	4.01 .335	3.35 .707	79.655 .000*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกผลการศึกษาออกตามอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพทั้งในภาพรวม และ ทุกอาชีพที่แตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้าง

คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งจะได้นำไปทดสอบรายคู่ต่อไป

ตารางที่ 4.18 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ค้าขาย	รับจ้าง	พนักงานเอกชน	ราชการ/วิสาหกิจ	อื่นๆ
เกษตรกร	Mean Difference	1.465	.692	.492	.904	1.042
	(Sig.)	(.000)*	(.000)*	(.046)*	(.000)*	(.000)*
ค้าขาย	Mean Difference		.773	.973	.561	.423
	(Sig.)		(.000)*	(.000)*	(.000)*	(.061)
รับจ้าง	Mean Difference			.200	.212	.350
	(Sig.)			(.439)	(.136)	(.129)
พนักงานเอกชน	Mean Difference				.412	.550
	(Sig.)				(.113)	(.083)
ราชการ/	Mean Difference					.138
วิสาหกิจ	(Sig.)					(.547)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน พบว่า มีความแตกต่างกันรวม 8 คู่ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอาชีพเกษตรกร มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนต่างจากทุกอาชีพ ทั้งผู้ที่มีอาชีพ ค้าขาย พนักงานเอกชน ราชการ/วิสาหกิจ และ อื่นๆ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอาชีพค้าขาย มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนแตกต่างจากผู้ที่มีอาชีพ รับจ้าง อาชีพพนักงานเอกชน และ อาชีพราชการ/วิสาหกิจ

ตารางที่ 4.19 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ค้าขาย	รับจ้าง	พนักงานเอกชน	ราชการ/วิสาหกิจ	อื่นๆ
เกษตรกร	Mean Difference	1.623	1.496	1.296	1.731	1.896
	(Sig.)	(.000)*	(.000)*	(.000)*	(.000)*	(.000)*
ค้าขาย	Mean Difference		1.127	.327	.108	.273
	(Sig.)		(.290)	(.154)	(.369)	(.179)
รับจ้าง	Mean Difference			.200	.235	.400
	(Sig.)			(.391)	(.067)	(.055)
พนักงานเอกชน	Mean Difference				.435	.600
	(Sig.)				(.063)	(.036)*
ราชการ/	Mean Difference					.165
วิสาหกิจ	(Sig.)					(.426)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันรวม 6 คู่ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอาชีพเกษตรกร มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างจากทุกอาชีพ ทั้งผู้ที่มีอาชีพ ค้าขาย พนักงานเอกชน ราชการ/วิสาหกิจ และ อื่นๆ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอาชีพพนักงานเอกชน มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแตกต่างจากผู้ที่มีอาชีพอื่นๆ

ตารางที่ 4.20 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ค้าขาย	รับจ้าง	พนักงานเอกชน	ราชการ/วิสาหกิจ	อื่นๆ
เกษตรกร	Mean Difference	1.517	1.590	1.574	1.402	1.658
	(Sig.)	(.000)*	(.000)*	(.000)*	(.000)*	(.000)*
ค้าขาย	Mean Difference		.073	.0576	.115	.141
	(Sig.)		(.525)	(.793)	(.320)	(.468)
รับจ้าง	Mean Difference			.016	.188	.068
	(Sig.)			(.944)	(.126)	(.733)
พนักงานเอกชน	Mean Difference				.176	.083
	(Sig.)				(.441)	(.760)
ราชการ/	Mean Difference					.256
วิสาหกิจ	(Sig.)					(.199)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ พบว่า มีความแตกต่างกันรวม 5 คู่ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอาชีพเกษตรกร มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนต่างจากทุกอาชีพ ทั้งผู้ที่มีอาชีพ ค้าขาย อาชีพรับจ้าง พนักงานเอกชน ราชการ/วิสาหกิจ และ อื่นๆ

ตารางที่ 4.21 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ค้าขาย	รับจ้าง	พนักงานเอกชน	ราชการ/วิสาหกิจ	อื่นๆ
เกษตรกร	Mean Difference	.267	1.433	.571	.026	.496
	(Sig.)	(.034)*	(.000)*	(.052)	(.852)	(.053)
ค้าขาย	Mean Difference		1.166	.303	.293	.764
	(Sig.)		(.000)*	(.316)	(.066)	(.005)*
รับจ้าง	Mean Difference			.863	1.459	1.929
	(Sig.)			(.006)*	(.000)*	(.000)*
พนักงานเอกชน	Mean Difference				.596	1.067
	(Sig.)				(.054)	(.005)*
ราชการ/	Mean Difference					.471
วิสาหกิจ	(Sig.)					(.086)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่า มีความแตกต่างกันรวม 8 คู่ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอาชีพเกษตรกร มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลต่างจากผู้ที่มีอาชีพ ค้าขาย และ อาชีพรับจ้าง

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอาชีพค้าขาย มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลแตกต่างจากผู้ที่มีอาชีพ รับจ้าง และอาชีพอื่นๆ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอาชีพรับจ้าง มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลต่างจากผู้ที่มีอาชีพพนักงานเอกชน อาชีพรับราชการ/วิสาหกิจ และ อาชีพอื่นๆ และ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอาชีพพนักงานเอกชน มีค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลแตกต่างจากผู้ที่มีอาชีพอื่นๆ

4.3.2 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามการศึกษา

ตารางที่ 4.22 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามการศึกษา

ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	การศึกษา			F
	< ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	> ปริญญาตรี	
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	Sig.
	S.D.	S.D.	S.D.	
การมีส่วนร่วมในการวางแผน	3.57	3.91	4.20	3.493
	.776	.319	.768	(.034)*
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.69	4.79	4.52	25.376
	.854	.266	.764	(.000)*
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.87	4.79	4.44	18.628
	.844	.172	.484	(.000)*
การมีส่วนรวมในการประเมินผล	3.39	3.31	3.60	1.910
	.761	.506	.757	(.153)
การมีส่วนร่วมในภาพรวม	3.65	4.15	4.20	6.304
	.780	.172	.577	(.003)*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกผลการศึกษาออกตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษาทั้งในภาพรวม และ ทุกระดับช่วงการศึกษาที่แตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งจะได้นำไปทดสอบรายคู่ต่อไป

ตารางที่ 4.23 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน จำแนกตามการศึกษา

การศึกษา		ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
น้อยกว่าปริญญาตรี	Mean Difference	.340	.626
	(Sig.)	(.025)*	(.123)
ปริญญาตรี	Mean Difference		.286
	(Sig.)		(.495)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน พบว่า มีความแตกต่างกันจำนวน 1 คู่ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนต่างจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4.24 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จำแนกตามการศึกษา

การศึกษา		ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
น้อยกว่าปริญญาตรี	Mean Difference	1.095	1.310
	(Sig.)	(.000)*	(.004)*
ปริญญาตรี	Mean Difference		.214
	(Sig.)		(.638)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันจำนวน 2 คู่ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี และ ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4.25 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จำแนกตามการศึกษา

การศึกษา		ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
น้อยกว่าปริญญาตรี	Mean Difference	.914	1.129
	(Sig.)	(.000)*	(.010)*
ปริญญาตรี	Mean Difference		.219
	(Sig.)		(.630)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ พบว่า มีความแตกต่างกันจำนวน 2 คู่ ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี และ ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4.26 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกตามการศึกษา

ระดับการศึกษา		ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
น้อยกว่าปริญญาตรี	Mean Difference	.079	.793
	(Sig.)	(.608)	(.057)
ปริญญาตรี	Mean Difference		.714
	(Sig.)		(.096)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่า ในทุกระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

4.3.2 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามระดับรายได้

ตารางที่ 4.27 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามระดับรายได้

ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	ระดับรายได้ (บาท)				
	< 10,000	10,000-20,000	20,001 – 30,000	> 30,000	F
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	
	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.	Sig.
การมีส่วนร่วมในการวางแผน	3.54	3.77	4.24	4.20	3.870
	.811	.296	.167	.685	(.011)*
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.59	4.61	4.82	5.00	23.549
	.849	.323	.794	.000	(.000)*
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.74	4.81	4.73	5.00	22.490
	.817	.168	.444	.000	(.000)*
การมีส่วนรวมในการประเมินผล	3.18	4.03	2.87	3.70	19.476
	.507	.804	.224	.228	(.000)*
การมีส่วนร่วมในภาพรวม	3.63	3.56	3.85	3.75	6.132
	.805	.788	.705	.801	(.001)*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกผลการศึกษาออกตามระดับรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านระดับรายได้ทั้งในภาพรวม และ ทุกระดับรายได้ที่แตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งจะได้นำไปทดสอบรายคู่ต่อไป

ตารางที่ 4.28 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน จำแนกตามรายได้

รายได้ (บาท)		10,000-20,000	20,001 – 30,000	> 30,000
น้อยกว่า 10,000	Mean Difference	.229	.701	.657
	(Sig.)	(.125)	(.004)*	(.102)
10,000-20,000	Mean Difference		.472	.428
	(Sig.)		(.070)	(.299)
20,001 – 30,000	Mean Difference			.044
	(Sig.)			(.922)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน พบว่า มีความแตกต่างกันจำนวน 1 คู่ คือ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนต่างจากผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4.29 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จำแนกตามรายได้

รายได้ (บาท)		10,000-20,000	20,001 – 30,000	> 30,000
น้อยกว่า 10,000	Mean Difference	1.020	1.414	1.413
	(Sig.)	(.000)*	(.000)*	(.001)*
10,000-20,000	Mean Difference		.393	.393
	(Sig.)		(.148)	(.361)
20,001 – 30,000	Mean Difference			.014
	(Sig.)			(.992)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันจำนวน 3 คู่ คือ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างจากผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท และ ต่างจากผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท และ ต่างจากผู้ที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4.30 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จำแนกตามรายได้

รายได้ (บาท)		10,000-20,000	20,001 – 30,000	> 30,000
น้อยกว่า 10,000	Mean Difference	1.071	.990	1.257
	(Sig.)	(.000)*	(.000)*	(.002)*
10,000-20,000	Mean Difference		.080	.186
	(Sig.)		(.753)	(.647)
20,001 – 30,000	Mean Difference			.267
	(Sig.)			(.551)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ พบว่า มีความแตกต่างกันจำนวน 3 คู่ คือ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ต่างจากผู้ที่มีรายได้ระหว่าง

10,000 – 20,000 บาท และ ต่างจากผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท และ ต่างจากผู้ที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4.31 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกตามรายได้

รายได้ (บาท)		10,000-20,000	20,001 – 30,000	> 30,000
น้อยกว่า 10,000	Mean Difference	.859	.309	.576
	(Sig.)	(.000)*	(.134)	(.094)
10,000-20,000	Mean Difference		1.168	1.434
	(Sig.)		(.000)*	(.000)*
20,001 – 30,000	Mean Difference			.267
	(Sig.)			(.492)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่า มีความแตกต่างกันจำนวน 3 คู่ คือ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลต่างจากผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท และ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับรายได้ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลต่างจากผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท และแตกต่างจากผู้ที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการวางแผนกับการมีส่วนร่วมในภาพรวม

ตารางที่ 4.32 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการวางแผน

การมีส่วนร่วมในการวางแผน	การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในภาพรวม	
	r	Sig.
ท่านได้มีโอกาสสร้างความเข้าใจกับชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาพในกิจกรรมต่างๆ	.208	.027*
ท่านมีการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	.061	.522
ท่านมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้กับประชาชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อสร้างความตระหนักให้กับชุมชน	-.013	.895
ท่านมีโอกาสได้เสนอความคิดเห็นในการดำเนินงานต่างๆ ว่าควรดำเนินการอย่างไร	.432	.000*
ท่านได้เสนอวิธีการหรือโครงการต่างๆ เพื่อมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่อยู่เสมอ	.272	.003*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง กับการมีส่วนร่วมในการวางแผน 3 ประการ คือ การมีโอกาสสร้างความเข้าใจกับชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาพในกิจกรรมต่างๆ

การมีโอกาสได้เสนอความคิดเห็นในการดำเนินงานต่างๆ ว่าควรดำเนินการอย่างไร และ การได้เสนอวิธีการหรือโครงการต่างๆ เพื่อมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับประชาชนพื้นที่อยู่เสมอ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .208, .432 และ .272 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.33 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการดำเนินงาน

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในภาพรวม	
	r	Sig.
ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับชุมชนในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง	.037	.698
ท่านให้การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อประกอบการดำเนินงานกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างเต็มความสามารถ	-.021	.825
ท่านได้ใช้ความรู้ ความสามารถของท่านเพื่อมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	.016	.867
ในทุกกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพท่านเข้าร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกิจกรรมเสมอ	.073	.442
ในระหว่างดำเนินกิจกรรมท่านได้แลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศและนำมาประกอบการพิจารณาในการจัดกิจกรรมต่อไปอยู่เสมอ	.256	.006*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างน้อย กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 1 ด้านคือ ด้าน

การได้แลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศในระหว่างดำเนินกิจกรรมและนำมาประกอบการพิจารณาในการจัดกิจกรรมต่อไปอยู่เสมอ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .256

ตารางที่ 4.34 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการรับประโยชน์

การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในภาพรวม	
	r	Sig.
การจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้น ทำให้ท่านสามารถทำงานได้ง่ายขึ้น	.531	.000*
การเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับสุขภาพให้กับท่านได้อย่างดี	.279	.003*
ท่านได้รับการยอมรับจากประชาชนในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในความรู้ ความสามารถของท่านจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	-.031	.747
ท่านมีความมั่นใจในการให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มากขึ้น	-.031	.746
ท่านรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพจากการร่วมดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	.055	.563

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการทางบวกในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง กับการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ 2 ด้านคือ ด้านการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้น ทำให้ท่านสามารถทำงานได้ง่ายขึ้น

และ ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับสุขภาพให้กับท่านได้อย่างดี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .531 และ .256 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.35 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในภาพรวม	
	r	Sig.
ท่านได้มีการติดตามผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	.249	.007*
ท่านได้มีโอกาสประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของท่านอยู่เสมอ เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	.067	.481
ท่านมีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล และรายงานผลเกี่ยวกับการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	.037	.692
	.083	.378

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างน้อย กับการมีส่วนร่วมในการประเมินผล 2 ด้านคือ ด้านการติดตามผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ ด้านการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้ทรัพ
ยากรอย่างคุ้มค่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .249 และ .226 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.36 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในภาพรวม	
	r	Sig.
การมีส่วนร่วมในการวางแผน	.967	.000*
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	.939	.000*
การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	.926	.000*
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	.166	.077

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก กับการมีส่วนร่วม 3 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .967, .939 และ .926 ตามลำดับ

4.4 ผลการศึกษาข้อเสนอแนะแนวทางการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ผลสรุปข้อเสนอแนะแนวทางการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จากผู้ตอบแบบสอบถามโดยการใช้แบบสอบถามปลายเปิด (Open–ended question) และการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างจากคำถามดังกล่าว พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อเสนอแนะปัญหาและวิธีในการแก้ปัญหา ดังต่อไปนี้

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดให้มีช่องทางสำหรับประชาชนในการให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข หรือด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน ได้ร่วมกันดำเนินงาน เพื่อสะท้อนถึงสภาพการณ์ด้านสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องด้วยสภาพการณ์ด้านสาธารณสุข เป็นประเด็นสำคัญ ที่ประชาชนพื้นที่ต่างให้ความสำคัญ และดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน รวมถึงทำให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลทางสุขภาพได้จากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของ อสม. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันจะทำให้ได้สารสนเทศสำคัญที่จะช่วยนำไปใช้ประกอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังปรากฏในผลการศึกษาดังนี้

> "...อสม. ได้กระตุ้นให้ประชาชนได้ร่วมกัน ดูแลกันและกัน และ ให้เสนอแนวทาง เสนอวิธีการดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของเรา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงน่าจะจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับข้อมูลสารสนเทศใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง เหมือนกัน..."

> "... ประชาชน กับ อสม. มีส่วนทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดมาตลอด เราก็ได้ให้ความร่วมมือกับ อสม. ในขณะที่ อสม. ให้การดูแล ประชาชนในพื้นที่อย่างใกล้ชิด เนื่องจากเป็นประชาชนในชุมชนเหมือนกัน เราก็ยังช่วยแนะนำ อสม. โดยที่ อสม. ก็ได้ช่วยแนะนำเราในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเหมือนกัน บางที อสม. ก็คือลูกหลานเราเองนั่นแหล่ะ ทำให้เราสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนกันได้ง่าย ทำให้สามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ง่าย ทำให้เราสามารถเสนอความต้องการ ความคิดเห็นต่างๆ ได้ร่วมกันด้วยดี.."

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพ ควรกระตุ้นส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับ อสม. เพื่อร่วมกันออกแบบ หรือแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุขต่างๆ ในชุมชน ได้ร่วมกันพิจารณาถึงปัญหา ความต้องการ และ แนวทาง หรือวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของชุมชน อันเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้นำหรือเป็นชาวบ้านทั่วไปก็ตาม ดังปรากฏในข้อเสนอแนะต่อไปนี้

> "...ประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่ประชาชนในชุมชนเราต้องพบ บางทีก็เป็นบริบทที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน หรือเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นเฉพาะในบางช่วงเวลา ดังนั้น เมื่อ

มีการแจ้งเตือนจาก อสม. หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือใครก็ตาม ก็จะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในชุมชนได้อย่างดี ... โดยเฉพาะบางทีที่ อสม. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มาขอข้อมูลต่างๆ จากประชาชนในชุมชนไป แล้วบางทีก็เชิญประชาชนในชุมชนได้เข้าร่วมการประชุม เพื่อเสนอข้อมูลต่างๆ ก็เป็นแนวทางที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้เกิดความเชื่อมั่น ว่า อสม. หรือ หน่วยงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะสามารถบรรเทาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้กับประชาชนในพื้นที่ได้ในระดับหนึ่ง ประชาชนในพื้นที่ก็จะฝากความหวังไว้ที่ อสม. รวมถึง เจ้าหน้าที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กับสาธารณสุขให้สามารถดำเนินการแก้ไข ช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ...”

“... กรณีที่ อสม. หรือ หน่วยงาน หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ต้องการสร้างการมีส่วนร่วมให้รอบด้าน ครอบคลุมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือเพื่อต้องการยกระดบคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างจริงจัง ได้มีการดำเนินงานอย่างเข้มข้น ไม่ใช่เพียงแต่ให้พวกเรา อสม. มาร่วมประชุม หรือร่วมทำแบบประเมินต่างๆ แต่เข้าร่วมอย่างจริงจัง ให้เราได้เสนอแนะแนวทางในการดำเนินงาน แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ อสม. ได้มีโอกาสมีส่วนช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ อสม. ได้อย่างแท้จริง...”

3) อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ควรกำหนดแนวทางการติดตามผลการดำเนินการด้านสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการไป หรือ อาจแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขใกล้เคียง หรือ คอยติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ แล้วอาจกำหนดผู้รับผิดชอบในการรับ - ส่ง – กระจายข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนหรือผู้เกี่ยวข้อได้รับรู้ รับทราบข้อมูลต่างๆ อย่างเป็นปัจจุบัน และ ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ มีความตระหนักรู้ ถึงความสำคัญด้านสุขภาพของตนและคนในครอบครัว โดยการเน้นถึงความสำคัญในด้านข้อมูลสารสนเทศถือเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ดังปรากฏในข้อมูลต่อไปนี้

“...คณะทำงาน อสม. ได้มีการดำเนินงาน และ มีการติดตามผลการดำเนินงานในหน้าที่รับผิดชอบ ของ อสม. กับประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ในการดูแลด้าน

สุขภาพ และ ยังเป็นการช่วยให้ อสม. หรือผู้ปฏิบัติงานในด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุข ได้ฝึกปฏิบัติ เรียนรู้ และเข้าถึงชาวบ้าน ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง มากกว่าที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น แล้วพอสิ้นสุดการจัดกกิจกรรม ก็ต่างแยกย้ายกันไป ก็จะไม่ทำให้เกิดความต่อเนื่องอย่างแท้จริง ..."

"...การติดตาม การประเมินผลการดำเนินงานของ อสม. กับประชาชนในพื้นที่ที่ อสม. ได้ออกปฏิบัติหน้าที่ ก็มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตามกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ที่มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนอยู่แล้ว มีการจัดทำรายงานเพื่อรายงานข้อมูล หรือส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและนำไปประกอบการพิจารณาวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ต่อไป ส่วนการติดตามประเมินผลการใช้ทรัพยากรต่างๆ อาจยังเป็นข้อจำกัดสำหรับพวกเรา อสม. ที่อาจยังไม่มีหน้าที่ที่ชัดเจนในการประเมินดังกล่าว .....แต่หากเป็นการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่เรารับผิดชอบ เรามีการทำอย่างต่อเนื่องอยู่แล้วค่ะ..."

".... ประเด็นด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญยิ่ง สำคัญที่เป็นพื้นฐานในการดำเนินงานต่างๆ หากประชาชนในชุมชนหรือในพื้นที่ที่ อสม. เรารับผิดชอบ เป็นผู้มีสุขภาพดี มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพดี มีการตระหนักรู้ มีการป้องกัน รักษาตัวเอง ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ก็จะทำให้ชุมชนเราเป็นชุมชนคุณภาพ ประชาชนมีสุขภาพดี มีแรง มีกำลังในการทำงาน เป็นที่พึ่งของทุกคนในครอบครัวและในชุมชนได้อย่างดี... ชุมชนของเราก็จะเป็นชุมชนเข้มแข็ง เรา อสม. เองก็ได้ประโยชน์ร่วมด้วย ดังนั้น เราต้องช่วยกันกำกับติดตามภาวะทางสุขภาพหรือสถานการณ์ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบก็จะส่งผลทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. มีคุณค่า เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น..."

จากข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้น เป็นสารสนเทศที่สะท้อนถึงประเด็นการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ที่เป็นแนวทางที่ท้าทายต่อความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ รวมถึง เป็นประเด็นที่ท้าทายต่อความสามารถของ อสม. รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข ในการที่จะสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีเป้าหมาย มีวัตถุประสงค์ร่วมกันอย่างถูกต้อง ชัดเจน อันจะทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ทุกภาคส่วนในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน จะส่งผลให้ผลการปฏิบัติงานออกมามีความถูกต้อง มีคุณค่า มีประสิทธิภาพ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีคุณค่า อย่างมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนต่อไป

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 3) เสนอแนวพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดย ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษาวิจัย เพื่อใช้ประกอบการกำหนดข้อคำถามหรือเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อนำเสนอผลสรุปที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยได้นำเสนอผลสรุปการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะตามลำดับต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 สรุปผลข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 80 คน (ร้อยละ 69.6) มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 46 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีจำนวน 28 คน (ร้อยละ 28) และน้อยที่สุดคือ อายุไม่เกิน 30 ปี มีจำนวน 17 คน (ร้อยละ 14.8) มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 52 คน (ร้อยละ 45.2) รองลงมาคือ อาชีพ ค้าขาย มีจำนวน 22 คน (ร้อยละ 19.1) และ น้อยที่สุดคือ อาชีพ ราชการ / วิสาหกิจ มีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.6) มีการศึกษาน้อย

กว่าปริญญาตรี มีจำนวน 84 คน (ร้อยละ 73.0) และระดับการศึกษาที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท มีจำนวน 74 คน (ร้อยละ 64.3) รองลงมาคือรายได้ ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท มีจำนวน 29 คน (ร้อยละ 25.2) และกลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 30,000 บาท มีจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.6)

5.1.2 สรุปผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการมีส่วนร่วมด้านการวางแผนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.67 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .701) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้กับประชาชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อสร้างความตระหนักให้กับชุมชน มีค่าเฉลี่ย 4.05 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .963 รองลงมาคือด้านการเสนอวิธีการหรือโครงการต่างๆ เพื่อมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่อยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.75 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .907 และน้อยที่สุดคือด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนด้านสาธารณสุขเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ย 3.25 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .857

การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินงาน

ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมด้านการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.99 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .893) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการเข้าร่วมในทุกกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.10 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .977 รองลงมาคือด้านการได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับชุมชนในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ย 4.08 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .966และน้อยที่สุดคือด้านในระหว่างดำเนินกิจกรรมได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศและนำมาประกอบการพิจารณาในการจัดกิจกรรมต่อไปอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.75 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .897

การมีส่วนร่วมด้านการรับประโยชน์

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ร่วมกันในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.12 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .837) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้น ทำให้ อสม. สามารถทำงานได้ง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.25 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .954 รองลงมาคือด้านการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับสุขภาพให้กับ อสม.ได้อย่างดี มีค่าเฉลี่ย 4.21 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .922 และน้อยที่สุดคือด้านการได้รับการยอมรับจากประชาชนในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในความรู้ ความสามารถของท่านจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.01 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .932

การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการประเมินผลร่วมกันในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .726) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านท่านได้มีโอกาสประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของท่านอยู่เสมอ เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีค่าเฉลี่ย 3.94 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .934 รองลงมาคือด้านการได้มีการติดตามผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ย 3.34 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .860 และน้อยที่สุดคือด้านการได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.02 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .968

สรุปการมีส่วนร่วมในภาพรวม

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.79 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .707) โดยเมื่อวิเคราะห์รายด้านของรูปแบบการมีส่วนร่วม พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับ

ผลประโยชน์ร่วมกัน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.12 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .837 รองลง คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.99 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .893 และน้อยที่สุดคือ ด้านการมีส่วนรวมในการประเมินผลค่าเฉลี่ย 3.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .726

5.1.3 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการเปรียบเทียบจำแนกปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศ มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วม ในประเด็นด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน เพียงด้านเดียว ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

ผลการเปรียบเทียบจำแนกปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกผลการศึกษาออกตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านอายุทั้งในภาพรวม และ ทุกระดับช่วงอายุ ที่แตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบจำแนกปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกผลการศึกษาออกตามอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพทั้งในภาพรวม และ ทุกอาชีพที่แตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบจำแนกปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกผลการศึกษาออกตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษาทั้งในภาพรวม และทุกระดับช่วงการศึกษาที่แตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการเปรียบเทียบจำแนกปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกผลการศึกษาออกตามระดับรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านระดับรายได้ทั้งในภาพรวม และทุกระดับรายได้ที่แตกต่างกัน มีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

5.1.4 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมกับการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ด้าน

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการวางแผน

ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง กับการมีส่วนร่วมในการวางแผน 3 ประการ คือ การมีโอกาสสร้างความเข้าใจกับชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาพในกิจกรรมต่างๆ

การมีโอกาสได้เสนอความคิดเห็นในการดำเนินงานต่างๆ ว่าควรดำเนินการอย่างไร และ การได้เสนอวิธีการหรือโครงการต่างๆ เพื่อมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับประชาชนพื้นที่อยู่เสมอ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .208, .432 และ .272 ตามลำดับ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการดำเนินงาน

ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างน้อย กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 1 ด้านคือ ด้านการได้แลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศในระหว่างดำเนินกิจกรรมและนำมาประกอบการพิจารณาในการจัดกิจกรรมต่อไปอยู่เสมอ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .256

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการรับประโยชน์

ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง กับการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ 2 ด้านคือ ด้านการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้น ทำให้ท่านสามารถทำงานได้ง่ายขึ้น และ ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับสุขภาพให้กับท่านได้อย่างดี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .531 และ .256 ตามลำดับ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม กับการประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างน้อย กับการมีส่วนร่วมในการประเมินผล 2 ด้านคือ ด้านการติดตามผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ ด้านการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .249 และ .226 ตามลำดับ

สรุปผลการทดสอบความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม

ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก กับการมีส่วนร่วม 3 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .967, .939 และ .926 ตามลำดับ

5.1.5 สรุปผลการศึกษาข้อเสนอแนะแนวทางการการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดให้มีช่องทางสำหรับประชาชนในการให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข หรือด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน ได้ร่วมกันดำเนินงาน เพื่อสะท้อนถึงสภาพการณ์ด้านสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

สม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องด้วยสภาพการณ์ด้านสาธารณสุข เป็นประเด็นสำคัญ ที่ประชาชนพื้นที่ต่างให้ความสำคัญ และดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน รวมถึงทำให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลทางสุขภาพได้จากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของ อสม. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันจะทำให้ได้สารสนเทศสำคัญที่จะช่วยนำไปใช้ประกอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพ ควรกระตุ้นส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับ อสม. เพื่อร่วมกันออกแบบ หรือแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุขต่างๆ ในชุมชน ได้ร่วมกันพิจารณาถึงปัญหา ความต้องการ และ แนวทาง หรือวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของชุมชน อันเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้นำหรือเป็นชาวบ้านทั่วไปก็ตาม

3) อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ควรกำหนดแนวทางการติดตามผลการดำเนินการด้านสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการไป หรือ อาจแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขใกล้เคียง หรือ คอยติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ แล้วอาจกำหนดผู้รับผิดชอบในการรับ - ส่ง – กระจายข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนหรือผู้เกี่ยวข้อได้รับรู้ รับทราบข้อมูลต่างๆ อย่างเป็นปัจจุบัน และ ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ มีความตระหนักรู้ ถึงความสำคัญด้านสุขภาพของตนและคนในครอบครัว โดยการเน้นถึงความสำคัญในด้านข้อมูลสารสนเทศถือเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิจัยดังรายงานข้างต้น กล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับปานกลาง โดย สามารถนำมาอภิปรายผลตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องรายด้านได้ดังต่อไปนี้

1) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษาพบว่าระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.79 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .707) โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ร่วมกัน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.12 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .837) กล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่การวางแผนงาน การดำเนินงาน รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงานนั้น ล้วนก่อให้เกิดประโยชน์ในรอบด้านทั้งกับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ คุณค่าที่เกิดขึ้นกับตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงความภาคภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสาธารณสุขของ อสม. โดยเฉพาะการให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพภายนอกร่างกาย การจูงใจให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้มีการดูแลรักษาสุขภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล ถือเป็นการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ที่เกิดขึ้นในมิติด้านสุขภาพนั่นเอง โดยเฉพาะประโยชน์ด้านสุขภาพ (Health) ของประชาชนที่หมายถึงสภาวะของความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจและความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม การดำเนินการการพัฒนาด้านการสาธารณสุขกับการพัฒนาด้านคุณภาพชีวิต ด้วยการรักษาสุขภาพตามหลักสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทุกๆ ทางเชื่อมโยงกันสะท้อนถึงความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริงของสุขภาพ เป็นปัจจัยเกื้อหนุนและเชื่อมโยงไปถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่ครอบคลุมในมิติต่างๆ ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจ พอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่มีอุบัติภัย (องค์กรอนามัยโลก, 1948) สอดคล้องกับข้อเสนอของ Green & Kreuter (2005) ที่เสนอประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอันเกิดจาก ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ได้แก่ ความรู้และทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสุขภาพจากการดำเนินงานให้ความรู้ ความเข้าใจต่อประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ได้แก่ ทรัพยากรที่ช่วยสนับสนุนการดูแลรักษาสุขภาพ รวมถึงทักษะการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชนด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และ ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนได้ดูแลรักษาสุขภาพของตน เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพของตน ของชุมชน อันทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ที่ Green & Kreuter (2005) เสนอนี้ ได้สอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ แรงสนับสนุน และการประสานงานกับชุมชน เพื่อให้การ

ดำเนินงานเกิดประโยชน์ต่อส่วนร่วม และยังเป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการให้มากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, 2568)

จากผลการศึกษาทำให้ทราบถึงสารสนเทศเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในในการดำเนินการตามกระบวนการนโยบายทางด้านสาธารณสุข อันเนื่องจากเป็นจุดตั้งต้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนงาน ดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และรวมติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงานในกิจกรรมหรือโครงการด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง อันเป็นการเสริมสร้างความรู้ ความสามารถให้กับ อสม. และส่วนงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังเป็นการมุ่งสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ อันจะนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนต่อไป ดังการศึกษาของ ภัทรธิดา ไพศาลจิตร (2561) ที่ศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศตามโครงการ ไทยนิยม ยั่งยืน ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี” โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญประการหนึ่งคือ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมมือการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ โดยผลการศึกษาพบว่า ปัจปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการเมือง และด้านเทคโนโลยี โดยแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วม คือ การส่งเสริมให้ประชาชนได้รู้ถึงระเบียบ ข้อกฎหมาย และเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ความเป็นพลเมือง การตระหนักถึงสิทธิของตนเอง การส่งเสริมการสร้างจิตสำนึกพื้นฐานประชาธิปไตย และการปลูกฝังประชาธิปไตยให้เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับครัวเรือนให้กับประชาชน มีการส่งเสริมและปรับปรุงช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อประโยชน์ในการแจ้งข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาของประชาชนให้รวดเร็ว ตรงตามความต้องการ มีการแสดงออกถึงความจริงใจในการร่วมแก้ไขปัญหา และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ด้วยการสนับสนุนการจัดโครงการหรือกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในพื้นที่

จากผลการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่า จุดเน้นในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัด

ปทุมธานี คือ การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบในทุกมิติ โดยเฉพาะปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสาธารณสุข ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ทุกหน่วยงาน ได้ควรจัดให้มีการเสริมสร้างช่องทางการสื่อสาร ช่องทางการประชาสัมพันธ์ทุกช่องทางที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ ที่แตกต่างกันมีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีต่างกัน ทั้งนี้ กล่าวได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดสำคัญประการหนึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือ โครงการด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันเนื่องจากเป็นปัจัยส่วนบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะเมื่อบุคคลนั้น มีอาชีพการงาน หรือมีระดับการศึกษาที่มีบทบาทหน้าที่การงานที่ต้องรับผิดชอบในปกติอยู่แล้ว ดังเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางคนมีอาชีพค้าขาย ดังนั้น ในช่วงเวลาที่ทำการค้าขายอยู่ อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจรรมที่หน่วยงานต่างๆ จัดขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาต่อประชาชนในพื้นที่ได้ ดังปรากฏในผลการศึกษาของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562) และ สฤษดิ์เดช เจริญไชย และคณะ (2563) ที่เสนอว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บางส่วนยังขาดความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ขาดทักษะการประเมินและการจัดการ รวมถึงยังพบว่ามีข้อจำกัดเกี่ยวกับทรัพยากรและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังพบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สำคัญ อาทิ ประชาชนไม่เชื่อมั่น และไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ ปัญหาเกี่ยวกับของสุขภาพร่างกาย และวัยสูงอายุของตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเองอีกด้วย ดังนั้น หากต้องการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการยอมรบว่าเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

จากการทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและประชาชนในชุมชน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ส่วนผลการศึกษาความสัมพันธ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างน้อย (r = .249 , .226) กับการมีส่วนร่วมในด้านการประเมินผล โดยเฉพาะการติดตามผลการดำเนินงานเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ ด้านการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวได้ว่า การดำเนินการประเมินผลการดำเนินงาน ด้วยการประเมินผลความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรประกอบการดำเนินงานนั้น เป็นข้อสังเกตสำคัญเกี่ยวกับการการมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมบริหารกิจการสาธารณะของประเทศไทย ที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การดำเนินโครงการมีความไม่โปร่งใส อาจเกิดจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การขาดความตระหนักหรือความรู้ ความเข้าใจที่แท้จริงในสิทธิ และบทบาทหน้าที่ของตนเองและจิตสำนึกหรือความรู้สึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งกล่าวได้ว่า เป็นประเด็นเฉพาะบุคคลที่มองว่าการติดตามประเมินผลในกิจการสาธารณะไม่ใช่บทบาทหน้าที่ของตน หรืออาจเห็นว่าตนเองไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง การเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลนี้ ไม่อาจทำให้ตนเองได้รับประโยชน์อะไร 2) ระบบการดำเนินงานหรือระบบการปฏิบัติงาน อาจไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการประเมินผลหรือตรวจสอบ โดยเฉพาะการปฏิบัติงานในระบบอุปถัมภ์ ถือเป็นปัจจัยอุปสรรคที่กีดขวางการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน หรือ ระบบการดำเนินงานของหน่วยงานยังไม่มีการกระจายอำนาจในด้านการติดตามประเมินผลอย่างแท้จริง จึงทำให้การมีส่วนร่วมในประเด็นการติดตามตรวจสอบ มีข้อจำกัด และ 3) ระดับความสัมพันธ์ระหว่างกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับประชาชน รวมถึงหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ ที่ทำให้ระบบการติดตาม ประเมินผลหรือตรวจสอบจากภาคส่วนต่างๆ ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบ หรือกล่าวได้ว่า ระบบการประเมินผลการติดตาม การตรวจสอบยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงานตามแต่ละบริบทในพื้นที่

ส่วนผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในมิติด้านการประเมินผลร่วมกัน อาจกล่าวได้ว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลยังอยู่ในระดับน้อย ซึ่งตามแนวคิดของ Cohen & Uphoff (1981) ที่ได้เสนอไว้ว่า ระดับผลการมีส่วนร่วมจะเป็นการ

สะท้อนให้เห็นถึงการขาดกลไกที่สมบูรณ์ในการตรวจสอบและปรับปรุงการดำเนินงาน (Check & Act ตามแนวทางการประเมินผล PDCA) ทั้งนี้ การขาดการประเมินร่วมกันทำให้ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาจไม่สามารถรับทราบถึงปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงลึกที่แท้จริงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาทิ ผู้ปฏิบัติงาน ประชาชน หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นสารสนเทศสำคัญสำหรับนำไปประกอบการวางแผนปรับปรุงแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนได้ต่อไปในอนาคต

3) เพื่อสนอแนวพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

จากผลการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดให้มีช่องทางสำหรับประชาชนในการให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข หรือด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน ได้ร่วมกันดำเนินงาน เพื่อสะท้อนถึงสภาพการณ์ด้านสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องด้วยสภาพการณ์ด้านสาธารณสุข เป็นประเด็นสำคัญ ที่ประชาชนพื้นที่ต่างให้ความสำคัญ และดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน รวมถึงทำให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลทางสุขภาพได้จากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของ อสม. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันจะทำให้ได้สารสนเทศสำคัญที่จะช่วยนำไปใช้ประกอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพ ควรกระตุ้น ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับ อสม. เพื่อร่วมกันออกแบบ หรือแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุขต่างๆ ในชุมชน ได้ร่วมกันพิจารณาถึงปัญหา ความต้องการ และ แนวทาง หรือวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของชุมชน อันเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้นำหรือเป็นชาวบ้านทั่วไปก็ตาม รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ควรกำหนดแนวทางการติดตามผลการดำเนินการด้านสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการไป หรือ อาจแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขใกล้เคียง หรือ คอยติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แล้วอาจกำหนดผู้รับผิดชอบในการรับ - ส่ง – กระจายข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนหรือผู้เกี่ยวข้อได้รับรู้ รับทราบข้อมูลต่างๆ อย่างเป็นปัจจุบัน และ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ มีความตระหนักรู้ ถึงความสำคัญด้านสุขภาพของตนและคนในครอบครัว โดยการเน้นถึงความสำคัญในด้านข้อมูลสารสนเทศถือเป็นปัจจัยสำคัญ

ประการ จากผลดังกล่าวถือเป็นข้อสังเกตสำคัญที่สะท้อนถึงประเด็นการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ที่เป็นแนวทางที่ท้าทายต่อความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ รวมถึง เป็นประเด็นที่ท้าทายต่อความสามารถของ อสม. รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข ในการที่จะสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีเป้าหมาย มีวัตถุประสงค์ร่วมกันอย่างถูกต้อง ชัดเจน อันจะทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน จะส่งผลให้ผลการปฏิบัติงานออกมามีความถูกต้อง มีคุณค่า มีประสิทธิภาพ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีคุณค่าอย่างมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้มีแนวทางเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างหรือพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีอย่างยั่งยืน ซึ่งควรเน้นการพัฒนาการมีส่วนร่วมในมิติที่มีค่าระดับอยู่ในระดับน้อยดังข้อเสนอแนะ ต่อไปนี้

1) ระดับการมีส่วนร่วมในการวางแผน

1.1) จัดตั้ง “คณะกรรมการด้านสาธารณสุขระดับชุมชน เป็นคณะทำงานหรือคณะกรรมการที่มาจากตัวแทนประชาชนในแต่ละหมู่บ้านอย่างเป็นทางการ เพื่อทำหน้าที่เสนอความคิดเห็น กำหนดกติกาชุมชน และร่วมตัดสินใจในการจัดทำแผนงานด้านการจัดการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง

1.2) ใช้ช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงง่าย โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือ ผู้นำชุมชน อาจใช้ช่องทางสื่อสารที่หลากหลายและเข้าถึงง่าย (เช่น กลุ่ม Line, Facebook, หอกระจายข่าว) ในการรับฟังความคิดเห็นด้านสาธารณสุขชุมชน อย่างรอบด้าน

2) ระดับการมีส่วนร่วมในการประเมินผล :

2.1) กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จร่วมกัน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หรือ ผู้แทนภาคประชาชนควรร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลโครงการ

2.2) ควรจัดเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังผลการดำเนินงาน รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อใช้ประกอบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชน รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสรับทราบ หรือแสดงความคิดเห็นจากการรับฟังการรายงานผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วน ได้มีโอกาสเสนอแนะ สารสนเทศต่างๆ เพื่อนำไปดำเนินการต่อไป

3) ส่งเสริมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง:

3.1) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หรือ ส่วนงานที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ ที่มุ่งเน้นจูงใจให้ประชาชน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น เช่น การให้รางวัลโดยการจัดให้มีรางวัลหรือการยกย่องแก่ครัวเรือนหรือชุมชนต้นแบบที่มีการดำเนินการด้านสาธารณสุข อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ

3.2) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หรือ ส่วนงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการดูแลด้านสาธารณสุขในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ในรูปแบบต่างๆ อาทิ การสนับสนุนงบประมาณและวิชาการในการดูแลด้านสุขภาพ สาธารณสุข และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนในพื้นที่เป็นสำคัญ

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1) ควรดำเนินการศึกษาวิจัยด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ อบต. เพื่อศึกษาในเชิงลึก ให้ทราบถึงปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม และยกระดับการมีส่วนร่วมในมิติต่างๆ ให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น เพื่อนำไปประกอบการประยุกต์ใช้ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

2) ควรดำเนินการวิจัยเปรียบเทียบ (Comparative Study) ในรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กับหน่วยงานอื่นที่มีการดำเนินงานได้ประสบความสำเร็จแล้วนำมาดำเนินการถอดบทเรียน (Best Practice) เพื่อกำหนดแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในมิติด้านอื่นๆ ให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

บรรณานุกรม

กมล เพชรัตน์. (2568). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. สืบค้นจาก https://ptepho.moph.go.th/center/Fileupload/ejournal/140fb8cc6535804f44336948757506c87d.pdf

กรรณิกา ชมดี. (2542). กฎหมายระเบียบและข้อบังคับองค์การบริหารส่วนตำบล (รวมฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2542). กรุงเทพฯ: อาสารักษาดินแดน.

กระทรวงมหาดไทย. (2561). คู่มือการการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศตามโครงการไทยนิยมยั่งยืน. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.

กล้า ทองขาว. (2553). นโยบายสาธารณะและการวางแผน (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี: แสงจันทร์การพิมพ์.

กุสุมา เขียวเพกา. (2560). การมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของประชาชนในองค์การบริหารส่วนตำบล ร่อนทอง อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (Unpublished Independent study). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

กูล ชิ้นฟัก. (2559). การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษา เขตหนองแขม และเขต ลาดกระบัง ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริตของสำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 7, มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ สงขลา.

จตุรพงศ์ พลเดช และคณะ. (2539). รายงานการวิจัย เรื่อง ปัญหาการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพฯ : สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย ร่วมกับกองวิชาการ กรมการปกครอง.

จริญญา จันทร์ทรง. (2555). การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการพัฒนาท้องถิ่นในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสงใหญ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.

จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์. (2568). สืบค้นจาก https://bcnb.ac.th/bcnb/uploads/documents/wg3/20180112_141148_120_0.pdf

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2527). การระดมประชาชนเพื่อการพัฒนาชนบทในการบริหารงานพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียร์สโตร์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

แชน ชื่นศิวา. (2538). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในชนบท ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอบึงไพร จังหวัดศรีสะเกษ (Unpublished Independent study). สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

แชน ชื่นศิวา. (2538). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในชนบท ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอบึงไพร จังหวัดศรีสะเกษ (Unpublished Independent study). สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ณัฏยานี บุญทองคำ. (2555). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล องค์การบริหารส่วน ตำบลท่าพล อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ (Unpublished Independent study). มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์, เพชรบูรณ์.

ถวัลย์รัฐ วรเทพพุฒิพงษ์. (2539). การนำนโยบายไปปฏิบัติ : เอกสารประกอบการสอนวิชา รศ.740 การนำนโยบายไปปฏิบัติ(ฉบับที่ 1). กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

เทศบาลนครรังสิต. (2559). แผนพัฒนาสามปี (พ.ศ. 2559-2561). ปทุมธานี: เทศบาลนครรังสิต.

นิพิฐพนธ์ แสงด้วง. (2568). การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 21(2), 62-71.

นิภาภรณ์ เกียรติสุข. (2539). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยในเขตเทศบาล เมืองชลบุรี (Unpublished Independent study). มหาวิทยาลัยเกริก, กรุงเทพฯ.

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2531). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบัน.กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภาการพิมพ์.

ประภา จำปาศรี (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้บทบาทการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี. สืบค้นจาก https://ptepho.moph.go.th/center/Fileupload/ejournal/ptepho153906361.pdf

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. (2543). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย.

พัฒน์ บุณยรัตน์พันธ์. (2527). การสร้างพลังชุมชนโดยขบวนการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนา พานิช, 2527.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ไพฑูรย์ ดำริห์. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(5), 845-852.

ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2525). ทบทวนการพัฒนาชนบทไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดีแอนด์เอส.

เมตตา แก้วอุดม. (2552). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาสามปี (2552 - 2554) กรณีศึกษา: องค์การบริหารส่วนตำบลคลองประเวศ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา (Unpublished Independent study). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

รัตนะ บัวสนธ์. (2558). วิจัยเชิงคุณภาพทางการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : คำสมัย.

จงรัก สุวรรณรัตน์ และ กรฐณธัช ปัญญาใส. (2562). ประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 14(2), 52-62.

ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา. (2560). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. มาตรา 78. เล่มที่ 134 ตอนที่ 40 ก (6 เมษายน 2560).

วรเดช จันทรศร. (2528). การนำนโยบายไปปฏิบัติ: สำรวจกรอบความรู้โดยสังเขป. การบริหารรัฐกิจ: กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

วรเดช จันทรศร. (2548).ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สมาคมนักวิจัยมหาวิทยาลัยไทย.

วิชัย รูปขำดี. (2541). การบริหารงานวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

วุฒิสาร ตันไชย. (2545). การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส.

ศิริวิมล ปัญญาผล. (2566). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่องานสาธารณสุขท้องถิ่น กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวโพ. สืบค้นจาก https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2023/TU_2023_6503011378_18163_28590.pdf

สำเริง สุวาท. (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ส่งผลต่อการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียน สังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุพรรณบุรี เขต 2 (Unpublished Independent study). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม.

สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. (2546). นโยบายสาธารณะ (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. (2548).นโยบายสาธารณะ: แนวคิด การวิเคราะห์ และกระบวนการ. กรุงเทพฯ: เสมาธรรม.

บรรณานุกรม (ต่อ)

สมพร เฟื่องจันทร์. (2539).นโยบายสาธารณะ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

สมยศ นาวีการ. (2525).การบริหารแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมศักดิ์สุวรรณสุจิต. (2534). แนวความคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนเมืองท้องถิ่น. กรุงเทพฯ.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการดำเนินงานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). สรุปพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานจังหวัดปทุมธานี. (2561).รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานและขับเคลื่อนนโยบายสาน พลังประชารัฐประจำจังหวัดปทุมธานี. ปทุมธานี: สำนักงานจังหวัดปทุมธานี.

สุจินต์ ดาววีระกุล. (2527). ปัจจัยที่มีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน: กรณีศึกษาเฉพาะกรณี หมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดของจังหวัดนครสวรรค์ ประจ าปี พ.ศ. 2527 (Unpublished Independent study). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.

สุนีย์ มัลลิกะมาลย์. (2545). รัฐธรรมนูญกับการมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อานันท์ ปันยารชุน. (2541). ธรรมรัฐ Good Governance ในนานาทัศนะว่าด้วยการบริหารกิจการบ้านเมือง ที่ดี," สำนักงาน ก.พ. สถาบันพัฒนาข้าราชการและพลเรือน. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนา ผู้บริหารการศึกษา.

ราชกิจจานุเบกษา. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 135 ตอนที่ 28 ก ลงวันที่ 13 ตุลาคม 2561.

ราชกิจจานุเบกษา. (2565). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 258 ง ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565.

วิลัยจิตร เสนาราช. (2559). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, มหาสารคาม.

บรรณานุกรม (ต่อ)

เสาวนีย์ เดือนเด่น และคณะ. (2558). การมีส่วนร่วมในการทำงานของบุคลากร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อรรถสิทธิ์ พานแก้ว. (มปป.). ยุทธศาสตร์ชาติ. สืบค้นจาก http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B4

Best, J. W. (1981). Research in education(4th ed.). Prentice-Hall.

Bloom, B. S. (1979). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Longman.

Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies. New York: Cornell University Press.

Fornaroff, A. (1980). Community involvment in Health System for Primary Health Care. Geneva: World Health Organization.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). McGraw-Hill.

Hfocus. (2567). เปิดนโยบายสาธารณสุข ปี 67-68 (5+5) เร่งรัดพัฒนาสานต่อ. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2024/05/30622

Smart อสม., (2568). สืบค้นจาก https://smart-osm.com/dashboard/#/monthly-report-result-table

WHO and UNICEF. (1978). Report of the international conference on primary health care. New York: N.P.Press.

William, E. (1976). Participation Management: Concept Theory and Implemention. Atlanta Ga: Geogia State University. 17-20.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	อริย์ธัช จันทรเกษร
วัน เดือน ปีเกิด	17 กันยายน 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยศิลปากร ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต, 2560 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, 2568
ที่อยู่ปัจจุบัน	36/21 หมู่ 2 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลคลองสาม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120
สถานที่ทำงาน	จังหวัดปทุมธานี
ตำแหน่งปัจจุบัน	ภสัชกรอิสระ