



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8
The 8th STOU National Research Conference

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ
ของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
Factor Related to Participation in District Health System of Community Network
at Muang District, Satun Province

อรอนงค์ กฐินหอม (Onanong Kathinhom)¹ ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (Chawthip Boromtanarat)²

วารางคณา จันทร์คง (Warangkana Chankong)³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ (2) ระดับการมีส่วนร่วม (3) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติกับการมีส่วนร่วม และ (4) ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และนายกเทศมนตรีในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำนวน 1,809 คน กลุ่มตัวอย่าง 320 คน ใช้การสุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.67, 0.72 และ 0.91 ตามลำดับ และแบบสอบถามปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดหมวดหมู่และนำเสนอเป็นร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบค่าไคส์แควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า (1) ความรู้ ($\bar{X} = 7.76$, S.D. = 1.71) และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 0.46) (2) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.47$, S.D. = 0.62) (3) เพศ ($\chi^2 = 9.52$) การเข้าร่วมประชุมอบรม ด้านสาธารณสุข ($\chi^2 = 79.72$) การได้รับข่าวสาร ($\chi^2 = 6.75$) และการได้ยิน/รับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ($\chi^2 = 12.64$) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม โดยอายุ ($r = 0.14$) ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน ($r = 0.16$) ความรู้ ($r = 0.22$) และทัศนคติ ($r = 0.43$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (4) ปัญหาที่พบมากที่สุด คือการได้รับข่าวสารไม่ทั่วถึง (ร้อยละ 68.20) และเครือข่ายชุมชนไม่มีเวลาในการเข้าร่วมการวางแผน (ร้อยละ 60) ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการจัดประชุมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ และประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้ครอบคลุม

คำสำคัญ ความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช kathin29@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช chaw_dr@yahoo.com

³ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช pwarang_p@yahoo.com



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

Abstract

The objectives of this survey research were to: (1) identify personal factors, knowledge and attitudes of community network members, (2) determine the levels of community network participation; (3) examine the relationship between personal factors, knowledge and attitudes and community network participation; and (4) identify problems and make suggestions, all concerning the participation of community network members in the district health system (DHS) in Mueang district, Satun province. This research involved 320 respondents selected using the cluster sampling method from 1,809 village health volunteers, village/subdistrict headmen, and municipal mayors in Satun's Mueang district. Data were collected using a questionnaire with the reliability values for personal factors, knowledge, attitudes and participation of 0.67, 0.72 and 0.91, respectively. And using a questionnaire for problems/obstacles and suggestions in the district health system (DHS) consist of five open-ended questions were analyzed by categorization and presented as percentages. Descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, chi-square test and Pearson correlation coefficient were used in data analysis. The results revealed that: (1) Concerning the personal factors of all respondents, most of them were female, had an average age of 41.59 years, completed secondary or vocational education, and worked as private-sector employees; 79.7% were village health volunteers and 20.3% were village/subdistrict headmen, mayors or chief executives of subdistrict administrative organizations; had on average 8.78 years of experience in community-related work; 56.9% were members of community groups; 65.6% had never attended any health-related meeting/training; 88.8% had ever received health information and 87.2% had heard or known about the DHS. They had moderate levels of knowledge ($\bar{X}=7.76, S.D.=1.71$) about and attitudes ($\bar{X}=3.41, S.D.=0.46$) towards the DHS operations. (2) The level of community network members' DHS participation was moderate ($\bar{X}=2.47, S.D.=0.62$). (3) The factors significantly associated with the DHS participation ($p < 0.05$), were gender ($\chi^2 = 9.52$), DHS meeting or training attendance ($\chi^2 = 79.72$), receipt of or perception about the DHS ($\chi^2 = 12.64$), whereas age, duration of community service ($r = 0.16$), knowledge ($r = 0.22$) and attitudes ($r = 0.43$) were positively and significantly associated with the DHS participation ($p < 0.05$). (4) Major problems identified were the poor coverage of health information dissemination (68.20 %) and the lack of courage to express their concerns about the DHS (60%). Thus, it is suggested that activities for disseminating the information about health as well as DHS should be organized in a thorough manner for all community network members; and meetings or training sessions on DHS should be held continually.

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



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

บทนำ

สภาวะสุขภาพของประชาชนปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยจากปัญหาโรคเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันมีการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เกิดภายใต้การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกจัดขึ้นเพื่อการดูแลหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ประกอบด้วยผู้ให้การดูแลรักษา ผู้รับการดูแลรักษา สถานที่ที่ใช้สำหรับกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพ รูปแบบของการดูแลรักษาสุขภาพรวมถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและผู้รับการรักษา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2552) ซึ่งมีความซับซ้อนมาก ระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนจึงมีความจำเป็น

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

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยเพื่อสะท้อนภาพความเชื่อมโยงของระบบสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชาชน ทำให้เกิดระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการภาคี เน้นเป้าหมาย ผ่านกระบวนการขึ้นชมและจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2555) ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของสังคมและประชาชนภายใต้หลักการพื้นฐานของวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคม ชุมชนได้อย่างมีความสุขตามสภาวะของแต่ละคนและนำไปสู่สภาวะของชุมชนอย่างแท้จริง

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health system: DHS) ประกอบด้วยประเด็นการทำงานที่ครอบคลุม 5 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นการทำงานร่วมกัน (Unity District Health Team) ประเด็นการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation) ประเด็นการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) ประเด็น การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) และประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (Community participation) (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดสตูล มีอำเภอที่เข้าร่วมการพัฒนา จำนวน 7 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 ของอำเภอทั้งหมดในจังหวัด ผลการดำเนินงานพบว่าภาพรวม 7 อำเภอ อยู่ในขั้นที่ 2 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2558) ส่วนการพัฒนาระบบสุขภาพ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ระดับอำเภอของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้ดำเนินการตามนโยบายในปีงบประมาณ 2558 ตามกรอบการพัฒนา 6 องค์ประกอบ พบว่า ผลการพัฒนายู่ในขั้นที่ 3 ซึ่งเกณฑ์การพัฒนาต้องผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 4 จากทั้งหมด 5 ขั้น ผลการประเมิน ดังนี้ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ขั้น 3.5, 2) มุ่งเน้นผู้รับบริการ ขั้น 3.5, 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน ขั้น 3, 4) การให้คุณค่าการทำงาน ขั้น 4, 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร ขั้น 4, 6) การให้บริการสุขภาพ ตามบริบทที่จำเป็น ขั้น 3.5 (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสตูล, 2559) ซึ่งจะเห็นว่า องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนอยู่ในขั้นที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่สุด (ขั้น 3) จึงควรมีการพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในพื้นที่เพื่อให้ซึ่งเป็นตัวชี้วัดระดับเขตที่จะต้องรายงานสำนักบริหารการสาธารณสุขในการประมวลผลและจัดทำข้อมูลส่วนกลางเพื่อประเมินผลในระดับกระทรวงต่อไป (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2560)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมให้เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่า อัจเซนและฟิชเบิน (Ajzen and Fishbein, 1980) กล่าวไว้ว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และ Cohen Uphoff, and Goldsmith (1980) กล่าวว่าตัวแปรที่จะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ปัจจัยเพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของพลสุข ช่วยทองและคณะ (2556), นิคม แก้ววันดี (2557) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติและการรับรู้ข่าวสารด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ตามแนวคิดของสำนักงานพัฒนาระบบข้าราชการ (กพร.) (2560) คือ 1) การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือ 3) การมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการและ 5) การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติของเครือข่ายชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
2. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
4. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Study) ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2561 ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และนายกเทศมนตรีในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำนวน 1,809 คน คำนวณได้จำนวนตัวอย่าง 320 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างในธีรฤทธิ เอกากุล, 2543) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling method) เกณฑ์การคัดเข้า คือ อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 1 ขึ้นไป สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ การย้ายถิ่นฐานในระหว่างทำการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการนำโครงสร้างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสตูลเพื่อขอทำวิจัยในมนุษย์ ตามเลขที่อนุมัติ ETA0006/60 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2560 โดยสุ่มเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเทศบาลที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ขึ้นทะเบียน จำนวน 18 รพ.สต. และ 2 เทศบาล มาร้อยละ 50 โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้ รพ.สต. ตัวอย่างมา 9 รพ.สต. และ 1 เทศบาล จำนวน 255 คน และสุ่มเลือกผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรีในอำเภอเมืองจากทั้งหมด 12 ตำบล 4 เทศบาล โดยวิธีการสุ่มแบบง่ายตามสัดส่วนประชากร จำนวน 65 คน เครื่องมือการวิจัยคือแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนตัว จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย คำถามปลายปิดจำนวน 8 ข้อและคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามความรู้ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับความหมาย เป้าหมาย และหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ มาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) จำนวน 10 ข้อ แบบตัวเลือก ใช่และไม่ใช่ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.67 แบบสอบถามทัศนคติเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับหลักการดำเนินงาน เป้าหมาย และประโยชน์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบบ 5 ตัวเลือก คือ น้อยที่สุด,น้อย,ปานกลาง,มาก,มากที่สุด ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 แบบสอบถามการมีส่วนร่วม ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 23 ข้อ แบบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่เคย,ปานกลาง,น้อย,ปานกลาง,มาก ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 ตามลำดับ และแบบสอบถามปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นคำถามปลายเปิด ถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็น ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ของเครือข่ายชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสตูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา เมื่อได้ข้อเสนอแนะแล้วจึงนำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยภาพรวมเท่ากับ 0.97



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะส่วนบุคคล** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41.59 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. อาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 79.70 และผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/นายกเทศมนตรี/นายก อบต.ร้อยละ 20.30 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชนเฉลี่ย 8.78 ปี เป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ร้อยละ 56.90 ไม่เคยได้รับการประชุม/อบรมด้านสาธารณสุข ร้อยละ 65.60 เคยได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข ร้อยละ 88.80 เคยได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ร้อยละ 87.2 ระดับความรู้และทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภออยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับความรู้

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบว่า เกือบครึ่งมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 49.10 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.76 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของระดับความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (n=320)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (8.0-10.0 คะแนน)	157	49.10
ระดับปานกลาง(6.0-7.9คะแนน)	131	40.90
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 5.9 คะแนน)	32	10.00
รวม	320	100.00

$\bar{X} = 7.76$, S.D.= 1.71, Min.= 2 , Max.= 10

3. **ระดับทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล**
พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.90) มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.41 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของระดับทัศนคติต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (n=320)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	57	17.80
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	75	23.40
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย1.00-2.33)	188	58.80
รวม	320	100.0

$\bar{X} = 3.41$, S.D.= 0.56, Min.= 1 , Max.= 5



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

4. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระตำหนักอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบว่า เครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระตำหนักอำเภออยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 เกินครึ่งมีระดับการมีส่วนร่วมระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.18 รองลงมา ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.94 เมื่อพิจารณาคะแนนการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 รองลงมา คือ ด้านการตรวจสอบและประเมินผล ด้านการดำเนินการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 และด้านการปรึกษาหารือ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 ตามลำดับ ด้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ ด้านร่วมคิด ร่วมวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.40 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระตำหนักอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (n=320)

การมีส่วนร่วมแยกรายด้าน	ระดับการมีส่วนร่วม			$\bar{X}$	SD	แปลผล
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)			
1.ด้านให้ข้อมูลข่าวสาร	20(6.30)	81(25.30)	219(68.40)	2.62	0.60	ปานกลาง
2.ด้านการตรวจสอบและประเมินผล	36(11.30)	74(23.10)	210(65.60)	2.54	0.68	ปานกลาง
3.ด้านดำเนินการ	26(8.10)	117(36.60)	177(55.30)	2.47	0.64	ปานกลาง
4.ด้านการปรึกษาหารือ	19(5.94)	131(40.94)	170(53.12)	2.47	0.60	ปานกลาง
5.ด้านการคิด วางแผน	25(7.80)	140(43.80)	155(48.40)	2.40	0.63	ปานกลาง
รวม	126(7.88)	543(33.94)	931(58.18)	2.50	0.63	ปานกลาง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติ กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระตำหนักอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประชุม/อบรมด้านสาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพพระตำหนักอำเภอ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานระบบสุขภาพพระตำหนักอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอาชีพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในชุมชน และการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานระบบสุขภาพพระตำหนักอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล และพบว่า อายุ ($r=0.14$) ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน ($r = 0.16$) ความรู้ ($r = 0.22$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำมาก ส่วนทัศนคติ ($r = 0.43$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานระบบสุขภาพพระตำหนักอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5-6



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือกองทุน การประชุม
อบรม การได้รับข่าวสาร และการได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอกับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
ชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (n=320)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการมีส่วนร่วม			χ ²	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ					
ชาย	15(4.68%)	46 (14.40%)	57 (17.80%)	9.52	0.009*
หญิง	8(2.50%)	75 (23.40%)	119(37.20%)		
รวม	23(7.20%)	121(37.80%)	176(55.00%)		
อาชีพ					
ธุรกิจส่วนตัว	8(2.50%)	20(6.25%)	20(6.25%)	12.01	0.062
เกษตรกรกรรม	6(1.80%)	28 (8.75%)	57(17.80%)		
รับราชการ/รับจ้าง/ พนักงานบริษัท	9(2.80%)	73(22.80%)	99 (30.90%)		
รวม	23(7.20%)	121(37.80%)	176(55.00%)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	7(2.18%)	50(15.60%)	53 (16.60%)	4.53	0.339
มัธยมศึกษา/ปวช.	10(3.10%)	48(15.00%)	78(24.40%)		
ปวส./อนุปริญญาหรือ สูงกว่า	6(1.88%)	23(7.19%)	35(10.90%)		
รวม	23(7.20%)	121(37.80%)	176(55.00%)		
ตำแหน่งในชุมชน					
อสม	18(5.60%)	94(29.40%)	143(44.70%)	0.59	0.743
ผู้ใหญ่บ้าน/กำนันนายก อบต./นายกเทศมนตรี	5(1.56%)	27(8.44%)	33(10.30%)		
รวม	23(7.20%)	121(37.80%)	176(55.00%)		
การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน					
ไม่เป็นสมาชิก	10(3.10%)	53(16.60%)	75(23.40%)	0.04	0.979
เป็นสมาชิก	13(4.10%)	68(21.30%)	101(31.60%)		
รวม	23(7.20%)	121(37.80%)	176(55.00%)		
การประชุม/อบรม					
ไม่เคย	16(5.00%)	71(22.20%)	23(7.20%)	79.72	0.000*
เคย	7(2.20%)	50(15.60%)	153(47.80%)		
รวม	23(7.20%)	121(37.80%)	176(55.00%)		



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการมีส่วนร่วม			χ ²	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข					
ไม่เคย	5(1.60%)	18(5.60%)	13(4.10%)	6.75	0.034*
เคย	18(5.60%)	103(32.20%)	163(50.90%)		
รวม	23(7.20%)	121(37.80%)	176(55.00%)		
การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ					
ไม่เคย	5(1.60%)	24(7.50%)	12(3.80%)	12.64	0.002*
เคย	18(5.60%)	97(30.30%)	164(51.20%)		
รวม	23(7.20%)	121(37.80%)	176(55.00%)		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน ระดับความรู้ และระดับทัศนคติ กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (n=320)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วม	
	r	p-value
อายุ	0.14	0.012*
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน	0.16	0.003*
ความรู้	0.22	0.000*
ทัศนคติ	0.43	0.000*

* $p < 0.05$

6. การศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบว่า การมีส่วนร่วมในด้านการให้ข้อมูลข่าวสารมีปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด โดยมีประเด็นปัญหา 2 ประเด็น คือ การได้รับข่าวสารไม่ทั่วถึง และได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน จำนวน 19 คน ร้อยละ 30.16 รองลงมา คือ ด้านการให้คำปรึกษา โดยมีประเด็นปัญหา จำนวน 2 ประเด็นได้แก่ ไม่มีการจัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอและเครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วม ในส่วนของรูปแบบการประชุมพบปะสนทนาเพื่อปรึกษาหารือในการเสนอปัญหาด้านสุขภาพ จำนวน 13 คน ร้อยละ 20.63 ดังแสดงในตารางที่ 7



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ในภาพรวม แยกรายด้านของการมีส่วนร่วม (n=320)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	19	30.16
2. ด้านการให้ปรึกษาหารือ	13	20.63
3. ด้านการตรวจสอบและประเมินผล	11	17.46
4. ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน	10	15.87
5. ด้านการดำเนินการ	10	15.87

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง และการให้ข้อมูลไม่ชัดเจนทำให้เกิดความไม่เข้าใจปัญหากับชุมชน ด้านการปรึกษาหารือ พบว่า ไม่มีการจัดประชุมอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ และเครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาสุขภาพ ด้านการร่วมคิดร่วมวางแผน พบว่า เครือข่ายชุมชนจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่มีเวลาในการเข้าร่วมการวางแผน และความคิดเห็นที่มีความแตกต่างจะไม่ได้รับการยอมรับ ด้านการดำเนินการ พบว่า เครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการและงบประมาณไม่เพียงพอ ด้านการตรวจสอบและประเมินผล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะไม่กล้าแสดงออกในการประเมินผล ชุมชนไม่เห็นความสำคัญของความร่วมมือด้านการประเมินผลทางด้านสุขภาพ และไม่มีการติดตามความก้าวหน้า

ข้อเสนอแนะ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารคือ ควรมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเสียงตามสาย มีการกระจายข่าวสารให้ทั่วถึงทั้งชุมชน ควรมีการชี้แจงรายละเอียดอย่างชัดเจนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง ด้านการปรึกษาหารือ คือ ควรมีการจัดประชุมอบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ และควรมีวิทยากรลงพื้นที่และมีโอกาสเสนอปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน คือ ควรมีใบปลิว/แผ่นพับประชาสัมพันธ์เพื่อให้เกิดการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง และควรมีการจัดกิจกรรมในช่วงปิดเทอมจะทำให้มีเวลาในการเข้าร่วมมากขึ้น ด้านการดำเนินการ คือ ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ชุมชนควรได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานและได้รับการดำเนินงานระบบสุขภาพทุกขั้นตอน ด้านการตรวจสอบและประเมินผล คือ ควรมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้านการประเมินผล ควรมีการประเมินผลด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และมีการติดตามการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

1. อภิปรายข้อค้นพบจากงานวิจัย

การศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในภาพรวม พบว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 แสดงให้เห็นว่าเครือข่ายชุมชนบางส่วนไม่ได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข ไม่ได้รับการประชุม/อบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ทำให้เครือข่ายชุมชนบางส่วนนี้ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณี สุขประเสริฐและคณะ (2554) พบว่า ประชาชนให้ความสำคัญกับเรื่องเศรษฐกิจและครอบครัวมากกว่าการมีส่วนร่วม แสดงให้เห็นว่าไม่เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพ จึงทำให้ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในทุกๆ ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

1.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 โดยการให้ข้อมูลข่าวสารด้านงบประมาณและข้อมูลด้านสารสนเทศของเครือข่ายชุมชนมีน้อย ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรมการให้ข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ที่จะเห็นจากผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงบประมาณในการจัดการด้านสาธารณสุข ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการวางแผนงานโครงการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97

1.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการให้คำปรึกษาหารือ พบว่า เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 โดยเครือข่ายชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อาจเนื่องมาจากไม่มีการจัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ทำให้เครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาด้านสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมการปรึกษาหารือการรับผลประโยชน์เกี่ยวกับการดำเนินงานในระดับพื้นที่เครือข่ายชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 และการมีส่วนร่วมในการหารือการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 ตามลำดับ

1.3 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการตัดสินใจ พบว่า เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 อธิบายได้ว่าเครือข่ายชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครือข่ายชุมชนร้อยละ 45 เข้าร่วมกิจกรรมน้อยและไม่เคยเข้าร่วมในกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนและร้อยละ 38.10

1.4 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการดำเนินการ พบว่า เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 โดยเครือข่ายชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม ในการคัดเลือกโครงการ แผนงานและงบประมาณของพื้นที่ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครือข่ายชุมชนร้อยละ 50 มีส่วนร่วมน้อยและไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโครงการ แผนงาน และงบประมาณเพื่อสร้างนวัตกรรมของพื้นที่

1.5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการประเมินผล พบว่า เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 เครือข่ายชุมชนร้อยละ 32.50 เข้าร่วมน้อยและไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจสอบและประเมินผลการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของพื้นที่

1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ดังนี้

เพศ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงแสดงว่าเพศหญิงมีส่วนร่วมมากที่สุดในทุกระบวนการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ สอดคล้องกับผลการศึกษาของพูลสุข ช่วยทองและคณะ (2556) ที่พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิจนิภา โมคติ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มี



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของศักดิ์ชัย ธิวงค์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่า ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมตระกูล ราศิริ (2557) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอของเครือข่ายชุมชน โดยเครือข่ายชุมชนอยู่ในช่วงอายุ 41 ปี ขึ้นไปมากที่สุด รองลงมาอายุ 31- 40 ปี แสดงว่าเครือข่ายชุมชนที่มีอายุมากขึ้น มีโอกาสในการได้รับข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น จึงทำให้เห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอเพิ่มขึ้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมตระกูล ราศิริ (2557) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิจิภา โมคติ (2556) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการศึกษาของพูลสุข ช่วยทองและคณะ (2556) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเป็นเวลานาน จึงเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมตระกูล ราศิริ (2557) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของก้องเกียรติ อุปัทมย์ (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนในเขตอำเภอเขาสนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนอำเภอเขาสนกวาง จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอของเครือข่ายชุมชน ซึ่งเห็นได้จากการศึกษานี้ เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุขทั้งนี้อธิบายได้ว่า เครือข่ายชุมชนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจะมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมมากกว่าเครือข่ายชุมชนที่ไม่เคยได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข ดังนั้นการได้รับข่าวสารจึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพูลสุข ช่วยทองและคณะ (2556) ที่พบว่า การได้รับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และผลการศึกษาสุพจน์ บุตตาน้อย (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น พบว่า การสนับสนุนด้านข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การประชุมหรืออบรมด้านสาธารณสุข พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เครือข่ายส่วนใหญ่ที่ได้ประชุม/อบรมด้านสาธารณสุขจะได้รับข้อมูลข่าวสารด้านระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอด้วย จึงเห็น



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ความสำคัญของการเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพพระดบอำเภอ เพราะจะทำให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพที่ดีขึ้น จึงเข้าร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดบอำเภอมากขึ้น

การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพพระดบอำเภอ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดบอำเภอของเครือข่ายชุมชน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่เคยได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพพระดบอำเภอ ทำให้มีความรู้และเห็นความสำคัญของระบบสุขภาพพระดบอำเภอทำให้เข้าร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดบอำเภอได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ ทองแกมแก้ว (2554) พบว่า การรับรู้ของประชาชนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพพระดบท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างกับการศึกษาของพูลสุข ช่วยทองและคณะ (2556) ที่พบว่า การรับรู้ทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ความรู้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้มากขึ้นอยู่กับการศึกษา และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้ตัวอย่างเครือข่ายเห็นความสำคัญและอยากทำหน้าที่ของตนระบบสุขภาพพระดบอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิคม แก้ววันดี (2557) ที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออก และการศึกษาของสุดใจ ม่อนไข (2556) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนคติ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกว่าการระบบสุขภาพพระดบอำเภอทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืน และมีความสุขกับการปฏิบัติงานระบบสุขภาพพระดบอำเภอ จึงเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา ตุนารางและคณะ (2554) ที่พบว่า ทัศนคติ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน และการศึกษาของนิคม แก้ววันดี (2556) พบว่า ทัศนคติในการควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่แตกต่างจากการศึกษาของพูลสุข ช่วยทองและคณะ (2556) ที่พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ในส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดบอำเภอของเครือข่ายชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีรายละเอียดดังนี้

ระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดบอำเภอของเครือข่ายชุมชน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เครือข่ายบางส่วนมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา และส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุขทำให้มีความรู้ด้านระบบสุขภาพพระดบอำเภอได้ ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้เครือข่ายส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาและต่ำกว่า ซึ่งมีการศึกษาไม่แตกต่างกันมากนัก มีวิถีชีวิตที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นไม่ว่าเครือข่ายชุมชนจะมีการศึกษาอยู่ในระดับใดจึงไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดบอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาของพูลสุข ช่วยทองและคณะ (2556) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของมยุรี สุวรรณโคตร (2551) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน

อาชีพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดบอำเภอของเครือข่ายชุมชน อาชีพเป็นบทบาทและหน้าที่ที่มีในสังคม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและพนักงานบริษัท อธิบายได้ว่า เครือข่ายส่วนใหญ่มีตำแหน่งในชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งอาจจะเคยได้รับข่าวสารและประชุม/อบรมด้าน



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

สาธารณสุขทำให้เครือข่ายเห็นความสำคัญและมีเข้าร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ดังนั้นอาชีพจึงไม่ใช่ปัจจัยในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม ทุกอาชีพจึงมีโอกาสในการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพลสุขช่วยทองและคณะ (2556) ที่พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แตกต่างจากการศึกษาของนิจนิภา โมคศิริ (2556) พบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตำแหน่งในชุมชน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อธิบายได้ว่า เครือข่ายส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขและประชุมเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ จึงทำให้มีความรู้และอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ดังนั้นตำแหน่งในชุมชนจึงไม่ใช่ปัจจัยในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพระมหาประกาศิต สิริเมโธ (2556) พบว่า สถานภาพในสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง

การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือกองทุนต่างๆที่จัดตั้งในหมู่บ้าน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายชุมชน อธิบายได้ว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่มที่มีการจัดตั้งในหมู่บ้าน ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน ซึ่งไม่ได้เกี่ยวเนื่องด้านสุขภาพทำให้ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของพระมหาประกาศิต สิริเมโธ (ฐิติปสิทธิกร) (2556) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ และเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า การเข้าร่วมกลุ่มชุมชนที่มีความแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และผลการศึกษาของนพดล ครุฑน้อย (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช รายได้ต่อเดือน การมีตำแหน่ง/การเป็นสมาชิกกลุ่มในหมู่บ้านและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ทศนคตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอมากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญด้านการให้ความรู้และปลูกฝังด้านระบบสุขภาพระดับอำเภอมีส่วนทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และเครือข่ายต้องให้ความสำคัญความสำคัญและปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภออย่างเต็มกำลังความสามารถ ตลอดจนรู้ความสุขกับการปฏิบัติงานระบบสุขภาพระดับอำเภอจะส่งผลให้การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอประสบผลสำเร็จได้

2. ความรู้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จึงควรเพิ่มการให้ความรู้เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอแก่เครือข่ายชุมชนให้มากขึ้น โดยการจัดประชุมอบรมให้ความรู้แก่เครือข่ายชุมชน



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ด้านการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง จัดนิทรรศการ การให้ความรู้อื่นๆ ส่งผลให้เกิดการผลักดันระบบสุขภาพระดับอำเภอจนประสบผลสำเร็จได้รับการได้รับ

3. ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในด้านการวางแผนอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และจากผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรค พบว่า เครือข่ายชุมชนไม่ได้เข้าร่วมในการวางแผน การไม่ได้รับการยอมรับในการแสดงความคิดเห็นที่มีความแตกต่างทำให้เครือข่ายชุมชนจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและยอมรับในความคิดเห็นที่แตกต่าง ตลอดจนมีการวางแผนและตรวจสอบปัญหาสุขภาพร่วมกับองค์กรในพื้นที่ โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจใช้ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนและการวางแผน ตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ

4. การได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จึงควรมีมาตรการในการเผยแพร่ข้อมูลในเรื่องการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอให้แก่เครือข่ายชุมชนมากยิ่งขึ้น มีกิจกรรมหลายช่องทางที่สามารถส่งข่าวสารให้กับเครือข่ายชุมชนได้แก่ การจัดให้มีหอกระจายข่าวภายในชุมชน การจัดศูนย์ข้อมูลข่าวสารในชุมชน การจัดรายการวิทยุ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข.(2557).การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) ฉบับประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 1.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,นนทบุรี.
- ก้องเกียรติ อุปัทม์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชน อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น (ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กานต์นรินทร์ จรามร,สมศักดิ์ ลีลา และสมพงษ์ ปันหุ่น. (2557). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 20(2),36-46.
- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสตูล. (2559). รายงานการประเมินตนเองของการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง.(2552).วิถีชุมชน : คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้ชุมชนง่ายได้ผลและสนุก. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,นนทบุรี.
- จิราภา สุขสวัสดิ์.(2547).ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการจัดการทรัพยากรมนุษย์). บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา,ชลบุรี.
- ชุดิมา ตันนาราง และคณะ. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนและแนวทางในการพัฒนาการบริหารจัดการมูลฝอยชุมชนในเขตเทศบาลนครสมุทรปราการ. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม, 7(2).



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

- ศักดิ์ชัย ธิวงค์.(2559).การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ (วิทยานิพนธ์สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยเอสเทอร์น,ปทุมธานี.
- ธีรภูมิ เอกากุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์:Krejcie and Morgan,1970.อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นพดล ครุทน้อย. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยทักษิณ, พัทลุง.
- นิคม แก้ววันดี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลนครเจดีย์ อำเภอบางช้าง จังหวัดลำพูน (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นิจนิภา โมคศิริ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร. วารสารสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 11(4).
- พรทิพย์ คำพ้อ และคณะ. (2544). บทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหารส่วนตำบลในการใช้การแพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น , ขอนแก่น.
- พระมหาประกาศิต สิริเมธ (ฐิตปัสสทธิกร). (2556). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านคลองใหม่ อำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาการพัฒนาศังคมมหาบัณฑิต). วิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พูลสุข ช่วยทอง,บันเทิง สุพรรณ และเปรมวิติ ฤทธิเดช. (2556).การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารเกื้อการุณย์, 20(2), (กรกฎาคม-ธันวาคม): 55-69.
- มณี สุขประเสริฐ.(2555).บันทึกการเรียนรู้ การขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (7 กรณีศึกษา).โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด,กรุงเทพมหานคร.
- มยุรี สุวรรณโคตร. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(2),33-34.
- วรรณ ทอแก้วแก้ว. (2554). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดยะลา. Pricess of Narathiwat University journal, 1 (มกราคม – เมษายน).
- วุฒิชัย อารักษ์ไพฑมงค์. (2554). อิทธิพลของการรับรู้ ทศนคติ และการมีส่วนร่วม ที่มีต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ตามระบบคุณภาพภายใน. วารสารวิทยบริการ , 24(1).
- สมตระกูล ราศิริ.(2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 26(2).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.).(2560).การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม:เทคนิควิธีและการนำไปสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล. (2558). ระบบสารสนเทศด้านข้อมูลสุขภาพ จังหวัดสตูล ประจำปี 2558.



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

สืบค้นเมื่อ 26 เมษายน 2558, จาก <http://hdcservice.moph.go.th>.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ

2556.กรุงเทพมหานคร : คัลเลอร์บุ๊กส์.

สำนักบริหารการสาธารณสุข.(2560).ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ (DHS) ปี2560. สืบค้นเมื่อ 1

มิถุนายน 2560, จาก <https://phdb.moph.go.th/phdb2017/site/index>.

สุดใจ ม่อนไข ,อภิชาติ ใจอารีย์ และประสงค์ ต้นพิชัย. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและ

ควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนบ้านวังไทร ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิชาการ*

Veridian E-Journal, 6(3),461.

สุพจน์ บุตตาน้อย.(2550). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อำเภอยะยี่ จังหวัดขอนแก่น (การศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น,

ขอนแก่น.

Cohen John M.& Uphof,Norman T.(1980),Participation's Place in Rural Developement, Seeking Clarity

Throgh Specificity,World Developement,Vol 213.

Drapper AK, Hewitt G, Rifkin S : Chasing the dragon: developing indicators for the assessment of

community participation in health programmes.Soc Sci Med 2010,71 (6):1102-1109.

World Health Organizaion. (1991). "Community Involvement in Health Developement: Challenging Health

Service." Report Series 809. World Health Organization Geneva.