

๖14.09593

๗112๗

5.3

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข

โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุนโยบายที่ดีก้าวหน้า 2543

ในจังหวัดร้อยเอ็ด

ปริญญาโท

ของ

กรรช ใจหาญ

18 ก.พ. 2540

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

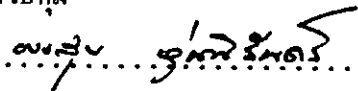
ตุลาคม 2539

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


58783

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญาบัตรฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒโต

คณะกรรมการควบคุม

.....  ประธาน

(พศ. ดร.พรสุข พุฒินันต์)

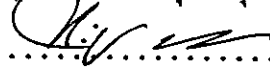
.....  กรรมการ

(อ.ประยูร สะสม)


คณะกรรมการสอบ

.....  ประธาน

(พศ. ดร.พรสุข พุฒินันต์)

.....  กรรมการ

(อ.ประยูร สะสม)

.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(พศ. วินัส บัณฑาสพงษ์)

.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(พศ. นภาพร มีธมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญาบัตรฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....  คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร.ศิริภา นุลสุวรรณ)

วันที่ A... เดือน ตุลาคม.. พ.ศ. 2539.

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรุสข หุ่นวิรันตร์ อาจารย์ประยูร สะสม ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑิตพงษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพร มีธมางกูร ที่กรุณาให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องและช่วยเหลือเป็นอย่างดีตลอดมา ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณท่านผู้เกี่ยวข้องทั้ง 5 ท่าน คือ นพ.พงษ์สวัสดิ์ สุวรรณันท์ คุณสาเนา แวงวารณ คุณฉัตรชัย นวลเพ็ญ คุณวิรัช โสภภาพล ดร.ประยงค์ นามบุตร และขอบคุณประชาชนในอำเภอพนมไพร และอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้กรุณาตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอทั้ง 2 อำเภอ ที่ได้ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโทวิชาเอกสุขศึกษา รุ่นที่ 12 ทุกคน ที่ได้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันมา ซึ่งผู้วิจัยต้องขอบคุณเป็นอย่างสูงที่มีส่วนทำให้ปริญญานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

ขอระลึกถึงพระคุณของครูและอาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ รวมทั้งพระคุณของบุพการีที่เคารพรัก และขอขอบคุณทุกท่านที่ทำให้กำลังใจและสนับสนุน

กรกช ใจหาญ

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	6
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	12
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	48
	การวิจัยในต่างประเทศ	48
	การวิจัยในประเทศ	49
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	55
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	56
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	56
	ประชากร	56
	กลุ่มตัวอย่าง	56
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	58
	ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	59
	วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	61
	วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	61
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	62

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล	68
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
ผลการศึกษาค้นคว้า	69
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	94
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	94
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	94
การวิเคราะห์ข้อมูล	95
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	95
อภิปรายผล	96
ข้อเสนอแนะ	103
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป	104
บรรณานุกรม	10
ภาคผนวก	113
← ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ	114
← ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	120
ประวัติย่อของผู้วิจัย	131

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนอำเภอ ตำบล หมู่บ้านทั้งหมด/เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า 2537	4
2	เกณฑ์ชี้วัดหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า กลุ่มที่ 1	23
3	เกณฑ์ชี้วัดหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า กลุ่มที่ 2	27
4	เกณฑ์ชี้วัดหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า กลุ่มที่ 3	33
5	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา	70
7	การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามเพศ	76
8	การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามอายุ	77
9	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามอายุ	78
10	การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามรายได้ครอบครัว	79
11	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามรายได้ครอบครัว	80
12	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุข ที่มีรายได้ครอบครัวแตกต่างกัน	81
13	การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามอาชีพ	82
14	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามอาชีพ	83
15	การทดสอบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามสถานภาพทางสังคม	84

16	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ สนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามสถานภาพทางสังคม	85
17	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกัน	86
18	การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนา สาธารณสุขฯ	88
19	การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามเจตคติที่มีต่อโครงการ	89
20	การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามที่มีความต้องการการยอมรับนับถือ จากคนอื่น	90
21	การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามที่ได้รับการจูงใจจากเพื่อนบ้าน	91
22	การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข	92
23	การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามที่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข	93

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดของโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543	15
2 ระบบสาธารณสุขของประเทศ	19
3 แบบจำลองความคิดเกี่ยวกับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาชนบท - แบบ 5 ส่วนสำคัญ	40
4 กรอบแนวคิดการวิจัย	54

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

การมีสุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคมที่ยอมรับกันทั่วโลก มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันด้านเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ เศรษฐกิจ และสังคม หรือ ความเชื่อถือทางการเมือง ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองให้มี สุขภาพดี (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2527 : ก) ในปัจจุบันประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้วิวัฒนาการไปมาก ทำให้การเดินทางสะดวก การสื่อสารเจริญก้าวหน้า เป็นยุคแห่งการพัฒนามีการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เช่น ทางด้านเศรษฐกิจมีการแข่งขันการลงทุนสูง เกิดระบบการค้าเสรี ระบบเศรษฐกิจถูกพัฒนาเป็นระบบเศรษฐกิจเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ทางด้านสังคม พบว่า โครงสร้างสังคมซับซ้อนมากขึ้น โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปเนื่องจากระบบการแพทย์ก้าวหน้าทันสมัย สามารถรักษาควบคุมโรคต่างๆ ได้ดีมีผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น ทำให้มีผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดการอพยพย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมือง สถาบันครอบครัวมีขนาดเล็กลงกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น แนวโน้มการประกอบอาชีพส่วนตัวอยู่กับบ้านสูงขึ้น ประชาชนให้ความสนใจในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมมากขึ้น (รัชพล กุลสรารุส. 2538 : 4-5) ในการพัฒนาสังคม เพื่อบรรลุสุขภาพดีก้าวหน้า ประเทศไทยได้ขึ้นชื่อว่าประเทศผู้นำและเข้มแข็งที่สุดประเทศหนึ่ง และได้รับนโยบายขององค์การอนามัยโลกมาปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 และได้ให้สัตยาบันในกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ (Charters for Health Development) อันเป็นการตอกย้ำเจตนารมณ์ของประเทศที่จะทำให้ทุกคนเกิดและเติบโตไปจนแก่และตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งในระหว่างมีชีวิตอยู่จะต้องมีสุขภาพดี พอที่จะเป็นประโยชน์ และมีส่วนร่วมเสริมสร้างเศรษฐกิจ ตลอดจนสังคมที่ทุกคนเป็นสมาชิกอยู่ได้อย่างเต็มที่ (วิชัย โชควิวัฒน์. 2537 : 36-39)

ตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) เป็นต้นมารัฐบาลได้ใช้กลวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลสุขภาพและเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งตนเอง

สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น การนำเอาความจำเป็น
พื้นฐาน (จปฐ.) มาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลการพัฒนาและดำเนินงานในรูปของ
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (พสส.) ตลอดจนจากกองทุนต่าง ๆ เพื่อ
ใช้ในชุมชน (ทิศทาง การพัฒนาของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8. 2538:2-10) ซึ่งวิธีการ
ดังกล่าวเป็นกลวิธีหนึ่งของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข
ของประชาชน โดยประชาชนเองและรัฐให้การสนับสนุนบางส่วน การดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข
มูลฐานที่ผ่านมา แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้ดำเนินงานมาจนประสบผลสำเร็จ แต่ก็ยังไม่
สามารถที่จะชี้ให้เห็นได้ว่า ขณะนี้ประเทศไทยอยู่ห่างไกลเพียงใด จากเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า
ปี 2543 โดยให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม และการใช้เทคโนโลยี ดังนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุข
ฉบับที่ 7 (2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน
เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทอย่าง
ต่อเนื่อง พัฒนาให้มีความหลากหลายและขยายเข้าไปในเขตเมืองให้มากขึ้น สนับสนุนให้ประชาชน
ทุกคนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้ใช้แรงงาน ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ และกลุ่ม
ด้อยโอกาสในสังคมอื่นได้มีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุข ตลอดจนแสวงหาและพัฒนา
ทรัพยากร เพื่อการสนับสนุนงานสาธารณสุขให้มีเพียงพอและมีคุณภาพในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
พร้อมกับได้มีการปรับปรุงและพัฒนาขบวนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน
และสืบเนื่องจาก ปี 2535 เป็นปีแรกของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)
ซึ่งเป็นแผนที่มีการเปลี่ยนแปลงทิศทางพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานหลายประการ กระทรวง
สาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายเร่งรัด กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ดังต่อไปนี้คือ

1. การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) กำหนดเป้าหมายให้จัดตั้ง ศสมช.
ครบทุกหมู่บ้านในปี 2537

2. พัฒนาองค์ประกอบหลักของการดำเนินงานของชุมชน คือ 3 ก. ซึ่งได้แก่
คณะกรรมการหรือองค์การชุมชน กาลังคน ยันได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สื่อข่าวสาร
สาธารณสุข กลุ่มพัฒนาต่าง ๆ รวมทั้งประชาชน และกองทุนพัฒนาชุมชน องค์ประกอบหลัก 3 ก.
ดังกล่าวนี้ ได้มีการพัฒนามาแล้วนับแต่เริ่มการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุขเห็น
ความจำเป็นต้องเร่งรัด การพัฒนา 3 ก. ต่อไปและให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

3. เพิ่มองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน 4 องค์ประกอบคือ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษและเป็นภัย และการคุ้มครองผู้บริโภค

4. การดำเนินงานสาธารณสุขในเขตเมือง ปัจจุบันเขตเมืองมีการขยายตัวมากขึ้น โดยเฉพาะตามเมืองใหญ่ทั่วประเทศ ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างกว้างขวาง เช่น ปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อม ปัญหาการศึกษา เสพติด โรคจิตและประสาท เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 26-28)

ก่อนปี 2543 ของเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ประเทศไทยยังไม่มีหลักประกันอันใดที่จะบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (ตามเกณฑ์ของประเทศไทย) กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องดำเนินการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมี โครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2536-2537 หรือมีชื่อข้อย่อยที่เรียกว่า โครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า หรือ โครงการ HFA ขึ้น เป็นโครงการนำร่องและได้ใช้หลักการสำคัญที่จะพัฒนาชุมชนและหมู่บ้าน คือ การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (People participation = PP หรือ Community Participation, Community Involvement = CI) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ร้อยละ 50 ของหมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศ บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปีงบประมาณ 2537

เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2537 ได้มีการประเมินพบว่าหมู่บ้านที่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า และชุมชนสุขภาพดีถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 33.57 ของหมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศ

จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นจังหวัดหนึ่งที่ประกอบด้วย อำเภอและกิ่งอำเภอ จำนวน 15/2 แห่ง ตำบลและเทศบาลเมือง 186/1 แห่ง หมู่บ้านและชุมชนเมือง 2,192/13 แห่ง ซึ่งได้สนองตอบนโยบายการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดทำแผนงานโครงการให้สอดคล้องกับกลวิธีการดำเนินงาน ได้เห็นการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาศักยภาพองค์กรชุมชน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2537 การดำเนินงานโครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2536-2537 ของจังหวัดร้อยเอ็ด ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2536 เป็นต้นมา โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมาย ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนอำเภอ ตำบล หมู่บ้านทั้งหมด/เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า 2537

อำเภอ	ตำบล/หมู่บ้าน		อำเภอ	ตำบล/หมู่บ้าน	
	ทั้งหมด	เป้าหมาย		ทั้งหมด	เป้าหมาย
พนมไพร	16/205	16/205	ธวัชบุรี	22/243	20/59
ศรีสมเด็จ	8/81	8/81	เมืองสรวง	5/49	5/18
โพนทอง	13/161	13/56	โพธิ์ชัย	9/103	9/29
เสลภูมิ	18/220	18/51	เมฆาดี	4/42	4/18
สุวรรณภูมิ	14/166	14/37	โพนทราย	5/55	5/19
อาจสามารถ	10/122	10/30	จังหาร	7/98	7/24
ปทุมรัตน์	7/90	7/36			
หนองพอก	9/100	9/34	รวม	186/2188	183/805
เมือง	14/174	14/43			
เกษตรวิสัย	13/153	12/32			
จตุรพักตราร	12/126	12/32			

แหล่งที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. 2537:4

จากพื้นที่เป้าหมายตามตาราง 1 คิดเป็นร้อยละ 36.70 ของหมู่บ้านในจังหวัดร้อยเอ็ด ในจำนวนเป้าหมายนี้มีอำเภอที่จะดำเนินการโครงการเต็มพื้นที่ 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพนมไพร และอำเภอศรีสมเด็จ ซึ่งทั้ง 2 อำเภอนี้ได้ดำเนินการประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

ผลจากการดำเนินงานเร่งรัดพัฒนางานสาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หมู่บ้านและชุมชนที่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2537 ตามโครงการเร่งรัด มีร้อยละ 66.58 ของหมู่บ้านและชุมชนของจังหวัดร้อยเอ็ด จึงทำให้

สามารถแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขที่ชุมชนประสบอยู่ได้ในระดับหนึ่ง รวมทั้งเจ้าหน้าที่และองค์กรชุมชนได้รับการพัฒนา และมีศักยภาพพร้อมที่จะตอบสนอง และสนับสนุนการดำเนินงานเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง

จากผลสำเร็จดังกล่าวจึงเป็นมูลเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และผลแห่งความสำเร็จในอำเภอพนมไพร และอำเภอศรีสมเด็จ ซึ่งน่าจะศึกษาให้แน่ชัดลงไปว่ามีปัจจัยใดที่มีผลหรือแรงกระตุ้นตัวใดที่ทำให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา เพราะการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขให้ประสบผลสำเร็จ ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหาสาธารณสุขในชุมชน เมื่อพบว่าชุมชนมีปัญหาด้านใดก็มีการร่วมกันคิดแก้ปัญหา เสนอแนะวิธีการแก้ปัญหา เช่น เมื่อสำรวจปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านพบว่ามิได้เกิดอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ ก็สามารถทราบปัญหาและให้คำแนะนำวิธีการแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือการแก้ปัญหาให้พี่น้องเป็นเบา หรืออาจพบว่าในครอบครัวของตนเองมีบุคคลที่อยู่ในภาวะทุพโภชนาการ ก็สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ และจะเป็นการช่วยลดปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านที่เกิดขึ้นได้ แต่ถ้าหากประชาชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา เสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาหรือไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชนของตนเอง เพราะถือว่าปัญหาเหล่านั้นยังไม่ต้องเร่งรีบแก้ไข คือ มองไม่เห็นความสำคัญของปัญหา สิ่งที่จะตามมาคือปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และการพัฒนาสาธารณสุขก็ไม่บรรลุตามเป้าหมายแต่ถ้าประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมก็จะทำให้ปัญหาสาธารณสุขได้รับการแก้ไข ซึ่งจะเป็นการช่วยแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศด้วย และจากสภาพการณ์ดังกล่าว การศึกษาการมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ควรจะได้ศึกษาและเป็นการแสวงหาแนวทางการพัฒนาท้องถิ่นตามแนวนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบัน เพราะการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จะประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายของการดำเนินตามโครงการฯ ได้ต้องผ่านปัญหาและอุปสรรคมากมายหลายประการ และในขณะที่ยังมีหมู่บ้าน ตำบล อำเภออื่น ๆ ยังไม่ประสบความสำเร็จ เพราะยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน

จากข้อมูลและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาค้นคว้าถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนของประชาชนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ในหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดร้อยเอ็ด

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนา
สาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาหมู่บ้านให้บรรลุ
สุขภาพดีถ้วนหน้า
2. เพื่อทราบถึงเหตุผลของการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม
3. เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานของรัฐได้นำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาหารูปแบบและ
วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม และเป็นการพัฒนาสาธารณสุขแบบยั่งยืน

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
โครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ของจังหวัด
ร้อยเอ็ด ซึ่งจะศึกษาในอำเภอที่ได้กำหนดเป้าหมายเต็มพื้นที่ ของจังหวัดร้อยเอ็ดที่จะให้ทุกหมู่บ้าน
ในอำเภอบรรลุหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า 2 อำเภอ คือ อำเภอพนมไพร อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัด
ร้อยเอ็ด

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ หัวหน้าครอบครัวของอำเภอสุขภาพดีถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2536-2537 จำนวน 22,946 ครอบครัว โดยแยกอำเภอสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ คือ

- 1.1 หัวหน้าครอบครัว จำนวน 16,458 ครอบครัว ของอำเภอพนมไพร
จังหวัดร้อยเอ็ด
- 1.2 หัวหน้าครอบครัว จำนวน 6,488 ครอบครัว ของอำเภอศรีสมเด็จ
จังหวัดร้อยเอ็ด

2. กลุ่มตัวอย่าง

ได้มาจากการสุ่มโดยวิธีสุ่มของขามาเน่จากหัวหน้าครอบครัว ได้จำนวน 395 ครอบครัว ดังต่อไปนี้

- 2.1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 283 ครอบครัว จากหัวหน้าครอบครัวในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2.2 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 112 ครอบครัว จากหัวหน้าครอบครัวในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

ภูมิหลังและชีวสังคม

- เพศ
- อายุ
- รายได้ครอบครัว
- อาชีพ
- สถานภาพทางสังคม

ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม

- ความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข
- เจตคติที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข
- ความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น
- ได้รับการสนใจจากเพื่อนบ้าน

ปัจจัยทางด้านการศึกษาของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

- ความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข
- การได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน

โครงการพัฒนาสาธารณสุข 5 ประการ ดังต่อไปนี้

- 3.2.1 การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการพัฒนาสาธารณสุข
- 3.2.2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนาสาธารณสุข

- 3.2.3 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติโครงการพัฒนาสาธารณสุข
- 3.2.4 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนาสาธารณสุข
- 3.2.5 การมีส่วนร่วมติดตามผลและประเมินผลโครงการพัฒนาสาธารณสุข

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเข้าร่วมพัฒนาหมู่บ้านของประชาชนตาม ลักษณะ 5 ลักษณะ ของการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า คือการเข้าร่วมในการ เริ่มโครงการฯ การมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ การเข้าร่วมปฏิบัติงานตามโครงการฯ การเข้าร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการฯ และการเข้าร่วมติดตามผลและประเมินผลโครงการฯ

1.1 การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการพัฒนาสาธารณสุข หมายถึง การเข้าร่วม กิจกรรมของประชาชนในการเริ่มสำรวจ ค้นหา วิเคราะห์ปัญหา เช่น ชั่งน้ำหนักเด็ก หรือ พาเด็ก ไปรับการชั่งน้ำหนัก

1.2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนาสาธารณสุข หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชนในการวางแผนการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เช่น ร่วมตัดสินใจและวางแผน เพื่อแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหาร เป็นต้น

1.3 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติโครงการพัฒนาสาธารณสุข หมายถึง การเข้าร่วม กิจกรรม การแก้ไขปัญหายาสาธารณสุข เช่น แก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหาร โดยการช่วยทำอาหาร เสริมให้เด็กรับประทาน ซึ่งเป็นการลงมือปฏิบัติร่วมกับคนอื่น หรือร่วมบริจาคเงิน วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ หรือเป็นคนบริหารงานให้ดำเนินงานไปโดยความเรียบร้อย หรือประสานงานขอความร่วมมือ ช่วยเหลือจากหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ

1.4 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนาสาธารณสุข หมายถึง การที่ ประชาชนได้รับผลประโยชน์ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการดำเนินงานในโครงการพัฒนาสาธารณสุข

1.5 การมีส่วนร่วมติดตามผลและประเมินผลโครงการพัฒนาสาธารณสุข หมายถึง การที่ประชาชนเข้าไปช่วยกันติดตามบำรุงรักษา ติดตามการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนการเข้าร่วมประชุมประเมินผลเพื่อพิจารณาสภาพหมู่บ้านที่พัฒนาแล้วว่ามีปัญหาใดบ้างที่ยังต้อง แก้ไข

2. โครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดี
 ถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2536-2537 หรือมีชื่อย่อที่เรียกว่า โครงการ
 สุขภาพดีถ้วนหน้า หรือ โครงการ HFA (Health For All) หมายถึง โครงการที่กระทรวง
 สาธารณสุขจัดดำเนินการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดี
 ถ้วนหน้า ก่อนปี 2543 เป็นโครงการนำร่องในปี 2536-2537 (ในที่นี้จะใช้เขียนคำย่อว่า
 โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ)

3. หมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า หมายถึง หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนา
 สาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ตามเกณฑ์ชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้า ของกระทรวงสาธารณสุข

4. ตำบลสุขภาพดีถ้วนหน้า หมายถึง ตำบลที่มีหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์การประเมิน
 การพัฒนาสาธารณสุขระดับตำบล เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ตามเกณฑ์ชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้าของ
 กระทรวงสาธารณสุข

5. อำเภอสุขภาพดีถ้วนหน้า หมายถึง อำเภอที่มีตำบลทุกตำบล ผ่านเกณฑ์การประเมิน
 การพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ตามเกณฑ์ชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้า
 ของกระทรวงสาธารณสุข

6. หัวหน้าครอบครัว หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าและเป็นผู้นำในการทำกิจกรรม
 ต่าง ๆ ของครอบครัว ไม่รวม ผสส. อสม. (ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม. 2532:9)

7. ประชาชน หมายถึง หัวหน้าครอบครัวหรือสามี/ภรรยา ที่สามารถให้คำตอบได้ ที่อยู่
 อาศัยในหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า ของอำเภอพนมไพรและอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

8. เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

- เจ้าหน้าที่ หมายถึง เจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่
 พัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่การเกษตรฯ และครู

- อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขและอาสาสมัคร
 สาธารณสุข อาสาสมัครมาเลเรีย

9. บัณฑิตที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน หมายถึง บัณฑิตภูมิหลัง
 และวิชาสังคม บัณฑิตทางจิตวิทยาสังคม บัณฑิตทางด้านการศึกษาปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร
 สาธารณสุข

9.1 ปัจจัยภูมิหลังและชีวสังคม หมายถึง เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพทางสังคม

อายุ หมายถึง อายุของประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่บรรลุภาวะ แบ่งเป็น (พยอม อิงคตานุวัฒน์. 2523:1)

อายุ 21 - 40 ปี

อายุ 41 - 60 ปี

อายุ 60 ปีขึ้นไป

รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินที่ได้มาจากการประกอบอาชีพของครอบครัว และค่าตอบแทนอื่น ๆ ของครอบครัว โดยไม่หักค่าใช้จ่ายในรอบปีที่ผ่านมา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536:48)

ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป

สถานภาพทางสังคม หมายถึง ฐานะ ตำแหน่งทางสังคมของประชาชนในชุมชน ได้แก่ กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่ ผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์ประจำตำบล กรรมการหมู่บ้าน ราษฎรในหมู่บ้าน

9.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข เจตคติที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข การสนใจจากเพื่อนบ้าน ความต้องการการยอมรับนับถือ

9.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน ความจำเป็นพื้นฐาน ตัวชี้วัดหมู่บ้าน สุขภาพดีถ้วนหน้า ตามความสามารถของประชาชน

9.2.2 เจตคติที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ และท่าที ของประชาชนที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ

9.2.3 ความต้องการยอมรับนับถือ หมายถึง ความต้องการที่จะให้บุคคลอื่นยอมรับตนเองในการมีส่วนร่วม เช่น การเสนอความคิดเห็นในการแก้ปัญหา ก็เพื่อจะได้รับการยอมรับว่าตนเองเป็นคนมีความคิดดี

9.2.4 ได้รับการจูงใจจากเพื่อนบ้าน หมายถึง การที่เพื่อนบ้านมาปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นแรงจูงใจมาผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อให้หมู่บ้านบรรลุสู่สภาพดีถ้าวหน้า การทำงานให้เต็มที่ หรือทำให้เกิดความคาดหวัง เช่น ผลประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ

9.3 ปัจจัยทางด้านการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยชักชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าไว้ดังนี้

1. เอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543
2. เอกสารเกี่ยวกับตัวชี้วัดโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543
3. ความหมายและลักษณะการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนของประชาชน
4. แนวความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนของประชาชน
5. การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การดำเนินงานโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543

ผู้วิจัยได้นำเสนอประเด็นย่อยดังนี้ คือ ความหมายของสุขภาพดีถ้วนหน้า แนวคิดโครงการจุดประสงค์ ความสำคัญ หลักการในการดำเนินงาน นโยบายในการดำเนินงาน

ความหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า

สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) หมายถึง การที่ทุกคนเกิดมามีชีวิตยืนยาว ไม่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ไม่จำเป็น หากเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม ดำรงชีวิตอยู่และสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคม อย่างมีคุณค่า และตายอย่างมีศักดิ์ศรี หรือขยายความหมายได้ดังนี้

1. ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้อย่างง่าย ๆ
2. เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมและหัดเหิมกัน
3. มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพประโยชน์แก่สังคม
4. เกิดและตายอย่างมีศักดิ์ศรี

ดังนั้น สุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ 2543 ไม่ได้หมายความว่า เมื่อถึงปี พ.ศ. 2543 แล้วประชาชนทุกคนไม่มีการเจ็บป่วยหรือพิการเลย หรือไม่ได้หมายความว่าในเวลานั้นเราจะมีโรงพยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาล รวมทั้งสถานบริการที่มีเจ้าหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในโลกอย่างทั่วถึง แต่หมายถึง ในอนาคตประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ ทุกอาชีพ จะมีสิทธิ์มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของทุกคนเท่าเทียมกันมากกว่าในปัจจุบัน ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาตนเองให้ปราศจากโรค และเกิดประโยชน์กับคนส่วนใหญ่ อีกทั้งขณะที่เขามีชีวิตอยู่จะต้องเป็นชีวิตที่มีคุณภาพดีพอที่จะเป็นประโยชน์ และได้มีส่วนร่วมในการสร้างเศรษฐกิจและสังคมที่เขาค้าขายอยู่อย่างเต็มที่ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2527:2)

แนวคิดของโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543

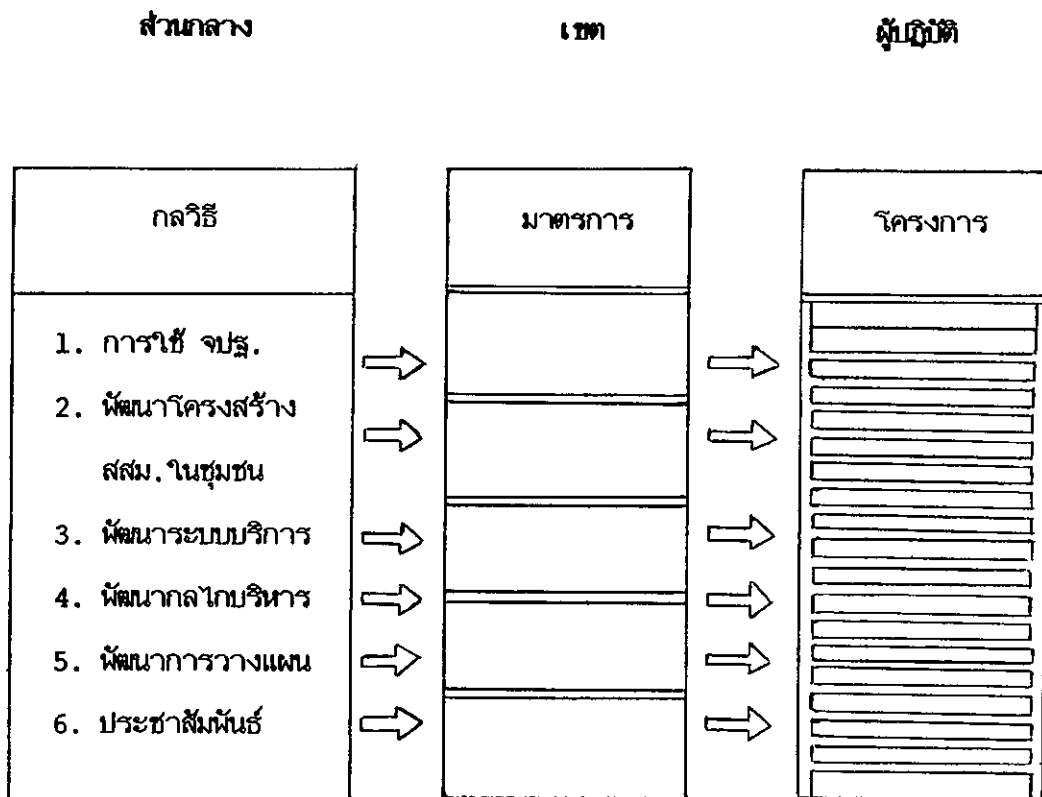
ในการพัฒนาทางสังคม ประเทศไทยได้ชื่อว่าเป็นประเทศผู้นำที่เข้มแข็งทางสาธารณสุขประเทศหนึ่ง เพื่อให้สังคมบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 ประเทศไทยได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นมาตรการในการพัฒนาสังคมของรัฐบาล (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 1) ก่อนที่จะถึงกำหนดปี 2543 กระทรวงสาธารณสุขยังไม่สามารถแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนได้ว่าขณะนี้อยู่ห่างไกลเพียงใดจากเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 และมีอุปสรรคอะไรอยู่บ้าง ที่สำคัญคือ มีหลักประกันอะไรที่ยืนยันได้ว่าประเทศไทยจะสามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (ตามมาตรฐานหรือเกณฑ์ของประเทศไทย ซึ่งไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) ภายในปี 2543 ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุข โดยใช้วิธีการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมี โครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2536-2537 หรือมีชื่อย่อที่เรียกว่า โครงการ Health For All By Year 2000 (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2527 : 2) โดยจัดระบบและเน้นหลักการสำคัญ คือ

1. การสาธารณสุขมูลฐาน ในระดับชุมชนยังคงเป็นการพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมของประชาชน ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวจนถึงชุมชน

2. การสร้างทีมงาน โดยให้มีบทบาทของการสนับสนุนของหน่วยงาน สนับสนุนทุกระดับ
3. การกระจายอำนาจ โดยเริ่มจากส่วนกลางด้วยการให้มีสาขาสุขเขตเน้นพิจารณาดูแลในแต่ละเขตแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. การสร้างผู้นำสาขาสุข โดยให้ผู้นำทุกระดับมีจินตภาพในการกำหนดเป้าหมายอนาคต และแนวทางการแก้ไขปัญหา หรือดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้พื้นที่เป็นหลักในการวางแผน
5. การแก้ไข้ปัญหาให้ตรงจุด และมีเอกภาพ โดยใช้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน
6. การสร้างภาพลักษณ์ทางสาขาสุข โดยการประชาสัมพันธ์ความสามารถ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนทุกระดับ

ในการดำเนินงานโครงการพัฒนาสาขาสุขฯ ได้จัดให้มีการสัมมนาระหว่างการกำหนด กลวิธีมาตรการ และกิจกรรมไว้ดังนี้

1. กลวิธี กำหนดโดยหน่วยงานรับผิดชอบส่วนกลาง
2. มาตรการ กำหนดโดยหน่วยงานสนับสนุนวิชาการร่วมของส่วนกลางและเขต
3. โครงการพัฒนาสาขาสุขฯ/กิจกรรม กำหนดโดยหน่วยงานผู้ปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งหน่วยงานส่วนกลาง เขต และจังหวัด



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน
 เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543

แหล่งที่มา กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 27.

จุดประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ร้อยละ 50 ของหมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศ บรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า
 ภายในปี 2537

เป้าหมาย

เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2537

1. ทุกตำบลต้องมีหมู่บ้านหรือชุมชนสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างน้อย 2 หมู่บ้าน
2. ทุกอำเภอต้องมีตำบลสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างน้อย 1 ตำบล
3. ทุกจังหวัดต้องมีอำเภอสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างน้อย 1 อำเภอ (เขต)
4. ทุกเขตสาธารณสุขจะต้องมีจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างน้อย 1 จังหวัด

ความสำคัญของโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุ สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543

เพื่อเป็นการบรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 ซึ่งประเทศไทยได้ให้ สัตยาบันในกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ (Charter for Health Development) ซึ่ง เป็นการขำเจตนารมณ์ของประเทศที่จะทำให้อุทิศทุกคนในประเทศไทยเกิดมาและเติบโตไปจนแก่ และตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งในระหว่างที่มีชีวิตอยู่นั้น จะต้องมีความสุขที่ดีพอที่จะ เป็นประโยชน์และมีส่วนร่วมสร้างเสริมเศรษฐกิจ ตลอดจนสังคมที่ทุกคนเป็นสมาชิกอยู่ได้อย่าง เต็มที่ ตามความหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี 2543 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการ พัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2536-2537 เป็นโครงการนำร่อง วัตถุประสงค์สำคัญของโครงการนี้ต้องการให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับได้สัมผัสแนวความคิดและการปฏิบัติงานสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยให้ยึดหลักในการดำเนินงาน โดยใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน หรือเรียกว่า หลักการสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation or Community Participation or Community Involvement) หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือชุมชนที่มีความลึกซึ้งลงไปกว่าความร่วมมือธรรมดา เพราะแท้จริงเป็นความหมายของความ เป็นเจ้าของเรื่องในการแก้ปัญหาชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การเตรียมเจ้าหน้าที่ การเตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนได้รู้สึก เป็นเจ้าของและเข้ามาร่วมมือช่วยเหลือทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนของประชาชนมีหลายรูปแบบ เช่น รูปแบบการ ดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แก่

1.1 การสำรวจและใช้ผลการสำรวจ ความจำเป็นพื้นฐาน ในการวางแผน และแก้ปัญหาของชุมชน เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนของประชาชนที่สมบูรณ์อันหนึ่ง เนื่องจากการสำรวจ จปฐ. ต้องให้บุคลากรในชุมชนที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เป็น เป้าหมายการพัฒนาใน จปฐ. และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อมาเป็นฐานในการวางแผน แก้ไขปัญหาตนเองโดยประชาชนในชุมชนร่วมกับ เจ้าหน้าที่ของรัฐ การสำรวจและใช้ผลการสำรวจ จปฐ. ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่จะเป็นประโยชน์ต่อการมี ส่วนร่วมของชุมชนอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะยาวหากสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

1.2 การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้านเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเฉพาะเรื่อง นับเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3 การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน (ศสมช.) เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีการร่วมกัน เพื่อมาดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยการจัดศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งจะเป็ศูนย์กลางที่จะพัฒนาบุคลากรของชุมชนให้มีความรู้ ความเข้าใจในด้านสุขภาพอนามัยมากขึ้น และเป็นสถานที่ที่เจ้าหน้าที่จะสามารถไปให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ดำเนินงาน ในศูนย์ส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน (ศสมช.) ได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันประชาชนก็สามารถร่วมกลุ่มบริหารจัดการและดูแลให้บริการในศูนย์ส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน (ศสมช.) เป็นไปได้เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน

1.4 การจัดตั้งผู้สื่อข่าวสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข (พสส./อสม.) เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกลุ่มชุมชนและระดับบุคคล กล่าวคือ การคัดเลือกและฝึกอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข (พสส./อสม.) จะเป็นการสร้างกลุ่มประชาชนในชุมชนที่มีความรู้ความสามารถด้านสาธารณสุขที่จะเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน แต่ในขณะที่เดียวกันผู้สื่อข่าวสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข (พสส./อสม.) ก็มีการะกิจที่จะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจและความสามารถที่ถูกต้องขึ้นให้แก่เพื่อนบ้านของตนในชุมชน

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology = AT) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการซึ่งหมายรวมถึงแต่วิธีการค้นหาปัญหา ขบวนการในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเทคนิคการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง เช่น การใช้ระบบการนัดไทย เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในชุมชน เป็นต้น เทคนิคเหล่านี้อาจเป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมในชุมชนที่ชุมชนมีการถ่ายทอดในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลานานแล้ว หรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหา เช่น การใช้อาหารเสริมในการแก้ไขปัญหาโภชนาการ การจัดทำเืองน้ำเพื่อเก็บน้ำสะอาด เป็นต้น หากการเรียนรู้ไปยังชุมชนอีกแห่งหนึ่ง ในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนกันเอง อาจเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ หรือโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยวิธีการที่เรียกว่า การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน หรือ TCDV (Technology Cooperation Among Developing Villages) จะทำให้ขบวนการเรียนรู้นี้เป็นไปโดย

กว้างขวาง รวดเร็ว ซึ่งจะเป็ประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหาของเขาเอง ประชาชนสามารถปฏิบัติได้

3. มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service = BHS) หรือ Health Infrastructure ระบบบริการของรัฐ (BHS) และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อ และรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีความมุ่งหมายคือ

3.1 ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วไ้ไป (Coverage)

3.2 การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization)

3.3 การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Referral System)

ระบบบริการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามปรับเพื่อให้เอื้อต่องานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมาพิจารณาได้จากโครงการต่าง ๆ ดังนี้

ก. โครงการบัตรสุขภาพ

ข. โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.)

ค. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

เป้าหมายการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข ก็เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง การปรับเปลี่ยนระบบบริการจะต้องมีการดำเนินงานทุกระดับ โดยมีหลักการในการปรับเปลี่ยนระบบดังนี้

1. ระดับหมู่บ้าน เป็นระดับปลายสุด มีการสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) ซึ่งจัดบริการช่วยเหลือกันเองโดยชาวบ้าน (ภายใต้คำแนะนำสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ระดับตำบล) ในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

2. ระดับตำบล เป็นระดับที่จะต้องสนับสนุนระดับหมู่บ้าน และมีหน่วยงานของรัฐประจำอยู่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย ระดับนี้ถือได้ว่าเป็นระดับบริการให้บริการขั้นที่ 1 (Primary Medical Care = 1° MC) โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจโรคทั่ว ๆ ไป และรักษาโรคที่จำเป็นได้

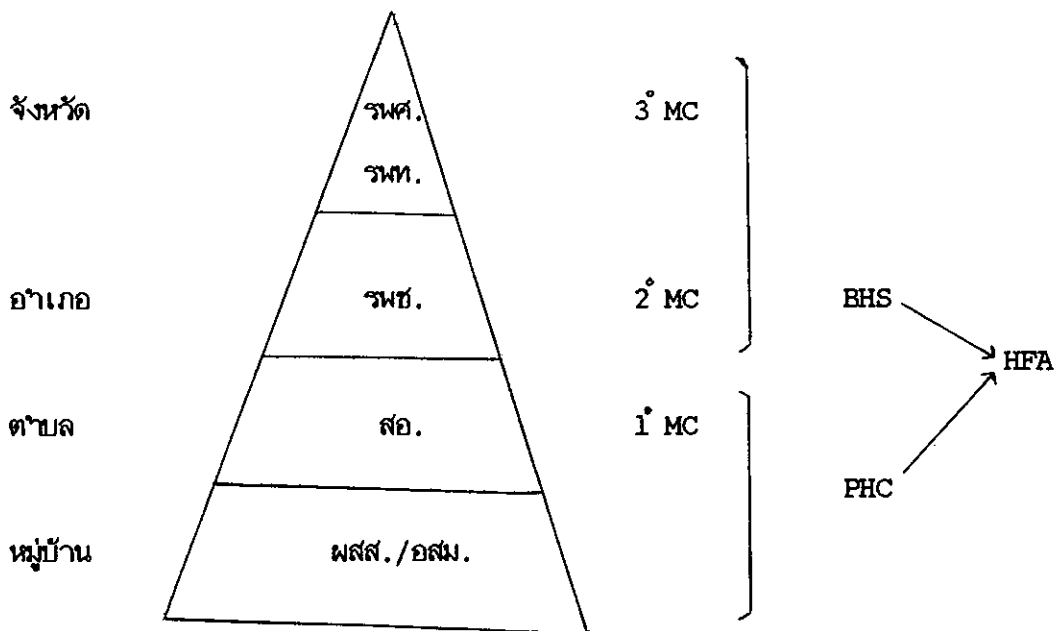
3. ระดับอำเภอ เป็นระดับที่ต้องคอยสนับสนุนระดับตำบล หมู่บ้าน ซึ่งหน่วยงานบริการคือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นระดับการให้บริการขั้นที่ 2 (Secondary Medical Care = 2° MC) ซึ่งเป็นระดับที่มีพยาบาลและแพทย์ประจำ และแพทย์นั้นอาจมีแพทย์

เฉพาะทางในบางสาขาซึ่งตรงกับความต้องการของท้องถิ่น

4. ระดับจังหวัด เป็นระดับที่สนับสนุนอำเภอ ตำบล หน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ถือเป็นระดับการให้บริการขั้นที่ 3 (Tertiary Medical Care = 3 MC) ซึ่งเป็นระดับที่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาย่อย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.)

แต่ละระดับบริการ จะต้องมึระบบสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4. การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวง คือ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และอื่น ๆ (กระทรวงสาธารณสุข. 2535:6-13)



ภาพประกอบ 2 ระบบสาธารณสุขของประเทศ

แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 12

หลักในการดำเนินงานโครงการ

1. เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติได้พัฒนาให้เกิด หมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด สุขภาพดีถ้วนหน้าตามเกณฑ์ชี้วัด 3 กลุ่ม ของสุขภาพดีถ้วนหน้า ที่ได้กล่าวถึงต่อไป
2. ให้มีการประเมินเพื่อประกาศการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยใช้มาตรฐานการ ประเมินเดียวกัน จึงต้องมีผู้ไปประเมิน และผู้รับรองการประเมิน การประกาศสุขภาพดีถ้วนหน้านี้ เพื่อให้มีการเรียนรู้กันเองระหว่างหมู่บ้าน ระหว่างตำบล อำเภอและจังหวัด เพราะการถ่ายทอด เทคโนโลยีด้วยชาวบ้านเอง จะเป็นวิธีการเรียนรู้ที่ดีที่สุดตรงตามสภาพ ชีวิต สภาพพื้นที่ และ ระยะเวลาของชาวบ้านเอง
3. ให้มีการระดมทรัพยากรร่วมกันระหว่างกรมกองต่าง ๆ เพื่อเตรียมการก้าวไปสู่ สุขภาพดีถ้วนหน้าทั่วประเทศ
4. การประเมินผล ต้องมีการประเมินทั้ง Input process และ Output Process

นโยบายการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) มีนโยบายดังนี้

1. สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทอย่างต่อเนื่อง พัฒนาให้มีความหลากหลาย และขยายเข้าไปในเขตเมืองให้มากขึ้น
2. ปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพของสถานบริการทุกระดับ โดยพัฒนาสถานบริการระดับล่างให้สามารถรักษาผู้ป่วยที่พบบ่อยและโรคฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง พัฒนาสถานบริการระดับจังหวัดให้สามารถเป็นจุดรับส่งต่อและปรับปรุงระบบการส่งต่อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. สนับสนุนให้ประชาชนทุกคนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้ใช้แรงงานทั้งในและต่างประเทศ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ และกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมอื่น ๆ ได้มีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุขทั้งทางด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูสภาพ และรักษาพยาบาล
4. ปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารงานสาธารณสุข และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการบริหาร
5. แสวงหา และพัฒนาทรัพยากรเพื่อการสนับสนุนงานสาธารณสุขให้มีเพียงพอ และมีคุณภาพในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

6. ปรับปรุงและพัฒนามาตรการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีประสิทธิภาพอย่างกว้างขวาง
7. พัฒนาและส่งเสริมการใช้วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีสนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา เพื่อการพัฒนาสาธารณสุข บนรากฐานของการพึ่งตนเองให้มากขึ้นในระยะยาว
8. ปรับปรุงบทบัญญัติแห่งกฎหมายและกฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ให้เอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้นโยบายดังกล่าวข้างต้นมีผลในการปฏิบัติ

2. เครื่องชี้วัดในโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุ สุขภาพดีถ้วนหน้า 2543

ในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีเครื่องชี้วัด เพื่อที่จะได้ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลความสำเร็จของงาน และช่วยในการบริหารโครงการ และเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติได้ทราบว่า ในการดำเนินงานเพื่อให้บริการสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543 นั้น จะบรรลุมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้โดยเครื่องชี้วัดจะบอกให้ทราบว่า เราควรจะดูความสำเร็จหรือความก้าวหน้าของงาน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในด้านใด และเครื่องชี้วัดที่ดีนั้นจะต้องสามารถบอกได้ว่าจะใช้ข้อมูลในเรื่องใด อย่างไร (ตัวแปรอะไร) มาทำการคำนวณวัด โดยข้อมูลจะต้องสามารถวัดเป็นเชิงปริมาณได้ชัดเจน มีความแม่นยำ ไม่ขึ้นอยู่กับผู้วัด (Objectivity) และจากแนวคิดเกี่ยวกับเครื่องชี้วัด ที่จะกล่าวต่อไปยังเป็นการเป็นไปตามลำดับ การที่จะให้ประชาชนในชาติ บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ก็จำเป็นต้องดำเนินการเป็นไปตามลำดับขั้นตอน ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด โดยในแต่ละระดับก็มีเครื่องชี้วัดของตนเองประเมิน กระทั่งสาธารณสุขจึงได้กำหนดเครื่องชี้วัดความสำเร็จและความก้าวหน้าของโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้คือ

เกณฑ์ชี้วัดระดับหมู่บ้าน

กลุ่มที่ 1 เป็นตัวชี้วัดที่จะบอกให้ทราบว่า อย่างไรจึงจะเรียกว่าสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งกรณีนี้กำหนดค่าให้ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัยมี 24 ตัว โดยกำหนดจากความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) 24 ตัว (จาก จปฐ. 37 ตัวชี้วัด) ซึ่งเรียกว่า Output Indicator ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ได้กินอาหารอย่างเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักตั้งแต่ 3,000 กรัม (3 กก.) ขึ้นไป

2. เด็กแรกเกิด - 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ และไม่ขาดสารอาหาร
ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ระดับ	1	ไม่เกินร้อยละ	10
ระดับ	2	ไม่เกินร้อยละ	1
ระดับ	3	ไม่มี	

3. เด็กอายุ 6 - 14 ปี ได้กินอาหารถูกต้องครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย

4. คนในครัวเรือนไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ

5. ครัวเรือนได้กินอาหารความคงที่มีหลากหลายอาหารและยา (อย.)

6. ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือน และบริเวณบ้านเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ

7. ครัวเรือนมีและใช้ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล

8. ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มเพียงพอลดปี 5 ลิตร/คน/วัน

9. ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากสิ่งรบกวน

10. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด โดยการตรวจสุขภาพ และฉีดวัคซีนครบ

ตามเกณฑ์

11. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและการดูแลหลังคลอดจากแพทย์ พยาบาล

ผดุงครรภ์ หรือ ผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว

12. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก
โปลิโอ หัด ตั๊กแตนไขว้ชนิดบี ครบตามเกณฑ์อายุ

13. เด็กวัยประถมศึกษาได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก
หัด หัดเยอรมัน

14. ครัวเรือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

15. ครัวเรือน รู้จักวิธีการป้องกันโรคเอดส์

16. คนในครัวเรือนได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

17. คนในครัวเรือนปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

18. คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15 - 44 ปี ใช้บริการคุมกำเนิด

19. คู่สมรสมีลูกไม่เกิน 2 คน

20. คนในครัวเรือน เป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล

21. คนอายุ 14 ปีขึ้นไป ไม่ติดสุรา

22. คนอายุ 14 ปีขึ้นไป ไม่ติดบุหรี่
23. คนสูงอายุ ได้รับการดูแลจากคนในครัวเรือน
24. ครัวเรือนได้ทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อม

สำหรับเกณฑ์การผ่านเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น ให้ศึกษาจากตารางเกณฑ์ชี้วัดหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า

สำหรับเกณฑ์ชี้วัดการบรรลุหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า ให้ศึกษาจากตาราง 2

ตาราง 2 เกณฑ์ชี้วัดหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า กลุ่มที่ 1

ลำดับ	เกณฑ์ชี้วัด	เกณฑ์ร้อยละ	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
	กลุ่มที่ 1 การบรรลุ จปฐ.			
1	1.1 สํารวจโดย กม. และ อสม. โดยเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาและรวบรวม จปฐ. 2.3 โดย คปต.	ทำ		1. ดูผลการสำรวจและสรุป จปฐ.
2	1.2 มีการติดแบบสรุป จปฐ.1 ไว้ทุกหลังคาเรือนและเจ้าของบ้านเข้าใจ	ติด/ เข้าใจ		3 และ ส่วนตัวอย่าง
3	1.3 ติดแผ่นสรุป จปฐ.3 ไว้ที่ ศสมช. กม. หรือ อสม. เข้าใจ	ติด/ เข้าใจ		
4	1.4 ผลของ จปฐ.3 จะต้องบรรลุเกณฑ์ จปฐ. ตัวชี้วัดด้านสาธารณสุข (เขตชนบท 24 ข้อ จาก 37 ข้อ เขตเมือง 25 ข้อ จาก 43 ข้อ)	บรรลุ ทุกข้อ		1.4) ให้ ตรวจรายชื่อ ถ้าบรรลุทุกข้อ ถือว่าผ่าน

ตาราง 2 (ต่อ)

ลำดับ	เกณฑ์ชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
	<p>1.4.1 จปฐ. เขตชนบท ด้านสาธารณสุข</p> <p>24 ข้อ (กรณีในชุมชนในเขตสุขาภิบาล ให้ใช้ จปฐ. ในเขตชนบท 24 ข้อ</p> <p>หมวด 1 อาหารดี</p> <p>1. เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักเกิน 3 ก.ก. ขึ้นไป</p> <p>2. เด็กต่ำกว่า 5 ปี ไม่ขาดสารอาหาร</p> <p> ระดับ 1 ไม่เกินร้อยละ 10</p> <p> ระดับ 2 ไม่เกินร้อยละ 1</p> <p> ระดับ 3 ไม่มี</p> <p>3. เด็ก 6 - 14 ปี ได้กินอาหารครบถ้วน</p> <p>หมวด 2 ที่อยู่อาศัย</p> <p>7. จัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านเป็นระเบียบ</p> <p>8. มีและใช้ส้วม</p> <p>9. มีน้ำสะอาดเพียงพอ 5 ลิตร/คน/วัน</p> <p>10. ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งรบกวน</p> <p>หมวด 3 ศึกษาอนามัยกันทั่ว</p> <p>11. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพ</p> <p>12. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและดูแล หลังคลอด</p> <p>13. เด็กต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์</p> <p>14. เด็กประถมศึกษาได้รับวัคซีนครบ</p>	<p>70</p> <p>ผ่าน</p> <p>93</p> <p>90</p> <p>95</p> <p>80</p> <p>75</p> <p>80</p> <p>95</p> <p>99</p>	<p>2. ต้องถึง เป้าหมายทั้ง</p> <p>3 ระดับจึงถือว่าผ่าน</p>	

ตาราง 2 (ต่อ)

ลำดับ	เกณฑ์ชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
15.	อายุ 14 ปีขึ้นไป รู้เรื่องโรคเอดส์	80		
16.	อายุ 14 ปีขึ้นไป รู้เรื่องป้องกันโรคเอดส์	80		
22.	ได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์	85		
หมวด 4 ครอบคลุมร้อยละ				
24.	คนในครัวเรือนปลอดภัยจากอุบัติเหตุ	60		
หมวด 6 ไม่มีลูกมาก				
26.	คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15 - 44 ปี ใช้ บริการคุมกำเนิด	77		
27.	คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15 - 44 ปี มีลูก ไม่เกิน 2 คน	75		
หมวด 7 อยากร่วมพัฒนา				
28.	เป็นสมาชิกกลุ่มในหมู่บ้านหรือชุมชน	60		
หมวด 8 มุ่งสู่คุณธรรม				
32.	อายุ 14 ปีขึ้นไป ไม่ติดสุรา	90		
33.	อายุ 14 ปีขึ้นไป ไม่ติดบุหรี่	90		
35.	อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการดูแล	90		
หมวด 9 ปรากฏสิ่งแวดล้อม				
37.	มีกิจกรรมป้องกันควบคุมสิ่งแวดล้อม	90		
		80		

กลุ่มที่ 2 เป็น Process Indicator เป็นตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือการพึ่งตนเองของหมู่บ้าน จากที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้นเกี่ยวกับเรื่องแนวคิดพื้นฐานการ บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า กลวิธีสำคัญคือ การดำเนินงานโดยใช้การสาธารณสุขมูลฐาน 4 ด้านใหญ่ คือ

- การส่งเสริมการมีส่วนร่วมหรือบทบาทของประชาชน
 - การปรับเปลี่ยนบทบาทของระบบบริการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในระบบบริการ
- ทุกระดับ
- การประสานงานกับสาขาอื่น ๆ หมายถึง การให้ข้อมูล ความรู้และความเข้าใจ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ กำหนดนโยบาย และดำเนินงานในสาขางานที่เขารับผิดชอบอยู่ในทางส่งเสริมการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (ไม่จำเป็นต้องประสานงาน เพื่อให้เข้ามาช่วยทำงานด้านสาธารณสุข)
 - การใช้เทคโนโลยีง่าย ๆ เหมาะสมกับสภาพพื้นที่นั้น ๆ ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ จากการศึกษาในประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนของประชาชน โดยเฉพาะโครงการพัฒนาสาธารณสุข เน้นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในลักษณะเป็นกลุ่ม จึงได้กำหนดว่าความสำเร็จของโครงการพัฒนาสาธารณสุข นอกจากวัดโดยการประเมินความสำเร็จจากการบรรลุเป้าหมายคุณภาพชีวิต ตามตัวชี้วัด 24 ข้อ ทางสาธารณสุข (25 ข้อสำหรับเขตเมือง) ยังจำเป็นต้องประสบความสำเร็จ โดยการดำเนินการผ่านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะวัดโดยตัวชี้วัด 5 ด้านด้วยกัน คือ
1. มีการรวมกลุ่มของชุมชน และมีการวางแผนร่วมกันโดยใช้ข้อมูล
 2. มีการระดมทุนเพื่อแก้ไขปัญหาที่จำเป็นจะต้องอาศัยเงินทุน
 3. มีการพัฒนากล้องคนที่มีความสามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขแต่ละเรื่องที่มีความสำคัญ
 4. มีการเรียนรู้หรือถ่ายทอดความรู้ระหว่างประชาชนในหมู่บ้านต่าง ๆ หรือในชุมชนต่าง ๆ กัน
 5. มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

รายละเอียดและเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดในกลุ่มที่ 2 ศึกษาได้จากตาราง 3

ตาราง 3 เกณฑ์ชี้วัดหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า กลุ่มที่ 2

ลำดับ	เกณฑ์ชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
	<p>กลุ่มที่ 2 การพึ่งตนเอง</p> <p>1. กำลังคน (ก.1)</p>			
5	1.1 มี พสส./อสม. ที่ปฏิบัติงานจริง ประจำหมู่บ้าน ชยันยันแข็งและเป็นที่ยอมรับ ของชาวบ้าน อย่างน้อย 5 คน/หมู่บ้าน	อย่างน้อย 5 คน		1.1 ดูทะเบียน พสส./อสม.
6	1.2 พสส./อสม. ได้รับคัดเลือกมาโดยวิธี การประชาธิปไตย ซึ่งเป็นที่รู้จักและ ยอมรับจากชาวบ้าน	ยอมรับ		1.2 ชักถาม จากชาวบ้าน
7	1.3 พสส./อสม. มีการแบ่งคุ้มและละแวก รับผิดชอบชัดเจน และมีแผนที่แสดง ชัดเจน ถูกต้อง	มี		1.3 ดูแผนที่ และชักถาม ชาวบ้าน
8	1.4 พสส./อสม. มีการจัดกลุ่มและมีการ แบ่งภาระหน้าที่ในการพัฒนางาน สาธารณสุขในหมู่บ้าน	มี		1.4 ชักถามและ ดูการปฏิบัติงาน
9	1.5 พสส./อสม. ได้รับการอบรม/ประชุม ให้ความรู้จาก จนท.สาธารณสุข 1 เดือน/ครั้ง	1 เดือน/ ครั้ง		1.5 ดูบันทึก การอบรมและ ถาม
10	1.6 มีกลุ่มอาสาสมัครหรือกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน พตบ. ชสม. อสร. มตช. กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ เข้าร่วม กิจกรรมสาธารณสุข	อย่างน้อย 1 กลุ่ม		1.6 ดูจากแฟ้ม อื่น ๆ

ตาราง 3 (ต่อ)

ลำดับ	เกณฑ์ชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
	2. องค์การหรือกรรมการ (ก.2)			
11	2.1 พสส./อสม. ได้ร่วมเป็นกรรมการ หมู่บ้าน (กม.)	อย่างน้อย 3 คน		
12	2.2 มีการประชุม กม. เป็นประจำโดยมี วาระเกี่ยวกับสาธารณสุขและมีการ จัดบันทึกการประชุม	4 ครั้ง/ปี		2.2 ดูบันทึก การประชุมของ กม.
13	2.3 กม. ได้รับการอบรม/ประชุมให้ ความรู้ด้านสาธารณสุขจาก	3 ครั้ง/ปี		
	3. กองทุน (ก.3)			
14	3.1 มีกองทุนสุขภาพหรือกองทุนอื่น ๆ หรือมี การระดมทุนให้การสนับสนุน กิจกรรมสาธารณสุขในหมู่บ้าน	อย่างน้อย 1 กองทุน ระดมทุน		1. ดูกองทุนฯ และซักถามการ หมุนเวียนฯ
	4. ข้อมูลข่าวสาร (ข.1)			
15	4.1 มีข้อมูลสถานะทางสุขภาพของประชาชน เช่น รบ.1 ค.03 หรือระบบการ จัดเก็บข้อมูลอื่น ๆ ของสถานบริการ	ครบทุก หลังคา เรือน		4.1 ดูข้อมูล หมู่บ้านและที่ศูนย์ ศสมช.
16	4.2 ใน ศสมช มีข้อมูลแสดงครบ 6 เรื่อง ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน 2. แผนที่หมู่บ้านแบ่งละแวก หรือคุ่มขีดเจน และมีครบ	สำรวจถูก ต้องครบ ถ้วนและมี ครบ 6 เรื่อง		

ตาราง 3 (ต่อ)

ลำดับ	เกณฑ์ชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
	3. ข้อมูลแสดงสถานะของเครื่องชี้วัด 3 กลุ่ม 4. สรุป จปฐ. ที่ตกเกณฑ์และเป็น ปัญหาอื่น ๆ ของหมู่บ้าน 5. แผนแก้ไข จปฐ. ตกเกณฑ์และ ปัญหาของหมู่บ้าน 6. ค่าประกาศของหมู่บ้าน 5. สอนหมู่บ้านอื่น ๆ (ส.1 : การถ่ายทอด ความรู้และเทคโนโลยี)			
17	5.1 มีการจัดรายการถ่ายทอดข่าวสาร ความรู้ด้านสาธารณสุขโดยผ่านหอ กระจายข่าวสารหรือ อสม./พสส. แนะนำความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ให้เพื่อนบ้านโดยวิธีการอื่น ๆ	1 ครั้ง/ สัปดาห์		5.1 สอบถาม ชาวบ้านและ พสส./อสม./ กม.
18	5.2 ถ่ายทอดความรู้ให้หมู่บ้านอื่นหรือ หมู่บ้านอื่นมาศึกษาดูงาน 6. สอดส่องดูแลสุขภาพตนเอง (ส.5 : Self Care)	1 ครั้ง/ปี		5.2 ดูบันทึก เยี่ยม

ตาราง 3 (ต่อ)

ลำดับ	เกณฑ์ชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
19	6.1 ทุกครัวเรือนมีสรุป จปฐ.1	ติดทุก ครอบครัว		6.1, 6.2, 6.3 ซักถาม 10
20	6.2 สมาชิกในครัวเรือนสามารถอธิบาย ส่วนขาด จปฐ.1 ของครอบครัวได้	สุ่มถาม ร้อยละ 10 ของ หลังคา เรือน		หลังคา เรือน โดยสุ่มเลือก บ้านเลขที่ไปก่อน ล่วงหน้า
21	6.3 สมาชิกในครัวเรือนที่เข้าใจขั้นตอน การดูแลสุขภาพตนเอง (ก่อนระหว่าง และหลังเจ็บป่วย โดยยกตัวอย่าง อาการไข้และโรคอุจจาระร่วงหรือ อื่น ๆ)	สุ่มถาม ร้อยละ 10 ของ หลังคา เรือน		
	7. การส่งต่อผู้ป่วย (ส.3)			
22	7.1 พสส./อสม. มีความรู้ในการส่งต่อ ผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม	เหมาะสม		7.1 ถาม พสส./อสม.
23	7.2 มีระบบการส่งต่อโดย พสส./อสม. คือมีใบส่งต่อมีแผนการดูแลผู้ป่วยก่อน ระหว่างการเดินทางส่งอย่างถูกต้อง	ถูกต้อง		7.2 ถามและ ดูการเตรียม ระบบส่งต่อ

ตาราง 3 (ต่อ)

ลำดับ	เกณฑ์ชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
24	7.3 หมู่บ้านมีศักยภาพที่จะส่งต่อผู้ป่วย ไปถึงสถานบริการในระยะเวลาที่ เหมาะสม โดยมีน้ำหนักที่สามารถ จ้าง/วานได้ (ในราคาที่เหมาะสม) หรือมีวิทยุสื่อสาร	เหมาะสม		7.3 ชักภาพ ชาวบ้าน พสส./อสม.

แหล่งที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2536 : 38-39

กลุ่มที่ 3

ตัวชี้วัดการครอบคลุมของบริการสาธารณสุขและคุณภาพบริการ เป็นกลุ่มตัวชี้วัดที่ไม่อาจจะสะท้อนภาพการมีคุณภาพชีวิตโดยตรง และไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) แต่ก็เชื่อมั่นว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ และสถานบริการ (โดยเฉพาะที่สถานีอนามัย) สามารถให้บริการที่มีคุณภาพ ก็จัดเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิต กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดการครอบคลุมประชากรและคุณภาพของสถานบริการระดับล่าง การวัดคุณภาพการบริการนั้น ได้มีโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขมูลฐานในส่วนภูมิภาค (พส.) โดยโครงการนี้ได้กำหนดมาตรฐานของสถานบริการแต่ละระดับ เรียกว่า Basic Minimum Requirement = BMR การวัดโครงการพัฒนาสาธารณสุข (HFA) ของสถานบริการจึงสามารถนำมาตราฐานของสถานบริการแต่ละระดับ BMR

ของระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขมูลฐานในส่วนภูมิภาค (พบส.) มาใช้
วัดได้ทุกระดับ ตั้งแต่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10, 30, 60, 90, และ 120 เตียง
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป แต่มาตรฐานของสถานบริการแต่ละระดับ (BMR) ของสถาน
บริการกำหนดไว้ 11 คณะทำงาน อาจจะมีมากเกินไป จังหวัดต่าง ๆ จะนำมาใช้เฉพาะที่จำเป็น
และสำคัญก็ได้ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญ โดยมีเป้าหมายหลักสำคัญในกลุ่ม 3 นี้ คือ

1. เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ได้รับการในการรักษาพยาบาลฟรี
2. ผู้มีรายได้น้อยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกคน ได้รับบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มี

รายได้น้อย (สปน.)

3. ผู้สูงอายุได้รับบัตรผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลฟรี
4. ผู้พิการได้รับการสงเคราะห์ในการรักษาพยาบาล
5. ประชาชนผู้ยังไม่มียหลักประกันสุขภาพ ให้ได้มีการประกันโดยโครงการบัตรสุขภาพ
6. ให้มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างระบบสาธารณสุขของชุมชนกับระบบ

บริการสาธารณสุขของรัฐ

7. มีการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข

ทั้งนี้ หากเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดที่สามารถวัดได้ชัดเจน ก็จะกำหนดเป็นตัวชี้วัดได้
ดังนี้คือ

1. จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ที่มีการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลเทียบเป็น
เปอร์เซ็นต์ของประชากรทั้งหมดในชุมชน (ซึ่งครอบคลุมเด็กทุกคน)
2. จำนวนผู้ที่มีบัตรรายได้น้อยเทียบเป็นร้อยละของประชาชนทั้งหมดในชุมชน
(ซึ่งควรจะครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย)
3. จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลเทียบเป็นเปอร์เซ็นต์
ของประชากรทั้งหมดในชุมชน (ซึ่งควรจะครอบคลุมผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ทุกคน)
4. จำนวนผู้ที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ คิดเป็นร้อยละของประชากรทั้งหมดในชุมชน
5. จำนวนผู้ได้รับการประกันสุขภาพด้วยวิธีอื่น ๆ (เช่น ข้าราชการ, ลูกจ้างใน
โรงงาน, บริษัท ฯลฯ) เทียบเป็นประชากรทั้งหมดในชุมชน (ซึ่งควรจะครอบคลุมผู้มีสิทธิทุกคน)

ซึ่งตัวชี้วัด 5 ตัวนี้ ได้กำหนดเป้าหมายไว้ว่า ควรจะมีรวมกันแล้วไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ของประชากรทั้งหมดในชุมชน ตัวชี้วัดในกลุ่มที่ 3 ศึกษาได้จากตาราง 4

ตาราง 4 เกณฑ์ชี้วัดหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า กลุ่มที่ 3

ลำดับ	เกณฑ์ชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
25	<p>กลุ่มที่ 3 การเข้าถึงบริการ</p> <p>3.1 หลักประกันการรักษาพยาบาลฟรี</p> <p>เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70 ของประชากรทั้งหมด นับรวมจาก (โดยไม่นับซ้ำกัน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - เด็ก 0-12 ปี.....คน - ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป.....คน - บัณฑิตสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.).....คน - บัณฑิตข้าราชการ.....คน - บัณฑิตสุขภาพ(ประชาชนทั่วไป)....คน - บัณฑิตรักษาฟรีของ อสม.....คน - บัณฑิตประกันสังคม.....คน - บัณฑิตรักษาพยาบาลฟรีอื่นๆ.....คน <p>รวม จำนวนผู้มีสิทธิ.....คน</p> <p>ร้อยละ.....คน</p>	เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70		3.1 ดูข้อมูลพื้นฐานประชากรและข้อมูลแยกจำนวนประชาชนผู้ได้รับการรักษาพยาบาลฟรี

ตาราง 4 (ต่อ)

ลำดับ	เกณฑ์วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
	<p>3.2 สถานะบริการพัฒนาเข้าเกณฑ์ มาตรฐาน พบส. โดยทั่วไป สถานบริการวัดด้วยเกณฑ์ พบส. แต่สำหรับระดับหมู่บ้านถือว่า ศสมช. เป็นสถานบริการระดับ หมู่บ้าน บริการระดับหมู่บ้าน จึง วัดมาตรฐานดังนี้</p>			
26	1. มีสถานที่และป้ายแสดงชัดเจน	มี		
27	2. มีการแสดงข้อมูลครบ 6 เรื่อง	มี		2. ดูแฟ้มเอกสาร
	<p>ติดแสดงชัดเจน และข้อมูลรายละเอียด เก็บแฟ้มหรือสมุดบันทึก</p>			หรือสมุดบันทึก
28	3. เจ้าหน้าที่มาที่ ศสมช. เพื่อประชุม	มีครบถ้วน		3. ดูบันทึก
	<p>หรืออบรม อสม. และมีบันทึกการ ปฏิบัติงาน/การประชุม เก็บไว้อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง</p>	1 ครั้ง/ เดือน		การประชุม

ตาราง 4 (ต่อ)

ลำดับ	เกณฑ์ชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
29	<p>4. มีการจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ จำเป็นในหมู่บ้าน ได้แก่</p> <p>4.1 การเฝ้าระวังทางโภชนาการ</p> <p>4.2 การระวังและควบคุมโรคในท้องถิ่น</p> <p>4.3 การเฝ้าระวังด้านสุขอนามัย/ จัดหาน้ำสะอาด</p> <p>4.4 การอนามัยแม่และเด็กและ การวางแผนครอบครัว</p> <p>4.5 การให้บริการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การชี้ แนะในในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน</p> <p>4.6 การปฐมพยาบาล การรักษาพยาบาล และนำส่งต่ออย่างถูกต้อง</p> <p>4.7 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร และยา</p> <p>4.8 การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและ การแพทย์แผนไทย (वादไทย)</p>	<p>ครบทุกด้าน</p> <p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p>		<p>4. ดูบันทึก กิจกรรม จึงถือ ว่าผ่านการสอบ ถาม พสส./อสม. ถึงการปฏิบัติงาน ใน ศสมช.</p>

ตาราง 4 (ต่อ)

ลำดับ	เกณฑ์วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	ผลการ ประเมิน	หมายเหตุ
30	<p>4.9 การดูแลผู้ป่วยทางสุขภาพจิต โดยมีทะเบียนผู้ป่วยโรคจิต โรคลมชัก และปัญญาอ่อนไว้ที่ ศสมช. และผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน อย่างถูกต้องครบถ้วน</p> <p>4.10 อื่น ๆ</p> <p>5. มีวัสดุอุปกรณ์ใน ศสมช. และชุดเครื่องมือจำเป็นใน ศสมช. ครบอย่างน้อย 13 อย่าง ได้แก่</p> <p>() 5.1 เครื่องวัดความดันโลหิต</p> <p>() 5.2 เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>() 5.3 หูฟัง</p> <p>() 5.4 แผ่นตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ</p> <p>() 5.5 ปรอทวัดไข้</p> <p>() 5.6 เทปวัดไข้</p> <p>() 5.7 แผ่นวัดสายตา</p> <p>() 5.8 สำลี</p> <p>() 5.9 กรรไกร</p>	มี	ครบ 13 อย่าง	5. ทดสอบ เครื่องมือว่า สามารถใช้งานได้ และดูบันทึก กิจกรรมการให้ บริการของ พสส./อสม.

3. ความหมายและลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน (People participation) เป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบแบบใหม่ มีหลักการสำคัญคือ การทำให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเองและท้องถิ่น ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนไปใช้ในการดำเนินงาน ดังนั้นแนวคิด การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงมีหลายทัศนะ ดังต่อไปนี้คือ

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคมให้เกิดประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกของสังคม (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2536 : 38-46)

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการกระทำต่าง ๆ (สุจินต์ ดาววีระกุล. 2527:18; ย่างอิงมาจาก องค์การสหประชาชาติ. 1975 : 4) ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าประสงค์ทางสังคม
2. การกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำโดยสมัครใจ

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยยึดหลักการว่า สมาชิกในชุมชนนั้น ๆ จะต้องร่วมมือกันวางแผน และการปฏิบัติงานเพื่อสนองความต้องการหรือแก้ไขปัญหาของประชาชนในชุมชน (ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์. 2531 : 34) ส่วน ไพรัตน์ เตชะรินทร์ มีความเห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาล ส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งกลุ่มบุคคลและส่วนบุคคล เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลาย ๆ เรื่องร่วมกัน (ไพรัตน์ เตชะรินทร์. 2527 : 6)

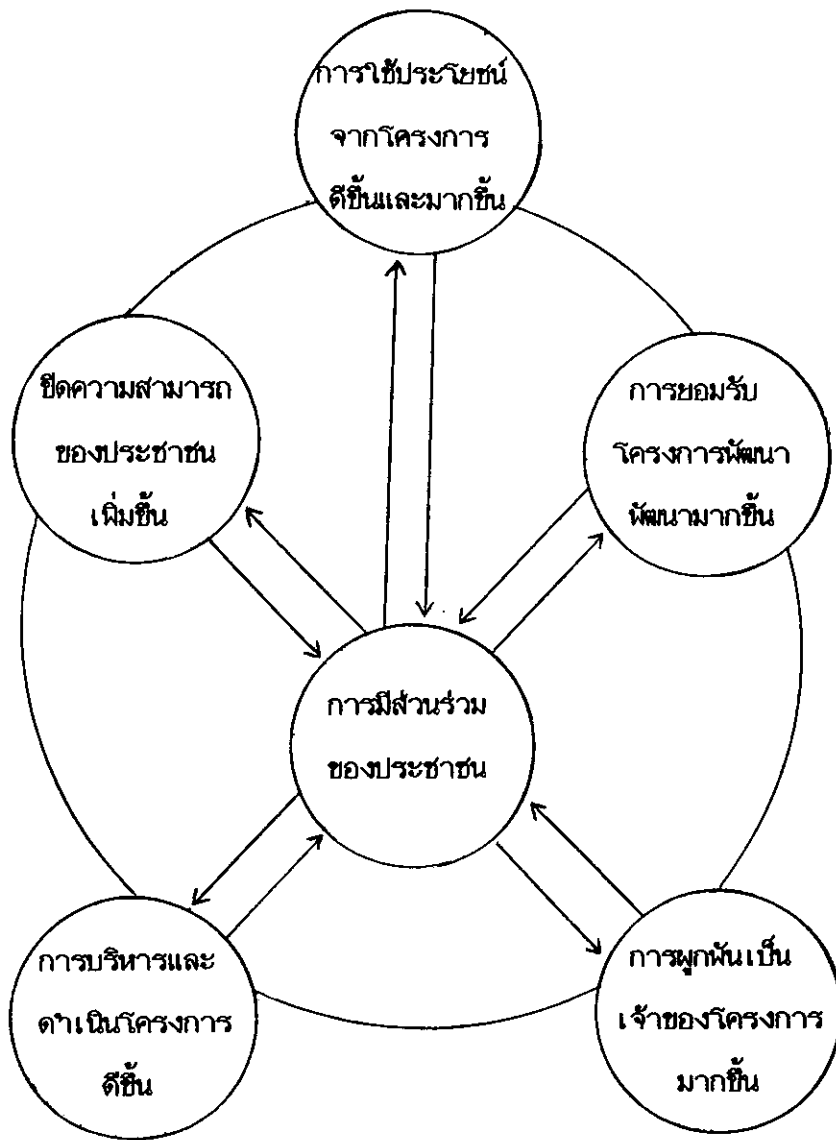
จิรพรรณ กาญจนะจิตรา (2523 : 39-40) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลเข้าร่วมประชุม การเข้าร่วมประชุมในฐานะกรรมการและการปฏิบัติกิจกรรมตามที่องค์กรหรือสมาคมกำหนดไว้ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในองค์การอาสาสมัครนั้นมีเหตุผลแตกต่างกันออกไป และขึ้นอยู่กับโครงสร้างและจุดประสงค์ขององค์การด้วย

ส่วน วีรวัฒน์ นนทบุรี (2535 : 53) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนไปจนถึงการลงมือปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกลุ่มสังคมศาสตร์ ที่มีความเห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การสร้างประชาธิปไตย คือ อำนาจแห่งการกำหนดพัฒนาให้แก่ประชาชน ในกระบวนการนี้อย่างน้อยที่สุดประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดวางแผน และดำเนินการในเรื่องที่ทั้งปวง ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ และอนาคตของประชาชน ซึ่งจะเป็นได้ก็ต่อเมื่อประชาชนได้อำนาจได้ทรัพยากรของพวกเขา กลับคืนมา และ นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2527 : 183) ก็ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (Group Situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าให้กระทำ (Contribution) บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น ทั้งยังทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของรีดเดอร์ (Reeder) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม (Reeders. 1963)

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2534 : 5) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของคนที่อยู่รวมกันเป็นชุมชน ในการวางแผน การดำเนินงานและการควบคุม โดยอาศัยทรัพยากรท้องถิ่น เพื่อให้เกิดประโยชน์ด้วยการพึ่งพาตนเองของท้องถิ่น

ประเวศ วะสี (2532 : 22) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นความคิดริเริ่มของท้องถิ่นในการทำให้เกิดการจัดองค์กร และเกิดการปรากฏขึ้นของผู้นำตามธรรมชาติ ผู้นำของชุมชน ผู้นำที่ทางราชการแต่งตั้งอาจไม่ใช่ผู้นำจริง ๆ ที่ชาวบ้านยอมรับนับถือ ผู้นำทางธรรมชาติอาจจะเป็นชาวบ้าน เป็นพระ เป็นผู้ใหญ่บ้าน เป็นกำนัน เป็นครู เป็นเณรก็ได้แต่ตามสถานะการซึ่งไม่เหมือนกันในแต่ละแห่ง อันนี้คือการปรากฏขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นที่มาของการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดการเรียนรู้ทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหา

จากแนวคิดทั้งหมดที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการที่ประชาชนมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และรู้จักคิดที่จะแก้ปัญหาของตน หรือหากเป็นแนวคิดที่รัฐเสนอก็จะมองเห็นประโยชน์ที่ตนจะได้รับ จึงจะเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งสรุปได้เป็นภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แบบจำลองความคิดเกี่ยวกับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในการพัฒนาชนบท - แบบ 5 ส่วนสำคัญ

แหล่งที่มา : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารประกอบการสอนสาขา
วิชาการพัฒนาชนบท. 2536 : 39

ลักษณะการมีส่วนร่วม จากความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่ามีความสำคัญและส่งผลต่อลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนได้มีผู้ให้แนวคิดไว้มากมาย เช่น

นรินทร์ จงวุฒิเวศย์ (2527 : 25-27) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมว่าประกอบด้วย เงื่อนไขสามประการคือ ประชาชนต้องมีอิสรภาพในการมีส่วนร่วม ประชาชนต้องมีความสามารถมีส่วนร่วม และประชาชนต้องมีความเต็มใจมีส่วนร่วมและประชาชน โดยมีเงื่อนไขที่สำคัญห้าประการคือ ต้องมีเวลา ต้องไม่เสียเงินทองมากเกินไปที่จะได้รับผลตอบแทน ต้องมีความสนใจ ต้องสามารถสื่อสารรู้เรื่องทั้งสองฝ่าย และต้องไม่กระทบกระเทือนต่อสภาพทางสังคมและหน้าที่ ดังนั้นลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นห้าระดับ คือ เป็นสมาชิก เป็นสมาชิกที่เข้าร่วม ประชุมเป็นสมาชิกที่บริจาควัสดุสิ่งของและเงินทอง เป็นกรรมการและเป็นประธานกรรมการ

ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวความคิดของ นอร์แมน อัฟ ฮอฟฟ์ (Norman Uphoff) แบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อคิน รพีพัฒน์. (2527 : 38) ซึ่งกล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนควรจะมีอย่างน้อย 4 - 5 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญ
2. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา
3. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหา
4. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน
5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิด

เกิดความสำเร็จ ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ก็ได้กำหนดไว้ดังต่อไปนี้คือ การมีส่วนร่วมรู้สภาพปัญหา การมีส่วนร่วมค้นหาแนวทางแก้ปัญหา และการมีส่วนร่วมริเริ่มดำเนินการแก้ปัญหายของตนเองและชุมชนในส่วนที่สามารถทำได้ (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ม.ป.ป. : 393) จากแนวคิดดังกล่าว ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม ได้สรุปลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนออกได้ 5 ลักษณะดังนี้ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการหรือกระบวนการค้นหาปัญหา เป็นขั้นเริ่มต้น การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ซึ่งประชาชนจะต้องได้รับรู้ปัญหาของสังคมร่วมกัน
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน เมื่อประชาชนได้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตน เมื่อรับรู้ปัญหาทุกคนจะต้องร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหานั้น
3. การมีส่วนร่วมในทางปฏิบัติงาน เมื่อทุกคนได้ร่วมกันวางแผนต่อไปก็เป็นขั้นนำแผน มาปฏิบัติ เช่น ทำหน้าที่เป็นกรรมการ เสียสละแรงงาน ตลอดจนควบคุมการปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หลังจากที่มีการปฏิบัติงานย่อมจะมีผลประโยชน์ ในลักษณะต่าง ๆ ตอบแทนออกมา และทุกคนควรจะได้รับผลประโยชน์ด้วยความยุติธรรม
5. การมีส่วนร่วมในการติดตามผลและประเมินผล เป็นการหาข้อบกพร่องตลอดจนปัญหา ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการต่อไป (ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม, 2533 : 32)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization 1981 : 41-49) ได้เสนอ รูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์แท้จริงซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของ ปัญหา กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามประเมินผล และที่สำคัญคือการร่วมตัดสินใจ ด้วยในทุกขั้นตอน การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโดยจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดสรรควบคุม การเงินและการบริการ การร่วมใช้ผลประโยชน์ ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำเอา กิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งเป็นการยกระดับการพึ่งพาตนเองและการควบคุมทางสังคม การได้รับผลประโยชน์ประชาชนต้องได้รับการจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่ากัน

สมพันธ์ เตชะอธิก (2536 : 38) กล่าวถึง กระบวนการพัฒนาในการมีส่วนร่วม ของในช่วงต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. ร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา
2. ร่วมปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนา
3. ร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมพัฒนา
4. ร่วมประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 1981 : 8) ได้รวบรวมรูปแบบของ การมีส่วนร่วมไว้คือ

- การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง ซึ่งเป็นไปโดยการอาสาสมัครหรือการรวมตัวกันขึ้นเองเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง โดยเน้นการกระทำที่มีได้รับการช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งมีรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย

- การมีส่วนร่วมแบบชักนำ ซึ่งเป็นการเข้าร่วมโดยต้องการความเห็นชอบหรือสนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบโดยทั่วไปของประเทศที่กำลังพัฒนา

- การมีส่วนร่วมแบบบังคับ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินนโยบายของรัฐบาลภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลทันที แต่จะไม่ได้รับผลระยะยาวและจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนขึ้นอยู่กับพฤติกรรม บุคลิกภาพ และการจูงใจบุคคล เดล คาร์เนกี (Dale Carnegie) เขียนเรื่องการทำงานกับคนให้สนองความต้องการพื้นฐานของคนทั่วไปที่มีเกี่ยวกับสุขภาพ และการคงอยู่ของชีวิต อาหาร การนอน เงิน และสิ่งซึ่งเงินซื้อได้ ชีวิตในอนาคต ความพอใจทางเพศ ความสุขสมบูรณ์ของบุตร ความรู้สึกเป็นคนสำคัญ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2536 : 94-95)

มาสโลว์ (M. Maslow. 1954 : 90) ได้อธิบายถึง พฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจ ความต้องการจะถูกจำกัดเป็นลำดับขั้นความต้องการจากน้อยไปหามาก เมื่อความต้องการขั้นใดได้รับการบำบัดเพียงพอ ความต้องการนั้นก็จะคงอยู่และจะเป็นแรงขับที่ผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมมุ่งไปในทางที่จะบำบัดความต้องการเหล่านั้นอยู่เสมอ ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. ความต้องการทางร่างกาย (Physiological Need) ถือเป็นความต้องการขั้นแรก ได้แก่ ความต้องการอาหาร ความต้องการพักผ่อน ความต้องการทางเพศ เป็นต้น
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยและความต้องการความมั่นคงในชีวิต (Safety and Security Needs) ได้แก่ ความต้องการที่จะอยู่ร่วมกันอย่างปลอดภัยและการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมั่นคง
3. ความต้องการทางสังคม (Social Needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการที่จะให้สังคมยอมรับว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4. ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (Esteem Needs) ได้แก่ ความภาคภูมิใจ ความต้องการดีเด่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น

5. ความต้องการความสำเร็จแห่งตน (Self-Actualizational Needs) ได้แก่ ความต้องการสูงสุด อันเป็นความต้องการให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่าง ตามความคิดของตน เอนกกุล ศรีแสง (2519 : 90-92) กล่าวว่า การจูงใจ (Motivation) หมายถึง พลังกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและความคุมแนวทางของพฤติกรรม

แรงกระตุ้น (Drive) ให้คนเราแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ อาจแบ่งออกเป็นประเภทได้ดังนี้

1. แรงจูงใจทางร่างกาย (Physiological Motives) เป็นแรงจูงใจที่เนื่องมาจาก ความต้องการทางร่างกาย เช่น ความหิว ความกระหาย การพักผ่อน การขับถ่าย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น พฤติกรรมของทารกแรกเกิดมักจะเป็นพฤติกรรมที่เนื่องมาจากแรงจูงใจทางร่างกายเป็นส่วนใหญ่

2. แรงจูงใจทางสังคม (Social Motives) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้ เช่น ในชั้นแรกทารกจะร้องไห้ เมื่อหิว หรือไม่สบาย อันเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจทางร่างกาย แต่เมื่อร้องไห้แล้วมีผู้มาจัดการให้ความต้องการทางร่างกายได้รับการตอบสนอง เกิดความพอใจขึ้น เมื่อเด็กประสบการณ์มากขึ้น การเรียนรู้ว่าถ้าร้องไห้ก็จะมีคนเข้ามาหา การร้องไห้ครั้งหลัง ๆ อาจจะไม่ได้อีกเกิดจากแรงจูงใจทางร่างกายก็ได้ เด็กอาจไม่ยอมอยู่ตามลำพัง นี้เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากความต้องการทางสังคม

เมอร์รี่ (Merry) ได้แบ่งความต้องการทางสังคมออกเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการเกี่ยวกับทรัพย์สินสิ่งของ ต้องการกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน ต้องการจัดให้เป็นระเบียบ และสะสมสิ่งของต่าง ๆ

2. ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจ ความปรารถนา ความมีเกียรติยศ และชื่อเสียง (เอนกกุล ศรีแสง. 2519 : 90-92 ; อ้างอิงมาจาก Merry, n.d.)

3. ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับอำนาจ เช่น ต้องการมีอำนาจเหนือผู้อื่น ต้องการปกัสติรับใช้ผู้มีอำนาจ

4. ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นภัยต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ต้องการโอกาสที่จะแสดงความก้าวร้าว ไม่พอใจ หรือทำอันตรายผู้อื่น ต้องการหลีกเลี่ยงการถูกตำหนิหรือถูกลงโทษ

5. ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจระหว่างบุคคล เช่น ต้องการมีเพื่อน สัมผัสพรรคพวก ต้องการหลีกเลี่ยงคนบางคน ต้องการปกป้องคุ้มครอง และช่วยเหลือผู้อื่น ต้องการให้มีผู้คุ้มครองช่วยเหลือตน

6. ความต้องการทางสังคมอื่น ๆ เช่น การพักผ่อนหย่อนใจ การแสวงหาความสนุกสนานและความสุขสบาย ต้องการโอกาสที่จะสนองความอยากรู้อยากเห็น ต้องการแสดงความคิดเห็น การอธิบาย การชี้แจงเรื่องราวต่าง ๆ

3. แรงจูงใจส่วนบุคคล (Personal Motives) แรงจูงใจประเภทนี้เป็นแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้นในตัวคนเรา ซึ่งจะแตกต่างกันไป แรงจูงใจส่วนบุคคลมีรากฐานมาจากความต้องการทางร่างกายและความต้องการทางสังคมประกอบกัน แต่ความรุนแรงจะมากน้อยไม่เท่ากัน เช่นในเรื่องความต้องการสะสมสิ่งต่าง ๆ นั้น บางคนจะแสดงออกในรูปของการออมทรัพย์บางคนสะสมที่ดิน

ทฤษฎีการกระทำทางสังคม (The Theory of Social Action)

พาร์สัน (ไวไลพร สมบูรณ์ชัย. 2534 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Parsons. 1951 : 279) ได้สร้างทฤษฎีการกระทำทางสังคม (Theory of Social Action) เขาได้อธิบายถึงการกระทำของมนุษย์ (Action of Human) ในลักษณะที่สามารถนำไปปรับใช้ทางสังคมทั่วไป กล่าวคือการกระทำใด ๆ ของมนุษย์จะขึ้นอยู่กับ

1. บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (Personality)
2. ระบบสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ (Social System)
3. วัฒนธรรม (Culture) ในสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ และวัฒนธรรมนี้จะเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับความคิดความเชื่อถือ (Idea of Believes) ความสนใจ (Primary of Interest) และระบบค่านิยมของบุคคล (System of Value Orientation)

ทฤษฎี Y ของแมคเกรเกอร์ (สุภา เฟ่งพิศ. 2536 : 35 ; อ้างอิงมาจาก Mc Gregor : 1966)

แมคเกรเกอร์ ได้ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของคนในองค์การไว้ในรูปทฤษฎี Y (Theory Y) ซึ่งมีสมมติฐานความเชื่อ ดังนี้

1. คนจะทุ่มเทร่างกายและแรงใจให้กับงานตามปกติ ราวกับว่าเป็นการเล่นหรือการพักผ่อน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะงานและการควบคุมงาน

2. การควบคุมจากคนอื่นและการบังคับ ไม่ใช่วิธีเดียวที่จะทำให้คนทำงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์การ บุคคลทุกคนปรารถนาที่จะเป็นหัวหน้าของตัวเองและความควบคุมตัวเองในการทำงาน

3. การที่คนมีความผูกพันต่อวัตถุประสงค์ จะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่จะทำให้เกิดสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตนมีส่วนผูกพัน

4. คนไม่เพียงแต่ต้องการมีความรับผิดชอบด้วยตนเองเท่านั้น แต่ยังแสวงหาความรับผิดชอบอีกด้วย

5. คนส่วนมากมีความสามารถค่อนข้างสูงในการใช้จินตนาการ ความฉลาด และความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาขององค์การ

ทฤษฎี Y เป็นแนวคิดที่คำนึงถึงจิตวิทยาของมนุษย์ และเป็นมุมมองพฤติกรรมมนุษย์ในองค์การจากสภาพความเป็นจริง การดำเนินงานในองค์การจะสำเร็จได้ โดยได้รับความร่วมมืออย่างจริงจัง และมีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลโดยตั้งอยู่ในความพอใจ และให้ผลตอบแทนทางจิตใจมากกว่าการตอบแทนด้วยวัตถุ การบริหารตามทฤษฎี Y เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร่วมมือกันในการปฏิบัติงาน โดยมีการให้คำแนะนำที่ช่วยเหลือ ฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มุ่งพัฒนาคน การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการบริหารงานที่มีความเชื่อในธรรมชาติของคนตามทฤษฎี Y เพื่อให้ได้งานที่บรรลุเป้าหมายและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ทำงานร่วมกัน

ทฤษฎีของ เฮอรัชเบอร์ก (สฤา เฟ่งนิต. 2536 : 36 ; อ้างอิงมาจาก Herzberg : 1966)

ทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮอรัชเบอร์ก (Herzberg's Two Factor Theory) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่สำคัญและได้รับความสนใจในการศึกษาวิจัย และการประยุกต์ใช้ในการบริหารองค์การ เช่น Motivation - Maintenance Theory, Dual Factor Theory เฮอรัชเบอร์กและคณะ ได้สรุปปัจจัย 2 ประการที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจของบุคคล คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) และปัจจัยค้ำจุน (Maintenance Factor)

ปัจจัยจูงใจที่เกี่ยวข้องกับการทำงานโดยตรง เป็นตัวการสร้างความพึงพอใจให้บุคคลในองค์การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีดังนี้

1. ความสำเร็จในการทำงาน (Achievement) คือ การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและสำเร็จ มีความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ รู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น เกิดความรู้สึกพึงพอใจในผลงานที่สำเร็จ

2. การได้รับความยอมรับนับถือ (Recognition) คือ การได้รับความยอมรับนับถือจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานและผู้อื่น การยอมรับนี้จะอยู่ในรูปของการยกย่องชมเชย การให้กำลังใจหรือการแสดงออกอื่นใด ที่สื่อให้เห็นถึงการยอมรับความสามารถเมื่อทำงานสำเร็จ

3. ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (The work itself) เป็นงานที่น่าสนใจต้องอาศัยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ หรืองานที่ท้าทายตั้งแต่ต้นจนจบคนเดียว

4. ความรับผิดชอบ (Responsibility) เป็นความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบอย่างเต็มที่

5. ความก้าวหน้า (Advancement) การได้รับการเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้นของบุคคลในองค์การ มีโอกาสศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมหรือได้รับการอบรม

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน อาจจะมีปัจจัยอย่างอื่นที่จะช่วยให้การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดขึ้นได้ เช่น ประชาชนต้องมีความเชื่อมั่นในตัวเองที่จะมีความสามารถพัฒนาได้ช่วยตนเอง และชุมชนได้ ถ้าพวกเขาได้รับโอกาสและการส่งเสริมที่เหมาะสมและเจ้าหน้าที่จะต้องเข้าใจความคิดของประชาชนในลักษณะของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา เมื่อเขารู้สึกว่าเป็นกิจกรรมที่รับประโยชน์กันตา จึงต้องทราบความต้องการของประชาชน (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2536 : 179) บุญเยี่ยม ตรีภูววงษ์ (2528 : 67) ได้แสดงแนวความคิดว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านมี 4 ประการคือ สภาพชุมชนโครงสร้างการดำเนินงานของรัฐ ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ทางราชการกับประชาชนและลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน จากแนวคิดของบุญเยี่ยม ตรีภูววงษ์ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนสอดคล้องกับแนวคิดของ สมศักดิ์ ศรีสันติสุข ซึ่งได้กล่าวว่า ปัจจัยที่จะช่วยให้การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดขึ้นอาจมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางด้านเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปทำงานในชุมชน ปัจจัยจากบุคลากรที่ทำงานด้านการพัฒนาภายในชุมชน ซึ่งได้แก่ ผู้นำชุมชนที่มีความคิดริเริ่มในการกระตุ้นประชาชนให้มีความสนใจในการพัฒนาท้องถิ่นของตน ซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองต่อไปในอนาคต ปัจจัยเกี่ยวกับการบริหาร ปัจจัยทางด้านโครงสร้างชุมชน จะเป็นสิ่งแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน โครงสร้างของประชากร ค่านิยมของชุมชน ซึ่งค่านิยมบางแห่งอาจมีอุปสรรคต่อการพัฒนาวัฒนธรรมในชุมชน จะเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วม คุณภาพของประชากร โครงสร้างทางอำนาจลักษณะการตั้งถิ่นฐานของชุมชน ทรัพยากร และสภาพแวดล้อมของชุมชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนนั้น (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2536 : 179-181)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : 1981) ได้เสนอปัจจัยพื้นฐานในการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้คือ ปัจจัยสี่ปัจจัยจากสภาพความเป็นจริงของประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ทั้งในแง่การร่วมแรง การร่วมทรัพยากรและอื่น ๆ นั้นมีเหตุผลอยู่ 2 ประการคือ ประการแรกการมองเห็นว่าตนเองจะได้รับผลประโยชน์ตอบแทนในสิ่งที่ตนทำไป ซึ่งถือเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดมีสิ่งจูงใจเป็นตัวนำ และประการที่สองตนเองมีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมนั้นได้เป็นอย่างดี อีกปัจจัยหนึ่งคือการทำที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้นจะต้องมีการจัดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสม เช่น ภาวะผู้นำ กฎระเบียบ และลักษณะการทำงาน ควรเป็นลักษณะที่เปิดโอกาสให้ทุกคนหรือทุกกลุ่มในชุมชนมีโอกาสเข้าร่วมในการพัฒนาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยการเข้าร่วมอาจเป็นในรูปแบบของการมีตัวแทนหรือการเข้าร่วมโดยตรงก็ได้ ควรใช้เวลาที่กำหนดชัดเจน เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมจะสามารถกำหนดเงื่อนไขตามสภาพความเป็นจริงของตน และกำหนดลักษณะของกิจกรรมที่แน่นอน

จากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนและลักษณะการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยมีความคิดสอดคล้องกับสมศักดิ์ ศรีสันติสุข ที่กล่าวว่า การที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 นั้น จะต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายปัจจัย และปัจจัยเหล่านี้มักจะสอดคล้องกับลักษณะการพัฒนาตามแนวคิดของ ฮัทซอฟ และแนวคิดของ อคิน ริฟิ์ลันด์ ตลอดจนข้อสรุปของ ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม ที่จะพัฒนาชุมชนตามระบบการพัฒนาชนบทมากที่สุด ซึ่งจะผสมผสานกันไป ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้น่าจะเป็นแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้นแตกต่างกัน ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่แต่ละท้องถิ่นซึ่งจะเป็นตัวชี้วัดการพัฒนาตามลักษณะใด ที่จะให้ประสพผลตามเป้าประสงค์ของหมู่บ้านต่อไป

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

อัคตาร์ (Akhtar, 1977 : 26-77) ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท ในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของความล้มเหลวของ

โครงการพัฒนาชนบท ในประเทศกำลังพัฒนาคือ ประชาชนมิได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท จึงขาดความสำนึกในการเป็นเจ้าของโครงการและยังผลให้เกิดปัญหาขาดการบำรุงรักษาหลังจากโครงการ

การวิจัยในประเทศ

ถาวร แพทยาภักษ์ (2530) รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานมาก เมื่อแยกตามองค์ประกอบพบว่า งานอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประชาชนมีกิจกรรมร่วมมาก งานโภชนาการ ประชาชนมีกิจกรรมร่วมปานกลาง งานจัดหาวัสดุสะอาดและการสุขาภิบาลประชาชนมีกิจกรรมร่วมน้อย ส่วนการมีกองทุนในหมู่บ้านประชาชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ความรู้ เจตคติ สภานของสังคม สภานทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถนำความรู้ เจตคติ ไปใช้พยากรณ์การมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานได้

ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม (2532 : 110-111) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง พบว่า

1. ประชาชนในหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ทั้ง 3 จังหวัด มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามโครงการมากที่สุด รองลงมาคือ การวางแผนโครงการ การรับผลประโยชน์จากโครงการ การริเริ่มโครงการ และการติดตามผลและประเมินผลโครงการ ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพส่วนบุคคล การได้รับความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน และการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ทางราชการ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ขนาดของครอบครัว การชักชวนเพื่อนบ้าน ความเชื่อต่อผู้นำในหมู่บ้าน ความต้องการความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน และความต้องการยอมรับนับถือ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

3. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธิตมูลฐานของประชาชนในหมู่บ้านสาธิตมูลฐานดีเด่น ของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง ไม่แตกต่างกัน

มณูญ สอนเกิด (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของประชาชนในหมู่บ้านชนะเลิศ การประกวดหมู่บ้านพัฒนาเขต 7 ประจำปี 2532 ผลการวิจัยสำคัญสรุป ได้ว่า

1. ประชาชนในหมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านพัฒนาเขต 7 ประจำปี 2532 โดยส่วนรวม มีส่วนร่วมในการพัฒนาอยู่ในระดับมากทั้งห้าขั้นของการพัฒนา ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผนพัฒนา รับผลที่เกิดจากการพัฒนา ริเริ่มการพัฒนา และประเมินผลการพัฒนา

2. ประชาชนชายและหญิงมีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 และประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพอื่น ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน และสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 36 - 60 ปี ที่สมรส ที่เป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในชุมชน ที่สนใจในการพัฒนา ที่เคยติดต่อข่าวสารกับเจ้าหน้าที่ราชการ และที่คาดหวังในรางวัลการประกวดหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการพัฒนาอยู่ในระดับมากทั้ง 5 ขั้น ของการพัฒนา ส่วนประชาชนที่มีอายุ 15 - 35 ปี มีส่วนร่วมในการพัฒนาอยู่ในระดับมากในขั้นวางแผนการพัฒนา และดำเนินการพัฒนา ที่เป็นโสดในขั้นวางแผนการพัฒนา ที่ไม่เป็นสมาชิก กลุ่มกิจกรรมในชุมชนในขั้นวางแผนการพัฒนา ดำเนินการพัฒนาและประเมินผลการพัฒนา และที่ไม่คาดหวังในรางวัลการประกวดหมู่บ้านในขั้นดำเนินการพัฒนา และประชาชนที่ไม่เคยติดต่อข่าวสารกับเจ้าหน้าที่ราชการ และที่ไม่สนใจในการพัฒนามีส่วนร่วมในการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางและน้อยทั้งห้าขั้นของการพัฒนาตามลำดับ

3. ประชาชนหญิงมีส่วนร่วมในการพัฒนามากกว่าประชาชนชาย และแตกต่างกันในขั้นดำเนินการพัฒนา

4. ประชาชนอายุ 36-60 ปี มีส่วนร่วมในการพัฒนามากกว่าประชาชนอายุ 15-35 ปี และแตกต่างกันในทุกขั้นตอนของการพัฒนา

5. ประชาชนที่ประกอบอาชีพอื่นมีส่วนร่วมในการพัฒนามากกว่าประชาชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

6. ประชาชนที่สมรสแล้วมีส่วนร่วมในการพัฒนามากกว่าประชาชนที่เป็นโสด และแตกต่างกันทุกขั้นตอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ประชาชนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในการพัฒนามากกว่าประชาชนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. ประชาชนที่เป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนามากกว่าประชาชนที่ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในชุมชน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

9. ประชาชนที่เคยติดต่อข่าวสารกับเจ้าหน้าที่ราชการมีส่วนร่วมในการพัฒนามากกว่าประชาชนที่ไม่เคยติดต่อข่าวสารกับเจ้าหน้าที่ราชการ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

10. ประชาชนที่คาดหวังในรางวัลการประกวดหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนามากกว่าประชาชนที่ไม่คาดหวังในรางวัลการประกวดหมู่บ้าน และแตกต่างกันทุกขั้นตอน

วิรัตน์ สมสินทรัพย์ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของสตรีในกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้าน ในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า

1. การมีส่วนร่วมของสตรีในกิจกรรมของกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้าน โดยส่วนรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่า การมีส่วนร่วมของสตรีทั้งสามกิจกรรม คือ กิจกรรมการพัฒนาสตรี กิจกรรมการพัฒนาเด็ก และกิจกรรมสาธารณสุขประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาเด็ก ด้านการสำรวจและเก็บข้อมูลมีมากที่สุด และกิจกรรมการพัฒนาสตรี ด้านการติดตามและประเมินผลมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

2. การมีส่วนร่วมของสตรีในกิจกรรมของกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้าน ตามตัวแปร อายุ วุฒิทางการศึกษา สถานภาพการสมรส และการเป็นสมาชิกกลุ่ม โดยส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของสตรีในกิจกรรมของกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้าน ที่มีความถี่มากที่สุดคือ สตรีขาดแคลนงบประมาณในการพัฒนาหมู่บ้าน และที่มีความถี่น้อยที่สุดคือ บ้านเรือนอยู่ห่างไกลเดินทางมาร่วมกิจกรรมไม่สะดวก ส่วนข้อเสนอแนะ คือ รัฐควรช่วยเหลือด้านงบประมาณ

ประสพสุข เหลืองไพโรจน์ (2534 : บทคัดย่อ) ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานศูนย์เยาวชนตำบลในท้องที่จังหวัดนครปฐม โดยตั้งจุดมุ่งหมายไว้ 3 ประการ คือ

1. ลักษณะการมีส่วนร่วม
2. ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วม
3. รวบรวมข้อเสนอแนะของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานของศูนย์เยาวชนตำบล

ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน 5 ประเด็น คือ
 - 1.1 การรู้จักและให้ความสนใจ กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคน รู้จักศูนย์เยาวชนตำบล
 - 1.2 การร่วมประชุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมประชุม และไม่เคยได้รับการติดต่อเป็นกรรมการ และเป็นที่ปรึกษาศูนย์เยาวชนตำบล
 - 1.3 การบริจาคเงินและสิ่งของ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเคยบริจาคเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมของศูนย์เยาวชน
 - 1.4 การเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์เยาวชนตำบล
 - 1.5 การเห็นประโยชน์ของศูนย์เยาวชน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นประโยชน์เพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ รู้จักทำงานร่วมกัน พัฒนาด้านอาชีพ ฝึกนิสัย และรู้จักเสียสละ
2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม
 - 2.1 ปัญหาเนื่องจากศูนย์เยาวชน ได้แก่ คณะกรรมการและสมาชิกขาดความพร้อมในการดำเนินงาน เยาวชนต้องช่วยผู้ประกอบอาชีพ สมาชิกมีการย้ายถิ่นที่อยู่ ขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดี กรรมการบางคนไม่รับผิดชอบ เวลาและฤดูกาลที่จัดกิจกรรมไม่เหมาะสม สมาชิกบางคนไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ และไม่มีความกระตือรือร้นของศูนย์ที่ถาวร
 - 2.2 ปัญหาด้านประชาชน ประชาชนไม่มีเวลาไปร่วมกิจกรรม ไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ไม่เห็นความสำคัญ ไม่ได้รับการกระตุ้นเท่าที่ควร และขาดความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม

2.3 ปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ ขงประมาณไม่เพียงพอ ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่อย่างจริงจัง ผู้นำท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญ การประชาสัมพันธ์และการสื่อสารไม่ดีพอ และมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายของเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง

3. ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน

3.1 ความร่วมมือของผู้ปกครองโดยทั่วไป ผู้ปกครองให้ความร่วมมือน้อยเพราะไม่มีเวลา

3.2 ความเอาใจใส่ของกรรมการสภาตำบล พบว่า กรรมการสภาตำบลไม่ค่อยให้ความสนใจและขาดความเอาใจใส่

3.3 การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ พบว่า เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญ โดยจัดหางบประมาณสนับสนุน

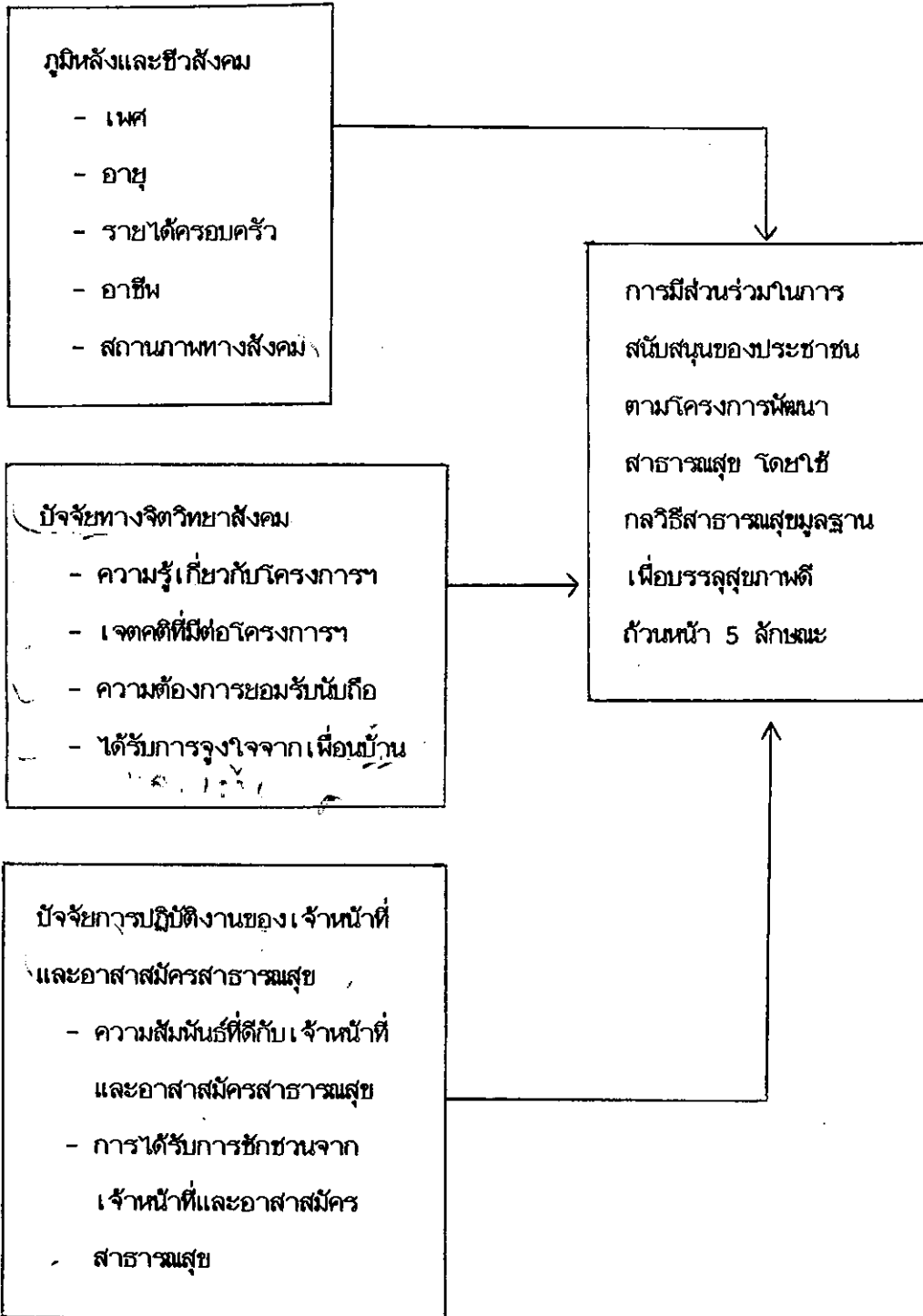
3.4 ความเอาใจใส่ของเยาวชน พบว่า เยาวชนเอาใจใสน้อย เพราะต้องช่วยผู้ปกครองประกอบอาชีพ

4. ข้อเสนอแนะจากประชาชน ที่พบคือ ควรให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอ ส่งเสริมโครงการอย่างต่อเนื่อง ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจเจ้าหน้าที่ ควรติดตามผลการดำเนินงาน และให้การเยี่ยมชมสม่ำเสมอ มีการประชุมพบปะกันบ่อย ๆ ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อพัฒนาอาชีพให้เยาวชนมากขึ้น สนับสนุนการฝึกอบรมด้านอาชีพตามความต้องการของเยาวชน ไม่ควรเปลี่ยนเจ้าหน้าที่บ่อย ควรจัดทำเอกสารข้อมูลความเคลื่อนไหวต่างๆ ของศูนย์เยาวชนตำบล

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้คือ

1. ประชาชนที่เพศต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
2. ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
3. ประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
4. ประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
5. ประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
6. ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
7. ประชาชนที่มีเจตคติต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
8. ประชาชนที่มีความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่นต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
9. ประชาชนที่ได้รับการจูงใจจากเพื่อนบ้านต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
10. ประชาชนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
11. ประชาชนที่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยให้หัวหน้าครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลเป็นหมู่บ้านที่บรรลุสุขภาวะดีถ้วนหน้า ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอตามประเด็นดังต่อไปนี้คือ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิธีจัดการหาค่าข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ หัวหน้าครอบครัว จำนวน 22,946 ครอบครัว ในอำเภอสุภาพดีถ้วนหน้า ตำบลสุภาพดีถ้วนหน้า และหมู่บ้านสุภาพดีถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2536 - 2537 ของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยแยกได้ดังนี้

1. หัวหน้าครอบครัว จำนวน 16,458 ครอบครัว ของอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
 2. หัวหน้าครอบครัว จำนวน 6,488 ครอบครัว ของอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
- กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ หัวหน้าครอบครัวของอำเภอสุภาพดีถ้วนหน้า ตำบลสุภาพดีถ้วนหน้า หมู่บ้านสุภาพดีถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2536 - 2537 ของจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 395 ครอบครัว (จำนวน 283 ครอบครัว จากหัวหน้าครอบครัวในอำเภอพนมไพร และจำนวน 112 ครอบครัว จากอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด) ดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร / กลุ่มตัวอย่าง			
อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	ครอบครัว
พนมไพร	16 / 8	205 / 71	16,458/283
ศรีสมเด็จ	8 / 4	81 / 28	6,488/112

ในการสุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

1. จำกัดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ ดังนี้ (Yamane, 1967 : 150-184)

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

เมื่อ n แทนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทนจำนวนประชากร

e แทนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในครั้งนี้ เท่ากับ 0.05

2. สุ่มจากตำบลสุภาพดีถ้วนหน้า หมู่บ้านสุภาพดีถ้วนหน้า และครอบครัว โดยใช้แบบอัตราส่วน แล้วนำมาสุ่มแบบง่ายเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรในอำเภอพนมไพร และอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม มีจำนวน 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางภูมิหลังและชีวสังคม แบบสอบถามวัดทางจิตวิทยาสังคม แบบสอบถามวัดการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข และ ฉบับที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนของประชาชนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละฉบับดังนี้

ฉบับที่ 1 ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทางภูมิหลังและชีวสังคม ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นตัวแปรอิสระที่จะต้องศึกษา ได้แก่

- เพศ
- อายุ
- รายได้ครอบครัว
- อาชีพ
- สถานภาพทางสังคม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเหตุและผลของการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มี 4 ประการ คือ

- ความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ
- มีเจตคติที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ
- ความต้องการยอมรับนับถือจากคนอื่น
- ได้รับการสนใจจากเพื่อนบ้าน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเหตุและผลของการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มี 2 ประการ คือ

- ความต้องการสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข
- การได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

ฉบับที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
สนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า
(rating scales) ชนิด 5 ระดับ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การดำเนินการสร้างแบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความหมายและลักษณะการมีส่วนร่วม
ของประชาชน ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อบรรลุ
สุขภาพดีถ้วนหน้า ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน แนวความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผล
ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน และวิธีสร้างแบบสอบถาม
2. ขอคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีสร้างแบบสอบถามจากคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท
3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการทำงาน
ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 จำนวน 5 ท่าน เพื่อหา
ความเที่ยงตรงเชิงผิวนิจ (Face Validity) โดยการหาค่าความสอดคล้อง เมื่อพบว่าข้อใดมี
ค่าเท่ากับหรือมากกว่า .50 จึงนำมาใช้เป็นแบบสอบถาม
4. นำแบบสอบถามฉบับที่ได้แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Try Out) กับประชากร
กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 100 ครอบครัว
5. นำแบบสอบถามมาให้คะแนน แบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนา
สาธารณสุข และปัจจัย ความต้องการยอมรับนับถือ ข้อที่ตอบถูกหรือเข้าให้ 1 คะแนน ข้อตอบ
ไม่ถูกหรือไม่ใช่ หรือตอบมากกว่า 1 ตัวเลือก ให้ 0 คะแนน ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จะต้อง
ตอบผ่าน 50 เปอร์เซนต์

ส่วนปัจจัยด้านมีเจตคติที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข เป็นลักษณะ 5 ระดับ
ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert)

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน	เชิงนิมิต	ให้ 1 คะแนน	เชิงนิเสธ
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน	เชิงนิมิต	ให้ 2 คะแนน	เชิงนิเสธ
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน	เชิงนิมิต	ให้ 3 คะแนน	เชิงนิเสธ
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	เชิงนิมิต	ให้ 4 คะแนน	เชิงนิเสธ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	เชิงนิมิต	ให้ 5 คะแนน	เชิงนิเสธ

แบบสอบถามตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร
สาธารณสุข ให้คะแนน 2 ใน 4 ของแต่ละประเด็นย่อย ถือว่าผ่านเกณฑ์

แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนา
สาธารณสุขฯ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales)

ชนิด 5 ระดับ ผู้วิจัยให้คะแนนตามหลักเกณฑ์ คือ

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงนิมิต

ระดับคะแนน	5	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน	มากที่สุด
"	4	"	"	" มาก
"	3	"	"	" ปานกลาง
"	2	"	"	" น้อย
"	1	"	"	" น้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงนิเสธ

ระดับคะแนน	5	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน	น้อยที่สุด
"	4	"	"	" น้อย
"	3	"	"	" ปานกลาง
"	2	"	"	" มาก
"	1	"	"	" มากที่สุด

ประเมินค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของ เบสต์ (Best. 1970 : 257)

4.20 - 5.00	หมายความว่า	การมีส่วนร่วม	มากที่สุด
3.40 - 4.19	"	การมีส่วนร่วม	มาก
2.60 - 3.39	"	การมีส่วนร่วม	ปานกลาง
1.80 - 2.59	"	การมีส่วนร่วม	น้อย
1.00 - 1.79	"	การมีส่วนร่วม	น้อยที่สุด

5. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบแล้วมาตรวจให้คะแนนและหาค่าอำนาจจำแนก
รายข้อโดยเรียงคะแนนจากสูงไปต่ำ เลือกแบบสอบถามมา 2 กลุ่ม คือ คะแนนสูงโดยวิธีแบบ
สอบถามที่มีคะแนนสูงที่สุดลงมา จำนวนเท่ากับร้อยละ 25 ของทั้งกลุ่มแล้วเปรียบเทียบความ

แตกต่างระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) เทคนิค 25 เปรอร์เซ็นต์ของเอ็ดเวิร์ด ทดสอบนัยสำคัญของคำถามแต่ละข้อ (Edwards. 1957 : 152) ถ้าพบข้อที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1.75 ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกสูงพอที่จะนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้ ผลปรากฏว่าแบบสอบถามมีค่า t ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป มี 47 ข้อ ใช้ไม่ได้ 3 ข้อ โดยมีค่า t อยู่ระหว่าง 5.13 - 9.87

6. หาค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถาม ที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้มา หาค่าความเชื่อมั่นทั้งหมด (Reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (α - Coefficient) ถ้าค่าความเชื่อมั่นเข้าใกล้ 1 ถือว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูง (Cronbach. 1970 : 161) ปรากฏว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา เท่ากับ .98 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นสูง พอที่จะนำไปศึกษาต่อไปได้

7. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในการเก็บข้อมูล

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยลำดับดังนี้

1. ขอนหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร แสดงต่อ นายอำเภอพนมไพรและอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขอความร่วมมือจากผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านในอำเภอทั้ง 2 อำเภอ ในการนำแบบสอบถามไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านเป้าหมาย

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามออกไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเอามาดำเนินการขั้นต่อไป

วิธีจัดการห้กับข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามทุกฉบับ
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามฉบับที่ 1 ตอนที่ 1 โดยใช้ค่าร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ภูมิหลังและชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ครอบครัว อาชีพ สถานภาพทางสังคม

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามฉบับที่ 1 ตอนที่ 2 โดยใช้ค่าร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

- ความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ
- เจตคติที่ดีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ
- ได้รับการสนใจจากเพื่อนบ้าน
- ความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น
- ความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- การได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

3.3 วิเคราะห์ลักษณะการมีส่วนร่วมจากแบบสอบถาม ฉบับที่ 2 โดยค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าความแปรปรวนรายข้อ (S^2)

3.4 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยใช้ค่าที (t-test) ท้าการทดสอบกรณีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ค่าเอฟ (F-test) ท้าการทดสอบกรณีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มขึ้นไป

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและหาค่าสถิติต่าง ๆ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC (Statistical Package for the Social Sciences)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ (P) ใช้สูตร (ส่วน สายยศและอังกษมา สายยศ. 2528 : 59)

$$p = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ
f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ใช้สูตร (ลัดดาวัลย์ หวังพาณิชย์. 2529 : 31)

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	แทน	คะแนนเฉลี่ย
	ΣX	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความแปรปรวน (S^2) ใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 150)

$$S^2 = \frac{N \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N-1)}$$

เมื่อ	S^2	แทน	ค่าความแปรปรวน
	X^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\Sigma X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนประชากร

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของแบบสอบถาม

2.1 หารัดชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงผิวนิจ (Face Validity) โดยใช้สูตร (บุญเชิด วิทยุอนันตพงษ์. 2527 : 169)

$$IC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
	R	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ โดยวิธีสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.

2531 : 136)

$$p = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P หมายถึง ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
 R หมายถึง จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
 N หมายถึง จำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด

ถ้า P มีค่ามาก (ตัวถูก) หมายถึง มีคนตอบถูกในข้อนั้นมาก ข้อสอบข้อนั้นก็ง่าย

ถ้า P มีค่าน้อย (ตัวถูก) หมายถึง มีคนตอบถูกในข้อนั้นน้อย ข้อสอบข้อนั้นก็ง่าย

ถ้า P จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามความรู้ โดยวิธีสูตร

(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531. : 137)

$$r = \frac{R_u - R_e}{N/2}$$

เมื่อ r หมายถึง ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ
 R_u หมายถึง จำนวนผู้ที่ตอบถูกในข้อนั้นในกลุ่มเก่ง
 R_e หมายถึง จำนวนผู้ที่ตอบถูกในข้อนั้นในกลุ่มอ่อน
 N หมายถึง จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2.4 หากค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบทดสอบวัดทัศนคติ โดยใช้สูตรการทดสอบค่าที (t-test) มีสูตรดังนี้ (Edward. 1957 : 152) เทคนิค 25 เปอร์เซ็นต์ของ เอ็ดเวิร์ด

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{s^2_H}{n_H} + \frac{s^2_L}{n_L}}}$$

- เมื่อ t แทน ค่าอำนาจจำแนกของคำถามแต่ละข้อ
- \bar{X}_H แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มสูง
- \bar{X}_L แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ
- s^2_H แทน ความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อของกลุ่มสูง
- s^2_L แทน ความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อของกลุ่มต่ำ
- n_H แทน จำนวนคนในกลุ่มสูง
- n_L แทน จำนวนคนในกลุ่มต่ำ

2.5 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161)

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum s^2_i}{s^2_t} \right]$$

- เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
- K แทน ค่าจำนวนข้อของแบบสอบถาม
- $\sum s^2_i$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
- s^2_t แทน ความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถาม

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ค่าสถิติที (t-test) ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เป็นอิสระกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11 โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 177)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s^2_1}{n_1} + \frac{s^2_2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{s^2_1}{n_1} - \frac{s^2_2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{s^2_1}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{s^2_2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
	\bar{X}_1, \bar{X}_2	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	s^2_1, s^2_2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	df	แทน	ขั้นแห่งความอิสระ

3.2 ค่า Anova ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5 โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
	MS _B	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม
	MS _W	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี นิวแมน-คูลล์ (Newman - Keuls Method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2534 : 268)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

เมื่อ	q	แทน	q - Statistic ที่ได้จากตาราง
	MS _W	แทน	ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม
	n	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่นำมาเทียบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในบทนี้ ผู้วิจัยจะได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล
2. การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานภาพของผู้ตอบตามปัจจัยทางภูมิหลังและข้อสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ปัจจัยการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข และการทดสอบค่าความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแปลความหมาย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
X	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
S.D.	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
df	แทน	ขั้นของความเป็นอิสระ (degree of freedom)
SS	แทน	ค่าผลบวกกำลังสองของคะแนน หรือ Sum of Squares
MS	แทน	ค่าผลบวกกำลังสองของคะแนน หรือ Mean Squares
*	แทน	ระดับนัยสำคัญที่ .05
**	แทน	ระดับนัยสำคัญที่ .01

4.2 การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปรผลความหมายของข้อมูล เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสภาพดีถ้วนหน้า 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยที่ศึกษาคือ ปัจจัยภูมิหลังและชีวสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ปัจจัยการบริหารจัดการงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข ตามปัจจัยที่กำหนดไว้เป็นตัวแปรที่ศึกษา คือ

2.1 ตัวแปรเพศ ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข เจตคติที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข มีความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น ได้รับการจูงใจจากเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ทำการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11 ดังปรากฏตามตาราง 7, 18, 19, 20, 21, 22 และ 23

2.2 ตัวแปรอายุ รายได้ครอบครัว อาชีพ สถานภาพทางสังคม ทำการทดสอบค่าเอฟ (F - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5 หากผลการทดสอบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลล์ (Newman Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 8 - 17

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนที่เป็นหัวหน้าครอบครัวในอำเภอสุขภาพดีถ้วนหน้า 2 อำเภอ คือ อำเภอพนมไพร และอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 395 คน จำแนกออกตามปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่

1. ปัจจัยภูมิหลังและชีวสังคม คือ เพศ อายุ รายได้ครอบครัว อาชีพ สถานภาพทางสังคม
2. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม คือ ความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข เจตคติที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข ความต้องการการยอมรับนับถือ ได้รับการสนใจจากเพื่อนบ้าน
3. ปัจจัยการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
ภูมิหลังและชีวสังคม		
เพศ		
ชาย	251	63.55
หญิง	144	36.45
รวม	395	100
อายุ		
21 - 40 ปี	181	45.82
41 - 60 ปี	194	49.11
60 ปีขึ้นไป	20	5.0
รวม	395	100

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	228	57.72
3,000 - 8,000 บาท	145	36.70
8,000 บาทขึ้นไป	22	5.58
รวม	395	100
อาชีพ		
เกษตรกร	365	92.41
รับจ้าง	13	3.30
ค้าขาย	4	1.01
รับราชการ	12	3.03
อื่น ๆ	1	0.25
รวม	395	100
สถานภาพทางสังคม		
กำนัน	1	0.25
ผู้ใหญ่บ้าน	12	3.04
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	12	3.04
สารวัตรกำนัน	3	0.75
แพทย์ประจำตำบล	1	0.25

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
ภูมิหลังและชีวสังคม		
กรรมการหมู่บ้าน	26	6.58
ราษฎรในหมู่บ้าน	340	86.08
รวม	395	100
จิตวิทยาสังคม		
มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข	385	97.47
ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข	10	2.53
รวม	395	100
มีเจตคติที่ดีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข	241	61.01
มีเจตคติที่ไม่ดีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข	154	38.99
รวม	395	100
ความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น	369	93.42
ไม่ต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น	26	6.58
รวม	395	100

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
จิตวิทยาสังคม		
ได้รับการจูงใจจากเพื่อนบ้าน	357	90.38
ไม่ได้รับการจูงใจจากเพื่อนบ้าน	38	9.62
รวม	395	100
การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข		
มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร		
สาธารณสุข	370	93.67
มีความสัมพันธ์ปกติกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร		
สาธารณสุข	25	6.33
รวม	395	100
ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร		
สาธารณสุข	350	88.61
ไม่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร		
สาธารณสุข	45	11.39
รวม	395	100

จากตาราง 6 แสดงให้เห็นคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ

เพศ ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 63.80 และเพศหญิง จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 36.20

อายุ ประชาชนอายุ 41 - 60 ปี มีจำนวนมากที่สุด 194 คน คิดเป็นร้อยละ 49.11 อายุ 21 - 40 ปี จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 45.82 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.07

รายได้ครอบครัว ประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วงต่ำกว่า 3,000 บาท จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 57.72 รายได้ครอบครัวอยู่ในระหว่าง 3,000 - 8,000 บาท มีจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 รายได้ครอบครัว 8,000 บาทขึ้นไป จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 5.58

อาชีพ มีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 365 คน คิดเป็นร้อยละ 92.41 รับจ้าง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 รับราชการ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.03 ค้าขาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.01 อื่น ๆ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.25

สถานภาพทางสังคม มีสถานภาพทางสังคมเป็นราษฎรในหมู่บ้าน มีจำนวนมากที่สุด 340 คน คิดเป็นร้อยละ 86.08 กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 6.58 เป็นผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.04 เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.04 เป็นสารวัตรกำนัน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.75 เป็นกำนัน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.25 เป็นแพทย์ประจำตำบล จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.25

ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ปรากฏว่า ผู้มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำนวน 385 คน คิดเป็นร้อยละ 97.47 ผู้ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.53 มีเจตคติที่ดีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 61.01 มีเจตคติที่ไม่ดีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 38.99 มีความต้องการการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น จำนวน 369 คน คิดเป็นร้อยละ 93.42 ไม่ต้องการการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 6.58 ได้รับการสนใจจากเพื่อนบ้าน จำนวน 357 คน คิดเป็นร้อยละ 90.38 ไม่ได้รับการสนใจจากเพื่อนบ้าน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 9.62

ปัจจัยการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ปรากฏว่าผู้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 370 คน คิดเป็นร้อยละ 93.67 ผู้มีความสัมพันธ์ปกติกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.33 ผู้ที่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 88.61 และไม่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 11.39

ตอนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ตามปัจจัยที่กำหนดไว้เป็นตัวแปรที่ศึกษา เพื่อทราบว่าประชาชนที่มี เพศ อายุ รายได้ครอบครัว อาชีพ สถานภาพทางสังคม มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ เจตคติที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ มีความต้องการยอมรับนับถือจากคนอื่น ได้รับการจูงใจจากเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน

ตาราง 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามเพศ

เพศ	N	\bar{X}	S.D.	t
ชาย	252	3.5547	.556	2.80**
หญิง	143	3.3917	.545	
รวม	375			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.576$, $df = 393$)

จากตาราง 7 แสดงว่าประชาชนเพศชายและเพศหญิง เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ว่าประชาชนที่เพศต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน

ตาราง 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการ
พัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามอายุ

อายุ	N	\bar{X}	S.D.
21 - 40 ปี	181	3.4680	.5436
40 - 60 ปี	194	3.5192	.5619
60 ปีขึ้นไป	20	3.5181	.7484
รวม	385		

จากตาราง 8 แสดงว่าประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมดังนี้คือ
อายุ 21 - 40 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 3.4680 อายุ 40 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 3.5192
อายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 3.5181 ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน
ต่อไป ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามอายุ

แหล่งแปรปรวน	df	SS	MS	F
การมีส่วนร่วมสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ				
ระหว่างกลุ่ม	2	0.2584	0.1292	0.4060
ภายในกลุ่ม	393	125.6889	0.3182	
รวม	395	125.9472		

จากตาราง 9 แสดงว่าประชาชนที่มีอายุต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน

ตาราง 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
โครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามรายได้ครอบครัว

รายได้ครอบครัว	N	\bar{X}	S.D.
ต่ำกว่า 3,000 บาท	228	3.3919	.5593
3,000 - 8,000 บาท	145	3.6194	.5719
8,000 บาทขึ้นไป	22	3.7171	.3112
รวม	395		

จากตาราง 10 แสดงว่าประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วม
สนับสนุนในโครงการพัฒนาสาธารณสุข ดังนี้ คือ ประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า
3,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ย 3.3919 ประชาชนที่มีรายได้ครอบครัว 3,000 - 8,000 บาท
มีคะแนนเฉลี่ย 3.6194 ประชาชนที่มีรายได้ครอบครัว 8,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย
3.7171 ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนต่อไป ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
สนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามรายได้ครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	5.9665	2.9833	9.8214*
ภายในกลุ่ม	393	119.9807	0.3077	
รวม	395	125.9472		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,393} = 4.75875$)

จากตาราง 11 แสดงว่าประชาชนที่มีรายได้ต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการ
พัฒนาตามโครงการสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้อง
กับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนา
ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน

นำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
สนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข เป็นรายคู่ โดยวิธีการของ Newman's Keuls Method
ผลปรากฏดังตาราง 12

ตาราง 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
โครงการพัฒนาสาธารณสุข ที่มีรายได้ครอบครัวแตกต่างกัน

รายได้ครอบครัว	ต่ำกว่า 3,000 บาท	3,000-8,000 บาท	8,000 บาทขึ้นไป
	\bar{X} 3.3919	3.6194	3.7171
ต่ำกว่า 3,000 บาท	3.3919	-	0.2175*
3,000-8,000 บาท	3.6194	-	0.0977
8,000 บาทขึ้นไป	3.7171	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,393} = 4.75875$)

จากตาราง 12 แสดงว่าประชาชนที่มีรายได้ครอบครัว 3,000 - 8,000 บาท มีส่วนร่วมในการสนับสนุนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างจากประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท และประชาชนที่มีรายได้ครอบครัว 8,000 บาทขึ้นไป มีส่วนร่วมในการสนับสนุนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างจากประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 13 การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	\bar{X}	S.D.
เกษตรกร	364	3.4927	.5714
รับจ้าง	13	3.6277	.4319
ค้าขาย	4	3.1170	.3528
รับราชการ	12	3.6072	.4589
อื่น ๆ	1	2.8085	
รวม	395		

จากตาราง 13 แสดงว่าประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนดังนี้คือ
อาชีพเกษตรกร มีคะแนนเฉลี่ย 3.4927 อาชีพรับจ้าง มีคะแนนเฉลี่ย 3.6277
อาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.1170 อาชีพรับราชการ มีคะแนนเฉลี่ย 3.6072 และ
อาชีพอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ย 2.8085 ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน
ต่อไป ดังปรากฏในตาราง 14

ตาราง 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำนวนตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การมีส่วนร่วมในการสนับสนุน				
ระหว่างกลุ่ม	4	1.4545	.3636	1.1479
ภายในกลุ่ม	391	124.4928	.3168	
รวม	395	125.9473		

จากตาราง 14 แสดงว่าประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ว่าประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขแตกต่างกัน

ตาราง 15 การทดสอบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการ
พัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามสถานภาพทางสังคม

สถานภาพทางสังคม	N	\bar{X}	S.D.
กำนัน	1	3.8723	-
ผู้ใหญ่บ้าน	12	3.7429	.6186
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	12	3.8191	.6663
สารวัตรกำนัน	3	3.4681	.8026
แพทย์ประจำตำบล	1	4.4043	-
กรรมการหมู่บ้าน	26	4.0102	.4313
ราษฎรในหมู่บ้าน	340	3.4316	.5394
รวม	395		

ผลจากตาราง 15 แสดงว่าประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ดังนี้คือ สถานภาพทางสังคม เป็นกำนัน มีคะแนนเฉลี่ย 3.8723 ผู้ใหญ่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 3.7429 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 3.8191 สารวัตรกำนัน มีคะแนนเฉลี่ย 3.4681 แพทย์ประจำตำบล มีคะแนนเฉลี่ย 4.4043 กรรมการหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 4.0102 ราษฎรในหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 3.4316 ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนต่อไป ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
สนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จำแนกตามสถานภาพทางสังคม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การมีส่วนร่วมในการสนับสนุน				
ระหว่างกลุ่ม	6	11.5135	1.9189	6.5566**
ภายในกลุ่ม	389	114.4337	.2927	
รวม	395	125.9472		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{6,389} = 2.94875$)

ผลจากตาราง 16 แสดงว่าประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า ประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน

นำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ เป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมน-คูลล์ (Newman-Keuls Method)

ตาราง 17 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
โครงการพัฒนาสาธารณสุข ที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกัน

สถานภาพทางสังคม	ราษฎรในหมู่บ้าน	สารวัตรกำนัน	ผู้ใหญ่บ้าน	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	
\bar{X}	3.4316	3.4681	3.7429	3.8191	
ราษฎรในหมู่บ้าน	3.4316	-	0.0365	0.3113	0.3875
สารวัตรกำนัน	3.4681	-	-	0.2748	0.3510
ผู้ใหญ่บ้าน	3.7429	-	-	-	0.0762
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	3.8191	-	-	-	-

ตาราง 17 (ต่อ)

สถานภาพทางสังคม	\bar{X}	กำนัน	กรรมการหมู่บ้าน	แพทย์ประจำตำบล
		3.8723	4.0102	4.4043
ราษฎรในหมู่บ้าน	3.4316	0.4407	0.5786**	0.9727
สารวัตรกำนัน	3.4681	0.4042	0.5421	0.5362
ผู้ใหญ่บ้าน	3.7429	0.1294	0.2673	0.6614
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	3.8191	0.0532	0.1911	0.5852
กำนัน	3.8723	-	0.1379	0.5320
กรรมการหมู่บ้าน	4.0102	-	-	0.3941
แพทย์ประจำตำบล	4.4043	-	-	-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{6, 389} = 2.94875$)

ผลจากตาราง 17 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยแสดงว่าประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมที่เป็นราษฎร มีส่วนร่วมในการสนับสนุนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างจากประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมที่เป็นกรรมการหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 18 การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
โครงการพัฒนาสาธารณสุข จำนวนตามความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข

ความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข	N	\bar{X}	S.D.	t
การมีส่วนร่วมในการสนับสนุน				
ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนา				
สาธารณสุข	385	3.5011	.484	1.19
ประชาชนไม่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการ				
พัฒนาสาธารณสุข	10	3.2872	.565	
รวม	395			

จากตาราง 18 แสดงว่าประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข และประชาชนที่ไม่มีความรู้ มีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน

ตาราง 19 การเปรียบเทียบความแตกต่าง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามเจตคติที่มีต่อโครงการ

เจตคติที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข	N	\bar{X}	S.D.	t
มีเจตคติที่ดีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข	241	3.5126	.601	.75
มีเจตคติที่ไม่ดีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข	154	3.4693	.499	
รวม	395			

จากตาราง 19 แสดงว่าประชาชนที่มีเจตคติที่ดีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข และประชาชนที่มีเจตคติไม่ดีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ประชาชนที่มีเจตคติต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน

ตาราง 20 การเปรียบเทียบความแตกต่าง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
โครงการพัฒนาสาธารณสุข จากเกณฑ์ที่มีความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น

ความต้องการการยอมรับนับถือ	N	\bar{X}	S.D.	t
การมีส่วนร่วมในการสนับสนุน				
ประชาชนที่มีความต้องการการยอมรับนับถือ				
จากคนอื่น	369	3.5382	.545	5.80**
ประชาชนที่ไม่ต้องการการยอมรับนับถือ				
จากคนอื่น	26	2.9125	.495	
รวม	395			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{\alpha} = 2.576$, $df = 393$)

จากตาราง 20 แสดงว่าประชาชนที่มีความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น และประชาชนที่ไม่ต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น มีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ประชาชนที่มีความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่นต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน

ตาราง 21 การเปรียบเทียบความแตกต่าง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
โครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามที่ได้รับการรณรงค์จากเพื่อนบ้าน

ได้รับการรณรงค์จากเพื่อนบ้าน	N	\bar{X}	S.D.	t
ประชาชนที่ได้รับการรณรงค์จากเพื่อนบ้าน	357	3.4889	.572	.73
ประชาชนที่ไม่ได้รับการรณรงค์จากเพื่อนบ้าน	38	3.5586	.563	
รวม	395			

จากตาราง 21 แสดงว่าประชาชนที่ได้รับการรณรงค์จากเพื่อนบ้านและประชาชนที่ไม่ได้รับการรณรงค์จากเพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 9 ที่ว่า ประชาชนที่ได้รับการรณรงค์จากเพื่อนบ้านต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน

ตาราง 22 การเปรียบเทียบความแตกต่าง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

ความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข	N	\bar{X}	S.D.	t
การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข				
มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข	370	3.4887	.562	.94
มีความสัมพันธ์ปกติกับเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข	25	3.5957	.583	
รวม	395			

จากตาราง 22 แสดงว่าประชาชนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนที่มีความสัมพันธ์ตามปกติกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 10 ที่ว่า ประชาชนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน

ตาราง 23 การเปรียบเทียบความแตกต่าง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข จำแนกตามที่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

การชักชวนจากเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข	N	\bar{X}	S.D.	t
ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข	50	3.4856		1.00
ไม่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข	45	3.5735	.579	
รวม	395			

ผลจากตาราง 23 แสดงว่าประชาชนที่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข และไม่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 11 ที่ว่า ประชาชนที่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนา
สาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสู่สภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นประชาชนในอำเภอสุภาพดีถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2536 - 2537 ของจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 395 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบ
หลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยทางภูมิหลังและชีวสังคม คือ เพศ อายุ
รายได้ครอบครัว อาชีพ สถานภาพทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม คือ ความรู้เกี่ยวกับ
โครงการพัฒนาสาธารณสุข เจตคติที่มีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข ความต้องการการยอมรับ
นับถือ ได้รับการรูงใจจากเพื่อนบ้าน ปัจจัยการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร
สาธารณสุข คือ ความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับการชักชวน
จากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นตัวแปรอิสระ ส่วนตัวแปรตาม คือ ลักษณะการมี
ส่วนร่วมในการสนับสนุนของประชาชนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข 5 ลักษณะ คือ ขึ้นริเริ่ม
การพัฒนา ขึ้นการวางแผนการพัฒนา ขึ้นดำเนินการพัฒนา ขึ้นรับผลที่เกิดจากการพัฒนา และขึ้น
ประเมินผลการพัฒนา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทางภูมิหลังและชีวสังคม

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม

ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และ
อาสาสมัครสาธารณสุข

ฉบับที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
สนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนกลุ่มตัวอย่างในอำเภอสุภาพดีถ้วนหน้า คือ
อำเภอพนมไพร และอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ตามตัวแปรที่ศึกษา มีการแจกแจงความถี่
คิดเป็นร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
โครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยทำการทดสอบค่าที (t - test) ของตัวแปร 2 กลุ่ม และ
ทดสอบความแตกต่างของตัวแปร 3 กลุ่ม โดยการหาค่าเอฟ (F - test) แบบ One way
Analysis of Variance และผลการทดสอบหากพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)
นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
โครงการพัฒนาสาธารณสุข พบว่าประชาชนเพศชายและเพศหญิงมีส่วนร่วมในการสนับสนุน
การพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน
2. ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนา
สาธารณสุข ไม่แตกต่างกัน
3. ประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตาม
โครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน
4. ประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนา
สาธารณสุข ไม่แตกต่างกัน

5. ประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
6. ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน
7. ประชาชนที่มีเจตคติต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน
8. ประชาชนที่มีความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่นต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน
9. ประชาชนที่ได้รับการรูงใจจากเพื่อนบ้านต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน
10. ประชาชนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน
11. ประชาชนที่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ โดยทฤษฎีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นไปตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่กำหนดไว้ว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน และขัดแย้งกับผลการวิจัยของ สุริยา ยีขุน (2534 : 146) ซึ่งพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรป่าไม้ และจากผลการวิจัยของ มนูญ สอนเกิด (2533 : 193) พบว่า ประชาชนเพศชายและเพศหญิง มีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยส่วนร่วมและในทุกขั้นการพัฒนาในระดับมาก แต่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิไลพร สมบูรณ์ชัย (2534 : 112)

ซึ่งพบว่า ประชาชนที่มีเพศแตกต่างกันจะก่อให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า เพศชาย มีความเข้มแข็งอดทน กล้าตัดสินใจ กล้าคิด กล้าแสดงออกในการเป็นผู้นำทางกิจกรรมต่าง ๆ ในงานสาธารณสุข และยังเป็นช่องทางที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขมากกว่าเพศหญิง อนึ่งการมีภาระที่จะต้องดูแลบุตรทำให้เพศหญิงมีเวลาและโอกาสเข้าร่วมน้อยกว่าเพศชาย

2. ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่กำหนดไว้ว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม (2532 : 94) พบว่า ประชาชนที่มีอายุสูงและประชาชนที่มีอายุต่ำ มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยของ วีรัตน์ สมสินทรัพย์ (2534 : 117) ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของสตรีที่มีอายุแตกต่างกันมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกรมการพัฒนาศรีหมู่บ้านแตกต่างกัน โดยส่วนรวมและในหลายด้าน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า อายุไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า อายุไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วม หากประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในโครงการพัฒนาสาธารณสุข ก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วม อีกทั้งปัจจุบันประชาชนทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพในอันที่จะแสดงออกในการพัฒนาหมู่บ้านตามระบอบประชาธิปไตย ประชาชนทุกกลุ่มอายุจึงได้มีสิทธิมีเสียงในการพัฒนาหมู่บ้านอย่างเต็มที่ และในสังคมปัจจุบันก็เปิดโอกาสให้แสดงออก และไม่ยึดติดอยู่กับกฎเกณฑ์ทางสังคมบางประการ เช่น ระบบอาวุโส เป็นต้น

3. ประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่กำหนดไว้ ประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกันและสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยโรจน์ อนุสมบัติ (2535 : 125) ซึ่งพบว่า รายได้ต่อปีที่แตกต่างกันจะก่อให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม (2532 : 95) ซึ่งพบว่า ประชาชนที่มีรายได้สูงมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการ

สาธารณสุขมูลฐานมากกว่าประชาชนที่มีรายได้ต่ำ แต่ขัดแย้งกับผลการวิจัยของ วิไลพร สมบูรณ์ชัย (2534 : 113) ซึ่งพบว่า รายได้ต่อปีที่แตกต่างกัน ไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าประชาชนที่มีรายได้ตั้งแต่ 8,001 บาทขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นผู้มีรายได้สูงในระดับชุมชนนั้น ไม่มีความวิตกกังวลเรื่องรายได้ในครอบครัวที่จะนำมาใช้จ่าย และไม่ต้องรับภาระมากมายนักในการประกอบอาชีพ เนื่องจากเลี้ยงครอบครัว จึงเข้ามามีส่วนร่วมได้มากกว่า ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้มีรายได้ต่ำคือ ต่ำกว่า 3,000 บาท ซึ่งถือเป็นผู้มีรายได้น้อยในสังคมปัจจุบันที่ได้ให้ความสำคัญกับค่าของเงินมาก จึงมีภาระที่จะต้องรับผิดชอบและประกอบอาชีพ เพื่อให้ครอบครัวตนเองอยู่รอดในสังคมปัจจุบัน จึงไม่มีเวลาที่จะไปร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมปรึกษาหารือ และถึงแม้ว่าจะมีรายได้อยู่ในระดับ 3,001 - 8,000 บาท ก็ยังต้องมีการประกอบอาชีพอยู่ จึงเข้ามามีส่วนร่วมไม่ได้เต็มที่ แต่ก็ยังมีส่วนเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่าประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวน้อย จากประเด็นดังกล่าวจะเห็นได้ในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการใด ๆ ก็ตาม หรือการที่จะขอความร่วมมือในการสนับสนุนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญหากประชาชนมีรายได้ที่เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะได้รับความร่วมมือและเป็นประโยชน์ต่อชุมชนเป็นอย่างมาก การพัฒนาต่าง ๆ จะประสบผลสำเร็จได้ง่ายขึ้น ดังนั้นจึงเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาในการนำเอาประเด็นดังกล่าวไปศึกษาพิจารณา เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนตลอดไป

4. ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่กำหนดไว้ว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลพร สมบูรณ์ชัย (2534 : 114) พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาพัฒนาชุมชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลอาจเป็นเพราะว่าประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยทำนาเป็นหลัก เมื่อหมดฤดูทำนาก็มีเวลาที่จะเข้ามามีส่วนร่วม และถึงแม้ว่าจะประกอบอาชีพอื่น ๆ ก็สามารถใช้เวลาว่างหลังจากประกอบอาชีพแล้วเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนได้เช่นกัน

5. ประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่กำหนดไว้ว่า ประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วลัยภรณ์ ดาวสุวรรณ (2533 : 66) ซึ่งพบว่า ประชากรที่ศึกษาที่มีสถานภาพทางสังคม มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน มีผลต่อการมีส่วนร่วม จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่า การรณรงค์หมู่บ้านกับราษฎรในหมู่บ้านมีความแตกต่างกัน ส่วน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการรณรงค์หมู่บ้านที่ได้รับคัดเลือกมาีหลายฝ่าย เช่น ฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายเกษตรฯ เป็นต้น มีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารบ่อยครั้งกว่าราษฎร มีโอกาสพบกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขบ่อยครั้ง ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน จึงทำให้เกิดความรับผิดชอบในการพัฒนาหมู่บ้าน มีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข สำหรับราษฎรในหมู่บ้านโอกาสที่จะได้พบปะรับรู้ข่าวสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ยังมีอยู่น้อยมาก เพราะราษฎรในหมู่บ้านจะต้องประกอบอาชีพ และไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบโดยตรงในการพัฒนาหมู่บ้าน

6. ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่กำหนดไว้ว่า ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุข ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ ศุภกฤต โรจนธรรม (2532 : 100) ซึ่งพบว่า ประชาชนที่ได้รับความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐานมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าประชาชนที่ไม่ได้รับความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน และยังขัดแย้งกับกลวิธีในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่ระบุว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผลมาจากการได้รับความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2527 : 49-50) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอาจเป็นเพราะว่า การสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ไม่เกี่ยวกับการใช้ความรู้ เช่น การสนับสนุนโดยการบริจาคสิ่งของ (ข้าวสาร, ไม้ไฟ เป็นต้น) ที่ประชาชนมีอยู่ในครัวเรือนโดยไม่เดือดร้อน ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความมีน้ำใจที่ให้ความช่วยเหลือสิ่งเล็กน้อย

7. ประชาชนที่มีเจตคติต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่กำหนดไว้ว่า ประชาชนที่มีเจตคติต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุข ต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน แต่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประพันธ์ บรรลูลีลป (2531 : 87) ซึ่งพบว่า ประชาชนที่มีทัศนคติต่อกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ไม่มีความแตกต่างกับการมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ดังนั้น การมีเจตคติดีหรือไม่ดีไม่ได้ เป็นอุปสรรคในการที่จะเข้าไปสนับสนุน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเข้าไปมีส่วนร่วมสนับสนุนไม่เป็นการขัดขวางการทำกิจกรรมปกติที่ประชาชนดำเนินตามวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ และในการเข้าไปมีส่วนร่วมสนับสนุน เช่น การบริจาควัสดุสิ่งของในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ประชาชนอาจจะมองเห็นว่าสิ่งของเหล่านั้นมีอยู่ในบ้านเรือนของตนแล้ว เมื่อบริจาคไปก็ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน และอีกประการหนึ่งอาจจะ เป็นเพราะว่าประชาชนมีความต้องการพื้นฐานของตนเองในอันที่จะให้ครอบครัว ชุมชน ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขในชุมชน

8. ประชาชนที่มีความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่นต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่กำหนดไว้ว่า ประชาชนที่มีความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่นต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน และยังไม่สอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ มาสโลว์ (Maslow. 1954 : 52) ที่กล่าวว่า ความต้องการพื้นฐานที่ทำให้มนุษย์เราแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นเพราะต้องการความยกย่องนับถือจากคนอื่นหรือมีเกียรติในสังคม และยังไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กรรณิกา ชมดี (2524 : 108) ซึ่งพบว่า ประชาชนที่ต้องการยอมรับนับถือหรือความต้องการเกียรติมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเศรษฐกิจ แต่ขัดแย้งกับผลการวิจัยของ ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม. (2532 : 103) ซึ่งพบว่าประชาชนที่ต้องการการยอมรับนับถือและไม่ต้องการการยอมรับนับถือมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ครั้งนี้แสดงว่าประชาชนยังคงมีความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ คือ ความต้องการให้ผู้อื่นยกย่องให้เกียรติตนเอง ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในอันที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมสนับสนุนในโครงการพัฒนาสาธารณสุข ดังนั้น ปัจจัยทางด้านความต้องการการยอมรับนับถือจึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่จะต้องพิจารณาในการดำเนินโครงการพัฒนาสาธารณสุข

9. ประชาชนที่ได้รับการสนใจจากเพื่อนบ้านต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่กำหนดไว้ว่า ประชาชนที่ได้รับการสนใจจากเพื่อนบ้านต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน แต่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม (2532 : 103) ซึ่งพบว่า ประชาชนที่ได้รับการชักชวนจากเพื่อนบ้านและไม่ได้รับการชักชวนจากเพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ไม่แตกต่างกัน และขัดแย้งกับผลการวิจัยของ สุจินต์ ดาววีระกุล (2527 : 103) ที่พบว่าการชักชวนของเพื่อนบ้านมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าประชาชนได้รับความรู้ข่าวสาร จากแหล่งอื่นในหมู่บ้าน เช่น หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ซึ่งการประชาสัมพันธ์โดยใช้หอกระจายข่าวอาจจะเป็นบทความจากการดำเนินรายการของเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบทสัมภาษณ์จากกานัน ผู้ใหญ่บ้านฯ ในหมู่บ้าน อำเภอจังหวัดอื่นที่ประสบผลสำเร็จหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า จึงทำให้เมื่อได้รับฟังความรู้ข่าวสารแล้วเกิดความต้องการที่จะให้ครอบครัวหรือหมู่บ้านของตนเองมีความสุขและมีสุขภาพดี จึงมีความกระตือรือร้นเกิดความสนใจในการที่จะเข้าร่วมสนับสนุนในการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขมากกว่าการสนใจจากเพื่อนบ้าน

10. ประชาชนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่กำหนดไว้ว่า ประชาชนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข แตกต่างกัน แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิกา ชมดี (2524 : 109) ซึ่งพบว่า การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจตามโครงการสารภี และยังขัดแย้งกับงานวิจัยของ สุริยา ยีขุน (2534 : 150) ซึ่งพบว่า การรู้จักสนิทสนมและคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ของรัฐนั้นก่อให้เกิดความแตกต่างกันในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการทรัพยากรป่าไม้ในระบบป่าชุมชน ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ประชาชนมองเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับชัดเจน และอาจจะเกิดจากความเชื่อ อำนวย

ภายในแห่งตนเองในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข เพราะปัญหาทางด้านสาธารณสุขส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากตนเอง จึงมองเห็นความสำคัญในการพัฒนาสาธารณสุข ในอันที่จะช่วยให้ตนเองปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บเหล่านั้น และต้องการเป็นผู้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

11. ประชาชนที่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่กำหนดไว้ว่า ประชาชนที่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัยของ ประเมศร์ ชัยจินดา (2526 : 33) ซึ่งพบว่า การชักชวนของเจ้าหน้าที่ทางราชการมีผลต่อการเข้าร่วมของประชาชนในโครงการรณรงค์เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค และยังขัดแย้งกับผลการวิจัยของ ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม (2532 : 102) พบว่า การชักชวนจากเจ้าหน้าที่ทางราชการมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน แต่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กรรณิชา ชมดี (2524 : 109) ซึ่งพบว่า การชักชวนของผู้นำท้องถิ่นอื่น ๆ ได้แก่ ผู้นำหมู่บ้าน สารวัตรกำนัน และเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนของประชาชนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการที่ประชาชนได้พัฒนาตนเองให้มีสิทธิส่วนบุคคลในการที่จะแสดงออกและพัฒนาเป็นไปตามระบบประชาธิปไตย จึงสามารถที่จะใช้วิจารณญาณด้วยตนเอง เพราะบางครั้งการมาชักชวนของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขอาจจะยังไม่แจ่มแจ้งพอให้เกิดความเข้าใจ แต่ประชาชนอาจจะศึกษาหาความรู้ กล้าคิดกล้าทำ และกล้าแสดงออกโดยไม่ต้องรอให้เกิดการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐและอาสาสมัครสาธารณสุข ก็ได้ และจากสภาวะที่สังคมก้าวไปสู่โลกไร้พรมแดนจึงทำให้ประชาชนได้รับข่าวสารมากขึ้น จากข่าวสารที่ประชาชนได้รับทำให้ประชาชนไม่จำเป็นต้องรอให้เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามาชักชวนเข้าร่วมสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แต่อย่างใด เพียงแต่ได้ทราบข่าวสารว่าโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ จะมีประโยชน์ต่อตนเองก็ทำให้การสนับสนุนและร่วมมือในการพัฒนาเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

ข้อเสนอแนะ

ผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีความสำคัญต่อหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขในอันที่จะพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้ประสบผลสำเร็จงานการที่ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะบางประการต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติและหน่วยงานบริหารบางประการดังนี้

1. ประชาชนในอำเภอสุขภาพดี ทั้ง 2 อำเภอ ที่มีเขตต่างกันมีผลเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ซึ่งทั้งนี้ควรจะได้มีการส่งเสริมให้ทุกเขตเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องกระตุ้นให้เขตหนึ่งเข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น การพัฒนาสาธารณสุขจะอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน เฉพาะเขตชายฝ่ายเดียวนั้นย่อมจะประสบผลสำเร็จได้ช้า เพราะปัญหาสาธารณสุขบางปัญหา ผู้หนึ่งอาจจะดำเนินการแก้ไขช่วยเหลือซึ่งกันและกันในหมู่บ้านได้ดีกว่า เช่น การวางแผนครอบครัว เป็นต้น
2. รายได้ของครอบครัวของประชาชน มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ดังนั้นในการที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะได้ตระหนักถึงปัจจัยทางด้านรายได้เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาใด ๆ ก็ตาม ไม่ควรจะทำให้เกิดการกระทบกระเทือนถึงรายได้ของครอบครัวมากเกินไปกว่ากำลังความสามารถของครอบครัวนั้น ๆ ที่จะรับได้ ควรจะได้คำนึงถึงผลได้ผลเสียต่อการประกอบอาชีพ เช่น เวลา และโอกาสซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของรายได้ครอบครัวของประชาชนอีกทางหนึ่ง
3. ประชาชนที่มีความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น จะเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ดังนั้น รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ควรจะให้ความสำคัญและส่งเสริมให้กำลังใจในระดับครอบครัวที่เข้ามาสนับสนุนอย่างจริงจัง ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีนโยบายประกาศยกย่องหมู่บ้านที่ผ่านเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมองไว้รางวัล ประกาศเกียรติคุณทั้งหมู่บ้านอยู่แล้วก็ตาม แต่เพื่อเป็นการส่งเสริมการพัฒนาให้ยั่งยืน ควรจะได้ส่งเสริมจนถึงระดับครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุน เพื่อให้เป็นตัวอย่างในหมู่บ้าน โดยอาจประกาศในที่ชุมชน เพื่อแสดงความยินดี หรือให้บริการรักษาพยาบาลฟรีตลอดปีนั้น

ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งเร้าให้กับครอบครัวในหมู่บ้านอื่นที่ยังไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ได้หันมาสนใจและมองเห็นความสำคัญในสิ่งจริงใจเหล่านั้น จะได้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

4. ปัจจัยทางด้านการจริงจังจากเพื่อนบ้าน และปัจจัยทางด้านการได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข แม้จะไม่มี ความแตกต่างกันในการวิจัยครั้งนี้ แต่ควรจะได้คำนึงถึงว่าอาจเป็นเพราะ คุณลักษณะของผู้จริงใจ ความรู้ ข่าวดสาร และวิธีการอาจยังไม่เหมาะสมพอ โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งจะต้องเป็นตัวแทนของรัฐที่จะช่วยเหลือเพื่อนบ้าน และจะต้องทำการชักจูงให้ชุมชนมองเห็นกิจกรรมการพัฒนาด้านสาธารณสุข ความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แล้ว รัฐควรจะได้จัดฝึกอบรม เพื่อเพิ่มทุนประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้มีคุณลักษณะของผู้จริงใจที่มีประสิทธิภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ในหมู่บ้านที่ยังไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า
2. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ เช่น ปัจจัยชีวสังคม ทางการศึกษา สถานภาพการสมรส เป็นต้น
3. ควรศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ในแต่ละลักษณะทั้ง 5 ลักษณะคือ การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการฯ การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการฯ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามโครงการฯ การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์จากโครงการฯ การมีส่วนร่วมในการติดตามผลและประเมินผลโครงการฯ เพื่อจะได้ทราบว่าประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ในระดับใดมากหรือน้อย

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิกา ชมดี. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524. อัดสำเนา.
- คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. คู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอและตำบล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.
- _____ . รวบรวมบทความงานสาธารณสุขมูลฐาน เล่ม 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2530.
- _____ . สุขภาพดีถ้วนหน้า เพราะประชาร่วมใจ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.
- _____ . สุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์, 2527.
- _____ . เอกสารประกอบการชี้แจงระดับอำเภอ เรื่องนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524). กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, ม.ป.ป.
- จิรพรรณ กาญจนะจิตตรา. การพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2523.
- จางงศ์ อติวัฒน์สิทธิ์. ประวัติแนวความคิดทางสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, ม.ป.ป.
- ชัยโรจน์ ธนสันติ. การมีส่วนร่วมของกรมการสภาตำบลในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ : ศึกษากรณีจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2534.
- ถาวร แพทยาภิรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2530.
- "ทิศทางการพัฒนาของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8," วารสารสาธารณสุขมูลฐาน. 10 : 2-10; 10 กรกฎาคม 2538.
- นัดดา ศรีขำชัย. วิณะ วิระไวทยะและจิรพันธ์ ภิบุลย์วงศ์. สุขภาพดีถ้วนหน้า : ชุมชนพึ่งตนเองหรือพึ่งใคร. ม.ป.ท., ม.ป.ป.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. "กลวิธี แนวทาง วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชนบท," ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์, 2527.
- บุญเชิด ภิญโญอินตพวงษ์. การทดสอบแบบอิงเกณฑ์ : แนวคิดและวิธีการ. กรุงเทพฯ : บริษัทไทโอเอสพริ้นติ้งเฮาส์ จำกัด, 2527.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "การมีส่วนร่วมชุมชน," สังคมพัฒนา. (30) ; 65-70 : เมษายน-มิถุนายน 2528.
- ประเมศร์ ชัยจินดา. รายงานการวิจัยเรื่อง การรณรงค์งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐานของจังหวัดราชบุรี. ราชบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2526.
- ประกอบ ตูจินดา. สุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ 2543. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดสหประชาพาณิชย์, 2524.
- ประทาน คงฤทธิศึกษากร. "การมีส่วนร่วมของประชาชนในชนบท," วารสารพัฒนาบริหารศาสตร์. 30(2) : 1-2; เมษายน-มิถุนายน 2533.
- ประพันธ์ บรรลูลุศิลป์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการไม่มีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. ชัดสำเนา.
- ประพนธ์ ปิยรัตน์. "การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม," ในเอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการเรื่องการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุข อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

- ประสนสุข เหลืองไพโรจน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานศูนย์เยาวชน ตำบลในท้องที่จังหวัดนครปฐม. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- ประเวศ วะสี. วิกฤติหมู่บ้านไทยทางออกและอนาคตอยู่ที่ไหน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมู่บ้าน, 2532.
- พยอม อิงคตานุวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2523.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2531.
- ไพจิตร ปวะบุตร. แนวทางการประเมินหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด สุขภาพดีถ้วนหน้า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 - 2537. มพท., ม.ป.ป.
- _____ . แนวคิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2536 - 2543. มพท, 2537.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. "นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบันของประเทศไทย," ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์. การมีส่วนร่วมของประชาชน. วารสารพัฒนาชุมชน. 16(7) : 34-35; 2531.
- มัญญ สอนเกิด. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของประชาชนในหมู่บ้านขณะเลิกการประกวดหมู่บ้านพัฒนาเขต 7 ประจำปี 2532. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- รัชพล กุลสรารุส. "ปี 2543 สิ่งท้าทายความสามารถชาวสาธารณสุข," จดหมายข่าวสาธารณสุข. 7(2) : 4-5; กุมภาพันธ์ 2538.
- สัตตาวลัย หวังนาณิช. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2529.

- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศึกษามพจรจำกัด, 2528.
- วัลย์ภรณ์ ดาวสุวรรณ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นต่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม
บึงขุนทะเล. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- วิชัย โชควิวัฒน์. บนเส้นทางชีวิตราชการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก, 2537.
- วิรัตน์ สมสินทรัพย์. การมีส่วนร่วมของสตรีในกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาสตรีหมู่บ้าน
ในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- วิไลพร สมบูรณ์ชัย. การมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาพัฒนาชุมชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ
จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
อัดสำเนา.
- วิวัฒน์ นนทบุตร. "การมีส่วนร่วมของประชาชน," วารสารพัฒนาชุมชน. (31) 5 :
51-56; พฤษภาคม 2535.
- ศุภฤกษ์ วิจารณ์ธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้าน ตาม
โครงการสาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ของ
จังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. สงขลา :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2532. อัดสำเนา.
- ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. สุขภาพดีถ้วนหน้า
กลวิธีการบริหารจัดการสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/ตำบล. ขอนแก่น :
ศรีชัยการพิมพ์, 2536.
- _____ . แผนแม่บท : เข้มทิศสุขภาพดีถ้วนหน้า. ขอนแก่น, โรงพิมพ์คลังงานาวิทยา,
2537.
- สงวน นิตยรัมภ์พงษ์ และกิตติ นิตกัณโณ. การมีส่วนร่วมของชุมชนต่องานสาธารณสุข
มูลฐาน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2529.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาชุมชน : หลักการศึกษา วิเคราะห์ และปฏิบัติงานชุมชน.

ขอนแก่น โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจแรงงาน พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ : สำนัก

นายกรัฐมนตรี, 2536.

สาธารณสุข, กระทรวง. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. มปท,

2535.

สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, สำนักงาน. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข เพื่อบรรลุ

สุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดร้อยเอ็ด. มป.ป, มปท.

สุโขทัยธรรมมาธิราช, มหาวิทยาลัย. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการวางแผนพัฒนา

สาธารณสุข หน่วยที่ 8-15. กรุงเทพฯ : ฝ่ายการพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย

ธรรมมาธิราช, 2528.

. เอกสารประกอบการสอนสาขาวิชาการพัฒนาชนบท หน่วยที่ 1 - 7. ปรับปรุง

ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ฝ่ายการพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2536.

สมพันธ์ เตชะอธิก. เอกสารประกอบการสอนสาขาวิชาการพัฒนาชนบท หน่วยที่ 1-7.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ฝ่ายการพิมพ์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2536.

สุจินต์ ดาววิระกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน :

ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดของจังหวัด

นครสวรรค์ ประจำปี พ.ศ. 2527. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527. ยัดสำเนา.

สุภา เฟ่งนิศ. ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน

สุขศึกษาในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสมรัตน์ราชธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. ยัดสำเนา.

สุริยา ยีขุน. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการทรัพยากรป่าไม้ในระบบป่าชุมชน :

ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลศรีละกอ อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์

สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. ยัดสำเนา.

- อดิน รัตน์. "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย," ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์, 2527.
- เอนกกุล กสิแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์โลก : แผนกเอกสารและการพิมพ์ โครงการตำราวิชา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิมพ์โลก, 2519. อัดสำเนา.
- Akhtar Ali. "Integrated Rural Development," Phillipine Journal of Public Administration. Vol. 21 (1):26-77 p.
- Best, John W. Research in Education. New Jersey : Prentice Hall Inc, 1970.
- Cronbach, Lee Joseph. Essentials of Psychological Testing. 3rd. ed., New York : Harper and Row, 1970.
- Edwards, A.L. Techniques of Attitude Scale Construction. New York : Appleten - Century - Crofts, 1957.
- Harold, R. Kaufman. "Participation in Organization Activities in Selected Localities," Agricultural Experimentation : Bulletins. 1949.
- Maslow, Abraham M. Motivation and Personality. New York Harper and Row, 1954.
- N.T. Uphoff, Farmer's Participation in Project Formulation : Design and Operation, Paper Presented at Second Annual Agricultural Sector Seminar. Washington D.C. : The World Bank, 1981.
- United Nations, Department of International Economic and Social Affairs. Popular Participation ad Strategy for Promoting Community Level Action and Development. New York : United Nations, 1981.

World Health Organization. Global Strategy for Health for All by
the Year 2000. Health For All Series No.30 Geneva : WHO. 1981.

Yamane, Taro. Statistics and Introductory Analysis. 2nd. ed.,
New York : Harper and Row 1967.

הכשרה

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. นายแพทย์พงษ์สวัสดิ์ สุวรรณวัฒน์ ตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
2. น.ส.สาเนาวิ แวงวรรณ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 7
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
3. ดร.ประยงค์ นวบุตร ตำแหน่งศึกษานิเทศก์
สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดร้อยเอ็ด
4. นายฉัตรชัย นวลเญญ ตำแหน่งผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอพนมไพร
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
5. นายวิรัช โสภานผล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 6
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ ทม 1007/1824

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

9 เมษายน 2539

เรื่อง ขอดำเนินการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางกรกช ใจหาญ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดย
กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์

ประธาน

อ.ประยูร สะสม

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอดำเนินการ คือ ขอเชิญ น.พ.พงษ์สวัสดิ์ สุวรรณันท์ ตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญ
ด้านเวชกรรมป้องกัน และ นางสาวสาเนา แวงวรรณ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 7 เป็น
ผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ศิริฎา พูลสุวรรณ

(นางสาวศิริฎา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

เมษายน 2539

เรื่อง ขออนุญาตถอนรายชื่อบุคคล

เรียน ผู้อำนวยการประถมศึกษาจังหวัดร้อยเอ็ด

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางกรกช ใจหาญ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกศึกษาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดย
กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.ดร.พรสุข หุ่นจันทร์

ประธาน

อ.ประยูร สะสม

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอขออนุญาตถอนรายชื่อบุคคล คือ ขอเชิญ ดร.ประยงค์ นวนุตตร ตำแหน่งศึกษานิเทศก์
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

ศิริฎา พูลสุวรรณ

(นางสาวศิริฎา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

พฤษภาคม 2539

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์

เรียน สาธารณสุขอำเภอหนองไผ่

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางกรกช ใจหาญ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดย
กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.ดร.พรสุข หุ่นจันทร์

ประธาน

อ.ประยูร สะสม

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตได้ขอกความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ นายฉัตรชัย นวลเพ็ญ ตำแหน่งผู้ช่วยสาธารณสุข
อำเภอหนองไผ่ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ศิริภา พูลสุวรรณ

(นางสาวศิริภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

พฤษภาคม 2539

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน สาธารณสุขอำเภอธวัชบุรี

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางกรกช ใจหาญ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดย
กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ศศ.ดร.พรสุข หุ่นจันทร์

ประธาน

อ.ประชูร สะสม

กรรมการ

สิ่งที่นิติศาสตร์ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ นายวิรัช โสภภาพ ตำแหน่งนักวิชาการ
สาธารณสุข 6 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ศิริฎา พูลสุวรรณ

(นางสาวศิริฎา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
(แบบสอบถาม)

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข
โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามหัวหน้าครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านเป้าหมาย
2. ให้ท่านทำเครื่องหมายถูก (/) หน้าข้อความที่ท่านต้องการเพียง 1 ข้อความ
3. คำตอบที่ได้จะนำไปใช้ในการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น

ฉบับที่ 1 ปัจจัยทางภูมิหลังและชีวสังคม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทางภูมิหลังและชีวสังคม

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ

() 21 - 40 ปี

() 41 - 60 ปี

() 60 ปีขึ้นไป

3. รายได้

() ต่ำกว่า 3,000 บาท

() 3,001 - 8,000 บาท

() 8,000 บาทขึ้นไป

4. อาชีพ

() เกษตรกรรม

() รับจ้าง

() ค้าขาย

() รับราชการ

() อื่น ๆ (ระบุ).....

5. สถานภาพทางสังคม

() กำนัน

() ผู้ใหญ่บ้าน

() ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

() สารวัตรกำนัน

() แพทย์ประจำตำบล

() กรรมการหมู่บ้าน

() ราษฎรในหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 เหตุผลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุข ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม ท่านเข้ามามีส่วนร่วม เพราะเหตุผลดังต่อไปนี้ใช่หรือไม่

ท่านมีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุขในเรื่องดังต่อไปนี้

1. จปฐ. หมายถึง ความต้องการขั้นต่ำที่พอมีพอกินที่ชาวบ้านทุกคนควรมี เพื่อมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข
 ถูก ไม่ถูก
2. จปฐ. มีอยู่ 9 หมวด
 ถูก ไม่ถูก
3. การนำบุตรหลานไปรับภูมิคุ้มกันโรคเป็นกิจกรรมหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน
 ถูก ไม่ถูก
4. สมมุติมีคนมีอาการตัวร้อน เป็นไข้ สมาชิกในครัวเรือนสามารถช่วยเหลือดูแลพยาบาลเบื้องต้นได้
 ถูก ไม่ถูก
5. ในการมีที่ครัวเรือนท่านมีเด็กขาดสารอาหารถือว่าการขาด จปฐ. 1 ในครัวเรือน
 ถูก ไม่ถูก

ท่านมีเจตคติที่ดีต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุขอย่างไร

1. ทุกครอบครัวจะได้มีสุขภาพดีในระดับหนึ่ง
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
 ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. ทุกคนรู้จักดูแลตนเองทางด้านสุขภาพและสามารถช่วยเหลือเพื่อนบ้านได้
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
 ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. การเข้าร่วมพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขจะทำให้เสียเวลาทำไมหากิน
- () เห็นด้วยอย่างยิ่ง () เห็นด้วย () ไม่แน่ใจ
 () ไม่เห็นด้วย () ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4. เป็นหน้าที่ของ พสส. และอสส. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะดำเนินการพัฒนา
- () เห็นด้วยอย่างยิ่ง () เห็นด้วย () ไม่แน่ใจ
 () ไม่เห็นด้วย () ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ท่านได้รับการจูงใจให้เข้าร่วมโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดย

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ก. เพื่อนบ้านในหมู่บ้านเดียวกัน (ระบุจำนวนครั้ง.....)
 ข. เพื่อนบ้านในหมู่บ้านอื่น (ระบุจำนวนครั้ง.....)
 ค. บิดา มารดา ญาติพี่น้อง (ระบุจำนวนครั้ง.....)
 ง. เจ้าหน้าที่ของรัฐ (ระบุจำนวนครั้ง.....)
 จ. อื่น ๆ ระบุ.....(ระบุจำนวนครั้ง.....)

ท่านเข้าร่วมในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข เพราะเพื่อให้เพื่อนบ้าน

ขก้องว่า (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ก. ท่านเป็นผู้มีความคิดสร้างสรรค์
- () ใช่ () ไม่ใช่
- ข. ท่านเป็นผู้เสียสละ
- () ใช่ () ไม่ใช่
- ค. ท่านเป็นผู้เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม
- () ใช่ () ไม่ใช่
- ง. ท่านเป็นผู้มีความสามารถ
- () ใช่ () ไม่ใช่
- จ. ท่านเป็นคนมีมานะ อดทน
- () ใช่ () ไม่ใช่
- จ. อื่น ๆ ระบุ.....

ตอนที่ 3 เหตุผลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุข ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ เกี่ยวกับปัจจัยทางการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

ท่านเข้ามามีส่วนร่วมเพราะเหตุผลดังต่อไปนี้ใช่หรือไม่

ท่านมีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้าน

เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ก. เป็นญาติพี่น้องกัน
- ข. เป็นที่รู้จักมักคุ้นสนิทสนมกันดี
- ค. รู้จักติดต่อกันอย่างเป็นทางการ
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

ท่านเคยได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขโดย

- ก. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (ระบุจำนวนครั้ง....ครั้ง)
- ข. พัฒนาการ (ระบุจำนวนครั้ง....ครั้ง)
- ค. ครู (ระบุจำนวนครั้ง....ครั้ง)
- 4. อื่น ๆ ระบุ.....

ฉบับที่ 2 ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข
ท่านได้ร่วมมากน้อยเพียงใด ตามข้อความต่อไปนี้

อันดับ	ข้อความ	มีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	ท่านมีส่วนร่วมในการเริ่มโครงการพัฒนาสาธารณสุข					
1	เมื่อเจ้าหน้าที่เข้ามาประชุมโครงการพัฒนาสาธารณสุข ท่านได้เข้าร่วมประชุมรับทราบด้วย	...	...	...	...	...
2	ท่านได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเป็นพื้นฐาน ในครอบครัวกับกรรมการที่มาสำรวจ	...	...	...	...	...
3	ท่านได้เข้าร่วมค้นหาปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน กับกรรมการหมู่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข	...	...	...	...	...
4	ได้ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข	...	...	...	...	...
5	ได้เสนอปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านต่อที่ประชุม	...	...	...	...	...
6	ได้ร่วมประชุมตัดสินใจยอมรับโครงการฯ	...	...	...	...	...
7	ท่านได้มีโอกาสเสนอวิธีแก้ปัญหานั้นที่ประชุม	...	...	...	...	...
8	ได้ร่วมประสานงานกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาโครงการฯ ให้สำเร็จ	...	...	...	...	...
9	ร่วมหาแนวทางในการนำเทคโนโลยีในหมู่บ้านมาใช้พัฒนา ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข	...	...	...	...	...
10	ได้ชักชวนเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมโครงการพัฒนาสาธารณสุข	...	...	...	...	...

อันดับ	ข้อความ	มีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ					
11	เข้าร่วมประชุมวางแผนพัฒนาหมู่บ้านร่วมกับเพื่อนบ้าน	...	...	.....	.....	.....
12	ได้เสนอโครงการย่อยที่สำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขต่อที่ประชุม	.....	.....	.....	.....	.....
13	ร่วมกำหนดจุดประสงค์ของโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ	.....	.....	.....	.....	.....
14	มีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกแผนงาน	.....	.....	.....	.....	.....
15	ได้ให้คำปรึกษาในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข	.....	.....	.....	.....	.....
16	มีส่วนเลือกตัวแทนในการปฏิบัติตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ	.....	.....	.....	.....	.....
17	ร่วมกำหนดระยะเวลาดำเนินการพัฒนาสาธารณสุข	.....	.....	.....	.....	.....
18	ร่วมประสานงานกับผู้นำหมู่บ้านในการวางแผนการดำเนินการ	.....	.....	.....	.....	.....
19	ชักชวนเพื่อนบ้านมาร่วมในการวางแผนดำเนินการ	.....	.....	.....	.....	.....
20	ชี้แจงแผนการดำเนินงานให้กับเพื่อนบ้านและสมาชิกในครอบครัวได้ทราบ	.....	.....	.....	.....	.....

อันดับ	ข้อความ	มีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ					
21	ให้สมาชิกในครอบครัวพัฒนาสาธารณสุข	...	...	.....	....	.....
22	เสียสละแรงงานในการพัฒนาสาธารณสุข	...	...	.....	....	.....
23	ใช้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน	...	...	.....	....	.....
24	เสียสละวัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ในการพัฒนาสาธารณสุข	...	...	.....	....	.....
25	ประสานงานกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้นำหมู่บ้าน ขณะดำเนินการพัฒนาสาธารณสุข	...	...	.....	....	.....
26	แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านขณะดำเนินการพัฒนา	...	...	.....	....	.....
27	ให้คำแนะนำกับเพื่อนบ้านขณะดำเนินการพัฒนาหมู่บ้าน	...	...	.....	....	.....
28	ใช้บริการสาธารณสุขตามขั้นตอน	...	...	.....	....	.....

อันดับ	ข้อความ	มีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	ท่านมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนาสาธารณสุข					
29	การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย	.....	.....	.....	.....	.....
30	กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยมีความสะดวกที่จะไปซื้อยาที่จำเป็นที่ ศสมช.	.....	.....	.....	.....	.....
31	การจัดบ้านเรือนที่อยู่อาศัยให้มีความสะอาด น่าอยู่	.....	.....	.....	.....	.....
32	พึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข	.....	.....	.....	.....	.....
33	เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยแก่เพื่อนบ้าน	.....	.....	.....	.....	.....
34	ได้รับความรักใคร่สามัคคีช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากเพื่อนบ้าน	.....	.....	.....	.....	.....
35	ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	.....	.....	.....	.....	.....
36	ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้	.....	.....	.....	.....	.....
37	มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างเพื่อนบ้าน	.....	.....	.....	.....	.....
38	มีความสัมพันธ์ที่ดีต่ออาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.....	.....	.....	.....	.....

อันดับ	ข้อความ	มีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	ท่านมีส่วนร่วมคิดตามและประเมินโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ					
39	ติดตามความก้าวหน้าของโครงการฯ ในหมู่บ้าน	.....	.....	.....	.....	.....
40	เสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาฯ	.....	.....	.....	.....	.....
41	สังเกตการให้ความร่วมมือของเพื่อนบ้านในการดำเนินการพัฒนาสาธารณสุข	.....	.....	.....	.....	.....
42	ติดตามผลประโยชน์ที่เพื่อนบ้านควรจะได้รับจากโครงการฯ	.....	.....	.....	.....	.....
43	รักษาผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินโครงการฯ	.....	.....	.....	.....	.....
44	รายงานผลการพัฒนาสาธารณสุขในหมู่บ้านแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	.....	.....	.....	.....	.....
45	เสนอผลการพัฒนาสาธารณสุขในหมู่บ้านแก่เพื่อนบ้าน	.....	.....	.....	.....	.....
46	เข้าร่วมประชุมกับเพื่อนบ้านและกรรมการหมู่บ้านเพื่อทราบผลการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขร่วมกัน	.....	.....	.....	.....	.....
47	ร่วมรับฟังปัญหาอุปสรรคจากเพื่อนบ้านในการพัฒนาสาธารณสุข	.....	.....	.....	.....	.....

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางกรรช ใจหาญ

เกิดวันที่ 22 เดือนสิงหาคม พุทธศักราช 2498

สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 155 ถนนราชการดำเนิน

ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด 45000

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน

สถานที่ทำงานปัจจุบัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธวัชบุรี

อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2512 ประกาศนียบัตรประถมศึกษาตอนปลาย

โรงเรียนเมืองร้อยเอ็ด

พ.ศ. 2515 ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น

โรงเรียนสตรีศึกษาร้อยเอ็ด

พ.ศ. 2517 ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย

โรงเรียนร้อยเอ็ดวิทยาลัย

พ.ศ. 2519 ประกาศนียบัตรพหุศึกษาระดับอนามัย

โรงเรียนพหุศึกษาระดับอนามัย ขอนแก่น

พ.ศ. 2535 วท.บ. (สุขศึกษา)

วิทยาลัยครูบุรีรัมย์

พ.ศ. 2539 กศ.ม. (สุขศึกษา)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข
โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543
ในจังหวัดร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ
ของ
กรกช ใจหาญ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ตุลาคม 2539

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดี ถิ่นหน้า ปี 2543 ตัวแปรที่ศึกษาคือ เพศ อายุ รายได้ครอบครัว อาชีพ สถานภาพทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโครงการฯ เจตคติที่มีต่อโครงการฯ ความต้องการการยอมรับนับถือ ได้รับการ จูงใจจากเพื่อนบ้าน ความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับการ ชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ หัวหน้า ครอบครัวของอำเภอสุขภาพดีถิ่นหน้า ปีงบประมาณ 2536 - 2537 จำนวน 395 คน เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนของ ประชาชนตามโครงการพัฒนาสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าที (t - test) และสถิติค่าเอฟ (F - test)

ผลการศึกษพบว่า

1. ประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนา สาธารณสุขฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนา สาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน
3. ประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตาม โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนา สาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน
5. ประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตาม โครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
6. ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการพัฒนาสาธารณสุขต่างกัน มีส่วนร่วมในการ สนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน
7. ประชาชนที่มีเจตคติต่อโครงการพัฒนาสาธารณสุขต่างกัน มีส่วนร่วมในการ สนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน
8. ประชาชนที่มีความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่นต่างกัน มีส่วนร่วมในการ สนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

9. ประชาชนที่ได้รับการจูงใจจากเพื่อนบ้านต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน

10. ประชาชนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน

11. ประชาชนที่ได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขฯ ไม่แตกต่างกัน

FACTORS EFFECTING PEOPLE PARTICIPATION IN SUPPORTING
PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT PROJECT BY USING PRIMARY HEALTH CARE
STRATEGIES FOR HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000 IN CHANGWAT ROI-ET

AN ABSTRACT

BY

KORNKOT JAIHARN

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

October 1996

The objectives of this study were to study factors effecting people participation in supporting public health development project by using primary health care strategies for Health For All by the year 2000 in Changwat Roi-Et according to the variables studies namely : sex, age, economic conditions, occupations, social status, knowledge of project, attitude of project, self esteem needs, motivation from neighbour, relationship with staff, motivation from staff.

The samples in this study were 395 of the chief's families at Amper for Health For All by 1993 - 1994. The instrument for collecting the data were the questionnaires consisting of people participation in supporting public health development project made by the researcher. The data were analyzed by t - test and F - test.

The results were as follows :

1. The participation in supporting public health development project among male and female were significantly different at the .01 level.
2. There was no significant difference in their participation in supporting public health development project among people with different age groups.
3. The participation in supporting public health development project among people with different economic conditions were significantly different at the .05 level.
4. There was no significant difference in their participation in supporting public health development project among people with different occupations.

5. The participation in supporting public health development project among people with different social status were significantly different at the .01 level.

6. There was no significant difference in their participation in supporting public health development project among people with different knowledge of project.

7. There was no significant difference in their participation in supporting public health development project among people with different attitude of project.

8. The participation in supporting public health development project among people with different self esteem needs were significantly different at the .01 level.

9. There was no significant difference in their participation in supporting public health development project among people with different motivation from neighbour.

10. There was no significant difference in their participation in supporting public health development project among people with different relationship with staff.

11. There was no significant difference in their participation in supporting public health development project among people with different motivation from staff.