

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์

นางจิราพร แจ่มปัญญา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ประชากร คือ ประชาชนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทน ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Yamane ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และของสเปียร์แมน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ให้ข้อมูลข่าวสาร และภาวะผู้นำ อยู่ในระดับสูง (79.76, 86.43) ระดับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับสูง (88.33, 83.57, 83.57 และ 77.14) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่ ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม / การมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน / การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

Factors effected on sustainable public participation for health
self-sufficiency, Phetchabun Province

Jeeraphorn Jampunya

Abstract

This research was quantitative research with the purposes to find and study the factors effected on sustainable public participation for health self-sufficiency and to study

the relation of factors effected on sustainable public participation for health self-sufficiency, Phetchabun Province. The samples consisted of 420 leaders of family or the representative of family in Phetchabun Province. The research instrument was a questionnaire which asking by the researcher. The data were analyzed using Pearson Correlation and Spearman Correlation with the statistical significant of .05 level.

The results revealed that the level of social factors which consisted of information and leadership were at the high levels (79.76, 86.43). The levels of sustainable public participation for health self-sufficiency which consisted of 1) The participation in decision making. 2) The participation in operation. 3) The participation in benefit sharing. 4) The participation in evaluation were at the high levels (88.33, 83.57, 83.57 and 77.14). The factors related to personal factors and social factors and sustainable public participation for health self-sufficiency were as follows: 1) The participation in decision making consisted of information and leadership. 2) The participation in operation consisted ages residence, information, leadership. 3) The participation in benefit sharing consisted of gender, ages, residence information leadership. 4) The participation in evaluation consisted of ages, residence, information, leadership.

Keywords: Factors effected on participation / Sustainable participation / Health self-sufficiency

บทนำ

การสาธารณสุขในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้า สามารถป้องกันและรักษา รวมถึงกำจัดโรคบางโรคได้ ส่งผลให้คนมีชีวิตที่ยืนยาว แต่ภาวะวิกฤติบางอย่างก็เกิดควบคู่ไปกับความสำเร็จนี้ คือ การดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน การแก้ไขปัญหาที่ไม่ตรงประเด็นและปัญหาสุขภาพใหม่ คือ โรคเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ปัญหาสุขภาพที่เป็นผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศของโลก และปัญหาผู้สูงอายุที่เกิด การเปลี่ยนโครงสร้างประชากร ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและวิถีชีวิตของประชาชน ล้วนส่งผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนทั้งด้านบวกและลบ [1]

ประเทศไทยมีกฎหมายและนโยบายการบริหารที่สำคัญ คือ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่1) พ.ศ.2545 ได้บัญญัติขึ้นตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มุ่งเน้นที่จะถ่ายโอนภารกิจด้านการดูแลสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 มาตรา 16 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพและรัฐบาลมีนโยบายดำเนินการตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ โดยเร่งดำเนินการมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนหรือในระดับท้องถิ่น เป็นสิ่งที่

สำคัญยิ่งที่จะส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี สามารถสร้างเสริมสุขภาพของตน และควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยสร้างมาตรการทางสังคมกำหนดให้สุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม เริ่มต้นจากระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน [1]

การมีส่วนร่วมของประชาชน นับเป็นหลักการสากลที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญและจำเป็นในสังคมประชาธิปไตย กฎหมาย รัฐธรรมนูญ ซึ่งเป็นกติกาสูงสุดของประเทศสะท้อนเจตนารมณ์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างชัดเจน รวมถึงการปฏิรูปการบริหารงานภาครัฐภายใต้แนวคิดการบริหารภาครัฐแบบมีส่วนร่วม (Participatory Governance) และแนวคิดธรรมาภิบาล (Good Governance) ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะและเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งมีการนำความคิดเห็นดังกล่าวไปประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายและการตัดสินใจของรัฐ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิด กล่าวคือ เป็นการสื่อสารสองทาง คือแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งประกอบไปด้วยการแบ่งสรรข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีในสังคม ทั้งนี้ เพราะการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการเพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจการลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา เป็นการสร้างฉันทามติและทำให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ อีกทั้งช่วยหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าในกรณีที่อาจจะรุนแรง ช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือและความชอบธรรมและช่วยให้ทราบความห่วงกังวลของประชาชนและค่านิยมของสาธารณชน รวมทั้งเป็นการพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชน [2]

ดังนั้น การขับเคลื่อนระบบการจัดการสุขภาพของประชาชนในชุมชนระดับท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลสำเร็จที่ดีนั้น ควรมีการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน หน่วยงานส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ให้ชุมชนมีความเข้มแข็งครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพใน 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา การดำเนินงานในการวางระบบจัดการสุขภาพของประชาชน ควรมุ่งเน้นให้ชุมชนและหน่วยงานสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เกิดความร่วมมือแบบพึ่งพากัน รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่ทำให้ประชาชนในชุมชนเห็นปัญหาเอง และจะจัดการอย่างไร ซึ่งจะทำให้ประชาชนเกิดความรู้ เข้าใจ และตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง กระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชนท้องถิ่นและทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ให้ร่วมกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต และดำเนินกิจกรรมพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งสามารถคิดค้นและสร้างนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน [3] เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและการพัฒนาอย่างยั่งยืน การมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องเป็นองค์ประกอบตลอดเส้นทางห่วงโซ่คุณค่า (value chain) มีลักษณะการเข้าร่วมทั้งระบบ มีหลักการที่สำคัญ 4 ประการคือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่ม ตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบไปด้วยการสนับสนุน ทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการประสานขอความร่วมมือ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านต่างๆ ประกอบไปด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคล 4) การมีส่วนร่วมในการ

ประเมินผล (Evaluation) เกี่ยวกับการควบคุมและการตรวจสอบ การดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป ข้อสำคัญคือ การมีส่วนร่วมนั้นต้องไม่เกิดจากการบังคับ หรือขู่เข็ญจากผู้ที่เหนือกว่า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ค้นหาและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์

1. ประชากร

ประชากร คือ ประชาชนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทน ในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 287,285 หลังคาเรือน [4]

2. กลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ของ Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 มีสูตรดังนี้
$$n = \frac{N}{1+N(e^2)}$$
 เมื่อกำหนดให้ n : คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง หรือ ขนาดของกลุ่มประชากรตัวอย่าง, N : คือ จำนวนหลังคาเรือน 287,285 หลังคาเรือน, e : คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ร้อยละ 0.05) ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 400 คน เพื่อป้องกันแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 420 คน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 11 อำเภอ โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สุ่มเลือกตำบลเพื่อเป็นตัวแทนอำเภอจากอำเภอทั้งหมด 11 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากชื่อตำบลแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) และคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามค่าสัดส่วนจำนวนหลังคาเรือน

2. สุ่มเลือกหลังคาเรือน โดยจัดทำบัญชีรายชื่อหลังคาเรือนเรียงตามรหัส HID (รหัสหลังคาเรือน) ของแต่ละสถานบริการและใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling Interval) จะได้ระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษา จากนั้นทำการสุ่มหา

ตัวเลขเริ่มต้น (Random start: R) โดยทำการสุ่มค่าเริ่มต้น โดยการสุ่มอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรก จากนั้นบวกด้วยระยะห่างในการสุ่มจากตำแหน่งเริ่มต้น กรณีไม่พบกลุ่มตัวอย่างใช้ลำดับเลขก่อนหน้า 1 ลำดับ หากยังไม่พบกลุ่มตัวอย่างอีกใช้เลขลำดับหลังการสุ่ม 1 ลำดับ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา โดยการกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปร แต่ละตัวของกรอบแนวคิดในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้ได้รับเป็นประจำ ได้รับบางครั้ง ไม่แน่ใจ ไม่เคยได้รับ ไม่เคยได้รับอย่างยิ่ง การแบ่งคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ 1 – 2.33 ระดับต่ำ 2.34 – 3.67 ระดับปานกลาง ≥ 3.68 ระดับสูง ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพการ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแบ่งคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ 1 – 2.33 ระดับต่ำ 2.34 – 3.67 ระดับปานกลาง ≥ 3.68 ระดับสูง

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์แต่ละข้อ และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item-objective Consistency: IOC) ได้ค่า IOC รายข้อเท่ากับ 1 ทุกข้อ การตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) จำนวน 30 คน โดยผลวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม ให้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.838 ภาวะผู้นำ จำนวน 7 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.788 ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพการ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 8 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.938 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำนวน 7 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.903 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.961 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 5 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.962

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการส่งเอกสารเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในตำบลกลุ่มเป้าหมายเพื่อเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 11 ตำบล เพื่ออธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ชี้แจงแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและลงนามในหนังสือขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุชื่อ เป็นเพียงการลงรหัสเป็นตัวเลขเท่านั้น และจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาและเป็นแนวทางในการพัฒนางาน ซึ่งไม่สามารถสืบค้นได้ว่าคนใดเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและแจกแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มเป้าหมาย
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 11 ตำบล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ และจัดเก็บไว้ในที่มิดชิดมีความปลอดภัย ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติและประมวลผลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อใช้สำหรับอธิบายปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) และของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.19 อยู่ในกลุ่มอายุ 46 – 60 ปี ร้อยละ 49.52 สถานภาพสมรส ร้อยละ 74.76 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 อาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำสวน ทำนา) ร้อยละ 49.05 มีรายได้เฉลี่ยรายเดือนต่อครัวเรือน 5,001 – 15,001 บาท ร้อยละ 49.05 ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน 21 – 40 ปี ร้อยละ 21.40 (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 420)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	121	28.81
หญิง	299	71.19
2. อายุ		
≤ 30 ปี	32	7.62
31 - 45 ปี	85	20.24
46 - 60 ปี	208	49.52
60 ปี ขึ้นไป	95	22.42
$(\bar{X} = 51.52, S.D. = 13.13, \text{Min} = 16, \text{Max} = 79)$		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	79	18.81
สมรส	314	74.76
หม้าย / หย่า / แยก	27	6.43

ตาราง 1 ต่อ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับ		
ไม่ได้เรียน	6	1.43
ประถมศึกษา	182	43.33
มัธยมศึกษาตอนต้น / ปวช.	119	28.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวส.	94	22.38
ปริญญาตรี	16	3.81
สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.72
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหลัก		
ไม่ได้ทำงาน	27	6.43
เกษตรกร (ทำไร่ ทำสวน ทำนา)	206	49.05
ค้าขาย	27	6.43
รับจ้าง	139	33.10
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	7	1.67
อื่นๆ	14	3.33

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)

≤ 5,000	154	36.67
5,001 – 15,000	206	49.05
15,001 – 30,000	41	9.76
มากกว่า 30,000 ขึ้นไป	19	4.52

(\bar{X} = 9896.67, S.D.= 10971.86, Min= 1000, Max= 90000)

7. ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน

≤ 20 ปี	59	14.05
21 – 40 ปี	165	39.29
41 – 60 ปี	155	36.90
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	41	9.76

(\bar{X} = 40, S.D.= 15.89, Min= 1, Max= 78)

ส่วนที่ 2 ระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ

การศึกษาระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ ครั้งนี้ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน โดยนำเสนอข้อมูลในรูปของสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม มีดังนี้

ระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่ พบว่า ให้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.76 ภาวะผู้นำ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.43 (ตาราง 2)

ตาราง 2 ระดับระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม (n = 420)

ระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม	ระดับต่ำ (1 – 2.33)		ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)		ระดับสูง (≥ 3.68)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) ให้ข้อมูลข่าวสาร (\bar{X} = 2.79 , S.D.= 0.40 , Min= 2 , Max= 3)	0	0	85	20.24	335	79.76
2) ภาวะผู้นำ (\bar{X} = 2.28 , S.D.= 0.34, Min= 2 , Max= 3)	0	0	57	13.57	363	86.43

ส่วนที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

การศึกษาการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพแบ่งเป็น 4 ด้าน ครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน โดยนำเสนอข้อมูลในรูปของสถิติ เิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม มีดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ 4 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่ พบว่า 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.33 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.57 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.57 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.14 (ตาราง 3)

ตาราง 3 ระดับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ 4 ด้าน (n = 420)

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ต่อการจัดการปัญหาผลพวยติดเชื้อ ในชุมชน	ระดับต่ำ (1 – 2.33)		ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)		ระดับสูง (≥ 3.68)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) (\bar{X} = 2.17 , S.D.= 0.66 , Min= 1 , Max= 3)	0	0	49	11.67	371	88.33
2) ด้านการมีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติการ (Implementation) (\bar{X} = 2.28 , S.D.= 0.61, Min= 1 , Max= 3)	0	0	69	16.43	351	83.57
3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์ (Benefit) (\bar{X} = 2.32 , S.D.= 0.65, Min= 1 , Max= 3)	0	0	69	16.43	83.6	83.57
4) ด้านการมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล (Evaluation) (\bar{X} = 2.06, S.D.= 0.67 , Min= 1 , Max= 3)	0	0	96	22.86	324	77.14

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

(Pearson's product-moment correlation coefficient) และของ สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) และของ สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ด้าน 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ได้แก่ ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p < 0.001$) ภาวะผู้นำ ($p < 0.001$) 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ได้แก่ อายุ ($p = 0.017$) ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน ($p = 0.020$) ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p < 0.001$) ภาวะผู้นำ ($p < 0.001$) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) ได้แก่ เพศ ($p = 0.029$) อายุ ($p = 0.019$) ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน ($p = 0.040$) ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p < 0.001$) ภาวะผู้นำ ($p < 0.001$) 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ได้แก่ อายุ ($p < 0.001$) ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน ($p = 0.002$) ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p < 0.001$) ภาวะผู้นำ ($p < 0.001$) (ตาราง 4)

ตาราง 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) และของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ตัวแปร	เพศ	อายุ	สถานภาพ	การศึกษา	อาชีพ	รายได้	ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน	ให้ข้อมูลข่าวสาร	ภาวะผู้นำ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	.278	.626	.139	.949	.611	.860	.190	<.001*	<.001*
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	.205	.017*	.818	.591	.853	.190	.020*	<.001*	<.001*
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	.029*	.019*	.455	.480	.101	.370	.040*	<.001*	<.001*
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	0.597	<.001*	.063	.149	.512	.462	.002*	<.001*	<.001*

*r = Pearson's product-moment correlation coefficient **r_s = Spearman rank correlation coefficient

2. อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.19 อยู่ในกลุ่มอายุ 46 – 60 ปี ร้อยละ 49.52 สถานภาพสมรส ร้อยละ 74.76 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 อาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำสวน ทำนา) ร้อยละ 49.05 มีรายได้เฉลี่ยรายเดือนต่อครัวเรือน 5,001 – 15,001 บาท ร้อยละ 49.05 ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน 21 – 40 ปี ร้อยละ 21.40

คะแนนระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.76 ภาวะผู้นำ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.43

คะแนนระดับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมส่วนใหญ่ พบว่า 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.33 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.57 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.57 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.14

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ได้แก่ ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p < 0.001$) ภาวะผู้นำ ($p < 0.001$) 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ได้แก่ อายุ ($p = 0.017$) ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน ($p = 0.020$) ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p < 0.001$) ภาวะผู้นำ ($p < 0.001$) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) ได้แก่ เพศ ($p = 0.029$) อายุ ($p = 0.019$) ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน ($p = 0.040$) ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p < 0.001$) ภาวะผู้นำ ($p < 0.001$) 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ได้แก่ อายุ ($p < 0.001$) ระยะเวลาการอยู่ในชุมชน ($p = 0.002$) ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p < 0.001$) ภาวะผู้นำ ($p < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า

1. ให้ข้อมูลข่าวสารมีกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ เนื่องจากการสร้างความร่วมมืออย่างยั่งยืนมีความจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และร่วมกันดำเนินการ โดยพบว่า การสื่อสารมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันไปตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนั้น การใช้รูปแบบและช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มจึงเป็นสิ่งสำคัญที่องค์กรควรตระหนัก ซึ่งองค์กรควรวางรูปแบบการสื่อสารให้มีทั้งการสื่อสารแบบเป็นทางการ และไม่เป็นการผสมผสานกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและชัดเจน การรับรู้ข่าวสารมากกว่าจะมีส่วนร่วมในการปกครองมากกว่าคนที่มีการรับรู้ข่าวสารน้อยกว่า สะท้อนให้เห็นว่าการรับข้อมูลข่าวสารได้นำไปสู่การตัดสินใจที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น [5]

2. ภาวะผู้นำกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญในการรวมกลุ่มคนและจูงใจคนให้มุ่งไปยังเป้าหมายที่ตั้งไว้ ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการวางแผน การปฏิบัติงาน ส่งผลให้การเสริมสร้างองค์กรหรือหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งมีภาวะผู้นำในด้านการสร้างบารมี ด้านการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ด้านการกระตุ้นการใช้ปัญญา ด้านการตระหนักถึงปัญหา [6] ผู้นำสามารถช่วยเหลือเมื่อประชาชนเดือดร้อน ทำให้

ประชาชนในท้องถิ่นเกิดความเชื่อมั่นเคารพนับถือ เป็นแรงจูงใจ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่น [7]

3. การมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ เป็นความสำคัญที่สมาชิกของชุมชนต้องเข้า มามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไร อย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปัน ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ [8] โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมีคุณค่าหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ประสบความสำเร็จนั้น ประชาชนต้องมีส่วนร่วมด้วยความกระตือรือร้น ผู้มีส่วนได้เสีย ต้องมีอำนาจต่อรองในกระบวนการตัดสินใจในกิจกรรมหรือโครงการ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการจัดการทรัพยากร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และต้องเป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมด้วย ความสมัครใจอย่างแท้จริง [9]

4. อายุกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ประชาชนที่มีอายุมากจะมีส่วนร่วมในการปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าคนที่มีอายุน้อย ผู้ที่มีอายุมากจะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับที่ มาก ในขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อย มีส่วนร่วมในระดับมากในสัดส่วนที่น้อยกว่า ด้วยเหตุผลจากบุคคลที่มีอายุมากจะมีความพร้อมเพื่อการมีส่วนร่วมในทุกด้าน ทั้งด้านกายภาพ สติปัญญา และการรับรู้ ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการมีส่วนร่วมเพื่อร่วมในการรับผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น [5]

5. ระยะเวลาการอยู่ในชุมชนกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพประชาชนที่มีระยะเวลาการอาศัยในพื้นที่มากกว่าจะมีส่วนร่วมในการปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าคนที่มีระยะเวลาการอาศัยในพื้นที่น้อยกว่า [5]

6. เพศกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ประชาชนเพศหญิงจะมีส่วนร่วมในการปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากเพศหญิงจะมีความพร้อมเพื่อการมีส่วนร่วมในทุกด้าน และการรับรู้ ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการมีส่วนร่วมเพื่อร่วมในการรับผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น [10]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชน จากการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมทั้งระบบในกระบวนการมีส่วนร่วมมีระดับคะแนนสูง ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล แสดงถึงประชาชนจังหวัดเพชรบูรณ์ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม และพร้อมให้ความร่วมมือ เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งเป็นทิศทางที่ดีในการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน ดังนั้น ภาครัฐ เอกชน ควรมีแผนงานโครงการที่ส่งเสริม สนับสนุน และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในแผนงานโครงการในการพัฒนาสุขภาพ ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของประชาชนเพื่อให้มีความพร้อมในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ เช่น องค์กรความรู้เรื่องสุขภาพ การเจ็บป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

2. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จากการวิจัยพบว่า ประชาชนชาวจังหวัดเพชรบูรณ์มีความต้องการ และได้รับข้อมูลข่าวสารประกอบกระบวนการมีส่วนร่วมทั้งระบบ ดังนั้น ภาครัฐ ภาคเอกชน ควรดำเนินการสื่อสาร

ข้อมูลข่าวสารให้กับประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม องค์ความรู้ด้านสุขภาพกาย ใจ สิ่งแวดล้อม ในรูปแบบข่าวสาร นโยบาย แนวทางการปฏิบัติตน สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เอกสารแผ่นพับที่ทันสมัย ชัดเจน เข้าใจง่ายอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านภาวะผู้นำ จากการวิจัยพบว่า ประชาชนชาวจังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่แกนนำชุมชนมีภาวะผู้นำ ที่สามารถสร้างแนวร่วมด้านการสร้างสุขภาพ ดังนั้น ภาครัฐ ภาคเอกชน ควรร่วมมือกันในการพัฒนาบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ การเสริมพลังบุคคลต้นแบบ รวมถึงแกนนำที่พร้อมพัฒนาสุขภาพ ในด้าน องค์ความรู้ด้านสุขภาพ เทคนิคการสื่อสาร การถ่ายทอดความรู้ เพื่อให้เกิดการสร้างแนวร่วมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้ผลการวิจัยในครั้งนี้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเชิงลึกการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ในอันที่จะสามารถนำไปปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนไปประกอบการวางแผนการพัฒนา ให้เกิดเป็นกระบวนการ แผนการที่เป็นรูปธรรม

บรรณานุกรม

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2565). หลักการส่งเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 9 กันยายน 2565.

สืบค้นจาก <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/>

กลุ่มพัฒนาระบบบริการกรมป่าไม้. (2565). การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 9 กันยายน 2565. สืบค้นจาก

<http://forestinfo.forest.go.th/Content/file/ParticipateManagementManual.pdf>

พรตณีย์ วัชรชนพัฒนธาดา. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ชุมชนอย่างยั่งยืน ในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ แบบบูรณาการของจังหวัดพิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 16 ตุลาคม 2565. สืบค้นจาก

<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/journal-peace/article/view/153509/133904>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2565). ข้อมูลประชากร และการคัดกรองผู้สูงอายุ.

สืบค้น 13 กันยายน 2565, จาก https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

จิตติมา อุดมศรี. (2555). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. Veridian E-Journal กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 5(3).

สุธิญา พรหมมาก. (2554). ภาวะผู้นำกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาด้านการท่องเที่ยว ขององค์การบริหารส่วนตำบล เขาเขยสน จังหวัดพิจิตร. วารสารวิทยบริการ, 22(3).

กมล เข็มนาจิตร์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองส่วนท้องถิ่น ขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี, 8(17).

Cohen, S.L.(1996). *Mobilizing Communities for Participation and Empowerment*. In Servaes, J.,

Jacobson, T.L., & White, S.A. (eds). Participatory Communication for Social Change. New Delhi: Sage

จุฑารัตน์ ชมพันธุ์. (2555). บทความเรื่อง การวิเคราะห์หลักการมีส่วนร่วมของประชาชนใน *The Public Participation Handbook: Making Better Decisions through Citizen Involvement* ในบริบทประเทศไทย. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม, 8(1); 123-141.

พระธวัชชัย สุนติธมโม (วรรณนาวิน). (2561). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ตลอดระยะเวลาในการทำวิจัยฉบับนี้ ได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า ขอกราบขอบพระคุณ ท่านสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ที่ให้ความกรุณาอนุญาตให้ใช้พื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ในการเข้าไปทำวิจัยและเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใดขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณครอบครัว ของผู้วิจัยที่ได้ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุด เสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจทุกท่าน