



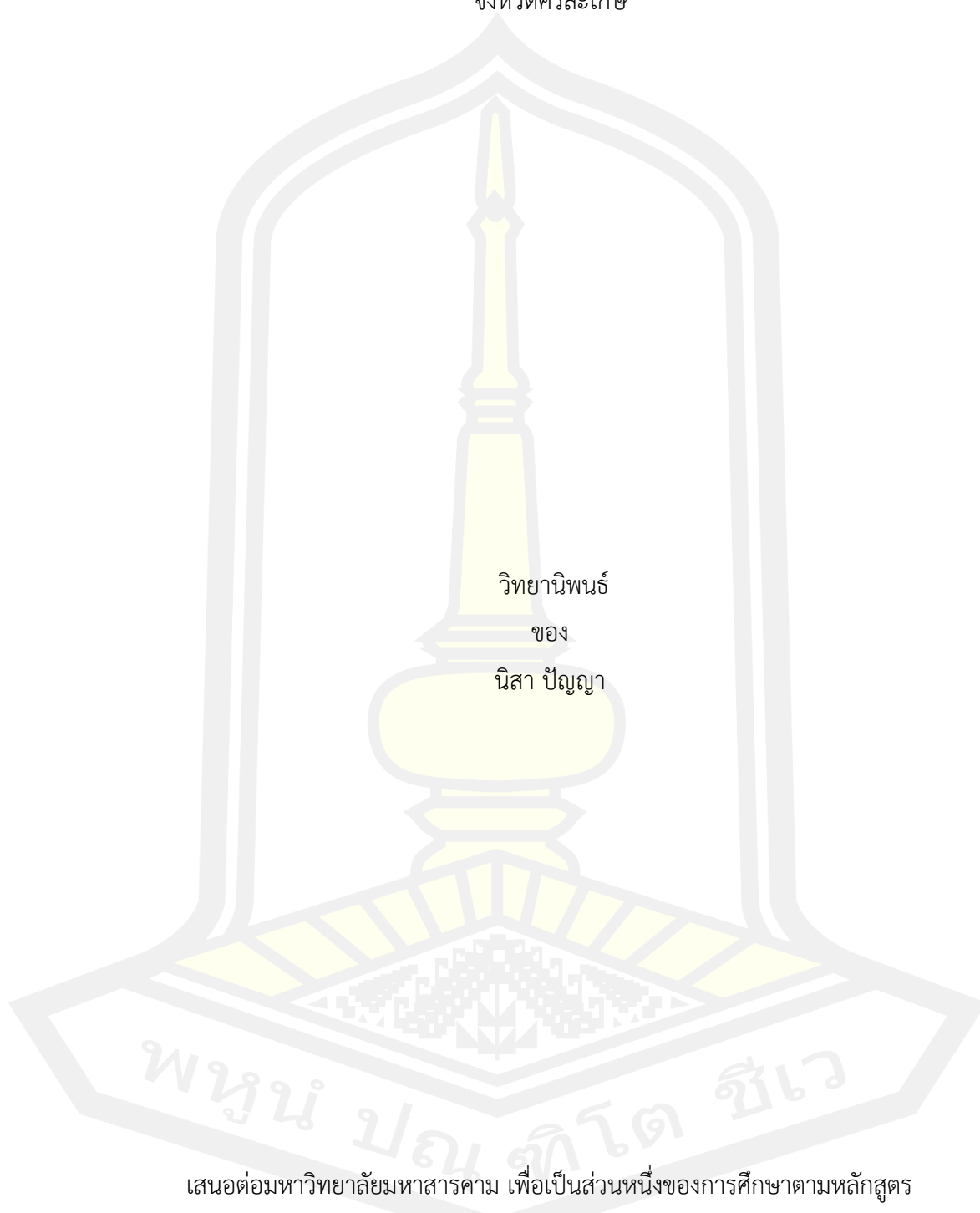
การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล
จังหวัดศรีสะเกษ

วิทยานิพนธ์
ของ
นิตา ปัญญา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ธันวาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

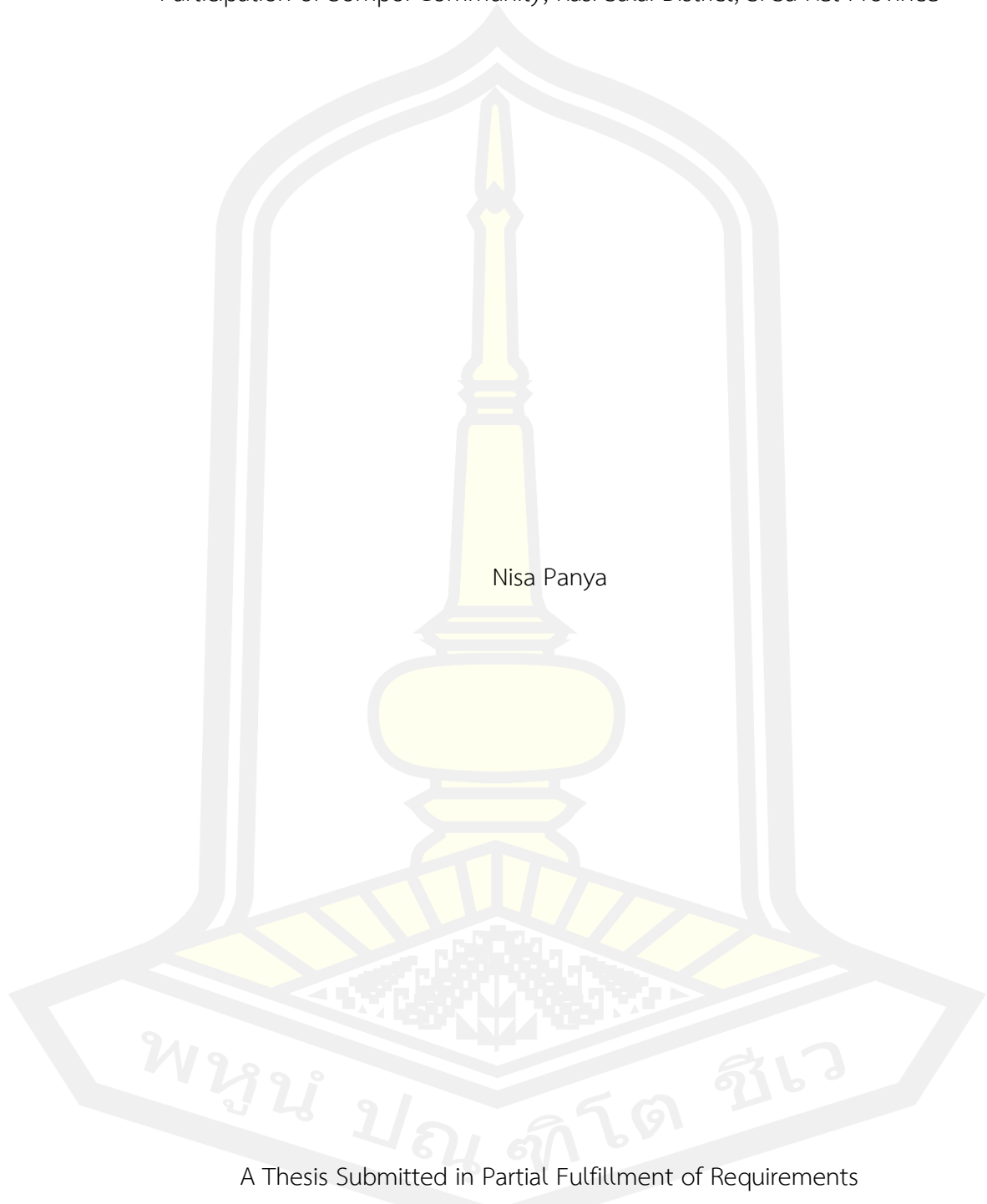
การพัฒนาแบบตําลจัดการคุณภาพชีวิตโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสํมปอย อําเภอราชไศล
จังหวัดศรีสะเกษ



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ธันวาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Development of Tambon of Quality of Life Management Model by the
Participation of Sompoi Community, Rasi Salai District, Si Sa Ket Province



Nisa Panya

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

December 2021

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางนนิสา ปัญญา แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(อ. ดร. ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. อติศร วงศ์คงเดช)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. นิรุวรรณ เทิร์นโบล)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนา รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ		
ผู้วิจัย	นิตา ปัญญา		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. อติศร วงศ์คงเดช รองศาสตราจารย์ ดร. นิรุวรรณ เทิร์นโบล์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2564

บทคัดย่อ

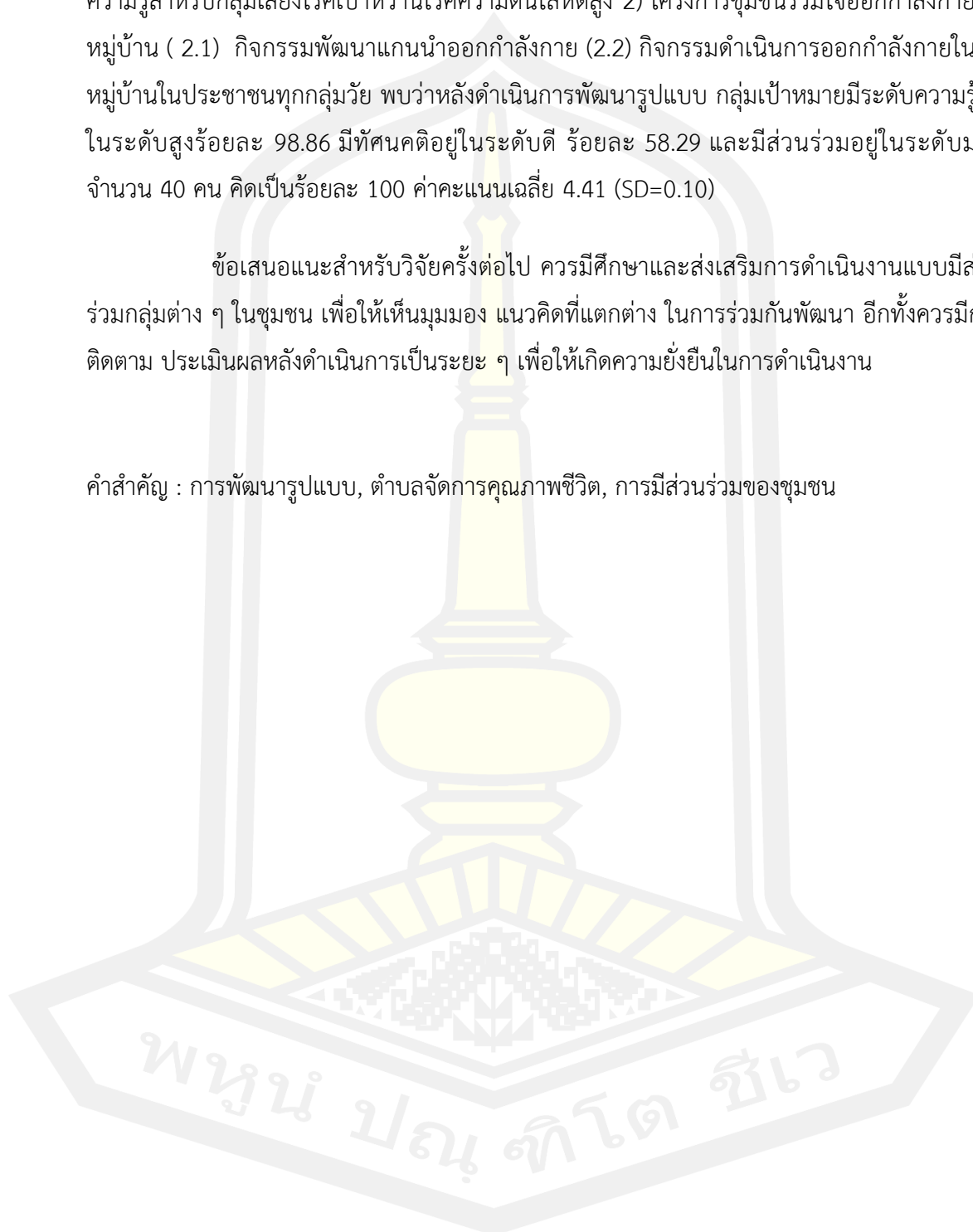
การพัฒนา รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และประยุกต์ใช้หลักการวางแผนเชิงพุทธตามหลักอริยะสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) มาใช้สร้างการมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท กระบวนการพัฒนารูปแบบ และผลการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเจาะจง จำนวน 40 คน ประกอบด้วย กลุ่มองค์กรชุมชน จำนวน 35 คน กลุ่มองค์กรรัฐ จำนวน 2 คน และกลุ่มองค์กรท้องถิ่น จำนวน 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการจัดการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ทศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการจัดการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ประเด็นคำถามกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนา รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การศึกษาบริบทชุมชนและ เก็บข้อมูลทั่วไป (2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (3) การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (4) การปฏิบัติตามแผน (5) นิเทศติดตามและประเมินผล (6) สรุปผลและเสนอแนวทางปรับปรุงยกระดับคุณภาพชีวิต การใช้รูปแบบการจัดทำแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์หลักการเชิงพุทธศาสนา ทำให้เกิดกิจกรรม รูปแบบใหม่ of ชุมชนในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 2 โครงการ 4 กิจกรรม คือ 1) โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง (1.1) กิจกรรม

อบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง (1.2) กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง 2) โครงการชุมชนร่วมใจออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน (2.1) กิจกรรมพัฒนาแกนนำออกกำลังกาย (2.2) กิจกรรมดำเนินการออกกำลังกายในทุกหมู่บ้านในประชาชนทุกกลุ่มวัย พบว่าหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบ กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 98.86 มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.29 และมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.41 (SD=0.10)

ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยครั้งต่อไป ควรมีศึกษาและส่งเสริมการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้เห็นมุมมอง แนวคิดที่แตกต่าง ในการร่วมกันพัฒนา อีกทั้งควรมีการติดตาม ประเมินผลหลังดำเนินการเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต, การมีส่วนร่วมของชุมชน



TITLE	The Development of Tambon of Quality of Life Management Model by the Participation of Sompoi Community, Rasi Salai District, Si Sa Ket Province		
AUTHOR	Nisa Panya		
ADVISORS	Adisorn Wongkongdech , Ph.D. Associate Professor Niruwan Turnbull , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2021

ABSTRACT

The action research was employed for development of a sub-district model for quality of life management by participation of Som Poi Community, Rasi Salai District, Sisaket Province by applying the principles of Buddhist planning according to the Four Noble Truths (Dukkha, Samudaya, Nirodha, Magga) to create participation. The research purpose is to investigate the situation, context, process of model development for improving the quality of life management by participation of Som Poi Community, Rasi Salai District, Sisaket Province. A sample group of 40 people was selected for a specific study, consisting of 35 community organizations, 2 government organizations, and 3 local organizations. The data was collected by the questionnaire including; 1) the knowledge of sub-district management operation the quality of life management, 2) the attitudes of the operation of the quality of life management, 3) the assessment form for participation in the implementation of the sub-district management of quality of life. The participant observation form was also employed for group discussion. The quantitative data were analysed using descriptive statistics and the qualitative data used content analysis.

The results revealed that the participations were consisted of 6 steps: 1) the study of the community context and collecting general data, 2) Workshop, 3)

Forming a participatory action plan, 4) Implementing the plan, 5) Monitoring and evaluation and 6) Summarize results and propose ways to improve quality of life. Applying a model of participatory community planning by applying Buddhist principles cause activity for the new model to manage the quality of life consists of 2 projects and 4 activities; First project, the knowledge development for patients and risk groups for diabetes and hypertension, such as, A) Knowledge development training activities for people with diabetes and high blood pressure, B) Training activities to develop knowledge for people at risk of diabetes and high blood pressure. Second project was the community outreach project to exercise in every village, such as A) Activities exercise for the leaders, B) Exercise activities for the people. It was also found that after the development of the model. The participants had a high level of knowledge of sub-district management operation the quality of life management (98.86%), had a good attitude of the operation of the quality of life management (58.29%), and the assessment for participation in a project of the sub-district management of quality of life was in a high level of all participants (40 people), representing 100%, with a mean score of 4.41 (SD=0.10).

Suggestions for next study, there should be a study and promotion of participatory operations in various groups in the community in order to gain perspectives different concept in joint development In addition. Including to follow-up periodically evaluate the results after the operation to ensure sustainability of the operation.

Keyword : -Development of Quality of Life Management Model, Tambon of Quality of Life Management, the Participation of Community

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความกรุณาจากคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้วิจัยจนสามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้กับการจัดทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาที่เปี่ยมด้วยกัลยาณมิตร และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ดังนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิรินทร์โปล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ช่วยขัดเกลาและตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ดร.สุทิน ชนะบุญ, ดร.สมภพ อาจชนะศึก และดร.สมัย ลาประวัตี ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย และให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการและบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สัมปอ่ย ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น พัฒนาการตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำทางด้านศาสนา ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัยโรงเรียน และ อสม. ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและได้สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูล ตอบแบบสอบถามอันเป็นประโยชน์ยิ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสุเมธ –คุณแม่กาสี สุระชาติ ผู้ให้กำเนิดและอบรมสั่งสอนเลี้ยงดูให้เป็นคนดีด้วยความรักและห่วงใย ที่สำคัญยิ่งขอขอบคุณ นายอภิสิทธิ์ ปัญญา ที่เป็นผู้อยู่เคียงข้าง คอยให้กำลังใจ คอยสนับสนุนทุกการดำเนินงานให้การวิจัยครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ และขอบคุณเพื่อนๆนิสิต สม. 18 ทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการศึกษาวิจัยมาโดยตลอดจนประสบผลสำเร็จในการศึกษา นอกจากนี้ ยังมีผู้มีพระคุณอีกหลายท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามได้ในที่นี้ทั้งหมด ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

พูน ปลูก ทัต ชีเว

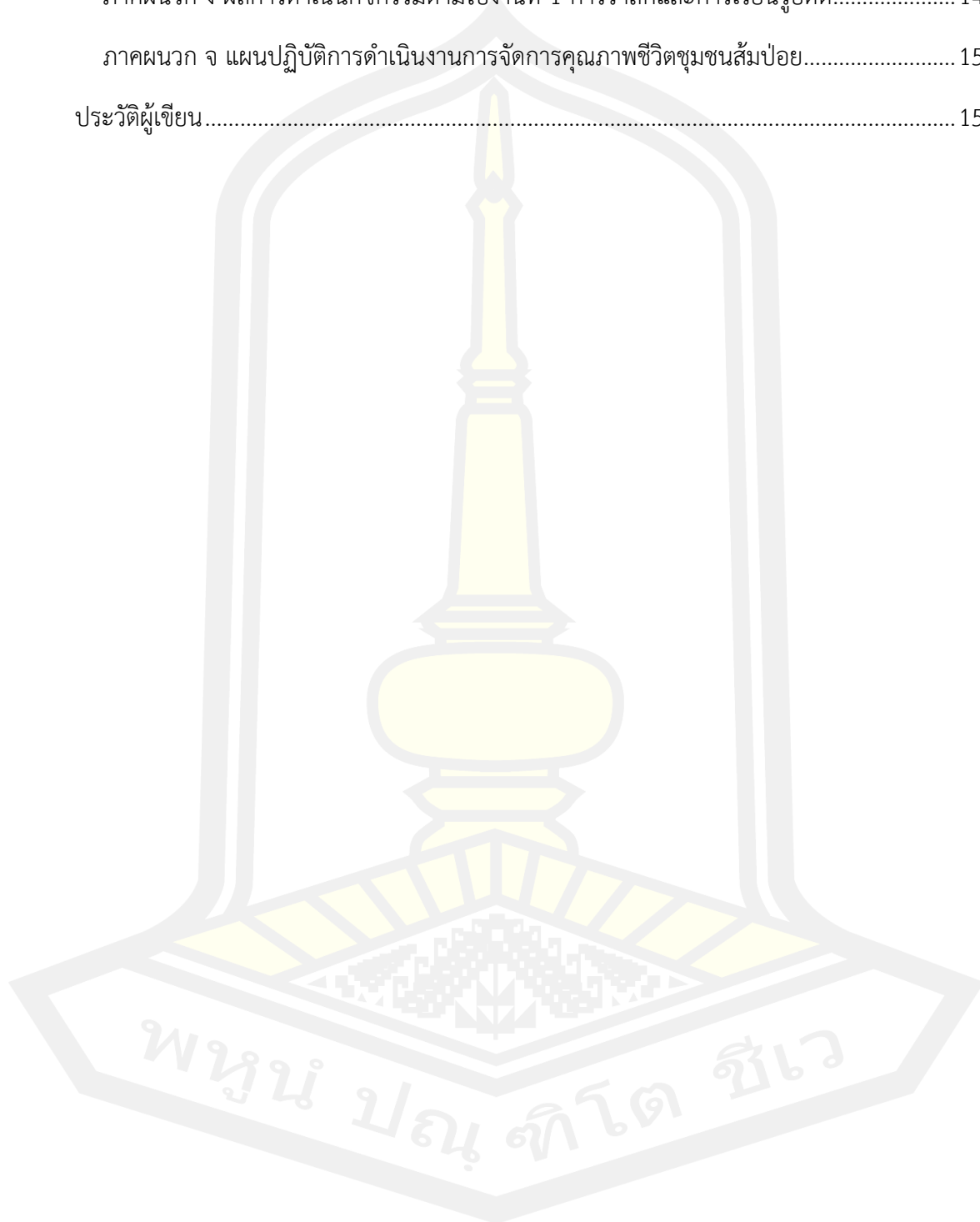
นิสา ปัญญา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	7
2.1 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน.....	7
2.2 พัฒนาการของตำบลจัดการสุขภาพสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต.....	16
2.3 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ชุมชนสร้างสุข	17
2.4 แนวคิด การพัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตและความสุข	20
2.5 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม.....	22
2.6 การวางแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมแบบเชิงพุทธ	27
2.7 แนวคิดหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	33
2.8 การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews : AAR)	41

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
3.1 รูปแบบการวิจัย	54
3.2 พื้นที่การวิจัย.....	55
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย	56
3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	59
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	64
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	65
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	66
3.9 จริยธรรมในการวิจัย.....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	104
5.1 สรุปผล.....	104
5.2 อภิปรายผล	108
5.3 ข้อเสนอแนะ	114
บรรณานุกรม.....	116
ภาคผนวก.....	122
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์.....	123
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	127

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	132
ภาคผนวก ง ผลการดำเนินกิจกรรมตามใบงานที่ 1 การรำลึกและการเรียนรู้อดีต.....	141
ภาคผนวก จ แผนปฏิบัติการดำเนินงานการจัดการคุณภาพชีวิตชุมชนสัมพันธ์.....	151
ประวัติผู้เขียน.....	153

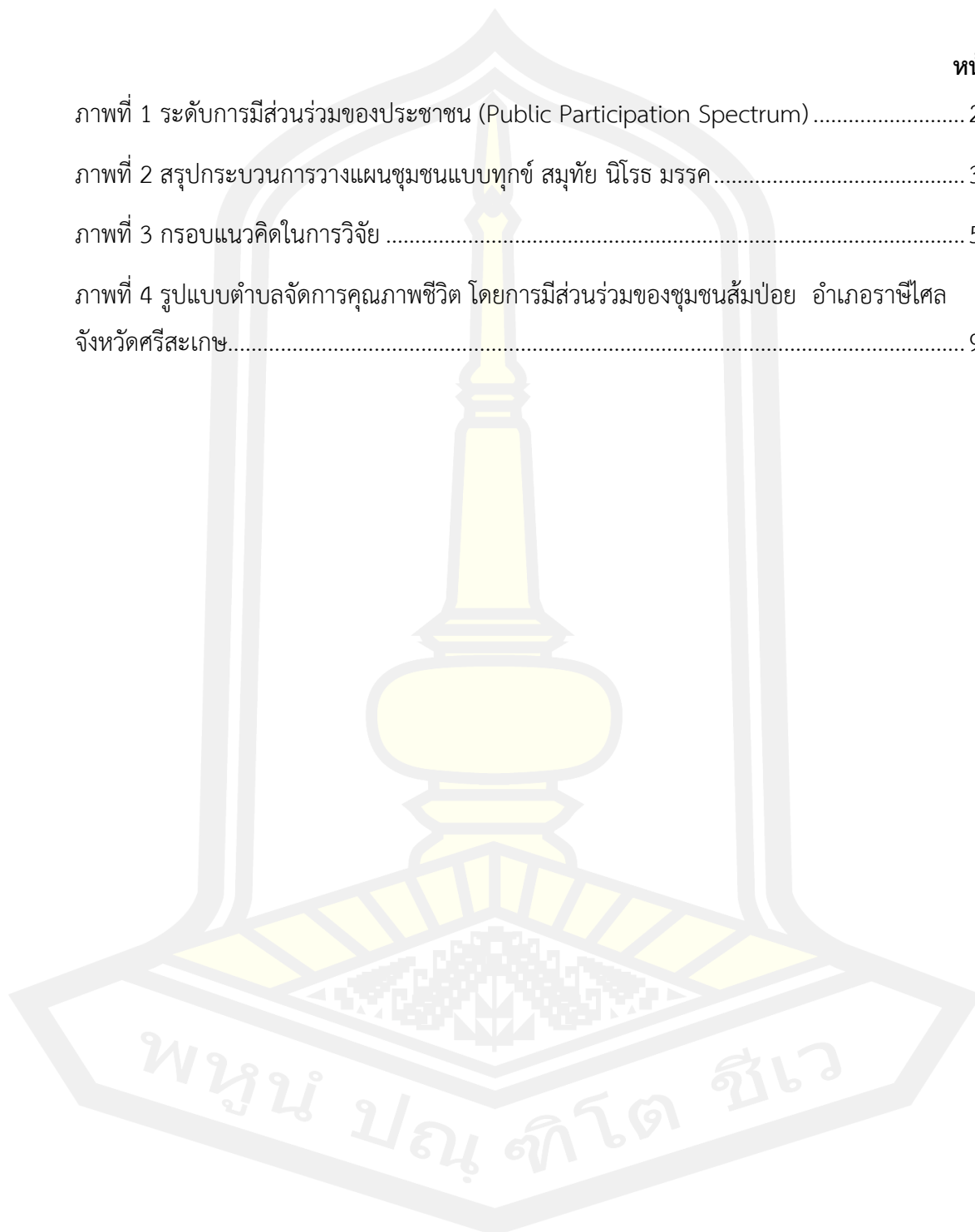


สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร (N=175).....	71
ตารางที่ 2 สรุปประเด็นและแนวทางหลักในการพัฒนาสู่อนาคตที่ปรารถนา.....	81
ตารางที่ 3 การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย โดยใช้หลักการตามองค์ประกอบ คือ 1.ทีม (Team) 2.แผนการ (Plan) 3.กิจกรรม (Activity) 4. ผลลัพธ์ (R) (T-PAR) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	88
ตารางที่ 4 ร้อยละความรู้ของประชากรชุมชนสัมป่อยที่ตอบถูกต้องก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมการพัฒนา.....	92
ตารางที่ 5 ร้อยละความรู้ของประชากรที่ตอบถูกต้องจำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังดำเนินการ .	93
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติจำแนกตามก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	94
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของชุมชนสัมป่อยจำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต.....	96
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย	97
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชนของกลุ่มเป้าหมาย.....	103

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation Spectrum).....	26
ภาพที่ 2 สรุประบวนการวางแผนชุมชนแบบทุกซ์ สมุทัย นิโรธ มรรค.....	31
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย	53
ภาพที่ 4 รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ.....	91



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเป้าหมายของการสาธารณสุข ซึ่งตามเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต มี 3 ด้าน คือ (1) การบริการปฐมภูมิและบริการทางด้านสาธารณสุขในฐานะเป็นแกนนำสู่การบูรณาการของบริการสุขภาพ (2) นโยบายและกิจกรรมในพหุภาคส่วนร่วม (3) การเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชน ซึ่งในส่วนของ การเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชน ได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เพื่อสร้างเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เกิดการพึ่งพาตนเองหรือการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพชีวิต ทั้งนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีระบบการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพัฒนารูปแบบสู่ระดับ ครอบครัว คือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยเชื่อมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.) ซึ่งได้มีการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการยกระดับเป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยเพิ่ม มิติด้านคุณภาพชีวิต เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต คือ ชุมชนสร้างสุข “สุขกาย สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี” เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและช่วยเหลือกันเอง มีระบบบริการปฐมภูมิทั้งที่ชุมชนจัด รัฐ เอกชนจัด และเชื่อมบริการกัน และเกิดระบบการจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการสร้างองค์กรขึ้นมา เพื่อขับเคลื่อนการสาธารณสุขมูลฐานด้วยหลักการ 4 ประการ คือ (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัย เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการต่างๆ และตระหนักถึงปัญหาของชุมชน ร่วมกันแก้ไขปัญหา ของตนเอง (2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology) เทคโนโลยีวิธีการที่ใช้งานในงานสาธารณสุขมูลฐานที่เรียบง่าย ไม่ซับซ้อน เหมาะสม ตามสภาพของท้องถิ่น และศักยภาพของประชาชน (3) การปรับปรุงสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐ รับรองการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented basic Health Service) ปรับปรุงระบบบริการของรัฐ ที่มีอยู่แล้ว ให้สามารถเชื่อมต่อสอดคล้อง และรับรองงานสาธารณสุขมูลฐาน ในระดับชุมชนได้ เพื่อให้เกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วย ที่มีประสิทธิภาพ และ (4) การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน (Intersectoral Collaboration) (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

จากการประชุมระดับโลกด้านสาธารณสุขมูลฐาน ณ เมืองอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2561 เป็นการรับรองข้อความในพันธะสัญญาตามความปรารถนาแห่งปฏิญญาอัลมาอะตา เมื่อปี พ.ศ. 2521 และเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ.

2573 ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการติดตามด้านสุขภาพของทุกคน ซึ่งได้จัดทำเป็นปฏิญญาอัสตานา และยืนยันว่าการสร้างความเข้มแข็งของการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแนวทางที่เป็นธรรมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด ที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งสุขภาวะที่ดีทางสังคม และการสาธารณสุขมูลฐานเป็นรากฐานของระบบสุขภาพที่ยั่งยืน สามารถทำให้บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเชื่อมโยงประเด็นด้านสุขภาพของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

จากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตลอด 40 กว่าปีที่ผ่านมา มุ่งเน้นการให้บริการเป็นหลัก (Service Approach) โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกระบวนการสำคัญ ในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แต่เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน คือการที่ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน ด้วยความตั้งใจ ความเต็มใจ มีจิตสำนึกที่ดี และมีศรัทธาในการพัฒนา จึงจะทำให้ประชาชนสามารถยืนได้ด้วยตนเอง หรือสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน แม้การพัฒนาให้ประชาชนลุกขึ้นหรือกระทำด้วยตนเองเป็นเรื่องที่ยาก แต่จำเป็นต้องทำและส่งเสริมจะต้องอาศัยปัจจัยด้านการศึกษา (Education) และการเสริมพลังทางปัญญา (Empowerment) แก่ประชาชนด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเบนเข็มการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานจากวิธีการให้บริการเป็นหลักไปเป็นวิถีแห่งการพัฒนาหรือการจัดการ (Development approach) เพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาตนเองในเรื่องการสร้างสุขภาพ (Health Promotion) และป้องกันโรค (Health Prevention) ได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข มีความพยายามที่จะปรับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐให้เอื้อต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อมุ่งสู่การพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้หมู่บ้านหรือชุมชนมีกิจกรรมการจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นวิถีทางหนึ่งของการส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทของประชาชน ให้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง โดยประเทศไทยได้มีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ มาตั้งแต่ปี 2552 โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมีการพัฒนาต่อเนื่องเป็นตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ในปีงบประมาณ 2561 ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลได้มีนโยบายขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้หนุนเสริมนโยบายดังกล่าว ด้วยการพัฒนากลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อให้เห็นผลผลิต (Output) ในแต่ละพื้นที่ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งพื้นที่ระดับตำบลถือเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นที่ (Area Management) ที่มีทุนเดิมของตำบลจัดการสุขภาพ 4 องค์ประกอบ คือ มีทีมนำ มีเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ มีการจัดทำแผนดำเนินงานของชุมชน โดยมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และมีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ที่ตอบสนอง ต่อ

ความจำเป็นด้านสุขภาพ เพิ่มเติมในมิติคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ และต้นแบบการจัดการคุณภาพชีวิต และในปีงบประมาณ 2562 มีการดำเนินการสร้างพื้นที่ต้นแบบชุมชนสร้างสุข พัฒนารูปแบบที่ควรจะเป็นในการพัฒนาชุมชนสร้างสุขโดยกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเชื่อมโยงกับ พชอ. และพัฒนากลไกความร่วมมือแบบบูรณาการในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่มีเป้าหมายเดียวของงานปฐมภูมิ ทั้งที่ชุมชนจัด รัฐ เอกชนจัดและเชื่อมบริการกัน และเกิดระบบจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

ปีงบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ และได้กำหนดจุดมุ่งเน้นที่สำคัญในการดำเนินการให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนทุกคนในประเทศไทย ใน 9 ประเด็นสำคัญ ที่มีเป้าหมาย คือ “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจแข็งแรง ประเทศไทยแข็งแรง” เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนซึ่งประเด็นนโยบายข้อที่ 1 เป็นนโยบายการสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง โดยการยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถให้กับ อสม. หมอประจำบ้าน เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีหมอประจำตัวครบ 3 คน ได้แก่ (1) หมอประจำบ้าน คือ อสม. (2) หมออนามัย คือ บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) หมอครอบครัว คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้ทุกภาคส่วนช่วยกันสร้างความแข็งแกร่งให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิให้แก่ประเทศไทย สร้างสุขภาพที่ดีให้แก่คนไทย และให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และนอกจากนี้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็ยังได้กำหนดประเด็นนโยบายให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหมด 6 ข้อ โดยนโยบายข้อที่ 2 เป็นนโยบาย ระบบสุขภาพ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อ (1) พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (2) ยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิ และ อสม. คนไทยทุกคนต้องมีหมอประจำตัว 3 คน (3) ดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และในแผนงานที่ 5 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานโครงการชุมชนสร้างสุข โดยตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้มีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงสามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ โดยเป้าหมายการให้บริการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถลดภาวะโรคและภัยคุกคาม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนมีสถานะเศรษฐกิจที่เหมาะสม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562)

ปีงบประมาณ 2562 ตำบลสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ได้ถูกกำหนดเป็นเป้าหมายในการเป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ซึ่งผลการประเมินโดยใช้แบบประเมินผลการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ (1) ทีมนำ (Team) และเครือข่ายขับเคลื่อนงาน (2) แผน (Plan) แผนการดำเนินงานของชุมชน (3) กิจกรรม (Activity) มีกิจกรรมดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และ (4) Result มีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ (T-PAR) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในองค์ประกอบ P (Plan) คือ การจัดทำแผนสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วม โดยสาเหตุเกิดจากชุมชนยังไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต รวมทั้งกระบวนการด้านการสร้างร่วมมือในชุมชนยังไม่มีกระบวนการที่ชัดเจนในแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นระดับที่แสดงถึงการเป็นตำบลต้นแบบและแสดงถึงความยั่งยืนในการพัฒนา ซึ่งต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับที่ชุมชนเป็นผู้จัดการกระบวนการพัฒนาได้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อย, 2562) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยประยุกต์ใช้การวางแผนเชิงพุทธเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชนที่เป็นชุมชนพุทธ คือการนำหลักอริยสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) มาใช้เป็นกระบวนการ ได้แก่ รู้สุข รู้ทุกข์ (ทุกข์) สาเหตุของสุขและทุกข์ (สมุทัย) ทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุข (นิโรธ) การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์เพิ่มสุข (มรรค) และใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) เพื่อดำเนินงานการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดการพัฒนายั่งยืนต่อไป

1.2 คำถามในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1.3.2.1 สถานการณ์ บริบท การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

1.3.2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

1.3.2.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตเชิงเนื้อหาและพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

1.4.2 ระยะเวลาในการวิจัย ดำเนินการศึกษาวิจัย พฤศจิกายน 2563 – พฤษภาคม 2564

1.4.3 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ศึกษา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ องค์กรชุมชน จำนวน 149 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 124 คน และผู้นำทางด้านศาสนา (เจ้าอาวาสวัด) จำนวน 8 รูป กลุ่มที่ 2 คือ องค์กรรัฐ จำนวน 6 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 5 คน และพัฒนาการตำบล จำนวน 1 คน และกลุ่มที่ 3 องค์กรท้องถิ่น จำนวน 20 คน ประกอบด้วย นายกเทศบาลตำบล จำนวน 1 คน ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 คน สมาชิกสภาเทศบาลตำบล จำนวน 17 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 175 คน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 การพัฒนารูปแบบ หมายถึง กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนความคิดและการประเมินผล

1.5.2 ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาตามบริบทและหรือประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งด้านการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) ทีมนำ (Team) และเครือข่ายขับเคลื่อนงาน (2) แผน (Plan) แผนการดำเนินงานของชุมชน (3) กิจกรรม (Activity) มีกิจกรรมดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และ (4) Result มีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต

1.5.3 การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีบทบาทสำคัญของชุมชนในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มาร่วมกันคิดวิเคราะห์ วางแผนพัฒนา ดำเนินการตามแนวทาง และประเมินความสำเร็จในการดำเนินการร่วมกัน

1.5.4 กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเชิงพุทธ หมายถึง การประยุกต์หลักอริยสัจ 4 ของหลักคำสอนในศาสนาพุทธ มาใช้ร่วมกับเทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ทุกข์ (ประเมินสถานการณ์ เพื่อรู้ทุกข์รู้สุข) สมุทัย (วิเคราะห์ทุกข์ สุข เพื่อหาสาเหตุ) นิโรธ (กำหนดภาพที่พึงประสงค์ของการลดทุกข์ เพิ่มสุข) มรรค (วิธีการปฏิบัติให้ถึงภาพที่พึงประสงค์นั้นๆ)

1.5.5 คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีความสุขทั้งทางกายทางจิตใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สังคมที่มีแต่ความรักความสามัคคีมีความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือกันตลอดจนการเห็นคุณค่าและเคารพซึ่งกันและกันในชุมชน

1.5.6 อริยสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) หมายถึง การกระบวนการวางแผนชุมชนแบบวิธีเชิงพุทธเป็นวิธีการวางแผนแก้ไขปัญหาโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทางพระพุทธศาสนา ตามหลักอริยสัจ 4 มาใช้ในการวางแผนชุมชนโดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ รู้ทุกข์ รู้สุข สาเหตุของสุขและทุกข์ แนวทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุข การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์เพิ่มสุข เพื่อใช้ค้นหาปัญหาที่แท้จริงของชุมชน

1.5.7 การมีส่วนร่วมเชิงพุทธ หมายถึง การที่คนในชุมชนได้มาร่วมกันคิดวิเคราะห์ วางแผนพัฒนา ดำเนินการตามแนวทางและประเมินความสำเร็จในการดำเนินการร่วมกันภายใต้หลักอริยสัจ 4 ของศาสนาพุทธ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) ผ่านกระบวนการร่วมรู้สุขรู้ทุกข์ของชุมชน ร่วมคิดหาสาเหตุของสุขและทุกข์ ร่วมหาทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุขและร่วมกันปฏิบัติเพื่อลดทุกข์เพิ่มสุขให้กับชุมชน

1.5.8 กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต หมายถึง กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อให้คนในชุมชนมีชีวิตที่มีความสุขทั้งทางกายทางจิตใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สังคมที่มีแต่ความรักความสามัคคีมีความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือกันตลอดจนการเห็นคุณค่าและเคารพซึ่งกันและกันในชุมชนภายใต้หลักการ 4 องค์ประกอบคือ (1) ทีมนำ (Team) และเครือข่ายขับเคลื่อนงาน (2) แผน (Plan) แผนการดำเนินงานของชุมชน (3) กิจกรรม (Activity) มีกิจกรรมดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และ (4) Result มีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการศึกษาและสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน
- 2.2 พัฒนาการของตำบลจัดการสุขภาพสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
- 2.3 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ชุมชนสร้างสุข
- 2.4 การจัดการคุณภาพชีวิต
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม
- 2.6 การวางแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมแบบเชิงพุทธ
- 2.7 แนวคิดหลักการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.8 การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews : AAR)
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน

2.1.1 แนวความคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care : PHC) เริ่มต้นขึ้น จากเวทีการประชุมระดับนานาชาติว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อ พ.ศ. 2521 ณ นครอัลมาตา สหภาพโซเวียต ซึ่งปัจจุบัน คือ นครอันมาตี สาธารณรัฐคาซัคสถาน เนื่องจากการประชุม ทำให้เกิดกฎบัตร เพื่อพัฒนาการทางสุขภาพขององค์การอนามัยโลก อันมีเป้าหมายที่จะบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็น กลยุทธ์หลักในการบรรลุผล และจากที่การประชุมระดับโลกด้านสาธารณสุขมูลฐาน ณ เมืองอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน เมื่อ 25 ตุลาคม 2561 เป็นการรับรองข้อความในพันธะสัญญาตามความปรารถนาแห่งปฏิญญาอัลมา-อะตา เมื่อปี พ.ศ. 2521 และเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ. 2573 ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการติดตามด้านสุขภาพของทุกคน ซึ่งได้จัดทำเป็นปฏิญญาอัสตานา (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

งานสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการสร้างองค์กรขึ้นมา เพื่อขับเคลื่อนการสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยหลักการ 4 ประการ คือ (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัย เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการต่างๆ และตระหนักถึงปัญหาของชุมชน ร่วมกันแก้ไขปัญหาของตนเอง (2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology) เทคโนโลยีวิธีการที่ใช้งานในงานสาธารณสุขมูลฐานที่เรียบง่าย ไม่ซับซ้อนเหมาะสมตามสภาพของท้องถิ่น และศักยภาพของประชาชน (3) การปรับปรุงสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐ ครอบงำการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented basic Health Service) ปรับปรุงระบบบริการของรัฐ ที่มีอยู่แล้ว ให้สามารถเชื่อมต่อสอดคล้อง และรับรองงานสาธารณสุขมูลฐาน ในระดับชุมชนได้ เพื่อให้เกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วย ที่มีประสิทธิภาพและ (4) การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน (Intersectoral Collaboration) และได้สรุปรวมแนวคิดที่ใช้รากฐานการพัฒนา ที่เรียกว่าทฤษฎี 3 ก. ซึ่งทฤษฎีนี้ ระบุว่าความเข้มแข็งของชุมชน เป็นหัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ (1) กรรมการ หมายถึงองค์กรในระดับท้องถิ่น (2) กองทุน หมายถึงทรัพยากรที่เป็นตัวเงินที่บริหารจัดการชุมชน และ (3) กำลังคน ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอย่างน้อยในระดับพื้นฐาน และได้มีการขยายผลจัดตั้งครอบครัวหมู่บ้านที่อยู่ในท้องถิ่นชนบทและเขตเมืองทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2524 เป็นต้นมา (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตลอด 40 กว่าปีที่ผ่านมามุ่งเน้นการให้บริการเป็นหลัก (Service Approach) โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แต่เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน คือการที่ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน ด้วยความตั้งใจ ความเต็มใจ มีจิตสำนึกที่ดี และมีศรัทธาในการพัฒนา จึงจะทำให้ประชาชนสามารถยืนได้ด้วยตนเอง หรือสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน แม้การพัฒนาให้ประชาชนลุกขึ้นหรือกระทำด้วยตนเองเป็นเรื่องที่ยาก แต่จำเป็นต้องทำและส่งเสริม จะต้องอาศัยปัจจัยด้านการศึกษา (Education) และการเสริมพลังทางปัญญา (Empowerment) แก่ประชาชนด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเบนเข็มการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานจากวิธีการให้บริการเป็นหลักไปเป็นวิถีแห่งการพัฒนาหรือการจัดการ (Development approach) เพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาตนเองในเรื่องการสร้างสุขภาพ (Health Promotion) และป้องกันโรค (Health Prevention) ได้ ซึ่งถือเป็นรูปลักษณะใหม่ในทศวรรษที่ 4 ระบบสุขภาพภาคประชาชนเกิดจากแนวคิดที่เน้นการพึ่งตนเองของประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง คำว่า “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” ยังเป็นการรวบยอดงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้เป็นระบบโดยเป็นกระบวนการของการดำเนินงานโดยรวมของชุมชน ที่กำหนดขึ้นโดยชุมชนดำเนินการโดยชุมชน และวัดผลสำเร็จด้วยตัว

ชุมชนเอง โดยหน่วยงานภายนอกมีหน้าที่ให้การส่งเสริมและสนับสนุนกลไกที่เอื้อต่อการทำงานหรือพัฒนางาน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

การสาธารณสุขมูลฐานเกิดจากแนวความคิด ซึ่งมองเห็นปัญหาใหญ่ๆ 2 ประการ คือ การครอบคลุมประชากรในด้านบริการสาธารณสุข และการผสมผสานงานบริการด้านต่างๆตลอดจนความร่วมมือกับงานพัฒนาสังคมด้านอื่นๆ เป็นกลวิธีทางการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้านเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในคนวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษ ฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก ซึ่งแนวความคิดและหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน มีดังนี้

แนวความคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งจัดให้ในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชน

แนวความคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ จึงจะถือได้ว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน

แนวความคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นมาได้ต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไรและร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รับผิดชอบหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวความคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐ จะต้องเข้าใจว่าเราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เราแต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน (การสาธารณสุขมูลฐาน = การสาธารณสุขของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)

แนวความคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชน คือหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตนด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหาไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวความคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานการพัฒนาด้านอื่นๆ อาทิ การเกษตร สหกรณ์ การศึกษา และพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวความคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่ายๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ และนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ โดย เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความ

เหมาะสมประหยัดราคาถูก ยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ มีผลต่อการแก้ไข้ปัญหา

แนวความคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐาน จำต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวความคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐานมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวความคิดที่ 10 บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้าน คือ การสุขศึกษา การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดหา น้ำสะอาด การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมโภชนาการ การรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

แนวความคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยง กับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุนการส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อการให้การศึกษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

โดยการสาธารณสุขมูลฐานมีหลักการสาธารณสุขมูลฐานประกอบด้วย ดังต่อไปนี้ คือ

หลักการที่ 1 การมีส่วนร่วมของชุมชน

หลักการที่ 2 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

หลักการที่ 3 มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน

หลักการที่ 4 การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่นๆ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ 8 กิจกรรม ซึ่งประเทศไทย ได้เริ่มนำมาใช้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ต่อมาได้เพิ่มเติมอีก 2 กิจกรรม เป็น 10 กิจกรรมในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) และในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ได้เพิ่มอีก 4 กิจกรรม รวมเป็น 14 กิจกรรม ซึ่งมีความสอดคล้องกับปัญหาและความ ต้องการของประชาชนโดยเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยง กับงานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service) องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถแยกออกเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ออกเป็นงานต่างๆ ซึ่งเรียกว่าเป็นองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานจำนวน 14 องค์ประกอบ ได้แก่

1. งานโภชนาการ อสม.มีหน้าที่กระตุ้นเตือนให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้น เช่น โรคขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ขวบ หรือเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำ โดยร่วมมือกับกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำ กลุ่มแม่บ้าน ในการค้นหาสำรวจสถานะอนามัยเด็ก ชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ขวบ ทุกคนเป็นประจำเมื่อพบเด็กคนใด ที่ขาดสารอาหารก็ดำเนินการให้อาหารเสริมโดยเร็ว ให้ความรู้แก่แม่ในการให้อาหารแก่ทารกและเด็ก ตลอดจน ส่งเสริมการปลูกผักเลี้ยงสัตว์เพื่อนำมาเป็นอาหาร

2. งานสุขศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษาในเรื่องต่างๆ เช่น ปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น การร่วมกัน แก้ไขปัญหาเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชนในหมู่บ้านหรือ ชุมชน

3. งานรักษาพยาบาล อสม. ให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็นเบื้องต้นแก่ชาวบ้าน ชี้แจงให้ประชาชนทราบ ถึงความสามารถของ อสม. ในการรักษาพยาบาล และชี้แจงให้ทราบถึงสถานบริการของรัฐ ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยถ้าเกินความสามารถของ อสม.

4. งานจัดหายาที่จำเป็น ดำเนินการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านหรือจัดหายาที่จำเป็น ไว้ให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และดำเนินการให้ประชาชนสามารถซื้อยาที่จำเป็นเหล่านี้ จากกองทุนหรือศสมช. ได้สะดวก รวดเร็ว และมีราคาถูก

5. งานสุขาภิบาลจัดหาน้ำสะอาด อสม. ชี้แจงให้ประชาชน กรรมการหมู่บ้านทราบถึงความสำคัญของการจัดหาน้ำสะอาดไว้ดื่ม การสร้างส้วม การกำจัดขยะมูลฝอย และการจัดบ้านเรือนให้สะอาดถูกสุขอนามัย เป็นต้น

6. งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว อสม. ชี้แจงและจูงใจให้ประชาชนทราบถึง ความสำคัญของการวางแผนครอบครัว ความจำเป็นของการดูแลก่อนคลอด (การฝากครรภ์) และการดูแลหลังคลอดการนัดหมายมารับบริการ และความรู้ในการปฏิบัติตนการกินอาหารชั่งน้ำหนักวัดความดันโลหิตและ การนัดเด็กมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ

7. งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น อสม. ชี้แจงให้ประชาชนทราบว่าในหมู่บ้านมีโรคอะไร ที่เป็นปัญหา เช่น โรคอุจจาระร่วงโรคพยาธิ โรคไข้เลือดออก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา รวมทั้งการ ร่วมมือกันในการดำเนินการควบคุมและป้องกันมิให้เกิดโรคระบาดขึ้นได้

8. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อสม. ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการให้วัคซีนป้องกัน โรคติดต่อและนัดหมายเจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการแก่ประชาชนตามจุดนัดพบต่างๆ

9. งานส่งเสริมสุขภาพฟัน อสม. ชี้แจงและให้ความรู้กับประชาชนถึงการดูแลฟัน การรักษาสุขภาพ ช่องปากและฟัน นัดหมายประชาชนให้มารับบริการในสถานบริการหรือเมื่อมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้ามาในชุมชน

10. งานส่งเสริมสุขภาพจิต อสม. ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต การค้นหาผู้ป่วยใน ระดับชุมชน เพื่อจะได้รับการแนะนำการรักษาที่ถูกต้อง

11. งานอนามัยสิ่งแวดล้อม อสม. ร่วมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับงานอนามัย สิ่งแวดล้อมให้กับประชาชน ทุกคน เผื่อระวังมิให้มีการกระทำที่ก่อให้เกิดมลภาวะ องค์กรชุมชน ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาของชุมชนเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องสารเคมีในการเกษตร แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการกับผู้กระทำผิด

12. งานคุ้มครองผู้บริโภค อสม. ร่วมกับประชาชนสอดส่องดูแลพฤติกรรมของ ร้านค้า รถขายยาเร่ ฯลฯ หากพบเห็นผู้กระทำผิดกฎหมายให้แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการ อสม. ร่วมกันให้ความรู้ แก่เพื่อนบ้านในการเลือกซื้อสินค้า เช่น อาหาร เครื่องปรุงรส ขนม เครื่องสำอางที่มี มาตรฐานตามเกณฑ์ อย. มาใช้ตลอดจนอาจจะจัดตั้งกลุ่ม/ ชมรมเพื่อร่วมมือประสานงานกันดูแล ประชาชนในพื้นที่

13. งานป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ อสม. ร่วมกันค้นหา ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง พร้อมทั้งจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษา อย่างต่อเนื่องหรือส่งต่อโดยให้ ความรู้แก่ประชาชนถึงวิธีการปฏิบัติตนให้พ้นจากความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ แนวทางการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัย ตลอดจนสร้างเสริมความมี น้ำใจและเอื้ออาทรต่อผู้พิการในชุมชน และร่วมกันฟื้นฟูสภาพ ผู้พิการในชุมชน

14. งานเอดส์ อสม. ให้ความรู้กับประชาชน เพื่อทราบถึงความสำคัญและความ จำเป็นในการควบคุมป้องกัน การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ ความ เข้าใจ ทศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ตลอดจนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถอาศัยอยู่ร่วมกันใน ชุมชนได้โดยชุมชนยอมรับ รู้จักการป้องกัน และไม่ แพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ไปสู่คนในชุมชนองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบนี้ ไม่จำเป็นต้องเริ่มทีเดียวพร้อมกันหมดทุกอย่าง อาจจะเริ่มในเรื่องที่ประชาชนคิดว่าเป็นเรื่องที่มีความ จำเป็นจริงๆ ของชุมชนตนเองก่อนแล้วภายหลัง ก็ขยายต่อไปได้อีกและถ้าหากชุมชนใดไม่มีปัญหาใน เรื่องเหล่านี้องค์ประกอบที่ดำเนินการก็อาจลดลงได้ตามสภาพ ของความเป็นจริงของชุมชนนั้นๆ

จากที่ได้ทบทวนแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยสรุปว่าแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานเป็น กระบวนการที่มุ่งให้ประชาชนในชุมชนลุกขึ้นมาแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคม โดยชุมชน เพื่อชุมชนเอง ภายใต้หลักการการมีส่วนร่วม ของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อ รองรับบริการสาธารณสุขมูลฐาน และมีการผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่นๆ

2.1.2 แนวความคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นระบบที่พัฒนาต่อยอดมาจากแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและใช้ในการดำเนินงานในปัจจุบัน คือคำที่เป็นความหมายรวบยอดของงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นระบบเป็นเรื่องของชุมชนที่ต้องคิดวางแผน ตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการและวัดผลสำเร็จด้วยตนเอง หน่วยงานหรือองค์กรภายนอก แค่เพียงส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเนื่อง

ระบบสุขภาพภาคประชาชนมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ และถือเป็นหน้าที่ของตนเองมีใช้หลักการให้กับคนอื่น มีการพัฒนาขีดความสามารถและทักษะองค์กรอาสาสมัครและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการจัดการงานบริการส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ อย่างเป็นระบบและเกิดผลที่ชัดเจน รวมถึงสามารถประเมินวัดผลการดำเนินงานในระดับชุมชนนั้นได้ จึงเป็นสิ่งที่ต้องมุ่งมั่นดำเนินการให้สำเร็จ ตลอดจนการสร้างกระแสให้ประชาชนในชุมชน ได้มีบทบาทมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพและสุขภาพพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ซึ่งนับว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของคนไทยมาก ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้

1. คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการพัฒนาใดๆ ก็ตาม จะต้องมีคน ที่อยู่ในชุมชนรวมตัวกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งอาจจะมากหรือน้อยก็ตามซึ่งมีความแตกต่างหลากหลาย ต่างกลุ่มต่างอาชีพ ต่างฐานะต่างความคิด ต่างเพศ ต่างวัยแต่มีจิตใจเดียวกันเพื่อส่วนรวม และมีเป้าหมายร่วมกัน มีการขยายแนวร่วมออกไปเรื่อยๆ

2. องค์ความรู้ ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ วิธีการ เทคโนโลยี ภูมิปัญญา และประสบการณ์จึงจะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและการกระจายความรู้ข้อมูลข่าวสารในชุมชน

3. ทุน เพื่อการพัฒนาสุขภาพ การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยทุนที่เป็นตัวเงินและ ทุนที่ไม่ใช่ตัวเงินหรือทุนทางสังคมและทรัพยากรธรรมชาติซึ่งทุนที่เป็นตัวเงินจะมีความหมายในลักษณะการเงิน การคลังด้านสุขภาพและการพัฒนาต่างๆ เพื่อจัดบริการให้กับคนในชุมชนได้อย่างคุ้มค่าคุ้มเวลาที่ทำงาน และประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งแต่ละชุมชนสามารถแสวงหาแหล่งทุนได้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน และนำมาบริหารจัดการให้เกิดผลกำไร แล้วนำดอกผลนั้นมาใช้ในการพัฒนาต่อไป

นอกจากองค์ประกอบหลัก 3 ประการแล้วหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การจัดการเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการในที่นี้คือการปฏิบัติ การประสานให้เกิดความสมดุลบูรณาการของทุกภาคส่วน เพื่อการเคลื่อนไหวของปัจจัยคน องค์ความรู้ หรือวิธีการทำงาน และทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพร่วมกัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของคนในชุมชนป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพของคน

ในชุมชน ทั้งนี้กิจกรรมการ พัฒนาสุขภาพที่ดำเนินโดยชุมชนนั้นขึ้นอยู่กับความตั้งใจของชุมชน ว่า จะดำเนินการในเรื่องใด อย่างไร

ระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของสังคม หรือชุมชนนั้นมีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแลและบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองด้วยการ สนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น

บทบาทของภาคประชาชนกับการพัฒนาสุขภาพ ระบบสุขภาพที่เหมาะสมและตอบสนอง สุขภาพของประชาชน ส่วนหนึ่งเป็นบทบาทของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จำเป็นต้องมีบทบาทของ ประชาชนในระบบสุขภาพด้วยภาคีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับ บทบาทของประชาชน ในระบบสุขภาพแห่งชาติภายใต้กรอบวิสัยทัศน์ 2 ส่วนคือ การจัดการด้านสุขภาพตนเองของประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชนและตำบล การเชื่อมต่อกับภาครัฐและ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น หากประชาชนจัดการไม่ได้หรือเกินศักยภาพของชุมชนซึ่งบทบาทของ ภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีดังนี้คือ

1. บทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับชุมชน

1.1 ประชาชนต้องส่งเสริม สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดให้มีสถานบริการสุขภาพ ชุมชน (ศูนย์ปฏิบัติการสุขภาพชุมชน) ที่มีศักยภาพ คิดเอง ทำเองได้ เป็นศูนย์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศูนย์ข้อมูลสุขภาพท้องถิ่น แหล่งให้คำปรึกษา โดยเน้นภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการจัดการสุขภาพครบทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยการดูแล สุขภาพองค์รวม เป็นธรรม เสมอภาค นอกจากนี้มีการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและมียาจำเป็นบริการตลอด 24 ชั่วโมง

1.2 ประชาชนรวมกลุ่มเป็นองค์กรในการจัดให้มีระบบคุ้มครองด้านสุขภาพในชุมชน

1.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาจิตชุมชนมีการเยี่ยมผู้เจ็บป่วยโดยชุมชน และให้กำลังใจแก่ผู้เจ็บป่วยและญาติ

2. บทบาทในการพัฒนาศักยภาพตนเอง

2.1 ประชาชนสร้างจิตสำนึกประชาชนด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการสร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพในครอบครัวและชุมชน

2.2 ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างความรู้เกี่ยวกับ เรื่องสุขภาพในกลุ่มประชาชนทั่วไปกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

2.3 มีการรวมกลุ่มองค์กรที่เข้มแข็งที่เข้าถึงประชาชน เป็นแบบอย่างที่ดีและมีส่วนร่วมบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพประชาชน

2.4 ส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาสุขภาพของชุมชนตลอดจนให้คำแนะนำ
ปรึกษาด้านสุขภาพได้

3. บทบาทการจัดการภาคประชาชน ประชาชนต้องมีบทบาทในการจัดการสุขภาพ
ภาค ประชาชนโดย

3.1 เน้นการพึ่งตนเองก่อนภายใต้ศักยภาพที่มีอยู่ โดยการระดมทุนจัดตั้งเป็น
กองทุน สุขภาพชุมชน

3.2 จัดกระบวนการสร้างปัญญาด้านสุขภาพของชุมชน ด้วยการจัดกระบวนการ
และแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ประชาชนโดยชุมชนเอง เช่น เวทีชาวบ้านเวทีประชาคมและมีศูนย์การ
เรียนรู้ชุมชน เพื่อสร้างสุขภาพชุมชน สร้างจิตสำนึกสุขภาพ สร้างศักยภาพชุมชน รวบรวมภูมิปัญญา
ท้องถิ่น ห้างสมุด ชุมชน ตลอดจนเป็นศูนย์ข้อมูลสุขภาพชุมชน

3.3 องค์กรประชาชนรับผิดชอบสร้างเครือข่าย และแสวงหาความร่วมมือกับ
หน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รับเรื่องราวร้องทุกข์ จัดระบบ
สวัสดิการสุขภาพแก่ชุมชน และจัดตั้งกลุ่มร่วมสร้างสุขภาพ โดยองค์กรนี้มีอิสระในการบริหารและ
ตัดสินใจ ไม่ถูก ครอบงำจากภาครัฐ

3.4 องค์กรประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินการจัดทำแผนชุมชน

3.5 องค์กรประชาชนจัดให้มีสถานที่สร้างสุขภาพ และจัดกิจกรรมการสร้าง
สุขภาพ เช่น ลานกีฬากลางบ้าน ไทเก๊ก จักรยาน

3.6 ประชาชนมีการเชื่อมโยงกับภาครัฐและสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานอื่น โดยมี
ศูนย์ ประสานงานภาคประชาชนกับรัฐ

3.7 มีส่วนร่วมในการจัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการส่งต่อผู้ป่วย
ข้อมูล การเจ็บป่วยและโรคระบาด ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพ

3.8 ประชาชนเข้าร่วมบริหารสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และเป็นกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

3.9 จัดกระบวนการปกป้องและคุ้มครองตนเอง ตลอดจนรวมตัวกันจัดการกับ
ปัญหา การเกิดโรคหรือปัจจัยแวดล้อมที่อาจนำไปสู่การเกิดโรค

3.10 สร้างแรงจูงใจสำหรับผู้มีสุขภาพดี ด้วยการให้รางวัลหรือประกาศเกียรติคุณ

4. บทบาทในการระดมทุนเพื่อสร้างสุขภาพ ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนมีส่วนร่วม
ระดมทุนภายในชุมชน ทั้งทรัพยากรธรรมชาติ ทุนทางสังคม และเงิน ตลอดจนทุนจากภายนอกชุมชน
และมีองค์กรจัดการทุน ในรูปคณะกรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

5. บทบาทในการพิทักษ์และเรียกร้องสิทธิคุ้มครองประชาชนเข้าร่วมเป็นกรรมการ ตรวจสอบ การทำงานของรัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเอง มีการสอดส่องดูแล สินค้าและสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยสรุปว่า แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็น ระบบที่คนชุมชนนั้น มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดการร่วมมือกันดูแลและบริหารจัดการให้ชุมชนของตนเกิด สุขภาวะที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ คือ คน องค์ความรู้และทุน

2.2 พัฒนาการของตำบลจัดการสุขภาพสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 โดยกรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมีการพัฒนาต่อเนื่องเป็นตำบลจัดการสุขภาพแบบ บูรณาการ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 7,255 ตำบล ซึ่งในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลได้มีนโยบายขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ได้ตอบสนองนโยบายดังกล่าว ด้วยการพัฒนากลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อให้เห็น ผลผลิต (output) ในแต่ละพื้นที่ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งพื้นที่ระดับตำบลถือเป็นหน่วย ปฏิบัติการระดับพื้นที่ (Area Management) ที่มีทุนเดิมของตำบลจัดการสุขภาพ 4 องค์ประกอบ คือ มี ทีมนำ มีเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ มีการจัดทำแผนดำเนินงานของชุมชนโดยมีกิจกรรม ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และมีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ เพิ่มเติมในมิติคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ และต้นแบบการจัดการคุณภาพชีวิต

ปี พ.ศ. 2562 มีการดำเนินการสร้างพื้นที่ต้นแบบชุมชนสร้างสุข พัฒนารูปแบบที่ควรจะเป็น ในการพัฒนาชุมชนสร้างสุขโดยกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเชื่อมโยงกับ พชอ. และพัฒนา กลไกความร่วมมือแบบบูรณาการในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่มีเป้าหมายเดียวของงาน ปฐมภูมิ ทั้งที่ชุมชนจัด รัฐ เอกชนจัดและเชื่อมบริการกัน เกิดระบบจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต เกิดกลไกความร่วมมือ เกิดผลลัพธ์ระยะสั้น คือ เกิดคณะทำงานชุมชนสร้างสุขที่เข้าใจบทบาทหน้าที่ เชื่อมการทำงานระหว่าง พชอ. กับพื้นที่ตำบล และประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตของพื้นที่สนับสนุนให้ทุกตำบลดำเนินการต่อยอดสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ขยายพื้นที่ ต้นแบบ โดยกระบวนการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 5 กระบวนการ ประกอบด้วย

- (1) กำหนดเป้าหมายการสร้างสุข ทบทวนตนเองอะไรคือความสุขกาย สุขใจ สุขเงิน ของคนในตำบล
- (2) สื่อสารเรียนรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล สร้างความเข้าใจในชุมชน
- (3) การจัดการชุมชนและวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อชุมชนสร้างสุข

(4) จัดกิจกรรมสร้างสุขและดำเนินงานในชุมชนเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม “สุขกาย สุขใจ สุขเงิน”

(5) ประเมินตนเอง ผลที่เกิดขึ้นกับประชาชน สิ่งที่ประชาชนได้รับหรือคืนกลับ ปัญหา ลด สุขกาย สุขใจ สุขเงิน

โดยการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีขั้นตอนการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- (1) การสร้างทีมงาน
- (2) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้าน
- (3) จัดทำแผน
- (4) จัดกิจกรรมการเรียนรู้
- (5) เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ
- (6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- (7) ประเมินผล

ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาตามบริบทและหรือประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งด้านการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

- (1) ทีมนำ และเครือข่ายขับเคลื่อนงาน (Team)
- (2) แผนการดำเนินงานของชุมชน (Plan)
- (3) กิจกรรมดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา (Activity)
- (4) มีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต (Result)

จากการทบทวนพัฒนาการของตำบลจัดการสุขภาพสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปว่า ประเทศไทยได้มีการพัฒนากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนตามบริบททั้งเรื่องการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับนโยบายในแต่ละช่วงเวลา โดยมีกระบวนการสร้างทีม การวางแผนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการจัดกิจกรรมในชุมชน และเกิดผลลัพธ์ที่เสนอความจำเป็นของชุมชนตามบริบทชุมชน

2.3 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ชุมชนสร้างสุข

ปี พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีนโยบายการดำเนินงานชุมชนสร้างสุข

2.3.1 ชุมชนสร้างสุข หมายถึง พื้นที่การดำเนินงานในระดับตำบล ที่มีผลที่เกิดจากการที่ผู้นำการพัฒนา กลุ่มประชาชน และภาคีเครือข่ายร่วมกัน ทำให้ชุมชนเกิดความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ด้านดิจิทัล (Digital Literacy) ด้านการเงิน (Financial Literacy) และเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเอง ทำให้สถานภาพของคนในชุมชน เปลี่ยนแปลงไปเป็นผู้ที่มีความสุขกาย สุขใจ สุขเงิน โดยกระบวนการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

จากต้นทุนเดิม คือ ตำบลจัดการสุขภาพ ต่อยอดปรับวิธีคิด กระบวนการทำงาน และเติมความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล และความรู้ทางการเงิน เพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขกาย สุขใจ สุขเงิน โดยชุมชนสร้างสุขแบบพึ่งตนเองด้วยกระบวนการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ

1. กำหนดเป้าหมาย สุขกาย สุขใจ สุขเงิน โดยการนำประเด็น พขอ. เป็นตัวตั้งมาเป็นทิศทางในการนำลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ตำบล โดยยึดข้อมูล บริบท ความต้องการของตำบลเป็นสำคัญ ให้ชุมชนเป็นฐาน ประชาชนเป็นสำคัญ

2. ใช้กลวิธีตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ที่มีฐานทุนแกนนำการขับเคลื่อน ทีมและเครือข่ายกำลังคน การจัดการและความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ และหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นออกแบบการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์

การดำเนินงานชุมชนสร้างสุข

เป้าหมายการดำเนินงานชุมชนสร้างสุข

1. ประชาชนสุขภาพดีมีความสุขกาย สุขใจ สุขเงิน อยู่ในชุมชนสร้างสุขโดยกระบวนการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

2. มีการนำประเด็น พขอ. หรือความเชื่อมโยงของประเด็น พขอ. ลงสู่การปฏิบัติการในพื้นที่ตำบลด้วยกระบวนการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

3. มีการลดลงของปัญหาสุขภาพ/ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพตามสภาพปัญหาของพื้นที่

กระบวนการดำเนินงานชุมชนสร้างสุข

1. สร้างทีมนำและเครือข่ายกำลังคนตั้งแต่ระดับครอบครัวเป็นต้นมาจะเป็นกำลังในการขับเคลื่อน ได้แก่

(1) กลุ่มองค์กรด้านสุขภาพ คือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแล (Care Giver) แพทย์พื้นบ้านปราชญ์ชาวบ้าน

(2) กลุ่มปกครองท้องถิ่น กำนัน สารวัตรกำนันแพทย์ ประจำตำบล ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน

(3) กลุ่มองค์กรปกครองท้องถิ่น เช่น นายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาเด็กและเยาวชน อาสาสมัครต่าง ๆ

(4) กลุ่มองค์กรชุมชน คณะกรรมการพัฒนาสตรีผู้นำชุมชน กลุ่มต่างๆ ในชุมชน

(5) ภาคประชาสังคม สมัชชาสุขภาพ

(6) กลุ่มสถาบัน /องค์กร/หน่วยงานรัฐและเอกชน เช่น บ้าน วัด โรงเรียน หน่วยบริการปฐมภูมิและ พชอ. ในพื้นที่ ร้านขายยา คลินิก/รพ.เอกชน ธุรกิจบริการสุขภาพ

(7) กลุ่มองค์กรทางด้านเศรษฐกิจในชุมชน ได้แก่ วิสาหกิจชุมชนองค์กรธุรกิจของชุมชนองค์กรธุรกิจชุมชนกองทุนได้แก่ กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองกลุ่มออมทรัพย์ต่างๆ

2. ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เรียนรู้ข้อมูลพื้นฐานต้นทุนตำบล และวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชน

3. จัดการชุมชนและวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อชุมชนสร้างสุข โดยใช้งบประมาณดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นหลัก ร่วมกับกองทุนอื่นๆ ในชุมชนและแหล่งทุนอื่น โดยการเสนอแผนงานโครงการของชุมชนแบบมีส่วนร่วมต่อแหล่งทุน

4. จัดกิจกรรมเพื่อเรียนรู้ในชุมชน เพื่อสร้างความความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ด้านดิจิทัล (Digital Literacy) และด้านการเงิน (Financial Literacy)

5. เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการเปลี่ยนความต้องการหรือความจำเป็น ความขาดแคลน (Need) มาเป็นความต้องการที่จะทำที่จะประพฤติปฏิบัติ หรืออุปสงค์ทางพฤติกรรม (Demand for action)

6. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่ความยั่งยืน

7. ติดตามประเมินผล โดยการติดตามความก้าวหน้าของงานในด้านผลลัพธ์ของชุมชนและกระบวนการทำงาน คือ การประเมินผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ชุมชนกำหนด ประเมินผลลัพธ์ชุมชนสร้างสุข 3 ด้าน คือ สุขกาย สุขใจ สุขเงิน และประเมินกระบวนการเชิงการพัฒนาแบบเสริมพลัง

จากการทบทวนนโยบายชุมชนสร้างสุข ผู้วิจัยสรุปว่า การดำเนินงานชุมชนสร้างสุขเป็นการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ที่มีการต่อยอดปรับวิธีคิด กระบวนการทำงาน และเติมความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล และความรู้ทางการเงิน เพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขกาย สุขใจ สุขเงิน โดยกระบวนการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

2.4 แนวคิด การพัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตและความสุข

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง ความรู้สึกมีความสุขอันมาจากความเป็นอยู่ที่ดี สภาพแวดล้อมที่ดี มีความผูกพันที่ดีทั้งในครอบครัวและสังคมเพื่อนมนุษย์ด้วยกันสิ่งเหล่านี้ ปัจจุบัน ในหลายๆประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกันมากขึ้นเพราะหากประชากรใน ประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศอย่างรวดเร็วขึ้น จึงมีนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความสนใจและให้ความหมายคุณภาพชีวิตหลากหลายดังต่อไปนี้

แนวคิดของ ณรงค์ศักดิ์ ตะละภัก (2563) คล้ายคลึงกับ คอลแมน (Calman, 1989) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับเป้าหมายรวมถึงความจริงที่ว่า การรับรู้ความพอใจ ความสุข ความมี สาระและความสามารถที่จะปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขจะส่งผลให้ผู้อื่นสุขด้วย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) และ The Whoqol Group (1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้ สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้วฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม รวมทั้งเรื่องการเมืองการปกครองของสังคมที่บุคคลนั้น อาศัยอยู่ด้วย

พัฒนา กติพราภรณ์ (2531) ได้บอกว่าคุณภาพชีวิต คือ ชีวิตที่มีความสุข ซึ่งความสุขนี้เกิด จาก (1) ความสุขทางกาย หมายถึง การที่เราเป็นอยู่ที่ดี อาทิ เช่น มีที่อยู่อาศัยที่ดี มีสุขภาพ และHealth Care ที่ดีมีสาธารณูปโภค เช่น การคมนาคมที่ดี มีสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น น้ำ อากาศบริสุทธิ์ รวมไปถึงการพักผ่อนและสันทนาการที่ดีตามสมควร (2) ความสุขทางใจได้มาจากการ รู้จักความ พอดี ความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความรัก ความอบอุ่น ความ ผูกพันกันในครอบครัวและเพื่อนมนุษย์มีความอดทนเสียสละทำประโยชน์แก่สังคม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มีนักวิชาการได้เสนอองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ แตกต่างกันดังต่อไปนี้

1) นิพนธ์ พังพงศกร และคนอื่นๆ (2535) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต จำแนก ตามความต้องการด้านต่างๆ ของชีวิต 6 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัย 4 สุขภาพอนามัย พลังงาน การออมทรัพย์ สิ่งอำนวยความสะดวกในครอบครัวและการประกอบอาชีพ

2. ด้านอารมณ์ ได้แก่ การพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณประโยชน์ ความนิยมชมชอบใน ศิลปวัฒนธรรมของท้องถิ่น ความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัวและในชุมชน ความรักและความเป็น เจ้าของที่มีต่อหมู่คณะ

3. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ภาวะแวดล้อมที่บริสุทธิ์สะอาด และเป็นระเบียบ ปราศจากมลภาวะในดิน น้ำ อากาศ และเสียง มีทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการคมนาคมที่สะดวก

4. สภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ โอกาสในการศึกษาและประกอบอาชีพที่เท่าเทียม กัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การปกครองที่ให้สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค ความเป็นธรรมในสังคม ความร่วมมือร่วมใจในชุมชน ความเป็นระเบียบวินัย ความเห็นอกเห็นใจ ค่านิยมที่สอดคล้องกับหลักธรรมในศาสนา

5. ด้านความคิด ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลก ชีวิตและชุมชน การศึกษาวิชาชีพ ความสามารถในการป้องกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชน การเป็นที่ยอมรับในชุมชน การสร้างความสำเร็จด้วยตนเอง การยอมรับตัวเองและการมีเป้าหมายในชีวิตเหมาะสม

6. ด้านจิตใจ ได้แก่ การมีคุณธรรมในส่วนตัวและในสังคม เช่น ความซื่อสัตย์ สุจริต เมตตา กรุณา ช่วยเหลือเกื้อกูล กตัญญู กตเวทิต์ ความจงรักภักดีต่อชาติ ความศรัทธาต่อศาสนา ความเสียสละและความละเว้นจากอบายมุข

2) การวัดคุณภาพชีวิตของประเทศไทยพบว่า สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และวิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล (2554) ได้นำเครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตจากองค์การอนามัยโลกมาปรับปรุงและพัฒนา โดยมีชื่อว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทยหรือ WHOQOL-THAI-BREF เพื่อให้เหมาะสมกับประชากรประเทศไทยและสามารถแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมี ผลต่อ ชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการ ดำเนินชีวิตประจำวันการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องผูกพันกัน การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองและผู้อื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น การประเมินคุณภาพชีวิต มีเบอร์ก (Meeberg, 1999 อ้างถึงใน ทะนงศักดิ์ วันชัย, 2552) ได้ให้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้จำแนกได้ 2 ประเภท

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย เป็นข้อมูลที่เป็นธรรม ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษา และหน้าที่ด้านร่างกาย
2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการทบทวนแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยสรุปว่า คุณภาพชีวิต คือ ความมุ่งหวังของมนุษย์ที่ต้องการจะให้ชีวิตมีความสุข มีความสมหวังในชีวิตไม่ว่าทางด้านสุขภาพกายที่ดี สุขภาพใจที่ดี สังคมที่ดี สิ่งแวดล้อมที่ดี รวมถึงสถานะทางการเงินที่ดีบนพื้นฐานความเป็นอยู่และบริบทของแต่ละคน

2.5 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม

การวิจัยในครั้งนี้ได้รวบรวมแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหา เพื่อให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนของการแก้ไขปัญหาให้มากที่สุด เพื่อให้ชุมชนได้ค้นหาปัญหา ได้แก้ไขปัญหของตนเอง และรวมทั้งการสนับสนุนจากภายนอก ก็จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ และเกิดการพัฒนามีเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อที่จะสร้างให้ชุมชนเกิดการพึ่งพาตนเองและดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน

2.5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมได้มีผู้กล่าวไว้หลายอย่าง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งถือว่าเป็นกลวิธีสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการใดๆ ในชุมชนประสบผลสำเร็จ โดยได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1977) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมโดยทั่วไปหมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นการตัดสินใจได้เพียงอย่างเดียว

ยังใช้การตัดสินใจควบคู่ไปกับการปฏิบัติการด้วย เช่น ในการจัดองค์กร การกำหนดกิจกรรมพัฒนา การตัดสินใจยังมีการเกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่องผลประโยชน์ และการประเมินผลในกิจกรรมการพัฒนาด้วย ซึ่งจะเห็นว่าการตัดสินใจนั้นเกี่ยวโดยตรงกับการปฏิบัติการ และเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ และการประเมินผลด้วยเหมือนกัน เป็นผลมาจากการปฏิบัติการและนำมากำหนดให้มีการประเมินผล ซึ่งต่างก็ได้รับผลมาจากขั้นตอนของการตัดสินใจทั้งสิ้นนั่นเอง นอกจากนี้ก็จะมีผลสะท้อนกลับจากการประเมินผลและการปฏิบัติงานกลับไปสู่การตัดสินใจเลือกปัญหาอีกครั้ง (Cohen and Uphoff, 1977)

Erwin (1976) กล่าวว่า การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของประชาชน ให้ความสำคัญสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชน แก้ไขปัญหาร่วมกัน การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมและสนับสนุนผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (Erwin, 1976)

สมเด็จ มุงวิธา (2556) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนและมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เพราะเหตุนี้การพัฒนาจึงมุ่งเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการให้อำนาจและพัฒนาศักยภาพในการคิดค้น วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุและตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาตนเองของชุมชนและท้องถิ่น

ชนนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2553) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงพระราชทานไว้ว่า การทำงานในชุมชนต้องใช้ภูมิสังคมประจักษ์ คือ ต้องใช้ความรู้สึกร่วมกัน ประวัติความเป็นมาและการมีส่วนร่วมมา เป็นต้นแบบในการพัฒนาชุมชน การประสานงานระหว่างภาครัฐกับท้องถิ่นและการประสานงานแบบต่อเนื่อง การเกื้อกูลซึ่งกันและกันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตัวเองได้อย่างยั่งยืน การพัฒนาต้องอยู่บนแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เปิดกว้างให้ภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอย่างแท้จริง เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในชุมชนควรเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงเรื่องความรู้สึกนึกคิดของคนและความร่วมมือของคน

อรทัย ก๊กผล (2552) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วม ตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดโดยเริ่มตั้งแต่ 1) การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนเองอยู่ 2) ร่วมคิดด้วยกันว่าอะไรที่เป็นปัญหาของชุมชน มีสาเหตุอย่างไรและจะจัดลำดับความสำคัญของปัญหานั้นๆ อย่างไร และควรที่จะจัดการกับปัญหาใด

ก่อนหลัง 3) ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการอะไร จะแบ่งงานกันอย่างไร ใช้งบประมาณมากน้อยเพียงใด จะจัดหางบประมาณมาจากที่ใดและใครจะเป็นผู้ดูแลรักษา 4) ร่วมดำเนินงาน ประชาชนจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เต็มลั้งความรู้ความสามารถของตนเอง 5) ร่วมกันติดตามประเมินผล ตลอดเวลาที่ทำงานร่วมกัน ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ถึงปัญหาอุปสรรคและร่วมกันในการหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้งานหรือภารกิจดังกล่าวสามารถสำเร็จ ลุล่วงตามเป้าหมาย 6) ร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนแล้ว ย่อมที่จะได้รับผลประโยชน์ร่วมกันซึ่งอาจไม่จำเป็นที่จะต้องอยู่ในรูปของเงิน วัสดุสิ่งของ แต่อาจเป็น ความสุขสบาย ความพอใจในสภาพของความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

2.5.2 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในการพัฒนามี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจขั้นแรกที่สุดจะต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการ และการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้อง ดำเนินการไปเรื่อยตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผนและการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็น องค์ประกอบของการดำเนินโครงการนั้น จะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้ บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงาน และ ประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว จะต้อง พิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็น ประโยชน์ในทางบวก และผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็น โทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญที่ต้องสังเกต คือ ความเห็น (View) ความชอบ (Preferences) และความ คาดหวัง (Expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

2.5.3 ระดับของการมีส่วนร่วม

บัทเซอร์ แก้วส่อง และคณะ (2556) ได้ให้แนวคิดในการวัดการมีส่วนร่วมในมิติเชิง คุณภาพ กำหนดแนวทางกว้างๆ ในการวัดการมีส่วนร่วมในมิติเชิงคุณภาพ 3 ระดับ คือ

1. ระดับการมีส่วนร่วมเท่าเทียมหรือการมีส่วนร่วมแบบถูกระงับ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมไม่มีอำนาจใดๆ ในการตัดสินใจ

2. ระดับการมีส่วนร่วมในบางส่วน การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมมีส่วนเสนอความคิดเห็นแต่อำนาจการตัดสินใจจะอยู่ที่บุคคลอื่น

3. ระดับการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมได้รับการฟังและยอมรับเป็นส่วนใหญ่ แสดงว่าอำนาจการตัดสินใจจะอยู่ที่ผู้เข้าร่วมนั่นเอง

จิตจางง์ กิติกรติ (2532) ได้กล่าวว่า หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) ถือเป็น การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาครัฐจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่างๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าวการจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์

2. การรับฟังความคิดเห็น (Consult) เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่างๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์

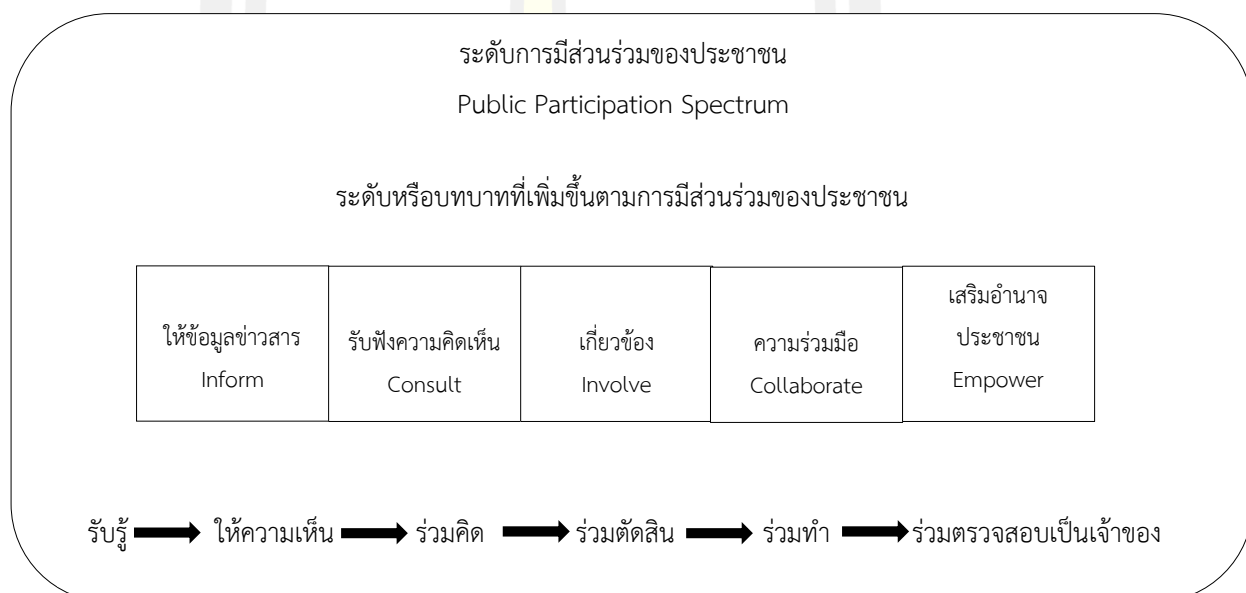
3. การเกี่ยวข้อง (Involve) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานหรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็น และความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย

4. ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะ มีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจและมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ

5. การเสริมอำนาจแก่ประชาชน (Empower) เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่างๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน อาจทำได้หลายระดับและหลายวิธี ซึ่งบางวิธีสามารถทำได้อย่างง่าย แต่บางวิธีก็ต้องใช้

เวลาขึ้นอยู่กับความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนค่าใช้จ่ายและความจำเป็นในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องละเอียดอ่อนจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน การรับฟังความคิดเห็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมรวมทั้งพัฒนาทักษะและศักยภาพของข้าราชการทุกระดับควบคู่กันไปด้วยจากหลักการและความจำเป็นดังกล่าวทำให้การพัฒนากระบวนการที่ผ่านมามีการพัฒนา

กระบวนการบริหารราชการ ที่สนับสนุนการปรับกระบวนการทำงานของส่วนราชการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นหรือที่เรียกว่า "การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม"



ภาพที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation Spectrum)
ที่มา การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน (จิตจำนงค์ กิติกิริติ, 2532)

2.5.4 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน

เสาวนีย์ ประลองกิจ (2552) ได้กล่าวถึง ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา คือ ในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการใดๆ หากประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาแก้ไขปัญหา

2. ประชาชนมีโอกาสได้ใช้ความรู้ความสามารถของคนที่อยู่ในรูปของความคิด การตัดสินใจ และการกระทำได้อย่างเต็มที่
3. เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน
4. ประชาชนเกิดความรู้สึกในความเป็นเจ้าของทำให้การพัฒนาที่มีความมั่นคงถาวร และประหยัด
5. เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถและพลังของประชาชนในการพึ่งพาตนเอง
6. เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย

จากการทบทวนแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยสรุปว่า การมีส่วนร่วม คือเป็นการมีส่วนร่วมในทุก ขั้นตอนของการดำเนินงานของคนในชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการรับรู้ ขั้นตอนการให้ความเห็น ขั้นตอน การร่วมคิด ขั้นตอนการร่วมตัดสินใจ ขั้นตอนการร่วมทำ และขั้นตอนการร่วมตรวจสอบ การมีความ เป็นเจ้าของเพื่อให้ได้แก้ไข้ปัญหาของตนเอง เกิดการพัฒนาที่มีเป้าหมายชัดเจน เพื่อที่จะสร้างให้ ชุมชนของตนเองเกิดการพึ่งพาตนเองและดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน

2.6 การวางแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมแบบเชิงพุทธ

ความเข้มแข็งของชุมชนเป็นจุดหมายของการพัฒนาชุมชน เป็นสิ่งที่บอถึงความสำเร็จของ การพัฒนาที่ยั่งยืน วงการพัฒนาชุมชนจึงมุ่งสู่การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งต้อง ประกอบด้วยปัจจัยที่หลากหลาย ยากยิ่งที่จะระบุถึงวิธีการส่งเสริมที่ได้ผลแน่นอน ไม่สามารถมอบให้ โดยคนภายนอกชุมชนแบบสำเร็จรูป เพราะความเข้มแข็งของชุมชนย่อมสร้างด้วยชุมชนเอง ด้วยแรง สนับสนุนและส่งเสริมจากหน่วยงาน องค์กร บุคคลที่เป็นภาคีเครือข่ายหรือกัลยาณมิตรของชุมชน การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นกระบวนการของการแก้ไขปัญหา ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน ก็คือ กระบวนการสร้างแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการแผนชุมชน หมายถึง ขั้นตอนและวิธีการในการเตรียม การศึกษาวิเคราะห์ ชุมชน การวางแผนในการป้องกัน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน รวมถึงการวางแผนในการกำกับและ ประเมินผลโดยชุมชน ซึ่งมีทีมสนับสนุนด้านความรู้ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากรและการอำนวยความสะดวก ต่างๆ จากภายนอกชุมชนที่เปิดโอกาสให้เกิดกระบวนการและร่วมในกระบวนการของชุมชน ด้วย (อดิศร วงศ์คงเดช, 2552)

กระบวนการแผนชุมชน ประกอบด้วย

1. การเตรียมเป็นขั้นตอนขั้นต้นก่อนกระบวนการแผน เมื่อเลือกชุมชนแล้ว โดยการ เตรียมเรื่องต่อไปนี้

1.1 เตรียมใจ

1.1.1 เตรียมใจ ทีมสนับสนุน หรือเจ้าหน้าที่ ต้องเตรียมใจในเรื่องต่อไปนี้ ใจต้องเชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชนในการพัฒนา ถ้าได้รับโอกาสและการสนับสนุน ใจต้องศรัทธาในกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ศรัทธาในภูมิปัญญาชุมชน ใจต้องเปิดกว้างพร้อมรับสิ่งที่แตกต่างจากสมมติฐานหรือมุมมองของตนเอง ใจต้องยอมรับความเท่าเทียมในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

1.1.2 เตรียมใจ คนในชุมชนควรเตรียมใจในเรื่องต่อไปนี้ ใจต้องเชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชนเองในการพัฒนา ถ้าได้รับโอกาสและการสนับสนุน ใจต้องศรัทธาในกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ใจต้องเปิดกว้างพร้อมรับสิ่งที่แตกต่างจากสมมติฐานหรือมุมมองของตนเอง ใจต้องคำนึงความเท่าเทียมในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถึงสิทธิของตนเอง ใจต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลง ใจต้องมีความมั่นใจของทีมสนับสนุนจากภายนอกชุมชน

1.2 เตรียมความรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องความรู้ข้อมูลข่าวสาร หมายรวมทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชนที่ชุมชนควรจะต้องรู้เท่าทัน จากช่องทางต่างๆ

1.2.1 ทีมสนับสนุน ควรถือเป็นภารกิจในการเตรียมทั้งข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความรู้ข้อมูลข่าวสารภายนอกชุมชน ความเป็นไปต่างๆ ที่เกี่ยวข้องส่งผลกระทบต่อชุมชน

1.2.2 ชุมชน อาจเตรียมข้อมูลเบื้องต้นของครอบครัวและชุมชนตนเอง

1.3 เตรียมตัว

1.3.1 ทีมสนับสนุน ต้องเตรียมตัวในเรื่องของบุคลิกภาพ เพื่อให้เข้ากับการทำงานเคียงข้างกับชุมชน ให้ชุมชนยอมรับเป็นเพื่อน เป็นพี่น้องลูกหลานแทนการเห็นเป็นหัวหน้าหรือเจ้านาย

1.3.2 คนในชุมชน ต้องเตรียมตัวในเรื่องที่จะก้าวสู่การพัฒนาชุมชนของตนเอง ก้าวออกมาแสดงความคิดเห็น แสดงถึงความรักความห่วงใยชุมชน

2. การศึกษาวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

การศึกษาวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเรียนรู้แบบกึ่งทางการ เรียนรู้โดยคนในชุมชนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนในชุมชนเอง เริ่มจากการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ตั้งแต่สำรวจข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามความต้องการของชุมชนแล้วมาร่วมกันพัฒนาให้ยั่งยืน โดยมีแนวคิดที่ว่า “เรียนรู้ร่วมกัน และแบ่งปันประโยชน์ร่วมกัน”

3. การเลือกคณะทำงานแผนชุมชน

การจัดทำแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม เป็นขั้นตอนต่อจากการศึกษาวิเคราะห์ชุมชน โดยกระบวนการจัดทำแผนชุมชน จำเป็นต้องมีคณะทำงานแผนชุมชน ซึ่งอาจเรียกว่าผู้เข้าร่วมการ

จัดทำแผนชุมชนการเลือกผู้เข้าร่วมนั้น เป็นปัจจัยที่จะทำให้ได้แผนที่ดี เป็นที่ยอมรับ และที่สำคัญ คือ แผนนั้นจะถูกนำไปดำเนินการอย่างจริงจังภายใต้การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

4. การจัดทำแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ในกระบวนการแผนชุมชนใช้การหมั่นทบทวนอดีต ศึกษาปัจจุบัน เพื่อสร้างอนาคต และ อดีต(แม้แก้ไขไม่ได้) คือบทเรียนที่มีคุณค่าและใกล้ตัว ปัจจุบัน คือภาวะที่กำลังเผชิญและต้องตัดสินใจ ส่วนอนาคต (แม้จะยังไม่มาถึง) คือสิ่งที่เราสามารถเฝ้ามองและกำหนดได้ เมื่อพิจารณาหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา คือ การนำเอาหลักการของ อริยะสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) มาใช้อย่างเป็นทางการ ในการศึกษาค้นคว้าได้ประยุกต์สำหรับ กระบวนการของแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

4.1 รู้สุข รู้ทุกข์

4.2 สาเหตุของสุขและทุกข์

4.3 แนวทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุข

4.4 การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์เพิ่มสุข

ทั้งนี้แต่ละขั้นตอน จาก 4.1-4.4 มีขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติของแต่ละขั้นตอน ดังต่อไปนี้

กระบวนการที่ 1 รู้สุข รู้ทุกข์ กระบวนการนี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลักได้แก่ (1) การรำลึกอดีตถึงปัจจุบัน และ (2) การพิจารณาบทเรียนที่ผ่านมา การรำลึกอดีตถึงปัจจุบัน คือการที่คณะทำงานแผนชุมชน ร่วมกัน ทบทวน ความรู้ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และเหตุการณ์ที่สำคัญๆ ที่เกิดขึ้นในห้วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งอาจอยู่ได้ตั้งแต่ระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา จนถึงเหตุการณ์ตั้งแต่ยุคสมัยที่ผู้เข้าร่วมยังเป็นหนุ่มสาวหรือเด็กๆ โดยการกำหนดห้วงเวลาที่จะเรียนรู้ สามารถกำหนดได้ตามความเหมาะสมหรือตามวัตถุประสงค์ของงานหรือตามประสบการณ์ของกลุ่มผู้เข้าร่วม โดยทั่วไปแล้วถ้ากำหนดห้วงเวลายาวนานเกินไป อาจมีปัญหาเรื่องความจำที่อาจจำไม่ได้ แต่ถ้าหากห้วงเวลานั้นสั้นเกินไปอาจมีปัญหาเรื่องไม่เห็นภาพความเปลี่ยนแปลง หรือความแตกต่างจากปัจจุบัน การรำลึกอดีตจะเน้นเฉพาะเหตุการณ์ที่สำคัญๆ ในห้วงเวลาที่กำหนดเท่านั้น จึงไม่ใช่ว่าไปกำหนดช่วงเวลาเป็นปีเป็นเดือน แล้วจึงระลึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีแต่ละเดือน ซึ่งจะทำให้ใช้เวลามากเกินไปไม่คุ้มค่า แต่เป็นการรำลึกว่าเหตุการณ์นั้น มีอะไรบ้าง แล้วจึงรำลึกว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในช่วงเวลาใดหลักในการรำลึกอดีต ควรจะเริ่มจากการทบทวนอดีตตามแต่ละห้วงเวลา ในประเด็นหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) สภาพเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ การเมืองการปกครองที่สำคัญของประเทศ ภาค และจังหวัด ช่วงเวลาใด 2) การเปลี่ยนแปลงทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ การเมืองการปกครองที่สำคัญของ อำเภอ/เขต ช่วงเวลาใดเป็นอย่างใด 3) สภาพการณ์เปลี่ยนแปลงในระดับหมู่บ้าน และการดำเนินงานหรือความร่วมมือในการดำเนินการเรื่องที่เกี่ยวข้อง ช่วงเวลาใด เป็นอย่างไร 4) สภาพการดำรงชีวิตหรือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของครอบครัวหรือส่วนตัวของแต่ละคน

ช่วงเวลาใด เป็นอย่างไรซึ่งอาจจะประยุกต์ใช้ เทคนิค เส้นแบ่งเวลา(Time Line) มาประยุกต์ใช้ในการ รำลึกอดีต

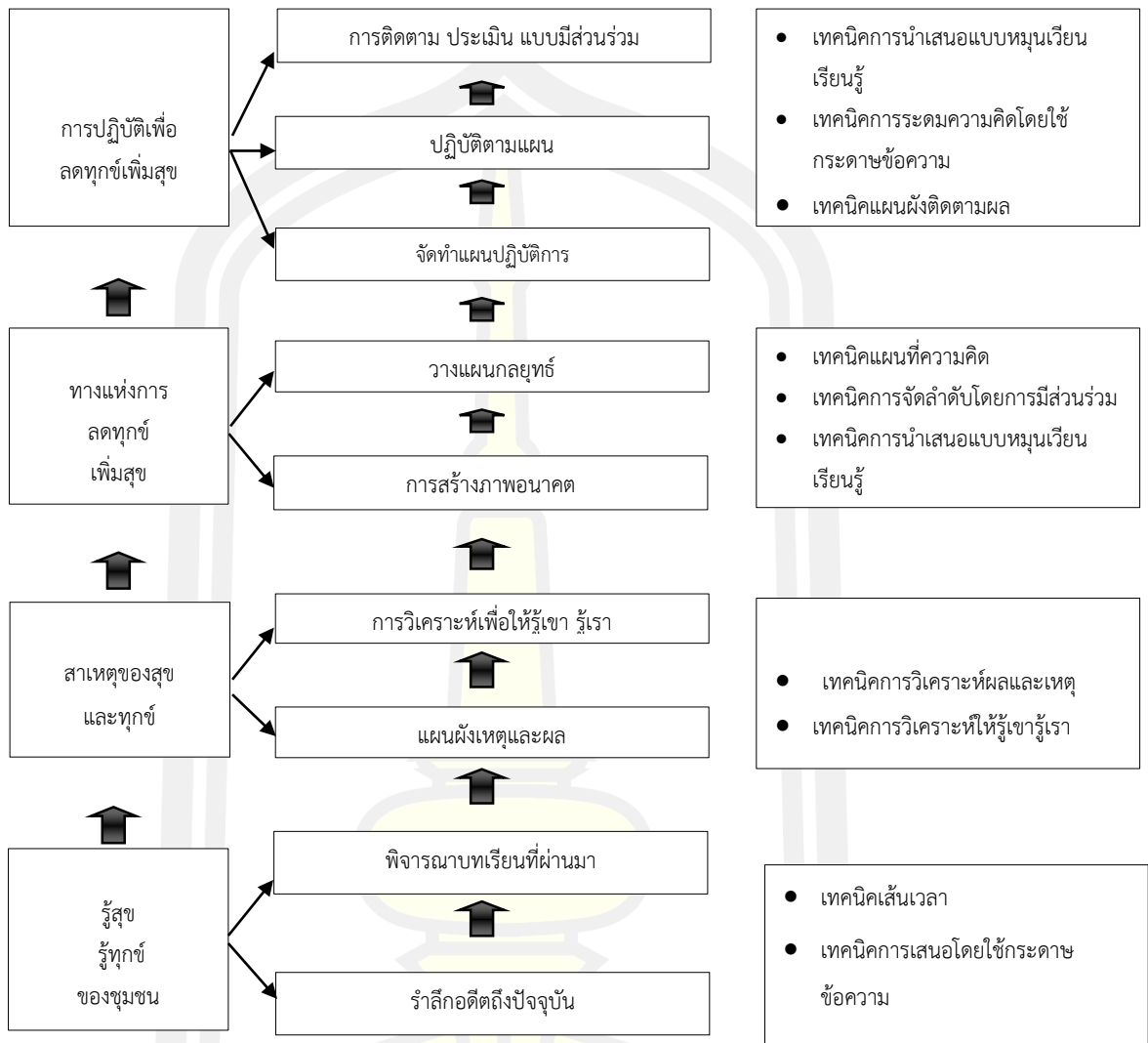
กระบวนการที่ 2 สาเหตุของสุขและทุกข์ เป็นการร่วมกันพิจารณาสิ่งที่เป็นอยู่ในชุมชน ในประเด็นที่ได้เชื่อมโยงมาจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ว่าสิ่งที่เป็นอยู่ ที่รับรู้ว่าเป็นสุข รับรู้ว่าเป็นทุกข์ จากกระบวนการที่ 1 นั้น อะไรที่เป็นสาเหตุส่งผลให้เกิดผลต่ออะไร ผลนั้นกระทบต่อไปเรื่องอื่นอย่างไร กล่าวโดยสรุป คือ การวิเคราะห์พิจารณาว่า สิ่งที่เป็นสุขของชุมชนนั้นเกิดมาจากอะไร และสิ่งที่เป็นทุกข์ของชุมชนนั้นเกิดจากอะไร และถ้าสมาชิกชุมชนยังอยู่ในสถานการณ์เดิมต่อไปเรื่อยๆ จะเกิดอะไรขึ้นกับชุมชนบ้าง และอาจจะประยุกต์ใช้เทคนิคแผนผังเหตุและผล (Causal Diagram) มาประยุกต์ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

กระบวนการที่ 3 ทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุข เมื่อรู้ทุกข์ รู้สุข รู้เหตุและผลแห่งทุกข์สุข แล้ว จึงเข้าสู่กระบวนการสร้างความสุขของชุมชน ความสุขของชุมชนที่สมบูรณ์แบบ คือ การที่ชุมชน ไม่มีความทุกข์เลย หรือชุมชนมีแต่สิ่งที่ปรารถนาทั้งหมดทุกประการ ซึ่งอาจจะไกลเกินกว่าจะเกิดขึ้น ได้จริง ดังนั้น กระบวนการสร้างความสุขของชุมชน จึงถือหลักการที่ การทำให้ชุมชนมีทุกข์น้อย มีสุข มาก เมื่อชุมชนมีทั้งสุขทั้งทุกข์ เป้าหมายก็คือการ ลดทุกข์เพิ่มสุข ในการมองภาพอนาคตที่ปรารถนา และการสร้างภาพอนาคตของชุมชน อาจร่วมกันสร้างได้โดยการระดมสมองด้วยเทคนิค แผนที่ความคิด (Mind Map)

กระบวนการที่ 4 การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์ เพิ่มสุขจากกลยุทธ์ในการลดทุกข์ เพิ่มสุข ของชุมชนที่ได้ช่วยกันสรรค์สร้างขึ้นมา และได้คำตอบของคำถามใหญ่ๆ ว่า “ทำอย่างไร ?” ซึ่งยังไม่มี รายละเอียดสู่การปฏิบัติ ดังนั้น คณะผู้ร่วมทำงานแผนชุมชนจึงต้องร่วมกันทำแผนปฏิบัติการของชุมชน โดยกระบวนการปฏิบัติเพื่อลดทุกข์ เพิ่มสุขนี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การจัดทำแผนปฏิบัติการและการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการโดยสรุป กระบวนการวางแผนชุมชนทั้ง 4 ขั้นตอน ดังภาพที่ 2



กระบวนการวางแผนชุมชน



ภาพที่ 2 สรุปกระบวนการวางแผนชุมชนแบบทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค
ที่มา : กระบวนการวางแผนชุมชนแบบทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค (อดิสร วงศ์คงเดช, 2552)

อริยมรรคมีองค์ 8 ประการ

มรรคเป็นหลักกลางทางศาสนาพุทธในการประพฤติปฏิบัติตามองค์ประกอบภายในมรรคให้ ครบองค์ เพื่อให้ถึงซึ่งเป้าหมายแห่งความดับทุกข์ และหลุดพ้นจากกรรมโดยมีองค์ประกอบ 8 ประการ ดังนี้

1. สัมมาทิฐิ หมายถึง การเห็นชอบ ได้แก่ ความรู้ในอริยสัจ 4 หรือเห็นไตรลักษณ์ หรือรู้กุศลมูลกับ อกุศลมูล หรือเห็นปฏิจจนสมุปบาท กล่าวคือ มองเห็นว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นล้วนมีเหตุหรือ

ที่มา ซึ่งเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นระบบ การลงมือกำจัดทุกข์ จึงควรทำโดยมีรากฐานแห่งความคิดและความเชื่อที่ถูกต้องอยู่เสมอ (เช่น เชื่อว่าทำดีย่อมได้ดี เป็นต้น) ใช้ปัญญา ในการเลือกทำเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดคุณ ไม่ใช่เกิดโทษ ไม่ใช่ทำด้วยความหลงผิดหรือทำด้วยความไม่รู้

2. สัมมาสังกัปปะ หมายถึง การดำริชอบ ได้แก่ ความนึกคิดที่ต้งาม ไม่พยาบาท ไม่เบียดเบียน กล่าวคือ การใช้ความคิดในทางที่นำไปสู่ความต้งาม หากจะลงมือเอาชนะความทุกข์ก็ต้องเป็นการแก้ทุกข์แล้วเกิดความงอกงามขึ้น เกิดสิ่งต้งามขึ้น ไม่ใช่แก้ทุกข์อย่างหนึ่งแล้วไปเกิดทุกข์อีกอย่างหนึ่งขึ้นมา กล่าวคือต้องเป็นการคิดที่ปราศจาก โลภะ โทสะ โมหะ ถึงจะช่วยให้การเอาชนะความทุกข์ได้ผลอย่างสมบูรณ์

3. สัมมาวาจา หมายถึง การเจรจาชอบ ได้แก่ การพูดความจริง หรือวจีสัจจิต กล่าวคือเป็นการแก้ปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันและการทำงาน ด้วยการพูดความจริง ใช้คำพูดหรือวาจาที่ไพเราะต้งาม พูดแล้วเกิดผลดี พูดแล้วทำให้คนรักกันเกื้อกูลกัน เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องต่อกันมากขึ้นเรื่อยๆ พูดให้เกิดความสร้างสรรค์และสมัครสมานสามัคคี หรือพูดแล้วทำให้เกิดทางออกในการแก้ปัญหาาร่วมกัน จึงเป็นหลักที่มีไว้เพื่อเตือนสติยามเอาชนะความทุกข์ว่า การพูดไม่ดี พูดด้วยอารมณ์ จะทำให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น จึงควรมีสติ สงบระงับข่มคำพูดที่สร้างเรื่องเชิงลบไว้ให้ได้

4. สัมมากัมมันตะ หมายถึง การกระทำชอบ ได้แก่ การกระทำที่เว้นจากความประพฤติชั่ว หรือกายสุจจิต กล่าวคือ มีการกระทำในทางที่ต้งาม ทำแต่พฤติกรรมที่ดี ไม่เบียดเบียนใครไม่ทำให้ใครทุกข์ใจ ทำพฤติกรรมที่ดีต่อทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ทำอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา และไม่เลือกปฏิบัติ ซึ่งการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องก็จะช่วยลดโอกาสการเกิดความผิดพลาดในชีวิต หรือโอกาสการเกิดของทุกข์ได้เป็นอย่างดี และหากปฏิบัติถึงขั้นประพฤติชอบได้เป็นปกติวิสัยแล้ว ความทุกข์ที่จะต้องเผชิญก็อาจจะเหลือเพียงความทุกข์ที่เกิดจากปัจจัยภายนอกเท่านั้น

5. สัมมาอาชีวะ หมายถึง การเลี้ยงชีพชอบ ได้แก่ ประกอบสัมมาชีพ หรือเว้นการประกอบ มิจฉาชีพ กล่าวคือ เว้นจากการเลี้ยงชีพโดยทางผิด เช่น การหลอกลวง การโกง บังคับ ชูเชิญ โดยประกอบแต่อาชีพที่สุจจิต อาชีพที่สร้างความสำเร็จทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ต่อสังคม และต่อประเทศชาติ หรือเป็นอาชีพที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน ซึ่งหากประกอบอาชีพด้วยความเหมาะสม สุจจิตไม่ผิดกฎหมาย ศีลธรรม ไม่ทำให้เกิดความเสียหายต่อตนเองและผู้อื่น ก็จะเป็นหนทาง สำคัญที่จะช่วยป้องกันหรือบรรเทาความทุกข์ในชีวิตและการทำงานลงไปได้

6. สัมมาวายามะ หมายถึง การพยายามชอบ ได้แก่ ความเพียรที่ชอบ เช่นเพียรระวัง สิ่งที่ไม่ต้งามไม่ให้เกิดขึ้น เพียรละสิ่งที่ไม่ต้งามที่เกิดขึ้นแล้ว เพียรทำสิ่งที่ต้งามให้เกิดขึ้น และเพียรรักษาสิ่งต้งามที่เกิดขึ้นแล้วไม่ให้เสื่อมไปโดยทำให้เพิ่มพูนขึ้น กล่าวคือ การพยายามที่จะดำรงตนให้อยู่ในเส้นทางที่ถูกต้องเหมาะสม หมั่นเตือนตนเองไม่ให้ทำอกุศลกรรม หากปัจจุบันกำลังทำสิ่งไม่ดีหรือในอดีตทำสิ่งใดที่ผิดพลาด ก็ควรละเลิก และหันมาทำสิ่งที่ดี โดยต้องใช้ความเพียรอย่างมากที่จะนำ

ตนเองเข้าสู่เส้นทางแห่งความถูกต้องเพื่อให้ชีวิตและการงานในปัจจุบันและอนาคตได้พบกับความสุขความสำเร็จ

7. สัมมาสติ หมายถึง การระลึกชอบ ได้แก่ การตั้งสติกำหนดพิจารณาปัญหาหรือสิ่งทั้งหลายให้รู้เท่าทันตามสภาวะที่เปลี่ยนแปลง และตามความเป็นจริง กล่าวคือ การตั้งตนอยู่ในความมีสติ ตระหนักรู้เสมอว่า กำลังทำหรือจะทำอะไร ไม่ปล่อยไหลลื่นตัว เตือนตนเองเสมอว่าให้กระทำแต่สิ่งที่ชอบ และละเว้นจากการกระทำสิ่งที่มีชอบ โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหารบกวนจิตใจ ก็ต้องไม่ปล่อยให้ขาดสติ สติต้องอยู่กับตนเสมอ เมื่อใดก็ตามที่จิตใจสับสน วุ่นวาย หรือเกิดอารมณ์เชิงลบ นั้นแสดงว่าสติกำลังเลือนหายไป ต้องรีบเตือนตนเองเรียกสติกลับคืนมาให้เร็วที่สุด และใช้สตินั้นพิจารณาตัวตนในปัจจุบันว่า กำลังโกรธ กำลังเศร้าหรือกำลังเครียดหรือไม่ ซึ่งการใช้สติพิจารณาก็เพื่อที่จะได้ลงมือปฏิบัติในการแก้ปัญหาและดำเนินการในสิ่งที่ถูกต้องต่อไป การมีสตินี้ถือเป็นส่วนที่สำคัญมากของการแก้ปัญหาโดยใช้แนวทางของอริยสัจ 4

8. สัมมาสมาธิ หมายถึง การตั้งจิตมั่นชอบ ได้แก่ การทำจิตให้สงบ ประณีตและเจริญมีความปิติ สบายใจ และมีความสุขโดยมีจิตเป็นหนึ่งเดียวที่มีพลัง สามารถประกอบการสิ่งใดได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ การมีสภาวะของจิตที่สงบนิ่ง ตั้งมั่น แน่วแน่เป็นหนึ่งเดียวเป็นจิตที่ใส สะอาดและมีพลังเหมือนกระแสน้ำ

จากการทบทวนแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยสรุปว่า การกระบวนกรวางแผนชุมชนแบบวิถีเชิงพุทธเป็นวิธีการวางแผนแก้ไขปัญหาโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทางพระพุทธศาสนา ตามหลักอริยสัจ 4 มาใช้ในการวางแผนชุมชนโดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ รู้ทุกข์ รู้สุข สาเหตุของสุขและทุกข์ แนวทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุข การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์เพิ่มสุข เพื่อใช้ค้นหาปัญหาที่แท้จริงของชุมชน

2.7 แนวคิดหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบของวิธีการศึกษาค้นคว้าแบบสะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มปฏิบัติงาน เป็นการวิจัยของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานร่วมกันที่สนใจที่จะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานหรือพัฒนางานที่เหมาะสมและมีคุณภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์ของสังคมนั้นๆ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ได้ถูกนำมาใช้เป็น “เครื่องมือสำหรับการพัฒนา” ได้รับความสนใจและกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง ในชุมชน สถาบัน หรือองค์กรต่างๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนของประเทศไทย โดยเฉพาะวงการการศึกษาที่นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการไปใช้ทำการวิจัยในโรงเรียนและชั้นเรียน (องอาจ นัยพัฒน์, 2548) นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมให้ผู้บริหารและบุคลากรตำแหน่งอื่นๆ ในองค์การบริหารส่วนตำบล

(อบต.) นำรูปแบบการวิจัยดังกล่าว ไปใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน

2.7.1 ความเป็นมาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ในปีคริสต์ศักราช 1994 Kurt Lewin นักจิตวิทยาสังคมชาวเยอรมันเชื้อสายยิวที่อพยพลี้ภัยเข้ามาพำนักในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นบุคคลแรกที่ใช้คำว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ ได้มีการยืนยันว่ามีที่มาอย่างน้อย 2 แหล่ง คือ เกิดจากการเสนอแนวคิดของ Lewin มีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การค้นหาความจริง (Fact Finding) และการดำเนินงานตามแผนต่างๆ (Execution) (สุวิมล ว่องวานิช, 2552) ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง โดยเหตุนี้การวิจัยปฏิบัติการจึงมี 3 ลักษณะ 3 ประการ คือ การมีส่วนร่วม การสร้างเสริมความเป็นประชาธิปไตย และการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมศาสตร์และสังคมพร้อมๆ กัน (องอาจ นัยพัฒน์, 2548)

2.7.2 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในปัจจุบันนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นที่รู้จักและได้รับการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

จอห์นสัน (Johnson, 2008) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการวิจัยระหว่างการทำงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจและพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน

เคมมิส และแมคแทกกาท (Kemmis & McTaggart, 1988) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ๆ ในเชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

สุภางค์ จันทวานิช (2542) ได้ให้ความหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดีเหมาะสม ตามความรู้ ความเข้าใจของผู้วิจัย มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ประเมินดูความเหมาะสมตามความเป็นจริง ควบคุมแนวทางปฏิบัติแล้วนำผลมาปรับปรุงการปฏิบัติการเพื่อนำผลไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจนำไปใช้เผยแพร่ได้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2542 อ้างอิงมาจาก ชูลีลักษณ์ หนูเสน, 2557)

ประวิต เอราวรรณ์ (2545) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า หมายถึงกระบวนการศึกษาค้นคว้าร่วมกันอย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจต่อปัญหาหรือข้อสงสัยที่กำลังเผชิญอยู่ และได้ให้แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติงาน (ประวิต เอราวรรณ์, 2545 อ้างอิงจาก ชุติลักษณ์ หนูเสน, 2557)

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า การวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลัก เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านอื่นๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

สุรวาท ทองบุ (2555) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า เป็นการวิจัยที่นำผลมาใช้แก้ปัญหาเฉพาะอย่างหรือเฉพาะหน้าเป็นเรื่องๆ เท่านั้นโดยไม่สามารถยืนยันได้ว่าสามารถนำไปแก้ปัญหาได้ในสถานที่อื่นได้อีกหรือไม่ เช่น รูปแบบการพัฒนาครูในโรงเรียนใดโรงเรียนหนึ่ง เป็นต้น

สมบัติ ท้ายเรือคำ (2555) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า เป็นการวิจัยเพื่อนำผลมาใช้แก้ปัญหาอย่างรีบด่วนหรือปัจจุบันทันทีซึ่งมีจุดมุ่งหมายเฉพาะเพื่อจะนำผลที่ได้มาใช้แก้ปัญหาเฉพาะเรื่องในวงจำกัดโดยไม่ได้สนใจว่าจะใช้ประโยชน์หรือแก้ปัญหาอื่นได้หรือไม่

บุญชม ศรีสะอาด (2556) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า เป็นการวิจัยเพื่อนำผลมาใช้แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน

2.7.3 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

Mckeman (ประวิต เอราวรรณ์, 2545 อ้างอิงจาก Mckeman, 1996) ได้แบ่งการวิจัยปฏิบัติการออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิธีวิทยาศาสตร์ (Scientific Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่อาศัยกระบวนการวิทยาศาสตร์เป็นวิธีวิจัยหรือวิธีแก้ปัญหา เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของ Kurt Lewin ที่มีขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือการวางแผน (Planning) การค้นหาความจริง (Fact Finding) และการดำเนินงานตามแผนต่าง ๆ (Execution) เป็นต้น

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical-deliberative Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจและปรับปรุงพัฒนาวิธีการปฏิบัติงาน รูปแบบนี้จะเน้นที่การให้เกิดการวิจัยขึ้นจากค่านิยมในการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เริ่มโครงการ และบทบาทของผู้วิจัย คือ การกระตุ้น และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจและเริ่มทำการปรับปรุงการ

ปฏิบัติงาน เช่น รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Jhon Elliot จะเน้นวิธีการให้ผู้ปฏิบัติงานส่องสะท้อนการพัฒนาตนเอง เขาเชื่อว่าการวิจัยปฏิบัติการจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ดีในสถานการณ์ทางสังคม ส่วนรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ David Ebbutt เสนอว่าแนวทางที่ดีที่สุดในการคิดเชิงกระบวนการ คือ ลำดับขั้นตอนตามวงจรแห่งความสำเร็จ ไม่ใช่การดำเนินงานแบบเกลียว

3. การวิจัยปฏิบัติการเชิงอิสระ (Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขององค์กร โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มผู้วิจัยมีอิสระในการเผชิญหน้ากับปัญหา และร่วมมือกันแสวงหาวิธีการที่ดีที่จะแก้ไข แล้วส่องสะท้อนตนเองจากผลการปฏิบัติ เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย Deakin หรือการวิจัยปฏิบัติการตามรูปแบบของ Kemmis และคณะมีความคิดว่าการบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเป็นเกลียว (Spiral) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการสังเกตผล และการสะท้อนผล

สุวิมล ว่องวานิช (2552) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดประเภทวิจัยปฏิบัติการดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

1.1 การวิจัยแบบเป็นทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการเคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัยหรือของนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์ มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามวิจัยได้ชัดเจนและมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่จำแนกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

1.2 การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดแบบวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยเชิงวิชาการ มุ่งเน้นการตอบคำถามวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการเรียนการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้บางครั้ง พบว่า มีการรายงานเพียง 1-2 หน้า

2. รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ (Kemmis and Zuber-Skerrit)

2.1 การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) การวิจัยตามรูปแบบนี้มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอกมาช่วยทำงานวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทบาทของผู้วิจัยหลักโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอ

ความคิด วิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2.2 การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานแล้วยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วยในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนผลและคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีโอกาสที่จะเรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในประเด็นปัญหาวิจัยที่มาจาก การปฏิบัติจริง และสามารถนำเสนอผลการวิจัยไปใช้ได้

2.3 การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์/อิสระ (Critical Emancipator Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยปฏิบัติการแบบที่ 1 และ 2 คือ นอกจากพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่เป็นอยู่ในองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอก ร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิ์มีเสียงในการแสดงความคิดเห็นได้เท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาท เป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่ 2 การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติ และนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ ภูมิทัศน์ และพันธนาการทางความคิด เดิม จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงานจากผู้ปฏิบัติ ถูกครอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรก มาเป็นการทำงานร่วมกัน (Cooperation) ในแบบที่ 2 และรูปแบบการทำงานที่ 3 ซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งเป็นแนวทางการวิจัยปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมและยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่นๆ (องอาจ นัยพัฒน์, 2548 อ้างอิงจาก Kemmis, and McTaggart, 1988)

2.7.4 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญไว้ 8 ประการ คือ เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านการปฏิบัติงาน (Practical Problem) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการทำทำความเข้าใจ (Understanding) มุ่งเน้นการตีความหมายเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น เสนอผลการวิจัยในรูปแบบเรียบง่าย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ผ่อนคลายความเข้มงวดเกี่ยวกับระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย ไม่เน้นการสรุปอ้างอิงผลการศึกษาวิจัยข้ามไปยังบริบทอื่น และสร้างดุลยภาพและความเสมอภาคระหว่างทัศนะของบุคคลภายในและบุคคลภายนอก

สุวิมล ว่องวานิช (2552) ได้สรุปลักษณะจากนิยามว่า ผู้วิจัยคือผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสิ่งที่ถูกวิจัย คือ ปฏิบัติในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ การพัฒนาการปฏิบัติงาน การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสะท้อนกลับผลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของตนเองและผลที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน/เพื่อร่วมงาน มีส่วนในการวิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติงานและผลที่ได้รับ มีกระบวนการที่มีการดำเนินงานเป็นวงจรต่อเนื่องและทำเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน ผลที่ได้จากการวิจัยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน

2.7.5 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Process) กระบวนการเชิงวิจัยปฏิบัติการประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (Spiral of Steps) ในแต่ละวงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการเตรียมการเบื้องต้น (Pre-Step) ได้แก่ กำหนดจุดมุ่งหมายโดยทั่วไป ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) และ ขั้นค้นหาข้อเท็จจริง (Fact Finding) การดำเนินการวิจัยในสามขั้นตอนสุดท้ายถือเป็นกิจกรรมหลักของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Core Activities) นักวิธีวิทยาการวิจัยแต่ละบุคคลหรือคณะที่มีความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ทำการประยุกต์แนวคิดของ Kurt Lewin ไปใช้ในการศึกษาวิจัยและการเรียบเรียงตำรา โดยจำแนกกิจกรรมหลักทั้งสามขั้นตอนในลักษณะแตกต่างกันไปตามแนวคิดความเชื่อและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีต่อการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (องอาจ นัยพัฒน์, 2548 อ้างอิงจาก Kurt Lewin, 1946) ดังนี้

Kemmis และ McTaggart (องอาจ นัยพัฒน์, 2548 อ้างอิงจาก Kemmis, and McTaggart, 1988) จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือการวางแผน การลงมือปฏิบัติงาน การสังเกตผลการปฏิบัติงาน และการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน

Stringer (องอาจ นัยพัฒน์, 2548 อ้างอิงจาก Stringer, 1999) แบ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 3 ขั้นตอนหลัก คือ การพินิจพิเคราะห์ (Looking) การคิดวิเคราะห์ (Thinking) และการลงมือปฏิบัติ (Action)

Cohlan และ Brannick (องอาจ นัยพัฒน์, 2548 อ้างอิงจาก Cohlan and Brannick, 2001) แบ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 1 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไขและการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ และขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัย (Diagnosing) การวางแผนปฏิบัติการ (Planning Action) การลงมือปฏิบัติการ (Taking Action) และการประเมินผล การปฏิบัติการ (Evaluation Action) โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า แบ่งออกได้ 3 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 การวิจัยปฏิบัติการเน้นวิธีการ (Technical Action Research)

ประเภทที่ 2 การวิจัยปฏิบัติการแบบเน้นการปฏิบัติจริง (Practical Action Research)

ประเภทที่ 3 การวิจัยปฏิบัติการแบบเป็นอิสระ (Emancipatory Action Research)

1. การวิจัยปฏิบัติการแบบเน้นวิธีการ

การวิจัยในรูปแบบนี้จะดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์สูงหรือมีความเชี่ยวชาญในศาสตร์แขนงนั้นๆ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน ซึ่งรูปแบบวิจัยนี้ครูจะเป็นเพียงผู้ปฏิบัติ และอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้วิจัยจากภายนอกที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเชี่ยวชาญในศาสตร์ จึงทำให้ครูไม่ค่อยมีบทบาทในการคิดเท่าที่ควร เพราะถูกวางกรอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) วิธีการวิจัยต่างๆ จะเกิดจากนักวิจัยภายนอกเท่านั้น จึงมีการเน้นวิธีการวิจัยที่ตอบคำถามการวิจัยได้อย่างถูกต้องรัดกุม การวิจัยประเภทนี้มีผลทำให้เกิดการสะสมความรู้เพิ่มขึ้นและการให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความตรงและการทำให้ทฤษฎีที่มีอยู่มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผลที่ตามมาอาจทำให้ข้อค้นพบที่ได้ไม่ได้เกิดจากการปฏิบัติการในสภาพจริงแต่อยู่ในสภาพจัดกระทำ มีการควบคุมสภาพแวดล้อม

2. การวิจัยปฏิบัติการแบบเน้นการปฏิบัติจริง

เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยนอกร่วมทำวิจัยในฐานะของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน ซึ่งเป้าหมายของการวิจัยคือ เพื่อช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการทำงาน นอกจากนี้ยังมุ่งมั่นสร้างความมั่นใจและพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติงาน โดยเน้นที่การตัดสินใจของผู้วิจัยเองที่มุ่งเพื่อให้เกิดสิ่งที่จะช่วยพัฒนาตนเองและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบการทำวิจัยปฏิบัติการแบบเน้นปฏิบัติจริงนั้น จะเป็นการทำงานร่วมกัน (Cooperation) เพื่อกำหนดปัญหาและใช้วิธีการทำวิจัยร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและครู หรือผู้ปฏิบัติงาน โดยมีเป้าหมายในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นจริง

3. การวิจัยปฏิบัติการแบบอิสระ

การวิจัยประเภทนี้ มีการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานจริงอย่างชัดเจน โดยมีเป้าหมายการวิจัยเพิ่มเติมนอกเหนือจากการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและสร้างความเข้าใจให้กับผู้ปฏิบัติงานแล้วนั้น ยังเน้นไปที่การวิจัยเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่มีอยู่เดิมในองค์กร หรือสถานศึกษาให้ดียิ่งขึ้นอีกด้วยซึ่งการวิจัยประเภทนี้ทั้งผู้วิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในสถานศึกษาต่างมีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นเสนอแนะการทำวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน เป็นลักษณะการทำงานแบบร่วมมือกัน (Collaboration) โดยใช้แนวทางการวิพากษ์เป็นพื้นฐาน ไม่มีการยึดติดกับกรอบ

โดยการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (องอาจ นัยพัฒน์, 2548 อ้างอิงจาก Kemmis, and McTaggart, 1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับต่อการปฏิบัติงาน (Reflection) มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหา เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหา เกี่ยวข้องกับใครแนวทางแก้ไขอย่างไรและจะต้องปฏิบัติอย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติงาน (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นการวางแผนดำเนินการ โดยวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันประกอบไปด้วยการปรับปรุงแก้ไขแผน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบครอบซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความคาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บข้อมูลเข้าช่วย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับต่อการปฏิบัติงาน (Reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงรอบการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนปฏิบัติต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้ได้นำรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ที่มีกิจกรรมการวิจัย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับต่อการปฏิบัติงาน (Reflection) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการสุขภาพวิถีชีวิตใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากที่ได้ทบทวนแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยสรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการ ที่ใช้ในการปรับปรุง แก้ไขปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการทำงาน โดยเป็นการดำเนินงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมแก้ไขหรือพัฒนาตามบริบทของพื้นที่ มีลักษณะรูปแบบกระบวนการเป็นวงล้อ เริ่มจาก การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับต่อการปฏิบัติงาน (Reflection)

2.8 การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews : AAR)

การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews : AAR) เป็นการถอดบทเรียนภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมเพื่อช่วยให้การดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไปดีขึ้น และลดข้อผิดพลาด การถอดบทเรียนลักษณะนี้จะมีประโยชน์ ถ้าต้องดำเนินกิจกรรมนั้นหลายๆ ครั้ง และถอดบทเรียนในช่วงแรกๆของการทำกิจกรรม เพื่อยกระดับคุณภาพการทำงานในครั้งต่อไป ให้ดีขึ้นและดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติการ มีกระบวนการคล้ายคลึงกับการถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Retrospect) ซึ่งเป็นการถอดบทเรียนทั้งโครงการไม่ใช่การถอดบทเรียนเฉพาะกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews : AAR) เป็นเครื่องมือถอดบทเรียน หรือองค์ความรู้ เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ บางคนเรียกว่า เครื่องมือวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ การทบทวนหลังการปฏิบัติงาน การทบทวนหลังทำกิจกรรม เป็นต้น การทำ AAR สามารถดำเนินการได้ไม่ว่าการปฏิบัตินั้นจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว เพราะการทำ AAR มีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติอื่นๆ เพื่อให้สามารถทำได้ดีขึ้นในครั้งต่อไป การทำ AAR จะอยู่ในส่วนหนึ่งของวงจรแห่งการวางแผนการเตรียมความพร้อม การปฏิบัติและการทบทวน นั่นคือ วงจร PDCA (Plan, Do, Check, Act) โดย AAR จะเป็นการทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อค้นหาคนที่ทำผิดพลาดไม่ใช่การกล่าวโทษใครทั้งสิ้น แต่เป็นการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีก และยังคงไว้ซึ่งวิธีการที่ดี โดยผู้ทบทวนจะต้องทราบถึงเป้าหมายหรือสิ่งที่ตั้งเป้าไว้แล้วนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่บรรลุเป็นการทบทวนการทำงานของตนเอง โดยไม่ต้องทบทวนหรือไปวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของเพื่อนร่วมงานหรือคนอื่นๆ ส่วนใหญ่จะทำงานเป็นกลุ่มโดยมีผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) หรือผู้นำทีม (Team Leader) (นิยมเรียกว่า “คุณอำนวย”) เป็นผู้ผลักดัน อาจจะทำเป็นระยะๆ ต่อเนื่องหรือทำเฉพาะภารกิจหลักๆ ในแต่ละครั้งก็ได้ วิธีการนี้จะทำให้มีโอกาสทบทวนพฤติกรรมการทำงานของตนเองในกิจกรรมหนึ่งๆ ช่วยให้ทีมงานได้เข้าใจในเนื้องานมากขึ้น และเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆ การที่ทีมงานได้มีโอกาสเรียนรู้ซึ่งกันและกันจะช่วยให้พัฒนาสมรรถนะการทำงานได้ดีขึ้น ทั้งนี้ ผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) หรือ ผู้นำทีม (Team Leader) หรือที่เรียกกันว่าคุณอำนวยนั้นมีบทบาทสำคัญของความสำเร็จของ AAR เป็นอย่างมากโดยเฉพาะต้องมีความสามารถที่จะสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บรรยากาศของความมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน บรรยากาศของความเป็นทีมงานที่ทำงานเป็นทีม โดยกำหนดให้มีผู้บันทึกเนื้อหาสาระ (คุณลิขิต) ที่ได้จากการทำกิจกรรมนี้

จุดเด่นของ AAR

1. ทำให้เรียนรู้ว่าในการทำงานต่างๆ ไม่ควรชื่นชมความสำเร็จแต่เพียงด้านเดียว ต้องยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย และควรให้ความสนใจมากกว่าความสำเร็จเพราะปัญหา คือ โอกาสในการพัฒนาคนเพื่อพัฒนางาน
2. ฝึกการรับฟังความคิดเห็นหรือคำแนะนำของเพื่อนร่วมงานที่อาจทำให้คุณได้รู้ว่า “ทุกปัญหามีทางออก”
3. ฝึกการทำงานเป็นทีม
4. สามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้กับงานทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็งานประจำไปจนถึงโครงการระยะยาวที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนหลายพันล้านบาท
5. ผู้เข้าร่วม คือ เพื่อนร่วมงาน เพื่อร่วมแผนกหรือทีมงานซึ่งเป็นจุดที่แตกต่างจาก Peer Assist ที่เป็นการขอคำแนะนำจากผู้อยู่นอกกลุ่ม

วิธีในการทำ AAR

วิธีการทำ AAR ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อนแต่อย่างใด เพียงแต่ตอบคำถาม 6 ข้อ คือ

1. สิ่งที่คุณคาดว่าจะได้รับจากการทำงานคืออะไร
2. สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่สูงกว่าที่คุณคาดหวังคืออะไร
3. สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่ต่ำกว่าที่คุณคาดหวังคืออะไร
4. สิ่งที่คุณรู้และเป็นประโยชน์คืออะไร
5. คิดว่าควรปรับปรุงอะไร วิธีการลด/แก้ความแตกต่างคืออะไร
6. หากต้องทำครั้งต่อไปจะปรับปรุงอะไรให้ดีขึ้น (บุญดี บุญญาภิจ, 2561 อ้างถึงใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2557)

แนวทางการจัด AAR

1. ไม่พุ่งเป้าหมายที่บุคคล เน้นคำถามเพื่อหาสาเหตุ (Why)
2. บรรยากาศไม่เป็นทางการ
3. สมาชิกในทีมมีสิทธิเท่าเทียมกันในการให้ความคิดเห็น
4. เปิดเผยตรงไปตรงมา เป็นกัลยาณมิตร
5. ไม่ใช่การค้นหาผู้ทำความผิดพลาด ไม่ใช่การกล่าวโทษหรือตำหนิ
6. เป็นการค้นหาสาเหตุของปัญหาและวิธีแก้ไขปัญหา
7. ช่วยให้ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ของบุคลากรได้อย่างชัดเจนในระหว่างช่วงเวลาดิจิทัลหรือโครงการดำเนินไปและทำให้เราสามารถจับเก็บ (Capture) ความรู้เหล่านั้นได้

8. เราสามารถจัดเก็บการเรียนรู้ได้ ก่อนที่สมาชิกทีมจะแยกย้ายกันไปหรือก่อนที่สมาชิกจะลืมเรื่องราวที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนไปทำอย่างอื่นต่อไป

AAR จะใช้สำหรับอะไร

1. เหตุการณ์ โครงการ หรือกิจกรรมที่มีจุดเริ่มต้นหรือจุดสิ้นสุด มีจุดมุ่งหมาย และมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วัดผลได้

2. ไม่จำเป็นต้องทำ AAR หลังจากทุกๆ เหตุการณ์หรือทุกงานที่ทำ

3. เลือกเหตุการณ์หรืองานที่เราสามารถเรียนรู้และมีคุณค่าในการนำไปปรับปรุงได้มากที่สุด

4. ทรัพยากรที่ใช้

4.1 สมาชิกทีมทั้งหมด

4.2 ห้องประชุม

4.3 ข้อมูลที่มีทั้งหมด : บันทึก สำนักบันทึกทางโทรศัพท์ การประชุม

4.4 ผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator)

4.5 ผู้จัดบันทึก

บทบาทสำคัญในการสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยน (Charing)

1. Facilitator : ความรับผิดชอบของ Facilitator (ผู้ประสาน ผู้อำนวยการบรรยากาศ AAR ; ขยายความ)

1.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทำ AAR

1.2 แจกกติกาการทำ AAR

-พูดทีละคน ได้ตอบคำถามทุกข้อ

-ไม่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคิดเห็นของคนอื่น

1.3 เป็นกลาง ไม่แสดงความคิดเห็นของตนหรือแสดงอิทธิพลเหนือกิจกรรม AAR (dominate) ความคิดสมาชิก

1.4 มุมมองของแต่ละคนมีคุณค่าเท่าเทียมกันและแตกต่างกันได้

1.5 กระตุ้นให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างตรงไป ตรงมา

1.6 ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

1.7 จับใจความและประเด็นสำคัญ

2. ผู้จับประเด็นสำคัญจาก AAR (บันทึก)

2.1 ฟังอย่างตั้งใจเพื่อให้เข้าใจเนื้อหาและบริบท

2.2 จับประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำ AAR ได้รวดเร็วภายในเวลาจำกัด (ส่วนใหญ่ Facilitator จะจับประเด็นเป็นระยะๆ)

2.3 หากไม่ชัดเจนให้สอบถามที่ประชุมได้ (บุญดี บุญญาภิจ, 2561)

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.9.1 งานวิจัยเกี่ยวกับ ตำบลจัดการสุขภาพ

เศรษฐพงษ์ อาลีมินทร์ (2551) ทำการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง พบว่า ผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C และวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน ในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหมู่บ้านให้ดีขึ้น รวมทั้งแก้ไขปัญหาในระบบสุขภาพ การจัดการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ตามแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยรวมและเป้าหมายหลัก 5 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาด้านสุขภาพ การวางแผนด้านสุขภาพ การดำเนินงานร่วมกัน การรับประโยชน์ การติดตาม ประเมินผล ภายหลังการทดลองพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวม และเป้าหมายหลัก 5 ด้าน มากกว่าก่อนการทดลอง และพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ

จิรวรรณ หัสโรค์ (2551) ศึกษาเรื่องประชาคมสุขภาพ กรณีศึกษา ตำบลดอนหวาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพระดับตำบล ด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อค้นหากระบวนการ การทำงาน พัฒนาสุขภาพของประชาชนในระดับตำบล ด้วยแนวคิดประชาคมและรูปแบบการบูรณาการเพื่อการพัฒนาระหว่างองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาสถานการณ์การพัฒนาตำบล และ เรียนรู้ทุนทางสังคมของชุมชนของตนเอง เป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้การก่อรูปประชาคมสุขภาพ ตำบลเริ่มต้นจากสิ่งที่มีอยู่ พัฒนาต่อจากฐานรากเดิมที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะผู้นำของตำบล นับเป็นทุนเริ่มต้นที่สำคัญ นอกจากนี้การสร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาที่มีหลายรูปแบบ ได้แก่ การประชุมสัมมนา การศึกษาดูงาน การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม การจัดเวทีชาวบ้าน นับเป็น กระบวนการที่สำคัญต่อการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

ศุภย์ฝักอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดนครสวรรค์ (2553) ทำการวิจัย เรื่องการประเมินความเข้มแข็งของชุมชน ในการพัฒนากระบวนการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ความเข้มแข็ง และแบ่งระดับความเข้มแข็งของชุมชน ในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน แบ่งระดับความเข้มแข็งในการสร้างสุขภาพ และ เพื่อให้องค์กรชุมชน เจ้าหน้าที่ภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เรียนรู้ความเข้มแข็งของหมู่บ้าน ตนเองและสามารถจัดระดับความเข้มแข็งของหมู่บ้านของตนเองได้ ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า

ในภาคเหนือมีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพน้อยมาก โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่ 6 การทำกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน มีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์น้อยมาก เป็นปรากฏการณ์ที่บ่งชี้ใน 2 กรณีคือ 1) ผลลัพธ์กิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน มิได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างแท้จริง และ 2) การกำหนดกลุ่มตัวชี้วัดย่อยในตัวชี้วัดที่ 7 ที่เลือกใช้กิจกรรม บางกิจกรรม ยังขาดความครอบคลุมผลการพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้าน

สมประสงค์ ปิวโธสง (2555) ศึกษา การพัฒนาการบริหารนโยบายสุขภาพของชุมชน กรณีศึกษาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่า การพัฒนาองค์การเครือข่ายจัดการสุขภาพของหมู่บ้านนั้นมีบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ดำเนินการสรรหาคณะกรรมการเครือข่ายต่างๆ ทั้ง 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายได้เน้นการอบรมการจัดทำแผนการประชุม และการศึกษาดูงานเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และงานบริการสุขภาพที่ชุมชนสามารถดำเนินการเองได้ ในส่วนของการพัฒนาด้านเงินทุนมีการระดมทุนที่เป็นงบประมาณจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และงบประมาณด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาเรื่องนี้ในภาพรวม

ภูมิ สัญญะวิชัย (2555) ศึกษากลยุทธ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพขององค์กรภาคประชาชนจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า องค์กรภาคประชาชนจังหวัดกำแพงเพชร มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้ครบทั้ง 5 ขั้นตอน ส่วนใหญ่ดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัญหาในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติ ตามแผนสุขภาพชุมชน กลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ประเด็นกลยุทธ์ ตัวชี้วัด และแนวทางการพัฒนาผลการประเมินกลยุทธ์ พบว่า กลยุทธ์ส่วนใหญ่มีความสอดคล้อง เหมาะสม เป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ในระดับมากที่สุด

โกวิท พวงงาม (2556) ศึกษาการศึกษาภารกิจ อบต. และความเข้มแข็งของประชาคมตำบล ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล พบว่า องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน และหน่วยงานราชการที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชนระดับตำบลร่วมกัน และให้ปรับสถานีนอามัยให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ชุมชนด้านสุขภาพ และให้กลุ่ม องค์กรชุมชนระดับตำบลร่วมกันรณรงค์ให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนในระดับตำบล หมู่บ้าน ส่วนข้อเสนอแนะต่อ อบต. ให้ร่วมกันสร้าง “ความเป็นชุมชน อบต.” การกำหนดให้มีส่วนสาธารณสุขในการแบ่งส่วนบริหารของสำนักงาน อบต. และให้พัฒนาทักษะบุคลากรเฉพาะด้านสุขภาพชุมชน ที่สำคัญ อบต. กับสถานีนอามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนกลุ่ม องค์กรชุมชนต้องร่วมมือและมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดภารกิจด้านสุขภาพชุมชนระดับตำบลเพื่อเตรียมงานการกระจายอำนาจด้านสุขภาพชุมชนให้แก่ อบต. และชุมชนในอนาคต

สมเด็จพระ มุงวิชา (2556) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายตามวิถีชุมชน บ้านศรีสง่า ตำบลโนนสะอาด อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษาพบว่าขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเลือกพื้นที่ศึกษา (2) การศึกษาสภาพการณ์และปัญหาในชุมชนปัจจุบัน (3) ระบุปัญหาประเมินผล (4) วางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายตามวิถีชุมชน (5) ดำเนินการตาม แผน (6) ติดตามและประเมินผล ส่งผลให้เกิดรูปแบบการจัดการเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายตามวิถีชุมชนที่เรียกว่า กขค.- ปข. ที่มีองค์ประกอบ 4 ประการ คือ (1) จัดตั้งกองทุนในชุมชน (2) สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน (3) การสร้างภาคีเครือข่าย (4) การประชาสัมพันธ์ที่ดีและต่อเนื่อง

ประสพ สารสมัคร (2557) ศึกษาการจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างและพัฒนาเครือข่าย 2) การพัฒนาศักยภาพเพิ่มขีดความสามารถแกนนำสุขภาพ 3) การเรียนรู้และการมีส่วนร่วมการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา 4) การจัดการและการวางแผนกลยุทธ์แบบมีส่วนร่วม 5) การสร้างพลังอำนาจในชุมชนโดยการร่วมแรงร่วมใจ 6) การสร้างระบบสื่อสารสุขภาพ 7) การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน กระบวนการดังกล่าวทำให้แกนนำสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นก่อนการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่งผลให้ตำบลบ้านแดงผ่านเกณฑ์การประเมินตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยระดับยอดเยี่ยมตามเกณฑ์การประเมินตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การเสริมสร้างความรู้และพัฒนาขีดความสามารถของแกนนำสุขภาพในพื้นที่ และสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพในกระบวนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน

รัชณีวิภา จิตรากุล และคณะ (2559) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม พบว่าการมีส่วนร่วมการพัฒนาและการได้รับผลประโยชน์ อยู่ในระดับต่ำ มีการรับรู้ ความภาคภูมิใจ และทัศนคติต่อการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง แกนนำและตัวแทนของชุมชนมีความรู้และศักยภาพในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ผู้นำระดับครอบครัวมีความรู้ในระดับดี

สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2561) ศึกษาารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบ้านต่อม จังหวัดพะเยา วิธีการวิจัยใช้แบบผสม เชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 40 รูป/คน สุ่มแบบเจาะจง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์เนื้อหา และเชิงปริมาณ พบว่า การจัดการ

สุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ทีมเครือข่าย มีส่วนร่วม นโยบายชัดเจน แผนครอบคลุมงบประมาณเพียงพอ กิจกรรมพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และประเมินผล ขึ้นอยู่กับ บริบทปัจเจกบุคคล อายุ กิจกรรมทางสังคม เน้นความมีคุณค่าในตน และภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่แข็งแรงจะพึ่งตนเอง ส่วนผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ครอบครัวเป็นกลไกสำคัญในการดูแล เกื้อหนุนด้านสิ่งของให้เงินเป็นต้น

นางลักษณ์ พะโกยะ และคณะ (2561) ศึกษาการจัดกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอของประเทศไทย พบว่า ระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอได้รับคาดหวังว่าจะเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่น่าเชื่อถือเนื่องจากการให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานแล้ว ยังต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนร่วมกับหน่วยงานอื่นๆด้วย แต่ระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอกลับเผชิญปัญหาหลายอย่าง ได้แก่ ความไม่เป็นหนึ่งเดียวของระบบปัญหาหลายอย่าง ได้แก่ ความไม่เป็นหนึ่งเดียวของระบบ ปัญหากำลังคนที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์อัตรากำลัง การขาดแคลน การกระจายกำลังคน ทักษะในการทำงาน ตลอดจนข้อจำกัดในอำนาจการบริหารจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตามกลางข้อจำกัดเหล่านี้มีหลายพื้นที่ที่สามารถดำเนินระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่รัฐบาลจะนำนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster- PCC) หรือนโยบายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างศักยภาพของระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอต่างๆ มาใช้ จึงควรต้องพิจารณาถึงสถานการณ์ปัญหาปัจจุบันรวมถึงศึกษาพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จเพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับนโยบายต่างๆ โดยผลการถอดบทเรียนในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีปัจจัยความสำเร็จ คือ (1) ภาวะผู้นำ พบว่าผู้นำทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอมีความเข้าใจระบบสุขภาพระดับอำเภอในภาพรวม และมียุทธศาสตร์ในการทำงาน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากหลากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (2) การมองภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอเป็นหนึ่งเดียว การวางแผนร่วมกัน การบริหารจัดการการเงินอย่างโปร่งใส ติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ (3) การสร้างทีมงานผู้นำรุ่น 2 ของทีมสุขภาพซึ่งจะเป็นทีมวิชาการและผู้นำรุ่นใหม่ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (4)การทำงานในรูปแบบเครือข่าย/ทั้งแนวตั้งและแนวนอนทั้งภายในภาคสาธารณสุข และกับภาคอื่นๆ

วารุณี เปรมสิงห์ (2562) ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองแขวง อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสถานการณ์บริบท พัฒนารูปแบบ การศึกษาผล และกระบวนการพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของประชาชน ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าระดับความรู้ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.33, p < 0.05$)

ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยรวม พบว่าระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.72, SD = 0.11) รูปแบบการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ ศึกษาปัญหาและบริบทของชุมชน (S = Study) วัดผลก่อนการดำเนินงาน (E = Evaluation) วางแผนการดำเนินงานโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (S = SRM) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (O = Operating) ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน (F = Follow up) วัดผลหลังการดำเนินงาน (R = Results) และการสรุปผลและการถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน (S = Summary) ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

2.9.2 งานวิจัยเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพชีวิต

อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (2561) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี พบว่า ตำบลท่าแคเป็นชุมชนเก่าแก่ที่มีวัฒนธรรมที่มีคุณค่าต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาจากการดำเนินงานระหว่างภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกัน คิดพัฒนากิจกรรมเพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการส่งเสริมขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าแค และการตระหนักตัวของประชาชน โดยนำวัฒนธรรมท้องถิ่นมาสร้างจุดร่วมในการรวมพลังชุมชนอย่างเข้มแข็ง ใช้หลักการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยอาศัยจิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนร่วมของอาสาสมัครที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

ณัฐดนัย แก้วโพนงาม (2562) ศึกษา การส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนและผู้สูงอายุ บ้านนาฝาย ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า สภาพชีวิตความเป็นอยู่และผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่แบบพอเพียง บางคนพักอาศัยอยู่กับครอบครัว บางคนอาศัยอยู่คนเดียวเพราะลูกหลานไปทำงานต่างจังหวัด ประชาชนส่วนใหญ่ ทำไร่ ทำนา ปลูกผักขาย บางคนเปิดร้านขายของชำ ผู้สูงอายุที่ว่างงานส่วนหนึ่งก็ทำจากรสาน ปัญหาอุปสรรคคุณภาพชีวิตของประชาชนและผู้สูงอายุส่วนมากมีปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาหนี้สิน ปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปวดข้อปวดตา ปัญหาหนี้สิน ได้แก่ หนี้ ธกส. และหนี้นอกระบบ ส่วนปัญหาอื่นๆ ได้แก่ ราคาพืชผลการเกษตรตกต่ำ สินค้าอุปโภคบริโภคแพง ร้านค้าไม่ได้เข้าร่วมสวัสดิการของรัฐทำให้ขายของยาก แนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนและผู้สูงอายุบ้านนาฝาย ได้แก่ การส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพในการประกอบอาชีพและการพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพ เช่น การอบรมการทำขนมขาย การทำเครื่องจักรสาน การเพาะเห็ด การตรวจสุขภาพประจำปี และอยากให้ติดกล้องวงจรปิดเพราะบางครั้งวัยรุ่นมั่วสุมเสพยาเสพติดและลักขโมยไก่ของชาวบ้าน

พงศ์รัตน์ ภิรมย์รัตน์ และคณะ (2563) ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (2) ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดแพร่ ปัจจัยด้านชุมชนและสังคมที่เป็นโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดแพร่ ปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นข้าราชการ และปัจจัยด้านครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือน 15,001 – 20,000 บาท ชุมชน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอายุ 31-40 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา และอายุ 51 ปี ขึ้นไป เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ โดยตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ได้ร้อยละ 99.7 และ (3) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ประกอบด้วย หลักการพัฒนาคุณภาพชีวิต กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่

สาธิต ทรัพย์รวงทอง และวารานภรณ์ ทรัพย์รวงทอง (2563) ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตครูในโรงเรียนขนาดเล็กสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่า (1) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตครูในโรงเรียนขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มี 6 องค์ประกอบได้แก่ ด้านภาวะผู้นำของผู้บริหาร ด้านเงินและสวัสดิการ ด้านเจตคติต่อโรงเรียน ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพของโรงเรียน ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในวิชาชีพ และด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถ (2) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตครูในโรงเรียนขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ หนึ่ง ส่วนนำได้แก่ หลักการแนวคิด วัตถุประสงค์ของรูปแบบ และเป้าหมายของรูปแบบ ส่วนที่สอง คือ เนื้อหา ได้แก่ องค์ประกอบของรูปแบบ 6 ด้าน และระบบงานและกลไกของรูปแบบ ส่วนที่สาม คือ เงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบ ผลการตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตครูโรงเรียนขนาดเล็กสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสม และ (3) ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตครูในโรงเรียนขนาดเล็กสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีความถูกต้องอยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.51$) ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($X = 4.45$) ความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($X = 4.36$) และการใช้ประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.73$)

2.9.3 งานวิจัยเกี่ยวกับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ปิยวรรณ เหลาสา (2558) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลทุ่งแสงทอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการวิจัย พบว่า ได้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 8

ขั้นตอน คือ (1) การประชาสัมพันธ์ ประชุมชี้แจงแกนนำสร้างภาคีเครือข่าย (2) การวิเคราะห์บริบท ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ปัญหาหารือกับชุมชน (3) ค้นหาคัดเลือกผู้เกี่ยวข้อง เตรียมคน เตรียมชุมชน (4) ประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (5) การดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการประจำปี 2557 (6) การติดตาม สังเกต และวิเคราะห์ประเมินผลตาม วัตถุประสงค์ ผล ปฏิบัติ (7) การสรุปผลถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ และ (8) สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ และในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การทำงานอย่างเป็นระบบ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยมีการการบริหารจัดการโดยชุมชน เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการ ทำงานและทักษะในการดูแลผู้ป่วย นำมาปรับ ใช้กับการทำงานและกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนปรับให้เหมาะสม ทำให้มีเครือข่ายซึ่งมี กระบวนการทำงานที่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อีกทั้งการมีเป้าหมายที่ชัดเจน

เอกภรณ์ นามคุณ (2559) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้ กระบวนการเทียบรอยในชุมชนมะขามโนนสง่า ตำบลภารแอ่น อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัด มหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 45 คน เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยแบบบันทึก แบบสอบถาม แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก การวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนมะขามโนนสง่าครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) การวางแผนและการรับรองแผนโดยประชาคมหมู่บ้าน (2) การกำหนดกติกาชุมชน (3) การกำจัดลูกน้ำ ยุงลายโดยเจ้าของหลังคาเรือน (4)การตรวจประเมินลูกน้ำยุงลาย โดยคณะกรรมการชุมชน และ (5) การติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลจากการดำเนินงานตามรูปแบบ ทำให้ค่าความชุกลูกน้ำ ยุงลายลดลงและสิ่งแวดล้อมสะอาดขึ้น

รัตนภรณ์ ดุสิต (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน บ้านหัน ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายที่เลือกตามเกณฑ์จาก 3 ภาคส่วน คือ ภาคประชาชน 40 คน ภาคการเมือง 8 คน ภาควิชาการ 4 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบ เฉพาะเจาะจงจากประชาชน 23 คน รวมทั้งหมด 75 คน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีขั้นตอนการ ดำเนินงาน 8 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาบริบท (2) วิเคราะห์สถานการณ์ (3) จัดประชุม คณะกรรมการ (4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (5) นิเทศติดตาม (6) ประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้และ (8) ถอดบทเรียน โดยมีปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานก็คือ กลวิธีสร้างความร่วมมือ จากประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและเกิดการ พัฒนาที่ยั่งยืนโดยชุมชนเอง

จีระนันท์ พันธุ์ทอง (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัด

นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา จำนวน 65 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน บุคลากรภาครัฐ กลุ่มเยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุ 54 คน พบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) แต่งตั้งคณะทำงาน (2) ศึกษาบริบทของพื้นที่ (3) การจัดทำแผน (4) ปฏิบัติตามแผน (5) นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน (6) สรุปผลการดำเนินงาน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหา ของการดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่ และร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการเพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ นอกจากนี้ยังเปิด โอกาสให้ผู้นำชุมชน เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และเกิดโครงการเพื่อยกระดับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน 3 โครงการ กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแล สุขภาพและได้รับกำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของระบบที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้มีส่วนร่วมใน กระบวนการพัฒนาและผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีระดับความ พึงพอใจในการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และการใช้ กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสม คือ คือการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายใน พื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบ และร่วมดำเนินการ โดยมีกลไกการปลูกฝังให้ผู้นำชุมชน และเยาวชนในพื้นที่ให้เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เกิดความสำนึกและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุข ภาวะที่ดีต่อไป

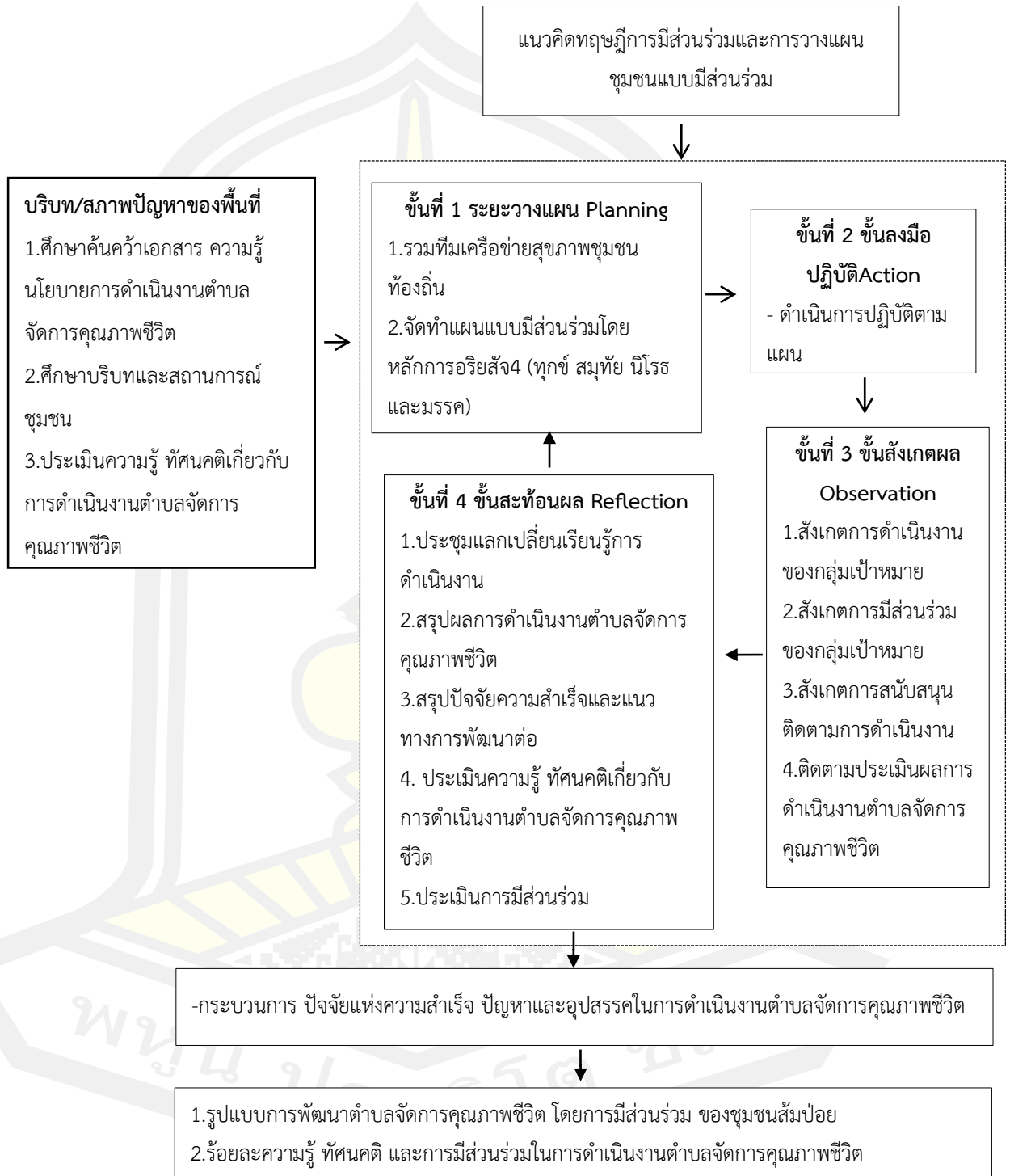
รัตนารักษ์ เฉลิมศรี (2561) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ใน กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15 - 44 ปี จำนวน 87 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 27 คน โดยประยุกต์ใช้ กระบวนการวางแผนชุมชนภายใต้ หลักการเชิงพุทธ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการดำเนินงานรูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของสตรีวัยเจริญ พันธุ์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การศึกษาบริบท ชุมชนและวิเคราะห์ปัญหา (2) การกำหนดแนวทางและหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบท พื้นที่ (3) การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (4) การนำแผนไปปฏิบัติ (5) การติดตามและ ประเมินผล (6) สรุปผลและเสนอแนวทางปรับปรุง/ยกระดับ การใช้รูปแบบการจัดทำแผนชุมชนแบบ มีส่วนร่วมโดยประยุกต์หลักการเชิงพุทธ ทำให้เกิดกิจกรรมรูปแบบใหม่ของตำบลในการป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีนของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรม สื่อสารผ่านหอ กระจายข่าว (2) จัดการเรียนรู้ให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ (3) จัดตั้งกองทุนเกลือเสริม ไอโอดีนประจำ ตำบล (4) ตรวจประเมินการบริโภคเกลือไอโอดีนทุกครั้งเวียน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลัง การดำเนิน กิจกรรมดังกล่าว พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน ทศนคติเกี่ยวกับโรคขาด สารไอโอดีน และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคไอโอดีน สูงกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของสตรีวัย เจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาโพธิ์ครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ (1) การใช้ กระบวนการเรียนรู้และจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (2) การถ่ายทอดความรู้ถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านวิธีการสื่อสารที่หลากหลาย (3) การติดตามและค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ในชุมชน (4) การติดตามกำกับและประเมินผลสม่ำเสมอ (5) การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหารหน่วยงาน

สรุป จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี นโยบายการดำเนินงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่า แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม แนวคิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขเป็นแนวคิดที่เหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะใช้ทฤษฎีดังกล่าว เพื่อพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผน การปฏิบัติ และการติดตามผล เป็นการสร้างเครือข่ายในระดับชุมชน ซึ่งจะไปสู่การบูรณาการความคิดและบทบาทของทุกฝ่าย ทั้งนี้ผู้วิจัยยังเชื่อมั่นว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมี 4 ขั้นตอนหลักๆ คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เป็นการช่วยให้ประชาชนทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมรับผลประโยชน์ในการแก้ไขและพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน



2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีและแนวคิด รวมทั้งเอกสารงานศึกษาวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นพื้นฐานการวิเคราะห์และสนับสนุนผลการศึกษ ซึ่งประกอบด้วย

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่การวิจัย
- 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.9 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ดังนี้

3.1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของชุมชนสัมพันธ์

- นโยบายและแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

3.2 การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planning)
2. การปฏิบัติ (Action)
3. การสังเกต (Observation)
4. การสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

3.2 พื้นที่การวิจัย

ผู้วิจัยเลือกศึกษาในพื้นที่ชุมชนสัมป่อย ตำบลสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ เพราะเนื่องจากปีงบประมาณ 2562 ตำบลสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ได้ถูกกำหนดเป็นเป้าหมายในการเป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ซึ่งผลการประเมินโดยใช้แบบประเมินผลการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ (TPAR) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในองค์ประกอบ P (Plan) คือ การจัดทำแผนสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วม โดยสาเหตุเกิดจากชุมชนยังไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต รวมทั้งกระบวนการด้านการสร้างความร่วมมือในชุมชนยังไม่มีกระบวนการที่ชัดเจนในแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นระดับที่แสดงถึงการเป็นตำบลต้นแบบและแสดงถึงความยั่งยืนในการพัฒนา ซึ่งต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับที่ชุมชนเป็นผู้จัดการกระบวนการพัฒนาได้ ตำบลสัมป่อย จำแนกตามเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อย มีหมู่บ้านรวมทั้งหมด 17 หมู่บ้าน ดังนี้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อย, 2562)

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	หลังคา เรือน	ประชากร	ประชากร	
			รวมทั้งหมด	ชาย	หญิง
1	บ้านสัมป่อย	90	447	210	237
2	บ้านสัมป่อย	140	536	278	258
3	บ้านโก	142	706	326	380
4	บ้านโนนศิลป์	107	528	278	250
5	บ้านดอนตุ่น	79	301	145	156
6	บ้านไฉ่	86	428	220	208
7	บ้านเปือย	36	162	86	76
8	บ้านบึงหมอก	149	580	298	282
9	บ้านบึงหมอก	89	414	222	192
10	บ้านท่า	111	501	239	262
11	บ้านสัมป่อย	134	635	312	232
12	บ้านโก	93	573	285	288

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	หลังคา เรือน	ประชากร	ประชากร	
			รวมทั้งหมด	ชาย	หญิง
13	บ้านโก	168	761	386	375
14	บ้านแก้ง	27	131	71	60
15	บ้านส้มป่อย	104	484	232	252
16	บ้านบึงหมอก	105	532	266	266
17	บ้านส้มป่อย	121	573	305	268
รวม	17 หมู่บ้าน	1,781	8,292	4,159	4,133

3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.3.1 ระยะที่ 1 ชั้นเตรียมการศึกษาริบท สภาพปัญหาของพื้นที่

ประชากร ที่ศึกษาในระยะนี้จะเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากร จำนวน 175 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มองค์กรชุมชน จำนวน 149 คน ได้แก่

ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 17 คน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 124 คน

ผู้นำทางด้านศาสนา (เจ้าอาวาสวัด) จำนวน 8 รูป

กลุ่มองค์กรรัฐ จำนวน 6 คน ได้แก่

ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 5 คน

พัฒนาการตำบล จำนวน 1 คน

กลุ่มองค์กรท้องถิ่น จำนวน 20 คน ได้แก่ นายกเทศบาลตำบล 1 คน

ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 คน

สมาชิกเทศบาลตำบล จำนวน 17 คน

3.3.2 ระยะที่ 2 ชั้นการปฏิบัติ ตามกระบวนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action)

สังเกตผล (Observation) และ สะท้อนผล (Reflection) ประชากรที่ศึกษาในระยะนี้ประกอบด้วย

1. ประชากร ที่ศึกษาในระยะนี้ จำนวน 175 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มองค์กรชุมชน จำนวน 149 คน ได้แก่

ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 17 คน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 124 คน

ผู้นำทางด้านศาสนา (เจ้าอาวาสวัด) จำนวน 8 รูป

กลุ่มองค์กรรัฐ จำนวน 6 คน ได้แก่

ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 5 คน

พัฒนาการตำบล จำนวน 1 คน

กลุ่มองค์กรท้องถิ่น จำนวน 20 คน ได้แก่ นายกเทศบาลตำบล 1 คน

ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 คน

สมาชิกเทศบาลตำบล จำนวน 17 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและสามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ ผู้วิจัยได้พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน จาก 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มองค์กรชุมชน จำนวน 35 คน ได้แก่

ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) 17คน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 17 คน

ผู้นำทางด้านศาสนา (เจ้าอาวาสวัด) จำนวน 1 รูป

กลุ่มองค์กรรัฐ จำนวน 2 คน ได้แก่

ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 1 คน

พัฒนาการตำบล จำนวน 1 คน

กลุ่มองค์กรท้องถิ่น จำนวน 3 คน ได้แก่

นายกเทศบาลตำบล จำนวน 1 คน

ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 คน

สมาชิกเทศบาลตำบล จำนวน 1 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

กลุ่มองค์กรชุมชน จำนวน 35 คน ได้แก่

เป็นผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหมู่บ้านละ 1 คน

เป็นประธาน อสม.ระดับหมู่บ้านๆ ละ 1 คน

เป็นเจ้าอาวาสวัดหรือพระลูกวัดๆ ละ 1 รูป

กลุ่มองค์กรรัฐ จำนวน 2 คน ได้แก่

เป็นผู้อำนวยการโรงเรียนที่ได้รับคัดเลือกจากทีมผู้อำนวยการโรงเรียนเรียนให้มา

เป็นตัวแทน จำนวน 1 คน

เป็นพัฒนาการตำบล จำนวน 1 คน

กลุ่มองค์กรท้องถิ่น จำนวน 3 คน ได้แก่

นายกเทศบาลตำบลสั้มป่อย

เป็นครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับคัดเลือกจากทีมครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มาเป็น
ตัวแทน จำนวน 1 คน

เป็นสมาชิกเทศบาลตำบลที่ได้รับคัดเลือกจากทีมสมาชิกเทศบาลตำบลให้มาเป็น
ตัวแทน จำนวน 1 คน

สมัครใจร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้

1. ไม่อยู่ในพื้นที่ในระหว่างการวิจัย
2. อยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
3. แสดงความจำนงขอลอนตัวจากการวิจัย

3.3.3 ระยะที่ 3 ขั้นติดตามและประเมินผล

1. ประชากร ที่จะทำการศึกษาเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และประเมินการมีส่วนร่วม
ในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในระยะนี้ จำนวน 175 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มองค์กรชุมชน จำนวน 149 คน ได้แก่

ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 17 คน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 124 คน

ผู้นำทางด้านศาสนา (เจ้าอาวาสวัด) จำนวน 8 รูป

กลุ่มองค์กรรัฐ จำนวน 6 คน ได้แก่

ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 5 คน

พัฒนาการตำบล จำนวน 1 คน

กลุ่มองค์กรท้องถิ่น จำนวน 20 คน ได้แก่ นายกเทศบาลตำบล 1 คน

ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 คน

สมาชิกเทศบาลตำบล จำนวน 17 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและสามารถเข้า
ร่วมกระบวนการวิจัยได้ ผู้วิจัยได้พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)
จำนวน 40 คน จาก 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มองค์กรชุมชน จำนวน 35 คน ได้แก่

ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) 17คน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 17 คน

ผู้นำทางด้านศาสนา (เจ้าอาวาสวัด) จำนวน 1 รูป

กลุ่มองค์กรรัฐ จำนวน 2 คน ได้แก่

ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 1 คน

พัฒนาการตำบล จำนวน 1 คน

กลุ่มองค์กรท้องถิ่น จำนวน 3 คน ได้แก่

นายกเทศบาลตำบล จำนวน 1 คน

ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 คน

สมาชิกเทศบาลตำบล จำนวน 1 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

กลุ่มองค์กรชุมชน จำนวน 35 คน ได้แก่

เป็นผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหมู่บ้านละ 1 คน

เป็นประธาน อสม. ระดับหมู่บ้านๆ ละ 1 คน

เป็นเจ้าของอาวาสวัดหรือพระลูกวัดๆ ละ 1 รูป

กลุ่มองค์กรรัฐ จำนวน 2 คน ได้แก่

เป็นผู้อำนวยการโรงเรียนที่ได้รับคัดเลือกจากทีมผู้อำนวยการโรงเรียนเรียนให้มา
เป็นตัวแทน จำนวน 1 คน

เป็นพัฒนาการตำบล จำนวน 1 คน

กลุ่มองค์กรท้องถิ่น จำนวน 3 คน ได้แก่

นายกเทศบาลตำบลสัมป่อย

เป็นครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับคัดเลือกจากทีมครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มา
เป็นตัวแทน จำนวน 1 คน

เป็นสมาชิกเทศบาลที่ได้รับคัดเลือกจากทีมสมาชิกเทศบาลให้มาเป็นตัวแทน
จำนวน 1 คน

สมัครใจร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้

1. ไม่อยู่ในพื้นที่ในระหว่างการวิจัย
2. อยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
3. แสดงความจำนงขอลถอนตัวจากการวิจัย

3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยไว้ ดังนี้

3.4.1 ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ความรู้ แนวคิด นโยบายการดำเนินที่เกี่ยวข้อง

2. ติดต่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอดำเนินการวิจัยในพื้นที่
3. ศึกษาข้อมูลบริบทและสถานการณ์ชุมชน
4. ประเมินความรู้ ทักษะคิด ในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ในกลุ่มประชากร จำนวน 175 คน (ก่อนดำเนินการ)

3.4.2 ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ

3.4.2.1 ขั้นการวางแผน (Planning)

1. ทำความรู้จักกับแกนนำชุมชน และลงพื้นที่พูดคุยกับประชาชนในชุมชนเพื่อสร้างการรับรู้และการยอมรับจากชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย
2. แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย เพื่อให้การทำวิจัยมีทีมวิจัยที่จะรับผิดชอบ และมีคณะทำงานวิจัยที่มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อให้การทำงานสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ และประชุมคณะทำงานวิจัย/แกนนำ เพื่อทำความเข้าใจ วัตถุประสงค์ รวมทั้งแนวทางการทำวิจัยและมอบหมายงาน
3. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ชุมชน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาและทำความเข้าใจในสภาพปัญหาการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ร่วมกับทีมวิจัยทุกคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูล และประสบการณ์ร่วมกันและร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน
4. จัดทำแผนโดยนำเอาหลักการอริยสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และมรรค) มี 4 ขั้นตอน รู้สุขรู้ทุกข์ สาเหตุของสุขและทุกข์ แนวทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุข และการปฏิบัติเพื่อลดทุกข์

3.4.2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่ได้ร่วมกันทำในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้ได้ตามวัตถุประสงค์ และมีการบันทึก รายงานในระหว่างปฏิบัติงาน เพื่อติดตามการดำเนินงาน

3.4.2.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation)

1. ผู้วิจัยและทีมวิจัย ติดตาม สนับสนุน ให้คำแนะนำการดำเนินงาน เก็บข้อมูลระหว่างดำเนินการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) และร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและอุปสรรค เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการ
2. สังเกตการดำเนินงานของกลุ่มเป้าหมาย
3. สังเกตการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย
4. บันทึกเหตุการณ์การดำเนินงาน

3.4.2.4 ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

1. จัดประชุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน
2. สรุปผลการดำเนินงาน

3.4.3 ระยะที่ 3 ขั้นการติดตามและประเมินผล

1. เป็นการศึกษาและวิเคราะห์ ผลของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ประเมินความรู้ ทักษะคิด ในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มประชากร จำนวน 175 คน (หลังดำเนินการ)
3. ประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 คน
4. สรุปผลการวิจัย

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

3.5.1 ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการใช้เครื่องมือ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

3.5.2 ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ มีเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
2. แบบคำถามประเด็นสนทนากลุ่ม
3. แบบบันทึกผลการปฏิบัติงานตามแผน

3.5.3 ระยะที่ 3 ขั้นการติดตามและประเมินผล มีเครื่องมือ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

โดยส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 2, 4, 5 และข้อ 6 ส่วนข้อคำถามเชิงบวกมี จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 1, 3, 7, 8 และข้อ 9 แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 2, 3, 4, 7 และข้อ 8 ส่วนข้อคำถามเชิงบวกมี จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1, 5, 6, 9 และ 10 ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จะวัดก่อนและหลังการปฏิบัติตามแผน ส่วนที่ 4 จะวัดหลังการดำเนินการตามแผน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

การแปลผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป มี 10 ข้อ กำหนดเป็นตัวเลขแทนลักษณะความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มี 9 ข้อ โดยสร้างแบบสอบถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก เป็นคำถามให้เลือกตอบว่า ใช่ / ไม่ใช่ โดยคำตอบ “ใช่” ให้คะแนน 1 คะแนน คำตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน การแปลผล โดยการแบ่งกลุ่มรับความรู้ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบอ้างอิงตามหลักการของ (Bloom, 1971) คำนวณเป็นร้อยละโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-9 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับสูง

ได้คะแนนร้อยละ 60-79 ขึ้นไป (6-7 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มี 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงหนึ่งตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์การให้ คะแนน ดังนี้

เลือกตอบ	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลรายข้อและภาพรวมโดยแบ่งช่วงคะแนน เป็น 5 ระดับ (สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1977; Daniel, 1995)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00 หมายถึง มีทัศนคติระดับดี

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มี 42 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงหนึ่งตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เลือกตอบ	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

การแปลผลรายข้อและภาพรวมโดยแบ่งช่วงคะแนน เป็น 5 ระดับ (สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1977; Daniel, 1995)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับน้อย

3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.6.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้เก็บแบบประเมินความรู้ ทักษะคติ และแบบประเมินการมีส่วนร่วม

3.6.1.1 การหาค่าความตรง (Index of Item of Objective Congruence: IOC) เพื่อตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการหาความตรง และครอบคลุมตามเนื้อหา และโครงสร้างที่ต้องการจะวัดของแบบสอบถาม แต่ละข้อและรวมทุกข้อเป็นเครื่องมือทั้งชุด ซึ่งการตรวจสอบความตรง (Validity) ของเครื่องมือ ตรวจสอบเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่

1. ดร.สุทิน ชนะบุญ ตำแหน่ง อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น
2. ดร.สมภพ อัจชนะศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3. ดร.สมัย ลาประวัตติ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามในเครื่องมือให้ครอบคลุมและตรงกับเนื้อหาตามนิยามความหมาย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนครอบคลุมเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การหาค่าความตรง (Index of Item of Objective Congruence: IOC) เพื่อตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการหาความตรง และครอบคลุมตามเนื้อหาและโครงสร้างที่ต้องการจะวัดของแบบสอบถาม แต่ละข้อและรวมทุกข้อเป็นเครื่องมือทั้งชุด จากผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดให้คะแนนผลการพิจารณาตัดสิน ดังนี้

- ให้ +1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย
 - ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม คำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย
 - ให้ -1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย
- จากผลการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างได้จากสูตรของ Rowinelli และ Hambleton

$$IOC = \sum R/N$$

เมื่อ $IOC =$ ดัชนีความสอดคล้องของข้อความคำตอบกับเนื้อหาตามความ
 ดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

$R =$ คะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

$N =$ จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือได้ว่าวัดได้สอดคล้องกัน ทั้งนี้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน เห็นตรงกัน 2 ใน 3 ท่าน ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหาซึ่งพบว่าข้อความคำถามทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5

3.6.1.2 นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

3.6.1.3 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลอง (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ตัวอย่าง ในพื้นที่ตำบลหนองหมี่ อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีลักษณะบริบทคล้ายคลึงกับตำบลสัมปอ่ย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าคำถามด้านความรู้ใช้การหาค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson (KR20) และการหาค่าคำถามด้านทัศนคติโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการคำนวณต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นดังนี้

(1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.76

(2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.708

(3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.745

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.1 ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มประชากร จำนวน 175 คน (ก่อนดำเนินการ) ซึ่งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

3.7.2 ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 คน โดยใช้

1. แบบสังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
2. แบบคำถามประเด็นสนทนากลุ่ม
3. แบบบันทึกผลการปฏิบัติงานตามแผน

3.7.3 ระยะที่ 3 ขั้นการติดตามและประเมินผล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มประชากร จำนวน 175 คน (หลังดำเนินการ) ซึ่งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 คน

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ที่ใช้ในการวิจัยนี้

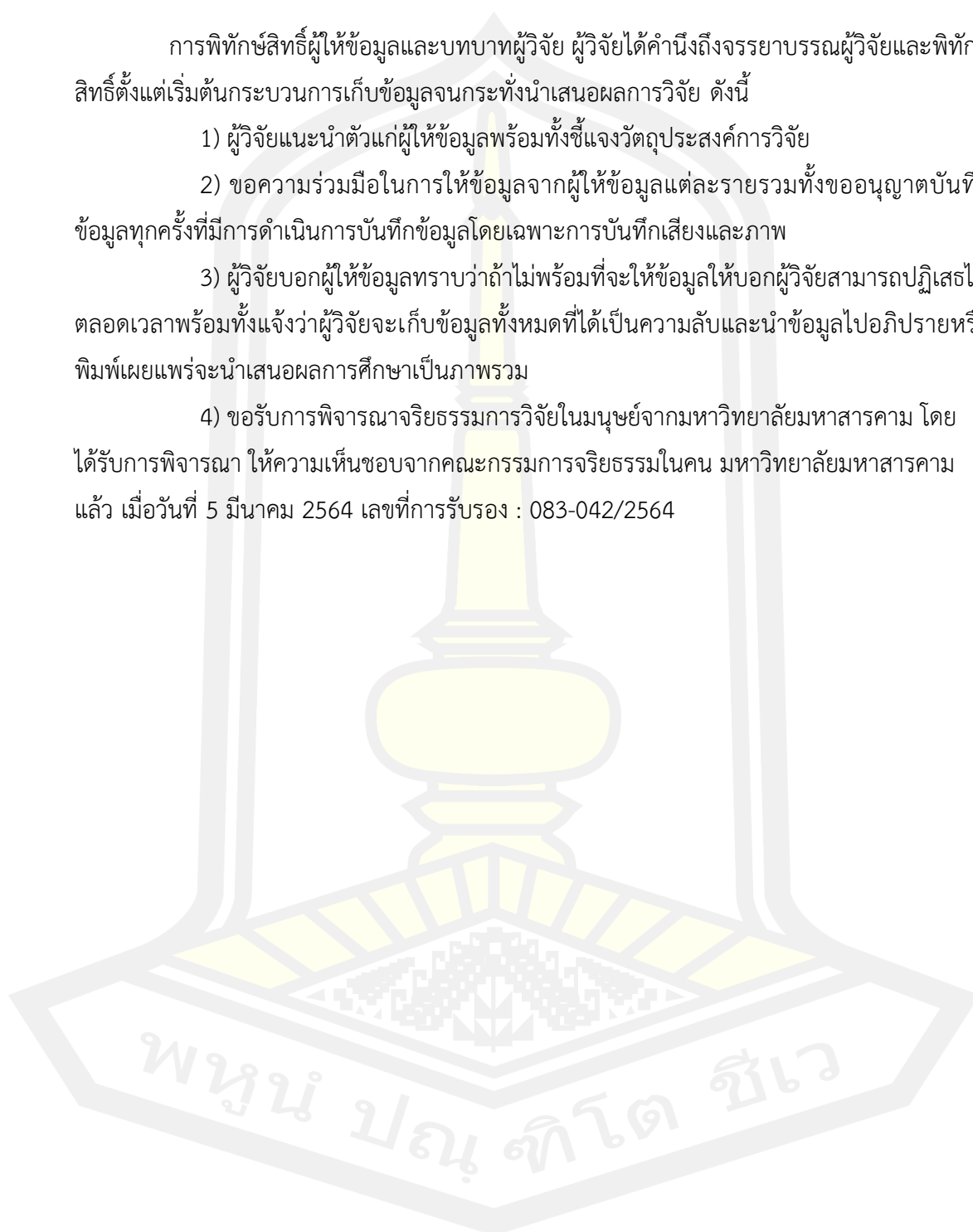
3.8.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ทัศนคติที่มีต่อการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

3.8.2 ข้อมูลในเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุกระยะของการเก็บข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย นำข้อมูลที่ได้มาแยกแยะเป็นหมวดหมู่ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการวิจัยจนกระทั่งสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานมาเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและสรุปผลการดำเนินงานมาเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานการพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ และอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษารูปแบบนั้น

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลและบทบาทผู้วิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณผู้วิจัยและพิทักษ์สิทธิตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวแก่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
- 2) ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายรวมทั้งขออนุญาตบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการดำเนินการบันทึกข้อมูลโดยเฉพาะการบันทึกเสียงและภาพ
- 3) ผู้วิจัยบอกผู้ให้ข้อมูลทราบว่าถ้าไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลให้บอกผู้วิจัยสามารถปฏิเสธได้ตลอดเวลาพร้อมทั้งแจ้งว่าผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลทั้งหมดที่ได้เป็นความลับและนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม
- 4) ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับการพิจารณา ให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แล้ว เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2564 เลขที่การรับรอง : 083-042/2564



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการจัดทำแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม เทคนิคเชิงพุทธ คือ การนำเอาหลักการของ อริยสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) มาใช้อย่างเป็นกระบวนการ ได้แก่ รู้สุข รู้ทุกข์ (ทุกข์) สาเหตุของสุขและทุกข์ (สมุทัย) ทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุข (นิโรธ) การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์เพิ่มสุข (มรรค) ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในภาคศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาค้นคว้าได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมาย ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-----------|-----|---|
| n | แทน | จำนวนกลุ่มเป้าหมาย |
| \bar{X} | แทน | ค่าเฉลี่ย (Mean) |
| SD | แทน | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) |
| Min | แทน | จำนวนค่าที่น้อยที่สุด |
| Max | แทน | จำนวนค่าที่มากที่สุด |

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์และวัตถุประสงค์ในประเด็นที่ศึกษาจึงมีประเด็น ในการนำเสนอ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ บริบทการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอรามไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอรามไศล จังหวัดศรีสะเกษ

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 สถานการณ์บริบทการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอรามไศล จังหวัดศรีสะเกษ

1. ข้อมูลบริบททั่วไปของชุมชน

ตำบลสัมพันธ์ เป็นชุมชนขนาดใหญ่ที่เก่าแก่แห่งหนึ่งในชนบทของภาคอีสาน ประวัติการตั้งถิ่นฐาน เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2369 ในแผ่นดินสมัยสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ซึ่งในขณะนั้นเจ้าอนุวงศ์แห่งเมืองเวียงจันทร์ได้ก่อการกบฏต่อพระเจ้ากรุงสยาม และพ่ายแตกทัพมาจากทุ่งสัมฤทธิ์เมืองโคราช โดยการโจมตีของคุณหญิงโม (ท้าวสุรนารี) ซึ่งกองทัพของเจ้าอนุวงศ์แห่งเมืองเวียงจันทร์ที่แตกพ่ายได้มาถอยร่นลงมาตามลำน้ำมูล และได้ตั้งค่ายไว้ที่แห่งนี้ เพราะเห็นว่าอุดมสมบูรณ์ มีเวียงน้ำที่กว้างใหญ่ โดยตั้งชื่อค่ายว่า “ค่ายสัมพันธ์” เนื่องจากมีดินสัมพันธ์ขึ้นอยู่เป็นจำนวนมาก ปัจจุบันที่ตั้งของค่ายยังมีให้เห็นอยู่ทางทิศตะวันตกของหมู่บ้าน (มีหลักฐานที่เชื่อว่าเป็นที่ตั้งค่ายสัมพันธ์ เพราะมีแนวเป็นเนินดินที่เรียงยาวติดต่อกัน ประมาณ 5 เมตร ชาวบ้านจะเรียกเป็นภาษาอีสานว่า “โพนเลียน”) เรียกชื่อตามค่ายและดินดอนว่า สัมปอโยโพนเลียนปัจจุบันกลุ่มคนในชุมชนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ

กลุ่มแรก ประชาชนเป็นกลุ่มชนพื้นเมืองที่อาศัยอยู่ตามลำน้ำมูลกลุ่มนี้สืบเชื้อสายมาจากชาวเมืองเวียงจันทร์ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ต่อมาได้ร่วมกับไพร่พลนายบ้านสามขาที่ยกทัพมาปราบกบฏ กลุ่มนี้เป็น “คนไทยเชื้อสายลาว” ภาษาที่ใช้เป็นภาษาไทยลาว (ไทยอีสาน)

กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่อพยพมาหลังกลุ่มแรก โดยอพยพมาจากอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา จึงเรียกกลุ่มตัวเองว่า “คนไทยโคราช” ภาษาที่ใช้คือภาษาไทยโคราช สาเหตุที่อพยพมาเพราะพื้นที่เดิมเกิดความแห้งแล้งอดอยาก หาเลี้ยงชีพลำบากเพราะอาชีพคือการปั้นหม้อ จึงได้แสวงหาแหล่งดินเหนียวคุณภาพดีที่ใช้ในการปั้นหม้อไปเรื่อยๆ โดยการล่องเรือมาตามลำน้ำมูลเพื่อแสวงหาแหล่งที่มีดินเหนียวลักษณะดี จนเมื่อมาถึงบริเวณที่ราบริมฝั่งแม่น้ำในปัจจุบัน เพราะบริเวณนี้อุดมสมบูรณ์และมีดินเหนียวลักษณะดีสีส้มอมแดง เมื่อนำมาปั้นหม้อเผาแล้วมีสีส้มสวยงาม และมีความคงทนเป็นที่นิยมกลุ่มนี้ประกอบอาชีพปั้นหม้อเรียกว่าชุมชนดอนโก หรือ บ้านโก

ตำบลส้มป่อย มีพื้นที่ทั้งหมด 39.2 ตารางกิโลเมตร ทิศเหนือ จรดกับตำบลไผ่ ทิศใต้ จรดตำบลหนองอึ่ง ทิศตะวันออก จรดกับตำบลหนองหมี่ ทิศตะวันตก จรดกับตำบลเมืองแคน อำเภอ ราชสีไศล มี 17 หมู่บ้าน ประชากร 8,292 คน เป็น ชาย 4,159 คน หญิง 4,133 คน มี 41,781 หลังคา เรือน ประชากรนับถือศาสนาพุทธ มีวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อและพิธีกรรมที่ผสมผสานกับการ ดำเนินวิถีชีวิตของชาวอีสาน ฮีตสิบสอง คองสิบสี่ ซึ่งคนในชุมชนยึดถือเป็นวิถีปฏิบัติ ก่อให้เกิด บรรทัดฐาน และวัฒนธรรมของชุมชน มีอาชีพหลักคือเกษตรกรรม ทำนาตามฤดูกาล ทำสวน พืช เศรษฐกิจที่สำคัญ ได้แก่ ข้าวหอมมะลิ หอมแดง กระเทียม พริก และพืชไร่ตามฤดูกาล มีการคมนาคม สะดวก มีถนนคอนกรีตเชื่อมถึงกันทุกหมู่บ้านหลัก ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นแบบ เครือญาติ มีหน่วยงานและกลุ่มภาคีเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 1 แห่ง วัด, สำนักสงฆ์ 8 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง โรงเรียน ประถมศึกษา 4 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านหมู่บ้าน (อสม.) 124 คน และมีแปลงนาสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา 1 แปลงเป็นต้น

2. ข้อมูลด้านการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน

จากการศึกษาข้อมูลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตพบว่า ที่ผ่านมตำบล ส้มป่อยได้ดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตามหลัก T-PAR ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กล่าวคือ T : Team คือ ตำบลส้มป่อยมีทีมสุขภาพระดับตำบลมีเครือข่ายที่เข้าร่วมทีมสุขภาพ มีตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรต่างๆ ในชุมชน และเครือข่าย มีการทำงานในรูปแบบ คณะกรรมการโดยผู้นำเป็นคนแต่งตั้ง มีการสร้างและพัฒนาทีมเครือข่ายตำบลจัดการคุณภาพชีวิต, P : Plan คือ มีการจัดทำแผนสุขภาพ โดยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ทุนทางสังคมและ ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนที่มีนำมารวบรวมในการจัดทำแผนสุขภาพของตำบล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อยเป็นหลักในการพาทำ, A : Activity คือ มีการจัดกิจกรรม หรือบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย มีการเฝ้าระวัง ประเมิน คัดกรอง ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. การจัดกิจกรรม และสุขภาพที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย ตามเกณฑ์ที่ ส่วนกลางกำหนด, R : Result คือ มีผลลัพธ์การดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน มีวิทยากรชุมชน เกิดขึ้น มีการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพของคนในชุมชน แต่จากการ ดำเนินงานที่ผ่านก็ยังพบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในองค์ประกอบ P (Plan) คือ การจัดทำแผน สุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วม โดยสาเหตุเกิดจากชุมชนยังไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานตำบล จัดการคุณภาพชีวิต รวมทั้งกระบวนการด้านการสร้างความร่วมมือในชุมชนยังไม่มีกระบวนการที่ ชัดเจนในแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นระดับที่แสดงถึงการเป็นตำบลต้นแบบและแสดงถึงความยั่งยืนในการ พัฒนา ซึ่งต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับที่ชุมชนเป็นผู้จัดการกระบวนการพัฒนาได้

3. ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

จากการศึกษาประชากรที่เข้าร่วมวิจัยดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 175 คน พบว่าประชากรส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.43 ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่อยู่ช่วงอายุระหว่าง 25-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 87.43 ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสเป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.71 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 33.72 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 68.57 ส่วนใหญ่รายได้กับรายจ่ายของครอบครัวไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.86 ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 70.86 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชนมากกว่า 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.29 ส่วนใหญ่ได้รับทราบการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 85.71 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 52.00 รายละเอียดดังตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร (N=175)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	78	44.57
หญิง	97	55.43
2. อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	3	1.71
ระหว่าง 25 – 59 ปี	153	87.43
60 ปี ขึ้นไป	19	10.86
\bar{X} =50.01 SD=8.091 Max=66 Min=22		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	10	5.71
คู่	115	65.71
หม้าย	34	19.43
หย่า/แยก	16	9.15

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร (N=175) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
4.การศึกษา		
ประถมศึกษา	31	17.71
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	23.43
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	59	33.72
อนุปริญญา/ปวส.	31	17.71
ปริญญาตรี	9	5.14
สูงกว่าปริญญาตรี	4	2.29
5.อาชีพ		
เกษตรกร	120	68.57
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	12	6.86
รับราชการ	9	5.14
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1	0.57
รับจ้างทั่วไป	33	18.86
6.รายได้กับรายจ่ายของครอบครัวมีความเหมาะสมเพียงพอหรือไม่		
เพียงพอ	37	21.14
ไม่เพียงพอ	138	78.86
7.บทบาทหน้าที่หลักในชุมชน		
ผู้บริหารท้องถิ่น	3	1.71
สมาชิกสภาท้องถิ่น	17	9.71
พัฒนาการตำบล	1	0.57
ผู้นำชุมชน	17	9.71
ผู้นำทางด้านศาสนา	8	4.57
ผู้อำนวยการโรงเรียน หรือครูอนามัยโรงเรียน	5	2.87
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	124	70.86

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร (N=175) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
8.ระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชนนี้		
1-4 ปี	9	5.14
5-8 ปี	57	32.57
มากกว่า 8 ปี	109	62.29
\bar{X} =12.07 SD=8.096 Max=38 Min=1		
9.ท่านเคยรับทราบการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตหรือไม่		
เคย ผู้นำชุมชน	46	26.29
อสม.	69	39.43
สื่อโซเชียล มีเดีย	18	10.29
เสียงตามสายหมู่บ้าน	31	17.71
ผู้บริหารท้องถิ่น	20	11.43
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	150	85.71
อื่นๆ	1	0.57
10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่		
มี	91	52.00
ไม่มี	84	48.00

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
 สัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis และ
 McTaggart (1988) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของ
 ชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

1. การวางแผน (Planning)
2. การปฏิบัติ (Action)
3. การสังเกต (Observation)
4. การสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 การศึกษาบริบทและเก็บข้อมูลทั่วไป

เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการจัดประชุมวางแผน การเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการวิจัย เพื่อให้ทราบสถานการณ์และปัญหาความต้องการของชุมชน โดยมีการประชุมพูดคุยเพื่อพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1 วัน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมพันธ์ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ การประชุมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครูอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล วิเคราะห์ปัญหาร่วมกันและเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่สำคัญมุ่งหวังให้ชุมชนเกิดการรับรู้ปัญหาร่วมกันและเห็นว่าปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาระดับชุมชนซึ่งคนในชุมชนรวมถึงหน่วยงานต่างๆ จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมีขั้นตอนและรายละเอียดของการจัดกิจกรรมรวมทั้งผลที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การเตรียมความพร้อมเพื่อให้การประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อยผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อม ดังนี้

1.1 ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมวิทยากร ก่อนถึงวันประชุม เชิงปฏิบัติการฯ ผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและคืนข้อมูลการประเมินด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตซึ่งได้ทำหน้าที่ขอความอนุเคราะห์ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ท่านสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมพันธ์ ในการอนุมัติให้เจ้าหน้าที่ในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ เพื่อให้ได้ทีมวิทยากรและผู้ช่วยผู้วิจัย โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและเป็นผู้ผ่านการอบรมวิทยากรครู ก ซึ่งเป็นวิทยากรจังหวัดจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมพันธ์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจาก จำนวน 4 คน ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในชุมชน ซึ่งกิจกรรมการประชุมทีมได้จัดขึ้นในวันที่ 1 มีนาคม 2564 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมพันธ์

1.2 ด้านผู้เข้าร่วมประชุม ก่อนถึงวันประชุมเชิงปฏิบัติการผู้วิจัยได้ประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อย เพื่อแจ้งรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อยได้แจ้งให้กลุ่มเป้าหมายให้ทราบล่วงหน้า

1.3 ด้านวัน เวลา สถานที่ในการจัดประชุม ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาดำเนิน 1 วัน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อย อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยเริ่มการประชุมเวลา 9.00 น. ถึง เวลา 16.30 น. ในการประชุมก็จะให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านได้ลงทะเบียนก่อนเข้าร่วมประชุม ทีมวิทยากรก็จะทำความรู้จักทำความคุ้นเคยกับผู้เข้าร่วมประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการประชุมให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบ หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม โดยเปิดเพลงประกอบแล้วให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ฟ้อนรำเคลื่อนที่ขยับซ้าย ขยับขวา เดินหน้า ถอยหลังไปเรื่อยๆ เมื่อเพลงจบลงก็ให้ทุกคนหยุดอยู่กับที่จากนั้นก็ให้ผู้เข้าร่วมประชุมแบ่งกลุ่มโดยการนับเลข 1-3 ไปเรื่อยๆ และ ให้ผู้ที่นับเลขเดียวกันเข้ากลุ่มเดียวกัน และให้แต่งตั้งประธานกลุ่ม เลขานุการ และ ผู้นำเสนอประจำกลุ่ม หลังจากนั้นก็จะรับฟังการคืนข้อมูลการดำเนินงานการจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน และทำการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมกันกำหนดแนวทางในการดำเนินงานการจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ทำแผนโครงการ/กิจกรรมที่จะลงมือทำ หลังจากทำกิจกรรมกลุ่มแล้ว ก็ให้ผู้นำเสนอประจำกลุ่มได้นำเสนอผลการประชุมทุกขั้นตอน

กิจกรรมที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ

ก่อนการเริ่มกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนก็จะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเพื่อให้ได้แผนที่ดีที่ทุกคนรับรู้ความรู้ที่ถูกต้องในการดำเนินงานและได้รับบทบาทหน้าที่ในวิธีการดำเนินงาน

การประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์จริงในชุมชน วิธีการที่ใช้คือกระบวนการวางแผนชุมชนเชิงพุทธ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) เพื่อพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันคิดวิเคราะห์ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์การจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในชุมชนของตน โดยมีความมุ่งหวังให้ชุมชนเกิดการรับรู้ร่วมกัน และเห็นว่าปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาในระดับชุมชนคนในชุมชนรวมถึงหน่วยงานต่างๆ จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวแบ่งออกเป็นกระบวนการย่อย 4 กระบวนการ คือ 1) รู้สุข รู้ทุกข์ของชุมชน 2) สาเหตุของสุขและทุกข์ของชุมชน 3) ทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุขของชุมชน 4) การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์เพิ่มสุขของชุมชนใน 4 กระบวนการย่อย ประกอบด้วย 6 ใบบงาน มีกลุ่มเป้าหมายที่ร่วม

ดำเนินการดังนี้ ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 17 คน เจ้าอาวาสวัด จำนวน 1 รูป ผู้อำนวยการโรงเรียน/ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 1 คน พัฒนาการตำบล จำนวน 1 คน นายกองจัดการบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 คน สมาชิกสภาท้องถิ่น จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน ผลที่ได้จากกระบวนการดังกล่าว มีดังต่อไปนี้

กระบวนการที่ 1 รู้สุข รู้ทุกข์ของชุมชน

ใบงานที่ 1 การรำลึกและเรียนรู้อดีต

เพื่อร่วมกันรำลึกเหตุการณ์สำคัญ ที่ผ่านมากในอดีตร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ในระดับต่างๆ ความเชื่อมโยงที่กระทบต่อเนื่องกับสถานการณ์การจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม เลือกรประธาน 1 คน เลขานุการ 1 คน ผู้นำเสนอ 1 คน วิเคราะห์ปัญหาในประเด็น “การรำลึกและเรียนรู้อดีตในเรื่องความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมในการจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิต” ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟังและหาข้อสรุปร่วมกัน โดยใช้เทคนิคการทำงานกลุ่มสื่อสารด้วยการเขียน (One card One idea) แล้วสนทนาเพิ่มเติม จากนั้นตัวแทนกลุ่มนำเสนอในที่ประชุมกลุ่มละ 5-7 นาที

ผลจากการดำเนินกิจกรรมตามใบงานที่ 1 การรำลึกและการเรียนรู้อดีต ประเด็น “รำลึกและเรียนรู้อดีตในเรื่องความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมในการจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิต” ทั้ง 3 กลุ่ม ได้ตอบคำถามดังต่อไปนี้

คำถามที่ 1 เหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต การศึกษา การเมืองการปกครอง การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญในประเทศไทย จากอดีตถึงปัจจุบันมีอะไรบ้าง

คำถามที่ 2 ความเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของประชาชน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพในสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม) ในตำบลสัมปอຍ ที่ผ่านมาจากอดีต ถึงปัจจุบัน มีอะไรบ้าง (อดีตเป็นอย่างไร ปัจจุบันเปลี่ยนไปอย่างไร)

คำถามที่ 3 ความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ (ภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคเอกชน) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ที่ผ่านมาก มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

คำถามที่ 4 กระบวนการกลุ่มและความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วม รวมทั้งการแสดงออกบทบาทของประชาชน (กลุ่ม ชมรม องค์กร แกนนำ ภายในชุมชน) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ที่ผ่านมาก มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง (อดีตเป็นอย่างไร ปัจจุบันเปลี่ยนไปอย่างไร)

เมื่อทั้ง 3 กลุ่มทำกิจกรรมตอบคำถามครบทั้ง 4 ข้อแล้วก็สามารถสรุปได้ว่าจากสิ่งที่เปลี่ยนแปลงเหล่านั้น เราคิดคิดว่า “อะไรคือสุข” “อะไรคือทุกข์” ของชุมชน ซึ่งจากการนำเสนอทั้ง 3 กลุ่มสามารถสรุปได้ดังนี้ (คำตอบรายคำถามของแต่ละกลุ่มรายละเอียดตามผนวก ง)

ความสุขของชุมชน (สิ่งดีๆ) ได้แก่

1. ชุมชนมีเจ้าหน้าที่และ อสม. ดูแลประชาชนถึงบ้าน
2. ประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพเพิ่มมากขึ้น
3. มีรถรับ-ส่ง บริการผู้ป่วย ถึงบ้าน
4. มีงบประมาณ ในการดูแลรักษาพยาบาล ยารักษาโรคที่ดี รวมถึงการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยรวดเร็ว
5. การทำงานในชุมชนสะดวกง่ายขึ้น มีการให้ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนหลายๆด้าน
6. ชุมชนมีการแข่งขันกันส่งลูกหลานเรียนหนังสือ ทำให้คนในชุมชนได้เข้ารับการศึกษที่ดีมากขึ้น
7. คนในชุมชนให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงมาพัฒนาชุมชน
8. มีงานศพงานบุญปลอดเหล้าทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการจัดงานขึ้นมาก
9. มีงานทำในชุมชน โดยคนในชุมชนเป็นคนบริหารจัดการเอง ทำให้คนในชุมชนมีรายได้เพิ่ม
10. มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีรถจัดเก็บขยะในชุมชน มีถนนหนทางที่สะดวก การเดินทางง่ายขึ้น
11. มีระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปาทั่วถึง
12. คนเฒ่าคนแก่เข้าวัดฟังธรรม ยึดถือประเพณีโบราณ ฮีตสิบสองครองสิบสี่

ความทุกข์ของชุมชน (สิ่งที่ไม่ดี) ได้แก่

1. คนในชุมชนเกิดโรคติดต่อโรค ไม่ติดต่อ รวมทั้งการเจ็บป่วยและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี
2. คนในชุมชนส่วนมากไม่ดูแลใส่ใจสุขภาพตนเองที่เท่าควร ยังกินหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย
3. มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการศึกษาบุตร
4. ค่าครองชีพ ค่าต้นทุนในการทำเกษตรและมีการใช้สารเคมี เพิ่มมากขึ้น
5. ราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ

6. มีปัญหาเด็กติดมือถือ ติดเกมส์ พัฒนาการล่าช้า มั่วสุมกันตามสี่แยก มีปัญหา
ท้องก่อนวัยเรียน

7. เกิดความเห็นแก่ตัว มีการแข่งขันกัน ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกันลดลง วัยรุ่น
เข้าวัดน้อยลง

8. เกิดภาวะโรคร้อน อากาศเป็นพิษ

9. คนที่ทำงานชุมชนเป็นคนกลุ่มเดิมเพราะคนรุ่นใหม่ออกไปทำงานนอกพื้นที่
กระบวนการที่ 2 รู้เหตุแห่งทุกข์และสุข

ใบงานที่ 2 วิเคราะห์สาเหตุ – ผล จากอดีต – ปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์ความ
เชื่อมโยงระหว่างผลกระทบ ปัจจัย ช่องทางและสาเหตุที่เกิดขึ้น โดยนำเสนออย่างเป็นระบบและเป็น
ความคิดร่วมของสมาชิกทั้งหมด โดยใช้เทคนิคการเชื่อมโยงโดยทั้ง 2 กลุ่มเลือกวิธีเชื่อมโยงแบบ
แผนผังต้นไม้ การแบ่งกลุ่มออก 3 กลุ่ม (กลุ่มเดิมในใบงานที่ 1) วิเคราะห์ปัญหาในประเด็นเหตุการณ์
ความคิด ความเชื่อ เรื่องราว กระบวนการต่างๆ ที่รำลึกและเรียนรู้ในอดีต ส่งผลกระทบและเชื่อมโยง
กันอย่างไร (อะไร เป็นเหตุ อะไรเป็นผล) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นร่วมรับฟังและ
หาข้อสรุปร่วมกัน โดยใช้เทคนิคการทางานกลุ่มสื่อสารด้วยการเขียน (One idea One card) แล้ว
สนทนาเพิ่มเติม ตัวแทนกลุ่มนำเสนอในที่ประชุมรวม กลุ่มละ 5 นาที

ผลจากการดำเนินกิจกรรมตามใบงานที่ 2 วิเคราะห์สาเหตุ – ผล จากอดีต –
ปัจจุบัน ประเด็น เหตุการณ์ ความคิด ความเชื่อ เรื่องราว กระบวนการต่าง ๆ ที่รำลึกและเรียนรู้ใน
อดีต ส่งผลกระทบและเชื่อมโยงกันอย่างไร (อะไร เป็นเหตุ อะไรเป็นผล) จากทั้ง 3 กลุ่ม มีดังนี้

กลุ่มที่ 1

“การดำเนินงานด้านการจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตยังขาดการมีข้อมูลที่
แท้จริง เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมและความร่วมมือในการวางแผนและการดำเนินงานตำบลจัดการ
คุณภาพชีวิต”

กลุ่มที่ 2

“ชาวบ้านยังมีปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ต้องเสียเงินทองใน
การต้องดูแลสุขภาพ ยังมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิต
ไม่ดี”

กลุ่มที่ 3

“คนยังขาดความเข้าใจ ขาดการมีส่วนร่วมจากคนในชุมชน ขาดการสร้าง
ขวัญกำลังใจ และภาคีเครือข่ายยังทำงานการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตแบบแยกส่วนกันไม่
บูรณาการร่วมกัน”

ในงานที่ 3 ความภาคภูมิใจในตัวเองและท้องถิ่นที่อยู่โดยกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมผ่อนคลายเพื่อลดความตึงเครียดจากการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาในในงานที่ 1 และ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันรำลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ความภาคภูมิใจที่จะเป็นกำลังใจในการก้าวสู่นาคตโดยให้สมาชิกจับคู่กัน แล้วแต่ละคนบอกถึง ความภูมิใจที่สุดในชีวิต 1 เรื่อง ความภูมิใจสุดในการทำงาน 1 เรื่อง และความภูมิใจที่มีต่อชุมชนตนเอง (เช่น บุคคลสำคัญ ทรัพยากร ขนบธรรมเนียม ประเพณี วิถีชีวิต ความสำเร็จที่เกิดจากความร่วมแรงร่วมใจของชาวชุมชน) จากอดีตจนถึงปัจจุบัน (กรณีพิเศษ ให้เป็นกลุ่มสามคนได้) ให้เวลา 5 นาที จากนั้นสมาชิกแต่ละคู่ไปรวมกับคู่อื่นให้ได้ 3 คู่ แล้วภายในกลุ่มบอกถึงความภูมิใจ โดยให้บอกความภูมิใจของคนที่คุณกับตนเองให้กลุ่มฟัง ให้เวลา 10 นาที จากนั้นแต่ละกลุ่มสรุปความภูมิใจร่วมของกลุ่ม แล้วนำเสนอกลุ่มละ 2 นาที แล้ววิทยากรสรุปภาพรวม

ผลจากการดำเนินกิจกรรมตามในงานที่ 3 ความภาคภูมิใจในตัวเองและท้องถิ่นที่อยู่เพื่อร่วมกันรำลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ความภาคภูมิใจที่จะเป็นกำลังใจในการก้าวสู่นาคต มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 “ความภูมิใจที่สุดในชีวิต คือ ภูมิใจที่ตนเองมีความสามารถทำงานสุจริตหาเลี้ยงครอบครัวส่งลูกเรียนหนังสือจบมามีงานที่มั่นคงทำ คนในครอบครัวมีเข้าใจกัน”

กลุ่มที่ 2 “ความภูมิใจที่สุดในชีวิต คือ ภูมิใจที่มีร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว และได้ไปอบรมการซ่อมบำรุงเครื่องไฟฟ้าแล้วได้มาดูแลช่วยเหลือชาวบ้าน ”

กลุ่มที่ 3 “ความภูมิใจที่สุดในชีวิต คือ ภูมิใจที่ได้รับคัดเลือก เป็น อสม. ดีเด่นระดับชาติ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพี่น้องในชุมชนร่วมกับเครือข่ายหลายๆ ส่วน”

กลุ่มที่ 4 “ความภูมิใจที่สุดในชีวิต คือ ภูมิใจที่ได้เกิดในชุมชนที่มีความรักความสามัคคีและได้มีบทบาทในชุมชนได้ช่วยเหลือชุมชนบ้านเกิด”

กลุ่มที่ 5 “ความภูมิใจที่สุดในชีวิต คือ ภูมิใจที่ได้เป็นแกนนำของชุมชน ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ได้ดูแลช่วยเหลือชุมชนและผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เพื่อชุมชนพัฒนาในสิ่งดีๆ”

กลุ่มที่ 6 “ความภูมิใจที่สุดในชีวิต คือ การมีลูกที่ดี มีครอบครัวที่ดี ช่วยกันทำมาหากิน มีความรักความเข้าใจกัน มีที่ทำกินของตนเอง มีบ้านที่อบอุ่นอยู่ในชุมชนที่ดี”

กระบวนการที่ 3 ทางแห่งการพันทุกข์สร้างสุข

ในงานที่ 4 สร้างภาพอนาคตที่ปรารถนาและจัดลำดับความสำคัญ เพื่อร่วมกันระดมแนวคิดที่เป็นภาพอนาคตที่ปรารถนา โดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind Map) จัดระบบความคิดของสมาชิกทั้งหมด รวมทั้งการใช้เทคนิคจัดลำดับความสำคัญแบบมีส่วนร่วม (Weight Ranking) การแบ่งกลุ่มแบ่งออก 3 กลุ่ม (กลุ่มเดิมในงานที่ 1และ2) จากนั้นเลือกประธาน 1 คน เลขานุการ 2 คน โฆษก 1 คน แล้วให้สงบนิ่งทำจิตใจให้โปร่งและสร้างสมาธิ 3 นาที จากนั้นวิทยากรประจำกลุ่มแจกกระดาษให้แต่ละคนเขียนถึงที่เป็นภาพที่พึงประสงค์/ภาพอนาคตที่ต้องการของการ

ดำเนินงานด้านการจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนลงบนกระดาษที่แจกให้โดยเขียนแผ่นละ 1 ประเด็น ช่วงแรกผู้อำนวยความสะดวกประจำกลุ่มช่วยสร้างแผนที่ความคิดให้ (โดยการจัดกลุ่มความคิดที่สมาชิกเขียนมาเป็นกลุ่มๆ ไว้ก่อน แล้วนำไปลงในแผนที่ความคิด) หลังจากนั้นให้ทีมประธาน และเลขาฯ ดำเนินการต่อ เพื่อเป็นการฝึกทักษะ เมื่อได้แผนที่ความคิดของกลุ่มแล้ว ให้เรียงร้อยข้อความสำคัญ (Key words) ให้เห็นวิสัยทัศน์ของกลุ่ม ผู้อำนวยความสะดวกนำแผนที่ความคิดรวมกลุ่มใหญ่ มานำเสนอในที่ประชุมทบทวน และแจกสติ๊กเกอร์ให้สมาชิกเท่าๆ กัน (การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ใช้สติ๊กเกอร์รูปอมยิ้มโดยแจกให้คนละ 5 ดวง) นำไปติดให้หน้าหน้าสำคัญของประเด็นในแผนที่ความคิดหลังจากนั้นรวมคะแนนได้จาก ประเด็นย่อยเรื่อย ๆ สุดท้ายจึงเป็นคะแนนรวมของประเด็นใหญ่ และสรุปประเด็นใหญ่ที่ได้คะแนน ความสำคัญจากมากไปหาน้อย ตัวแทนกลุ่มนำเสนอในที่ประชุมรวม กลุ่มละ 5 นาที

ผลจากการดำเนินกิจกรรมตามใบงานที่ 4 สร้างภาพอนาคตที่ปรารถนา และจัดลำดับความสำคัญ เพื่อร่วมกันระดมแนวคิดที่เป็นภาพอนาคตที่ปรารถนา จากทั้ง 3 กลุ่ม มีดังนี้

กลุ่มที่ 1

“อยากให้ชาวบ้านในชุมชนสัมป่อยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีปลอดโรคไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ มีความรักความสามัคคีพอเพียง ลดการใช้สารเคมีในการทำกิน มีน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาด เป็นชุมชนปลอดสารเคมี อยากให้มีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนเพื่อสร้างให้คนในชุมชนได้รับแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง”

กลุ่มที่ 2

“อยากให้ประชาชนมีสุขภาพดีมีสุข มีพฤติกรรมการกินที่ลดหวาน มัน เค็ม ลดการดื่มเหล้า ลดการสูบบุหรี่ ลดอบายมุข ปลอดภัยเสพติด ชุมชนปลอดสารเคมี มีวิถีชีวิตที่พอเพียง ราคาพืชผลทางการเกษตรมีราคาดี มีความเอื้ออาทรต่อกัน เด็กเยาวชนรู้ผิดรู้ชอบ ชุมชนปลอดโควิด 19 อยากให้การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพคนในชุมชน อยากให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพในชุมชน”

กลุ่มที่ 3

“อยากให้ชุมชนเกิดความรักความสามัคคีกันดูแลช่วยเหลือกัน มีกิจกรรมอะไรก็ร่วมด้วยช่วยกันเด็กเยาวชนเป็นคนดี มีงานมีที่ทำ มีเงินทองปลดหนี้ได้ ชาวบ้านในชุมชนมีความรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วย ปลอดภัยเสพติดปลอดสารเคมี อยากให้มีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนต่อเนื่อง”

จากการสร้างภาพอนาคตที่ปรารถนา และจัดลำดับความสำคัญเพื่อร่วมกันระดมแนวคิดที่เป็นภาพอนาคตที่ปรารถนาของทั้ง 3 กลุ่ม ได้ 5 ลำดับความสำคัญ ดังนี้ (1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (2) ชุมชนปลอดสารเคมี (3) การแก้ไขปัญหาเสพติด (4) การสร้างชุมชนพอเพียง

(5)การป้องกันโรคโควิด 19 และจากทั้ง 5 ลำดับความสำคัญของปัญหาทุกคนได้สรุปภาพรวมของภาพอนาคตที่ปรารถนา คือ อยากให้คนได้รับการดูแลการส่งเสริมด้านสุขภาพ เพราะหากคนสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคไม่มีการเจ็บป่วยคุณภาพชีวิตชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้นแน่นอน อยากให้คนในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี อยากให้มีกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ อยากให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องการพัฒนาการจัดการคุณภาพชีวิต

ในงานที่ 5 กำหนดแนวทางหลักในการพัฒนาสู่อนาคตที่ปรารถนา เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทาง/ยุทธศาสตร์ที่จะก้าวสู่อนาคตที่ปรารถนา และใช้เทคนิคการนำเสนอวิพากษ์แบบหมุนเวียนเรียนรู้ (Civic Café) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการร่วมระดมความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยคำถามหลักๆ ว่า “จะอย่างไร” โดยใช้การสื่อสารด้วยการเขียนร่วมกับการอภิปรายในกลุ่ม การหาแนวทางที่จะก้าวสู่อนาคตที่ปรารถนา ให้ใช้ข้อมูลจากบทเรียนในอดีต (เหตุแห่งทุกข์และสุข) และภาพอนาคตที่ปรารถนาประกอบการพิจารณา เพื่อที่จะได้แนวทางที่ตรงกับเหตุหวังผลได้ และมีความเป็นไปได้ตามสถานการณ์ นำเสนอแบบหมุนเวียนเรียนรู้ โดยให้มีผู้แทนกลุ่มๆ ละ 2 คน ทำหน้าที่สรุปนำเสนอและตอบข้อซักถามแก่ผู้เข้ามาเรียนรู้ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปประเด็นและแนวทางหลักในการพัฒนาสู่อนาคตที่ปรารถนา

ประเด็น	ทำอย่างไร
การมีส่วนร่วม	การวางแผนดำเนินงานการพัฒนาการจัดการคุณภาพชีวิตให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกันโดยเฉพาะผู้นำชุมชนและประชาชน (เข้าร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนการดำเนินการและการติดตามประเมินผล
การให้ความรู้	-อบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคและผู้ป่วยเรื้อรัง และแกนนำสุขภาพ - ให้ความรู้รายบุคคลตอนมารับบริการ - มีป้ายรณรงค์ประชาสัมพันธ์ที่ดีให้ความรู้ในชุมชน
การเข้าถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพ	- มีกิจกรรมออกกำลังกายทุกหมู่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

ตารางที่ 2 สรุปประเด็นและแนวทางหลักในการพัฒนาสู่อนาคตที่ปรารถนา (ต่อ)

ประเด็น	ทำอย่างไร
การบริการสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - เข้ารับการเสริมสร้างความรู้ - มีการติดตามการจัดกิจกรรม - มีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ - ให้ความรู้การดูแลการปฏิบัติตัวของชาวบ้าน - มีระบบการดูแลหลังการตรวจคัดกรอง

กิจกรรมที่ 3 การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการที่ 4 วิธีปฏิบัติเพื่อปรับทุกข์

ในงานที่ 6 แผนปฏิบัติการ/โครงการของชุมชนโดยชุมชน ในขั้นตอนนี้เป็นการร่วมกันเพื่อจัดกำหนดกระบวนการส่งเสริมประชาคมในพื้นที่เพื่อสร้างแนวทางการปฏิบัติงาน โดยขั้นตอนกิจกรรมนี้จะแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม เลือกผู้ดำเนินการ เลขานุ และโฆษก (กลุ่มเดิม) แต่ละกลุ่มเลือกแนวทางหลัก/ กลยุทธ์หลัก 1 เรื่อง ทั้งนี้ระหว่างเสนอความคิดเห็นเสนอกิจกรรมนั้นทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมในการเสนอ และร่วมเป็นเจ้าของกิจกรรม ทำให้ยอมรับกิจกรรมและผ่านขั้นตอนของการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาแล้ว จากนั้นร่วมกันพิจารณาว่า "แนวทาง/กลยุทธ์ ที่เลือกมา เรา จะนำไปทำจริงในพื้นที่ได้อย่างไร" โดย ช่วยกัน ตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องที่จะทำดังนี้ พวกเขาจะทำอะไร (ชื่อแผน/โครงการ) พวกเขาจะทำอย่างไรบ้าง มีกระบวนการอย่างไร เริ่มจากอะไร และมีขั้นตอนต่อไปอย่างไร (กิจกรรม/ขั้นตอนวิธีดำเนินงาน) จะทำเมื่อไร (กำหนดปฏิบัติการ) ใครเป็นผู้ดูแล ประสานงาน (ผู้รับผิดชอบ) ซึ่งผลการดำเนินงานในกิจกรรมนี้ได้ 2 โครงการ คือ 1) โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มี 2 กิจกรรม คือ (1) กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (2) กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 2) โครงการชุมชนร่วมใจออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน มี 2 กิจกรรม คือ (1) กิจกรรมพัฒนาแกนนำออกกำลังกาย (2) กิจกรรมดำเนินการออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน ซึ่งหลังจากที่ได้ดำเนินการตามใบงานที่ 6 และได้แผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพชีวิตแล้วนั้น ผู้วิจัยได้ชี้แจงและตกลงผู้วิจัยได้ชี้แจงและตกลงร่วมกันกับผู้เข้าร่วมประชุม เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการดำเนินโครงการร่วมกับผู้วิจัยจนสิ้นสุดโครงการ (รายละเอียดตามผนวก จ)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

กิจกรรมที่ 4 ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนดำเนินการต่อเนื่องจากขั้นวางแผน โดยให้นำแผนงาน/

โครงการที่ได้เข้าสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีโครงการ 2 โครงการ 4 กิจกรรม ดังนี้

1. โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมี 2 กิจกรรม ประกอบด้วย

1.1 กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง

1.2 กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง

2. โครงการชุมชนร่วมใจออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน มี 2 กิจกรรม ประกอบด้วย

2.1 กิจกรรมพัฒนาแกนนำออกกำลังกาย

2.2 กิจกรรมดำเนินการออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน

การดำเนินงานตามแผน/กิจกรรม

1. โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรม : กิจกรรมอบรมพัฒนาให้ความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย ในวันที่ 25 มีนาคม 2564 วิทยากรคือทีมบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย ในการอบรมประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การบรรยาย และการฝึกปฏิบัติ

ส่วนที่ 1 เป็นการบรรยาย เรื่อง สถานการณ์โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง เช่น อาการของโรค อาการผิดปกติ การรักษา การดูแลและการปฏิบัติตนเมื่อป่วย ภาวะแทรกซ้อนของโรค

ส่วนที่ 2 เป็นการฝึกปฏิบัติการสาธิตการออกกำลังกาย ภายบริหารเบื้องต้น โดยการออกกำลังแบบยืดเหยียดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง การทดสอบการกินยาของผู้ป่วยโดยนำตัวอย่างยาที่ผู้ป่วยกินอยู่แล้วหยิบมาถามว่ายาคืออะไรกินเวลาไหนกินอย่างไร

เป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย จำนวน 30 คน

ผลการดำเนินกิจกรรม : จากการถามตอบที่วิทยากรได้ถามตอบผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง รู้จักวิธีการปฏิบัติตัวการสังเกตอาการผิดปกติและการกินยาที่ถูกต้องมากขึ้น

กิจกรรม : กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย ในวันที่ 26 มีนาคม 2564 วิทยากรคือทีมบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย ในการอบรม เป็นการบรรยาย เรื่อง สถานการณ์โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค เช่น อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรค ผลกระทบเมื่อได้รับการเจ็บป่วย และการป้องกันเพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมาย : กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย จำนวน 40 คน

ผลการดำเนินกิจกรรม : จากการถามตอบที่วิทยากรได้ถามตอบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว รู้จักวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น

2. โครงการชุมชนร่วมใจออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน

กิจกรรม : พัฒนาแกนนำออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ฝึกซ้อม อสม. ในแต่ละหมู่บ้านเพื่อเป็นแกนนำไปพาคนในชุมชนตนเองออกกำลังกายในหมู่บ้านตนเอง โดยทีมวิทยากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย และตัวแทน อสม. ที่เป็นแกนนำออกกำลังของตำบลช่วยกันฝึกซ้อม ได้จัดขึ้นในวันที่ 30 มีนาคม 2564 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย

เป้าหมาย : อสม. หมู่บ้านละ 2 คน รวม 34 คน

ผลการดำเนินกิจกรรม : ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเป็นแกนนำในการออกกำลังกายในหมู่บ้านตนเองได้

กิจกรรม : กิจกรรมดำเนินการออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 17.00 – 18.00 น. ณ ศาลากลางบ้านของแต่ละหมู่บ้าน โดยมี อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลส้มป่อย มาร่วมกิจกรรม

เป้าหมาย : ประชาชนในพื้นที่ตำบลส้มป่อย

ผลการดำเนินกิจกรรม : ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe)

กิจกรรมที่ 5 การนิเทศ ติดตามและประเมินผล ผู้วิจัยได้สรุปจากการสังเกตตลอดกระบวนการของการปฏิบัติ ดังนี้

1. กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในช่วงระหว่าง การดำเนินกิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือและให้ความสนใจเป็นอย่างดี แต่ก็มีส่วนน้อยที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการได้จนเสร็จสาเหตุเนื่องจากติดภารกิจสำคัญ การจัดกิจกรรมดำเนินไปได้ด้วยความเรียบร้อย ผู้ที่เข้าร่วมประชุมให้ความสำคัญกับการประชุมมาก เนื่องจากในขั้นตอนของการร่วมแสดงความคิดเห็นผู้วิจัยได้แจกกระดาษบัตรคำ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เขียนทุกคนแสดงความคิดเห็นลงในกระดาษและไม่มีการตัดความคิดเห็นออก แสดงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่าทุกความคิดเห็นมีค่าและมีความหมาย หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มวิเคราะห์สรุปในกระดาษรูปเพื่อนำเสนอเป็นภาพรวมกลุ่ม จากการสังเกต พบว่า มีปัญหาในการพูดนำเสนอเพราะผู้เข้าร่วมประชุมบางคนยังเงินอายสามารถ เขียนแสดงความคิดเห็นได้มากแต่พูดได้น้อย ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไขปัญหาโดยการให้ทีมผู้ช่วยวิจัยอยู่ประจำแต่ละกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็นให้ได้มากที่สุด จากการสัมภาษณ์การเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2564 พบว่า

กลุ่มที่ 1

“รู้สึกดีใจและเป็นเกียรติมาก เพราะเป็นครั้งแรกที่ได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมแบบนี้ ได้เห็นทุกคนทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของความคิดและเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม”

กลุ่มที่ 2

“กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการวางแผนชุมชนแบบเชิงพุทธเป็นกิจกรรมที่ดีมาก ได้เห็นทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจง่าย ทำให้คนคิดภาพทุกข์ สุข ออกและทำให้คนในชุมชนซึ่งเป็นคนพุทธอยู่แล้วยิ่งให้ความสนใจมากขึ้นและที่สำคัญเมื่อคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกันก็ได้ข้อมูลที่แท้จริงในการมาพัฒนาชุมชนอย่างแท้จริง”

กลุ่มที่ 3

“รู้สึกตื่นเต้น และดีใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมวันนี้ ส่วนมากเวลาประชุมก็จะเป็นผู้ฟังไม่ค่อยได้แสดงความคิดเห็นเท่าไร และวันนี้พิเศษอีกคือให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นโดยการเขียนลงบัตรคำซึ่งทุกคนก็จะกล้าแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ ทำให้ทุกคนสนใจและรู้สึกว่าทุกอย่างเกิดจากคนในชุมชนเราเพื่อชุมชนเราจริงๆ”

2. กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงจัดขึ้น ในวันที่ 25 มีนาคม 2564 พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยเพศหญิงที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และเป็นคนที่สามารถขับรถจักรยานยนต์มาเองได้ ทุกคนให้ความสนใจเป็นอย่างดี จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพบว่า

“คุณหมอ สอนได้ดีมากเลยพูดภาษาถิ่นบ้านๆ เข้าใจง่าย ทำให้เข้าใจในวิธีที่ดูแลตนเองโรคที่เรากำลังป่วยอยู่มากขึ้น”

“บรรยากาศการอบรมสนุก น่าสนใจ ไม่น่าเบื่อไม่่วงนอน คุณหมอสร้างบรรยากาศให้ทุกคนได้มีส่วนคำถามกระตุ้นให้ทุกคนตื่นตัวตลอดเวลา”

3. กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จัดขึ้นในวันที่ 26 มีนาคม 2564 พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนมากเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จากการติดตามพบว่า

“การร่วมกิจกรรมครั้งนี้ดีมากเลยคะ ได้รับความรู้เยอะมาก และจะได้นำความรู้ไปปฏิบัติเพื่อที่จะไม่ให้ตัวเองเป็นคนป่วยและจะนำไปบอกต่อสมาชิกในบ้านด้วย”

4. กิจกรรมการพัฒนาแกนนำออกกำลังกาย จากการติดตามการจัดกิจกรรม จัดขึ้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2564 พบว่า แกนนำทุกคนเต็มใจมากกับการเป็นคนนำออกกำลังให้คนในหมู่บ้านตนเอง

“ยินดีและเป็นเกียรติมากคะที่ได้รับความเชื่อมั่นให้มาเป็นแกนนำพาพี่น้องในหมู่บ้านออกกำลังกาย”

“เป็นการนำเพลงลูกทุ่ง หมอลำ รวมกับการทำการออกกำลังกายที่เข้ากับชาวบ้านได้อย่างดี และเป็นท่าออกกำลังที่ง่ายชาวบ้านสามารถทำตามได้อย่างง่ายคะ”

5. กิจกรรมดำเนินการออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยและทีมวิจัยได้ติดตามในช่วงเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม 2564 เดือนละ 2 ครั้ง พบว่า กิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชนทุกหมู่บ้าน ซึ่งแต่ละหมู่บ้านมีการจัดให้ชาวบ้านมาร่วมกันออกกำลังกายที่ ศาลาประชาคมของแต่ละหมู่บ้าน จะมีทั้งเด็ก วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุมาร่วมออกกำลังกาย บางคนเดินไม่ได้ก็เอาผ้าขาวม้าเอาไม้มายึดเหยียดกับเพื่อนๆ จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มาร่วมออกกำลังกายพบว่า

“ดีใจที่มีกิจกรรมดีๆ แบบนี้ ทำให้ได้ร่วมออกกำลังกายกันและอยากให้มีการจัดแบบนี้นี้ขึ้นตลอด ไม่ใช่สักพักก็ห่างหายไป”

“ก่อนหน้านี้จะมีเพียงผู้ชายบางกลุ่มที่เล่นฟุตบอลกัน แต่ตอนนี้มีการจัดเปิดเพลงแล้วคนมาเดินออกกำลังกายด้วยกัน ก็ทำให้หลายๆ คนได้ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น”

“ควรจะมีกิจกรรมการประกวดแข่งขันการออกกำลังกายระหว่างแต่ละหมู่บ้านในตำบลสัปดาห์ เพื่อที่จะได้เป็นแรงจูงใจและขวัญกำลังใจให้ผู้คนมาร่วมออกกำลังมากขึ้น”

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect)

กิจกรรมที่ 6 สรุปผลและเสนอแนวทางปรับปรุง/ยกระดับ

ผู้วิจัยและทีมวิจัยได้คืนข้อมูลให้ชุมชนและร่วมกันถอดบทเรียน โดยใช้เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในวันที่ 11 มิถุนายน 2564 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัปดาห์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการดำเนินการแก้ไขปัญหาและพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ โดยการถอดบทเรียนตามหลักการการ

ถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews : AAR) หลังจากการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการแล้ว ในการสนทนากลุ่มได้กล่าวถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการเปรียบเทียบการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตรูปแบบและรูปแบบใหม่ และสรุปรูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผลจากการสรุปการถอดบทเรียนสามารถสรุปเป็นภาพรวมได้ ดังนี้

จุดแข็งของการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บริหารและผู้นำให้ความสำคัญกับพัฒนางานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และสนับสนุนงบประมาณ
2. ภาครีหรือข่ายของสัมป่อยมีความเข้มแข็ง มีความสามัคคีร่วมมือร่วมใจพัฒนาชุมชน
3. มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

จุดอ่อนของการดำเนินกิจกรรม

1. ภาระแต่ละบุคคลแตกต่างกันบางคนในชุมชนทำการเกษตรบางครั้งกลับมากีเหนื่อยล้าไม่ได้ร่วมกิจกรรม

2. ระยะเวลาการดำเนินงาน การติดตามผลมีระยะเวลาอันสั้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของชุมชนในการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

1. ใช้กระบวนการเรียนรู้และจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม (จากใบงานที่ 1- ใบงานที่ 6) อย่างแท้จริงมีการร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยการวางแผนของชุมชนมีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายจากการมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติและร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและการตัดสินใจ
2. การถ่ายทอดความรู้ การดูแลกลุ่มเป้าหมายโดยแยกกลุ่มการดูแลที่ชัดเจนเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มแกนนำ จะสามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้และการดูแลที่ตรงจุดมากกว่าการรวมๆ กลุ่มกัน (โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และโครงการชุมชนร่วมมือออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน)
3. การลงไปจัดกิจกรรมตามชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี (กิจกรรมดำเนินการออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน)
4. การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ให้คำแนะนำเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและต่อเนื่อง
5. การสร้างขวัญกำลังใจ การให้ความสำคัญ การรับฟังเสียงจากชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญและเป็นแรงผลักดันให้ประชาชนลุกขึ้นมาใส่ใจสุขภาพและร่วมทำกิจกรรมในชุมชน

6. การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหาร หัวหน้าภาคส่วนต่างๆ ที่ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาที่ตรงจุดของชุมชน การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น บุคลากร สถานที่ งบประมาณ ในการดำเนินกิจกรรมและผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เปรียบเทียบการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตรูปแบบและรูปแบบใหม่

จากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้วิจัยและทีมวิจัยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ทำการสรุปและเปรียบเทียบการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สัมป่อย โดยใช้หลักการ T-PAR ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย โดยใช้หลักการตามองค์ประกอบ คือ 1.ทีม (Team) 2.แผนการ (Plan) 3.กิจกรรม (Activity) 4.ผลลัพธ์ (R) (T-PAR) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

หลักการ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่	ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
Team	มีการแต่งตั้งทีมสุขภาพระดับตำบลตามผู้นำทางการ	มีทีมดำเนินการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	เกิดทีมสุขภาพตำบลที่หลากหลายครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
Plan	มีการประชุมทำแผนโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แสดงบทบาทหลักในการทำแผน	มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมร่วมเรียนรู้ร่วมกันโดยยึดหลักอริยสัจ4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค)	มีการวางแผนชุมชนแบบเชิงพุทธ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น พัฒนาการตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำทางด้านศาสนา ผู้อำนวยการโรงเรียน หรือครูอนามัยโรงเรียน อสม. และ จนท.สาธารณสุข เข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน

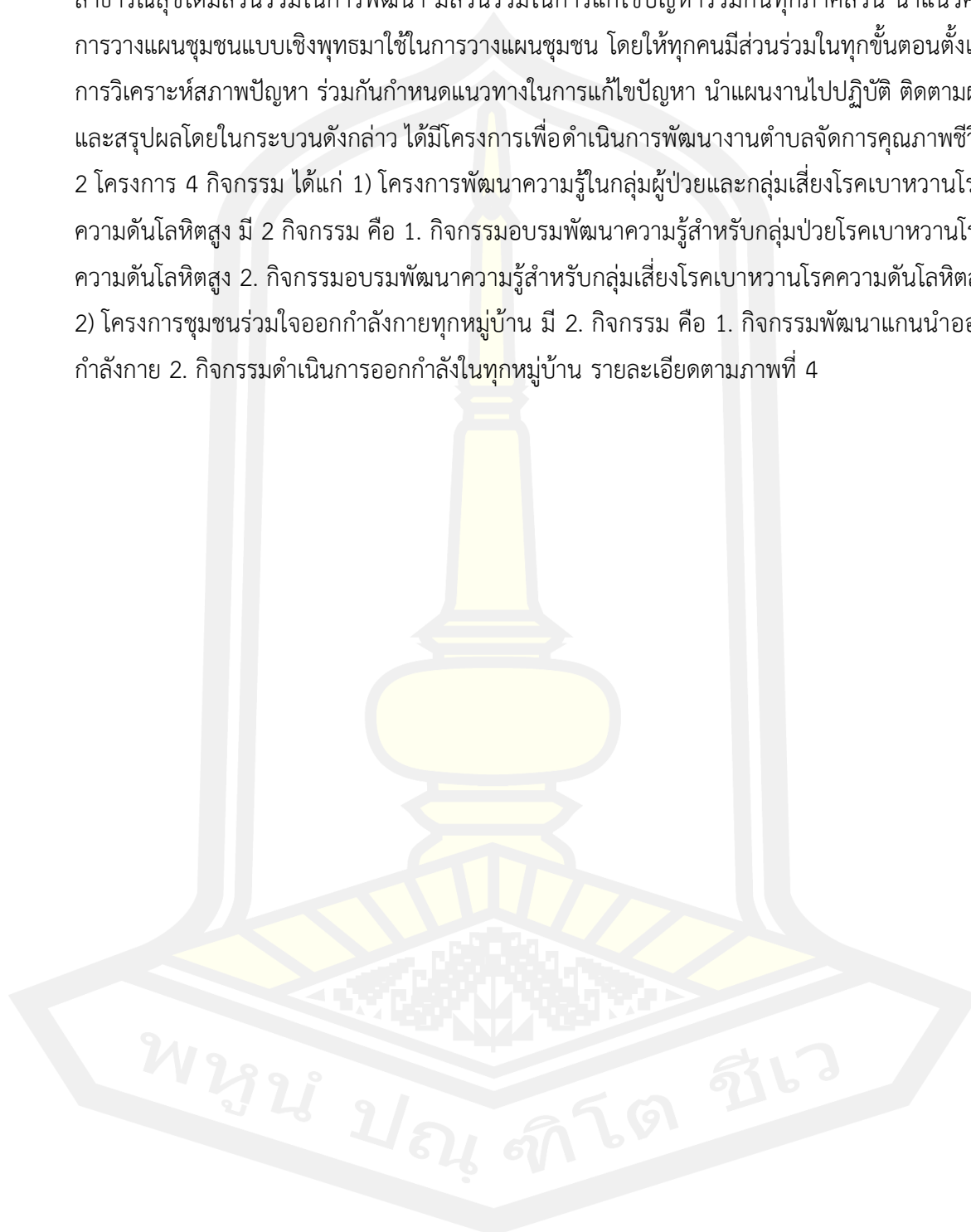
ตารางที่ 3 การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอย โดยใช้หลักการตามองค์ประกอบ คือ 1.ทีม (Team) 2.แผนการ (Plan) 3.กิจกรรม (Activity) 4.ผลลัพธ์ (R) (T-PAR) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ต่อ)

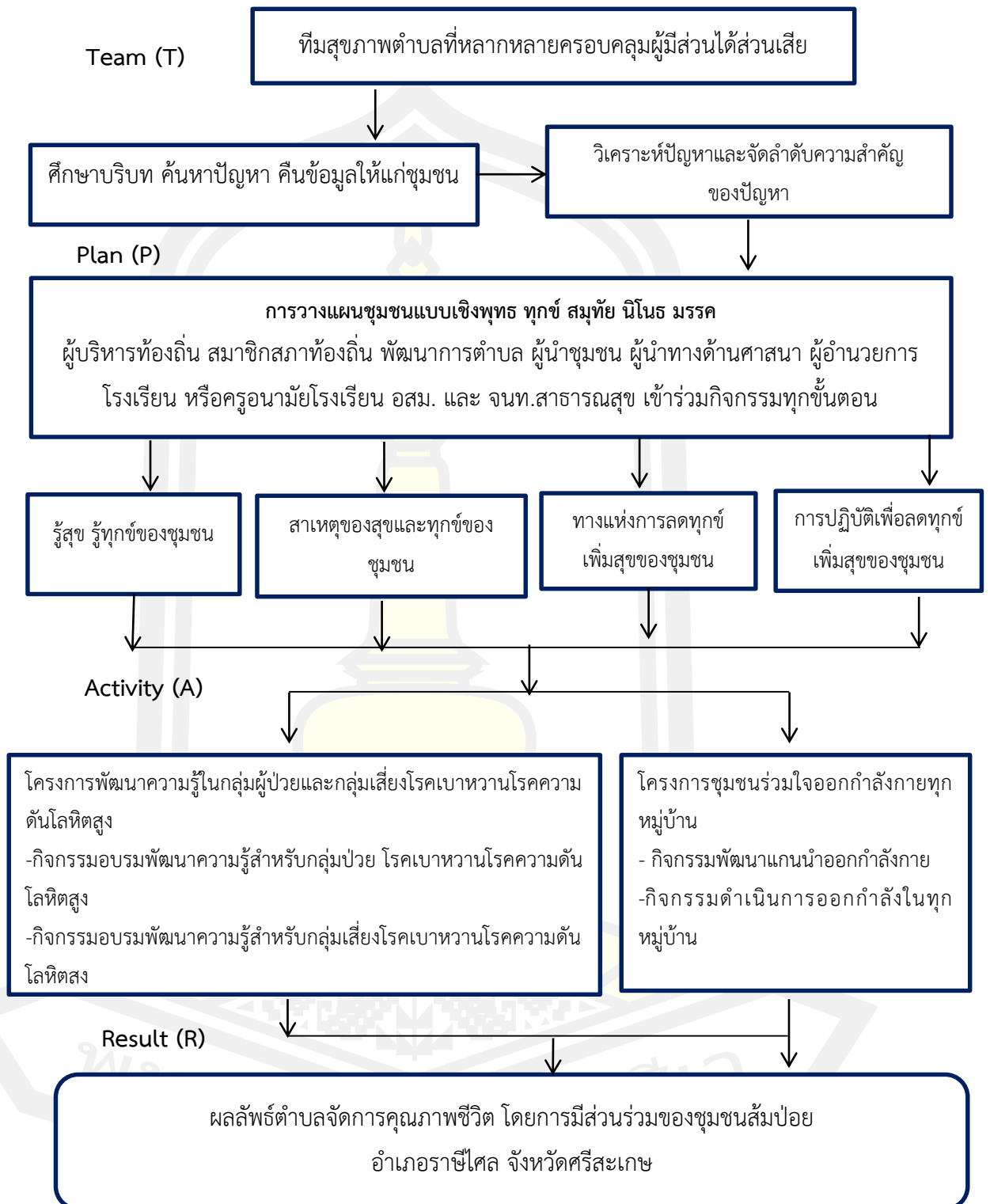
หลักการ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่	ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
Activity	กิจกรรมโครงการที่เกิดขึ้นเป็นกิจกรรมโครงการของ รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการเป็นหลัก	กิจกรรมโครงการ เกิดจากการแสดงบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากขึ้น	โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง -กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วย -กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยง โครงการชุมชนร่วมใจออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน - กิจกรรมพัฒนาแกนนำออกกำลังกาย -กิจกรรมออกกำลังกายในชุมชนทุกหมู่บ้าน
Result	แกนนำมีความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น	เกิดผลลัพธ์รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลเพื่อกำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบเชิงพุทธตำบลสัมปอย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ได้ว่าการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบเชิงพุทธตำบลสัมปอย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ คือ การที่ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น พัฒนาการตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำทางด้านศาสนา ผู้อำนวยการ

โรงเรียน หรือครูอนามัยโรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันทุกภาคส่วน นำแนวคิดการวางแผนชุมชนแบบเชิงพุทธมาใช้ในการวางแผนชุมชน โดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา ร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา นำแผนงานไปปฏิบัติ ติดตามผล และสรุปผลโดยในกระบวนดังกล่าว ได้มีโครงการเพื่อดำเนินการพัฒนางานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 2 โครงการ 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง มี 2 กิจกรรม คือ 1. กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง 2. กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง 2) โครงการชุมชนร่วมใจออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน มี 2. กิจกรรม คือ 1. กิจกรรมพัฒนาแกนนำออกกำลังกาย 2. กิจกรรมดำเนินการออกกำลังในทุกหมู่บ้าน รายละเอียดตามภาพที่ 4





ภาพที่ 4 รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์
อำเภอราชสีห์ชล จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอรามไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิเคราะห์ความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการข้อคำถามที่กลุ่มเป้าหมายตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 1 ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 80.57 และหลังดำเนินการ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มเป้าหมายตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 4 การจัดทำแผนการดำเนินงานของชุมชน ต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้จัดทำกับชุมชน คิดเป็นร้อยละ 100 และ ข้อ 8 การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน/ชุมชนสามารถจัดทำแผนประสานขอรับการสนับสนุนจาก อบต./เทศบาล คิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละความรู้ของประชากรชุมชนสัมพันธ์ที่ตอบถูกก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมการพัฒนา

ข้อ	ข้อคำถามความรู้	ตอบถูก (N=175)	
		ก่อน	หลัง
		ดำเนินการ	ดำเนินการ
		ร้อยละ	ร้อยละ
1	ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา	80.57	97.14
2	ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของชุมชน เป็นหน้าที่ของภาครัฐที่ต้องดำเนินการจัดให้ประชาชน	41.71	90.86
3	การจะทำให้คนหรือสังคมเกิดสุขภาวะ ต้องดำเนินงานเพื่อให้เกิดการสร้างตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	76.57	98.86
4	การจัดทำแผนการดำเนินงานของชุมชน ต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้จัดทำกับชุมชน	51.43	100.00
5	การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน ควรดำเนินการตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเท่านั้น	52.57	96.00
6	อสม. เป็นองค์กรเดียวที่ต้องดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เกิดการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	54.86	92.00

ตารางที่ 4 ร้อยละความรู้ของประชากรชุมชนสัมป่อยที่ตอบถูกก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมการ พัฒนา (ต่อ)

ข้อ	ข้อความถามความรู้	ตอบถูก (N=175)	
		ก่อน	หลัง
		ดำเนินการ	ดำเนินการ
		ร้อยละ	ร้อยละ
7	การสนับสนุนส่งเสริมให้มีส่วนร่วมสุขภาพ สวนสาธารณะ พื้นที่สาธารณะเป็นส่วนสำคัญหนึ่งในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	66.86	88.00
8	การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน/ชุมชน สามารถจัดทำ แผนประสานขอรับการสนับสนุนจาก อบต./เทศบาล หน่วยงานอื่นๆ รวมถึงการระดมทุนภายในชุมชนเอง	73.14	100.00
9	กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วม ร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	68.00	99.43

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ร้อยละของประชากรจำแนกตามระดับความรู้ ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 45.14 และหลังดำเนินการส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.86 รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละความรู้ของประชากรที่ตอบถูกจำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับความรู้	ก่อนดำเนินการ ร้อยละ (N=175)	หลังดำเนินการ ร้อยละ (N=175)
ระดับสูง (8-9)	36.57	98.86
ระดับปานกลาง (6-7)	18.29	1.14
ระดับต่ำ (0-5)	45.14	0.00
รวม	100.00	100.00

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มประชากรมีทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ข้อ 10 ท่านคิดว่าทุกชุมชนจะมีสิ่งแวดล้อมที่ดี สถานที่เหมาะสมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ถ้าทุกคนร่วมมือกันพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ย 3.35 (SD=0.80) หลังดำเนินการกลุ่มประชากรมีทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ข้อ 6 ท่านคิดว่าการทำประชาคมหมู่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ทุกคนควรไปร่วมแสดงความคิดเห็น โดยมีค่าเฉลี่ย 4.26 (SD=0.63) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติจำแนกตามก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ข้อ	ทัศนคติ	ก่อนดำเนินการ (N=175)		หลังดำเนินการ (N=175)	
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1	ชุมชนคิดว่าการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตทำให้ชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีตามบริบทของพื้นที่	2.70	1.27	4.22	0.51
2	ชุมชนคิดว่าการจัดทำแผนพัฒนาชุมชน เป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากในการทำ	2.28	0.95	3.00	0.82
3	ชุมชนคิดว่าการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตไม่ใช่หน้าที่ท่าน	2.23	0.83	3.99	0.38
4	ชุมชนคิดว่าการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชน เป็นหน้าที่ของผู้นำชุมชนต้องเป็นคนทำ	2.33	0.83	3.67	0.83
5	ชุมชนคิดว่าแม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้	3.26	0.94	4.10	0.50
6	ชุมชนคิดว่าการทำประชาคมหมู่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ทุกคนควรไปร่วมแสดงความคิดเห็น	3.27	0.98	4.26	0.63

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติจำแนกตามก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม
เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ข้อ	ทัศนคติ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
7	ชุมชนคิดว่าการพัฒนาตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต เป็นเรื่องที่ไม่ต้องมีการ พัฒนา	2.55	0.86	3.82	0.48
8	ชุมชนคิดว่า การเข้าร่วมกิจกรรมการ พัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็น เรื่อง que เสียเวลาในการประกอบอาชีพ	2.49	0.77	3.88	0.42
9	ชุมชนคิดว่า การพัฒนาตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต เป็นเรื่องที่คนในชุมชนต้อง ร่วมมือกัน	3.22	0.94	3.22	0.94
10	ชุมชนคิดว่า ทุกชุมชนจะมีสิ่งแวดล้อมที่ดี สถานที่เหมาะสมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ถ้าทุกคนร่วมมือกันพัฒนา	3.35	0.80	3.35	0.80

ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแบบตำบลจัดการ
คุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการ ชุมชนสัมป่อยมีระดับทัศนคติ
เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.29 รองลงมาคือ
มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.42 และมีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 2.29 ตามลำดับ
หลังดำเนินการพบว่า ชุมชนสัมป่อยมีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.29 และมีทัศนคติอยู่ในระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 41.71 รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของชุมชนสัมป่อยจำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงาน
ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ระดับทัศนคติ	ก่อนดำเนินการ (N=175)		หลังดำเนินการ (N=175)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (3.67-5.00)	4	2.29	102	58.29
ระดับปานกลาง (2.34-3.66)	130	74.29	73	41.71
ระดับต่ำ (1.00-2.33)	41	23.42	0	
Mean	2.77		3.73	
(SD.)	0.47		0.31	
Min	1.90		3.20	
Max	3.90		4.60	

ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ชุมชนสัมป่อยมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ค่าเฉลี่ย 4.88 (SD=0.34) และการมีส่วนร่วมด้านการได้รับประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาในการค้นหาปัญหา ค่าเฉลี่ย 4.88 (SD=0.34) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมด้านวางแผนแก้ไขปัญหา ค่าเฉลี่ย 4.65 (SD=0.53) และการมีส่วนร่วมด้านประเมินผล ค่าเฉลี่ย 4.65 (SD=0.53) รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม (n=40)					\bar{X}	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การมีส่วนร่วมในการค้นหา							
ปัญหาและสาเหตุของปัญหา							
1.ชุมชนได้ร่วมออกเสียง	35	5	0	0	0	4.88	0.34
สนับสนุน คัดเลือก	(87.50)	(12.50)	(0.00)	(0.00)	(0.00)		
ปัญหาสุขภาพในชุมชน							
2.ชุมชนได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหา	30	10	0	0	0	4.75	0.44
หรือความต้องการของชุมชนใน	(75.00)	(25.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)		
การวางแผนแก้ปัญหา							
3.ชุมชนได้ร่วมจัดลำดับ	31	5	4	0	0	4.68	0.66
ความสำคัญของปัญหาในชุมชน	(77.50)	(12.50)	(10.00)	(0.00)	(0.00)		
4.ชุมชนได้ร่วมค้นหาข้อมูล	24	15	1	0	0	4.58	0.55
การเสนอปัญหาและความ	(60.00)	(37.50)	(2.50)	(0.00)	(0.00)		
ต้องการในการพัฒนาสุขภาพ							
ของประชาชนและชุมชน							
5.ชุมชนได้ร่วมประชุม ค้นหา	15	25	0	0	0	4.38	0.49
แนวทางแก้ไขปัญหาในการ	(37.50)	(62.50)	(0.00)	(0.00)	(0.00)		
พัฒนาสุขภาพของประชาชนใน							
ชุมชน							
6.ชุมชนได้ร่วมตัดสินใจเลือก	17	19	4	0	0	4.33	0.66
ปัญหาในการพัฒนาสุขภาพของ	(42.50)	(47.50)	(10.00)	(0.00)	(0.00)		
ประชาชนในชุมชน							
7.ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนด	14	24	2	0	0	4.30	0.64
แผนงาน/โครงการ	(35.00)	(60.00)	(5.00)	(0.00)	(0.00)		
การดำเนินงานตำบลจัดการ							
คุณภาพชีวิตของประชาชนใน							
ชุมชน							

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย (ต่อ)

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม (n=40)					\bar{X}	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
8.ชุมชนได้ร่วมเสนอกลวิธีพัฒนา กิจกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการ คุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน	10 (25.00)	29 (72.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.23	0.48
9.ชุมชนได้ร่วมคัดเลือกแผนงาน โครงการ กิจกรรมการดำเนินงาน ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน	10 (25.00)	27 (67.50)	3 (7.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.18	0.55
10.ชุมชนได้ร่วมคิดค้นหา วิธีการ แก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาสุขภาพของ ประชาชน	7 (17.50)	31 (77.50)	2 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.13	0.46
11.ชุมชนได้ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุ ของปัญหาสุขภาพของชุมชนเพื่อ กำหนดแนวทางแก้ปัญหา	3 (7.50)	37 (92.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.08	0.26
12.ชุมชนได้ร่วมให้ข้อมูลปัญหา สุขภาพในชุมชน	0 (0.00)	39 (97.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	3.95	0.31
การมีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา							
13.ชุมชนได้ร่วมดำเนินการกำหนด ทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของประชาชนในชุมชน	27 (67.50)	12 (30.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.65	0.53
14.ชุมชนได้ร่วมส่งเสริมให้ ประชาชนรวมกลุ่มและสร้าง เครือข่ายการดำเนินงานตำบล จัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน	27 (67.50)	12 (30.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.65	0.53
15.ชุมชนได้ร่วมพิจารณาใช้ ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น เพื่อการดำเนินงานตำบล จัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน	25 (62.50)	13 (32.50)	2 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.59	0.59
16.ชุมชนได้ร่วมชักชวนภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เข้ามาร่วมกิจกรรม	22 (55.00)	17 (42.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.53	0.55

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย (ต่อ)

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม (n=40)					\bar{X}	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
17.ชุมชนได้ร่วมรวมกลุ่ม กำหนดปัญหา และแก้ไขปัญหาสภาพของประชาชน	21 (52.50)	18 (45.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.50	0.56
18.ชุมชนได้ร่วมสนับสนุนให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	21 (52.50)	18 (45.00)	1 (2.50)	0 (0)	0 (0)	4.50	0.56
19.ชุมชนได้ร่วมระดมทุน หรือสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	15 (37.50)	25 (62.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.38	0.49
20.ชุมชนได้ร่วมสนับสนุนกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาพัฒนาสุขภาพโดยการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน	13 (32.50)	27 (67.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.33	0.47
21.ชุมชนได้ร่วมวางแผนพัฒนา กำหนดทางเลือกในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของประชาชนในชุมชน	7 (17.50)	30 (75.00)	3 (7.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.10	0.49
22.ชุมชนได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการและกิจกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน	3 (7.50)	37 (92.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.08	0.27
23.ชุมชนได้ร่วมนำเสนอข้อบกพร่องมาปรับปรุงแก้ไขให้มีการพัฒนา กิจกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมได้รับประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา	0 (0.00)	39 (97.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.95	0.31
24.ชุมชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนจากการเข้าร่วมดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	35 (87.50)	5 (12.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.88	0.34

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย (ต่อ)

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม (n=40)					\bar{X}	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
25.ชุมชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน	30 (75.00)	10 (25.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.75	0.44
26.ชุมชนได้รับความไว้วางใจให้ร่วมบริหารจัดการงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน	31 (77.50)	5 (12.50)	4 (10.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.68	0.66
27.ชุมชนได้ร่วมวางแผนการใช้ทรัพยากรที่ใช้ดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน	24 (60.00)	15 (37.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.58	0.55
28.ชุมชนได้ร่วมชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมได้รับประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา	15 (37.50)	25 (62.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.38	0.49
29.ชุมชนได้ร่วมตรวจสอบผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน	17 (42.50)	19 (47.50)	4 (10.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.33	0.66
30.ชุมชนได้ร่วมทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	14 (35.00)	24 (60.00)	2 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.30	0.56
31.ชุมชนมีความภาคภูมิใจในผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	10 (25.00)	29 (72.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.23	0.48
32.ชุมชนได้ร่วมค้นหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	10 (25.00)	27 (67.50)	3 (7.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.18	0.55

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย (ต่อ)

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม (n=40)					\bar{X}	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
33.ชุมชนได้ร่วมถ่ายทอด การทำงานตำบลจัดการ คุณภาพชีวิตในชุมชน	7 (17.50)	31 (77.50)	2 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.13	0.46
การมีส่วนร่วม ประเมินผล							
34.ชุมชนได้ร่วมให้ข้อมูล การประเมินผล แผนงาน / โครงการ การ ดำเนินงานตำบลจัดการ คุณภาพชีวิตในชุมชน	27 (67.50)	12 (30.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.65	0.53
35.ชุมชนได้ร่วมนำปัญหา อุปสรรคจากการ ดำเนินการตำบลจัดการ คุณภาพชีวิตในชุมชน และส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ชุมชนรับรู้และร่วม หาแนว ทางแก้ไข	27 (67.50)	12 (30.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.65	0.53
36.ชุมชนได้ร่วมวิเคราะห์ ผลสำเร็จของงานจากที่ได้ ดำเนินการเปรียบเทียบ กับเป้าหมายของงาน ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	22 (55.00)	17 (42.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.53	0.55
37.ชุมชนได้ร่วมกำหนด เกณฑ์วัดความสำเร็จตาม วัตถุประสงค์เป้าหมาย/ แผนงาน/โครงการ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	21 (52.50)	18 (45.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.50	0.55

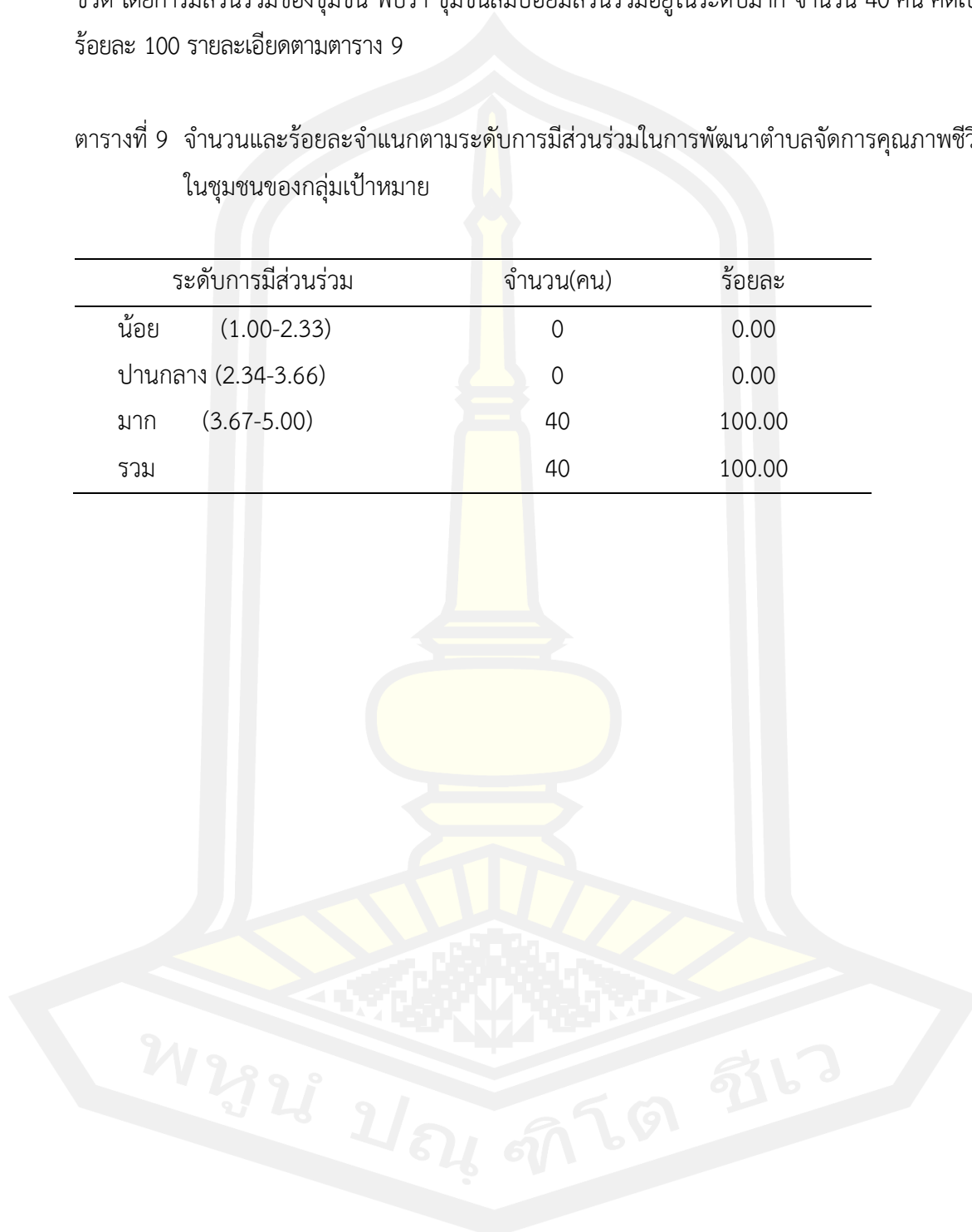
ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย (ต่อ)

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม (n=40)					\bar{X}	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การมีส่วนร่วม							
ประเมินผล							
38.ชุมชนได้ร่วม ตรวจสอบความก้าวหน้า พัฒนาการดำเนินงาน ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ในชุมชน	21 (52.50)	18 (45.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.50	0.56
39.ชุมชนได้ร่วมติดตาม ประเมินผลแผนงาน/ โครงการ พัฒนาการ ดำเนินงานตำบลจัดการ คุณภาพชีวิตว่าบรรลุ วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ในแผน	15 (37.50)	25 (62.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.38	0.49
40.ชุมชนได้ร่วมเสนอ วิธีการประเมินผล แผนงานโครงการ ดำเนินงานตำบลจัดการ คุณภาพชีวิตในชุมชน	13 (32.50)	27 (67.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.33	0.47
41.ชุมชนได้ร่วมนำ แบบอย่างที่ดีในการ ดำเนินงานตำบลจัดการ คุณภาพชีวิตไป ประยุกต์ใช้ในการพัฒนา งานอื่นๆ	7 (17.50)	30 (75.00)	3 (7.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.10	0.50

จากการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ชุมชนสัมป่อยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดตามตาราง 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชนของกลุ่มเป้าหมาย

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย (1.00-2.33)	0	0.00
ปานกลาง (2.34-3.66)	0	0.00
มาก (3.67-5.00)	40	100.00
รวม	40	100.00



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบเชิงพุทธโดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) การสะท้อน ผลการปฏิบัติการ (Reflection) และมีการจัดทำแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิคเชิงพุทธ คือ การนำเอา หลักการของอริยสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) มาใช้อย่างเป็นกระบวนการ ได้แก่ รู้สุข รู้ทุกข์ (ทุกข์) สาเหตุของสุขและทุกข์ (สมุทัย) ทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุข (นิโรธ) การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์ เพิ่มสุข (มรรค) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้แทนผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น พัฒนาการตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำทางด้านศาสนาผู้อำนวยการโรงเรียน หรือครูอนามัยโรงเรียน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 40 คน ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ มีนาคม 2564 – สิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยเปรียบเทียบความรู้ ทักษะของของกลุ่มตัวอย่างก่อน – หลัง ดำเนินการประเมินการมีส่วนร่วมหลังดำเนินการ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและร้อยละและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

- 5.1 สรุปผล
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

5.1.1 สถานการณ์ บริบท การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ

จากการศึกษาพบว่า ประชากรชุมชนสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.43 มีอายุระหว่าง 25–59 ปี ร้อยละ 87.43 ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสเป็นคู่ร้อยละ 65.71 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.72 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.57 รายได้กับรายจ่ายของครอบครัวมีความไม่เพียงพอ ร้อยละ 78.86 กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 70.86 ระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชนมากกว่า

8 ปี ร้อยละ 62.29 ส่วนใหญ่ได้รับทราบการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 85.71 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.00

ตำบลสัมป่อย เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอราชสีห์ไศล มีพื้นที่ทั้งหมด 39.2 ตารางกิโลเมตร มี 17 หมู่บ้าน ประชากร 8,292 คน เป็น ชาย 4,133 คน และหญิง 4,133 คน มี 41,781 หลังคาเรือน ประชากรนับถือศาสนาพุทธ มีวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อและพิธีกรรมที่ผสมผสานกับการดำเนินวิถีชีวิตของชาวอีสาน มีอาชีพหลักคือเกษตรกรรม จากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้วิจัยและทีมวิจัยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทำการสรุปและเปรียบเทียบการพัฒนาในรูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย โดยใช้หลักการ T-PAR ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สามารถสรุปได้ว่า ตำบลสัมป่อยดำเนินการโดยใช้หลักการ T-PAR ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยในหลักการ T (Team) มีทีมดำเนินการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย P (Plan) มีการประชุมทำแผนแบบมีส่วนร่วมเรียนรู้ร่วมกันโดยยึดหลักอริยสัจ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) A (Activity) กิจกรรมโครงการเกิดจากการแสดงบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากขึ้น R (Result) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น

5.1.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบเชิงพุทธชุมชนสัมป่อย อำเภอราชสีห์ไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ดำเนินการเตรียมข้อมูล เตรียมความพร้อมในด้านต่าง ได้แก่ เตรียมข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของชุมชนสัมป่อย เตรียมคนทั้งผู้วิจัย ผู้ช่วย วิทยากรและกลุ่มตัวอย่าง เตรียมเวลาและสถานที่ และในการดำเนินการวางแผนชุมชนได้นำเอาแนวคิดการวางแผนชุมชนแบบเชิงพุทธ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมุ่งหวังให้ชุมชนเกิดการรับรู้ร่วมกัน และเห็นว่าปัญหานั้นเป็นปัญหาในระดับชุมชน คนในชุมชนและหน่วยงานต่างๆ จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว โดยกระบวนการดังกล่าวแบ่งออกเป็นกระบวนการย่อย 4 กระบวนการ คือ (1) รู้สุข รู้ทุกข์ของชุมชน เพื่อร่วมกันรำลึกเหตุการณ์ สำคัญที่ผ่านมาในอดีต ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ในระดับต่างๆ ความเชื่อมโยงที่กระทบต่อเนื่อง กับสถานการณ์การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (2) รู้เหตุแห่งทุกข์และสุข เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมโยง ระหว่างผลกระทบ ปัจจัย ช่องทางและสาเหตุที่เกิดขึ้น ก่อนจะเริ่มกระบวนการที่ 3 ผู้วิจัยได้แทรก กิจกรรมความภาคภูมิใจในตัวเองและท้องถิ่นที่อยู่อาศัย โดยกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมช่วยผ่อนคลายเพื่อลดความตึงเครียดจากการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (3) ทางแห่งการพ้นทุกข์สร้างสุขของชุมชน สร้างภาพ อนาคตที่ปรารถนา จัดลำดับความสำคัญ และกำหนดแนวทางหลักในการพัฒนาสู่อนาคตที่ปรารถนา (4) วิถีปฏิบัติเพื่อปรับลดทุกข์เพิ่มสุขของชุมชน ซึ่ง

ภาพอนาคตที่ปรารถนาจะถูกนำมาสร้างเป็นแนวทางในการพัฒนาในรูปแบบของโครงการ โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการ และงบประมาณในการจัดโครงการ ซึ่งผลลัพธ์ในชั้นวางแผนได้มาซึ่งโครงการ 2 โครงการ 4 กิจกรรม ดังนี้ 1. โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง 1.1. กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง 1.2 กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง 2. โครงการชุมชนร่วมใจออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน 2.1 กิจกรรมพัฒนาแกนนำออกกำลังกาย 2.2 กิจกรรมดำเนินการออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) เป็นการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการทั้ง 2 โครงการ 4 กิจกรรม ดังนี้

1. โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จากการดำเนินงาน พบว่า มีกิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง 1 วัน และมีกิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง 1 วัน โดยผู้รับผิดชอบคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อย ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การฝึกปฏิบัติและการทดสอบการกินยาของผู้ป่วย

2. โครงการชุมชนร่วมใจออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน จากการดำเนินงาน พบว่า มีการจัดกิจกรรม การพัฒนาแกนนำออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ฝึกซ้อม อสม. ในแต่ละหมู่บ้านเพื่อเป็นแกนนำไปพาคนในชุมชนตนเองออกกำลังกายในหมู่บ้านตนเอง โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อย และตัวแทน อสม. เป็นผู้รับผิดชอบ และมีกิจกรรมดำเนินการออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 17.00 – 18.00 น. ณ ศาลากลางบ้านของแต่ละหมู่บ้าน โดยมี อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ ทีมผู้นำภาคส่วนมาร่วมกิจกรรม

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

1. กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือและให้ความสนใจเป็นอย่างดี แต่ก็มีส่วนน้อยที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการได้จนเสร็จสาเหตุเนื่องจากติดภารกิจสำคัญ การจัดกิจกรรมดำเนินไปได้ด้วยความเรียบร้อย ผู้ที่เข้าร่วมประชุมให้ความสำคัญกับการประชุมมาก เนื่องจากในขั้นตอนของการร่วมแสดงความคิดเห็นผู้วิจัยได้แจกกระดาษบัตรคำ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เขียน ทุกคนแสดงความคิดเห็นลงในกระดาษและไม่มี การตัดความคิดเห็นออก แสดงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่าทุกความคิดเห็นมีค่าและมีความหมาย หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มวิเคราะห์สรุปในกระดาษรูปเพื่อนำเสนอเป็นภาพรวมกลุ่ม จากการสังเกตพบว่า มีปัญหาในการพูดนำเสนอเพราะผู้เข้าร่วมประชุมบางคนยังเขินอายสามารถ เขียนแสดงความ

คิดเห็นได้มากแต่พูดได้น้อย ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการให้ทีมผู้ช่วยวิจัยอยู่ประจำแต่ละกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็นให้ได้มากที่สุด

2. กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนมากจะเป็นเพศหญิง ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และเป็นคนที่สามารถขับรถจักรยานยนต์มาเองได้ ทุกคนให้ความสนใจเป็นอย่างดี

3. กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนมากเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมเป็นอย่างดี

4. กิจกรรมการพัฒนาแกนนำออกกกำลังกาย พบว่า แกนนำทุกคนเต็มทีมากกับการเป็นคนนำออกกกำลังกายให้คนในหมู่บ้านตนเอง

5. กิจกรรมดำเนินการออกกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน พบว่า ทุกหมู่บ้านมีการจัดให้ชาวบ้านมาร่วมกันออกกออกกำลังกายที่ศาลาประชาคมของแต่ละหมู่บ้าน จะมีทั้งเด็กวัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ มาร่วมออกกกำลังกาย บางคนเดินไม่ได้ก็เอาผ้าขาวม้า เอาไม้มายึดเหยียดกับเพื่อน ๆ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยและทีมวิจัยได้คืนข้อมูลให้ชุมชนและร่วมกันถอดบทเรียน โดยใช้เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในวันที่ 11 มิถุนายน 2564 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการดำเนินการแก้ไขปัญหาและพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ โดยการถอดบทเรียนตามหลักการการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews : AAR) หลังจากการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการแล้ว ในการสนทนากลุ่มได้กล่าวถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการเปรียบเทียบการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตรูปแบบและรูปแบบใหม่ และสรุปรูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการดำเนินงานทั้ง 4 ขั้นตอน ได้รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบเชิงพุทธ ชุมชนสัมป่อย อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์หาแนวทางวางแผนในการจัดการปัญหาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และร่วมดำเนินกิจกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อยและแกนนำให้ความรู้การดำเนินตำบลจัดการคุณภาพชีวิต อบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง พัฒนาแกนนำออกกกำลังกาย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายแกนนำ กิจกรรมดำเนินการออกกกำลังกายในทุกหมู่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยแกนนำ อสม. ติดตามการ

ดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนนำ อสม. และภาคีเครือข่ายตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตำบล สัมปอ่ย

5.1.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนาปรับเปลี่ยนตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอ่ย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

5.1.3.1 ก่อนดำเนินการกลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ร้อยละ 45.14 และหลังดำเนินการกลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.86

5.1.3.2 ก่อนดำเนินการชุมชนสัมปอ่ยมีทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ข้อ 10 ท่านคิดว่าทุกชุมชนจะมีสิ่งแวดล้อมที่ดี สถานที่เหมาะสมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ถ้าทุกคนร่วมมือกันพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ย 3.35 (SD=0.80) หลังดำเนินการกลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ข้อ 6 ท่านคิดว่าการทำประชาคมหมู่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ทุกคนควรไปร่วมแสดงความคิดเห็น โดยมีค่าเฉลี่ย 4.26 (SD=0.63)

5.1.3.3 คะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.41 (SD=0.10)

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอ่ย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อ้างอิงจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

5.2.1 การศึกษา สถานการณ์ บริบท การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของชุมชนสัมปอ่ย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ชุมชนสัมปอ่ยเป็นชุมชนเก่าแก่มีความเป็นมายาวนานตั้งแต่เมื่อประมาณ พ.ศ. 2369 มีวัฒนธรรมความเชื่อ ประเพณีและพิธีกรรมการดำเนินชีวิตวิถีของชาวบ้านที่เกิดการหล่อหลอมทางวัฒนธรรมและประเพณีของชุมชนชาวบ้านให้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันแบบเครือญาติก่อให้เกิดความรักความสามัคคีในชุมชน มีความหวังใจและมีการช่วยเหลือมีความรักความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ประสพ สารสมัคร (2557) ที่พบว่าการจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านแดง อำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดอุบลราชธานี มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างและพัฒนาเครือข่าย 2) การพัฒนาศักยภาพเพิ่มขีดความสามารถแกนนำสุขภาพ 3) การเรียนรู้และการมีส่วนร่วมการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา 4) การจัดการและการวางแผนกลยุทธ์แบบมีส่วนร่วม

ร่วม 5) การสร้างพลังอำนาจในชุมชนโดยการร่วมแรงร่วมใจ 6) การสร้างระบบสื่อสารสุขภาพ 7) การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน และอรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (2561) ยังพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี การมีส่วนร่วมของชุมชนมาจากการดำเนินงานระหว่างภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกัน คิดพัฒนากิจกรรมเพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม โดยนำวัฒนธรรมท้องถิ่นมาสร้างจุดร่วมในการรวมพลังชุมชนอย่างเข้มแข็งใช้หลักการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยอาศัยจิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนร่วมของอาสาสมัครที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน และสอดคล้องกับวารุณี เปรมสิงห์ (2562) พบว่าพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองแขวง อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ระดับความรู้ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ ศึกษาปัญหาและบริบทของชุมชน วัดผลก่อนการดำเนินงาน วางแผนการดำเนินงานโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน วัดผลหลังการดำเนินงาน และการสรุปผลและการถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน และ จากข้อมูลทั่วไปของประชากรที่เข้าร่วมการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่มีอายุในช่วงระหว่าง 25 – 59 ปี ในส่วนของการมาทำงานในชุมชนในการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานดังนั้นกลุ่มนี้ย่อมมีภารกิจในการทำงานประกอบอาชีพเป็นหลัก จึงมีข้อจำกัดในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนางานในชุมชน ประสพ สารสมักร (2557) พบว่า ประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วงวัยทำงานมีส่วนร่วมในการจัดการตำบลจัดการสุขภาพในระดับปานกลาง และพบว่าประชากรในชุมชนที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร เพราะฉะนั้นในเรื่องการพัฒนางานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตชุมชนสัมป่อยย่อมมีข้อจำกัดในการพัฒนางานตามมา และเนื่องจากเป็นเกษตรกรก็จะส่งผลพบว่ามีรายได้ไม่เพียงพอซึ่งก็จะส่งผลต่อการดำเนินการมีส่วนร่วมของการเป็นจิตอาสาของอาสาสมัครในการทำงานในชุมชนเนื่องจากว่าเขายังต้องทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงชีพ ซึ่ง ณัฐดนัย แก้วโพนงาม (2562) และวารุณี เปรมสิงห์ (2562) พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น เครือข่ายมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้น มีทัศนคติเพิ่มขึ้น และการรับรู้ความภาคภูมิใจเพิ่มขึ้น (รัชนิภา จิตรากุล และคณะ, 2559)

5.2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชันีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ดำเนินการ 1 วนรอบ และประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนชุมชนแบบเชิงพุทธ คือ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค เพื่อให้เกิดแผนงานโครงการที่เกิดจากการมี

ส่วนร่วมของคนในชุมชนมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา บริบทพื้นที่ กระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาและมองว่าเป็นปัญหาที่คนในชุมชนต้องร่วมกันแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับจิรวรรณ หัสโรค์ (2551) ที่พบว่า การประชาคมสุขภาพ กรณีศึกษา ตำบลดอนหวาน อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพระดับตำบล ด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อค้นหากระบวนการการทำงาน พัฒนาสุขภาพของประชาชนในระดับตำบล การศึกษาสถานการณ์การพัฒนาตำบลและเรียนรู้ทุนทางสังคมของชุมชนของตนเอง เป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้การก่อรูปประชาคมสุขภาพ ตำบลเริ่มต้นจากสิ่งที่มีอยู่ พัฒนาต่อจากฐานรากเดิมที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะผู้นำของตำบล นับเป็นทุนเริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และประสพ สารสมิคร (2557) พบว่าการจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้แกนนำสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และรัตนภรณ์ เฉลิมศรี (2561) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุฉินารักษ์ จังหวัดมหาสารคาม ที่ประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนชุมชนเชิงพุทธ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) พบว่าการใช้รูปแบบการจัดทำแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์หลักการเชิงพุทธ ทำให้เกิดกิจกรรมรูปแบบใหม่ของตำบล และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน ทศนคติเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน สูงกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรม และ วารุณี เปรมสิงห์ (2562) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้หลังการพัฒนาที่สูงขึ้น ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยรวม พบว่าระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับ เศรษฐพงศ์ อาลีมินทร์ (2551) ที่พบว่า ผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C และวงจรคุณภาพของเดมมิง (PDCA) ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหมู่บ้านให้ดีขึ้น รวมทั้งแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพ การจัดการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ภายหลังจากทดลองพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวม และเป้าหมายหลัก 5 ด้าน มากกว่าก่อนการทดลอง และพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนจังหวัดนครสวรรค์ (2553) ที่ศึกษาการประเมินความเข้มแข็งของชุมชน ในการพัฒนากระบวนการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน พบว่า ในภาคเหนือมีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพน้อยมาก โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่ 6 การทำกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน และสมประสงค์ ปิวไธสง (2555) ที่พบว่า การพัฒนาองค์การเครือข่ายจัดการสุขภาพของหมู่บ้านนั้น ต้องเกิดจากความร่วมมือทั้ง 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายได้เน้นการอบรมการจัดทำแผนการประชุม และการศึกษาดูงานเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และงานบริการสุขภาพที่ชุมชนสามารถ

ดำเนินการเองได้ และภูมิ สัญญะวิชัย (2555) ที่ศึกษากลยุทธ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพขององค์กรภาคประชาชนจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า องค์กรภาคประชาชนจังหวัดกำแพงเพชร มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้ครบทั้ง 5 ขั้นตอน สวนใหญ่ดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัญหาในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โกวิทย์ พวงงาม (2556) ศึกษาการศึกษาการกิจ อบต. และความเข้มแข็งของประชาคมตำบล ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล พบว่า องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน และ หน่วยงานราชการที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชนระดับตำบลร่วมกัน และให้ปรับสถานีอนามัยให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ชุมชนด้านสุขภาพ และให้กลุ่มองค์กรชุมชนระดับตำบลร่วมกันรณรงค์ให้ความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนในระดับตำบล หมู่บ้าน และสอดคล้องกับสมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2561) ที่พบว่า การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ จะประสบความสำเร็จได้ประกอบด้วย ทีมเครือข่ายมีส่วนร่วม นโยบายชัดเจน แผนครบคลุม งบประมาณเพียงพอ กิจกรรมพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และประเมินผล ขึ้นอยู่กับบริบทปัจเจกบุคคล อายุ กิจกรรมทางสังคม เน้นความมีคุณค่าในตน และภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่แข็งแรงจะพึ่งตนเอง ส่วนผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ครอบคลุมเป็นกลไกสำคัญในการดูแล เกื้อหนุนด้านสิ่งของให้เงิน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบเชิงพุทธ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในการจัดการองค์ความรู้ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ การบริการสาธารณสุขเชิงรุก และที่สำคัญการมีส่วนร่วมของผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น พัฒนาการตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำทางด้านศาสนา ผู้อำนวยการโรงเรียน หรือครูอนามัยโรงเรียน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำแผนงาน/โครงการ และนำแผนงาน/โครงการที่ได้นั้นไปปฏิบัติร่วมกันในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบทำให้เกิดพลังในชุมชนในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต องค์ประกอบเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินงานอย่างแท้จริง การศึกษาในครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบเชิงพุทธชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และการวางแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมเชิงพุทธ ซึ่งพบว่า ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ (1) การศึกษาบริบทชุมชนและเก็บข้อมูลทั่วไป (2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ หาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ (3) การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (4) การปฏิบัติตามแผน (5) การนิเทศติดตามและประเมินผล (6) สรุปผลและเสนอแนวทางปรับปรุง/ยกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับ สมเด็จพระสังฆราช (2556) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายตามวิถีชุมชน บ้านศรีสง่า ตำบลโนนสะอาด อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายนั้น แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเลือกพื้นที่ศึกษา (2) การศึกษาสภาพการณ์และปัญหาในชุมชนปัจจุบัน (3) ระบุปัญหาประเมินผล (4) วางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกาย

กายตามวิถีชุมชน (5) ดำเนินการตามแผน (6) ติดตามและประเมินผล และ รัตนาภรณ์ เฉลิมศรี (2561) พบว่าการวางแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมเชิงพุทธ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (1) การศึกษาบริบทชุมชนและวิเคราะห์ปัญหา (2) การกำหนดแนวทางและหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ (3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ (4) การนำแผนไปปฏิบัติ (5) การติดตามและประเมินผล (6) สรุปผลและเสนอแนวทางปรับปรุง/ยกระดับ

5.2.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา และการมีส่วนร่วมด้านการได้รับประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาในการค้นหาปัญหา รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมด้านวางแผนแก้ไขปัญหา และการมีส่วนร่วมด้านประเมินผล และยังพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ สามารถสรุปได้ ดังนี้ 1) กระบวนการเรียนรู้และจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงมีการร่วมกันแก้ไขปัญหโดยการวางแผนของชุมชนมีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายจากการมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติและร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและการตัดสินใจ 2) การถ่ายทอดความรู้ การดูแลกลุ่มเป้าหมายโดยแยกกลุ่มการดูแลที่ชัดเจนเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มแกนนำ จะสามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้และการดูแลที่ตรงจุดมากกว่าการรวมๆ กลุ่มกัน (โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโครงการชุมชนร่วมใจออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน) 3) การลงไปจัดกิจกรรมตามชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี (กิจกรรมดำเนินการออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน) 4) การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ให้คำแนะนำเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและต่อเนื่อง 5) การสร้างขวัญกำลังใจ การให้ความสำคัญ การรับฟังเสียงจากชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญและเป็นแรงผลักดันให้ประชาชนลุกขึ้นมาใส่ใจสุขภาพและร่วมทำกิจกรรมในชุมชน 6) การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหาร หัวหน้าภาคส่วนต่างๆ ที่ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาที่ตรงจุดของชุมชน การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร สถานที่ งบประมาณ ในการดำเนินกิจกรรมและผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับ ประสพ สารสมัคร (2557) ได้ศึกษาเรื่องการจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี และสอดคล้องกับ วารุณี เปรมสิงห์ (2562) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองแขวง อำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร และสอดคล้องกับ พงศ์รัตน์

ภิรมย์รัตน์ และคณะ (2563) ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ พบว่า หลักการพัฒนาคุณภาพชีวิต กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่เป็นกระบวนการหลักในการพัฒนาคุณภาพ สาธาร ทรัพยากรวังทอง และวราภรณ์ ทรัพย์รวงทอง (2563) ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตครูในโรงเรียนขนาดเล็กสังกัดสำนักงาน คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตครูในโรงเรียนขนาดเล็ก มี 6 องค์ประกอบได้แก่ ด้านภาวะผู้นำของผู้บริหาร ด้านเงินและสวัสดิการ ด้านเจตคติต่อโรงเรียน ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพของโรงเรียน ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในวิชาชีพ และด้านการ พัฒนาความรู้ความสามารถ และผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตครูในโรงเรียนขนาดเล็ก มีความถูกต้องอยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.51$) ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($X = 4.45$) ความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($X = 4.36$) และการใช้ประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.73$) สอดคล้องกับปิยวรรณ เหลาสา (2558) ได้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ (1) การประชาสัมพันธ์ ประชุมชี้แจงแกนนำสร้าง ภาศิเครือข่าย (2) การวิเคราะห์บริบทข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับชุมชน (3) ค้นหาคัดเลือก ผู้เกี่ยวข้อง เตรียมคน เตรียมชุมชน (4) ประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมี ส่วนร่วม (5) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี 2557 (6) การติดตาม สังเกต และวิเคราะห์ ประเมินผลตาม วัตถุประสงค์ ผลปฏิบัติ (7) การสรุปผลถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรคและ ข้อเสนอแนะ และ (8) สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ และในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการ พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าหลังการ พัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การทำงานอย่างเป็นระบบ ความเป็น อันหนึ่งอัน เดียวกัน โดยมีการบริหารจัดการโดยชุมชน เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการ ทำงานและ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย นำมาปรับใช้กับการทำงานและกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนปรับ ให้เหมาะสม ทำให้มีเครือข่ายซึ่งมีกระบวนการทำงานที่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อีกทั้งการมีเป้าหมายที่ ชัดเจน และเอกภรณ์ นามคุณ (2559) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดย ใช้กระบวนการเทียบรอยในชุมชนมะขามโนนสง่า ตำบลถาวร อำเภอพยุหะคีรี จังหวัด มหาสารคาม พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนมะขามโนนสง่าครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) การวางแผนและการรับรองแผนโดยประชาคมหมู่บ้าน (2) การกำหนดกติกาชุมชน (3) การกำจัด ลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าของหลังคาเรือน (4) การตรวจประเมินลูกน้ำยุงลาย โดยคณะกรรมการชุมชน และ (5) การติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลจากการดำเนินงานตามรูปแบบ ทำให้ค่าความชุกลูกน้ำ ยุงลายลดลงและสิ่งแวดล้อมสะอาดขึ้น และรัตนภรณ์ ดุสิต (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน บ้านหัน ตำบลเขวาสันติ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมาย ที่เลือกตามเกณฑ์จาก 3 ภาคส่วน คือ ภาคประชาชน 40 คน ภาคการเมือง 8 คน ภาควิชาการ 4 คน

และกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาบริบท (2) วิเคราะห์สถานการณ์ (3) จัดประชุม คณะกรรมการ (4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (5) นิเทศติดตาม (6) ประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ (8) ถอดบทเรียน โดยมีปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานก็คือ กลวิธีสร้างความร่วมมือจากประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและเกิดการพัฒนายั่งยืนโดยชุมชนเอง และจีระนันท์ พันธุ์ทอง (2560) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) แต่งตั้งคณะทำงาน (2) ศึกษาบริบทของพื้นที่ (3) การจัดทำแผน (4) ปฏิบัติตามแผน (5) นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน (6) สรุปผลการดำเนินงาน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการเพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และเกิดโครงการเพื่อยกกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน 3 โครงการ กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแล สุขภาพและได้รับกำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของระบบที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้มีส่วนร่วมใน กระบวนการพัฒนาและผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจในการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และการใช้ กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสม คือการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายใน พื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบ และร่วมดำเนินการ โดยมีกลไกการปลูกฝังให้ผู้นำชุมชน และเยาวชนในพื้นที่ให้เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมในการพัฒนา รูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เกิดความสำเร็จและส่งผลให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพที่ดีต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

5.3.1.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญอย่างมากในการทำงานชุมชน จึงควร ส่งเสริมและหาโอกาสจัดกิจกรรมหรือมีกระบวนการที่ทำให้คนในชุมชนสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ต่างๆ ของชุมชน

5.3.1.2 การใช้เทคนิคบัตรคำให้ผู้ร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็นแล้วเขียนลงบน กระดาษเป็นเทคนิคที่ดีทำให้ทุกคนใส่ความเห็นได้เต็มที่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกล้าแสดงความคิดเห็นแบบ

ไม่อายและกังวลใจ จึงสามารถนำเทคนิควิธีการนี้ไปใช้ในการดำเนินงานอื่นๆ ที่ต้องการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็นได้

5.3.1.3 การร่วมกิจกรรมการทำแผนแบบมีส่วนร่วมควรให้ความสำคัญและยอมรับความคิดเห็นและศักยภาพของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

5.3.1.4 ก่อนที่จะดำเนินการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อยจะต้องมีการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนก่อน

5.3.1.5 การสร้างแกนนำในการออกกำลังควรขยายและเพิ่มจำนวนแกนนำในแต่ละหมู่บ้านให้เพิ่มขึ้น และเพื่อความยั่งยืนของแกนนำต้องมีการจัดระบบการทำงานและการประสานภายในแกนนำให้ชัดเจนเป็นระบบการทำงานเป็นทีม

5.3.1.6 แกนนำและกลุ่มประชาชนในชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพราะว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับทุกภาคส่วน ที่เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและเป็นแกนนำที่เป็นหลักในการจัดตั้งแกนนำสุขภาพและการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการรวมเอาสมาชิกจากองค์กรชุมชน ประชาชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และควรจัดตั้งให้ถูกต้องเป็นกลุ่มคณะบุคคลดำเนินงานสาธารณสุขประโยชน์โดยไม่แสวงหากำไร เพื่อจะได้ขอรับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ต่อไป

5.3.1.7 สามารถนำการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเชิงพุทธของชุมชนสัมป่อยไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาอื่นๆ ในชุมชน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรศึกษาและส่งเสริมการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เช่น โรงเรียน ตัวแทนกลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน เพื่อให้เห็นมุมมอง แนวคิดที่แตกต่าง ในการร่วมกันพัฒนา

5.3.2.2 เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงานควรมีการติดตาม ประเมินผลหลังดำเนินการเป็นระยะๆ เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค รวมทั้งการหาแนวทางให้ทีมผู้ดูแลในชุมชนได้

5.3.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ควรมีการใช้สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบ

5.3.2.4 ควรทำการวัดและประเมินผลความรู้ก่อน และหลังจากการทำกิจกรรมการให้

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *การดำเนินงาน ตำบลจัดการคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนงาน/โครงการและตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). *การศึกษาศาสนาการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบัน และทิศทางการพัฒนาในอนาคต*. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
- โกวิทย์ พวงงาม. (2556). *ภารกิจ อบต. และความเข้มแข็งของประชาคมตำบล ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิตจำนงค์ กิติ์ศิริ. (2532). *การพัฒนาชุมชน: การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- จิรวรรณ หัสโรค์. (2551). *ประชาคมสุขภาพ กรณีศึกษา ตำบลดอนหวาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. พิมพ์ครั้งที่ 3*. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- จิระนันท์ พันธุ์ทอง. (2560). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*.
- ชนนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2553). *คู่มือการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อพัฒนางานกองทุน สปสช. องค์การภาคีองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลชุมชน และเครือข่ายบริการสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ชวลีลักษณ์ หนูเสน. (2557). *การปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการเทียบรอยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*.

- ณรงค์ศักดิ์ ทะละภัก. (2563). *กิจกรรมเสริมคุณค่าและความสุข ให้ผู้สูงอายุ ในโรงเรียน ผู้สูงอายุ. Journal of Social Synergy.*
- ณัฐดนัย แก้วโพนงาม. (2562). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนและผู้สูงอายุบ้านนาฝาย ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง*, 8(1), 33-41.
- ทะนงศักดิ์ วันชัย. (2552). *แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: คณะเกษตรศาสตร์บางพระ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก วิทยาเขตบางพระ.
- นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ. (2561). *การจัดกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพระดับอำเภอของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- นิพนธ์ พังพงศกร และคนอื่นๆ. (2535). *การประเมินผลกระทบขององค์กรกลาง*. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บัญชา แก้วส่อง และคณะ. (2556). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต : กรณีศึกษาการร่างรัฐธรรมนูญในระดับจังหวัด*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญดี บุญญากิจ. (2561). *องค์กรแห่งการเรียนรู้ควรปฏิบัติอย่างไรท่ามกลางการเติบโตของเทคโนโลยีดิจิทัล*. *TRIS Academy Club*, 4, [ออนไลน์] ได้จาก http://www.trisacademy.com/files/3815/1563/4315/TAC_Issue4_Jan2018_Compress.pdf. [สืบค้นเมื่อ มกราคม 2561].
- ประวีต เอรารวรรณ์. (2545). *การวิจัยปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักดอกหญ้าวิชาการ จำกัด.
- ประสพ สารสมิตร. (2557). *การจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปิยวรรณ เหลาสา. (2558). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลทุ่งแสงทอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พงศ์รัตน์ ภิรมย์รัตน์ และคณะ. (2563). *รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่*. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 8(4), 1492-1505.
- พัฒน์ณ กติพรภรณ์. (2531). *นันทาทรศนะ : ธุรกิจเพื่อคุณภาพชีวิต...ของใคร*. *วารสารเศรษฐกิจและบริหารธุรกิจ*, 15(1), 42-61.

- ภูมิ สัญญะวิชัย. (2555). กลยุทธ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพขององค์กรภาคประชาชนจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยกาสะลองคำ, 8(1), 151-166.
- รัชนีวิภา จิตรากุล และคณะ. (2559). การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. วารสารช่อพะยอม, 26(6), 195-208.
- รัตนภรณ์ ดุสิต. (2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนบ้านหัน ตำบลเขาอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามหาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา, 18(3), 107-116.
- รัตนภรณ์ เฉลิมศรี. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุฉินารักษ์ จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย. (2562). สรุปผลการดำเนินงานตำบลส้มป่อย ปี 2562. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย.
- วารุณี เปรมสิงห์. (2562). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. ตำบลหนองแขวง อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดนครสวรรค์. (2553). แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. กำแพงเพชร: วิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- เศรษฐพงศ์ อาลีมินทร์. (2551). การมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สมเด็จ มุ่งวิชา. (2556). การพัฒนารูปแบบการจัดการเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายตามวิถีชุมชนบ้านศรีสง่าตำบลโนนสะอาด อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สมบัติ ท้ายเรือคำ. (2555). ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. ed.). มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สมประสงค์ ปิวไธสง. (2555). การพัฒนาการบริหารนโยบายสุขภาพของชุมชน กรณีศึกษาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเมืองชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตศึกษาด้านการจัดการ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาการพยาบาล.

- สมศรี สัจจะสกุลรัตน์. (2561). รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบ้านต๋อม จังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา*, 19(2), 120-130.
- สาธิต ทรัพย์รวงทอง และวารภรณ์ ทรัพย์รวงทอง. (2563). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตครูในโรงเรียน ขนาดเล็กสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 26(1), 109-117.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2562). *นโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน*. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2542). *วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุ่มัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุรวาท ทองบุ. (2555). *การวิจัยทางการศึกษา*. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์.
- สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และวิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล. (2554). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)*. เชียงใหม่: โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2552). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน Classroom action research*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวนีย์ ประลองกิจ. (2552). *การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อดิสร วงศ์คงเดช. (2552). *การศึกษาและพัฒนาหลักสูตรการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการทำงานร่วมกับชุมชน*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรทัย กีกมล. (2552). *คู่มือคู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน สำหรับนักบริหารท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: ส เจริญการพิมพ์.
- อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. (2561). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี*. *วารสารร่วมพฤษ์ มหาวิทยาลัยเกริก*, 36(3), 114-124.

เอกปกรณ นามคุณ. (2559). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้กระบวนการเทียบรอยในชุมชนมะขามโนนสง่า ตำบลถาวร อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

Bloom, Benjamin S., et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.

Calman, K. C. (1989). Quality of life in cancer Patients: An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.

Cohen, John M. and Uphoff, N. T. (1977). *Rural Participation : Concepts and Measures for Project Design, Implementation and Evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies: Cornell University.

Erwin, William. (1976). *Participation Management: Concept Theory and Implementation*. Atlanta. Georgia State University.

Johnson, J. (2008). *Review of particle physics*. scholars.northwestern.edu.

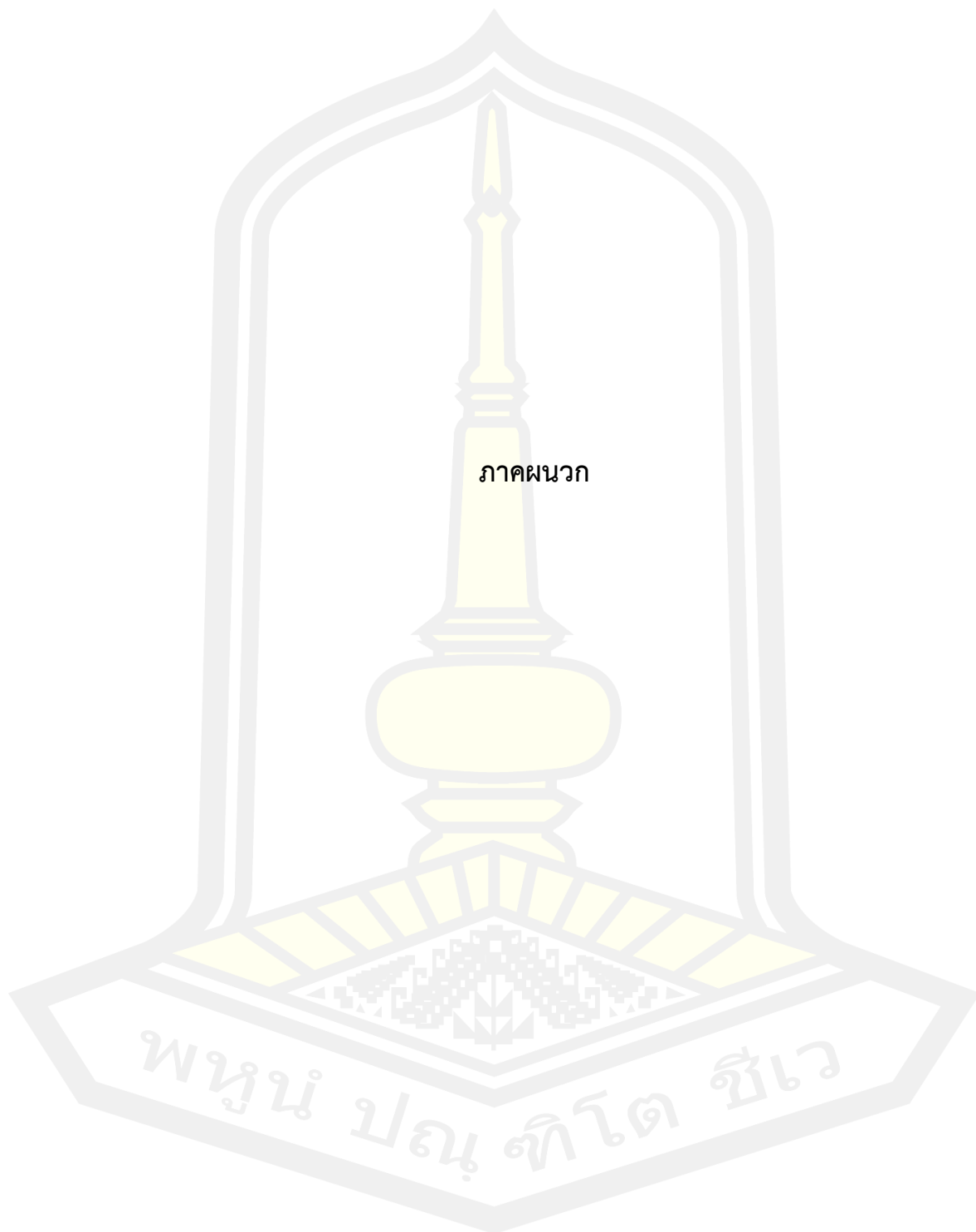
Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. 3rd ed.. Deakin University Press.

Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. Retrieved November 1, 2020, from http://dcms.thailis.or.th/object2/36/html_metadata/36_268.xml%0A.

Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.

The Whoqol Group. (1994). The development of the world health organization quality of life assessment instrument. (pp.41-57). In Orley, J. & Kuyken, W. (Eds.). *Quality of life assessment instrument: International perspectives*. New York: Springer-verlag.

World Health Organization. (1997). *Programme on mental health: WHOQOL Measuring quality of life*. Geneva: WHO.



ภาคผนวก

พหุบัณฑิตวิชเว



ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

พหุณ ปณฺ ทิตโต สีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 083-042/2564

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Development of Tambon of Quality of Life Management Model by the Participation of Sompoi Community, Rasi Salai District, Si Sa Ket Province.

ผู้วิจัย : นางนิสา ปัญญา

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : พื้นที่ตำบลสัมป่อย อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 5 มีนาคม 2564

วันหมดอายุ : 4 มีนาคม 2565

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....*ภรณ์ สว่างจิตร์*.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกศิขรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ECMSU01-06.03

**แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)**

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางนินสา ปัญญา เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม/ให้สัมภาษณ์/เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ต่อข้าพเจ้าที่ได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ดังนี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม
(.....)
วันที่.....

มูลนิธิโต

**เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)**

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางนิสา ปัญญา นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แผน ก แบบ ก 2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “การพัฒนาแบบต่าบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอ ย อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอ ย อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ และมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่ 1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท การดำเนินต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต ของชุมชนสัมปอ ย อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ 2.เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแบบต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอ ย อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ 3.เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาแบบต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอ ย อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ 1.เกิดรูปแบบการพัฒนาต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอ ย อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ 2.พื้นที่ต่าบลอื่นนำรูปแบบการพัฒนาไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ตามบริบทอื่นๆได้ “ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนางานต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ซึ่งจะเก็บในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยที่แตกต่างกัน ดังนี้

1.ขั้นเตรียมการจะใช้แบบสอบถาม คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต จำนวน 10 ข้อ

2.ขั้นการติดตามและประเมินผลใช้แบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่าบลจัดการคุณภาพชีวิต จำนวน 42 ข้อ

โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที ในแต่ละชุด และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

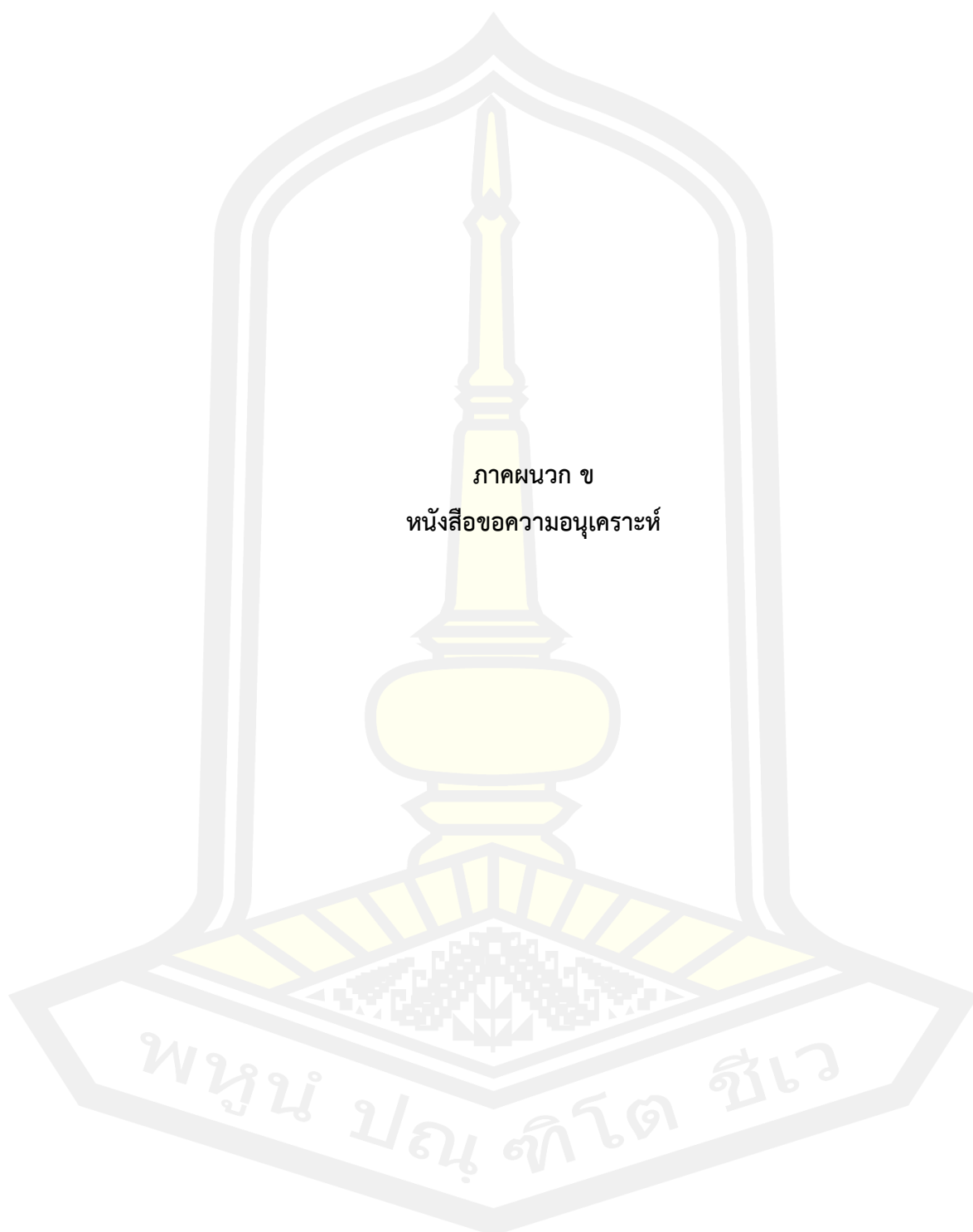
หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางนิสา ปัญญา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 085-4904960

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางนิสา ปัญญา)

ผู้วิจัย



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๖๑๑๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.ม.ค ๔๔๑๕๐

๐๖ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ดร.สมภพ อัจฉริยะศึกษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำาโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วม

ของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ	จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย	จำนวน ๓ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางนิตา ปัญญา นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แผนก
แบบ ก ๒ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนา
รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี อ.ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิรินทร์โบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมใน
ครั้งนี้

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ
และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบและ
พิจารณาโครงสร้างเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งจะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับ
การศึกษาครั้งนี้ต่อไป ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ปิยนุชพัชญ์ ตุงโคกกรวด)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและเทคโนโลยีการเรียนรู้
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

หมายเหตุ : นางนิตา ปัญญา ๐๘๕-๔๔๐๔๙๖๐

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๗-๑๑๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.ม.ค ๔๔๑๕๐

๐๖ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ดร.สุทิน ชนะบุญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน ๓ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางนินสา ปัญญา นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แผน ก แบบ ก ๒ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี อ.ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในครั้งนี

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบและพิจารณาโครงสร้างเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งจะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าต่อไป ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ปิยนุชพัชญ์ คุงโคกกรวด)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการและเทคโนโลยีการเรียนรู้
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

หมายเลข : นางนินสา ปัญญา ๐๘๕-๔๙๐๔๙๖๐

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๖ ๑๑๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.ม.ค ๔๔๑๕๐

๒๒ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ดร.สมัย ลาประวัตติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนสัมป่อย อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน ๓ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางนิตา ปัญญา นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แผน ก แบบ ก ๒ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่องการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนสัมป่อย อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี อ.ดร.อดิศร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในครั้งนี้

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบและพิจารณาโครงสร้างเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งจะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าต่อไป ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ปิณฑุพัชณ์ ดุงโคกรวด)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการและเทคโนโลยีการเรียนรู้
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

หมายเหตุ : นางนิตา ปัญญา ๐๘๕-๔๙๐๔๙๖๐

ที่ ศธ ๐๖๐๕.๑๘/ ๖.๑๑๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.ม.ค ๔๔๑๕๐

๒ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมปอ อำเภอราชโศก จังหวัดศรีสะเกษ

ด้วย นางนิสา ปัญญา นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แผนก
แบบ ก ๒ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนา
รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอ อำเภอราชโศก จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่ง
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี อ.ดร.อดิศร วงศ์คงเดช
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิรินทร์โบล์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
ในครั้งนี้

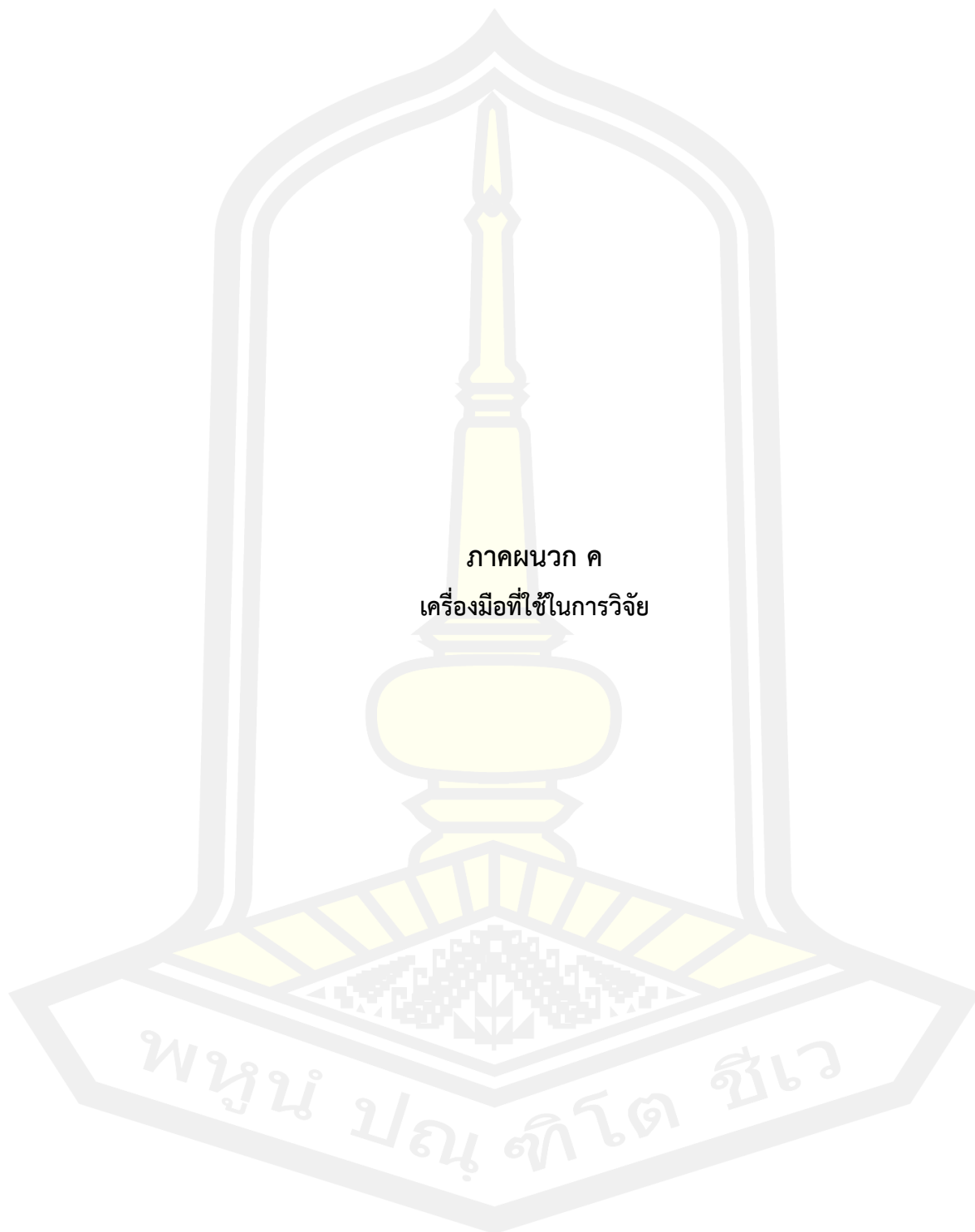
ในการนี้ทางคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ใคร่ขอความอนุเคราะห์จาก
ท่าน ให้ นางนิสา ปัญญา ดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูลการศึกษาการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพ
ชีวิต ในพื้นที่ของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ปัญญาพัชญ์ ตุงโคกกรวด)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและเทคโนโลยีการเรียนรู้
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓
หมายเหตุ : นางนิสา ปัญญา ๐๘๕-๔๙๐๔๙๖๐



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต สีเว

วันที่.....เดือน.....ปี.....

เลขที่แบบสอบถาม { } { }

{ } ก่อนการพัฒนา { } หลังการพัฒนา

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์

อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ

แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ให้ท่านตอบแบบสอบถามนี้ ตามความเป็นจริงและตอบให้ครบทุกข้อคำถาม โดยคำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีผลกระทบ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของชุมชน ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อการปฏิบัติงานในชุมชนต่อไป

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 41 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

นางนิตา ปัญญา

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ให้ท่านเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ท้ายข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้อง เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้ หรือความเข้าใจของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้หรือความเข้าใจของท่าน

ข้อความความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็น กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เพื่อแก้ปัญหา และพัฒนาตามบริบทปัญหาและประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		
2. ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของชุมชน เป็นหน้าที่ของภาครัฐที่ต้องดำเนินการจัดให้ประชาชน		
3. การจะทำให้คนหรือสังคมเกิดสุขภาวะ ต้องดำเนินงานเพื่อให้เกิดการสร้างตำบลจัดการคุณภาพชีวิต		
4. การจัดทำแผนการดำเนินงานของชุมชน ต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้จัดทำกับชุมชน		
5. การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน ควรดำเนินการตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเท่านั้น		
6. อสม.เป็นองค์กรเดียวที่ต้องดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เกิดการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต		
7. การสนับสนุนส่งเสริมให้มีสวนสุขภาพ สวนสาธารณะ พื้นที่สาธารณะเป็นส่วนสำคัญหนึ่งในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต		
8. การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน/ชุมชน สามารถจัดทำแผนประสานขอรับการสนับสนุนจาก อบต./เทศบาล หน่วยงานอื่นๆ รวมถึงการระดมทุนภายในชุมชนเอง		
9. กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในระดับความคิดเห็นที่ท่านคิด ว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้นๆ
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นๆ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นๆ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้นๆ

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตทำให้ชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีตามบริบทของพื้นที่					
2. ท่านคิดว่าการจัดทำแผนพัฒนาชุมชน เป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากในการทำ					
3. ท่านคิดว่าการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตไม่ใช่หน้าที่ท่าน					
4. ท่านคิดว่าการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชน เป็นหน้าที่ของผู้นำชุมชนต้องเป็นคนทำ					
5. ท่านคิดว่าแม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้					
6. ท่านคิดว่าการทำประชาคมหมู่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ทุกคนควรไปร่วมแสดงความคิดเห็น					
7. . ท่านคิดว่าการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นเรื่องที่ไม่ต้องมีการพัฒนา					
8. ท่านคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นเรื่องที่เสียเวลาในการประกอบอาชีพ					
9. ท่านคิดว่าการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่คนในชุมชนต้องร่วมมือกัน					
10. ท่านคิดว่าทุกชุมชนจะมีสิ่งแวดล้อมที่ดี สถานที่เหมาะสม เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ถ้าทุกคนร่วมมือกันพัฒนา					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในระดับการมีส่วนร่วมที่ท่านมีส่วนร่วม ว่าตรงกับระดับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ท่านได้มีส่วนร่วมมากที่สุดกับข้อความในประโยคนั้นๆ
มาก	หมายถึง ท่านได้มีส่วนร่วมมากกับข้อความในประโยคนั้นๆ
ปานกลาง	หมายถึง ท่านได้มีส่วนร่วมปานกลางกับข้อความในประโยคนั้นๆ
น้อย	หมายถึง ท่านได้มีส่วนร่วมน้อยกับข้อความในประโยคนั้นๆ
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านได้มีส่วนร่วมน้อยกับข้อความในประโยคนั้นๆ

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา					
1.ท่านได้ร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพของชุมชนเพื่อกำหนดแนวทางแก้ปัญหา					
2.ท่านได้ร่วมให้ข้อมูลปัญหาสุขภาพในชุมชน					
3.ท่านได้ร่วมค้นหาข้อมูล การเสนอปัญหาและความต้องการในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและชุมชน					
4.ท่านได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของชุมชนในการวางแผนแก้ปัญหา					
5.ท่านได้ร่วมออกเสียงสนับสนุน คัดเลือกปัญหาสุขภาพในชุมชน					
6.ท่านได้ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชน					
7.ท่านได้ร่วมตัดสินใจเลือกปัญหาในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน					
8.ท่านได้ร่วมประชุม ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน					
9.ท่านได้ร่วมคิดค้นหา วิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อ					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (ต่อ)

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
พัฒนาสุขภาพของประชาชน					
10.ท่านได้ร่วมเสนอกลวิธีพัฒนากิจกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน					
11.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน/โครงการการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน					
12.ท่านได้ร่วมคัดเลือกแผนงานโครงการ กิจกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
การมีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา					
13.ท่านได้ร่วมวางแผนพัฒนากำหนดทางเลือกในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของประชาชนในชุมชน					
14. ท่านได้ร่วมพิจารณาใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นเพื่อการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
15.ท่านได้ร่วมสนับสนุนกิจกรรมในการแก้ปัญหาพัฒนาสุขภาพโดยการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
16.ท่านได้ร่วมรวมกลุ่ม กำหนดปัญหาและแก้ไขปัญหสุขภาพของประชาชน					
17.ท่านได้ร่วมดำเนินการกำหนดทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน					
18. ท่านได้ร่วมระดมทุน หรือสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต					
19. ท่านได้ร่วมชักชวนภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนเข้ามาร่วมกิจกรรม					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (ต่อ)

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
20. ท่านได้ร่วมสนับสนุนให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต					
21. ท่านได้ร่วมส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มและสร้างเครือข่ายการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
22. ท่านได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการและกิจกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
23. ท่านได้ร่วมนำเสนอข้อบกพร่องมาปรับปรุงแก้ไขให้มีการพัฒนากิจกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต					
การมีส่วนร่วมได้รับประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา					
24. ท่านได้ร่วมวางแผนการใช้ทรัพยากรที่ใช้ดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
25. ท่านได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
26. ท่านได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนจากการเข้าร่วมดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต					
27. ท่านได้รับความไว้วางใจให้ร่วมบริหารจัดการงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
28. ท่านได้ร่วมตรวจสอบผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง					
29. ท่านได้ร่วมชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาคำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง					
30. ท่านได้ร่วมถ่ายทอดการทำงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (ต่อ)

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
31. ท่านมีความภาคภูมิใจในผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน					
32. ท่านได้ร่วมทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต					
33. ท่านได้ร่วมค้นหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต					
34. ท่านได้ร่วมนำแบบอย่างที่ดีในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานอื่นๆ					
การมีส่วนร่วมประเมินผล					
35. ท่านได้ร่วมเสนอวิธีการประเมินผลแผนงานโครงการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
36. ท่านได้ร่วมกำหนดเกณฑ์วัดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์เป้าหมาย/แผนงาน/โครงการ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต					
37. ท่านได้ร่วมให้ข้อมูล การประเมินผล แผนงาน / โครงการ การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
38. ท่านได้ร่วมติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผน					
39. ท่านได้ร่วมวิเคราะห์ผลสำเร็จของงานจากที่ได้ดำเนินการเปรียบเทียบกับเป้าหมายของงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต					
40. ท่านได้ร่วมตรวจสอบความก้าวหน้า พัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน					
41. ท่านได้ร่วมนำปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชน และส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ชุมชนรับรู้และร่วมหาแนว ทางแก้ไข					



ภาคผนวก ง

ผลการดำเนินกิจกรรมตามใบงานที่ 1 การรำลึกและการเรียนรู้อดีต

คำถามที่ 1 เหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต การศึกษา การเมืองการปกครอง การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญในประเทศไทย จากอดีตถึงปัจจุบันมีอะไรบ้าง

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่1 (กลุ่มที่ 1)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
<u>เศรษฐกิจ</u> แลกเปลี่ยนสิ่งของกัน พอเพียงไม่ฟุ่มเฟือย ใช้สอยตามความจำเป็น มูลค่าสิ่งของตามความพอใจ	<u>เศรษฐกิจ</u> มีการแข่งขัน เงินแลกเปลี่ยน เทคโนโลยีกำหนดฐานะ เจริญด้านวัตถุ ฟุ่มเฟือย หากนยากล้าบากราคาของแพง	<u>เศรษฐกิจ</u> การซื้อขายสะดวกมากขึ้น โทรสั่งซื้อก็มีคนมาส่ง บางอย่างไม่จำเป็นก็ซื้อสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายไม่พอใช้
<u>สังคม</u> แบ่งปันกัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยงานกัน มีการลงแขก	<u>สังคม</u> ไม่มีน้ำใจ แข่งขันกัน การช่วยงานการลงแขกน้อยลง การแบ่งปันความมีน้ำใจลดลง เปลี่ยนเป็นค่าจ้างแทน	<u>สังคม</u> เห็นแก่ตัว ความยากจนเพิ่มมากขึ้น การช่วยเหลือจากภาครัฐมากขึ้นทำให้คนไม่สนใจอยากทำมาหากินรอรับเงินช่วยเหลือจากรัฐ
<u>วัฒนธรรม</u> คนให้ความสำคัญมากยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด แต่งกายมิดชิดสุภาพเรียบร้อย ใส่ผ้าถุงเข้าวัดทำบุญ	<u>วัฒนธรรม</u> คนรุ่นหลังรับวัฒนธรรมจากในเมืองมาก ไม่ค่อยยึดถือปฏิบัติเคร่งครัด อย่างเคย วิยรุ่นนุ่งน้อยห่มน้อย ใส่กางเกงสั้นเข้าวัด	<u>วัฒนธรรม</u> เกิดเหตุอาชญากรรม วัฒนธรรมเสื่อมลง
<u>วิถีชีวิต</u> เรียบง่าย การแข่งขันน้อย พอเพียง ทำนาแบบดำปลูกหอมกระเทียมทำนาทำสวนแบบครอบครัว ไม่ใช่สารเคมี	<u>วิถีชีวิต</u> ยุ่งยากซับซ้อน แข่งขันกันสูง มีภาระหนี้สินเพิ่มมากขึ้น การทำนาทำสวนใช้สารเคมีและเทคโนโลยีมากขึ้น เพิ่มต้นทุนสูง	<u>วิถีชีวิต</u> ทำให้ทุกคนแสวงหาเงิน การใช้สารเคมีมากขึ้น เพื่อให้ผลผลิตเพิ่มขึ้นราคาดีเพื่อใช้หนี้สินที่กู้มาทำต้นทุนผลิต ภาครัฐต้องทำงานหนักมากขึ้นให้ความรู้เรื่องการใช้สารเคมี และเกิดองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อช่วยเหลือกันดูแลและให้ความรู้แก่ชุมชน

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 1 (กลุ่มที่ 1) (ต่อ)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
<p><u>การศึกษา</u> คนในชุมชนไม่ค่อยได้เรียนหนังสือ และการเรียนการสอนใช้กระดาษเขียน ครูนักเรียนเรียนแบบเจอหน้ากันไปเรียนที่โรงวัดที่โรงเรียน</p>	<p><u>การศึกษา</u> คนเข้าถึงการเรียนหนังสือมากขึ้น ใช้การเรียนแบบออนไลน์เรียนอยู่ที่บ้าน</p>	<p><u>การศึกษา</u> ความสัมพันธ์ระหว่างครูนักเรียนลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นักเรียนไม่ตั้งใจเรียน นักเรียนไม่เข้าใจตามวัตถุประสงค์</p>
<p><u>การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม</u> ขาดแคลนเครื่องมือ เป็นการดูแลแบบตั้งรับ ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การบริการไม่ทั่วถึง สิ่งแวดล้อมไม่ได้รับการดูแล</p>	<p><u>การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม</u> ดูแลทั่วถึง เครื่องมือทันสมัย ดูแลแบบเชิงรุก มีการดูแลครอบคลุมทุกกลุ่มวัย มีการตรวจคัดกรองสุขภาพมากขึ้น</p>	<p><u>การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม</u> มีการดูแลการค้นหาปัญหามากขึ้นทำให้มีผู้ป่วยมากขึ้น มีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมากขึ้น ผู้คนมีปัญหาสุขภาพด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้มากขึ้น</p>

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 1 (กลุ่มที่ 2)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
<p><u>เศรษฐกิจ</u> ทำอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนมาก ลงแขกช่วยเหลือกัน ไม่ค่อยมีค่าใช้จ่ายในการทำการเกษตร</p>	<p><u>เศรษฐกิจ</u> ใช้ต้นทุนสูง ใช้สารเคมีมาก</p>	<p><u>เศรษฐกิจ</u> ราคาผลผลิตตกต่ำ ค่าใช้จ่ายสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง</p>
<p><u>สังคมวัฒนธรรม</u> มีความเอื้อเฟื้อต่อกัน ช่วยเหลือกัน อยู่บ้านที่แบบน่อง มีการดื่มสุราและการเล่นการพนันในงานบุญ</p>	<p><u>สังคมวัฒนธรรม</u> ให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน งานบุญปลอดสุราปลอดการพนัน</p>	<p><u>สังคมวัฒนธรรม</u> การทำงานในชุมชนง่ายขึ้น ค่าใช้จ่ายทำงานเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในงานบุญ</p>

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 1 (กลุ่มที่ 2) (ต่อ)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
<p><u>วิถีชีวิต</u> ทำนาข้าวปลูกหอม กระเทียมเป็นครอบครัว ลงแขกช่วยเหลือกันค่อยเป็นค่อยไปไม่เร่งรีบ ทำนาทำสวนแบบปลอดสารเคมีใช้ปุ๋ยมูลสัตว์ตามธรรมชาติ</p>	<p><u>วิถีชีวิต</u> ทำแบบต้องจ้างคนงาน ทำงานแข่งขันกัน รีบทำรีบเสร็จ ใช้เทคโนโลยีและสารเคมีในการเพาะปลูก ต้นทุนสูง</p>	<p><u>วิถีชีวิต</u> ต้นทุนสูง ต่างคนต่างทำ การช่วยเหลือกันน้อยลง อันตรายจากการใช้สารเคมี</p>
<p><u>การศึกษา</u> คนเรียนน้อย การเรียนการสอนใช้ตำราหนังสือ</p>	<p><u>การศึกษา</u> เรียนออนไลน์ใช้เทคโนโลยีทันสมัย</p>	<p><u>การศึกษา</u> เพิ่มค่าใช้จ่ายในการศึกษา เข้าถึงการศึกษาง่ายขึ้น</p>
<p><u>การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม</u> ดูแลรักษาด้วยหมอต้าแย หมอผี หมอเป่า หมอร่างทรง รักษาการเจ็บป่วยด้วยยาสมุนไพรในชุมชนอากาศดีไม่มีมลพิษ ขยะอันตรายไม่มี</p>	<p><u>การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม</u> มีหมออนามัย อสม. CG มีรถกู้ชีพรับส่งผู้ป่วย ประชาชนเข้าถึงการบริการมากขึ้น เครื่องมือทางการแพทย์ทันสมัย ขยะเพิ่มมากขึ้น</p>	<p><u>การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม</u> โรคร้อน มีรถรับส่งผู้ป่วยถึงบ้าน มีเจ้าหน้าที่ไปดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยถึงบ้าน บางครั้งใช้เวลารอรับการรักษานาน เกิดโลกร้อน อากาศเป็นพิษ มีรถเก็บขยะ ขยะลดลงแต่ต้องเสียค่าให้คนเก็บขยะ</p>

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 1 (กลุ่มที่ 3)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
<p><u>เศรษฐกิจ</u> ค่าแรงถูก ข้าวของราคาถูก พอเพียง ไม่เป็นหนี้ ต้นทุนในการทำเกษตรต่ำ</p>	<p><u>เศรษฐกิจ</u> ค่าแรงขึ้นต่ำสูงขึ้น แต่ราคาข้าวของก็สูงขึ้นตามด้วย เป็นหนี้เพิ่มมากขึ้น ต้นทุนในการทำสูง</p>	<p><u>เศรษฐกิจ</u> รายจ่ายเพิ่มขึ้น ต้นทุนการผลิตเพิ่มขึ้น เป็นหนี้เพิ่ม</p>
<p><u>สังคม</u> อยู่แบบสังคมชนบท ไม่วุ่นวายไม่แข่งขันกัน แบ่งปันฉันทพี่น้อง ช่วยเหลือกันมีความเอื้ออาทรกัน</p>	<p><u>สังคม</u> มีความเป็นสังคมเมือง วุ่นวายเร่งรีบ แข่งขันการมากขึ้น</p>	<p><u>สังคม</u> คนในชุมชนมีความเห็นแก่ตัว ไม่เอื้อเฟื้อกัน มีการร่วมมือกันกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทำให้เกิดการพัฒนาในชุมชน</p>

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 1 (กลุ่มที่ 3) (ต่อ)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
<p><u>วัฒนธรรม</u> คนมีการช่วยเหลือกันลงแขกทำนาช่วยกัน วันพระเสร็จจากภารกิจก็คนเลื่อมใสในพระพุทธศาสนาเข้าวัดฟังธรรม แต่งกายสุภาพ เรียบร้อย มีการดื่มสุราเล่นการพนันในงานศพงานบุญ</p>	<p><u>วัฒนธรรม</u> เอาเงินเป็นที่ตั้ง การลงแขกน้อยลง เกิดงานบุญงานศพปลอดเหล้าปลอดการพนัน การทำงานแข่งขันกันเร่งรีบ คนทำงานจึงเหนื่อยไม่ค่อยเข้าวัดฟังธรรม</p>	<p><u>วัฒนธรรม</u> เกิดโครงการผู้เฒ่าผู้แก่พาลูกหลานเข้าวัดฟังธรรม ยึดถือวัฒนธรรมประเพณีโบราณ ช่วยลดค่าใช้จ่ายให้เจ้าภาพงานบุญงานศพ</p>
<p><u>วิถีชีวิต</u> ทำนาปลูกข้าวนาปีตามฤดูกาล ปลูกหอมแดงกระเทียม ปลอดภัยไม่มีควายไถ ใช้รถไถนาเดินตาม อยู่กับธรรมชาติ ตามท้องไร่ท้องนา ปลูกผักหาปลาหากินตามท้องทุ่งง่าย รายจ่ายน้อย</p>	<p><u>วิถีชีวิต</u> อยู่แบบชุมชนเมืองมากขึ้น มีร้านสะดวกซื้อเกิดขึ้น ชุมชน มีเขื่อนราชำทำให้ได้ทำนาออกฤดูได้ การเพาะปลูกใช้สารเคมีและใช้เทคโนโลยีมาช่วย ของกินตามธรรมชาติเริ่มหมดไปเพราะมีสารเคมีและไถใหญ่ รายจ่ายมากขึ้น</p>	<p><u>วิถีชีวิต</u> มีเขื่อนมีที่เก็บรักษาน้ำไว้ใช้ตอนแล้ง ทำนาปีละ 2 รอบ รายจ่ายเพิ่มขึ้น เป็นหนี้เพิ่มเสี่ยงต่อโรคภัยต่างๆ</p>
<p><u>การศึกษา</u> เป็นการเรียนการสอนสมัยเดิม ใช้กระดานดำ เขียนสอน การเข้าถึงการเรียน การศึกษาน้อยไม่ค่อยได้เรียนสูงๆ</p>	<p><u>การศึกษา</u> คนส่งเสริมสนับสนุน แข่งกันส่งลูกหลานเรียนหนังสือสูงๆ ค่าใช้จ่ายในการเรียนเพิ่มขึ้น มีการใช้เทคโนโลยี มีสื่อการเรียนการสอนที่ทันสมัยขึ้น เช่น การเรียนออนไลน์</p>	<p><u>การศึกษา</u> ลูกหลานเรียนจบมา มีอาชีพที่มั่นคงงานดีขึ้น มีรายได้เพิ่มขึ้น แต่รายจ่ายก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน มีการติดต่อสื่อสารกันรวดเร็วมากขึ้น การเรียนออนไลน์เด็กไม่สนใจ เรียนกลับแอบเล่นเกมส์</p>

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 1 (กลุ่มที่ 3) (ต่อ)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
<p><u>การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม</u> ล่าช้า เครื่องมือไม่ทันสมัย คลอด กับหมอตำแยที่บ้าน รักษากับ หมอร่างทรง สิ่งแวดล้อมเป็น ธรรมชาติไม่มีมลพิษ ไม่มีท่อและ ทางระบายน้ำมีน้ำขังตามถนนใน ชุมชนเป็นแหล่งเพาะพันธุ์พาหะ ของโรค</p>	<p><u>การสาธารณสุขและ</u> <u>สิ่งแวดล้อม</u> มีเครื่องมือที่ทันสมัย มี รพ. สต.ใกล้บ้านใกล้ใจ มีหมอ ประจำครอบครัว อสม. มีการ ดูแลสุขภาพภิบาล ทางเดิน ถนน หนทางสะดวก ท่อและคลอง ระบายดี สะอาดขึ้น มีความ สะดวกสบายมากขึ้น</p>	<p><u>การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม</u> มีการพัฒนาชุมชนให้สะอาด การคมนาคมสะดวกรวดเร็ว มี การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ดี การรักษาพยาบาลทันสมัย ปลอดภัย ด้วยความ สะดวกสบายส่งผลให้คนมีการ เจ็บป่วยและเกิดโรคร้ายเพิ่มมาก ขึ้น</p>

คำถามที่ 2 ความเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของประชาชน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน
สัมพันธภาพในสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม) ในตำบลสัมป่อย ที่ผ่านมาจากอดีต ถึงปัจจุบัน มีอะไรบ้าง
(อดีตเป็นอย่างไร ปัจจุบันเปลี่ยนไปอย่างไร)

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 2 (กลุ่มที่ 1)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
<p><u>ด้านร่างกาย</u> สุขภาพแข็งแรง ไม่ค่อยเจ็บป่วย รักษาด้วย สมุนไพร หมอผี หมอร่างทรง</p>	<p><u>ด้านร่างกาย</u> เกิดโรคติดต่อ โรคติดต่อเชื้อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มียา รักษา มีแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.</p>	<p><u>ด้านร่างกาย</u> มีค่าใช้จ่ายในการ ดูแลรักษาสุขภาพ</p>
<p><u>ด้านจิตใจ</u> ผู้คนมีจิตใจดี ช่วยเหลือกัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ กัน รักพี่รักน้อง</p>	<p><u>ด้านจิตใจ</u> ผู้คนเห็นแก่ตัว ชิง ดีชิงเด่นกัน ไม่ช่วยเหลือ เด็ก ก้าวร้าวไม่เคารพผู้ใหญ่</p>	<p><u>ด้านจิตใจ</u> เกิดการลักเล็กขโมย น้อยกัน ทำร้ายร่างกายกัน ไม่ มีการประนีประนอม</p>
<p><u>ด้านสัมพันธภาพในสังคม</u> เป็นสังคมชนบท อบอุ่น รักพี่ น้อง ช่วยเหลือแบ่งปันกัน มี กิจกรรมลงแขกช่วยกันทำงาน</p>	<p><u>ด้านสัมพันธภาพในสังคม</u> เหมือนชุมชนเมือง เรื่องเงินมา ก่อน มีผลประโยชน์ต่อกันถึง จะช่วยเหลือกัน</p>	<p><u>ด้านสัมพันธภาพในสังคม</u> เกิดปัญหาความวุ่นวาย มีความ เจริญเข้าถึงหมู่บ้าน</p>

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 2 (กลุ่มที่ 1) (ต่อ)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
ด้านสิ่งแวดล้อม มีความเป็นธรรมชาติ ไม่มีมลพิษ แต่ไม่มีความสะอาดเรียบร้อย	ด้านสิ่งแวดล้อม มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น มีรถจัดเก็บขยะ เป็นมลพิษ	ด้านสิ่งแวดล้อม มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี มีค่าใช้จ่ายในการเก็บขยะ เกิดมลพิษ

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 2 (กลุ่มที่ 2)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
ด้านร่างกาย สุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย สู้งานหนักได้ เวลาเจ็บป่วยก็รักษาด้วยสมุนไพรไม่มีการสาธารณสุขที่ดี	ด้านร่างกาย เจ็บป่วยง่าย สุขภาพไม่แข็งแรงมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจากความ สะดวกสบายและเทคโนโลยี	ด้านร่างกาย เกิดโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เกิดการแพทย์ การสาธารณสุขที่ดี มีงบประมาณในการดูแลรักษาพยาบาลรวมทั้งมียา รักษาโรคและวัคซีนป้องกันโรค
ด้านจิตใจ ผู้คนมีการจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ รู้ผิดชอบชั่วดี เกรงกลัวต่อบาปกรรม มีศีลธรรม	ด้านจิตใจ ผู้คนไม่ค่อยเกรงกลัวต่อบาป มีการทำความผิด ทำนองคลองธรรม	ด้านจิตใจ เกิดการมีกึ่งมีชู้ วัยรุ่นการใช้สารเสพติด
ด้านสัมพันธภาพในสังคม ชุมชนให้ความรักความสามัคคีต่อกัน อยู่แบบพี่น้อง ตามบริบทชุมชนชนบท คนที่ทำงานเพื่อชุมชนเป็นคนกลุ่มเดิม เพราะคนรุ่นใหม่เข้าไปทำงานในเมือง	ด้านสัมพันธภาพในสังคม มีการเข้าสู่สังคมที่รับเอาการดำเนินชีวิตแบบคนเมืองเข้ามา มีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในชุมชน คนรุ่นใหม่มีการศึกษาก็มีบางส่วนกลับมาทำงานในชุมชน	ด้านสัมพันธภาพในสังคม ภาคประชาชนเกิดการทำงานเป็นระบบมากขึ้น ได้ข้อมูลที่แท้จริงมาแก้ไขปัญหา ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยี ชุมชนเป็นคนบริหารจัดการงานเองโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้น
ด้านสิ่งแวดล้อม มีความเป็นธรรมชาติดีต่อสุขภาพ ฝนตกต้องตามฤดูกาล ไร่น่าอุดมสมบูรณ์	ด้านสิ่งแวดล้อม ความเป็นธรรมชาติลดลง มีการขุดเจาะน้ำบาดาลมาใช้ มีเขื่อนราศีไศล	ด้านสิ่งแวดล้อม มีมลพิษเพิ่มขึ้น มีเขื่อนมีน้ำสำรองใช้ ยามแล้ง ความเป็นธรรมชาติลดลง

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 2 (กลุ่มที่ 3)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
<p><u>ด้านร่างกาย</u> สมัยก่อนคนจะกินของที่มีตามรั้วบ้าน ปลูกพืชผลกินเองไม่มีตลาดซื้อขายของกินของใช้ จึงไม่มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ก่อเกิดโรคง่าย ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วยง่าย มีกำลังร่างกายในการทำไร่ทำนาทำสวน</p>	<p><u>ด้านร่างกาย</u> ด้านความสะดวกสบายก็มีความเจ็บป่วยตามมา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น มีโรคใหม่ๆเกิดขึ้น</p>	<p><u>ด้านร่างกาย</u> พบผู้ป่วยรายใหม่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อมากขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงส่งผลให้ต้องมีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เพิ่มมากขึ้น</p>
<p><u>ด้านจิตใจ</u> คนเฒ่าคนแก่พาลูกหลานเข้าวัดทำบุญ ยึดถือประเพณีโบราณ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ไม่เห็นแก่ตัว มีจิตอาสาไม่เอาเงินเป็นที่ตั้ง</p>	<p><u>ด้านจิตใจ</u> ผู้คนไม่ค่อยเลื่อมใสในศาสนา เข้าวัดน้อยลง ต่างคนต่างเร่งรีบบางครั้งความมือในชุมชนลดลง</p>	<p><u>ด้านจิตใจ</u> ไม่เอื้อเฟื้อเห็นแก่ตัว ความร่วมในงานชุมชนลดลงจะมีแค่คนกลุ่มเดิมที่เข้ามามีส่วนร่วมคนไม่เคยร่วมก็ไม่ร่วม คนเข้าวัดน้อยลง มีปัญหาท้องก่อนวัย</p>
<p><u>ด้านสัมพันธภาพในสังคม</u> ช่วยเหลือกัน สามัคคีกัน มีงานอะไรก็ลงแขกช่วยเหลือกัน</p>	<p><u>ด้านสัมพันธภาพในสังคม</u> มีความแตกต่างทางความคิด มีความหลากหลายเนื่องจากคนรุ่นใหม่เริ่มมีการศึกษา มีเทคโนโลยีเข้ามา</p>	<p><u>ด้านสัมพันธภาพในสังคม</u> เกิดการเข้าถึงเทคโนโลยี มีการร่วมมือกันมากขึ้นโดยใช้เทคโนโลยีใหม่ๆมาเชิญชวนคนเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน</p>
<p><u>ด้านสิ่งแวดล้อม</u> เป็นธรรมชาติ แต่ไม่มีเครื่องมือและสถานที่ออกกำลังกาย ไม่มีท่อระบายน้ำ มีน้ำขัง</p>	<p><u>ด้านสิ่งแวดล้อม</u> มีสถานที่และเครื่องมือที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี</p>	<p><u>ด้านสิ่งแวดล้อม</u> เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เกิดการสุขภาพที่ดี มีการจัดการที่ดี</p>

คำถามที่ 3 ความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ (ภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคเอกชน) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 3 (กลุ่มที่ 1)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
1.มีความร่วมมือดีมาก แต่ต้องอาศัยผู้ประสานงาน	1.องค์กร หรือหน่วยงานทำงานแบบบูรณาการ	1.องค์กรและหน่วยงานต่างๆมีความรักความสามัคคีร่วมด้วยช่วยกันในทุกงาน

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 3 (กลุ่มที่ 2)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
1.ความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆไม่เต็มที่ คุณภาพชีวิตประชาชนไม่มี 2.การติดต่อประสานงานกันไม่มีความทันสมัย ซ้ำ	1.หน่วยงานต่างๆมีการบูรณาการงานร่วมกัน 2.มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น 3.มีการติดต่อประสานงานกันที่ทันสมัย รวดเร็ว	1.ทำให้คนในชุมชนมีงานทำงานในชุมชนมากขึ้น โดยคนในชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการกันเอง แล้วเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง 2.ได้งานเร็วแต่บางเรื่องก็ไม่มีประสิทธิภาพ 3.ได้ข้อมูลรวดเร็ว ทันเหตุการณ์

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 3 (กลุ่มที่ 3)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
1.การทำงานแยกส่วนกัน เป็นงานใครงานเรา ไม่มีการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงาน	1.มีการพัฒนาแผนงาน 2.มีงบประมาณ เช่นการจัดทำผ้าป่า การจัดงานเพื่อหางบประมาณมาใช้ในการพัฒนาหมู่บ้าน องค์กรและหน่วยงานต่างๆ	1.การพัฒนาเร็วขึ้น เห็นผลชัดเจน รวดเร็ว 2.เกิดการประสานงานที่เป็นระบบ

คำถามที่ 4 กระบวนการกลุ่มและความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วม รวมทั้งการแสดงออกบทบาทของประชาชน (กลุ่ม ชมรม องค์กร แกนนำ ภายในชุมชน) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง (อดีตเป็นอย่างไร ปัจจุบันเปลี่ยนไปอย่างไร)

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 4 (กลุ่มที่ 1)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
1.ความร่วมมือจากชุมชนมีมากกว่าในปัจจุบันเพราะคนในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยและทำงานในชุมชน	1.ความร่วมมือจากชุมชนน้อยลง เนื่องจากคนในชุมชนเริ่มออกไปทำงานนอกพื้นที่มากขึ้น	1.คนที่ทำงานชุมชนยังเป็นคนกลุ่มเดิมยังมองการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของหน่วยงานต่างๆ

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 4 (กลุ่มที่ 2)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
1.คนในชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง รอให้แต่หน่วยงานหางบประมาณมาให้ 2.คนในชุมชนส่วนมากจะอายุไม่กล้าแสดงออก หรือแสดงความคิดเห็น กลัวผู้นำตำหนิ	1.เริ่มเข้ามีส่วนร่วมมากขึ้น แต่ก็จะเป็นกลุ่มคนเดิมๆที่เข้าร่วมประจำ 2. มีการแสดงออก แสดงความคิดเห็นมากขึ้น	1.เกิดการดำเนินงานที่เป็นระบบมากขึ้น 2.มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากขึ้น

ผลการดำเนินงานตามคำถามที่ 4 (กลุ่มที่ 3)

อดีต	ปัจจุบัน	ผลกระทบ
1.ส่วนมากคนที่เข้าร่วมจะเป็นผู้นำครอบครัว ผู้ชายจะเข้าร่วมเป็นใหญ่ 2.คนจะคิดว่าเป็นเรื่องของทางการ ชุมชนรอทำตาม ไม่แสดงบทบาทออกมา	1.ผู้หญิงเริ่มเข้ามีส่วนร่วมมากขึ้น และส่วนมากผู้หญิงจะแกนนำ 2. มีการแสดงออก แสดงความคิดเห็นมากขึ้น	1.เกิดการดำเนินงานที่เป็นระบบมากขึ้น 2.ได้ข้อมูลที่แท้จริงจากความต้องการของชุมชนในกาพัฒนาคุณภาพชีวิต



ภาคผนวก จ

แผนปฏิบัติการดำเนินงานการจัดการคุณภาพชีวิตชุมชนสัมพันธ์

พหุบัณฑิตวิทยาลัย ชีวะ

แผนปฏิบัติการดำเนินงานการจัดการคุณภาพชีวิตชุมชนสัมป่อย

ชื่อแผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ระยะเวลา	แหล่ง งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
โครงการพัฒนา ความรู้ในกลุ่ม ผู้ป่วย และกลุ่ม เสี่ยง โรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง	1.อบรมพัฒนา ความรู้สำหรับ กลุ่มป่วย โรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง	25 มี.ค.64	งบ รพ.สต สัมป่อย	รพ.สต.สัมป่อย
	2.อบรมพัฒนา ความรู้สำหรับ กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง	26 มี.ค.64	งบ รพ.สต สัมป่อย	รพ.สต.สัมป่อย
โครงการชุมชน ร่วมใจออกกำลัง กายทุกหมู่บ้าน	1.พัฒนาแกนนำ ออกกำลังกาย	30 มี.ค. 64	งบ รพ.สต สัมป่อย	รพ.สต.สัมป่อย อสม.
	2.กิจกรรม ดำเนินการออก กำลังกายทุก หมู่บ้าน	เมษายน – พฤษภาคม 64	งบ รพ.สต สัมป่อย	รพ.สต.สัมป่อย อบต.สัมป่อย อสม. ผู้ใหญ่

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางนินสา ปัญญา
วันเกิด	วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2530
สถานที่เกิด	จังหวัดศรีสะเกษ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 407 หมู่ 3 ตำบลภูฝ้าย อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ รหัสไปรษณีย์ 33150
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 10 ถนนโรงเรียนอุบลปัญญาคุณ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2543 ประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านกุดนาแก้ว ตำบลภูฝ้าย อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2546 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนาแก้ววิทยา ตำบลภูฝ้าย อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2549 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนกันทรลักษณ์วิทยา อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2553 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2564 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว