

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

นิสา ปัญญา*, นิรุวรรณ เทิร์นโบล*, อติสร วงศ์คงเดช**✉

*หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

✉ adisomtom@gmail.com

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิด T-PAR ในการจัดกระบวนการพัฒนา และมีการวางแผนเชิงพุทธตามหลักอริยะสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) ในการจัดกระบวนการทำแผนแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญและแกนนำในการพัฒนา 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 ในการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ดำเนินการใน 6 ขั้นตอนได้แก่ (1) การศึกษาบริบทชุมชนและเก็บข้อมูลทั่วไป (2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (3) การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (4) การปฏิบัติตามแผน (5) นิเทศติดตามและประเมินผล (6) สรุปผลและเสนอแนวทางปรับปรุงยกระดับคุณภาพชีวิต การใช้รูปแบบการจัดทำแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์หลักการเชิงพุทธศาสนา ทำให้เกิดกิจกรรมรูปแบบใหม่ของชุมชนในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 2 โครงการและ 4 กิจกรรม คือ โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง โดยมี 2 กิจกรรม คือ การอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และโครงการชุมชนร่วมใจออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน ได้ดำเนินกิจกรรมพัฒนาแกนนำออกกกำลังกาย และกิจกรรมออกกำลังกายในทุกหมู่บ้านในประชาชนทุกกลุ่มวัย

หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้จากระดับต่ำ ร้อยละ 45.14 ค่าเฉลี่ย 5.65 (SD=2.98) เป็นมีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 98.86 ค่าเฉลี่ย 8.83 (SD=0.40) มีทัศนคติต่อการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตจากระดับปานกลางร้อยละ 74.29 ค่าเฉลี่ย 2.77 (SD=0.47) เป็นระดับดีร้อยละ 58.29 ค่าเฉลี่ย 3.73 (SD=0.31)และมีส่วนร่วมในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.41 (SD=0.10) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การเรียนรู้และจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชนที่ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติและร่วมตัดสินใจ ทำให้ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและการตัดสินใจ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาและส่งเสริมการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกลุ่มต่างๆในชุมชน เพื่อให้เห็นมุมมอง แนวคิดที่แตกต่าง ในการพัฒนา อีกทั้งควรมีการติดตามประเมินผลหลังดำเนินการเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Article info:

Received: Jan 21, 2022

Revised: Mar 19, 2022

Accepted: Apr 29, 2022

Original article

The development of Tambon of Quality of life Management Model by participation of Sompoi Community, Rasi Salai District, Si Sa Ket Province

Nisa Panya*, Niruwan Turnbull**, Adisorn Wongkongdech**✉

*Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Maharakam University

** Faculty of Public Health, Maharakam University

✉ adisorn.tom@gmail.com

Abstract

The action research was employed for development of a sub-district model for quality of life management by applying the concept of T-PAR in organizing the development process and by applying the principles of Buddhist planning according to the four noble truths (Dukkha, Samudaya, Nirodha, Magga). The research purposes 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 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 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 from low level of knowledge 45.14% mean 5.65 (SD=2.98), 98.86% had high level knowledge, 8.83 mean (SD=0.40). 74.29 percent of the sub-district managed the quality of life from a moderate level of 2.77 (SD = 0.47) to a good level, 58.29 percent, an average of 3.73 (SD = 0.31), and participation in the implementation of the sub-district quality of life management was at a high level. 100% with a mean score of 4.41 (SD=0.10). The success factor is the truly participatory learning and planning of the collective community. Participate in action and make decisions Giving everyone a sense of ownership over problems and decisions. 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 including to follow-up periodically evaluate the results after the operation to ensure sustainability of the operation.

Keywords: The development, Tambon of quality of life management, participation of community

บทนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงสามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ภัยพิบัติ และภัยสุขภาพ โดยเป้าหมายการให้บริการกระทรวงสาธารณสุข มุ่งหวังเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถลดภาวะโรคและภัยคุกคาม ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนมีสถานะเศรษฐกิจที่เหมาะสม และต้องผ่านตามเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562)

ปีงบประมาณ 2562 ตำบลสัมปอ อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นตำบลเป้าหมายในการจัดการคุณภาพชีวิต ผลการประเมินโดยใช้แบบประเมินผลการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ (T-PAR) ของกระทรวงสาธารณสุข โดย T-PAR เป็นหลักการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มี 4 องค์ประกอบคือ T (Team) ทีมนำ และเครือข่ายขับเคลื่อนงาน (2) P (Plan) แผนการดำเนินงานของชุมชน (3) A (Activity) กิจกรรม มีกิจกรรมดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และ (4) R (Result) มีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในองค์ประกอบ P (Plan) คือ การจัดทำแผนสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วม โดยสาเหตุเกิดจากชุมชนยังไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต รวมทั้งกระบวนการด้านการสร้างความร่วมมือในชุมชนยังไม่ที่ชัดเจนในแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นระดับที่แสดงถึงการเป็นตำบลต้นแบบและแสดงถึงความยั่งยืนในการพัฒนา ต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับที่ชุมชนเป็นผู้จัดการกระบวนการพัฒนาได้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมปอ, 2562) ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้การวางแผนเชิงพุทธเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชนที่เป็นชุมชนพุทธ คือการนำหลักอริยสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) และใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการเข้ามามีศึกษาและพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอ อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบเชิงพุทธ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีขั้นตอนการวิจัยตามแนวคิดของ (Kemmis and MC Taggart, 1988) และใช้แนวคิดการดำเนินการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยใช้หลักการ T-PAR ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ T (Team) มีทีมดำเนินการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย P (Plan) มีการประชุมทำแผนแบบมีส่วนร่วมเรียนรู้ร่วมกัน โดยยึดหลักอริยสัจ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) A (Activity) กิจกรรมโครงการเกิดจากการแสดงบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากขึ้น R (Result) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ในขั้นตอนการทำแผนแบบมีส่วนร่วม ได้ประยุกต์ใช้หลักการ อริยสัจ 4 คือ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค)

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมสามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มีผู้ร่วมกระบวนการพัฒนา 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มสำรวจ คือ ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้นำทางด้านศาสนา ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัยโรงเรียน พัฒนาการตำบล นายกเทศบาลตำบล ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สมาชิกเทศบาลตำบล 175 คน 2) กลุ่มพัฒนา คัดเลือกผู้ที่มีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูล (Key informant) จำนวน 40 คน จากจำนวน ทั้งหมด 175 คน ประกอบด้วยกลุ่มองค์กรชุมชน จำนวน 35 คน กลุ่มองค์กรรัฐ จำนวน 2 คน และกลุ่มองค์กรท้องถิ่น จำนวน 3 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยหมู่บ้านละ 1 คน ประธาน อสม.หมู่บ้านๆ ละ 1 คน เจ้าอาวาสวัดหรือพระ

ลูกวัดๆ ละ 1 รูป ตัวแทนผู้อำนวยการโรงเรียนที่ได้รับคัดเลือกจากทีม 1 คน พัฒนาการตำบล นายกเทศบาลตำบลส้มป่อย ตัวแทนครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 คน ตัวแทนสมาชิกเทศบาลตำบล

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป (2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (3) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Reliability) มีผล ดังนี้ 1) แบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.76 2) แบบสอบถามทัศนคติ เท่ากับ 0.708 3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.745 และข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5

เก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาข้อมูลบริบทและสถานการณ์ชุมชนจากข้อมูลทุติยภูมิ แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป แบบสอบถามความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (ก่อน-หลังการพัฒนา) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (หลังการพัฒนา) แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ประเด็นคำถามกลุ่ม

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ได้รับการพิจารณา ให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2564 เลขที่การรับรอง 083-042/2564

ผลการวิจัย

ชุมชนส้มป่อย เป็นชุมชนชนบทขนาดใหญ่ 17 หมู่บ้าน มีความรักความสามัคคีกัน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม นับถือศาสนาพุทธ เคารพนับถือผู้สูงอายุให้เกียรติผู้อาวุโส ผู้นำชุมชนสนใจรับฟังปัญหาและแก้ไขปัญหาชุมชน มีองค์กรชุมชน องค์กรรัฐ องค์กรท้องถิ่นและคนในชุมชนที่เข้มแข็งพร้อมจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน จากลักษณะทางสังคมที่กล่าวมา

เป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการศึกษาและพัฒนา มีจำนวน 175 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.43) มีอายุระหว่าง 25-59 ปี (ร้อยละ 87.43) สถานภาพการสมรส (ร้อยละ 65.71) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 33.72) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 68.57) รายได้กับรายจ่ายของครอบครัวมีความไม่เพียงพอร้อยละ 78.86 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.00 โดยส่วนใหญ่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 70.86 ระยะเวลาการทำงานมากกว่า 8 ปี (ร้อยละ 62.29) และรับทราบการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 85.71 สถานการณ์และบริบทการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของชุมชน สัมป่อยยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในองค์ประกอบ P (Plan) คือ การจัดทำแผนสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วม สาเหตุเกิดจากชุมชนยังไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต รวมทั้งกระบวนการสร้างความร่วมมือในชุมชนยังไม่ชัดเจนในแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นระดับที่แสดงถึงการเป็นตำบลต้นแบบและแสดงถึงความยั่งยืนในการพัฒนา ซึ่งต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับที่ชุมชนเป็นผู้จัดการกระบวนการพัฒนาได้

กระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยหมู่บ้านละ 1 คน ประธานอสม.หมู่บ้านๆ ละ 1 คน เจ้าอาวาสวัดหรือพระลูกวัดๆ ละ 1 รูป ตัวแทนผู้อำนวยการโรงเรียนที่ได้รับคัดเลือกจากทีม 1 คน พัฒนาการตำบล นายกเทศบาลตำบลส้มป่อย ตัวแทนครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 คน ตัวแทนสมาชิกเทศบาลตำบลเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาตามหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และได้ดำเนินการใน 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) การประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์จริงในชุมชน วิธีการที่ใช้คือกระบวนการวางแผนชุมชนเชิงพุทธ (พุทธ สมุทัย นิโรธ มรรค) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันคิดวิเคราะห์ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์การจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในชุมชนของตน โดยมีความ

มุ่งหวังให้ชุมชนเกิดการรับรู้ร่วมกัน และเห็นว่าปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาในระดับชุมชนคนในชุมชนรวมถึงหน่วยงานต่างๆ จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มี 4 กระบวนการ คือ 1) รู้สุข รู้ทุกข์ของชุมชน 2) สาเหตุของสุขและทุกข์ของชุมชน 3) ทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุขของชุมชน 4) การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์เพิ่มสุขของชุมชนใน 4 กระบวนการย่อย ประกอบด้วย 6 ใบงาน มีกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมดำเนินการ คือ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 17 คน เจ้าอาวาสวัด 1 รูป ผู้อำนวยการโรงเรียน/ครูอนามัยโรงเรียน 1 คน พัฒนาการตำบล 1 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 คน สมาชิกสภาท้องถิ่น 1 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน ซึ่งจากการจัดประชุมเพื่อจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมเรียนรู้ร่วมกันโดยยึดหลักอริยสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) ทำให้ได้โครงการและกิจกรรม 4 โครงการได้แก่ 1.)โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง (1.1) กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง (1.2) กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง 2.)โครงการชุมชนร่วมใจออกกกำลังกายทุกหมู่บ้าน (2.1) กิจกรรมพัฒนาแกนนำออกกกำลังกาย (2.2) กิจกรรมดำเนินการออกกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

จากขั้นตอนการวางแผนทำให้ได้กิจกรรมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ซึ่งคนในชุมชนชุมชนร่วมกันคิดร่วมกันจัดทำกิจกรรม 2 โครงการและ 4 กิจกรรม คือ โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง โดยมี 2 กิจกรรม คือ การอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จัดอบรมให้ความรู้สำหรับกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 25 มีนาคม 2564 วิทยากรคือทีมบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย ในการอบรมประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การบรรยาย และการฝึกปฏิบัติ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 30 คน และกิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จัดในวันที่ 26 มีนาคม 2564 วิทยากรคือทีมบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลส้มป่อย ในการอบรม เป็นการบรรยาย เรื่อง สถานการณ์โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค เช่น อาการ การรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรค ผลกระทบเมื่อได้รับการเจ็บป่วย และการป้องกันเพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 40 คน โดยทั้ง 2 กิจกรรมจัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย และโครงการชุมชนร่วมใจออกกกำลังกายทุกหมู่บ้าน ได้จัดกิจกรรมพัฒนาแกนนำออกกกำลังกาย ฝึกซ้อม อสม. ในแต่ละหมู่บ้านเพื่อเป็นแกนนำออกกกำลังกายในหมู่บ้านตนเอง โดยทีมวิทยากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย และตัวแทน อสม. จัดในวันที่ 30 มีนาคม 2564 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 34 คน และกิจกรรมออกกกำลังกายในทุกหมู่บ้านในประชาชนทุกกลุ่มวัย จัดกิจกรรมออกกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน ช่วงเมษายน – พฤษภาคม 2564 ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 17.00 – 18.00 น. ณ ศาลากลางบ้านของแต่ละหมู่บ้าน โดยมี อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลส้มป่อย มาร่วมกิจกรรม จากการปฏิบัติตามแผนทำให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้นมีกิจกรรมต่างจากก่อนการพัฒนาเป็นกิจกรรมโครงการที่เกิดขึ้นเป็นของ รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการเป็นหลัก แต่พอมีการพัฒนาทำให้มีกิจกรรมโครงการ เกิดจากการแสดงบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) พบว่า

หลังจากดำเนินการ ได้มีกระบวนการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมโดยใช้หลักการ T-PAR ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่า เกิด T (Team) ก่อนทำวิจัยมีการแต่งตั้งทีมสุขภาพระดับตำบลตามผู้นำทางการ ผลหลังจากการทำวิจัยทำให้เกิดทีมดำเนินการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมเป็นทีม P (Plan) รูปแบบเดิมก่อนวิจัยมีการทำแผนโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แสดงบทบาทหลักในการทำแผน หลังจากมีการวิจัยทำให้เกิดมีการวางแผนชุมชนแบบเชิงพุทธ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น พัฒนาการตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำทางด้านศาสนา ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัยโรงเรียน อสม. และจนท.สาธารณสุข เข้าร่วมกิจกรรมทุก

ขั้นตอน A (Activity) ก่อนการวิจัยกิจกรรมโครงการเป็นของ รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการเป็นหลัก หลังการวิจัยทำให้เกิดกิจกรรมโครงการเกิดจากการแสดงบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากขึ้น R (Result) ก่อนการวิจัยแกนนำมีความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หลังการวิจัยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น และจากการดำเนินการ พบว่า รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ คือ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์หาแนวทางวางแผนในการจัดการปัญหาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และร่วมดำเนินกิจกรรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมพันธ์และแกนนำให้ความรู้การดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต อบรมพัฒนาความรู้สำหรับกลุ่มป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง พัฒนาแกนนำออกกกำลังกาย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายแกนนำ กิจกรรมดำเนินการออกกกำลังกายในทุกหมู่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยแกนนำ อสม. ติดตามการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำ อสม. และภาคีเครือข่ายตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตำบลสัมพันธ์

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จากการพัฒนาแบบ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตก่อนการดำเนินการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.14 ค่าเฉลี่ย 5.65 (SD=2.98) และหลังดำเนินการกลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.86 ค่าเฉลี่ย 8.83 (SD=0.40) ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตก่อนการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 74.29 ค่าเฉลี่ย 2.77 (SD=0.47) และหลังดำเนินการมีทัศนคติอยู่ในระดับดีร้อยละ 58.29 ค่าเฉลี่ย 3.73 (SD=0.31) และคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.41 (SD=0.10) ดังตารางที่ 1-3 และพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาพัฒนารูปแบบตำบลจัดการ

คุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ สามารถสรุปได้ดังนี้ 1) กระบวนการเรียนรู้และจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงมีการร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยการวางแผนของชุมชนมีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายจากการมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติและร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและการตัดสินใจ 2) การถ่ายทอดความรู้ การดูแลกลุ่มเป้าหมายโดยแยกกลุ่มการดูแลที่ชัดเจนเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มแกนนำ จะสามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้และการดูแลที่ตรงจุดมากกว่าการรวมๆ กลุ่มกัน (โครงการพัฒนาความรู้ในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และโครงการชุมชนร่วมใจออกกกำลังกายทุกหมู่บ้าน) 3) การลงไปจัดกิจกรรมตามชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี (กิจกรรมดำเนินการออกกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน) 4) การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ให้คำแนะนำ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและต่อเนื่อง 5.) การสร้างขวัญกำลังใจ การให้ความสำคัญ การรับฟังเสียงจากชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญและเป็นแรงผลักดันให้ประชาชนลุกขึ้นมาใส่ใจสุขภาพและร่วมทำกิจกรรมในชุมชน 6) การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหาร หัวหน้าภาคส่วนต่างๆ ที่ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาที่ตรงจุดของชุมชน การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น บุคลากร สถานที่ งบประมาณ ในการดำเนินกิจกรรมและผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบเชิงพหุชุมชนสัมพันธ์ โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการ 1 วงรอบ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนชุมชนแบบเชิงพหุ คือ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค เพื่อให้เกิดแผนงานโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

จากการศึกษาบริบทชุมชนสัมพันธ์ เป็นชุมชนขนาดใหญ่ ประกอบด้วย 17 หมู่บ้าน เป็นชุมชนชนบท ที่มี

ความรักความสามัคคีกัน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม นับถือศาสนาพุทธ เคารพนับถือผู้สูงอายุให้เกียรติผู้อาวุโส มีผู้นำชุมชนที่สนใจและรับฟังปัญหาและแก้ไขปัญหามุมชน มีองค์กรชุมชน องค์กรรัฐ องค์กรท้องถิ่นและคนในชุมชน ที่มีความเข้มแข็งและมีความสามัคคีเป็นหนึ่งเดียว ที่พร้อมจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหและพัฒนาชุมชน จากลักษณะทางสังคมที่กล่าวมาเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสอดคล้องกับรัตนภรณ์ เจริญศรี (2561) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการขาดสาร ไอโอดีนในหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการวางแผนชุมชน แบบมีส่วนร่วมเชิงพุทธ มี 6 ขั้นตอน 1. การศึกษาบริบทชุมชนและวิเคราะห์ปัญหา 2. การกำหนดแนวทางและหาวิธีการ แก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 3. การจัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ 4. การนำไปปฏิบัติ 5. การติดตามและประเมินผล 6. สรุปผลและเสนอแนวทางปรับปรุง/ยกระดับ และจรัสวรรณ หัสโรด (2551) ศึกษาเรื่องประชาคมสุขภาพ กรณีศึกษา ตำบลดอนหวาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพระดับตำบล ด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า การศึกษาสถานการณ์การพัฒนาตำบลและ เรียนรู้ทุนทางสังคมของชุมชนของตนเอง เป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้การก่อรูปประชาคมสุขภาพ เริ่มจากสิ่งที่มีอยู่ พัฒนาต่อจากฐานรากเดิมที่เข้มแข็ง นับเป็นทุนเริ่มต้นที่สำคัญต่อการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

กระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบเชิงพุทธ(ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) มี 4 กระบวนการ คือ 1) รู้สุข รู้ทุกข์ของชุมชน 2) สาเหตุของสุขและทุกข์ของชุมชน 3) ทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุขของชุมชน 4) การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์เพิ่มสุขของชุมชนใน 4 ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) การศึกษาบริบทชุมชนและเก็บข้อมูลทั่วไป (2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ หาวิธีการแก้ไขปัญหที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ (3) การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยหลักอริยสัจ 4 (4) การปฏิบัติตามแผน (5) การนิเทศติดตามและ

ประเมินผล (6) สรุปผลและเสนอแนวทางปรับปรุง/ยกระดับการพัฒนา ซึ่งมีการค้นพบในผลการศึกษาของรัตนภรณ์ เจริญศรี (2561)

ผลการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย พบว่า หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบ กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นร้อยละ 98.86 ค่าเฉลี่ย 8.83 (SD=0.40) มีทัศนคติที่ดีเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 58.29 ค่าเฉลี่ย 3.73 (SD=0.31) และมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ย 4.41 (SD=0.10) ซึ่งพบว่า การศึกษาของ ประสพ สารสมศรี (2557) พบว่าการจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพวิถีไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้แกนนำสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ระดับสูง ร้อยละ 87 ค่าเฉลี่ย 15 (SD=3.10) และมีส่วนร่วมระดับปานกลางเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 68.79 และสอดคล้องกับวารุณี เปรมสิงห์ (2562) พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีค่าระดับความรู้เพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ย 14.38 (SD=1.53)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญอย่างมากในการทำงานชุมชน จึงควรส่งเสริมและหาโอกาสจัดกิจกรรมหรือมีกระบวนการที่ทำให้คนในชุมชนสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชน
2. สามารถนำการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเชิงพุทธของชุมชนสัมป่อยไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาอื่นๆในชุมชน เช่น ปัญหาความเครียด ปัญหาท้องก่อนวัยอันควร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลและร่วมพัฒนา ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากร รพ.สต. สัมป่อย เทศบาลตำบลสัมป่อย แกนนำชุมชน อสม.ตำบลสัมป่อยทุกท่าน และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้การสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

จิรวรรณ หัสโรค์. (2551). **ประชาคมสุขภาพ กรณีศึกษาตำบลคอนหวาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

ณัฐดนัย แก้วโพนงาม. (2562). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนและผู้สูงอายุบ้านนาฝาย ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง**. 8(1),33-41

ประสพ สารสมศรี. (2557). **การจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพวิถีไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

รัตนารณณ์ เฉลิมศรี. (2561). **การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เจริญสุขตำบลนาโพธิ์ อำเภอภูกระดึง จังหวัดมหาสารคาม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

รัชนีวิภา จิตรากุลและคณะ. (2559). การพัฒนาแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. **วารสารช่อพะยอม**. 26(2).195-208.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย. (2562). **สรุปผลการดำเนินงานตำบลส้มป่อย ปี 2562**. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย.

วารุณี เปรมสิงห์. (2562). **การพัฒนาแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองแขวง อำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร**. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี**. 8(2),6-12.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2562). **นโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน**. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Ubon Ratchathani Rajabhat University

ตารางที่ 1 ร้อยละความรู้ของผู้ที่ตอบถูกจำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังดำเนินการ

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
Mean (SD.)	5.65 (SD=2.98)	8.88 (SD=0.40)
Min:Max	0:9	7:9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

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: (SD.)	2.77 (SD=0.47)		3.73(SD=0.31)	
Min:Max	1.90 : 3.90		3.20:4.60	

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในชุมชนของกลุ่มเป้าหมาย

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย (1.00-2.33)	0	0
ปานกลาง (2.34-3.66)	0	0
มาก (3.67-5.00)	40	100
Mean: (SD.)	4.41 (SD=0.10)	
Min:Max	172 :198	