บทความวิจัย (ม.ค. – มิ.ย. 2563)

# การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดนครศรีธรรมราช

สายันต์ ศิลาโชติ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

## บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1)เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนและการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราช 2)เพื่อศึกษาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบภายในของการมีส่วนร่วมของประชาชนและการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราชและ 3) เพื่อศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ตัวแปรองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้ผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราชผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำนวน 388 คน ที่ได้มาจากการคำนวณตามสูตรของ Taro Yamane (1973)แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปและตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์แนวลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 15 คน

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน อยู่ในระดับมาก ( = 3.44) และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( = 3.53)ส่วนผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์องค์ประกอบภายในการมีส่วนร่วมของประชาชน พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยที่มีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง r = .324 - .525 ซึ่งทุกตัวแปรองค์ประกอบภายในสามารถอธิบายรวมกันได้และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์องค์ประกอบภายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Health Consumer Protection: HCP)พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยที่มีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง r = .369 - .560 ซึ่งทุกตัวแปรองค์ประกอบภายในสามารถอธิบายรวมกันได้และผลการวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ตัวแปรองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation: PP)ที่มีอิทธิพลต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Health Consumer Protection: HCP)จำแนกตามตัวแปรองค์ประกอบพบว่า ตัวแปรทุกตัวแปร มีอิทธิพลหรือสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ตัวแปรการมีส่วนร่วมการรับรู้ข่าวสาร (Public Information) มีความสัมพันธ์ ที่ค่า Beta= .041, ตัวแปรการมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ (Public Consultation) มีความสัมพันธ์ ที่ค่า Beta= .066, ตัวแปรการประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีความสัมพันธ์ ที่ค่า Beta= .081 และตัวแปรการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)มีความสัมพันธ์ ที่ค่า Beta= .257

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

Received: February 15, 2020, Revised February 20, 2020, Accepted February 26, 2020

# People Participation in Consumer Protection, Nakhon Si Thammarat Province

Sayan Silachote
Public Health Specialist
Public Health Office, Pak Phanang District, Nakhon Si Thammarat

## Abstract

This research study with objectives 1) to study the level of people participation and the operation of health consumer protection in Nakhon Si Thammarat province 2) to study the relationship between internal factors variables of people participation and health consumer protection operations in Nakhon Si Thammarat province, and 3) to analysis study of predictive variables, variables, components of people participation that influence the health consumer protection performance in Nakhon Si Thammarat province. The researcher conducted the research according to the quantitative research methodology by using a research questionnaire to collect data with 388 people and samples from the calculations based on the formula of Taro Yamane (1973) and then analyze the data with the program and according to the qualitative research methodology by using in-depth interviews with 15 key informants.

The results of the study showed that the level of opinion of the sample groups on people participation and health consumer protection in Nakhon Si Thammarat province found that the participation of people was at a high level (X= 3.44) and consumer health protection at the high level (X= 3.53). As for the results of the analysis of the relationship between the internal components and the participation of the people, all variables have the same direction. Statistically significant .01, where the relationship between r = .324 - .525, which all internal variables can be explained together and the analysis of the relationship between the internal components of the Health Consumer Protection (HCP) found that all variables are in the same direction that with the statistical significance of .01 with the relationship between r = .369 - .560, which all internal variables can be explained together, and the results of the analysis of the predictive variables, the variables of the People Participation (PP) that influence the health consumer protection (HCP) classified by the variables, found that all variables Influential or related With statistical significance at the level of 0.05, in which the Public Information participation variable has a relationship with Beta = .041, Public Consultation variable has a relationship with Beta = .066, the Conference variable Public Meeting had Beta = .081 and Decision Making variables had Beta = .257..

Keywords: Participation/ Health Consumer Protection

คำขอบคุณ: งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

**บทนำ**

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของคำว่าปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health: SDH) ว่า “สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิดเติบโต ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่รวมถึงปัจจัยและระบบต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย” ปัจจัยและระบบต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนาบรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม และระบบการเมืองการปกครองภาคีสมาชิกใน WHO เห็นพ้องกันว่า ควรนำ SDH มาพิจารณาในฐานะปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health Equity) โดยคณะกรรมาธิการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทางใหม่ในการพัฒนาว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างเดียวโดยไม่มีนโยบายที่จะทำให้ผลประโยชน์กระจายตัวอย่างเป็นธรรมจะส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาวะและความเป็นธรรมทางสุขภาพ การเจ็บป่วยและภาระโรคเป็นผลมาจากเงื่อนไขทางสังคมและสิ่งแวดล้อมหรือเป็นผลของนโยบายและโครงสร้างทางสังคมการแก้ปัญหาจึงต้องนำทุกสถาบัน ทุกภาคส่วนของสังคมมาช่วยกันแก้ไข(สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 จึงได้เสนอภาพของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ไว้ในหมวด 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ โดยสรุปว่าสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคน บุคคลมีความตระหนักรู้และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวบุคคลในความดูแลและชุมชน มิให้เกิดความเสียหายทางสุขภาพ หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยรัฐมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและคุ้มครองระบบสุขภาพ เป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีระบบการบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งระบบสุขภาพยังเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและระบบความมั่นคงของประเทศการกำหนดนโยบายสาธารณะใดๆ จึงต้องให้ความสำคัญกับมิติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับผลกระทบด้วยระบบสุขภาพจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรมจริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้และปัญญาโดยให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเป็นธรรม ความเท่าเทียมกันลดความเหลื่อมล้ำในสังคมและจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมภูมิสังคม ภูมินิเวศและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพรวมทั้งจะต้องคำนึงถึงหลักการพัฒนาและบูรณาการอย่างเป็นองค์รวมอย่างยั่งยืน และอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรทุกระดับและทุกภาคส่วน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560)ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้กำหนดสิทธิของผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองบุคคลย่อมมีสิทธิรวมกันจัดตั้งองค์กรของผู้บริโภคเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคองค์กรของผู้บริโภคตามวรรคสองมีสิทธิรวมกันจัดตั้งเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระเพื่อให้เกิดพลังในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคโดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ทั้งนี้หลักเกณฑ์และวิธีการจัดตั้ง อำนาจในการเป็นตัวแทนของผู้บริโภคและการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐ ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ(มาตรา 46) และกำหนดให้รัฐต้องจัดให้มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการรู้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้านความปลอดภัยด้านความเป็นธรรมในการทำสัญญา หรือด้านอื่นใดอันเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค(มาตรา 61)

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปกป้อง พิทักษ์สิทธิผู้บริโภคและของตนเอง แต่การดำเนินงานยังไม่ชัดเจนเนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจจากคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักนายกรัฐมนตรีให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่กำหนดรูปแบบโครงสร้างคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคประจำองค์การบริหารส่วนตำบล ยังเป็นรูปแบบที่รวมอำนาจไว้ที่ภาครัฐ (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) โดยโครงสร้างถูกกำหนดในรูปแบบที่ตายตัว และมีกลไกที่ยังต้องขึ้นอยู่กับภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินคุ้มครองผู้บริโภคในระดับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเข้ามาบริหารจัดการ โดยการสร้างกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับพื้นที่จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการ วัฒนธรรมองค์การ ขององค์กรบริหารส่วนตำบล และการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค(สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554)ความจำเป็นในการคุ้มครองผู้บริโภค ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของไทยมีองค์ประกอบหลายส่วนรวมถึงมีหน่วยงานทั้งในส่วนภาครัฐและเอกชนที่ทำหน้าที่ทั้งอาจเหมือนหรือแตกต่างกันไปตาม

วิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรนั้นๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดเป้าหมายของระบบที่ชัดเจน มีการประเมินผลระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในระดับชาติ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และวางแนวทางในการพัฒนาต่อไป (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2553)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1)เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนและการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราช

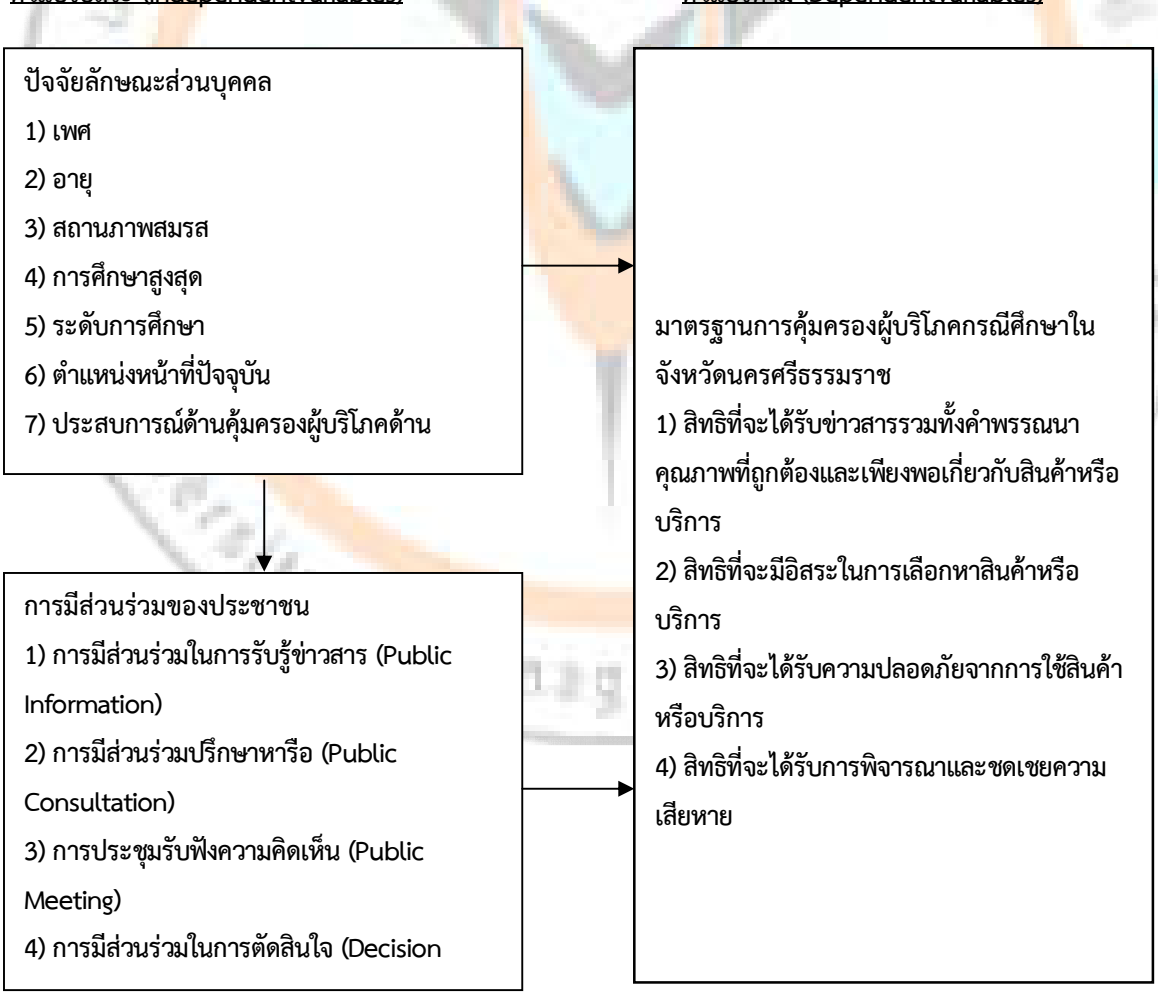
2)เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบภายในของการมีส่วนร่วมของประชาชนและการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราช

3) เพื่อศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ตัวแปรองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้ผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรองค์ประกอบในโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการมีส่วนร่วมของประชาชนมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้ผู้บริโภคด้านสุขภาพ สามารถนำมาเป็นตัวแปรชี้วัดผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้ผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราชได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

กรอบแนวคิดการวิจัย




แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

1) ประชากรวิจัย (Populations)ใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งสิ้น 251 แห่ง เป็นหน่วยการศึกษาวิจัย (Unit of Analysis)ในครั้งนี้ โดยกำหนดให้ (1) ผอ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข(3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ (4) ประชาชนโดยทั่วไปผู้มาใช้บริการ เป็นตัวแทนประชากรวิจัยที่ดี

2)กลุ่มตัวอย่าง (Sample)ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรวิจัยเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ (1) ผอ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 145 คน (2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวน 1,890 คน (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 4,635 คน และ (4) ประชาชนโดยทั่วไปผู้มาใช้บริการ จำนวน 6,705 คน รวมจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 13,248 คน (สำนักงานกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2560)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการของ Yamane’s ตามสูตรคำนวณ ดังนี้ (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2558)

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
N = ขนาดของประชากร
e = ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย กำหนดให้มีความคาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ซึ่งเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตรได้ ดังนี้

$$n = \frac{13,248}{1+13,248(0.}$$

$$= 399.97$$

จากการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างข้างต้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรคำนวณ คือ 399.97 ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้เพื่อขาด จำนวน 400 ตัวอย่าง ถือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดีสำหรับการประเมินค่า (Estimation technique) ตามที่ Tabachniek B.G. & Fidell, L.S. (2007)นักวิชาการด้านสถิติแห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียสเตท ได้แนะนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์หลายตัวแปรว่าต้องไม่น้อยกว่า20 เท่าของตัวแปร (ชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2550)

3) การสุ่มตัวอย่าง (Sampling) ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability) ตามสัดส่วนขนาดของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)เขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งสิ้น 251 แห่ง และเพื่อให้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างทุกหน่วยวิเคราะห์มีโอกาสได้รับการคัดเลือกเป็นตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงใช้วิธีเลือกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา(Quota Sampling)แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย (Sampling Simple)ตามขนาดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างให้ได้ครบจำนวนที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม (กัลยา วานิชย์บัญชา , 2552)

สรุปผลการวิจัย

1) ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนและการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราชใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) เพื่อหาค่าเฉลี่ย( $\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงแบนมาตรฐาน (S.D.)ปรากฏตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation: PP)

| ตัวแปรองค์ประกอบ (Elementary Variable) | ค่าเฉลี่ย (Mean) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) | ความหมาย (Meaning) |
|---|---|---|---|
| 1. การมีส่วนร่วมการรับรู้ข่าวสาร (Public Information) | 3.56 | .561 | มาก |
| 2. การมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ (Public Consultation) | 3.55 | .540 | มาก |
| 3.การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) | 3.61 | .577 | มาก |
| 4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) | 3.23 | 0.22 | ปานกลาง |
| รวม | 3.44 | 4.24 | มาก |

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation: PP)พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อตัวแปรองค์ประกอบโดยรวมอยู่ในระดับมาก($\bar{X}$ = 3.44) โดยพิจารณาเป็นรายตัวแปร พบว่าการประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.61)ตัวแปรการมีส่วนร่วมการรับรู้ข่าวสาร (Public Information) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.56)ตัวแปรการมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ (Public Consultation) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.59)และตัวแปรการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.23) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อผลการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Health Consumer Protection: HCP)

| ตัวแปรองค์ประกอบ (Elementary Variable) | ค่าเฉลี่ย (Mean) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) | ความหมาย (Meaning) |
|---|---|---|---|
| 1. สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ | 3.53 | .528 | มาก |
| 2. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ | 4.59 | 0.72 | มากที่สุด |
| 3. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ | 3.23 | 0.22 | ปานกลาง |
| 4. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย | 3.33 | 0.24 | ปานกลาง |
| รวม | 3.53 | .407 | มาก |

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อผลการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Health Consumer Protection: HCP) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อตัวแปรองค์ประกอบโดยรวมอยู่ในระดับมาก( $\bar{X}$ = 3.53) โดยพิจารณาเป็นรายตัวแปร พบว่าสิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.59)ตัวแปรสิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ อยู่ในระดับ

มาก ($\overline{X}$ = 3.53)สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหายอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.33)และตัวแปรสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.23) ตามลำดับ

2)ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบภายในของการมีส่วนร่วมของประชาชนและการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบภายใน ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient)ปรากฏตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์องค์ประกอบภายในการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation: PP)

| ตัวแปรองค์ประกอบ (Elementary Variable) | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. การมีส่วนร่วมการรับรู้ข่าวสาร (Public Information) | 1 | .525** | .324** | .491** |
| 2. การมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ (Public Consultation) | | 1 | .474** | .489** |
| 3.การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) | | | 1 | .532** |
| 4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) | | | | 1 |

**P<.01

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์องค์ประกอบภายในการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation: PP)พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยที่มีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง r = .324 - .525 ซึ่งทุกตัวแปรองค์ประกอบภายในสามารถอธิบายรวมกันได้

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบภายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Health Consumer Protection: HCP)

| ตัวแปรองค์ประกอบ (Elementary Variable) | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ | 1 | .380** | .430** | .465** |
| 2. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ | | 1 | 560** | .369** |
| 3. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ | | | 1 | .426** |
| 4. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย | | | | 1 |

**P<.01

จากตารางที่ 4ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์องค์ประกอบภายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Health Consumer Protection: HCP)พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยที่มีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง r = .369 - .560 ซึ่งทุกตัวแปรองค์ประกอบภายในสามารถอธิบายรวมกันได้

3) ผลการวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ตัวแปรองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้ผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราชใช้การวิเคราะห์รูปแบบอำนาจค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพื่อพยากรณ์ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม (Model Summary)สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของประชาชน

(People Participation: PP)โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) = .814, มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พยากรณ์ (R Square) = .597, มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) = .874และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ (Std. Error of the Estimate) = .41240อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Path Analysis) เป็นการประยุกต์ใช้วิธีการทางสถิติของการวิเคราะห์องค์ประกอบและการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำการทดสอบตัวแปรสังเกตได้ ซึ่งในทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันตั้งแต่ .256 - .544 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และหากพิจารณาเป็นรายตัวแปรแฝง พบว่าตัวแปรสังเกตในตัวแปรแฝงของการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation: PP)มีค่าความสัมพันธ์กันตั้งแต่ .324- .525อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรสังเกตในตัวแปรแฝงของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Health Consumer Protection: HCP)มีค่าความสัมพันธ์กันตั้งแต่ .369 - .560อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01สรุปได้ว่าทุกตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการพยากรณ์มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05สามารถนำมาเป็นตัวแปรชี้วัดผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้ผู้บริโภคด้านสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราชได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ตัวแปรองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation: PP)ที่มีอิทธิพลต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Health Consumer Protection: HCP)

| ตัวแปรพยากรณ์ (Predict Variable) | คะแนนดิบ (B) | คะแนนมาตรฐาน(Beta) | ค่าทดสอบ (t-test) | นัยสำคัญทางสถิติ(Sig.) |
|---|---|---|---|---|
| ค่าคงที่ (Constant) | .560 | - | 4.471 | .000* |
| 5. การมีส่วนร่วมการรับรู้ข่าวสาร | .299 | .041 | 2.219 | .000* |
| 6. การมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ | .401 | .066 | 3.918 | .257 |
| 7.การประชุมรับฟังความคิดเห็น | .299 | .081 | 6.992 | .000* |
| 8. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ | .432 | .257 | 2.982 | .000* |
| $R^2$ = .597, Adjust $R^2$ = .874, F = 572.788, *P<.05 | | | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .05

จากตารางที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ตัวแปรองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation)ที่มีอิทธิพลต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Health Consumer Protection)จำแนกตามตัวแปรองค์ประกอบพบว่า ตัวแปรทุกตัวแปร มีอิทธิพลหรือสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ตัวแปรการมีส่วนร่วมการรับรู้ข่าวสาร (Public Information) มีความสัมพันธ์ ที่ค่า Beta= .041, ตัวแปรการมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ (Public Consultation) มีความสัมพันธ์ ที่ค่า Beta= .066, ตัวแปรการประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีความสัมพันธ์ ที่ค่า Beta= .081 และตัวแปรการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)มีความสัมพันธ์ ที่ค่า Beta= .257

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) เพื่อหาค่าเฉลี่ย( $\bar{X}$และค่าความเบี่ยงแบนมาตรฐาน (S.D.)พบว่า ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อตัวแปรองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation: PP)พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อตัวแปรองค์ประกอบโดยรวมอยู่ในระดับมาก($\bar{X}$ = 3.44) โดยพิจารณาเป็นรายตัวแปร พบว่าการประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.61)ตัวแปรการมีส่วนร่วมการรับรู้ข่าวสาร (Public Information) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.56)ประเด็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

(People Participation: PP)สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของRush & Althoff (2011)กล่าวว่า การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่ายเพราะมีผลในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่งกล่าวคือผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่ายและที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่ายความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุดอย่างไรก็ดีหลักของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการ จะมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิดกับ“การตัดสินใจ” นั่นคือการมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่าและอย่างชอบธรรมซึ่งต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงไม่วางระบบไว้ให้ดูเหมือนว่าได้จัดกระบวนการให้มีส่วนร่วมแล้วเท่านั้น(ปาริชาตวลัยเสถียร, 2559)และสอดคล้องกับ Anne (2013)อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation) ที่เน้นในรูปกลุ่ม/องค์กรหรือชุมชน/ปัจเจกบุคคลกลุ่มหรือชุมชนมีความเห็นพ้องต้องกันในเรื่องที่มีผลกระทบใดๆต่อการดำเนินชีวิตของตนเองที่เกิดจากภัยพิบัติต่างๆ แล้วมีการแสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของตนจนนำไปสู่การตัดสินใจกระทำการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้นๆมีความร่วมมือและรับผิดชอบในกิจกรรมการพัฒนาที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยในขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมนั้นๆมีกลุ่มหรือองค์กรชุมชนรองรับประชาชนที่เข้าร่วมมีการพัฒนาภูมิปัญญาและการรับรู้สามารถคิดวิเคราะห์และตัดสินใจเพื่อกำหนดการดำเนินชีวิตของตนเองได้ประชาชนหรือชุมชนได้พัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกของสังคมการมีส่วนร่วมของประชาชนนับได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาซึ่งจะเห็นได้ว่ากิจกรรมการพัฒนาใดๆก็ตามหากประชาชนมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและลงมือดำเนินกิจกรรมด้วยตัวเองแล้วกิจกรรมนั้นย่อมสำเร็จและดำรงอยู่ได้ (ตินปรัชญพฤทธิ์, 2551)

ตัวแปรการมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ (Public Consultation) อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.55)และตัวแปรการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.23) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของ Janine & Mick (2012)กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลักการหรือแนวปฏิบัติทางการเมืองที่อาจพิจารณาว่าเป็นสิทธิก็ได้โดยคำว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นคำแปลจากศัพท์ภาษาอังกฤษที่ว่า “People Participation” โดยมีความหมายใกล้เคียงหรือใช้แทนกันไปมาได้กับคำว่า “popular participation, citizen involvement, citizen participation, citizen engagement, civic engagement หรือ stakeholder engagement” ซึ่งสอดคล้องกับ Oxford Dictionaries ได้นิยามความหมายของ participation ไว้ว่าการกระทำในการเข้าไปมีบทบาทในเรื่องใดเรื่องหนึ่งขณะเดียวกันก็นิยามคำว่า public ที่เป็นคำนามว่าหมายถึงผู้คนโดยทั่วไปฉะนั้นในความหมายโดยทั่วไป People Participation จึงแปลว่าการที่ผู้คนโดยทั่วไปเข้าไปมีบทบาทในเรื่องใดเรื่องหนึ่งในกลุ่มความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนในมิติที่เน้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นการนิยามความหมายที่ให้ความสำคัญกับผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วม (ถวิลวดีบุรีกุลและรัชวดีแสงมหะหมัด, 2555)และสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของ Smith (2013) ระบุว่าแม้การตัดสินใจโดยลำพังอาจทำได้ง่ายกว่ามากแต่องค์การภาครัฐหลายแห่งกลับพยายามสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากยิ่งเหตุเพราะเล็งเห็นว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนมีข้อดีหลายประการได้แก่ช่วยการเสริมสร้างประสิทธิผลในการบริหารจัดการตอบสนองความต้องการของประชาชนแก้ไขปัญหาความขัดแย้งเพิ่มความรับผิดชอบทางการคลังเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและความตระหนักของประชาชนสอดคล้องกับกฎหมายและนโยบายระดับชาติและนานาชาติสร้างและเสริมความชอบธรรมของระบบราชการและจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นคู่มือเทคนิคการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งจัดทำขึ้นโดยองค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID) ได้รวบรวมประสบการณ์การบริหารจัดการโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย3 แห่งอันได้แก่เทศบาลนครขอนแก่นเทศบาลนครภูเก็ตและเทศบาลนครเชียงใหม่พร้อมกับเมืองพอร์ตแลนด์มลรัฐออเรกอนประเทศสหรัฐอเมริกาได้ระบุว่าเหตุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมเนื่องจากการมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยให้ได้รับทราบความจำเป็นและลำดับความสำคัญ

ของประเด็นต่างๆจากชุมชนทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและร่วมกันแก้ปัญหาและเพื่อให้สอดคล้องกับหลักการและข้อบัญญัติในรัฐธรรมนูญโดยทั่วไปการมีส่วนร่วมของประชาชนจะช่วยเพิ่มคุณภาพในการตัดสินใจลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลาช่วยสร้างฉันทามติเกิดความร่วมมือในการนำนโยบายหรือโครงการไปปฏิบัติช่วยให้ผู้บริหารท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้นช่วยพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของประชาชนและช่วยกระตุ้นให้ประชาชนสนใจประเด็นสาธารณะ(ตินปรัชญพฤทธิ์, 2551; ปาริชาตวลัยเสถียร, 2559)

อย่างไรก็ดี หลักของการเข้ามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการนั้น จะมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการตัดสินใจนั่นคือการเข้ามีส่วนร่วมจะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่าและอย่างชอบธรรมและต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงไม่วางระบบไว้ให้ดูเหมือนว่าได้จัดกระบวนการให้มีส่วนร่วมแล้วเท่านั้นหากการตัดสินใจที่เกิดจากการมีส่วนร่วมมีความสมเหตุสมผลและชอบธรรมก็ต้องนำไปปฏิบัติแต่ถ้าผู้มีอำนาจเห็นว่าการตัดสินใจนั้นไม่เหมาะสมขัดกับการตัดสินของการมีส่วนร่วมก็จะต้องอธิบายได้โดยมีมาตรฐานแห่งความชอบธรรมที่จะเลือกตัดสินใจเช่นนั้นโดยที่สังคมส่วนใหญ่ยอมรับได้ 2 ประการ คือ (ไพรัตน์ เตชะรินทร์, 2551; ถวิลวดีบุรีกุลและรัชวดีแสงมหะหมัด, 2555)ประการที่ 1 ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนา (Voluntary Participation) ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจของประชาชนในการพัฒนาอย่างไรก็ดี ในปัจจุบันมีการศึกษาถึงแนวทางการนำไปสู่การปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายในหน่วยงานต่างๆโดยถือว่าประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาเป็นทฤษฎีที่ทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองการช่วยเหลือตนเองได้เป็นการพัฒนาแบบยั่งยืนการทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาทฤษฎีนี้ยังแยกย่อยออกไปอีกเช่นทฤษฎีการสร้างขวัญและกำลังใจทฤษฎีการปลุกระดมมวลชนทฤษฎีการสร้างผู้นำทฤษฎีการใช้วิธีและระบบการบริหารเป็นต้น (ตินปรัชญพฤทธิ์, 2551)ประการที่ 2 การพัฒนาแบบประชาชนมีส่วนร่วม (Participatory) เป็นการพัฒนาแบบมีความร่วมมือกันระหว่างรัฐหรือผู้พัฒนากับประชาชนผู้ถูกพัฒนาเป็นการวางแผนร่วมกันดำเนินการพัฒนาร่วมกันและประเมินผลการพัฒนาร่วมกันทำให้การพัฒนาสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและความต้องการของประชาชนซึ่งการพัฒนาแนวทางนี้สอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาการเกษตรคือมีแรงกระตุ้นทำให้เกิดการพัฒนาและแรงสนองตอบจากประชาชนเกิดขบวนการพึ่งพาตนเองในที่สุด(ปาริชาตวลัยเสถียร, 2559)

ส่วนผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อตัวแปรองค์ประกอบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Health Consumer Protection: HCP)พบว่า ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อตัวแปรองค์ประกอบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Health Consumer Protection: HCP) อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.53) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นนทรี สัจจาธรรม (2558) ที่กล่าวว่า การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับท้องถิ่นในประเทศไทย มีแนวทางดำเนินงาน การถ่ายโอนภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคจากสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักนายกรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบมอบภารกิจการคุ้มครองผู้บริโภคให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กำหนดให้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจการคุ้มครองผู้บริโภคให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบกับคำสั่งคุ้มครองผู้บริโภค ที่ 3/2552ลงวันที่ 20 เมษายน 2552 ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคประจำเทศบาล และคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ 4/2552 ลงวันที่ 20 เมษายน 2552 ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคประจำองค์การบริหารส่วนตำบล โครงสร้างของคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคประจำองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย (บูรณ์ ไสยสมบัติ, 2557)ส่วนแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพนั้น รัฐบาลต้องคุ้มครองให้ผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัยในการบริโภคสินค้าและบริการทั้งนี้โดยตรากฎหมายคุ้มครองสิทธิต่าง ๆ ของผู้บริโภคและจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงคือสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคทำหน้าที่ให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้บริโภคทำให้ผู้บริโภคได้ทราบและตระหนักถึงสิทธิและหน้าที่ของตนในการบริโภคในชีวิตประจำวันรวมทั้งทำหน้าที่คอยตรวจสอบสินค้าและบริการที่ผลิตและเสนอขายในตลาดเกี่ยวกับคุณภาพและราคาที่เสนอขายอย่างยุติธรรม เป้าหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคมีดังนี้ 1) ให้ผู้บริโภคได้รับความ

ปลอดภัยความปลอดภัยหมายถึงความปลอดภัยจากการค้าที่ไม่เป็นธรรมที่มีผลต่อชีวิตและทรัพย์สินในการบริโภคสินค้าและบริการเช่นการควบคุมสินค้าจำพวกอาหารเจือปนสารพิษยารักษาโรคที่หมดอายุและมีสารพิษตลอดจนของเล่นหรือเครื่องใช้ที่ก่อให้เกิดอันตรายเป็นต้น 2) ให้ผู้บริโภคได้รับความเป็นธรรมความเป็นธรรมหมายถึงการที่ผู้ผลิตหรือผู้ขายจะต้องไม่ใช้เล่ห์เหลี่ยมหลอกลวงผู้บริโภคในประการต่าง ๆ เช่นปลอมปนคุณภาพการโฆษณาที่ชวนเชื่อเกินจริงการติดราคาที่บิดเบือนจากความเป็นจริงตลอดจนการทำนิติกรรมต่าง ๆที่มีเจตนาหลอกลวงให้ผู้บริโภคหลงเชื่อและต้องตกในฐานะเป็นผู้เสียเปรียบเป็นต้นความเป็นธรรมจะสร้างบรรยากาศสำหรับความปลอดภัยและความประหยัดในระบบการตลาดเสรี 3) ให้ผู้บริโภคได้รับความประหยัดความประหยัดหมายถึงการส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมในการซื้อขายแลกเปลี่ยนสินค้าเพื่อให้ผู้บริโภคสามารถซื้อสินค้าได้ในราคาประหยัดตามสภาพสินค้าและบริการอย่างเหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้บริโภครู้จักประหยัดโดยมีความระมัดระวังในการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าและบริการอย่างมีเหตุผลในเชิงเศรษฐกิจความประหยัดจะเกิดได้ต่อเมื่อผู้บริโภคมีความรู้ในเรื่องการซื้อพอสมควรและรู้จักเลือกซื้อเลือกใช้

ตัวแปรสิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด($\bar{X}$ = 4.59)ตัวแปรสิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.53)สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.33)ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัฒนา อัครเอกฒาลิน (2547) ได้อธิบายไว้ว่าการคุ้มครองผู้บริโภคหรือ Consumer Protection หมายถึงการป้องกัน ปกป้องระวังดูแล พิทักษ์รักษาอารักขากันไว้ไม่ให้ผู้ที่ซื้อของมาใช้ผู้กิน ผู้เสพ ผู้ใช้สอย ผู้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เกิดภัยอันตราย บาดเจ็บ หรือเกิดความเสียหาย ผู้บริโภค ตามความหมายใน พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2541 ได้นิยามความหมายของผู้บริโภค ผู้ซื้อหรือได้รับบริการจากผู้ประกอบการธุรกิจหรือผู้ได้รับการนำเสนอหรือการชักชวนจากผู้ประกอบธุรกิจเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการและหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจโดยชอบแม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม รวมถึงผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือชักชวนจากผู้ประกอบธุรกิจเพื่อให้จัดให้มีสินค้าหรือรับบริการด้วย ส่วนผู้บริโภค ตามความหมายในธรรมนูญสุขภาพ พ.ศ. 2552 ได้ให้นิยาม คำว่า ผู้บริโภค หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการหรือผู้ได้รับการเสนอหรือชักชวนเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการจากผู้จัดให้มีสินค้าหรือบริการหรือข้อมูลข่าวสารอันนำไปสู่การบริโภค และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม (เกษม วัฒนชัย และคณะ, 2551) และเป็นไปตามพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540 ได้นิยามคำว่าผู้บริโภค หมายความว่า ผู้เข้าทำสัญญาในฐานะผู้ซื้อ ผู้เช่า ผู้กู้ ผู้เอาประกันภัยหรือผู้เข้าทำสัญญาอื่นใดเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพย์สิน บริการหรือประโยชน์อื่นใดโดยมีค่าตอบแทน ทั้งนี้การเข้าทำสัญญานั้น ต้องเป็นไปโดยมิใช่เพื่อการค้า ทรัพย์สิน บริการ หรือประโยชน์อื่นใดนั้น และให้หมายความรวมถึงผู้เขาทำสัญญาในฐานะผู้ค้ำประกันของบุคคลดังกล่าวซึ่งมิได้กระทำเพื่อการค้าด้วย การคุ้มครองผู้บริโภค ตามนิยามของ พจนานุกรม Cambridge dictionary ไว้ว่า การปกป้อง ป้องกัน ผู้ซื้อสินค้าผู้รับบริการจากอันตรายของสินค้า หรือการบริการที่ไม่มีคุณภาพรวมถึงการได้รับโฆษณาชวนเชื่อของสินค้าและบริการนั้น ในขณะที่สภาทนายความของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นิยามการคุ้มครองผู้บริโภคไว้ว่า การป้องกันผู้บริโภค(ผู้ซื้อบริการหรือสินค้า) จากอันตรายการปลอมปน ไม่ได้มาตรฐาน และรวมถึงการได้ข้อมูลเท็จจากการโฆษณาสินค้า และบริการ การถูกหลอกลวงในการบริโภคสินค้าและบริการ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ การคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง การป้องกัน ปกป้อง ระวังดูแล พิทักษ์รักษา อารักขา กันไว้ไม่ให้ผู้ที่ซื้อของมาใช้ ผู้กิน ผู้เสเพ ผู้ใช้สอย ผู้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เกิดภัยอันตรายบาดเจ็บ หรือเกิดความเสียหาย (กฤษณชัย กิมชัย, 2552)

ตัวแปรสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}$ = 3.23) ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกษม วัฒนชัย และคณะ (2551) ที่อธิบายไว้ว่า การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คือ กลยุทธ์ในการดูแลคุ้มครองประชาชนให้ได้รับความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์และการได้รับบริการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต รวมทั้งการพิทักษ์ประโยชน์ของประชาชนผู้บริโภคมิให้ต้องถูกเอารัดเอาเปรียบหรือตกอยู่ภายใต้การแสวงหาประโยชน์จาก

ฝ่ายผู้ประกอบธุรกิจด้านผลิตภัณฑ์หรือบริการโดยไม่เป็นธรรม โดยเฉพาะกรณีประเทศญี่ปุ่นมีการบริหารราชการแผ่นดินส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น มี 47จังหวัด การปกครองรูปแบบนคร 12 แห่ง เทศบาล 682 แห่ง ตำบลหมู่บ้าน 2,558 แห่งThe Consumer Protection Fundamental Act, 1968 ซึ่งเป็นกฎหมายที่วางรากฐานด้านคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศญี่ปุ่น ได้วางหลักทั่วไปไว้ให้ผู้มีอำนาจหน้าที่จะนำเจตนารมณ์แห่งกฎหมายนี้ไปบังคับใช้ ได้แก่กระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานท้องถิ่น ทั้งนี้เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นมีระบบการบริหารแบบกระจายอำนาจโดยมอบหมายให้ท้องถิ่น ไปจัดการบริหารเองซึ่งการคุ้มครองผู้บริโภค ถือเป็นหน้าที่ของท้องถิ่นตาม The Consumer Protection Fundamental Act, 1968 อย่างไรก็ดี การบริหารงานภาครัฐของญี่ปุ่นในระดับท้องถิ่น ได้แบ่งองค์กร ออกเป็นจังหวัดและองค์กรปกครองตนเองต่างๆ ได้แก่ เมือง และได้แสดงให้เห็นถึงข้อมูลความก้าวหน้า ณ วันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2000พบว่า การแบ่งหน้าที่ในการสร้างงานหรือจัดการเกี่ยวกับองค์กรให้เป็นไปตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับจังหวัดทุกจังหวัดแล้ว สำหรับในระดับองค์กรปกครองตนเองในเมืองเล็กๆ และหมู่บ้าน ได้ดำเนินการไปแล้วร้อยละ 97.8 (667 แห่งจาก 682 แห่ง) ร้อยละ77.8 (1,990 แห่งจาก 2,558 แห่ง) และร้อยละ 82.1 (2,669 แห่งจาก 3,252 แห่ง) ตามลำดับ เป็นต้น ส่วนการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลผู้บริโภคตามสัดส่วนของจำนวนพลเมืองในระดับจังหวัดและองค์กรปกครองตนเองต่างๆ และมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆทุกปี รวมทั้งสิ้นขณะนี้ มีจำนวน 431 แห่ง สำหรับหน้าที่ของศูนย์ผู้บริโภค ได้แก่ ให้คำปรึกษา ฝึกอบรมให้ความรู้และตรวจสอบผลิตภัณฑ์ ระบบฐานข้อมูลด้านคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศญี่ปุ่น (Practical Living Information Online Network System: PIO-NET) เป็นระบบซึ่งศูนย์กิจการผู้บริโภคแห่งชาติญี่ปุ่น (National Consumer Affairs Center of Japan: NCAC) ได้พัฒนาและ เชื่อมโยงกับศูนย์ผู้บริโภคมหานคร จังหวัดต่างๆ ของประเทศญี่ปุ่น เริ่มก่อตั้งขึ้นในปีงบประมาณญี่ปุ่น ค.ศ.1984วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการใช้สินค้า บริการ อุบัติเหตุที่เกิดกับผู้บริโภคการร้องเรียน ขอคำปรึกษาจากผู้บริโภคและ ทั้งในระยะสั้นเพื่อแก้ปัญหา ส่วนในระยะยาว คือใช้วางแผนเพื่อป้องกัน ปัญหาในอนาคต รวมทั้งการกำหนดนโยบายด้านการบริหารกิจการคุ้มครองผู้บริโภค อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อศูนย์คุ้มครองผู้บริโภค อีกด้วย ระบบข้อมูลจะมีการเชื่อมโยงไปยังศูนย์ผู้บริโภคในจังหวัดต่างๆ ได้รับทราบข้อมูลผ่านทางระบบ online ข้อมูลในการให้คำปรึกษาจะถูกบันทึกลงในระบบโดยเร็วที่สุด นับหลังจากได้รับข้อมูลจากผู้บริโภค โดยแบ่งคา ปรึกษาเป็น 3 ประเภท ได้แก่ คำร้องทุกข์ คำถาม คำร้องขอ ซึ่งคำร้องทุกข์เท่านั้น ที่จะนำไปบันทึกลงในระบบ PIO-NET ส านักงานคณะรัฐมนตรี โดยสำนักงานนโยบายคุณภาพชีวิตได้ให้เงินงบประมาณสนับสนุน ค่าจัดพิมพ์และบันทึกข้อมูลแก่ศูนย์ผู้บริโภคเป็นจำนวนเงิน 400 เยน ต่อคา ร้องทุกข์ของผู้บริโภค 1 ราย ข้อมูลจะจำกัดเฉพาะเพียงบุคคลที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบต่องานบริหารงานคุ้มครองผู้บริโภคเท่านั้น ดังนั้น บุคคลภายนอกจะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าสู่ระบบได้ (Basu, I & Jana, S., 2004; จรัส สุวรรณเวลา, 2553)

อย่างไรก็ดี ประเด็นการสร้างความเข้มแข็งของกลไกคุ้มครองผู้บริโภค ผ่านการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนนั้นประเด็นที่จะสร้างการมีส่วนร่วม ควรจะเป็นปัญหาที่ทุกส่วนเห็นพ้องต้องกัน เริ่มต้นในการให้ความรู้กับคนในชุมชน สร้างรูปแบบการดำเนินการโดยคนในชุมชน แล้วจึงเชื่อมโยงการทำงานกับชุมชนอื่น อย่างไรก็ตาม ความจำเป็นในการคุ้มครองผู้บริโภค ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของไทยมีองค์ประกอบหลายส่วนรวมถึงมีหน่วยงานทั้งในส่วนภาครัฐและเอกชนที่ทำหน้าที่ทั้งอาจเหมือนหรือแตกต่างกันไปตามวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรนั้นๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดเป้าหมายของระบบที่ชัดเจน มีการประเมินผลระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในระดับชาติ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และวางแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2553)และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ (2557) พบว่าการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีหลากหลายขึ้นอยู่กับความพร้อมของศักยภาพและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ สำหรับตัวอย่างการพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือการดำเนินงานของจังหวัดสงขลาที่ได้รับความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำบันทึกความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบงานคุ้มครอง

ผู้บริโภคจังหวัดสงขลา โดยบูรณาการความร่วมมือจากภาคีทุกภาคส่วนในจังหวัดสงขลาโดยสำนักงานคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคประจำจังหวัดสงขลา ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเทศบาลนครหาดใหญ่ เทศบาลตำบลปริก องค์กรบริหารส่วนตำบลท่าข้าม องค์การบริหารส่วนตำบลควนรู มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้และภาคีผู้บริโภค จึงทำให้เกิดรูปแบบต่างๆสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างไรก็ดีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปกป้อง พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค และของตนเอง แต่การดำเนินงานยังไม่ชัดเจนเนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจจากคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคสำนักนายกรัฐมนตรีให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่กำหนดรูปแบบโครงสร้างคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคประจำองค์การบริหารส่วนตำบล ยังเป็นรูปแบบที่รวมอำนาจไว้ที่ภาครัฐ (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) โดยโครงสร้างถูกกำหนดในรูปแบบที่ตายตัว และมีกลไกที่ยังต้องขึ้นอยู่กับภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินคุ้มครองผู้บริโภคในระดับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเข้ามาบริหารจัดการ โดยการสร้างกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับพื้นที่จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการวัฒนธรรมองค์การ ขององค์กรบริหารส่วนตำบล และการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค (วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ, 2551)

ข้อเสนอแนะ

1) หน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและการดำเนินงานงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่

2) องค์ภาครัฐและเอกชน สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายเชิงยุทธศาสตร์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและการดำเนินงานงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ

3)นักวิชาการ/นักวิจัย และบุคคลทั่วไป สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและการดำเนินงานงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2555, ก.ค.-ธ.ค.). “แผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549” วารสารนโยบายและแผน, 2(4), 106-107.

เกษม วัฒนชัย และคณะ. (2551). ภาพรวมของระบบบริการที่พึงประสงค์ในทัศนะผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2542).การวิเคราะห์สถิติ: สถิติเพื่อการตัดสินใจ.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์วิทยาลัย.

กฤษณชัย กิมชัย. (2552). “อาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติและบทบาทอสม.ยุคใหม่”, วารสารวิชาการสุขภาพภาคประชาชนภาคอิสาน, 23(4), 19 - 37.

สุรพงษ์ มาลี. (2550). วัฒนธรรมแห่งการเป็นองค์กรแห่งการตื่นรู้: แนวทางใหม่ในการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล. วารสารข้าราชการ. 4. 40-45.

จรัส สุวรรณเวลา. (2553). มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2553). ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทดีไซร์จำกัด.

ชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2550).ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์.กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.

ตินปรัชญพฤทธิ์. (2551). การบริหารการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สานักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บูรณ์ ไสยสมบัติ. (2557, ส.ค.-ต.ค.).การจัดบริการสาธารณสุขยุคใหม่”, วารสารวิชาการสุขภาพภาคประชาชนภาคอิสาน, 23(4), 44 - 49.

ปาริชาติ วลัยเสถียร. (2559). กระบวนการเรียนรู้และจัดการเรียนรู้ของชุมชน. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.).

ไพรัตน์เตชะรินทร์. (2551). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพาณิชย์.

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. (2557, ม.ค.-เม.ย.). กระบวนการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง, วารสารการพยาบาลสาธารณสุข, 28(1), 1-15

วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ. (2551). โครงการวิจัยเรื่องลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ 2551. นนทบุรี: พิมพ์ที่สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ.

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2553). สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2554). “ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย”, ในเอกสารวิชาการประกอบการสัมมนาระบบหลักประกันสุขภาพของเอเชีย เจด็จ ธรรธัชอารี บรรณาธิการ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). แผนงานหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564).กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่บริษัท เอ็ม.ที.พริ้นท์จำกัด

สุภมาศ อังศุโชติ. (2552). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL. กรุงเทพฯ: เจริญมั่นคงการพิมพ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2554). “ระบบสุขภาพของประเทศไทย”, ในเอกสารวิชาการประกอบการสัมมนาระบบหลักประกันสุขภาพของเอเชีย เจด็จ ธรรธัชอารี บรรณาธิการ.

_____. (2554, ม.ค.-มี.ค.). การพัฒนาระบบสนับสนุนการสื่อสารสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ต, วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 6(2), 20-23

ถวิลวดีบุรีกุลและรัชวดีแสงมหะหมัด. (2555). ความเป็นพลเมืองในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2553). คุณภาพของระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. (2553). เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ เอกสารประกอบการบรรยาย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Anne, E.B. (2013). A Trans-conceptual model of participation and resilience: Divergence, convergence and interactions in kindred community concepts. New Brunswick, N.L.: Transaction Books, Forthcoming.

Basu, I & Jana, S. (2004). HIV prevention among sex workers in India. J acquir immune defic synder 2004. 36: 845-852.

Earl, B. (2010). The Practice of Social Research. USA: Wedsworth Cengage Learning.

Hanlon, J.J. (1974). Public Health Administration and Practice. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.

John, M.C. & Norman, T.U. (2010). Participation's Place in Rural Development.Miami University: Jason Harnish.

Rush, S. & Althoff, G. (2011). Political and Civic Engagement. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.

Tversky & Kahneman. (2003). Principles of Public Participation. Washington, DC: American Planning Association.

Vandenberg, H.V. (2010). Public Participation in Public Policy.Miami University: Jason Harnish.