

การพัฒนาการมีสื่อหรือมข@งชุมชนในการวางแผน  
แก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย หมู่ 3 บ้านหนองไผ่  
ตำบลหนอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่



อาจารย์ตรีณี ทายะดี  
อาจารย์สุชาติ เหลืองอากาศ  
อาจารย์ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2543

ISBN 974-657-314-4

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน และประชาชนทุกคนของหมู่ 3 บ้านหนองโงง โดยเฉพาะแกนนำของชุมชนที่กรุณาเสียสละเวลาเพื่อร่วมประชุมกับผู้วิจัยในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาที่ไม่อาจทำให้งานวิจัยครั้งนี้สมบูรณ์ที่สุด แต่ก็นับได้ว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดีในการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชนให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน สามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนา “คน” ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติต่อไป

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ภรณีภรณ์ พงษ์สนิท ที่กรุณาให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัย และขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ อาจารย์ ดร. ยูยงค์ จันทรวิจิตร ที่กรุณาแก้ไขบทคัดย่อภาษาอังกฤษ คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยครั้งนี้คงจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน สามารถพึ่งตนเองได้

คณะผู้วิจัย

มิถุนายน 2543

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุภาพอนามัย หมู่ 3 บ้านหนองโง่ง ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้แกนนำมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุภาพอนามัยและศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุภาพอนามัย กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชนจำนวน 8 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม 2542 ถึงเดือนมีนาคม 2543 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน แบบสอบถามการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุภาพอนามัย และแบบบันทึกแผนการแก้ไขปัญหาสุภาพอนามัย ดำเนินการวิจัยโดยการเตรียมพื้นที่ อบรมแกนนำอภิปรายกลุ่มการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการ และวางแผนแก้ไขปัญหาสุภาพร่วมกับผู้วิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. จากการรวบรวมข้อมูลโดยแกนนำพบว่า ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานไม่ผ่านเกณฑ์ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 จำนวน 30 ตัวชี้วัดจาก 39 ตัวชี้วัด ข้อมูลจากการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 68.18 สำหรับภาวะสุขภาพ พบว่า มีการเจ็บป่วยเรื้อรังร้อยละ 67.16 กลุ่มตัวอย่างได้นำข้อมูลดังกล่าวมาพิจารณาว่าเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข 11 ปัญหา จัดลำดับความสำคัญและเขียนแผนเพื่อแก้ไขเพียง 6 ปัญหา ได้แก่ 1) ประชาชนติดสุรา 2) ประชาชนติดบุหรี่ 3) ครอบครัวไม่อบอุ่น 4) ประชาชนขาดความรู้เรื่องการใช้จ่าย 5) ประชาชนกินอาหารที่ไม่เครื่องหมาย 6) หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้กินอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ มีผลให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม

2. กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 75 มีส่วนร่วมมากในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การระบุปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แต่ในขั้นตอนการเขียนแผนแก้ไขปัญหาสุภาพมีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 50 - 62.5

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการให้ความรู้ก่อนดำเนินการแก่กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งการจัดเวลาของการดำเนินงานให้สอดคล้องกับความพร้อมของชุมชนซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายและเป็นการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

## Abstract

This participatory action research was designed aiming to determine community participation regarding health planning in Moo 3, Ban Nongkong, Tambol Khunkong, Amphur Hangdong, Chiang Mai Province during May 1999 to March 2000. The study sample comprised eight community leaders of the study village. The research instruments consisted of Basic Minimum Needs (BMN.) survey forms, and interview forms of health status, health behavior, and participation of community leaders in planning process including health planning record. This research was implemented beginning with the preparation of the study area, followed by group discussion, training of community leaders in prioritization and planning to solve the community health problems.

The major results were shown as followings ;

1. From data collected by the community leaders, the results revealed that 30 of 39 BMN indicators were below the standard criteria. According to National Education for Health, “dental examination at least once a year” was found to be the lowest activity in their practicum (68.18 %). About 67.16 percent of the population got chronic illness. While the study group identified 11 health problems, only six problems were prioritized. This included 1) people drank alcohol, 2) people smoked cigarette, 3) unhappy family, 4) people lack of knowledge in medicine, 5) people ate food without permission from Food and Drug Administration (FAD), and 6) pregnant women ate improper food resulting in low birth weight of new born babies (under 2,500 gms.).

2. Concerning community leaders’ participation, it was showed that more than 75 percent of them highly participated in the process of data collection, identification of health problems, and problem prioritization. Nevertheless, 50 to 62.5 percent of community leaders highly participated in health planning.

Thus, the results indicated that the training should be arranged for the community leaders before implementation so as strengthen their potentiality in health planning process. Time should be arranged in accordance with the community readiness. This is anticipated to motivate community health self-care leading to an improvement of life quality sustainably.

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
การมีส่วนร่วมของชุมชน	5
การวางแผน	16
ปัญหาสุขภาพพจนามัย	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	29
พื้นที่ที่ทำการศึกษา	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
วิธีการรวบรวมข้อมูล	33
การวิเคราะห์ข้อมูล	33
บทที่ 4 ผลการวิจัย	34
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	60
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก	68
แผนที่สังเขปหมู่ 3 บ้านหนองโจง ต.ขุนคอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่	69
กำหนดการอบรม	70
ประวัติผู้วิจัย	71

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยและจำนวนโดยประมาณต่อปี พ.ศ. 2536	23
2	ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานและเกณฑ์ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)	35
3	จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมายของสุขภาพและสาเหตุการเจ็บป่วย	39
4	จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยจำแนกตามอายุ	41
5	จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยจำแนกตามโรคหรืออาการ	42
6	จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยจำแนกตามสถานที่ไปรับการรักษา	43
7	จำนวนและร้อยละของตัวแทนครอบครัวจำแนกตามการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเจ็บป่วย	44
8	จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามการปฏิบัติตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ	45
9	จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ	48
10	จำนวนและร้อยละของแกนนำชุมชนจำแนกตามการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย	58
11	จำนวนและร้อยละของแกนนำชุมชนจำแนกตามประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผน	59



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่ง ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาทางสังคมเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ตามแนวทางการประชุมขององค์การอนามัยโลกที่เมือง อัลมา อาตา (Alma Ata) เมื่อปี พ.ศ. 2521 และในปี พ.ศ. 2523 ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันในกฎบัตร เพื่อการพัฒนาสุขภาพ (Charter for Health Development) เป็นการยืนยันเจตนารมณ์ของประเทศ ที่จะทำให้ทุกคนเกิดมาและเติบโตตามวัยไปจนแก่ตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้ระหว่างที่มีชีวิตอยู่นั้นจะต้องมีสุขภาพดีพอที่จะเป็นประโยชน์ และมีส่วนร่วมสร้างเสริมเศรษฐกิจ ตลอดจนสังคมที่ทุกคนเป็นสมาชิกอยู่ได้เต็มที่ โดยประยุกต์วิถีทางสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่องค์ประกอบที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นการพัฒนาแนวใหม่ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาแก้ไข ปัญหาในหมู่บ้านควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วย (people participation) โดยการประสาน องค์การของประชาชนและของรัฐให้เป็นจริงมากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

การพัฒนาประเทศที่ผ่านมายังประสบปัญหาในการดำเนินงานอยู่บ้าง กล่าวคือ ประชาชนยังขาดการมีส่วนร่วมที่แท้จริง การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ยังไม่ดีเท่าที่ควรและงบประมาณของรัฐยังไม่สามารถกระจายให้ครอบคลุมและสอดคล้องไปกับปัญหาที่ประชาชนเผชิญอยู่จริง เพราะประชาชนไม่ได้มีส่วนเสนอปัญหานั้นเอง โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิต สุขภาพที่ดีนำมาซึ่งคุณภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นพลังผลักดันให้คนเราสามารถมีชีวิตอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ ด้วยเหตุนี้จึงมีการนำแนวทางของความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Minimum Needs) มาใช้ในการพัฒนาประเทศ ทำให้ได้ข้อสรุปว่าคนไทยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องบรรลุความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ซึ่งปัจจุบันประกอบด้วย 8 หมวด 39 ตัวชี้วัด โดยมีกระบวนการและขั้นตอนที่สำคัญคือการสำรวจข้อมูล ระบุปัญหาชุมชน วิเคราะห์ปัญหาว่ามีสาเหตุมาจากอะไรเชื่อมโยงกันอย่างไร จัดลำดับก่อนหลังและวางแผนแก้ไข ดำเนินงานตามแผน ประเมินผล และเป็นแนวทางในการดำเนินงานแก้หมู่บ้านอื่นได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “ถ้าหมู่บ้านมีความเข้าใจเรื่องความจำเป็นพื้นฐานแล้วก็แก้ปัญหาเรื่องความจำเป็นพื้นฐานได้สำเร็จ ประเทศทั้งประเทศก็จะเจริญเติบโตได้และพัฒนายิ่งขึ้น แต่ถ้าหมู่บ้านทำไม่ได้ ประเทศก็ทำไม่ได้” (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) ที่พบว่าในทางปฏิบัติยังมิได้มีการนำแนวความคิดสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติให้เกิดผลอย่างจริงจัง การวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การตั้งเป้าหมาย วัตถุประสงค์ กลวิธีและกิจกรรมการพัฒนายังคงเป็นการกำหนดจากหน่วยงานส่วนกลาง (top to bottom) ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยทั้งทางด้านการวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล อีกทั้งแผนยังขาดความสอดคล้องกับลักษณะจำเพาะของพื้นที่ เป็นผลให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง และไม่สามารถกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในปัญหาของชุมชน อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาคิดด้วยประชาชน ดังนั้น แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) จึงยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ซึ่งระดับความร่วมมือนั้นอาจจะเป็นตั้งแต่ระดับการร่วมให้ข่าวสาร ร่วมทำ ร่วมคิด ร่วมวางแผน และดำเนินการ จนถึงระดับที่พึ่งตนเองได้ เพื่อจะนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า

จากการสำรวจข้อมูล จปฐ. ปี พ.ศ. 2541 ทุกครัวเรือนทั่วประเทศจำนวน 7,595,288 ครัวเรือน 62,863 หมู่บ้าน พบว่าคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาพรวมทั้งประเทศจาก 8 หมวด 39 ตัวชี้วัดสามารถบรรลุเป้าหมาย จปฐ. จำนวน 25 ตัวชี้วัด และไม่บรรลุเป้าหมายจำนวน 14 ตัวชี้วัด ซึ่งสรุปได้ว่าปัญหาสุขภาพที่คนไทยส่วนมากของประเทศประสบอยู่มีดังต่อไปนี้ คือ เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ประชาชนรับประทานอาหารที่ไม่ได้ทำให้สุกด้วยความร้อน มีน้ำสะอาดบริโภคไม่เพียงพอ ครัวเรือนถูกรบกวนจากมลพิษและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งประชาชนติดบุหรี่ (กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2542)

จังหวัดเชียงใหม่มีประชากร 1,524,074 คน มีจำนวนหลังคาเรือน 481,083 หลังคาเรือน แยกอยู่ใน 22 อำเภอ และ 2 กิ่งอำเภอ มีจำนวนหมู่บ้าน 1,806 หมู่บ้าน ในปี<sup>พ</sup> 2538 มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าเพียง 609 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 33.72 อำเภอหางดงเป็นอำเภอที่อยู่ติดเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีการคมนาคมสะดวก และเป็นแหล่งท่องเที่ยวแห่งหนึ่ง มีหมู่บ้านทั้งหมด 92 หมู่บ้าน แต่มีเพียง 32 หมู่บ้าน ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2538) สำหรับบ้านหนองโฆง หมู่ 3 ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง เป็นหมู่บ้านที่เคยใช้เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 สำหรับนักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2538 พบว่า ข้อมูลพื้นฐานตามเกณฑ์ จปฐ. ของหมู่ 3 (บ้านหนองโฆง) ผ่านเกณฑ์เพียง 20 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 39 ตัวชี้วัด ปัญหาสุขภาพอนามัยที่พบ ได้แก่ ประชาชนไม่รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ดิบ ๆ สุก ๆ มีเพียงร้อยละ 53.45 ครอบครัวยังมีความรู้เรื่องเอดส์และรู้จักวิธีป้องกันโรคเอดส์ร้อยละ 66.07 และ 53.35 ตามลำดับ ประชาชนติดบุหรี่ร้อยละ 19.4 สำหรับหมวดที่ 7 ประชาชนมีส่วน



ร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่และกำหนดชีวิตของตนเองและชุมชนนั้น แม้ว่าจะผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้แต่ก็ยังพบว่ามิอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของประชาชน คือเรื่องเวลาไม่สอดคล้องระหว่างสมาชิกในชุมชนกับที่ปฏิบัติงาน (รายงานการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลอนามัยชุมชน 1, 2538) ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาประเทศ โดยถือ “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา จำเป็นต้องพัฒนาในทุก ๆ ด้าน ให้ประสานกันทั้งทางด้านการศึกษา การสาธารณสุข ทักษะในการใช้ชีวิตและการทำงาน การกระจายอำนาจสู่ภาคประชาชนและชุมชน

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนา เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยโดยชุมชน และเป็นแบบอย่างการวางแผนแก้ไขปัญหาโดยชุมชนอย่างแท้จริงต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อให้แกนนำมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

## 1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษา การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย ของหมู่ 3 บ้านหนองโง้ง ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542- เมษายน 2543 ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นความสามารถของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยเท่านั้น หากจะมีการนำผลวิจัยไปใช้ควรพิจารณาถึงข้อจำกัดและสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับชุมชนที่ศึกษา

## 1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การกระทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงในชุมชนหรือสังคม และในเนื้อหาของการเปลี่ยนแปลงนั้นมุ่งไปในแนวทางที่ดีขึ้นกว่าเดิมโดยประชาชน

ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย  
ในชุมชน ในลักษณะการร่วมคิด ปฏิบัติ ตลอดจนร่วมในการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมนั้นอาจ  
อยู่ในรูปการเสียสละเวลา แรงงาน การบริจาคทรัพย์หรือวัสดุ ตลอดจนการบำรุงรักษาเพื่อส่วนรวม

**การวางแผน** หมายถึง กระบวนการจัดการเพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์  
และแนวทางในการปฏิบัติ โดยใช้ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ อุปกรณ์ในท้องถิ่นอย่างเหมาะสม

**ปัญหาสุขภาพอนามัย** หมายถึง สิ่งที่มีผลกระทบต่อภาวะร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ  
การดำรงชีวิตในสังคมของบุคคล ประกอบด้วย การเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ สุขอนามัย และภาวะเสี่ยง  
ต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของหมู่บ้านหนองโง้ง ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน
2. การวางแผน
3. ปัญหาสุขภาพอนามัย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)

##### 1.1 ความหมาย

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นคำที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการพัฒนาด้านต่างๆ ดังนั้นความหมายของคำจึงขึ้นอยู่กับแนวความคิด และสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 1995, อ้างในรัชช เบญจาทิกุล, 2529) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า “เป็นกิจกรรมที่มวลชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการพัฒนา เข้าร่วมดำเนินการในการใช้ความพยายามในการพัฒนาและได้รับส่วนแบ่งในผลประโยชน์จากการพัฒนา”

ยูวัฒน์ วุฒิเมธี (2526, อ้างในเมธี จันทจักรภรณ์ และสุธิดา รัตนวาณิชพันธ์, 2541) ได้อธิบายความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณา ตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง และสิ่งที่จะสามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นแล้ว จำเป็นที่จะต้องยอมรับปรัชญาที่ว่า มนุษย์ทุกคนต่างปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของกลุ่ม ขณะเดียวกันจะต้องยอมรับและเชื่อว่า มนุษย์สามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้ทางที่ถูกต้อง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือการที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้และกระจาย

ทรัพยากร ตลอดจนปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจ และสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม ในการมีส่วนร่วมประชาชนได้ พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญา ซึ่งแสดงออกในรูปการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของตนอย่างเป็น ตัวของตัวเอง

สุจินต์ ดาววิระกุล (2527, อ้างใน เพ็ญฟ้า คณานุรักษ์, 2530) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วน ดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ต้องมีใช้การกำหนดกรอบ ความคิดจากบุคคลภายนอก

อคิน รพีพัฒน์ (2527) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็นการ ให้ประชาชนเป็นผู้ค้นคิดปัญหา เป็นผู้ที่ทำทุกอย่าง ไม่ใช่เป็นการกำหนดให้ประชาชนเข้าร่วมใน เรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องของประชาชนที่คิดขึ้นมา

ถือชัย ศรีเงินยวงและผาสุก เอกฉนิช (2526, อ้างใน บังอร ฤทธิภักดี, 2528) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริง จะต้องไม่หมายเพียงแต่การดึงประชาชนเข้ามาร่วม โครงการที่รัฐเป็นผู้กำหนด “รูปแบบเป้าหมายของงาน” และ “กำหนดให้มีการเข้าร่วมงาน” ดังที่ ผ่านมา แต่จะต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างมีสำนึกรับผิดชอบและมีบทบาทเต็มที่ ตั้งแต่คิดค้น ปัญหา วางแผนปฏิบัติงาน ดูแลกำกับ ตลอดจนประเมินผล ติดตามงาน การมีส่วนร่วมของ ประชาชนที่แท้จริงจะต้องหมายถึงการมอบอำนาจอธิปไตยขึ้นพื้นฐานสู่ประชาชน พยายามจัดตั้ง และพัฒนาองค์กรประชาชนให้เข้มแข็งบนพื้นฐานของการพึ่งพาตัวเองเป็นสำคัญ

จากความหมายของการมีส่วนร่วมดังที่ได้รวบรวมมาสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของ ชุมชนนั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจ ทั้งนี้ชุมชนจะต้องตระหนักถึงความสำคัญ ของปัญหา มีส่วนในการตัดสินใจ คิดหาแนวทางวางแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินการและติดตาม ประเมินผล เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนของชุมชนต่อไป

## 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527)

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจะต้องเกี่ยวข้องกับทุกชั้น ตอนของการพัฒนา เพราะทิศทางของการพัฒนาในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์ที่จะให้สนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคลและชุมชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจะทำให้สมาชิกของชุมชน

“ได้มีโอกาสในการระบุปัญหาและความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน นำเสนอปัญหาและเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา รวมทั้งร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือกอย่างเหมาะสม โดยใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด ทั้งนี้รัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน เป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาคน เพื่อให้มีขีดความสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

การมีส่วนร่วมประกอบด้วยหลักการสำคัญดังต่อไปนี้

1. ชุมชนจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง ตั้งแต่การตัดสินใจว่าควรจะทำอะไร และทำอย่างไร
2. ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการที่ได้ตัดสินใจนั้น
3. ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น ซึ่งที่สำคัญก็คือ สนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชุมชนนั่นเอง

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน มีดังนี้

1. ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเอง และตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของตนเอง
2. ประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในรูปความคิด การตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่
3. เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
4. ประชาชนจะรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนามั่นคงถาวร และประหยัด
5. เป็นการพัฒนาความสามารถและพลังของประชาชนในการพึ่งตนเอง
6. ส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย
7. ประชาชนมีความรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนของตนเอง
8. เป็นการแสดงถึงการเคารพนับถือ เชื่อใจ ไว้วางใจ รักและศรัทธาในประชาชนว่ามีความรู้ความสามารถ

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานพัฒนา

1. ปัจจัยด้านบทบาทและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ของรัฐ เจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีความตั้งใจ กระตือรือร้น เอาใจใส่อย่างจริงจังในการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีความเชื่อมั่นว่าประชาชนจะสามารถจัดการปัญหาหลายประการด้วยตนเองได้หากได้รับโอกาสและการส่งเสริมที่ดี

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเนื่องมาจากระบบราชการ ปัจจุบันนโยบายในการพัฒนาประเทศจะเน้น “คน” เป็นศูนย์กลาง หากแต่ระบบราชการแต่เดิมนั้น อำนาจการตัดสินใจจะอยู่ที่ส่วนกลาง การดำเนินงานราชการของหน่วยงานต่างมุ่งที่จะให้เกิดผลในระยะเวลาอันสั้น อีกทั้งเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กันในการทำงาน และไม่มีเป้าหมายในการวางแผนร่วมกัน ดังนั้นระบบบริหารราชการในปัจจุบันควรเป็นลักษณะประสานงานและให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการสนับสนุน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกันคือ สนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคลและชุมชน

3. ปัจจัยด้านชุมชน เชิงลักษณะของการจัดระเบียบทางสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ ลักษณะทางจิตวิทยา ตลอดจนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งนี้โดยที่ชุมชนใดมีการตั้งถิ่นฐานมาเป็นเวลานาน คนในชุมชนจะมีความสัมพันธ์กันในลักษณะเครือญาติ วัฒนธรรมทางสังคมอีกประการหนึ่งของคนไทยที่มีลักษณะนิสัยเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ชอบช่วยเหลือผู้อื่น จะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่มาก นอกจากนั้นทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของชุมชนก็มีส่วนในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเช่นกัน

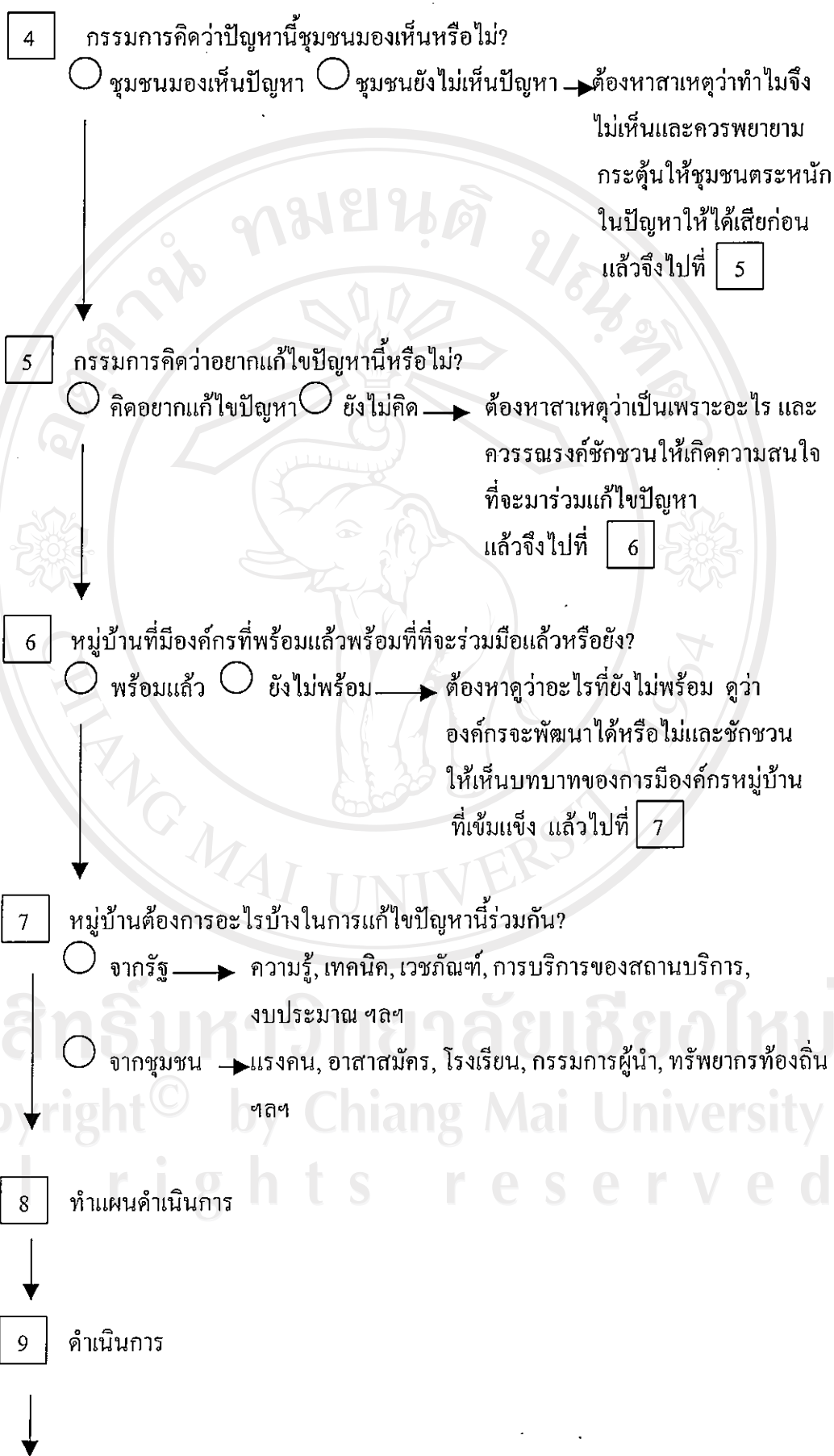
### 1.3 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

จอห์น เอ็ม โคเฮน และนอร์แมน ที อัฟฮอฟท์ (John M. Cohen and Norman T. Uphoff, 1980, pp. 219 – 222) ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making)
- 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) ได้แก่การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร สละแรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ด้วยความเต็มใจและมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ หากเป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจจะมีการคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเกิดการมีส่วนร่วมด้วย
- 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) ทั้งทางด้านวัตถุซึ่งได้แก่ การเพิ่มผลผลิต รายได้ หรือทรัพย์สิน ด้านสังคม ได้แก่ สิ่งที่เป็นส่วนกลางของชุมชน เช่น โรงเรียน สถานที่สาธารณะ และผลประโยชน์ด้านบุคคล ได้แก่ ความนับถือตนเอง (self esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (political power) ความคุ้มค่าของผลประโยชน์ (sense of efficacy)
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน ค้นหาข้อดี ข้อเสีย เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพ







10

ติดตามแก้ไขปัญหา และศึกษาผล

○ ได้ผลดี → ทำต่อไป

○ ไม่ได้ผล มีปัญหา → อะไรคือปัญหา → พิจารณาปัญหาและ  
การแก้ไขโดยยกปัญหานี้  
กลับไปเริ่มที่ 1 ใหม่  
แล้วพิจารณาตามลำดับ  
เป็นวงจรต่อไป

การเตรียมประชาชนเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา (ยูวัฒน์ วุฒิ  
เมธี, 2534)

การเตรียมประชาชนเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกชั้น  
ตอนของการทำงาน ความสำเร็จของการเตรียมประชาชนไม่มีหลักการแบบสำเร็จรูป ทั้งนี้เพราะ  
ชุมชนมีความแตกต่างกันตามลักษณะนิเวศวิทยา สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรในชุมชน ลักษณะทาง  
สังคม ประชากร วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ตลอดจนโครงสร้างทางอำนาจของชุมชน ดังนั้นการ  
เตรียมชุมชนควรประกอบด้วย

1. การเตรียมผู้นำ/องค์กรชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ผู้ทรงคุณ  
วุฒิ กรรมการหมู่บ้าน เป็นต้น โดยการเตรียมให้มีความรู้ความเข้าใจในการนำ จปฐ. มาใช้ โดย  
ให้มีความสามารถในการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการพื้นฐานของชุมชน การจัดลำดับความ  
สำคัญของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการเกี่ยวกับการใช้กำลังคน เงิน และ  
ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ดำเนินการให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา สามารถประเมินผลการ  
ดำเนินงาน นอกจากนั้นยังต้องเตรียมให้มีจิตสำนึกในการพึ่งตนเอง จิตสำนึกต่อส่วนรวม อดทน  
เสียสละ รู้จักบทบาทหน้าที่ของตน สามารถเป็นผู้นำการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเตรียมมวลประชาชน เพื่อให้รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนในการร่วมกันพัฒนา  
หมู่บ้าน รู้จักการพึ่งพาตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รู้จักประสานงานกันในกลุ่มและระหว่าง  
หน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 การกระตุ้นให้ชุมชนรับรู้และตระหนักในปัญหาของชุมชนเอง โดยเฉพาะ  
ปัญหาสุขภาพหรือภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หากประชาชนรับรู้ว่ามีเรื่องใดเป็นปัญหา ต้อง  
พยายามให้เขาคิดต่อว่าถ้าปล่อยไว้จะอันตรายต่อชุมชนอย่างไร โดยเฉพาะผลกระทบต่อการทำมา

หากิน หรือเรื่องปากท้องของเขา หากประชาชนมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาด้านสุขภาพอนามัยกับปากท้องของเขา จะทำให้เห็นคุณค่าของการเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อแก้ปัญหามากขึ้น

2.2 การเตรียมประชาชนให้เกิดความพร้อมที่จะมีส่วนร่วมกระทำการเพื่อแก้ไข ปัญหาในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ประชาชนมักจะคิดถึงผลได้ ผลเสียในการมีส่วนร่วม หรือแม้แต่เรื่อง “การเสียเวลา” ฉะนั้นกิจกรรมใดก็ตามหากสามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่เขาไม่กระทำ และหาทางแก้ไขง่าย ๆ เสนอแนะให้เขาเข้าใจ ก็อาจทำให้เกิดการมีส่วนร่วมที่แท้จริงได้

2.3 การเตรียมประชาชนให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เมื่อประชาชนพร้อมและเห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วม และตัดสินใจรวมพลังกันเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนแล้ว ยังต้องเตรียมประชาชนให้พร้อมเผชิญปัญหาในการดำเนินการด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจต่อประชาชน ... ให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องถึงความคืบหน้าในการมีส่วนร่วมของชุมชน และประโยชน์ที่เกิดขึ้น เป็นการร่วมกันประเมินผลการทำงานและการมีส่วนร่วมของชุมชนนั่นเอง

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นแนวความคิดทางยุทธศาสตร์ของหลักการพัฒนาชุมชนที่จะนำประชาชนให้บังเกิดมีความศรัทธาในตัวเอง (self-reliance) ความเชื่อมั่นในตัวเอง (self-confidence) และความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) ในการดำเนินการตามโครงการพัฒนาต่างๆ ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถและประสิทธิภาพในการปกครองตัวเองตามระบอบประชาธิปไตยของประชาชน สาระสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น หมาย ความถึงการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบมาถึงตัวประชาชนเอง (ยูนิควิมเมรี, 2534) และผลประโยชน์ที่สำคัญที่สุดที่ประชาชนควรได้รับคือ ความจำเป็นพื้นฐานขั้นต่ำ เพื่อให้มีชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากผลการประชุมองค์การอนามัยโลกที่ประกาศให้ Health for all by the year 2000 ประเทศไทยจึงกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติให้ใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักในการดำเนินงาน เพื่อบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543” โดยเริ่มดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2525) จนถึงปัจจุบัน คือแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่การพัฒนาจะเน้น “คน” เป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อให้มีความอยู่ดีกินดี สามารถพึ่งพาตนเองได้นั้นจำเป็นจะต้องทราบถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ว่ายังมีส่วนใดบ้างที่ต่ำกว่ามาตรฐานการดำรงชีพอย่างเหมาะสมในสังคมไทย ที่เรียกว่า ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) หรือ Basic Minimum Needs ความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องช่วยชีวิตหรือใช้เป็นเกณฑ์ให้

ตรวจสอบว่า ในชุมชนหนึ่ง ๆ ยังขาดแคลนเรื่องใดบ้าง ขาดแคลนมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะมีผลให้การวางแผนพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาได้ถูกจุดตรงเป้าหมาย ตลอดจนสามารถระดมทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ได้เต็มที่ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527)

ข้อมูลจำเป็นพื้นฐาน จะเป็นเครื่องชี้วัดมาตรฐานขั้นต่ำเอาไว้ว่าควรจะมีคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้น ๆ อย่างไรในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้มีชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีหลักการดังต่อไปนี้ (คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท, 2542)

1) ใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นเครื่องมือของกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนในหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ว่าบรรลุตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานแล้วหรือไม่

2) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยผ่านกระบวนการ จปฐ. นับตั้งแต่การกำหนดปัญหาความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ตลอดจนค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา โดยใช้ข้อมูล จปฐ. ที่มีอยู่ และการดำเนินงานแก้ไขปัญหามุมชน ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

3) ใช้ข้อมูล จปฐ. เป็นแนวทางในการคัดเลือกโครงการต่าง ๆ ของรัฐให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของชุมชน สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการประสานงานระหว่างสาขาในด้านการปฏิบัติมากขึ้น

เครื่องชี้วัด จปฐ. ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)

มีทั้งหมด 8 หมวด 39 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัด จปฐ.

เป้าหมาย ปี 2544

(ร้อยละ)

หมวดที่ 1 สุขภาพดี (ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี)

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด และฉีดวัคซีนครบ	80
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอด และการดูแลหลังคลอด	95
3. หญิงตั้งครรภ์ได้กินอาหารอย่างเหมาะสม และเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม	93
4. เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือนแรกติดต่อกัน	30
5. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ	95

ตัวชี้วัด จปฐ.	เป้าหมาย ปี 2544 (ร้อยละ)
6. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ	80
7. เด็กอายุ 6-15 ปี ได้กินอาหารถูกต้องครบถ้วน	90
8. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ	100
9. ครั้วเรือนไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ไม่ทำให้สุกด้วยความร้อน	90
10. ครั้วเรือนมีการบริโภคเกลือไอโอดีน	60
11. ครั้วเรือนได้กินอาหารควบคุมที่มีตรา อย.	85
12. ครั้วเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม	60
<b>หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย(ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม)</b>	
13. ครั้วเรือนมีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพคงทนถาวรอย่างน้อย 5 ปี	95
14. ครั้วเรือนมีและใช้ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล	95
15. ครั้วเรือนมีน้ำสะอาดบริโภคเพียงพอตลอดปี 5 ลิตรต่อคนต่อวัน	95
16. ครั้วเรือนจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ	60
17. ครั้วเรือนไม่ถูกรบกวนจากเสียง ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละออง กลิ่นเหม็น หรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ และสารพิษ	95
<b>หมวดที่ 3 ศึกษาถ้วนทั่ว (ประชาชนเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต)</b>	
18. เด็กอายุ 2-5 ปี ได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง	90
19. เด็กที่มีอายุครบตามเกณฑ์ได้เข้าเรียนการศึกษาภาคบังคับ	100
20. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับได้เข้าศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	98
21. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับและไม่ได้ศึกษาต่อได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพต่าง ๆ	80
22. คนในครัวเรือนอายุ 14-50 ปี อ่านและเขียนภาษาไทยได้	99
23. ครั้วเรือนได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	95
24. ครั้วเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	80
<b>หมวดที่ 4 ครอบครัวสุขสบาย</b>	
25. คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15-44 ปี ใช้บริการคุมกำเนิด	77
26. ครอบครัวมีความอบอุ่น	90



ตัวชี้วัด จปฐ.	เป้าหมาย ปี 2544 (ร้อยละ)
27. คริวเรือมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และมีการป้องกัน	100
28. คริวเรือมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	100
<b>หมวดที่ 5 รายได้มาก (ประชาชนมีการประกอบอาชีพ และมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต)</b>	
29. คริวเรือมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 20,000 บาทต่อปี	70
<b>หมวดที่ 6 อยากร่วมพัฒนา (ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่ และกำหนดชีวิตของตนเอง และชุมชน)</b>	
30. คริวเรือเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล	90
31. คนในคริวเรือไปใช้สิทธิเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย	90
32. คริวเรือได้เข้าร่วมกิจกรรมในการบำรุงรักษาธารณสมบัติ	95
<b>หมวดที่ 7 พาผู้ดูแลธรรม (ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจของตนเองได้ดีขึ้น)</b>	
33. คริวเรือปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	90
34. คนในคริวเรือไม่ติดสุรา	90
35. คนในคริวเรือไม่ติดบุหรี่	90
36. คริวเรือเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี ศิลปวัฒนธรรมในท้องถิ่น	90
37. คนสูงอายุและคนพิการได้รับการดูแล	90
<b>หมวดที่ 8 บำรุงสิ่งแวดล้อม (ประชาชนมีจิตสำนึก และร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม)</b>	
38. คริวเรือได้ร่วมทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ	90
39. คริวเรือได้ร่วมทำกิจกรรมการป้องกัน และควบคุมสิ่งแวดล้อม	90

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความจำเป็นพื้นฐานของแต่ละหมู่บ้าน จะทำให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลและตระหนักในความสำคัญของปัญหา และร่วมมือกันในการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

## 2. การวางแผน (Planning)

การวางแผนเป็นขั้นตอนหนึ่งของการพัฒนา การวางแผนต้องให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนจึงจะได้รับความร่วมมือจากประชาชนมากที่สุด วีระพล สุวรรณนันทน์ (2534) ได้รวบรวมความหมายของการวางแผนจากผู้รู้หลายท่านไว้ดังนี้

จอร์จ อาร์ เทอรี (George R. Terry) ให้คำนิยามของการวางแผนว่า เป็นการเลือกสรรและสร้างความสัมพันธ์ของข้อเท็จจริงต่าง ๆ ตลอดจนการตั้งข้อสมมติฐานและใช้สมมติฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับอนาคต เพื่อที่จะสรรหาและจัดรูปของกิจกรรมต่าง ๆ ที่เชื่อว่าจะทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้

วิลเลียม เอช นิวแมน (William H. Newman) กล่าวว่า “การวางแผนคือการตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะต้องทำอะไรในอนาคต กล่าวคือ แผนก็คือการกำหนดการกระทำ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) ไว้ล่วงหน้า”

เฮอเบิร์ต เอ ซีมอน (Herbert A. Simon) กล่าวว่า “การวางแผนเป็นกิจกรรม (activity) อย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิ่งที่จะต้องกระทำในอนาคต การประเมินผลของสิ่งที่กำหนดว่าจะต้องกระทำ ตลอดถึงการกำหนดวิธีการที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติ”

เยเฮสเคล ดอร์ (Yehezkel Dror) กล่าวว่า “การวางแผน คือกระบวนการเกี่ยวกับการเตรียมการวินิจฉัยและตัดสินใจสำหรับการกระทำ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) ในอนาคต เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้โดยวิธีการที่ดีที่สุด”

ศาสตราจารย์ มาลัย หุวะนันทน์ กล่าวว่า “การวางแผน หมายถึง กระบวนการขั้นหนึ่งในการบริหารงานให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์และนโยบายที่กำหนดไว้ แผนเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการใช้ความรู้ในทางวิชาการและวิจารณ์ญาณ วินิจฉัยเหตุการณ์ในอนาคต แล้วยังกำหนดวิธีการโดยถูกต้องและมีเหตุผลเพื่อให้การดำเนินงานตามแผนเป็นไปโดยเรียบร้อยสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากที่สุด ฉะนั้นจึงเป็นเรื่องที่คิดถึงสิ่งที่จะเกิดหรือหวังให้มีในอนาคต แผนจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่ต้องการจะให้มีขึ้น การกำหนดให้มีแผนเป็นการแสดงออกให้เห็นอัจฉริยภาพของมนุษยชาติที่ใช้ความพากเพียรพยายามปรับสิ่งแวดล้อมให้เป็นประโยชน์แก่การดำรงชีวิต”

คูนท์ และ โอ คอนเนล (Koontz and O'Donnel) กล่าวว่า “การวางแผน คือการตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะทำอะไร? ทำอย่างไร? ทำเมื่อไร? และใครเป็นผู้ทำ? การวางแผนเป็นสะพานเชื่อมช่องว่างจากปัจจุบันสู่ออนาคตตามที่ต้องการ และทำให้สิ่งต่าง ๆ เกิดขึ้นตามที่ต้องการ ถึงแม้ว่าเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งยากต่อการคาดหมาย แต่ก็ดีกว่าที่จะปล่อยให้เกิดขึ้นตามยถากรรม

โดยสรุป การวางแผน เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าอย่างเป็นระเบียบ ว่าการปฏิบัติงานในอนาคตจะต้องทำอะไรบ้าง ทำเมื่อไหร่และที่ไหน อย่างไร รวมทั้งสามารถดัดแปลงแก้ไขได้เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

## 2.1 ประเภทของแผน

### 2.1.1 ประเภทของแผนตามระยะเวลา (ขนาด พจนานุกรม, 2536)

แผนระยะยาว (long-range plan) ส่วนใหญ่กำหนดไว้เกิน 5 ปีขึ้นไป ดังนั้นการกำหนดกิจกรรมก็จะเป็นไปอย่างกว้าง ๆ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นหรือมีความคล่องตัวสูง

แผนระยะกลาง (intermediate plan) มักกำหนดไว้เป็นระยะ 1-5 ปี ส่วนใหญ่หน่วยงานของรัฐหรือองค์กรต่าง ๆ อาจแบ่งเป็นแผนระยะยาวหรือสั้น ทั้งนี้เพื่อสามารถตรวจสอบผลการดำเนินงานได้ชัดเจนขึ้น

แผนระยะสั้น (short-range plan) ส่วนใหญ่เป็นแผนปฏิบัติการมีระยะเวลา 1 ปีหรือน้อยกว่า มักจะมีรายละเอียดของกิจกรรมที่ชัดเจน

### 2.1.2 ประเภทของแผนตามสถานที่ (วิระพล สุวรรณันต์, 2534)

แผนระดับชาติ ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

แผนระดับภาค ประเทศไทยแบ่งพื้นที่ออกเป็น 4 ภาค คือภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

แผนระดับจังหวัด จากระบบบริการราชการในปัจจุบันที่ต้องการการกระจายอำนาจและการจัดการเพื่อการพัฒนาประเทศให้ได้ผลสำเร็จสูงสุดต่อประชาชน ดังนั้นแต่ละจังหวัดจึงต้องจัดทำแผนเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน

แผนระดับอำเภอ เริ่มมีในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน

แผนระดับตำบล เริ่มพัฒนาให้มีในปี พ.ศ. 2520 ถือเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการพัฒนา เพราะเข้าถึงประชาชนอย่างแท้จริง ปัจจุบันเป็นหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นผู้รับผิดชอบ

## 2.2 ประโยชน์ของการวางแผน (ชโลศรี แดงเปี่ยม, 2526)

1. เป็นเครื่องมือก่อให้เกิดแนวความคิด และการตัดสินใจร่วมกันของการทำงาน เป็นกลุ่ม เพื่อกำหนดกิจกรรมที่จะปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน โดยปฏิบัติงานไปในแนวเดียวกัน ไม่เกิดความซ้ำซ้อนที่ไร้ประโยชน์ แต่เป็นการทำงานร่วมกันที่มีลักษณะต่อเนื่องสัมพันธ์กัน ช่วยป้องกันการขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น
2. เป็นเครื่องมือที่กำหนดทิศทางของหน่วยงานหรือองค์การ ทำให้เกิดการสื่อความหมายให้ผู้ร่วมงานและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ มีความเข้าใจตรงกันก่อให้เกิดการประสานงานที่ดีและมีความพร้อมที่จะดำเนินงานตามแผนเนื่องจากอยู่ในขอบเขตของความสามารถที่จะปฏิบัติได้ด้วยการเลือกและการตัดสินใจของผู้ดำเนินการ
3. แผนงานที่จะช่วยให้สามารถคาดการณ์ ผลงานที่จะเกิดขึ้นตามแผน รวมทั้งช่วยในการควบคุมงานและประเมินผลงาน และแผนงานที่ถูกต้องสมบูรณ์จะช่วยให้การบริหารงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สะดวกและควบคุมได้ตั้งกล่าวแล้ว และเมื่อปฏิบัติตามแผนแล้ว ผลของการปฏิบัติสามารถให้ตรวจสอบนโยบายของหน่วยงานหรือองค์การในปัจจุบัน เพื่อนำไปแก้ไขปรับปรุงนโยบายในอนาคต
4. แผนงานที่ชัดเจนของหน่วยงานใหญ่จะทำให้หน่วยงานย่อยเข้าใจวัตถุประสงค์และแนวการดำเนินงานได้ดีขึ้น และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนงานหรือการดำเนินงานในหน่วยงานรอง ๆ ลงมาตามลำดับ
5. การวางแผนงานเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าอย่างรอบคอบ จึงสามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด
6. ทำให้ผู้บริหารและผู้ร่วมงานคำนึงถึงความรับผิดชอบ มีการปรับปรุงแก้ไขให้งานดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้บริหารมีความเชื่อมั่นในการบริหารมากขึ้น

## 2.3 ขั้นตอนการวางแผนโครงการพัฒนาชุมชน

การวางแผนมีหลายขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญดังต่อไปนี้ (สนธยา พลศรี, 2537)

1. การศึกษาชุมชน เพื่อสำรวจศึกษาวิเคราะห์สถานะของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ปัญหาและความต้องการของชุมชนเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการศึกษาชุมชนมีหลายวิธี เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การศึกษาจากผู้รู้ และแหล่งวิชาการต่าง ๆ การสำรวจ และการวิจัย เป็นต้น ทั้งนี้การจะใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และลักษณะของข้อมูลเป็นสำคัญ

2. การวิเคราะห์ปัญหาชุมชน เพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงของชุมชน สาเหตุของปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาชุมชนต่อไป

3. การจัดลำดับความต้องการ และปัญหาของชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกปัญหาและความต้องการที่จะทำการแก้ไขตามลำดับก่อนหลัง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของชุมชนแล้ว ในแต่ละชุมชนจะพบว่ามีปัญหาสุขภาพอนามัยหลายปัญหา ปัญหาบางปัญหาอาจมีผลกระทบต่อประชาชน มากน้อยและรุนแรงต่างกัน แต่ด้วยความจำกัดด้านเวลา ทรัพยากรและเทคโนโลยี จึงจำเป็นต้องเลือกแก้ไขปัญหาบางประการก่อน

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

1) ด้านสุขภาพอนามัย มีองค์ประกอบในการพิจารณา 2 ส่วน คือ

1.1) ขนาดของปัญหา (size of problem or prevalence) หมายถึง จำนวนผู้ที่กำลังประสบปัญหา หรือได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัญหานั้น ซึ่งจะได้มาจากการ รวบรวมข้อมูล โดยแสดงในลักษณะของอัตราของปัญหา หรือ ร้อยละ ให้คะแนนตามเกณฑ์ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ

ร้อยละ 25	ได้	1	คะแนน
ร้อยละ 26-50	ได้	2	คะแนน
ร้อยละ 51-75	ได้	3	คะแนน
ร้อยละ 76-100	ได้	4	คะแนน

1.2) ความรุนแรงของปัญหา (severity of problem) หมายถึง โรคหรือปัญหานั้น หากไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดความเสียหายเป็นอันตรายถึงแก่ความตาย หรือเกิดความพิการ หรือมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ แล้วนำมาพิจารณาให้คะแนน ตั้งแต่ 1-4 คะแนน ตามเกณฑ์

รุนแรงมากที่สุด	ได้	4	คะแนน
รุนแรงมาก	ได้	3	คะแนน
รุนแรงปานกลาง	ได้	2	คะแนน
รุนแรงน้อย/น้อยที่สุด	ได้	1	คะแนน

2) ด้านความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา (ease of management) ควรพิจารณาในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1) ด้านวิชาการ พิจารณาถึงความรู้ด้านวิชาการว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด



2.2) ด้านบริหาร พิจารณาว่าต้องใช้ทรัพยากรอย่างไร ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวให้พิจารณาทั้ง บุคคล (man) งบประมาณ (money) วัสดุอุปกรณ์ (material) และการจัดการกับปัญหานั้น ๆ มีความยุ่งยากซับซ้อนเพียงใด

2.3) ด้านระยะเวลา คำนึงถึงเวลาว่ามีเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาหรือไม่

2.4) ด้านกฎหมาย พิจารณาถึงกิจกรรมการแก้ไขปัญหาที่จะจัดขึ้นโดยไม่ขัดกับกฎหมาย

2.5) ด้านศีลธรรม ต้องพิจารณาว่า การแก้ไขปัญหา นั้น ๆ ไม่ขัดกับศีลธรรม จรรยา หรือวัฒนธรรมของชุมชน

ทั้งนี้ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน

แก้ไขยากมาก	ได้	1	คะแนน
แก้ไขยาก	ได้	2	คะแนน
แก้ไขง่าย	ได้	3	คะแนน
แก้ไขง่ายมาก	ได้	4	คะแนน

3) ด้านความสนใจหรือความวิตกกังวลของชุมชนต่อปัญหา (community concern)

ในแต่ละด้านให้กำหนดน้ำหนักความสำคัญเป็นคะแนน ตั้งแต่ 1 – 4 นำคะแนนมารวมกัน โดยวิธีบวกหรือคูณ ผลรวมที่ได้จะทำให้เกิดเป็นอันดับที่จะทำให้สามารถพิจารณาเลือกเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป (ครุณี ทายะติ, 2541)

4. การวางแผนแก้ปัญหาในลักษณะของโครงการ เป็นการเตรียมการแก้ไขปัญหาตามหลักวิชาการ การวางแผนและโครงการอันเป็นการเตรียมการอย่างรอบคอบเป็นระบบล่วงหน้า ทำให้การแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาชุมชนบรรลุความสำเร็จได้ง่ายและรวดเร็ว

5. การพิจารณาวิธีดำเนินงาน เป็นการตรวจสอบวิธีการดำเนินงานพัฒนาชุมชนตามแผนและโครงการ ไม่ให้มีข้อบกพร่องหรือให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด เพื่อความสำเร็จของแผนและโครงการพัฒนาที่จะดำเนินการต่อไป

6. การดำเนินงาน เป็นการดำเนินงานตามแผนและโครงการที่ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 มาแล้ว โดยการบริหารโครงการและการควบคุมติดตามผลโครงการ

7. การประเมินผล เป็นการตรวจสอบความสำเร็จและข้อบกพร่องของการดำเนินงานพัฒนาชุมชนในทุกขั้นตอน เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคหรือข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นให้หมดสิ้นไป

8. การทบทวนเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพัฒนาชุมชน โดยเป็นการนำผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาชุมชนในขั้นตอนต่าง ๆ มา



ทบทวน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนในโครงการต่อไปไม่ให้มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นอีก

2.4 แนวทางในการเลือกแผนโครงการพัฒนาชุมชน ควรดำเนินการดังต่อไปนี้ (สนธยา พลศรี, 2527)

- 1) การพิจารณาอย่างรอบคอบ ในเรื่องความสอดคล้องระหว่างสภาพปัญหา กับโครงการ ความเป็นไปได้ที่จะดำเนินงานโครงการ ความจำเป็นเร่งด่วนของโครงการ ผลประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ เป็นต้น
- 2) จะต้องยึดถือผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก และให้ความสำคัญทั้งโครงการพัฒนาประเภทก่อสร้างวัตถุและโครงการพัฒนาคุณภาพของคนโดยตรงควบคู่กันไปเสมอ
- 3) ลงทุนน้อยที่สุดได้ประโยชน์สูงสุด
- 4) ยึดหลักความร่วมมือ ทั้งความร่วมมือระหว่างประชาชนในตำบลหมู่บ้านและความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ของทางราชการและประชาชน
- 5) ยึดหลักพึ่งตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถึงแม้ว่าอาจมีโครงการหลายโครงการที่ได้รับการสนับสนุนก็ตาม

ดังนั้นในการวางแผนแก้ไขปัญหาสภาพมีขั้นตอนซึ่งสรุปได้ ดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดปัญหา ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูล จปฐ. และข้อมูลการปฏิบัติตนตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ที่ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ
- 2) ค้นหาสาเหตุของปัญหา แต่ละปัญหาอาจมีสาเหตุได้หลายสาเหตุ
- 3) กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีบรรลุผล
- 4) กำหนดแนวทางแก้ไข ใช้หลักการแก้ไขที่เป็นระบบ มีความเป็นไปได้ ยึดหลักการประหยัดและมีประสิทธิภาพ
- 5) จัดหางบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็น
- 6) ประเมินผล ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าได้ประยุกต์รูปแบบการเขียนแผนแก้ไขปัญหาสภาพอนามัยไว้ดังนี้

ชื่อแผน.....

สถานที่.....ระยะเวลา.....

ปัญหา	สาเหตุของปัญหา	วัตถุประสงค์	แนวทางแก้ไข	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินผล

### 3. ปัญหาสุขภาพอนามัย

โดยที่สุขภาพเป็นพื้นฐานของคุณภาพชีวิตที่ดี และถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน รัฐบาลจึงมีหน้าที่สำคัญที่จะต้องกระตุ้นให้ประชาชนมีจิตสำนึกและช่วยกันรักษาสุขภาพทั้งของตนเองและของผู้อื่นหรือชุมชนนั่นเอง

ปัญหา หมายถึง สภาพที่ต้องการให้เป็นไปในอนาคต มีทีท่าว่าจะไม่ตรงกับสภาพที่ต้องการจะให้เป็นหรือมีขึ้น (วิระพล สุวรรณนันท, 2534) มี 3 ประเภท คือ

1. ปัญหาประเภทขัดข้อง หมายถึง สภาพที่ต้องการกับสภาพที่เกิดขึ้นเริ่มมีความแตกต่างตั้งแต่อดีตอันไกล / ปัจจุบัน ถ้าไม่มีมาตรการใดแก้ไขในอนาคตก็มีความแตกต่างต่อไป

2. ปัญหาป้องกัน หมายถึง ในอดีตยังไม่มีความแตกต่างระหว่างสภาพที่ต้องการกับสภาพที่เกิดขึ้น แต่ปัจจุบันมีเรื่องแสดงชี้บอกเหตุให้ทราบว่า ถ้าไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างใดอย่างหนึ่งในอนาคตจะเกิดความแตกต่างระหว่างสภาพทั้งสอง

3. ปัญหาเชิงพัฒนา หมายถึง ความแตกต่างของสภาพที่ต้องการกับสภาพที่เกิดขึ้นแตกต่างมาในอดีตมาช้านาน ไม่สามารถหาเวลาที่เริ่มต้นแน่นอนได้ จนคนในสังคมยอมรับว่าเป็นเหตุการณ์ปกติ แต่ถ้าไม่มีการแก้ไขอย่างใดอย่างหนึ่งในอนาคตเหตุการณ์ก็จะเหมือนเดิม จึงต้องมีการปรับปรุงสภาพแห่งความต้องการให้ดีขึ้น

สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สังคมและจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

ปัญหาสุขภาพ หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคหรือภาวะที่ร่างกายเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพได้เปลี่ยนจากโรคติดต่อมาเป็นโรคจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในการใช้ชีวิต จากการสำรวจและวิจัยจากแหล่งต่าง ๆ ในปี พ.ศ. 2536 พบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตล้วนมาจากพฤติกรรมเสี่ยงและภาวะแวดล้อมในชีวิต เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเอดส์ (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย และจำนวนโดยประมาณต่อปี พ.ศ. 2536

สาเหตุ	จำนวน (คน) / ปี
สาเหตุระหว่างคลอดและช่วงวัยเด็กเล็ก	20,000-30,000
อุบัติเหตุ	34,000
- อุบัติเหตุจราจร	13,000
- อุบัติเหตุเนื่องจากดื่มสุรา	6,000
ยาสูบ (โรคหัวใจ ถุงลมพอง มะเร็งปอด และอื่น ๆ)	20,000-30,000
มะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งปอด)	16,000
ถูกทำร้ายฆ่าตัวตาย	8,000
วัณโรค	3,500
เอดส์	45,000

ที่มา สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536

นอกจากการเจ็บป่วยดังกล่าว ยังพบว่าประชาชนนิยมใช้บริการในสถานบริการขนาดใหญ่ในเมือง และไปรับบริการที่คลินิกเกินความจำเป็น ทั้งนี้เพราะสถานบริการสาธารณสุขระดับพื้นฐานของรัฐได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลยังมีขีดความสามารถจำกัด ให้บริการไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร อีกทั้งพบว่า วิถีชีวิตของประชาชนไทยเกือบทั่วทุกภาคของประเทศไทย โดยเฉพาะเขตเมืองใหญ่ต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป โดยต้องเผชิญกับปัญหาการแข่งขัน ปัญหาการบริโภคเกินความจำเป็นของร่างกายและขาดคุณภาพ ปัญหามลภาวะและการปนเปื้อนของสารพิษ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาจราจร ปัญหาขาดความตื่นตัว ความรู้ โอกาส และสถานที่ที่เพียงพอในการดำเนินชีวิตและทำงานอย่างปลอดภัย รวมทั้งการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะความบีบคั้นทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนปัจจุบันการสื่อสารและเทคโนโลยีที่เข้าถึงตัวประชาชนอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่การใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น แบบแผนการบริโภค การคลายเครียด การใช้เวลาที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการชักนำสู่การติดเหล้า ยา และสารเสพติด มีทั้งผลบวกและผลลบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เกิดผลกระทบที่เห็นชัดเจนมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง มะเร็ง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ และจากการคาดประมาณ ถ้าสถานการณ์ปัจจัยต่าง ๆ ทางพฤติกรรม

สังคม สิ่งแวดล้อมและการบริการดูแลสุขภาพยังไม่ดีขึ้นกว่าปัจจุบันและเลวลง ปัญหาการตาย การป่วย ความพิการรวมทั้งการสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคมจะมากกว่าปัจจุบันมากกว่าสองเท่าของความทุกข์ของปัญหาในปัจจุบัน

ตามแนวคิดของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) มุ่งเน้นการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างแท้จริง ได้กำหนดให้การพัฒนาคนเป็นวัตถุประสงค์หลักของการพัฒนาในด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข โดยเปลี่ยนจากเน้นการบำบัดรักษาโรครมา เน้นการป้องกันโรค เช่น การรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาสถานบริการ ขั้นพื้นฐานให้มีคุณภาพเพียงพอในการให้บริการประชาชนในชุมชน รวมทั้งการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชน การพัฒนาระบบประกันสุขภาพเพื่อมวลชน การเผยแพร่ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจถึงอันตรายของโรคเอดส์ โรคไม่ติดต่ออื่น ๆ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองให้แก่ประชาชน ให้มากที่สุด โดยการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเป็นประจำ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด การรักษาน้ำหนักตัวเองให้อยู่ในระดับเหมาะสม รู้จักรักษาตนเองเบื้องต้นอย่างถูกวิธีในอาการของโรคที่ไม่รุนแรง ประชาชนได้รับการคุ้มครองด้านการบริโภค ด้านความเป็นธรรมและปลอดภัยนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538) กล่าวโดยสรุปก็คือ การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้ได้ผลตอบแทนทั้งด้านสุขภาพและสังคม ดังนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

1. ประชาชนคนไทยทั้งในเมืองและชนบทจะหันมาส่งเสริมสุขภาพตนเองมากขึ้น มีพฤติกรรมอนามัยที่ดีขึ้น
2. มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพสูงขึ้นมีทัศนคติที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี สามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพ ตลอดจนเลือกซื้อสินค้าและบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างสมเหตุสมผลและประหยัด
3. อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ลดลง คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น
4. ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มโรคภัยที่สามารถป้องกันได้จากสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพดังกล่าว ทำให้ต้องพยายามหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และพบว่า การส่งเสริมสุขภาพ ถือเป็น การสาธารณสุขแนวใหม่ ทั้งนี้ เพราะการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของเราในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น แต่การพัฒนาสุขภาพของตนเองและชุมชนนั้น ต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชน ต้องทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของในสุขภาพตนเอง ดังที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำขวัญวันอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2541 ว่า “Health is Everyone Business” (พูลสุข หิงคานนท์, 2541)

ดังนั้นการมีสุขภาพดี สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เป็นความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต ที่ทุกคนสามารถแสวงหาได้อย่างชอบธรรม การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น เป็นเรื่องที่มีผู้อื่นไม่สามารถหยิบยื่นให้ได้ ทุกคนต้องแสวงหามาด้วยตนเอง ต้องฝึกฝนให้ตนเอง และช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเป็นสุขนิสัย การมีสุขภาพดีเปรียบเสมือนกับการที่ชีวิตของบุคคล มีกำลังกาย กำลังใจ ที่แข็งแรง สามารถสร้างชีวิตและอนาคตไปสู่ความสำเร็จที่พึงปรารถนาได้ ดังนั้น แนวทางปฏิบัติเพื่อให้ได้มาซึ่งการมีสุขภาพที่ดี เป็นความรู้พื้นฐานที่จำเป็นซึ่งทุกคนควรได้รับทราบเพื่อปลูกฝัง สร้างเสริมพฤติกรรมของตนเองและสมาชิกในครอบครัวที่ถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีของทุกคน การสร้างเสริมพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับชีวิตตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ หากได้ฝึกฝนและปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องจนเป็นสุขนิสัยแล้ว จะช่วยนำไปสู่การมีสุขภาพดีของทุกคนในครอบครัวที่บ้านตามที่พึงปรารถนา

สุขบัญญัติ คือ ข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จนเป็นสุขนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย
4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ไขมันจัด
5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี
9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรสังคม

ผลจากการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ทั้ง 10 ประการ จะทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน



#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาในด้านต่าง ๆ ผู้วิจัยได้รวบรวมมา ดังต่อไปนี้ จากการศึกษาของ ทศนัย พิริยาลัยสันติ (2527) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสถาบันชุมชน พบว่า เจ้าหน้าที่ราชการและคณะกรรมการบริหารกลุ่มจะมีส่วนในการกำหนดกฎเกณฑ์การดำเนินงานของกลุ่ม ส่วนการได้รับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มจะไม่มี การควบคุมดูแลจากสมาชิกเลย เพราะโครงการไม่เอื้ออำนวยต่อการตรวจสอบของสมาชิก นอกจากนี้ บารมี ชูนิรงค์ (2541) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการประปาหมู่บ้าน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มากที่สุด และจากการศึกษาของ จีระพัฒน์ หอมสุวรรณ (2539) ซึ่งศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมสภาตำบล พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากโครงการมากที่สุด และมีส่วนร่วมน้อยที่สุดในการวางแผนแก้ไขปัญหาชุมชน ส่วนในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมที่แสดงออก ทรงพล ทรงจำ (2541) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริการงานวิชาการโรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่า ลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเพียงการให้ความร่วมมือกับโรงเรียนในสิ่งที่โรงเรียนขอมาเท่านั้น และความร่วมมือที่ให้คือ การให้การสนับสนุนด้านวัสดุและงบประมาณ แต่การร่วมคิด ร่วมวางแผนหรือร่วมบริหารมีส่วนน้อย

การมีส่วนร่วมของชุมชน แม้ว่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาการใด ๆ แต่ก็มักจะพบปัญหาและอุปสรรค ดังที่ ฉลาดชาย รมิตานนท์ (2537) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาอุปสรรค คือ ชาวนาไทยยังมีลักษณะยอมจำนนต่ออำนาจ ยอมรับสภาพการถูกเอารัดเอาเปรียบโดยสงบ ไม่กล้าท้าทายอำนาจที่ไม่เป็นธรรม และมีความเห็นว่า การรวมตัวทำกิจกรรมการต่อสู้เรื่องสิทธิเป็นเรื่องผิดธรรมเนียม ทั้งนี้เพราะประชาชนขาดความสามารถที่จะพึ่งตนเองได้ อำนาจต่อรองไม่มี หรือหากจะยึดเอาแรงงานมาเป็นอำนาจต่อรองก็จะเกิดการขัดแย้งในสมาชิก เชนิฎุหน้ากับนายทุนและอำนาจทางราชการ นอกจากนี้ จีระพัฒน์ หอมสุวรรณ (2539) ยังศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล พบว่าอุปสรรคอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม คือ ระบบอุปถัมภ์ ที่คณะกรรมการสภาตำบลมีต่อพ่อค้า ข้าราชการ และราษฎรบางกลุ่ม ทำให้ราษฎรที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสภาตำบล นอกจากนี้ยังพบว่าข้าราชการเข้าไปกำกับควบคุมการทำงานของสภาตำบล ทำให้สภาตำบลไม่สามารถพัฒนาศักยภาพให้สูงขึ้นได้ และการศึกษาของกรรณิการ์ พงษ์สนธิและคณะ (2541) เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน 6 หมู่บ้านของตำบลขุนทด



อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ คือ “เวลา” ที่ไม่สอดคล้องระหว่างสมาชิกในชุมชนและทีมปฏิบัติงาน รวมทั้งขาดทักษะพื้นฐานสำคัญ คือ ทักษะในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร ทักษะในการแก้ไขปัญหา และทักษะในการทำงานเป็นทีม

สำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพอนามัย ผู้ศึกษารวบรวมได้ดังนี้ คือ การศึกษาของ บังอร ฤทธิภักดี (2528) ซึ่งศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่พบว่ากิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ ไม่ใช่กิจกรรมตามแนวคิดของการให้ความร่วมมือของประชาชน (people's participation) แต่เป็นการให้ความร่วมมือโดยรัฐเป็นผู้กำหนดรูปแบบของการดำเนินงาน ประชาชนเป็นเพียงผู้ให้ความร่วมมือและมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่รัฐกำหนด ในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน ส่วนกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่การกำหนดปัญหา การวางแผน การประเมินผล และการควบคุมตรวจสอบนั้น ประชาชนแทบจะไม่มีส่วนร่วมเลย อีกทั้งการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล ซึ่ง จีระพัฒน์ หอมสุวรรณ (2539) ได้ศึกษาพบว่า ประชาชนจะมีส่วนร่วมมากที่สุดในส่วนของการได้รับผลประโยชน์จากโครงการ แต่ที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาชุมชน

นอกจากนั้นจากการศึกษาของ พนิษฐา พานิชธีระกุล และคณะ (2531) ซึ่งศึกษาเรื่องการจัดตั้งกองทุนยาในจังหวัดขอนแก่น พบว่า กองทุนยาส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมด ไม่ได้เกิดขึ้นด้วยการตัดสินใจของชุมชน แต่เป็นการนำเข้าไปในหมู่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ไม่ได้คำนึงถึงความพร้อมของชุมชน หรือไม่ได้มีการเตรียมชุมชนที่ดีและเพียงพอ สำหรับการมีส่วนร่วมนั้นในการดำเนินงานกองทุนยานั้น จากการวิจัยของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ (2533) ได้ศึกษาพบว่า ร้อยละ 52 ของกองทุนยามีโครงสร้างการบริหารหรือคณะกรรมการกำหนดโดยเจ้าหน้าที่ตำบล ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีเพียงร้อยละ 35 ของกองทุนยา ที่มีเจ้าหน้าที่ตำบลหรือผู้นำชุมชนเพียงไม่กี่คนเป็นผู้กำหนดตัวบุคคลเข้าเป็นกรรมการกองทุนและมูลค่าหุ้น

จากการประเมินผลกองทุน โภชนาการและกองทุนสุขภาพตำบล โดยคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ อ่างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2531) พบว่า สัดส่วนของกองทุนดังกล่าว มีความสามารถดำเนินกิจกรรมต่อไปค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้พบว่า การระดมทุนจากประชาชนยังมีขอบเขตจำกัด กิจกรรมโภชนาการตลอดจนกองทุนโภชนาการเป็นการเริ่มจากเจ้าหน้าที่ที่ผลักดันให้เกิดขึ้น ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมน้อย และกิจกรรมโภชนาการบางอย่างไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของชุมชนอีกด้วย

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการคัดเลือกและฝึกอบรมแล้วนั้น มีเพียงส่วนน้อยที่ทำงานช่วยเหลือประชาชนอย่างกระตือรือร้น ดังนั้นกิจกรรมโครงการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านบางครั้งจึงไม่สามารถบอกได้ว่า เป็นการแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง อสม.บางคนคิดว่ากิจกรรมที่เขาทำอยู่เป็นหน้าที่ที่เจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้มอบหมายให้ทำ มากกว่าจะยอมรับว่า สิ่งที่ได้ทำนั้นเป็นประโยชน์ต่อชุมชน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2529)

จากการรวบรวมงานศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะพบว่า ในการพัฒนาใด ๆ การมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นตัวชี้วัดถึงความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ในชุมชนนั้น ๆ ดังนั้นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ตระหนักในปัญหาและความต้องการของชุมชน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อวางแผนตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา จะเป็นกลไกที่สำคัญอย่างแท้จริงต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างยั่งยืนสืบต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ในรูปแบบของการมีส่วนร่วม (Participatory research) เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาสภาพ โดยผสมผสานการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำแกนนำของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินชุมชน เพื่อหาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน นำมาวางแผนแก้ไขปัญหาสภาพอนามัยของชุมชนต่อไป ทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม 2542 ถึง เมษายน 2543

#### พื้นที่ที่ทำการศึกษา

ในการคัดเลือกพื้นที่ ผู้วิจัยได้คัดเลือกจากพื้นที่ซึ่งเคยเป็นที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2538 คือพื้นที่ ต.ขุนคอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่ ซึ่งมีทั้งหมด 8 หมู่บ้าน แต่จากการสำรวจความพร้อมของชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือก หมู่ 3 บ้านหนองโงง ต.ขุนคอง เป็นพื้นที่ศึกษา โดยมีเหตุผล ดังนี้

1. ลักษณะและขนาดของชุมชน บ้านหนองโงงมีลักษณะของพื้นที่ชนบท ประชาชนที่อาศัยอยู่เป็นชนพื้นเมือง (local people) มีสังคมและวัฒนธรรมเป็นของตนเอง มีความเป็นอยู่แบบสังคมไทยที่เอื้อเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีจำนวนหลังคาเรือน 85 หลังคาเรือน ประชากรมีทั้งสิ้น 285 คน (ข้อมูลจาก กชช 2 ค ปี 2542)
2. ระยะทาง บ้านหนองโงงตั้งอยู่ไม่ไกลจากตัวเมือง กล่าวคือมีระยะทางประมาณ 15 กิโลเมตร หรือใช้เวลาเดินทางโดยรถยนต์ประมาณ 15-20 นาที

#### ประวัติความเป็นมาของหมู่บ้าน

จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่ถือกำเนิด ณ บ้านหนองโงง บอกว่าเป็นเรื่องเล่ามาแต่อดีต ว่าหมู่บ้านนี้ตั้งมากกว่า 100 ปี ณ บริเวณที่ตั้งของวัดหนองโงง (วัดวงษ์เมธา) เดิมเป็นหนองน้ำใหญ่ มีน้ำไหลตลอดปี ครั้งหนึ่งพบว่ามีช้างป่าโขลงใหญ่ เชื่อว่าเป็นช้างที่มีบุญมาก มาลงเล่นน้ำที่บริเวณหนองแห่งนี้ ต่อเมื่อเหตุการณ์ผ่านไป จนกระทั่งเมื่อถึงฤดูน้ำหลากของทุกปี จะมีน้ำไหลไปรวมกัน ณ หนองน้ำแห่งนี้ ทำให้น้ำมีลักษณะขุ่น ชาวบ้านมีความเชื่อว่า น้ำที่ไหล

ลงสู่บริเวณหนองเป็นน้ำไม่สะอาดจะทำให้เกิดเหตุร้ายขึ้นกับชาวบ้าน จึงได้ระดมกำลังก่อเป็นโดมปิดครอบหนองน้ำไว้ ชาวบ้านที่นับถือศาสนาพุทธให้ความเคารพ กราบไหว้ ถือเป็นปูชนียสถานประจำหมู่บ้าน ต่อมาจึงก่อตั้งเป็นวัด และให้ชื่อว่า “หนองโจง” ซึ่งน่าจะแปลงมาจาก “หนองโจง” (โจงช้าง)

#### ลักษณะทางภูมิศาสตร์ บ้านหนองโจงมีอาณาเขต ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ หมู่ 2 บ้านถวาย
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ หมู่ 1 บ้านต้นแก้ว
ทิศใต้	ติดต่อกับ หมู่ 4 บ้านสารภี
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ ตำบลหนองตอง

ลักษณะพื้นที่ พื้นที่บ้านหนองโจงเป็นพื้นที่ราบทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่สำหรับการเกษตร มีแหล่งน้ำธรรมชาติ และมีคลองชลประทานไหลผ่าน บางบ้านมีการขุดบ่อบาดาลเพื่อไว้ใช้ในครอบครัวและมีน้ำตลอดปี

ลักษณะการตั้งบ้านเรือน ประชาชนเกือบทั้งหมดมีบ้านและที่ดินเป็นของตนเอง การตั้งบ้านเรือนมักกระจายทั่วหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ไม่มีรั้วกันแบ่งเขต เนื่องจากแต่ละครัวเรือนที่แยกออกมาจะเป็นบุตรหลาน ฉะนั้นจึงมีการไปมาหาสู่กันเสมอ ซึ่งแสดงถึงวัฒนธรรมความเป็นอยู่ในครอบครัวชนบท

การคมนาคมและการสื่อสาร การเดินทางในและระหว่างหมู่บ้าน มีถนนเชื่อมติดต่อกันทั้งหมด ส่วนใหญ่จะมีพาหนะที่ใช้เดินทางเป็นรถจักรยาน จักรยานยนต์ มีบางครัวเรือนที่มีรถยนต์เป็นพาหนะ มีถนนที่สามารถเดินทางเข้าสู่ตัวเมืองได้อย่างสะดวก สำหรับการติดต่อสื่อสาร บางครัวเรือนจะมีโทรศัพท์ประจำบ้าน และมีตู้โทรศัพท์สาธารณะขององค์การสื่อสารแห่งประเทศไทย บ้านผู้ใหญ่บ้านจะเป็นศูนย์กระจายเสียงตามสาย (หอกระจายข่าว)

ประชากร มีจำนวนครัวเรือน 85 ครัวเรือน ประชากรทั้งสิ้น 285 คน เป็นชาย 145 คน และหญิง 140 คน แบ่งกลุ่มอายุของประชากรได้ดังนี้ อายุต่ำกว่า 1 ปี มี 4 คน อายุ 1-2 ปี มี 9 คน อายุ 3-5 ปี มี 7 คน อายุ 6-11 ปี มี 14 คน อายุ 12-60 ปี มี 219 คน อายุมากกว่า 60 ปี มี 32 คน

การปกครอง มีการปกครองตามระบอบการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย มีผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบ และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน กรรมการหมู่บ้านและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน นอกจากนั้นยังมีการแบ่งเขตความรับผิดชอบในหมู่บ้าน โดยมีตัวแทนเขต เพื่อช่วยแจ้งข่าวสารซึ่งได้รับจากผู้ใหญ่บ้านไปสู่ประชาชนให้ทั่วทุกหลังคาเรือน ส่วนการจัดการความปลอดภัยในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ประชาชนจะช่วยกันดูแล เมื่อพบเห็นความผิดปกติใด ๆ ก็จะช่วยแจ้งให้ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยเพื่อดำเนินการต่อไป ปัญหาอบายมุขของหมู่บ้านปัจจุบัน ได้แก่ การติดยาเสพติด บุหรี่และสุรา ส่วนการเล่นการพนันจะมีในโอกาสพิเศษ เช่น งานศพในหมู่บ้าน สำหรับปัญหายาเสพติด ในรอบปีที่ผ่านมา ได้มีการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชน ทำการรณรงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องยาเสพติดทางหอกระจายข่าวและเสียงตามสาย แจกแผ่นพับและติดโปสเตอร์รอบหมู่บ้าน นอกจากนั้นประชาชนยังให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการสอดส่องดูแลผู้เสพยาเสพติดและผู้จำหน่ายยาเสพติด เพื่อดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

การรวมตัวกัน เพื่อผลประโยชน์แก่สมาชิกในหมู่ 3 บ้านหนองโง้ง ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มสหกรณ์และกลุ่มออมทรัพย์เพื่อผลิต เป็นต้น

สภาพเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง บางครอบครัวมีอาชีพอุตสาหกรรมในครัวเรือนคือทำไม้แกะสลัก สำหรับอาชีพรับจ้าง ได้แก่ งานก่อสร้าง ซึ่งส่วนใหญ่ต้องเข้ามาทำงานในเมือง โดยได้รับค่าจ้างวันละ 120-150 บาท ตามความสามารถและความชำนาญเฉพาะด้าน

พื้นที่สำหรับทำการเกษตร มีประมาณ 100 ไร่ แต่ประชาชนเป็นเจ้าของเพียง 50% แหล่งน้ำที่ใช้เพาะปลูก เป็นน้ำจากคลองชลประทาน ซึ่งปริมาณของน้ำจะไม่แน่นอนในแต่ละปี ขึ้นอยู่กับสภาพดินฟ้าอากาศ

ในหมู่บ้านมีร้านขายของชำ 2 ร้าน จำหน่ายทั้งเครื่องอุปโภคและบริโภค

ลักษณะทางสังคม ประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัวและหมู่บ้าน โดยการใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นที่ตั้งของกองทุนยาประจำหมู่บ้านด้วย นอกจากนั้นยังให้ความร่วมมือในกิจกรรมสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ

ด้านประเพณีและวัฒนธรรม ตลอดจนงานเทศกาลต่าง ๆ ประชาชนจะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ทั้งนี้เพราะประชาชนทั้งหมดนับถือศาสนา



พุทธ งานประเพณีที่สำคัญของหมู่บ้านได้แก่ วันสงกรานต์ วันเข้าพรรษา ประเพณีลอยกระทง และงานทอดผ้าป่า/กฐิน เป็นต้น

**ปัญหาสุขภาพอนามัย** จากการสำรวจของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 พ.ศ. 2538 พบว่า ปัญหาที่พบมาก 5 อันดับแรกของหมู่บ้านนี้ คือประชาชนพร่องความรู้เรื่องโรคเอดส์และวิธีการป้องกันโรคเอดส์ การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ไม่มีการปรับปรุงคุณภาพของน้ำดื่ม มีการใช้ยาชุดเมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ และปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุคือโรคปวดข้อ ในรอบปีที่ผ่านมา ในหมู่บ้านมีผู้ป่วยเอดส์ตาย 2 ราย สำหรับบริการด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะไปรับการรักษาที่สถานีอนามัย ซึ่งตั้งอยู่ที่ หมู่ 1 บ้านต้นแก้ว มีเจ้าหน้าที่ประจำ จำนวน 3 คน หรือบางครั้งไปรักษาที่คลินิกเอกชนในอำเภอหางดง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้นำชุมชน ซึ่งได้แก่ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. อาสาสมัครสาธารณสุข ประธานกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มเยาวชนของหมู่ 3 บ้านหนองโจง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาว่า แกนนำชุมชน 1 คน ควรมีความสามารถในการดูแลประชาชนอย่างน้อย 8-10 ครัวเรือน ซึ่งบ้านหนองโจงมีจำนวนหลังคาเรือน 85 หลังคาเรือน ทั้งนี้อาจเป็นผู้ที่เคยหรือไม่เคยมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาใด ๆ ในหมู่บ้าน ทำการเลือกแบบเจาะจงโดยปรึกษาผู้ใหญ่บ้านและถามความสมัครใจของผู้ถูกคัดเลือก มีจำนวนทั้งสิ้น 8 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดย กรรณิการ์ พงษ์สนิทและคณะ (2541) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ ดังต่อไปนี้

1. แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (แบบสำรวจ จปฐ.) ซึ่งประกอบด้วย 8 หมวด 39 ตัวชี้วัด
2. แบบสอบถามการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัว ตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ และภาวะสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย



3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของแกนนำในการปฏิบัติงานวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย
4. แบบบันทึกการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

#### วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมพื้นที่ชุมชน โดยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือในการปฏิบัติงานกับผู้นำท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล
2. อบรมแกนนำ จำนวน 12 คน เรื่องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน 1 ครั้ง
3. แกนนำที่ได้รับการอบรมทำการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวในหมู่บ้านตามแบบสำรวจ จปฐ. สัมภาษณ์ประชาชนในแต่ละครัวเรือนตามแบบสอบถามการปฏิบัติตนตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ และสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย
4. แกนนำร่วมกับผู้วิจัยวิเคราะห์และสรุปปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหามาให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันถึงสภาพการณ์ของชุมชน
5. ประเมินการมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยตามแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางและการบรรยาย

Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แกนนำมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย และศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการดำเนินการวิจัยสรุปได้ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำ

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

2.1 การรวบรวมข้อมูล

2.2 การระบุปัญหา

2.3 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2.4 การเขียนแผน

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำ

รายชื่อ	เพศ	อายุ	สถานภาพ	การศึกษา	อาชีพ	รายได้/เดือน	กรรมการในหมู่บ้าน
1. นายจันทงค์ ปันติ	ชาย	44	คู่สมรส	ป.4	ทำนา	ไม่แน่นอน	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
2. นางสุวรรณี วงศ์เครือศรี	หญิง	38	คู่สมรส	ป.4	รับจ้าง	3,000	อสม.
3. นางศรีลา หน่อคำ	หญิง	38	คู่สมรส	ป.4	รับจ้าง	3,000	อสม.
4. นายประพัฒน์ ศรีวิสัย	ชาย	38	โสด	ม.6	รับจ้าง	6,000	ประธานกลุ่มหนุ่มสาว
5. นางจันทร์สม ญาติฝูง	หญิง	52	คู่สมรส	ป.4	ทำนา	ไม่แน่นอน	แม่บ้าน
6. นายณรงค์ เชื้อนทอง	ชาย	38	คู่สมรส	ป.6	รับจ้าง	ไม่แน่นอน	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
7. นายนิกรานต์ หอมดวง	ชาย	18	โสด	ปวช.	นักศึกษา	-	ตัวแทนเยาวชน
8. นางมาลัย วงศ์อินทร์	หญิง	44	คู่สมรส	ป.4	รับจ้าง	4,000	แม่บ้าน

## ส่วนที่ 2 การดำเนินงานของแกนนำชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

2.1 การรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

2.1.1 ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน

2.1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของประชาชน

2.1.3 ข้อมูลการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต ปฏิบัติตนตามแนว  
สุขบัญญัติแห่งชาติ

2.1.1 ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน

ตารางที่ 2 ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานและเกณฑ์ตามแผน  
พัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)

ตัวชี้วัด ความจำเป็นพื้นฐาน	เกณฑ์ตาม แผนฯ 8 (ร้อยละ)	ผลการสำรวจ (ร้อยละ)	สรุปผลการสำรวจ	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน
<b>หมวดที่ 1 สุขภาพดี</b>				
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามเกณฑ์บริการ และฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์	80	100	✓	-
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและการตรวจหลังคลอด จากแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ หรือผดุงครรภ์แผนโบราณ ที่อบรมแล้ว	95	100	✓	-
3. หญิงตั้งครรภ์ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ซึ่งมีผลให้เด็กแรกเกิด มีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม	93	66.67	-	✓
4. เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือนแรก ติดต่อกัน	30	0	-	✓
5. เด็กอายุที่ต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค โรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด โปлио หัดเยอรมัน คางทูม ตับอักเสบนิดบี ครอบคลุมตามตารางสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค	95	66.67	-	✓

ตารางที่ 2 ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานและเกณฑ์ตามแผน  
พัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) (ต่อ)

ตัวชี้วัด ความจำเป็นพื้นฐาน	เกณฑ์ตาม แผนฯ 8 (ร้อยละ)	ผลการสำรวจ (ร้อยละ)	สรุปผลการสำรวจ	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน
6. ทารกแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและ เพียงพอตามวัย ซึ่งมีผลทำให้ มีการเจริญเติบโตตาม เกณฑ์มาตรฐาน	80	70	-	✓
7. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้กินอาหารถูกต้องครบถ้วนตามความ ต้องการของร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้มีการเจริญเติบโต ตามเกณฑ์มาตรฐาน	90	86.67	-	✓
8. เด็กวัยประถมศึกษา ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน โรควัณ โรค คอตีบ บาดทะยัก โปลิโอ และวัคซีนรวมครบ ตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรค	100	100	✓	-
9. ครัวเรือน ไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ไม่ทำให้สุกด้วย ความร้อน	90	20.83	-	✓
10. ครัวเรือน ไม่เป็นโรคขาดสารไอโอดีน	60	62.5	✓	-
11. ครัวเรือน ได้กินอาหารควบคุมที่มีคุณภาพปลอดภัยและ ได้มาตรฐาน อ.ย.	85	41.67	-	✓
12. ครัวเรือนมีความรู้ในการ ใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย	60	43.75	-	✓
13. ครัวเรือนมีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพคงทนถาวรสามารถอยู่ อาศัยต่อไปได้อย่างน้อย 5 ปี	95	87.5	-	✓
14. ครัวเรือนมีและใช้ส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาล	95	87.5	-	✓
15. ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับการบริโภคเพียงพอตลอดปี 5 ลิตรต่อคนต่อวัน	95	95.83	✓	-
16. ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านให้เป็น ระเบียบถูกสุขลักษณะ	60	68.75	✓	-
17. ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากเสียง ความสั่นสะเทือน ฝุ่น ละออง กลิ่นเหม็น หรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ และสารพิษ	95	91.67	-	✓

ตารางที่ 2 ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานและเกณฑ์ตามแผน  
พัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) (ต่อ)

ตัวชี้วัด ความจำเป็นพื้นฐาน	เกณฑ์ตาม แผนฯ 8 (ร้อยละ)	ผลการสำรวจ (ร้อยละ)	สรุปผลการสำรวจ	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน
<b>หมวดที่ 3 ศึกษาเรียนรู้</b>				
18. เด็กอายุ 2-5 ปี ได้รับบริการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง	90	100	✓	
19. เด็กที่มีอายุครบตามเกณฑ์การศึกษาภาคบังคับ ได้เข้า เรียนการศึกษาภาคบังคับ	100	100	✓	
20. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ ได้เข้าศึกษาต่อในระดับ มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	98	66.67	-	✓
21. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับและไม่ได้ศึกษาต่อได้รับ การฝึกอบรมด้านอาชีพต่างๆตามที่กำหนด	80	50	-	✓
22. คนในครัวเรือนอายุ 14-50 ปี อ่านและเขียนภาษาไทยได้	99	72.92	-	✓
23. ครัวเรือนได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	95	87.5	-	✓
24. ครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	80	79.17	-	✓
<b>หมวดที่ 4 ครอบครัวยุคสมัย</b>				
25. คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15-44 ปี ใช้บริการคุมกำเนิด	77	68.18	-	✓
26. ครอบครัวมีความอบอุ่น	90	77.08	-	✓
27. ครัวเรือนมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และมีการป้องกัน อย่างถูกวิธี	100	79.67	-	✓
28. ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	100	97.92	-	✓
<b>หมวดที่ 5 รายได้มาก</b>				
29. ครัวเรือนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำ กว่าคนละ 20,000 บาทต่อปี	70	56.25	-	✓
<b>หมวดที่ 6 อายกร่วมพัฒนา</b>				
30. ครัวเรือนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล	90	45.83	-	✓
31. คนในครัวเรือนไปใช้สิทธิเลือกตั้งตามระบอบ ประชาธิปไตย	90	85.42	-	✓

ตารางที่ 2 ร้อยละของครีวเรือนจำแนกตามตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานและเกณฑ์ตามแผน  
พัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) (ต่อ)

ตัวชี้วัด ความจำเป็นพื้นฐาน	เกณฑ์ตาม แผนฯ 8 (ร้อยละ)	ผลการสำรวจ (ร้อยละ)	สรุปผลการสำรวจ	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน
32. ครีวเรือนได้เข้าร่วมกิจกรรมในการบำรุงรักษาสาธารณ สมบัติ และการพัฒนาอื่นๆ หมวดที่ 7 พาสู่คุณธรรม	95	89.58	-	✓
33. ครีวเรือนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละ ครั้ง	90	77.08	-	✓
34. คนในครีวเรือนไม่ติดสุรา	90	89.58	-	✓
35. คนในครีวเรือนไม่ติดบุหรี่	90	83.33	-	✓
36. ครีวเรือนเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี ศิลปวัฒนธรรม ประจำท้องถิ่น	90	93.75	✓	-
37. คนสูงอายุ และคนพิการ ได้รับการดูแลจากคนในครีว เรือนหรือชุมชน หมวดที่ 8 บำรุงสิ่งแวดล้อม	90	82.35	-	✓
38. ครีวเรือนได้เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ ทรัพยากรธรรมชาติ	90	77.08	-	✓
39. ครีวเรือนได้ร่วมทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมสิ่ง แวดล้อม	90	83.33	-	✓

จากตารางที่ 2 ผลการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน 39 ตัวชี้วัด พบว่าผ่านเกณฑ์ 9 ตัว  
ชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 23.08 ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1, 2, 8, 10, 15, 16, 18, 19 และ 36 ไม่ผ่านเกณฑ์ 30  
ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 76.92



2.1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน จากการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวหรือผู้นำในครอบครัว จำนวน 73 คน จาก 73 ครอบครัว ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ 1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ 2) ภาวะสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา และ 3) ความสามารถของชุมชนในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเจ็บป่วย มีดังนี้

1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมายของสุขภาพและสาเหตุการเจ็บป่วย (N = 73)

ความหมายของสุขภาพและสาเหตุการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความหมายของสุขภาพดี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ทำงานได้ตามปกติ อยู่ในสังคมได้	44	60.27
จิตใจสบาย ไม่เครียด	33	45.21
ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการ	48	65.75
ช่วยเหลือตนเองได้ (ในด้านสุขบัญญัติ 10 ประการ)	36	49.32
อื่น ๆ ได้แก่		
สบายกาย สบายใจ สนุกสนาน ร่าเริงแจ่มใส	2	2.74
แข็งแรง ทนต่อโรคต่าง ๆ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้	2	2.74
<b>การเจ็บป่วยมีสาเหตุจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
การทำงานหรืออาชีพ	30	41.10
อุบัติเหตุ	27	36.77
พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา	50	68.49
รับประทานยาชุด ซื้อมาใช้เอง		
รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา กินเมี่ยง		
รับประทานอาหารไม่ครบหมู่	21	28.77
ยากจน	9	12.33
ไม่ออกกำลังกาย	25	34.25
ไม่รักษาความสะอาด	19	26.03

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมายของ  
สุขภาพและสาเหตุการเจ็บป่วย (N = 73) (ต่อ)

ความหมายของสุขภาพและสาเหตุการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัยถ่ายเทไม่ดี	14	19.18
มีกลิ่นรบกวน	11	15.07
อื่น ๆ ได้แก่		
โรคประจำตัว	4	5.48
การไม่เอาใจใส่สุขภาพร่างกายและจิตใจ	1	1.37
มลภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ	1	1.37
ไม่มีเวลาพักผ่อน	1	1.37

จากตารางที่ 3 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ตัวแทนของครอบครัวให้ความหมายของสุขภาพดี คือ ไม่เจ็บป่วยไม่พิการ ทำงานได้ตามปกติอยู่ในสังคมได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ และจิตใจสบายไม่เครียด ร้อยละ 65.75, 60.27, 49.32 และ 45.21 ตามลำดับ และสาเหตุของการเจ็บป่วยคือ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 68.49 รวมทั้งการทำงานหรืออาชีพ อุบัติเหตุ ไม่ออกกำลังกาย และรับประทานอาหารไม่ครบหมู่ มีขนาดใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 41.10, 36.97, 34.25 และ 28.77 ตามลำดับ

## 2) ภาวะสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา

จากการสำรวจ 73 ครอบครัวพบว่าการเจ็บป่วย 36 ครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 49.31 โดยมีจำนวนคนเจ็บป่วยทั้งหมด 61 คน มีจำนวนคนเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-3 คน/ครอบครัว สำหรับช่วงอายุที่เจ็บป่วยและโรคหรืออาการที่พบว่าทำให้เกิดการเจ็บป่วยมีดังนี้

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยจำแนกตามอายุ (n = 61)

อายุ (ปี)	จำนวน	ร้อยละ
0-4	5	8.20
5-9	3	4.92
10-14	2	3.28
15-19	0	0.00
20-24	1	1.64
25-29	4	6.56
30-34	9	14.75
35-39	5	8.20
40-44	10	16.38
45-49	0	0.00
50-54	0	0.00
55-59	2	3.28
60 ปีขึ้นไป	16	26.23
ไม่ระบุอายุ	4	6.56

จากตารางที่ 4 พบว่าสมาชิกในครัวเรือนที่มีการเจ็บป่วยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.23 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 40-44 ปี และ 30-34 ปี ร้อยละ 16.38 และ 14.75 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยจำแนกตามโรคหรืออาการ

โรคหรืออาการ	จำนวน (รายโรค)	ร้อยละ
โรคเฉียบพลัน	22	32.84
ไข้ ไข้หวัด ปวดศีรษะ	21	95.45
ท้องร่วง	1	4.55
โรคเรื้อรัง	45	67.16
โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด (ความดันโลหิตสูง , หัวใจโต)	7	15.56
เอดส์	5	11.11
โรกระบบทางเดินหายใจ (หอบหืด, ไอเรื้อรัง, ถุงลมโป่งพอง)	7	15.56
ปวดข้อ, ปวดกล้ามเนื้อ	5	11.11
โรคตา (ต้อหิน, ตาพิการ)	3	6.67
โรกระบบประสาท (ลมชัก, ปวดศีรษะข้างเดียว ชาครึ่งซีก)	8	17.77
โรคกระเพาะอาหาร	3	6.67
อื่นๆ	7	15.56
รวม	67	100.00

จากตารางที่ 5 พบว่าสมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 67.16 โดยพบว่า ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทมากที่สุด ร้อยละ 17.77 รองลงมาป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคอื่นๆร้อยละ 15.56 เท่ากัน ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันมีร้อยละ 32.84 พบว่าเป็นไข้ ไข้หวัด และปวดศีรษะ มากที่สุดร้อยละ 95.45

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยจำแนกตามสถานที่ไปรับ  
การรักษา

สถานที่ไปรับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนใหญ่เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ และสามารถทำงานได้ตามปกติ สมาชิกเหล่านั้นไปรับการรักษาที่ไหนบ่อยที่สุด (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)		
ก. ไม่รักษาปล่อยให้หายเอง	4	5.48
ข. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	6	8.22
ค. สถานีอนามัย	34	46.57
ง. โรงพยาบาลชุมชน	3	4.11
จ. โรงพยาบาลทั่วไป เช่น โรงพยาบาลนครพิงค์	10	13.70
ฉ. คลินิก	13	17.81
ช. ซื้อมาจากสหกรณ์ยาในหมู่บ้าน	0	0.00
ซ. ซื้อมากินเองจากร้านขายยา	2	2.74
ไม่ตอบ	1	1.37
เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยต้องนอนพักและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ สมาชิกเหล่านั้นไปรับการรักษาที่ไหนบ่อยที่สุด (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)		
ก. ไม่รักษาปล่อยให้หายเอง	1	1.37
ข. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	4	5.48
ค. สถานีอนามัย	17	23.29
ง. โรงพยาบาลชุมชน	7	9.59
จ. โรงพยาบาลทั่วไป เช่น โรงพยาบาลนครพิงค์	31	42.46
ฉ. คลินิก	9	12.33
ช. ซื้อมาจากสหกรณ์ยาในหมู่บ้าน	0	0.00
ซ. ซื้อมากินเองจากร้านขายยา	3	4.11
ไม่ตอบ	1	1.37

จากตารางที่ 6 พบว่า ส่วนใหญ่เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ และสามารถทำงานได้ตามปกติ สมาชิกเหล่านี้ไปรับการรักษาที่สถานีอนามัย คลินิก และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 46.57, 17.81 และ 13.70 แต่เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยต้องนอนพักและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ สมาชิกเหล่านี้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป สถานีอนามัย และคลินิก ร้อยละ 42.46, 23.29 และ 12.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของตัวแทนครอบครัวจำแนกตามการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเจ็บป่วย (N = 73)

การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน	ร้อยละ
ไปเยี่ยมบ่อย ๆ	44	60.27
ช่วยนำส่งโรงพยาบาล	49	67.12
ช่วยติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการของรัฐ	10	13.70
ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน	3	4.11
ไม่มีใครช่วยเหลือนอกจากญาติ	16	21.92
ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ	1	1.37

จากตารางที่ 7 ตัวแทนครอบครัวให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเจ็บป่วยได้มากกว่า 1 กิจกรรม พบว่ามีการช่วยนำส่งโรงพยาบาลและไปเยี่ยมบ่อย ๆ ร้อยละ 67.12 และ 60.27 ตามลำดับ ส่วนให้ความช่วยเหลือด้านการเงินและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพมีเพียง ร้อยละ 4.11 และ 1.37 ตามลำดับ



### 2.1.3 ข้อมูลการปฏิบัติตนตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามการปฏิบัติตนตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ (N = 176)

กิจกรรม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. การดูแลรักษาร่างกายและของใช้</b>				
1.1 อาบน้ำฟอกสบู่ทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	175	99.43	1	0.51
1.2 สระผมด้วยแชมพูอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	171	97.16	5	2.84
1.3 คัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นและรักษาให้สะอาดอยู่เสมอ	167	94.89	9	5.11
1.4 ถ่ายอุจจาระเป็นปกติทุกวัน	173	98.30	3	1.70
1.5 ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้น และอบอุ้นเพียงพอ	173	98.30	3	1.70
1.6 ซักเสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ด้วยสบู่หรือผงซักฟอกให้สะอาดอยู่เสมอ	170	96.59	6	3.41
1.7 นำผ้าห่ม ที่นอน หมอน มุ้งออกผึ่งแดดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	156	88.64	20	11.36
1.8 ดูแลรองเท้า/ถุงเท้าให้สะอาดอยู่เสมอ	160	90.91	16	9.09
1.9 จัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ทั้งของส่วนตัวและส่วนรวมให้เป็นหมวดหมู่ เป็นระเบียบ สะอาด สะดวก และปลอดภัย และเมื่อหยิบใช้แล้วเก็บเข้าที่เดิมให้เรียบร้อย	158	89.77	18	10.23
1.10 ยาสามีญประจำบ้านมีฉลากกำกับบอกชื่อยาชนิดของยาและอายุการใช้ยาแต่ละชนิดยาอันตรายหรือใช้ทาภายนอกปิดด้วยฉลากสีแดงและยารับประทานปิดด้วยฉลากสีเขียว(สังเกตร่วมด้วย)	155	88.07	21	11.93
1.11 จัดเก็บสารเคมี วัตถุอันตราย ของมีคม ไว้ในที่ปลอดภัย(สังเกตร่วมด้วย)	164	93.18	12	6.82
<b>2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันอย่างถูกต้อง</b>				
2.1 แปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเช้าและก่อนนอน	164	93.18	12	6.82
2.2 เลือกใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	160	90.91	16	9.09
2.3 หลีกเลี่ยงการกินลูกอม หรือขนมหวาน	148	84.09	28	15.91
2.4 ตรวจสอบสภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	120	68.18	56	31.82

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามการปฏิบัติตนตามแนวสุขบัญญัติ  
แห่งชาติ (N = 176) (ต่อ)

กิจกรรม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. ล้างมือให้สะอาด				
3.1 ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนและหลังการเตรียมปรุงและ กินอาหาร	150	85.23	26	14.77
3.2 ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังการขับถ่าย	152	86.36	24	13.64
4. อาหารที่ถูกสุขลักษณะ				
4.1 เลือกซื้ออาหารสด สะอาด ปลอดภัย	163	92.61	13	7.39
4.2 ล้างอาหารสดก่อนนำมาปรุงอาหาร	168	95.45	8	4.55
4.3 ใช้เครื่องปรุงรสที่มีเครื่องหมาย อย.	156	88.64	20	11.36
4.4 กินอาหารประเภทข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้ ทุกวัน	168	95.45	8	4.55
4.5 กินอาหารปรุงสุกใหม่	164	93.18	12	6.82
4.6 ใช้ช้อนกลางในการกินอาหารร่วมกัน	134	76.14	42	23.86
4.7 หลีกเลี่ยงการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารรสจัดของ หมักดองหรืออาหารใส่สีจูด่าง	144	81.82	32	18.18
4.8 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	146	82.95	30	17.05
5. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง				
5.1 งดบุหรี่	146	82.95	30	17.05
5.2 งดเหล้า	149	84.66	27	15.34
5.3 งดเสพสารเสพติด	166	94.32	10	5.68
5.4 งดเล่นการพนัน	163	92.61	13	7.39
5.5 งดการสำส่อนทางเพศ	165	93.75	11	6.25
6. การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น				
6.1 ช่วยกันทำงานบ้าน	171	97.16	5	2.84
6.2 ปรึกษาหรือและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน	159	90.34	17	9.66
6.3 ช่วยเหลือให้กำลังใจต่อกัน	164	93.18	12	6.82
6.4 ทำบุญ/ทำกิจกรรมสนุกสนานร่วมกัน	156	88.64	20	11.36
7. การป้องกันอุบัติเหตุ				
7.1 ป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น ไฟฟ้าเตาแก๊ส ของมีคม จุดธูปเทียนบูชาพระ ไม้ขีดไฟ เป็นต้น	175	99.43	1	0.57

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามการปฏิบัติตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ ( N = 176) (ต่อ)

กิจกรรม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7.2 ป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะตามกฎหมายแห่งความปลอดภัยจากการจราจรทางบก ทางน้ำ ป้องกันอันตรายจากการฝึกงาน ห้องปฏิบัติงาน ห้องปฏิบัติการ เขตก่อสร้าง หลีกเลี่ยงการชุมนุมห้อมล้อมในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ	156	88.64	20	11.36
8. การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพ				
8.1 ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	121	68.75	55	31.25
8.2 ออกกำลังกายและเล่นกีฬาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัย	129	73.30	47	26.70
8.3 ตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง	131	74.43	45	25.57
9. การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส				
9.1 พักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยคืนละประมาณ 7-8 ชั่วโมง	171	97.16	5	2.84
9.2 จัดสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านที่ทำงานให้น่าอยู่น่าทำงาน	160	90.91	16	9.09
9.3 ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น	167	94.89	9	5.11
9.4 ให้อภัยผู้อื่นเมื่อเขากระทำผิดตามสมควรแก่กรณี	169	96.02	7	3.98
9.5 หาทางผ่อนคลายเมื่อไม่สบาย	168	95.45	8	4.55
10. การมีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม				
10.1 มีการกำจัดขยะในบ้านและทิ้งขยะในที่รองรับ	159	90.34	17	9.66
10.2 หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม เช่น โฟม พลาสติก สเปร์ย เป็นต้น	157	89.20	19	10.80
10.3 มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ (ส้วมราดน้ำ)	170	96.59	6	3.41
10.4 มีการกักน้ำทิ้งในครัวเรือนที่ถูกต้อง	156	88.64	20	11.36
10.5 ใช้น้ำและไฟอย่างประหยัด	171	97.16	5	2.84
10.6 อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น ปลูกต้นไม้ รักษาแหล่งน้ำธรรมชาติ	165	93.75	11	6.25

จากตารางที่ 8 การปฏิบัติตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 80 มีการปฏิบัติดังนี้ 1) การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ ร้อยละ 99.43-88.07 3) ล้างมือให้

สะอาด ร้อยละ 86.36-85.33 5) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 94.32-82.95 5) การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น ร้อยละ 97.16-88.64 7) การป้องกันอุบัติเหตุ ร้อยละ 99.43-88.64 9) การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส ร้อยละ 97.16-90.19 10) การมีส่วนร่วมต่อส่วนรวมสร้างสรรค์สังคม ร้อยละ 97.16-86.64 ส่วนที่มีการปฏิบัติในกิจกรรมย่อยไม่ถึงร้อยละ 80 ได้แก่ 2) การรักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันอย่างถูกต้อง ร้อยละ 93.18-68.18 โดยพบการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีร้อยละ 68.18 4) อาหารที่ถูกสุขลักษณะมีร้อยละ 95.45-76.14 โดยพบว่าใช้ช้อนกลางในการกินอาหารร่วมกัน ร้อยละ 76.14 8) การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 74.43-68.75

**ตารางที่ 9** จำนวนและร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ (N = 50 ครัวเรือน)

การได้รับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	14	28.0
เคย	36	72.0
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	17	47.22
นักศึกษา	4	11.11
สถานีอนามัย	2	5.56
โรงเรียน	4	11.11
โรงพยาบาล	1	2.78
การอบรม	1	2.78
โทรทัศน์และหนังสือ	2	5.56
ไม่ระบุแหล่ง	5	13.88

จากตารางที่ 9 การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้ร้อยละ 72 โดยได้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 47.22

## 2.2 การระบุปัญหา

จากการพบแกนนำชุมชนจำนวน 8 คน ในวันที่ 25 มีนาคม 2543 ได้มีการประชุมพิจารณาถึงปัญหาสุขภาพจากข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวตามเกณฑ์ จปฐ. ที่แกนนำชุมชนได้สำรวจ (ตารางที่ 2) แกนนำชุมชนได้ระบุปัญหาสุขภาพจากข้อมูลพื้นฐานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จปฐ. ดังนี้

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานที่ไม่ผ่านเกณฑ์	ผลการพิจารณาปัญหาโดยแกนนำ
3	หญิงตั้งครรภ์ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม	เป็นปัญหา
4	เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 4 เดือนแรกติดต่อกัน	
5	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ	
6	เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ	
7	เด็กอายุ 6-15 ปี ได้กินอาหารที่ถูกต้องครบถ้วน	
9	ครัวเรือนไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ไม่ได้ทำให้สุกด้วยความร้อน	เป็นปัญหา
11	ครัวเรือนได้กินอาหารควบคุมที่มีเครื่องหมาย อย.	เป็นปัญหา
12	ครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม	เป็นปัญหา
13	ครัวเรือนมีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพคงทนถาวรอย่างน้อย 5 ปี	-
14	ครัวเรือนมีและใช้ส้วมที่ถูกสุขาภิบาล	-
17	ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากเสียง ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละออง กลิ่นเหม็น หรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ และสารพิษ	เป็นปัญหา
20	เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับได้เข้าศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	-
21	เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับและไม่ได้ศึกษาต่อได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพต่างๆ	-
22	คนในครัวเรือนอายุ 14-50 ปี อ่านและเขียนภาษาไทยได้	-

กช. 613

เลขทะเบียน.....

เลขหมู่.....๑134 ๗

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานที่ไม่ผ่านเกณฑ์	ผลการพิจารณาปัญหาโดยแกนนำ
23	ครัวเรือนได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	-
24	ครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	เป็นปัญหา
25	กลุ่มสตรีที่มีภรรยาอายุ 15-44 ปีใช้บริการคุมกำเนิด	-
26	ครอบครัวมีความอบอุ่น	เป็นปัญหา
27	ครอบครัวมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและมีการป้องกัน	เป็นปัญหา
28	ครอบครัวมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	เป็นปัญหา
29	ครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่น้อยกว่าคนละ 20,000 บาทต่อปี	-
30	ครัวเรือนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล	-
31	คนในครัวเรือนไปใช้สิทธิเลือกตั้งตามระบอบ ประชาธิปไตย	-
32	ครัวเรือนได้เข้าร่วมกิจกรรมในการบำรุงรักษาสาธารณ สมบัติ	-
33	ครัวเรือนได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ ละครั้ง	-
34	คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา	เป็นปัญหา
35	คนในครัวเรือนไม่ติดบุหรี่	เป็นปัญหา
37	คนสูงอายุและคนพิการได้รับการดูแล	-
38	ครัวเรือนได้ร่วมทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ ทรัพยากรธรรมชาติ	-
39	ครัวเรือนได้ร่วมทำกิจกรรมการป้องกันและควบคุมสิ่ง แวดล้อม	-

จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 30 ตัวชี้วัด แกน นำได้ร่วมกันพิจารณาว่าเป็นปัญหาสุขภาพของชุมชนที่ต้องแก้ไขมีจำนวน 11 ปัญหา ได้แก่ ตัวชี้วัด ที่ 3, 9, 11, 12, 17, 24, 26, 27, 28, 34 และ 35



### 2.3 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

แกนนำชุมชนได้มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจากตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จปฐ. จำนวน 11 ปัญหา โดยใช้กระบวนการและเกณฑ์การให้คะแนนในการลำดับความสำคัญของปัญหาตามหลักวิชาการ แต่ด้วยข้อจำกัดของเวลาและงบประมาณ กลุ่มแกนนำจึงได้ข้อสรุปร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นเพียง 6 ปัญหา โดยเรียงลำดับความสำคัญดังต่อไปนี้

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| ลำดับที่ | 1 | ประชาชนติดสุรา  |
| ลำดับที่ | 2 | ประชาชนติดบุหรี่  |
| ลำดับที่ | 3 | ครอบครัวไม่อบอุ่น   |
| ลำดับที่ | 4 | ประชาชนขาดความรู้เรื่องของการใช้ยา  |
| ลำดับที่ | 5 | ประชาชนกินอาหารที่ไม่มีเครื่องหมาย อย.  |
| ลำดับที่ | 6 | หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้กินอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ มีผลให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม |

### 2.4 การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ

แกนนำได้ร่วมกันอภิปรายและวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพตามลำดับความสำคัญของปัญหา มีจำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง ดังนี้

1. แผนแก้ปัญหาประชาชนติดสุรา
2. แผนแก้ปัญหาประชาชนติดบุหรี่
3. แผนแก้ปัญหาครอบครัวขาดความอบอุ่น
4. แผนแก้ปัญหาประชาชนขาดความรู้เรื่องของการใช้ยา
5. แผนแก้ปัญหาประชาชนกินอาหารที่ไม่มีเครื่องหมาย อย.
6. แผนแก้ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้กินอาหารเหมาะสมและเพียงพอ

ชื่อแผน แก้ปัญหาประชาชนติดสุรา  
 สถานที่ หมู่ 3 บ้านหนองโจง ต.ขุนคอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่  
 ระยะเวลา 1 ปี

ปัญหา	สาเหตุของปัญหา	วัตถุประสงค์	แนวทางแก้ไข	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินผล
ประชาชนติดสุรา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เข้าสังคม</li> <li>2. ขาดความรู้</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลดปริมาณการดื่มสุรา</li> <li>2. ให้ความรู้</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กระตุ้นชาวบ้าน โดยให้ดูตัวอย่าง คนติดสุราที่มี ปัญหาสุขภาพ</li> <li>2. ให้พ่อหลวงที่เพิ่ง หายป่วยเป็นผู้ให้คำ แนะนำ</li> <li>3. ให้ความรู้ทางเสียง ตามสาย</li> <li>4. จัดอบรมชาวบ้าน</li> <li>5. ให้กลุ่มเยาวชนเป็น ผู้แนะนำ</li> </ol>	-	อสม.	<ol style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ol> <p>ตั้งกตคนดื่มสุราว่า ดื่มปริมาณน้อยลง มีคนเลิกดื่มสุรา</p>

## ชื่อแผน แก้ปัญหาประชาชนติดบุหรี่

สถานที่ หมู่ 3 บ้านหนองโง้ง ต.บุญคง อ.หางดง จ.เชียงใหม่

ระยะเวลา 1 ปี

ปัญหา	สาเหตุของปัญหา	วัตถุประสงค์	แนวทางแก้ไข	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินผล
ประชาชนติดบุหรี่	1. สูบบุหรี่ตามเพื่อน 2. เข้าสังคม 3. ขาดความรู้	1. ให้ความรู้ 2. ลดปริมาณการสูบบุหรี่	1. กระตุ้นชาวบ้าน โดยให้ตัวอย่าง คนสูบบุหรี่ที่มี ปัญหาสุขภาพ 2. ให้พ่อหลวงที่เพิ่ง หายป่วยเป็นผู้ให้คำ แนะนำ 3. ให้ความรู้ทางเสียง ตามสาย 4. จัดอบรมชาวบ้าน 5. ให้กลุ่มเยาวชนเป็น ผู้นำ	-	อสม.	- สังเกตคนสูบบุหรี่ ว่าสูบบุหรี่น้อยลง - มีคนเลิกสูบบุหรี่

ชื่อแผน แก่ปัญหาครอบครัวขาดความอบอุ่น  
 สถานที่ หมู่ 3 บ้านหนองโจง ต.ขุนคอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่  
 ระยะเวลา 1 ปี

ปัญหา	สาเหตุของปัญหา	วัตถุประสงค์	แนวทางแก้ไข	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินผล
ครอบครัวขาดความอบอุ่น	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พ่อแม่แยกกัน</li> <li>2. บางครอบครัวพ่อหรือแม่ตายจากโรคเอดส์</li> <li>3. บางครอบครัวพ่อหรือแม่แต่งงานใหม่</li> <li>4. การคบเพื่อน</li> <li>5. ดิฉันเสพติด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลดจำนวนครอบครัวที่มีปัญหาจากการขาดความอบอุ่น</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แคนนำและปรึกษาชนช่วยกันสอดส่องดูแลเด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม</li> <li>2. ให้คำปรึกษาแนวทางการปรับตัวของครอบครัว</li> <li>3. จัดโครงการรณรงค์ “ครอบครัวแสนสุข”</li> </ol>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประธานแม่บ้าน</li> <li>- พ่อบ้าน</li> </ul>	ประเมินผล ครอบครัวที่ขาดความอบอุ่นมีจำนวนน้อยลง

ชื่อแผน แก้ปัญหาประชาชนขาดความรู้เรื่องการใช้ยา  
 สถานที่ หมู่ 3 บ้านหนองโจง ต.จุนคอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่  
 ระยะเวลา 1 ปี

ปัญหา	สาเหตุของปัญหา	วัตถุประสงค์	แนวทางแก้ไข	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินผล
ประชาชนขาดความรู้เรื่องการใช้ยา	-ขาดความรู้	1. ให้ประชาชนมีความรู้ 2. เวลาเจ็บป่วยไปใช้ บริการถูกต้องตาม ระบบ	จัดอบรมชาวบ้าน โดย เชิญวิทยากรมาบรรยาย ในวันที่ชาวบ้านมีการ ประชุมหรือรวมกลุ่มกัน	-	อสม.	- สสำรวจหมู่บ้าน - ประชาชนเกินภาค น้อยลง

ชื่อแผน แก่ปัญหาประชาชนกินอาหารที่ไม่เครื่องหมาย อย.  
สถานที่ หมู่ 3 บ้านหนองโจง ต.บุษคง อ.หางดง จ.เชียงใหม่

ระยะเวลา 1 ปี

ปัญหา	สาเหตุของปัญหา	วัตถุประสงค์	แนวทางแก้ไข	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินผล
ประชาชนรับประทาน อาหารที่ไม่มีเครื่อง หมาย อย.	- ขาดความรู้	1. ให้ประชาชนมีความรู้ 2. ประชาชนเลือกรับ ประทานอาหารที่มี เครื่องหมาย อย.	1. ให้เจ้าหน้าที่สา ธารณสุขมาแนะนำ 2. เอาตัวอย่างอาหารที่ มีเครื่องหมาย อย. มาให้ชาวบ้านดู	-	ประชาชนกลุ่มแม่บ้าน	- ดำรวจหมู่บ้าน - ประชาชนรับประทาน อาหารที่มีเครื่องหมาย อย. มากขึ้น



ชื่อแผน แก้ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้นิทานอาหารเหมาะสมและเพียงพอ

สถานที่ หมู่ 3 บ้านหนองโจง ต.ชุมคง อ.หางดง จ.เชียงใหม่

ระยะเวลา 1 ปี

ปัญหา	สาเหตุของปัญหา	วัตถุประสงค์	แนวทางแก้ไข	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินผล
หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้นิทานอาหารเหมาะสมและเพียงพอ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผักท้องฟ้า</li> <li>2. ขาดความรู้</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หญิงตั้งครรภ์ไปฝากท้องตั้งแต่เริ่มรู้ว่าท้อง</li> <li>2. หญิงตั้งครรภ์รู้จักดูแลตัวเองและกินอาหารเหมาะสมและเพียงพอ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กระตุ้นให้ไปฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มท้อง</li> <li>2. ให้ความรู้โดย อสม. และใช้สื่อต่าง ๆ ในการให้ความรู้</li> <li>3. จัดประกวดแม่ตัวอย่าง</li> </ol>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อสม.</li> <li>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</li> </ul>	<p>ประเมินผล</p> <p>ใน 1 ปี มีแม่ตัวอย่างในหมู่บ้านอย่างน้อย 1 คน</p>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของแกนนำ

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของแกนนำชุมชนจำแนกตามการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย (N = 8)

การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	มี						ไม่มี	
	มาก		ปานกลาง		น้อย		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การรวบรวมข้อมูล</b>								
1. ข้อมูล จปฐ. ปี 2542	6	75	1	12.5	1	12.5	0	0
2. ข้อมูลสุขภาพตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ	6	75	2	25	0	0	0	0
3. ข้อมูลสุขภาพ	7	87.5	1	12.5	0	0	0	0
<b>การระบุปัญหา</b>								
4. การระบุปัญหาสุขภาพของประชาชน	7	87.5	1	12.5	0	0	0	0
5. การปรึกษากับเพื่อนบ้านหรือชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ หรือผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน	8	100	0	0	0	0	0	0
<b>การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ</b>								
6. แสดงความคิดเห็นในการลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของประชาชน	6	75	2	25	0	0	0	0
<b>การเขียนแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ</b>								
7. กำหนดวัตถุประสงค์	5	62.5	2	25	1	12.5	0	0
8. กำหนดเป้าหมาย	4	50	3	37.5	1	12.5	0	0
9. กำหนดวิธีการดำเนินงาน	4	50	3	37.5	1	12.5	0	0
10. กำหนดกิจกรรม	4	50	3	37.5	1	12.5	0	0
11. กำหนดบุคลากร/ทรัพยากร/เวลา/แหล่งประโยชน์/ผู้รับผิดชอบ	5	62.5	2	25	1	12.5	0	0
12. กำหนดวิธีประเมินผล/เกณฑ์	4	50	3	37.5	1	12.5	0	0
13. การทำความเข้าใจแผนทั้งหมด	5	62.5	3	37.5	0	0	0	0
14. การรับผลประโยชน์จากการทำแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ	7	87.5	1	12.5	0	0	0	0

ตารางที่ 10 แกนนำทุกคนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการวางแผน โดยพบว่าขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล แกนนำชุมชนส่วนมากมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพร้อยละ 87.5 ส่วนการรวบรวมข้อมูล จปฐ. และข้อมูลสุขภาพตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 75 ขั้นตอนการระบุปัญหาพบว่าแกนนำทุกคนร้อยละ 100 มีส่วนร่วมมากในการปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้านหรือชุมชนหรือเจ้าหน้าที่หรือผู้นำชุมชน เกี่ยวกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน และมีส่วนร่วมมากในการระบุปัญหาสุขภาพของประชาชน คิดเป็นร้อยละ 75 สำหรับขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพแกนนำมีส่วนร่วมมากในการอภิปรายและแสดงความคิดเห็น คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนการเขียนแผนงานแก้ไขปัญหาคิดเป็นร้อยละ 87.5 ส่วนการกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดบุคลากร/ทรัพยากร/เวลา/แหล่งประโยชน์/ผู้รับผิดชอบ และการทำความเข้าใจแผนทั้งหมดมีร้อยละ 62.5 เท่ากัน

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของแกนนำชุมชนจำแนกตามประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผน

ประสบการณ์การวางแผน	มาก		ปานกลาง		น้อย/ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้เรื่องการวางแผน	5	62.5	3	37.5	0	0
2. เคยวางแผนแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน	5	62.5	3	37.5	0	0
3. มีความรู้เพิ่มขึ้นหลังจากการวางแผนครั้งนี้	7	87.5	1	12.5	0	0
4. การนำความรู้ในการวางแผนครั้งนี้ไปใช้กับหมู่บ้านของท่าน	3	37.5	5	62.5	0	0

ตารางที่ 11 แกนนำชุมชนมีประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนโดยมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังจากการวางแผนในครั้งนี้มาก ร้อยละ 87.5 สำหรับประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องการวางแผนและเคยวางแผนแก้ไขปัญหาของหมู่บ้านมีมากร้อยละ 62.5 เท่ากัน ส่วนการนำความรู้ในการวางแผนครั้งนี้ไปใช้กับหมู่บ้านมีมาเพียงร้อยละ 37.5

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย หมู่ 3 บ้านหนองโจง ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542- เมษายน 2543 เป็นการวิจัยที่ประยุกต์รูปแบบของการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูลของหมู่บ้าน การระบุปัญหาสุขภาพอนามัยของหมู่บ้าน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการวางแผนงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ แกนนำชุมชนจำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (แบบสำรวจ จปฐ.) แบบสอบถามการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ แบบสอบถามภาวะสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย แบบบันทึกแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ 1) การเตรียมพื้นที่ชุมชน โดยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือในการปฏิบัติงานกับผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล 2) อบรมแกนนำจำนวน 8 คน เรื่องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน 3) แกนนำที่ได้รับการอบรมทำการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวในหมู่บ้านตามแบบสำรวจ จปฐ. และสัมภาษณ์ประชาชนในแต่ละครัวเรือนตามแบบสอบถามการปฏิบัติตนตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ และสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย 4) แกนนำร่วมกับผู้วิจัยวิเคราะห์และสรุปปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน 5) ประเมินการมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยตามแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สรุปผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย จากการประเมินแกนนำจำนวน 8 คน พบว่ามีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยดังนี้ การรวบรวมข้อมูล แกนนำมีส่วนร่วมมากในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพร้อยละ 87.5 ข้อมูลสุขภาพตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติและข้อมูล จปฐ. 2542 ร้อยละ 75 เท่ากัน การระบุปัญหาพบว่าแกนนำมีส่วนร่วมมากในการปรึกษาปัญหากับเพื่อนบ้านหรือชุมชนหรือเจ้าหน้าที่หรือผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการหาแนว

ทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านร้อยละ 100 และการระบุปัญหาสุขภาพของประชาชน ร้อยละ 75 การเขียนแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ แกนนำมีส่วนร่วมมากในการกำหนดวัตถุประสงค์และ กำหนดบุคลากร/ทรัพยากร/เวลา/แหล่งประโยชน์/ผู้รับผิดชอบ ร้อยละ 62.5 เท่ากัน ส่วนการกำหนด วัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีการดำเนินงาน กิจกรรม รวมทั้งวิธีประเมินผล/เกณฑ์ แกนนำมีส่วนร่วม มากเท่ากัน ร้อยละ 50

2) สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชน จากการมีส่วนร่วมของแกนนำในการรวบรวม ข้อมูล พบว่าได้ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวจำนวน 48 ชุด คิดเป็นร้อยละ 58.47 เป็นแบบสำรวจที่ สมบูรณ์เพียง 18 ชุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 ของแบบสำรวจที่ได้รับคืน แบบสอบถามการปฏิบัติตนของ สมาชิกในครอบครัวตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการได้รับคืน 74 ชุด คิดเป็นร้อยละ 87.06 เป็น แบบสำรวจที่สมบูรณ์เพียง 50 ชุดคิดเป็นร้อยละ 67.57 ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน แบบสอบถาม ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชนได้รับคืน 73 ชุด คิดเป็นร้อยละ 85.88 และเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทุกชุด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวตาม เกณฑ์ จปฐ. 39 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์เพียง 9 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 23.08 ไม่ผ่านเกณฑ์ 30 ตัวชี้วัดคิดเป็น ร้อยละ 76.92 ข้อมูลการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ มี การปฏิบัติมากที่สุดในเรื่องอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน ร้อยละ 99.43 เท่ากัน ส่วนการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งพบมีการปฏิบัติน้อยที่สุด ร้อยละ 68.18 สำหรับความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ ตัวแทนสมาชิกของครัวเรือนเคยได้รับความรู้ ร้อยละ 72 โดยได้รับความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุดร้อยละ 47.22 ข้อมูล สุขภาพและการเจ็บป่วยพบว่าสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 26.23 รองลงมา อายุ 40-44 ปี ร้อยละ 16.38 และพบว่าส่วนใหญ่เจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 67.16 โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคระบบประสาทร้อยละ 17.77 ส่วนการเจ็บป่วยเฉียบพลันร้อยละ 32.84 โรคที่พบมากที่สุดคือ ไข้ ไขหวัด ปวดศีรษะร้อยละ 95.45 การดูแลเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ และสามารถทำงานได้ตามปกติจะ ไปรับการรักษาที่สถานอนามัยร้อยละ 46.57 รองลงมาไปคลินิกร้อยละ 17.81 การดูแลเมื่อเจ็บป่วยต้อง นอนพักและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป เช่น โรงพยาบาลนคร พิงค์ ร้อยละ 42.46 รองลงมาไปสถานอนามัยร้อยละ 22.29 การช่วยเหลือของชุมชนเมื่อเจ็บป่วยจะ ช่วยนำส่งโรงพยาบาลร้อยละ 67.12 รองลงมาไปเยี่ยมเยียนบ่อย ๆ ร้อยละ 60.27

จากข้อมูลดังกล่าวแกนนำได้พิจารณาถึงปัญหาสุขภาพอนามัยโดยมีผู้วิจัยให้คำปรึกษา แกนนำได้ระบุปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนจำนวน 11 ปัญหา จากปัญหาที่แกนนำระบุนี้ได้มีการจัด ลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อนำมาเขียนแผนแก้ไขปัญหามีจำนวน 6 ปัญหา เรียงตามลำดับความ สำคัญ ดังนี้ 1) ประชาชนติดสุรา 2) ประชาชนติดบุหรี่ 3) ครอบครัวไม่อบอุ่น 4) ประชาชนขาดความ



รู้เรื่องการใช้จ่าย 5) ประชาชนกินอาหารที่ไม่เครื่องหมาย ออ. 6) หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอมีผลให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม แคนนำได้ร่วมกันเขียนแผนแก้ปัญหาจำนวน 6 แผน ตามปัญหาที่ได้จัดลำดับความสำคัญไว้

### การอภิปรายผล

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของแกนนำในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย พบว่าแกนนำทุกคนมีส่วนร่วมมากในทุกขั้นตอน ดังนี้ การรวบรวมข้อมูล การระบุปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการเขียนแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ แต่จากการศึกษาของจิระพัฒน์ หอมสุวรรณ (2539) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมสภาตำบลพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุดในการวางแผนแก้ไขปัญหา และการศึกษาของทรงพล ทรงจำ (2541) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารงานวิชาการ โรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่าลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเพียงการให้ความร่วมมือ สนับสนุนด้านวัสดุและงบประมาณในสิ่งที่โรงเรียนขอมาแต่การร่วมวางแผนหรือร่วมบริหารมีเป็นส่วนน้อย แต่การวิจัยครั้งนี้พบว่าแกนนำมีส่วนร่วมมากในทุกขั้นตอน อธิบายได้ว่าผู้วิจัยได้มีการเตรียมแกนนำโดยการอบรมให้ความรู้ เรื่อง “การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน” ซึ่งเป็นการเตรียมผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับชุมชนให้มีความรู้ความสามารถในการทำงานกับชุมชน รวมทั้งมุ่งเน้นที่จะช่วยให้ชุมชนสามารถช่วยตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527) การอบรมเป็นวิธีที่ใช้ในการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในความรับผิดชอบได้ดียิ่งขึ้นในช่วงระยะเวลาอันสั้น (กันยา กาญจนนุรานนท์, 2526) จากการศึกษาการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่สถานีอนามัยโดยจัดการอบรมประชาชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หลังจากดำเนินงานมาได้ 1 ปี อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจนเห็นได้ชัด (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540) นอกจากนี้เรื่องของเวลาที่เป็นปัญหาในการทำงานร่วมกับชาวบ้าน (กรรณิการ์ พงษ์สนธิและคณะ, 2541) เนื่องจากชาวบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ตารางที่ 5) กลับถึงบ้านประมาณ 17.00 น. และต้องดูแลครอบครัว การประชุมร่วมกันก็จะเป็นเวลาที่ชาวบ้านเสร็จจากภาระกิจของครอบครัวแล้ว ถึงแม้จะไม่ใช้เวลาการปฏิบัติงานตามปกติของผู้วิจัยก็ตามแต่ก็จัดเวลาเพื่อเข้าไปพบกับแกนนำตามเวลาที่แกนนำสะดวก ทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ พงษ์สนธิและคณะ (2541) เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ คือ “เวลา” ที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างสมาชิกในชุมชนและทีมปฏิบัติงาน



การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ จะทำได้ก็โดยการค้นหาปัญหาและความต้องการอันแท้จริงของประชาชนจากประชาชน มิใช่ให้คนภายนอกชุมชนบอกถึงปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน (ยูวัฒน์ วุฒิเมธี, 2534) ซึ่งจากการวิจัยนี้ถึงแม้จะพบว่าปัญหาสุขภาพที่ไม่ผ่านเกณฑ์ถึง 30 ข้อ แต่แกนนำได้ร่วมกันพิจารณาว่าเป็นปัญหาของหมู่บ้านเพียง 6 ข้อเพื่อนำมาเขียนแผนแก้ไขปัญหาดังนั้นจะพบว่าการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนจำเป็นต้องใช้หลักในการทำงานร่วมกับประชาชนในหลายๆ ด้าน ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน รวมทั้งการได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน และถึงสำคัญที่สุดคือเวลาที่เหมาะสมกับความพร้อมของชุมชน

#### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลานานเนื่องจากต้องจัดเวลาดำเนินงานให้สอดคล้องกับความพร้อมของชุมชน
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนากลุ่มแกนนำที่มีคุณสมบัติเฉพาะตัว ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลเฉพาะกลุ่มศึกษาเท่านั้น
3. กลุ่มแกนนำยังขาดประสบการณ์การเขียนแผน ทำให้การเขียนแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร
4. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ให้แกนนำมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูล ฉะนั้นข้อมูลบางส่วนที่ไม่สมบูรณ์จึงไม่นำมาวิเคราะห์

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลและวิธีการไปวางแผนดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง
2. ควรเน้นให้แกนนำทำงานเป็นกลุ่ม ถ้ามีปัญหาในการทำงานจะได้ช่วยกันแก้ไขหรือคนที่รู้จะได้ให้คำแนะนำได้

### บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2542). รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1).  
 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนเพิ่มเสริมกิจ.
- กรรณิการ์ พงษ์สนิทและคณะ. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต. เชียงใหม่ :  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2539). เอกสารอัดสำเนา เรื่อง การประสานงานแผน/กิจกรรมการป้องกันและ  
 ควบคุมโรคไม่ติดต่อภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข.  
 กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2542). “สุขบัญญัติแห่งชาติหนทางนำไปสู่การมีสุขภาพดี”.  
 หมอชาวบ้าน, 20(239), 26-27.
- คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท (พชช.). (2542). รายงาน  
 คุณภาพชีวิตของคนไทยจากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2541. กรุงเทพฯ :  
 หจก.เพิ่มเสริมกิจ.
- จีระพัฒน์ หอมสุวรรณ. (2539). การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล : กรณีศึกษา  
 สภาตำบลในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนา  
 สังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจริญศรี แซ่ตั้ง. (2542). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า บ้านต้นช้างมูบ  
 ตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระสาขารัฐศาสตร์  
 มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉลาดชาย รมิตานนท์. (2527). สภาพทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรมของสังคมหมู่บ้าน  
 ชนบทกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาวิเคราะห์หมู่บ้านภาคเหนือ. ใน ทวีทอง  
 หงษ์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ.). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. (หน้า 29). กรุงเทพฯ :  
 ศักดิ์โสภารพิมพ์.
- ชมนาด พงนามาตร์. (2536). กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาล  
 สาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลอศรี แดงเปี่ยม. (2526). การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาล  
 สาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดรุณี ทายะดี. (2541). “การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา” ใน การพยาบาลอนามัยชุมชน 1.  
 เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ดำรงค์ บุญเย็น. (2525). แนวความคิดและหลักการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ.). (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภารพิมพ์.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2531). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1. 12-15 กันยายน 2531 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และลือชัย ศรีเงินยวง. (2533). ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีศักดิ์ เสวตเสรณี และคณะทำงานระดับอำเภอและตำบล. (2530). เทคนิคการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทรงพล ทรงจำ. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารงานวิชาการโรงเรียนมัธยมศึกษา : กรณีศึกษาโรงเรียนฝายกวางวิทยาคม. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนัย พิริยาสันติ. (2537). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสถาบันชุมชน : กรณีศึกษากลุ่มออมทรัพย์เพื่อการเกษตรบ้านทุ่งมน จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัช เบญจาทิกุล. (2529). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ามีส่วนร่วมของชาวเขาในการพัฒนา : กรณีศึกษาหมู่บ้านชาวเขาชนเผ่าเลีศการประกวดหมู่บ้านพัฒนาตัวอย่างของศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- บังอร ฤทธิภักดี. (2528). การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บารมี ขุนนิรงค์. (2541). การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการประมงหมู่บ้าน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมการเกษตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนิชฐา พานิชชีวะกุล และคณะ. (2531). การประเมินผลกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

- พูลสุข หิงคานนท์. (2541). ความร่วมมือ : บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาสุขภาพ. วารสารสภาการพยาบาล, 13(2), 23-26.
- เฟื่องฟ้า คณานุรักษ์. (2530). ปัญหาและข้อจำกัดของพัฒนากรในการทำงานพัฒนาชุมชนตามหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน : ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข. (2538). รายงานการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1. ตอนที่ 6 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2538, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เมธี จันทร์จารุภรณ์ และสุธิดา รัตนวณิชช์พันธ์. (2541). วิทยากรชุมชน : การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ระหว่างประชาชน. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง. นครสวรรค์ : สุขุมและบุตร.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2534). การพัฒนาชุมชนจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบลิ๊อค.
- วารภรณ์ สระมัจฉา. (2541). ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีระพล สุวรรณนันต์. (2534). หลักและเทคนิคการวางแผน (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : ไทยพีริเมียร์พรินติ้ง.
- สนชยา พลศรี. (2537). กระบวนการพัฒนาชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โอ เอส พรินติ้ง.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2538). เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง แนวคิดและทิศทางการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2527). ชุมชนหัวใจของงานพัฒนา. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2540). การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การส่งเสริมการค้าหน้ค้าผ่านศึก.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2536). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2538). รายงานประจำปี. เชียงใหม่.

อดิน รพีพัฒน์. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรม  
ปัจจุบัน. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ.), การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา  
(หน้า 100). กรุงเทพฯ : สักคิโสภาคการพิมพ์.

John M. Cohen and Norman T. Uphoff. (1980). Participation's Place in Rural Development : Seeking  
Clarity through Specificity. **World Development**, 8(3), 213-235.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

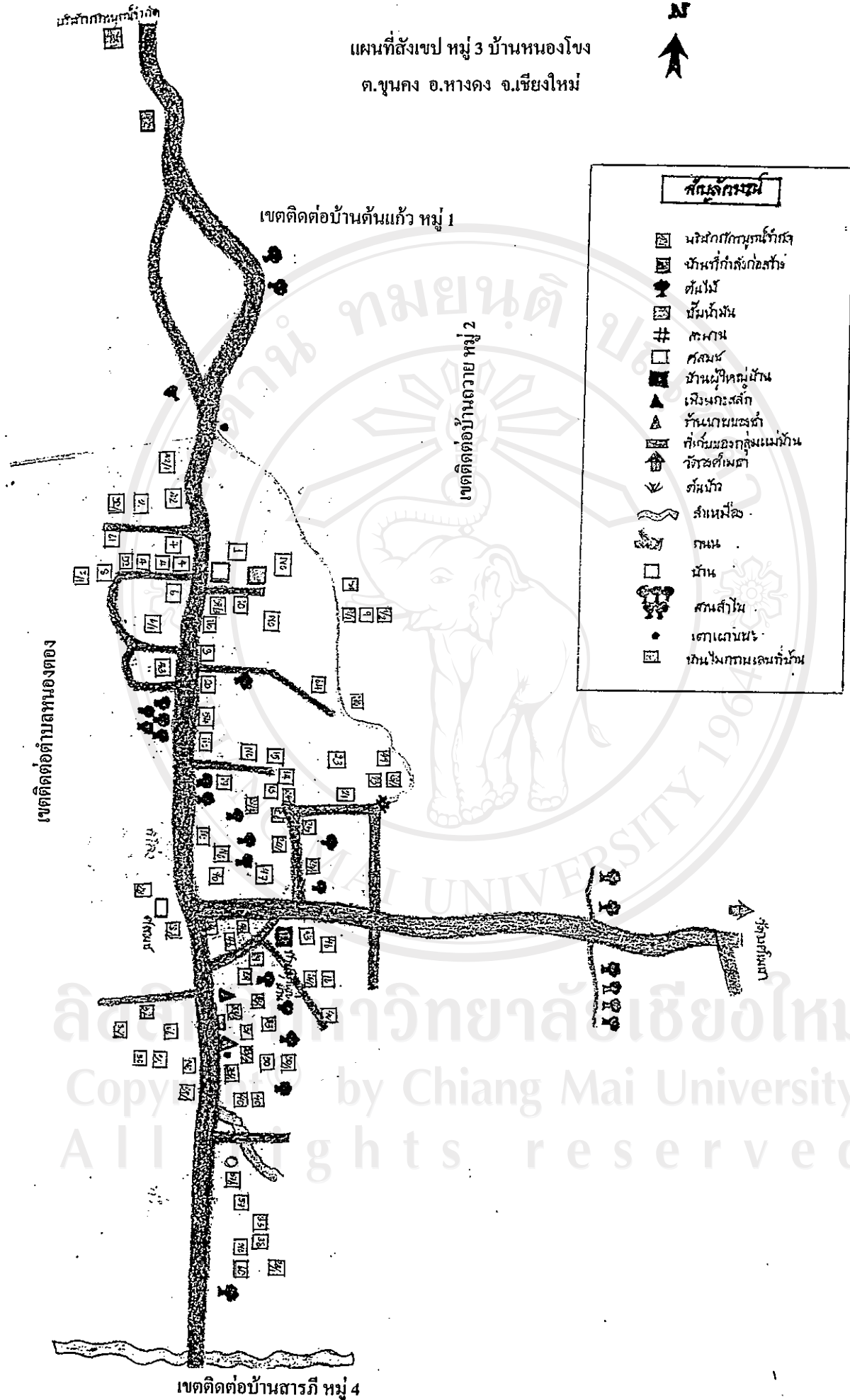
All rights reserved



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved



แผนที่สังเขป หมู่ 3 บ้านหนองไข  
ต.ขุนคอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่



สัญลักษณ์	
	นวมักเกิดบุญแม่แก้ว
	บ้านที่ทำการก่อสร้าง
	ต้นไม้
	บึงน้ำฝน
	ค.พ.น
	ศาล
	บ้านผู้ใหญ่ม่าน
	เขื่อนกั้นน้ำ
	บ้านกษัตริย์
	ที่เก็บของกุ่มแม่แก้ว
	วัดศรีเมตตา
	ต้นน้ำ
	ลำเหมือง
	ถนน
	บ้าน
	สวนสำเภา
	เสาเตาเผา
	เขื่อนกั้นถนน

## กำหนดการอบรม

เรื่อง “ การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน “

วันที่ 23 พฤษภาคม 2542

ณ สถานีอนามัยขุนคอง ต.ขุนคอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่

8.30 – 9.00 น.	ลงทะเบียน
9.00 – 9.15 น.	พิธีเปิดการอบรม โดย คุณบังอร สุวรรณวงศ์
9.15 – 10.00 น.	บรรยาย “การทำงานเป็นทีม” โดย รศ.กรรณิการ์ พงษ์สนธิ อ.ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล
10.00 – 10.15 น.	พัก รับประทานอาหารว่าง
10.15 – 11.00 น.	บรรยาย “ความสำคัญของปัญหาสุขภาพอนามัย” โดย ผศ.ชูศรี วงศ์เครือวัลย์
11.00 – 12.00 น.	บรรยาย “ความร่วมมือของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย” โดย อ.ดรุณี ทายะติ
12.00 – 13.00 น.	พัก รับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.00 น.	บรรยาย “วิธีการแก้ไขปัญหา” โดย อ.เดชา ทำดี อ.วันเพ็ญ ทรงคำ
14.00 – 14.15 น.	พัก รับประทานอาหารว่าง
14.15 – 15.45 น.	บรรยาย “การเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้แบบสอบถาม” โดย อ.สุพรรณ สติโรวาส อ.สุชาดา เหลืองอากาศ
15.45 – 16.00 น.	สรุปการอบรม
16.00 น.	ปิดการอบรม

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางครุณี ทายะติ  
 คุณวุฒิสูงสุด สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534  
 ตำแหน่ง อาจารย์ ระดับ 7 ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่

1. การสำรวจข้อมูลจำเป็นพื้นฐานของประชาชนในพื้นที่ปฏิบัติงานโครงการหลวงแกน้อย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่, 2539
2. การพัฒนาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ บ้านช่วงสิงห์ หมู่ 3 ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่, 2543

ชื่อ นางสาวดา เหลืองอาภาวงศ์  
 คุณวุฒิสูงสุด วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต  
 ตำแหน่ง อาจารย์ ระดับ 7 ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่

1. การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กวัยทารกถึงวัยก่อนเรียนในจังหวัดสงขลา, 2530
2. การศึกษาเปรียบเทียบโดยการใช้สไลด์เทปโปรแกรมกับการสอนแบบสาธิต, 2533
3. ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี, 2542

ชื่อ นางสาวประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล  
 คุณวุฒิสูงสุด Master of Public Health (M.P.H.), University of the Philippines, 1986.  
 ตำแหน่ง อาจารย์ ระดับ 7 ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่

1. การประเมินผลกระทบเบื้องต้น โครงการอบรมผดุงครรภ์โบราณใน 4 จังหวัดภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล), 2530
2. การศึกษาการใช้ผดุงครรภ์โบราณในประเทศไทย, 2535
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต, 2541
4. การพัฒนาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ บ้านช่วงสิงห์ หมู่ 3 ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่, 2543

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 Copyright © by Chiang Mai University  
 All rights reserved