

การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

โดย

นางสาวพัชรินทร์ สมบูรณ์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974 – 653 – 982 – 5

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

PARTICIPATION IN HEALTHY THAILAND PROJECT OF PUBLIC HEALTH
VOLUNTEERS, DISTRICT OF BO PHLOI, KANCHANABURI PROVINCE

By

Patcharin Somboon

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF ARTS

Department of Psychology and Guidance

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2004

ISBN 974 – 653 – 982 – 5

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี” เสนอโดย นางสาวพัชรินทร์ สมบูรณ์ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราวรรณ คงคล้าย)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลวิ ประเสริฐสุข

2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล พยอมรัมย์

3. รองศาสตราจารย์ ลิจิต กาญจนารักษ์

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ นันทิกา เข้มสรวล)

...../...../.....

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลวิ ประเสริฐสุข)

...../...../.....

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล พยอมรัมย์)

...../...../.....

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ลิจิต กาญจนารักษ์)

...../...../.....

.....กรรมการ

(นางสาวลลิกา วรหาญ)

...../...../.....

K45256313 : สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม / โครงการเมืองไทยแข็งแรง / ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง / การดูแล

สุขภาพตนเอง / การได้รับการสนับสนุนทางสังคม / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พัชรินทร์ สมบูรณ์ : การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี (PARTICIPATION IN HEALTHY THAILAND PROJECT OF PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS, DISTRICT OF BO PHLOI, KANCHANABURI PROVINCE)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร.นวลนวิ ประเสริฐสุข, รศ.ดร.สุรพล พยอมรัมย์ และรศ.ลลิต

กาญจนารณ์. 153 หน้า. ISBN 974 – 653 – 982 – 5

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี 2) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่าง 3) อิทธิพลของความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 267 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก

2. การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อจำแนกตามระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ไม่พบความแตกต่าง

3. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 38.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2547

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ 1. 2. 3.

K45256313 : MAJOR : COMMUNITY PSYCHOLOGY

KEY WORD : PARTICIPATION / HEALTHY THAILAND PROJECT / KNOWLEDGE IN
HEALTHY THAILAND PROJECT / SELF – CARE / SOCIAL SUPPORT /
PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS

PATCHARIN SOMBOON : PARTICIPATION IN HEALTHY THAILAND PROJECT
OF PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS, DISTRICT OF BO PHLOI, KANCHANABURI PROVINCE.

THESIS ADVISORS : ASST. PROF. NUANCHAVEE PRASERTSUK, Ph.D., ASSOC. PROF.

SURAPOL PAYOMYAM, Ph.D., AND ASSOC. PROF. LIKHIT KARNCHANAPORN. 153 pp.

ISBN 974 – 653 – 982 – 5

The purposes of this research were 1) to study the samples' level of knowledge in Healthy Thailand Project, self – care, social support and participation in Healthy Thailand Project of public health volunteers 2) to compare participation in Healthy Thailand Project level among age groups, educational background, occupations, family income, volunteer period and member of care houses 3) to study knowledge in Healthy Thailand Project, self – care and social support as the predictors of participation in Healthy Thailand Project. Sample consisted of 267 public health volunteers District of Bo phloi, Kanchanaburi Province, formed by a stratified random sampling technique. Constructed questionnaires were used to collect data. The data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, t-test, One-Way ANOVA and the Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results were :

1. The samples' level of knowledge in Healthy Thailand Project were at the moderate level, self – care, social support and participation in Healthy Thailand Project of public health volunteers were at the upper level.
2. There was significantly difference at .05 level between the samples' participation in Healthy Thailand Project and volunteer period.
3. Social support, knowledge in Healthy Thailand Project and self – care can predict the samples' participation in Healthy Thailand Project of public health volunteers at 38.7 % with a statistical significant level of .05.

Department of Psychology and Guidance Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2004

Student's signature.....

Thesis Advisors' signature 1.2.3.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลวิ
ประเสริฐสุข รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล พยอมแย้ม รองศาสตราจารย์ ลิขิต กาญจนภรณ์
และรองศาสตราจารย์นันทิกา เข้มสรวล ที่ให้คำปรึกษาแนะนำการเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัย
ซาบซึ้งในพระคุณเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณสาธิตา วรหาญ นักวิชาการสาธารณสุข 8 สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดกาญจนบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณาแก่ผู้วิจัยในการให้คำแนะนำและตรวจสอบการ
เขียนนิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ รวมทั้งพี่ ๆ ทุกคนที่เสียสละและเป็นกำลังใจในการ
ศึกษาด้วยดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณเพื่อนๆ นักศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน (ภาคพิเศษ รุ่นที่ 2) ทุกคนที่
เป็นกำลังใจให้อย่างสม่ำเสมอ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอพลอยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน บริบูรณ์ตาม
ความเป็นจริงซึ่งทำให้การวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขออุทิศบูชาพระคุณบิดา มารดา
คณาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่มอบสิ่งที่มีคุณค่าในชีวิตให้ผู้วิจัยได้พบกับความสำเร็จ
อย่างที่ตั้งใจหวัง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ปัญหาการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ข้อดกมลเบื่องค้ัน.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
โครงการเมืองไทยแข็งแรง.....	11
การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง.....	34
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	38
บทบาทหน้าท้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	
กับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง	47
การดูแลสุขภาพตนเอง.....	55
การสนับสนุนทางสังคม.....	61
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	66
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	74
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	75
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	75
ตัวแปรที่ศึกษา.....	77
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	78

บทที่	หน้า
การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ.....	81
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	87
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง	
การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	
และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของ	
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย	
จังหวัดกาญจนบุรี.....	89
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการ	
เมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	
อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอายุ ระดับการศึกษา	
อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร	
และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน.....	90
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ความรู้ในโครงการเมืองไทย	
แข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุน	
ทางสังคมที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการ	
เมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	
อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี.....	96
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	99
สรุปผลการวิจัย.....	100
อภิปรายผลการวิจัย.....	102
ข้อเสนอแนะของการวิจัย.....	112
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	112
ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งต่อไป.....	113
บรรณานุกรม.....	114

	หน้า
ภาคผนวก.....	121
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	122
ภาคผนวก ข คะแนนของแบบสอบถามจำแนกรายข้อ..... ..	135
ภาคผนวก ค ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม.....	146
ประวัติผู้วิจัย.....	153

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงเส้นทางสู่เมืองไทยแข็งแรง.....	15
2	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี.....	76
3	แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	87
4	แสดงร้อยละของระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี.....	89
5	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าระดับของการดูแลสุขภาพ ตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี	90
6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับ ของการมีส่วนร่วม ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ.....	91
7	แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการ เมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ.....	91
8	แสดงการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	92
9	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับ ของการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอาชีพ.....	92

10	แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการ เมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอาชีพ.....	92
11	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับ ของการมีส่วนร่วม ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรีจำแนกตามรายได้.....	93
12	แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการ เมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามรายได้.....	93
13	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับ ของการ มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครที่แตกต่างกัน.....	94
14	แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทย แข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครที่แตกต่างกัน.....	94
15	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของการมีส่วนร่วมในโครงการ เมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครแตกต่างกัน.....	95
16	แสดงการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ แตกต่างกัน.....	95
17	แสดงการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ใน โครงการเมืองไทยแข็งแรง(X_1) การดูแลสุขภาพตนเอง(X_2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม(X_3) และการมีส่วนร่วม ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง(Y)ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี.....	96

18	แสดงการวิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถทำนุบำรุงมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตาม ลำดับความสำคัญของการนำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis).....	97
----	---	----

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไทยทุกคน คนไทยทุกคนต้องมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพดีได้อย่างแท้จริงและเท่าเทียมกัน โดยรัฐมีหน้าที่กำหนดกรอบ นโยบาย ระบบโครงสร้าง กลไก กติกา กำกับดูแล สร้างโอกาส และสนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิที่จะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างแท้จริง ทัวถึง และเสมอกัน การมีสุขภาพดีต้องเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพ ใช้การสร้างสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยมีการซ่อมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์เชิงรับ การรูกเพื่อการสร้างสุขภาพคือ การทำทุกวิถีทางเพื่อไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วยและล้มตายโดยไม่จำเป็น มีความสามารถและมีโอกาสในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้จริง (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย 2544 : 9-10) ซึ่งหลักของการสร้างเสริมสุขภาพนั้นประกอบด้วย 1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม 2. การมีส่วนร่วมของสาธารณะ 3. การให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม 4. ลดความไม่เท่าเทียมกัน และความไม่ยุติธรรมทางสังคม และ 5. สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีทุกภาคส่วน (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2547 ก : 9-10)

รัฐบาลได้ดำเนินการทุกวิถีทางในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงจึงได้กำหนดนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชนด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ดังนั้นภายใต้้นโยบายดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มีความตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนรวมถึงดูแลสิ่งแวดล้อม โดยในปี พ.ศ. 2545 ได้ประกาศให้เป็นปีรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทยซึ่งเน้นในเรื่อง 1. การออกกำลังกาย 2. การบริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย 3. อนามัยชุมชน 4. อารมณ์ 5. การลดโรคที่สำคัญ ในปี พ.ศ. 2546 ได้ส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มทำกิจกรรมในการสร้างสุขภาพในรูปของกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพ

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันประชาชนจะมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพมากขึ้นแต่ก็ยังพบสถานการณ์ของโรคที่เป็นปัญหา เช่น อัตราตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมและเบาหวานสูงขึ้น อัตราตายจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจแม้ว่าจะลดลงแต่ก็อยู่ในระดับสูง นอกจากนั้นอัตราป่วยด้วยโรค

ใช้เลือดออกในปี 2546 มีจำนวนถึง 99.66 ต่อแสนประชากร กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบาย “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) เพื่อให้ประชาชนทุกคนในหมู่บ้านและชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพที่ดี ซึ่งแนวคิดเมืองไทยแข็งแรง เป็นแนวคิดที่จะพัฒนาให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่สะอาดและเป็นประโยชน์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข 2547 ก : 21) ซึ่งในปี 2547 กระทรวงสาธารณสุขจะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องถ่ายทอดไปยังหมู่บ้านต่าง ๆ เพื่อถือปฏิบัตินำไปสู่การเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี และเมืองไทยแข็งแรงในที่สุด

ในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นแกนกลางหรือเจ้าภาพในการดึงศักยภาพของทุกส่วนในสังคม แต่จุดแข็งของกระทรวงสาธารณสุขคือมีเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขกระจายครอบคลุมทั่วประเทศ มีบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปัจจุบันเติบโตจนเป็นประชาคมขนาดใหญ่ระดับประเทศ มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องมาตลอดระยะเวลา 20 กว่าปีที่ก่อตั้งขึ้น ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นชุมพลทางสังคมที่สำคัญที่สามารถเป็นแกนประสานและขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมได้เป็นอย่างดี กระทรวงสาธารณสุขจึงให้การสนับสนุนและพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างสุขภาพในมุมที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2547 ข : 18)

ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานเป็นงานหนึ่งในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยเริ่มตั้งแต่การให้ประชาชนในชุมชนได้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนด้วยตนเองทั้งปัญหาด้านสุขภาพและสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน กำลังวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ เพราะการสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งเกิดขึ้นที่ระดับครอบครัว หรือหมู่บ้าน บุคคลที่ให้บริการหรือช่วยเหลือประชาชนได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนและสามารถพึ่งตนเองได้ กล่าวคือการคัดเลือกบุคคลที่จะมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นการสร้างกลุ่มประชาชนในชุมชนให้มีความรู้ความสามารถด้านสาธารณสุขที่จะเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีหน้าที่สร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปในชุมชน เป็นบุคคลที่ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ใน

การปฏิบัติงานในท้องถิ่นหรือชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนดำเนินงาน รวมทั้งติดตามและประเมินผล โครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน (รัตวลัย วจนรจนา 2544 : 207-212)

ความรู้เป็นปัจจัยที่จะช่วยให้คนเรานั้นมีการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ในขณะเดียวกันจะช่วยให้เกิดความมั่นใจสามารถแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ให้กับเพื่อนบ้านที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพได้ และความรู้ยังมีส่วนทำให้บุคคลเข้าร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน (รัฐปรกรณ์ นิภานันท์ 2547) ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นเป็นตัวแทนของการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน มีบทบาทในการนำความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี การป้องกันโรคไปแนะนำให้กับคนในชุมชน และจากการศึกษาของสกวรัตน์ ลิ้มเลิศลบ (2537 : บทคัดย่อ) พบว่าความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานนั้นมีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดูแลสุขภาพตนเองก็เป็นสิ่งสำคัญเพราะการระวังรักษา ป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบส่วนบุคคล ถ้าคนเราต้องการมีสุขภาพสมบูรณ์ดีก็จำเป็นต้องทำกิจกรรมหลาย ๆ อย่างประกอบกัน ทั้งในด้านการปฏิบัติตัวหรือสุขปฏิบัติและสุนิษัยส่วนตัวรวมทั้งยังต้องมีการปฏิบัติเพื่อส่วนรวมหรือการสาธารณสุขด้วย (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย 2542 : 9) ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถ้ามีการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันแล้วก็สามารถนำการปฏิบัติไปแนะนำกับคนในชุมชนได้ นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมก็มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจากผลการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุญ (2545 : 145) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทอย่างมากต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ดังนั้นในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นตัวแทนของคนในชุมชน และอยู่ใกล้ชิดกับคนในชุมชนในการวิเคราะห์สาเหตุและที่มาของปัญหา ร่วมตัดสินใจวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม และร่วมประเมินผลของการดำเนินกิจกรรม จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขประจำปี 2546 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี เกี่ยวกับข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าสาเหตุการตายของประชาชน 5 อันดับแรกเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งสิ้น ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 31.71 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อพลอย 2547 : 6) จากปัญหาดังกล่าวรวมทั้งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดการดำเนินงานโครงการ “เมืองไทยแข็งแรง” ขึ้น อำเภอบ่อพลอย

เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีการดำเนินงานในเรื่องเมืองไทยแข็งแรง และให้ความสำคัญ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานดังกล่าว

ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้หนึ่งที่ปฏิบัติงานในชุมชน มีความเกี่ยวข้องกับ
ใกล้ชิดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และรับนโยบายในการปฏิบัติงานของกระทรวง
สาธารณสุขจึงมีความสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สาเหตุ
และที่มาของปัญหา การตัดสินใจวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล โดยศึกษาว่า
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ
รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมใน
โครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกันหรือไม่ และความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแล
สุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการ
เมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี หรือไม่
เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ต่อการพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในอำเภอบ่อพลอยให้มี
ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การ
ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาว่าความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับ
การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

ปัญหาการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี มีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงมากน้อยเพียงใด
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ได้หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน
5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน
7. ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จึงได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 802 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อพลอย 2547)

2. ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 267 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, อ้างถึงใน พงษ์รัตน์ ทวีรัตน์ 2543 : 284) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 สำหรับความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากรจำแนกตามสถานบริการสาธารณสุขและเพศ

3. ขอบเขตด้านตัวแปร ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

3.1 ตัวแปรอิสระ มีดังนี้

3.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

3.1.2 ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง

3.1.3 การดูแลสุขภาพตนเอง

3.1.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

3.2 ตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ประกอบด้วย

3.2.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุและที่มาของปัญหา

3.2.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน

3.2.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

3.2.4 ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้คำว่า โครงการเมืองไทยแข็งแรง แต่ในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจะใช้คำว่า โครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง เนื่องจากในขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขใช้ชื่อโครงการว่าโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ก่อนที่จะเปลี่ยนมาเป็นโครงการเมืองไทยแข็งแรงในปัจจุบัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โครงการเมืองไทยแข็งแรง หมายถึง โครงการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการดำเนินให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยดำเนินการในองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน คือออกกำลังกาย (Exercise) อาหาร (Diet) อารมณ์ (Emotion) การลดโรค (Disease Reduction) และอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่เดือนมกราคม 2547

2. การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง หมายถึง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วยการมีส่วนร่วมด้านการวิเคราะห์สาเหตุและที่มาของปัญหาด้านการตัดสินใจและวางแผน ด้านการดำเนินกิจกรรม และด้านการประเมินผล เพื่อให้ชุมชนบรรลุตัวชี้วัดของการดำเนินงานเรื่องออกกำลังกาย (Exercise) อาหาร (Diet) อารมณ์ (Emotion) การลดโรค (Disease Reduction) และอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment)

2.1 การมีส่วนร่วมด้านการวิเคราะห์สาเหตุและที่มาของปัญหาหมายถึง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์สาเหตุและที่มาของปัญหาในการดำเนินงานด้านออกกำลังกาย(Exercise) อาหาร(Diet) อารมณ์ (Emotion) การลดโรค (Disease Reduction) และอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment)

2.2 การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจวางแผน หมายถึง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตัดสินใจวางแผนแก้ไขปัญหาโดยเสนอกิจกรรมในการดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ชุมชนบรรลุตัวชี้วัดโครงการเมืองไทยแข็งแรงในด้านออกกำลังกาย (Exercise) อาหาร (Diet) อารมณ์ (Emotion) การลดโรค (Disease Reduction) และอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment)

2.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมายถึง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้คนในชุมชนได้มีกิจกรรมการออกกำลังกาย มีร้านจำหน่ายอาหารในชุมชนที่สามารถจำหน่ายอาหารที่ปลอดภัยปราศจากสารปนเปื้อน วิทยุชุมชนเข้าร่วมเป็นสมาชิก ทู บี นัมเบอร์วัน ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนร่วม

ในการดำเนินการในชุมชนเพื่อให้ชุมชนสามารถลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข คือโรคไข้เลือดออก ความดัน เบาหวาน และมะเร็งเต้านม ดำเนินการในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก พร้อมแนะนำให้ ผู้ดูแลเด็กเล็กมีการประเมินพัฒนาการเด็กอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง

2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตาม สรุปผลการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรมในด้าน ออกกำลังกาย (Exercise) อาหาร (Diet) อารมณ์ (Emotion) การลดโรค (Disease Reduction) และอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment)

3. ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง หมายถึง ความสามารถของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการอธิบายและตอบคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการเมืองไทย แข็งแรงได้อย่างถูกต้องทั้งในด้านการดำเนินงานและตัวชี้วัดในองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน คือ ออก กกำลังกาย (Exercise) อาหาร (Diet) อารมณ์ (Emotion) การลดโรค (Disease Reduction) และ อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งการดำเนินการใน 5 ด้านของโครงการเมืองไทยแข็งแรงตาม นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต้องมีการดำเนินการดังนี้

- **ออกกำลังกาย** ดำเนินการให้ประชาชนอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปมีการออกกำลังกายตามวัย
- **อาหาร** คือ ดำเนินการให้อาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด ได้แก่ สาร เร่งเนื้อแดง สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ ฟอร์มาลิน ยาฆ่าแมลง และตลาดสดผ่านเกณฑ์ขึ้น พื้นฐานตลาดสดน่าซื้อ
- **อารมณ์** คือ ดำเนินการให้วัยรุ่นเป็นสมาชิกทู บี นัมเบอร์วัน และมีกิจกรรม อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับดำเนินการให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน
- **การลดโรค** ดำเนินการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน และดำเนินการ ให้ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปตรวจปัสสาวะและวัดความดันโลหิตทุกปี (สำหรับกลุ่มเสี่ยงตรวจน้ำตาล ในเลือดทุกปี) ตลอดจนดำเนินการให้สตรีตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไปมีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วย ตนเองอย่างถูกต้อง
- **อนามัยสิ่งแวดล้อม** ดำเนินการให้เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีมีการเจริญเติบโตและ พัฒนาการสมวัย และสนับสนุนให้โรงเรียนผ่านเกณฑ์ขึ้นพื้นฐานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

4. การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน โรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ

4.1 การดูแลสุขภาพร่างกาย อันได้แก่ การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ดูแลร่างกายไม่ให้เจ็บป่วยด้วยการออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ ดูแลทำความสะอาดร่างกาย และเสื้อผ้า

4.2 การดูแลสุขภาพจิต อันได้แก่ มีวิธีการควบคุมและผ่อนคลายความเครียดให้กับตนเอง มองโลกในแง่ดีและมีอารมณ์ขัน มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างโดยมีเพื่อนฝูงญาติพี่น้องที่สามารถให้คำปรึกษา หรือร่วมทำกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดความสบายใจ

5. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในสิ่งที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยแบ่งเป็นด้าน ๆ คือ

5.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนดูแล เอาใจใส่ ให้กำลังใจ อันทำให้เกิดความสบายใจและมีกำลังใจในการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง

5.2 การสนับสนุนด้านวัตถุ อุปกรณ์ (Tangible support) หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของ อุปกรณ์ และการบริการที่จำเป็นอันมีผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง

5.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการช่วยเหลือในด้านการให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและการแนะแนวทางในการปฏิบัติงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อันมีผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง

6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มาดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน และได้ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี มีบทบาทในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และปฏิบัติงานในชุมชนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี (นับถึงวันเก็บข้อมูล)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ได้รับทราบถึงระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี
2. ทำให้ทราบว่า การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี อยู่ในระดับใด และมีปัจจัยอะไรที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ต่อการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในอำเภอบ่อพลอยให้ดียิ่งขึ้น
3. สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยมาพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชน ในด้านการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประเมินจุดอ่อน จุดแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งแนวทางในการแก้ไข ส่งเสริม และพัฒนางานในโครงการให้มีประสิทธิผลเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการวิจัย ดังนี้

1. โครงการเมืองไทยแข็งแรง
2. การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง
3. แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
4. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วม

ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง

5. การดูแลสุขภาพตนเอง
6. การสนับสนุนทางสังคม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โครงการเมืองไทยแข็งแรง

รัฐบาลได้ดำเนินการทุกวิถีทางในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง จึงได้กำหนดนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชนด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ดังนั้นภายใต้นโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มีความตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม โดยในปี พ.ศ. 2545 ได้ประกาศให้เป็นปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย ภายใต้ยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” เพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพและกำหนดเป้าหมายของการรณรงค์ดังนี้ พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน สนับสนุนให้เกิดชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พัฒนาให้เกิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ รณรงค์ให้ประชาชนบริโภคอาหารที่มีคุณค่า ส่งเสริมให้เกิดร้านอาหารและแผงลอยที่ได้มาตรฐาน ส่งเสริมผลิตภัณฑ์

สุขภาพชุมชนและสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน ลดอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ ควบคุมและลดโรคที่ทำให้คนไทยมีอัตราป่วยและตายสูง ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเมเร็ง โรคไข เลือดออก และโรคเอดส์ พัฒนารพศ./รพท. และรพช. รวมทั้ง สอ.เฉลิมพระเกียรติ สามารถให้บริการผู้ติดยาเสพติดด้วยเทคนิคใหม่ “จิตสังคมบำบัด”

ในปี 2546 ได้เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มทำกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ในรูปกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งได้มีการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อยหมู่บ้านละ 1 ชมรม และในปี 2545-2546 ได้มีการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพไปแล้วจำนวน 35,184 ชมรม โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนรวมกลุ่มและมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น มีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่สุก สะอาดและปลอดภัย ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นต้น

ในปี 2547 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำคัญและแผนปฏิบัติการประจำปีที่เน้นเป้าหมายการดำเนินงานในเรื่องที่สำคัญ ดังนี้ การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ การป้องกันปัญหาเสพติด โครงการทูปี้ นัมเบอร์วัน การผลิต กระจาย และการพัฒนากำลังใจคน การพัฒนาเด็กด้านสติปัญญา และอารมณ์ (IQ และ EQ) และลดปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคจากการดื่มสุราและสูบบุหรี่ การนวดแผนไทยและสมุนไพรไทย โครงการเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา มหาราชินี แก้วตาดวงใจ การพัฒนาด้านขวัญ กำลังใจและสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เร่งรัดแก้ไข ปัญหาไข้เลือดออก ลดปัญหาความเครียด และพัฒนาสุขภาพจิต ควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ การควบคุมโรคเอดส์ และในปี 2548 ประเทศไทยได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลกในการเป็นเจ้าภาพจัดประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก ครั้งที่ 6 (The 6th Global Conference on Health Promotion 2005) ในวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 และจะมีการประกาศกฎบัตรกรุงเทพมหานคร (Bangkok Charter) ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ประเทศไทยในฐานะเจ้าภาพจะต้องรับผิดชอบและจัดเตรียมรูปแบบของการพัฒนาสุขภาพดีในการประชุมดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เรียนเชิญกรมวิชาการเข้าร่วมประชุมเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับเรื่องเมืองไทยแข็งแรง จำนวน 2 ครั้ง เมื่อวันที่ 23 และ 29 ธันวาคม 2546 เพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานตามกลุ่มอายุและตัวชี้วัดความสำเร็จการดำเนินการดังกล่าวได้ผ่านการเห็นชอบในหลักการของผู้บริหารระดับสูงในการประชุมกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2547 ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยมีเป้าหมายการดำเนินงาน 5 ด้านในปี 2547 ดังนี้ 1) ออกกำลังกาย (Exercise) 2) อาหาร (Diet) 3) อารมณ์ (Emotion) 4) การลดโรค (Disease Reduction) 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) การดำเนินงานให้เน้นกิจกรรมตามกลุ่มอายุ คือ กลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน/ผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจาก

ประชาชนในบางกลุ่มต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงจนทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บและสาเหตุการตายที่สำคัญในโรคบางโรค เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ป้องกันได้หากได้รับการดูแลและป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (กระทรวงสาธารณสุข 2547 ค : 1-2)

โดยในระดับหมู่บ้านมีตัวชี้วัดดังนี้

1. ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ มากกว่าร้อยละ 60
 2. อาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด มากกว่าร้อยละ 90
 3. ตลาดสดผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานตลาดสดน่าซื้อ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
 4. วิถีรุ่มมากกว่าร้อยละ 50 เป็นสมาชิกทุปี นัมเบอร์วัน และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
 5. ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน
 6. การเกิดไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร
 7. ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ตรวจปีสภาวะและวัดความดันโลหิตทุกปีมากกว่าร้อยละ 80 สำหรับกลุ่มเสี่ยงตรวจน้ำตาลในเลือดทุกปี
 8. สตรีตั้งแต่อายุ 35 ปี ขึ้นไป มีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 80
 9. เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ 80
 10. โรงเรียนผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป
- โดยหมู่บ้านที่จะบรรลุหมู่บ้านสุขภาพดี จะต้องผ่านเกณฑ์ชี้วัดอย่างน้อย 8 ใน 10 ข้อ

สำหรับในระดับตำบลมีตัวชี้วัดดังนี้

1. มี “หมู่บ้านสุขภาพดี” อย่างน้อย ร้อยละ 75
2. ศูนย์เด็กเล็กเข้ากระบวนการศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ อย่างน้อย 1 แห่ง
3. โรงเรียนผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมากกว่าร้อยละ 50

สำหรับในระดับอำเภอมีตัวชี้วัดดังนี้

1. มี “ตำบลสุขภาพดี” อย่างน้อย ร้อยละ 50
2. ร้านอาหาร/แผงลอย ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ Clean Food Good Taste มากกว่า

ร้อยละ 40

3. มีตลาดสดนำซื้ออำเภอละ 1 แห่ง
4. โรงงานอาหารผ่านเกณฑ์ GMP 50 คะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป
5. มีศูนย์เด็กเล็กก่อนอายุ ตั้งแต่ร้อยละ 30 ขึ้นไป
6. มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ ร้อยละ 30 ขึ้นไป
7. มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง

สำหรับในระดับจังหวัดมีตัวชี้วัด คือ

มี “อำเภอสุขภาพดี” อย่างน้อย ร้อยละ 50 (กระทรวงสาธารณสุข 2547 ก : 22)

สำหรับเส้นทางสู่เมืองไทยแข็งแรง โดยสรุปดังปรากฏในตารางที่ 1

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เป้าหมาย	ตัวชี้วัดหมู่บ้าน/ ตำบล	ตัวชี้วัดอำเภอ/ จังหวัด	ทางสู่เมืองไทยแข็งแรง
ออกกำลังกาย	1. ประชากรอายุ ≥ 6 ปี ออกกำลังกายวันละ 30 นาที 3 วัน/สัปดาห์ $> 50\%$		หมู่บ้านสุขภาพดี
อาหาร	2. อาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด $> 90\%$ 3. ตลาดสดผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานตลาดสดน่าซื้อ $\geq 80\%$	1. ร้านอาหาร/แผงลอย มีมาตรฐานตามเกณฑ์ Clean Food Good Taste $> 30\%$ 2. ตลาดสดน่าซื้ออย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง 3. $\geq 50\%$ ของโรงงานอาหารผ่านเกณฑ์ GMP	75 % หมู่บ้าน ↓
อารมณื	4. $> 50\%$ วัยรุ่นเป็นสมาชิกชมรมทูปี นัมเบอร์วัน และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 5. $> 50\%$ ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน		ตำบลสุขภาพดี 50 % ตำบล ↓
การลดโรค	6. ใช้เลือดออกไม่เกิน 50 คน/แสนประชากร 7. ประชากรอายุ > 40 ปี ตรวจปีสภาวะและความดันโลหิตทุกปี $> 80\%$ กลุ่มเสี่ยง ตรวจน้ำตาลในเลือดทุกปี 8. สตรีอายุ > 35 ปี มีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง $> 80\%$		อำเภอสุขภาพดี 50 % อำเภอ ↓
อนามัยสิ่งแวดล้อม	9. $> 80\%$ ของเด็กอายุ < 6 ปี มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย ระดับตำบลมีศูนย์เด็กเล็กเข้ากระบวนการศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่อย่างน้อย 1 แห่ง 10. โรงเรียนผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ $\geq 50\%$	4. ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ $\geq 30\%$ 5. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ $\geq 30\%$ 6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง หรือในระดับจังหวัด $\geq 50\%$	จังหวัดสุขภาพดี ↓ เมืองไทยแข็งแรง Healthy Thailand 2558

ตารางที่ 1 แสดงเส้นทางสู่เมืองไทยแข็งแรง

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, “เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาพหุภาคี เรื่องเมืองไทยแข็งแรง” (ม.ป.ท., 2547), 3. (อัดสำเนา)

แนวคิดในเรื่องเมืองไทยแข็งแรงมิได้เป็นเรื่องใหม่ แต่ได้มีการดำเนินการในลักษณะนี้มาแล้วและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทุกกิจกรรมในการดำเนินงานเชิงรุกให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนตามนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันโดยใช้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค สำหรับการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่สะอาดและเป็นประโยชน์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชนซึ่งได้พยายามดำเนินการในทุกด้านพร้อมกันเป็นไปอย่างครอบคลุมตามความสำคัญในแต่ละกลุ่มอายุ ดังนั้นการดำเนินงานตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรงจะต้องเน้นย้ำการดำเนินการให้มีความเข้มข้น เข้มแข็ง ครอบคลุมในทุกภารกิจที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหารปลอดภัย ตลาดสดน่าซื้อ อาหารสะอาดรสชาติอร่อย การพัฒนาทางด้านอารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม การลดโรคที่สำคัญ การออกกำลังกาย รวมถึงเรื่องชมรมออกกำลังกายและชมรมสร้างสุขภาพ เป็นต้น โดยนำทุกกิจกรรมมาบูรณาการมีแผนปฏิบัติการที่สามารถปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเพื่อให้วัดความสำเร็จของกิจกรรมในทุกระดับ

การดำเนินงานภายใต้แนวคิดเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) เป็นการบูรณาการกิจกรรมต่างๆ ของงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร การพัฒนาด้านอารมณ์ การป้องกันและควบคุมโรค อนามัยสิ่งแวดล้อมให้เกิดในระดับพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นภาพในการพัฒนาในเชิงรุกที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การที่จะทำให้บรรลุเมืองไทยแข็งแรงได้นั้นควรเริ่มต้นจากระดับหมู่บ้าน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายไว้ร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ การบรรลุหมู่บ้านสุขภาพดีนำไปสู่ ตำบล อำเภอ จังหวัดสุขภาพดี และเมืองไทยแข็งแรงในที่สุด ดังนั้นความสำคัญของกระบวนการพัฒนาที่จะนำไปสู่เป้าหมายจึงอยู่ที่การจัดการในระดับหมู่บ้านหรืออาจกล่าวได้ว่าหมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาพดีนำไปสู่หมู่บ้านสร้างสุขภาพและเป้าหมายการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี ตามลำดับ



แผนภูมิที่ 1 แสดงกระบวนการพัฒนาสู่เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, “แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี” (ม.ป.ท. , 2547), 9.

(อัครา)

ในกระบวนการพัฒนาเพื่อให้เกิดหมู่บ้านสุขภาพดีนั้นแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ

1. การพัฒนาปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ องค์กร/กำลังคน/ภาคี เครือข่ายสุขภาพ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมมสร้างสุขภาพ ฯลฯ) ในชุมชน และการจัดการด้านทุนของชุมชน

2. การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน (process) ได้แก่ กระบวนการที่ชุมชนสามารถจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย การส่งเสริมให้วัยรุ่นเป็นสมาชิกทู ปี นัมเบอร์วัน ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม และมีกิจกรรมการสร้างสุขภาพ การตรวจปัสสาวะและความดันโลหิต สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ชุมชนจะต้องมีแผนการจัดการสุขภาพชุมชน การถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมาย และการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชนเอง

3. การพัฒนาผลผลิต/ผลลัพธ์ (output/outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการจัดกิจกรรมของชุมชน เช่น ตลาดสดน่าซื้อ ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการลดอัตราป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนและประเทศ เช่น หัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ไข้เลือดออกและมะเร็งเต้านม

ในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงประกอบด้วยการทำงานทั้ง 5 ด้านดังต่อไปนี้

1.1 การดำเนินงานด้านออกกำลังกาย

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลยุทธ์ที่สำคัญคือการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน ให้ความตระหนัก มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย นโยบายการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพจึงจำเป็นต้องดำเนินการในเชิงรุก เพราะนอกจากจะกระตุ้นให้ประชาชนมีสุขภาพดีแล้วรัฐบาลยังสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ด้วย ด้วยความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างสุขภาพและเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการเร่งรัดแนวทางการสร้างความรู้ เทคโนโลยีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เป็นศาสตร์ทั้งสากลและภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในด้านการออกกำลังกาย ผลักดันให้เกิดเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ สร้างปัจจัยเอื้อและแรงจูงใจในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

การดำเนินงานด้านออกกำลังกาย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนคนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที และเพื่อให้ประชาชน

มีร่างกายแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคอื่น ๆ (กระทรวงสาธารณสุข 2547 ค : 25-26)

1.2 การดำเนินงานด้านอาหาร

การดำเนินงานด้านอาหาร ประกอบไปด้วยการดำเนินงานในเรื่อง อาหารปลอดภัย อาหารสะอาดรสชาติอร่อย ตลาดสดน่าซื้อ และสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (GMP) (กระทรวงสาธารณสุข 2547 ค : 27-35)

1.2.1 อาหารปลอดภัย (FOOD SAFETY)

อาหารมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ การมีสุขภาพดีของประชาชนถือเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตและการพัฒนาประเทศ การส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาพดีไม่เกิดการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รัฐต้องให้การสนับสนุน โดยในปี 2547 นี้กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่า อาหารที่ประชาชนบริโภคนั้นต้องปลอดภัยจากการปนเปื้อนของสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือส่งผลในระยะยาว ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัยจึงต้องมีระบบการดูแลควบคุมตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัยของอาหารที่ผลิตขึ้นทุกขั้นตอน ตั้งแต่วัตถุดิบ การผลิต การแปรรูป การจัดจำหน่ายจนถึงผู้บริโภค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการกำกับ ดูแล ใ้ระวังอาหารที่ผลิตและบริโภคครอบคลุมอาหารทุกประเภทที่จำหน่ายภายในประเทศให้มีความปลอดภัย ได้มาตรฐานเท่าเทียมกับสากล ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของประชาชน และนำไปสู่ครัวของอาหารโลก เพื่อให้ผู้ประกอบการมีความตั้งใจจะผลิตอาหารที่ดี มีคุณภาพ ปลอดภัยจำหน่าย ได้มีโอกาสประกาศตนเองให้ผู้บริโภคทราบ ผู้บริโภคจะสามารถเลือกซื้ออาหารที่มีความปลอดภัยจากแหล่งจำหน่ายที่มีเครื่องหมายสัญลักษณ์ “อาหารปลอดภัย” (FOOD SAFETY) และกระตุ้นให้มีการแข่งขันด้านคุณภาพและความปลอดภัยของการผลิตอาหารเพื่อส่งเสริมพัฒนา และยกระดับการผลิตอาหารที่จำหน่ายให้ประชาชนได้บริโภคทุกพื้นที่ มีคุณภาพปลอดภัยมากขึ้น และส่งเสริมการท่องเที่ยว เพื่อสนับสนุนโครงการตลาดน่าซื้อ และอาหารสะอาดรสชาติอร่อยของกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อกระจายงานในส่วนภูมิภาคและองค์กรส่วนท้องถิ่นในการดูแลความปลอดภัยของอาหารในพื้นที่ของตนเอง

แนวทางในการดำเนินงานนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการดังนี้

1. ประชุมประสานแผนและประชาสัมพันธ์โครงการให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง

ทราบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ประกอบการ เป็นต้น

2. รณรงค์ความปลอดภัยของอาหารทางสื่อต่าง ๆ และนำรณปฏิบัติกรเคลื่อนที่ของกระทรวงสาธารณสุขออกไปตรวจอาหารที่ตลาดสด ห้างร้าน โดยเน้นที่มีการจำหน่ายอาหารจำนวนมาก

3. เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานในพื้นที่ร่วมออกตรวจคุณภาพอาหารในตลาดสดในโครงการตลาดสดน่าซื้อ

4. ผลิตสื่อรณรงค์เพื่อให้ประชาชนเกิดการตื่นตัวในการควบคุมความปลอดภัยของอาหาร

5. เชิญชวนให้ผู้ประกอบการสมัครเข้าร่วมโครงการเพื่อขอป้ายรับรอง “อาหารปลอดภัย”(FOOD SAFETY)

6. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสุ่มลักษณะทั่วไปของสถานที่ประกอบการ และสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารมาตรวจวิเคราะห์หาสารปนเปื้อน 6 ชนิด ได้แก่ สารเร่งเนื้อแดง สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ ฟอรัมาลิน และยาฆ่าแมลงตามความเสี่ยงของสารปนเปื้อนในอาหารแต่ละชนิด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.2.2 อาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญ และมีผลกระทบต่อความเสี่ยงในการบริโภคอาหารของประชาชนชาวไทยและชาวต่างประเทศที่มาปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในประเทศไทย เช่น ติดต่อธุรกิจ และท่องเที่ยว เป็นต้น ถ้าหากการบริการอาหารให้แก่ผู้บริโภคไม่สะอาด ปลอดภัยก็จะทำให้ผู้บริโภคอาจเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อก็ได้ อันจะก่อให้เกิดผลกระทบในเชิงลบอย่างรุนแรงต่อธุรกิจการท่องเที่ยว ธุรกิจด้านการบริการอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้นกองสุขาภิบาลอาหารและน้ำจึงได้ทำและดำเนินงานตามโครงการอาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ตั้งแต่ปี 2542 โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานในสถานที่ปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหาร อันได้แก่ ร้านจำหน่ายอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร มีการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน Clean Food Good Taste และกระจายบริการทั่วประเทศ โดยมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน คือ

1. การสร้างพหุภาคี เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน

2. การประกันสุขภาพ เพื่อเป็นการสร้างระบบการติดตาม ตรวจสอบคุณภาพ

และกระตุ้นให้ผู้ประกอบการร้านอาหารตระหนักถึงคุณภาพของอาหารและบริการ โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานในภาครัฐและเอกชน

3. การสร้างความยั่งยืน โดยการสนับสนุนให้ท้องถิ่นและผู้ประกอบการร้านอาหารมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามโครงการและแก้ปัญหาที่พบในท้องถิ่น รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพของสถานประกอบการและการบริการ

4. การประชาสัมพันธ์ เพื่อเป็นการชักชวนให้ผู้ประกอบการร้านอาหารเข้าร่วมโครงการและเผยแพร่สัญลักษณ์ Clean Food Good Taste และเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้บริโภคในเรื่องความสะอาด ปลอดภัยของอาหารที่ให้บริการ

การดำเนินงานในเรื่องอาหารสะอาดรสชาติอร่อยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงอันเนื่องมาจากการบริโภคอาหารและน้ำที่ไม่สะอาด ปลอดภัย โดยมีสาเหตุมาจากร้านจำหน่ายอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร ส่งเสริม สนับสนุนการจัดบริการอาหารที่สะอาด ปลอดภัย และถูกสุขลักษณะเพื่อให้บริการแก่ผู้บริโภคทั่วไป และเพื่อส่งเสริมให้ท้องถิ่น ผู้ประกอบการร้านอาหารในพื้นที่มีพัฒนาการในการบริการด้านอาหารและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะและปลอดภัยต่อผู้บริโภค

มหาวิทยาลัยศิลปากร จังหวัดนครราชสีมา

ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหาร

เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค ร้านอาหารจึงต้องมีการปรับปรุง และดูแลร้านอาหารให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งมีข้อกำหนดพื้นฐานทั้งหมด 15 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. สถานที่รับประทาน เติร์ม – ปรง – ประกอบอาหาร ต้องเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน
2. ไม่เตรียมปรุงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียม ปรงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.
3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองทางราชการ เช่น ทะเบียนตำรับอาหาร (อย.) เครื่องรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.)
4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง หรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่าง ๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ไม่สูงกว่า 7.2 องศาเซลเซียส
5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.
6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด

ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับจับ หรือดักโดยเฉพาะ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และต้องไม่มีสิ่งของอย่างอื่นแทรกมไว้

7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหลและที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.

8. เหยียงและมิดต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผักผลไม้

9. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.

10. มูลฝอยและน้ำเสียทุกชนิดได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล

11. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือซึ่งใช้การได้ดีและมีสบู่ใช้ตลอดเวลา

12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตผูกผม

13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียม ปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด

14. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือต้องปกปิดมือให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร

15. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภคโดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด

ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร สำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหาร

แผงลอยจำหน่ายอาหารหมายถึง แคร่ แท่น โต๊ะ แผง รถเข็น หรือพาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็ง โดยตั้งประจำที่ซึ่งมีข้อกำหนดทางด้านสุขาภิบาลอาหารทั้งสิ้น 12 ข้อ โดยข้อกำหนดดังกล่าวเป็นข้อที่จำเป็นหากไม่มีอาจเกิดความเสี่ยง ทำให้อาหารมีการปนเปื้อน ก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหารแก่ผู้บริโภคได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แผงลอยจำหน่ายอาหารทำจากวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย มีสภาพดี เป็นระเบียบ อยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม

2. อาหารปรุงสุกมีการปกปิด หรือมีการป้องกันสัตว์ แมลงนำโรค

3. สารปรุงแต่งอาหารต้องมีเลขทะเบียนตำรับอาหาร (อย.)

4. น้ำดื่มต้องเป็นน้ำสะอาด ใส่ในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด มีก๊อกหรือทางเทริน้ำ

5. เครื่องดื่ม ต้องใส่วาสนะที่สะอาด มีการปกปิด และมีที่ตักที่มีด้ามยาว หรือมีก๊อกหรือทางเทริน้ำ
6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด อยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. ที่ตักน้ำแข็งมีด้ามยาว และต้องไม่นำอาหารหรือสิ่งของอย่างอื่นไปแช่ไว้ในน้ำแข็ง
7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และอุปกรณ์การล้างต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.
8. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.
9. มีการรวบรวมมูลฝอย และเศษอาหารเพื่อนำไปกำจัด
10. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตผูกผม
11. ใช้อุปกรณ์หยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว
12. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือต้องปกปิดแผลให้มิดชิด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.2.3 ตลาดสดน่าซื้อ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการตลาดสดน่าซื้อและเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เพื่อแก้ไขและพัฒนาตลาดสดให้ได้มาตรฐาน มีการจำหน่ายสินค้าปลอดภัย ไม่ปลอมปน โดยมีตลาดเข้าร่วมโครงการทั่วประเทศ 544 แห่ง พัฒนาได้มาตรฐานด้านการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม 139 แห่ง ขึ้นพื้นฐาน 115 แห่ง ขึ้นดี 21 แห่ง ขึ้นดีมาก 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.56 จากจำนวนตลาดสดประเภท 1 จำนวน 1,348 แห่ง นับว่ายังต้องพัฒนาขยายผลต่อไป

ในปีงบประมาณ 2546 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาตลาดสดน่าซื้อ เพื่อสานต่อภารกิจ อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุนนโยบายของรัฐบาลในด้านการสร้างสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รวมภารกิจที่เกี่ยวข้องกับอาหารของกรมต่าง ๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในกลุ่มภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และได้จัดทำโครงการอาหารปลอดภัย กินอย่างไร ห่างไกลโรคขึ้น โดยเน้นการดำเนินงานแบบบูรณาการภารกิจด้านอาหารของทุกหน่วยงาน และกำหนดให้พื้นที่ตลาดสด 544 แห่งเป็นพื้นที่เป้าหมาย

ดังนั้นยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงการตลาดสดน่าซื้อ ในปี 2546 และปีต่อ ๆ ไป จึงมุ่งเน้นการพัฒนาแบบบูรณาการองค์ความรู้ กฎเกณฑ์ มาตรฐานทุกด้านที่เกี่ยวข้อง คือการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมด้านความปลอดภัยของอาหาร คุณค่าทางโภชนาการ และการคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภค

อีกทั้งยุทธศาสตร์ การประสานภารกิจ ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย การสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้บริโภค เพื่อให้ประสบความสำเร็จนำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

โครงการตลาดสดน่าซื้อเป็นการบูรณาการภารกิจ องค์ความรู้สู่การพัฒนาตลาดสดทั่วไทยให้มีสภาพที่สะอาด จำหน่ายอาหารที่มีคุณค่า ปลอดภัย ห่างไกลโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นผู้ประกอบการกิจการตลาดสดที่เข้าร่วมโครงการให้พัฒนาด้านการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ความเป็นพิษ ปลอดภัยของอาหาร และการคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาตลาดสดทั่วประเทศ และการรวมพลังสร้างสุขภาพต่อเนื่องและเป็นเอกภาพ และเพื่อสร้างกระแสความตื่นตัวแก่ประชาชนและผู้บริโภคในการสร้างสุขภาพ รู้จักเลือกจับจ่ายสินค้าในสถานที่ที่สะอาด และซื้อสินค้าที่ปลอดภัย ได้คุณค่า

1.2.4 สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (GMP)

เนื่องจากหลายประเทศทั่วโลก ทั้งประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนามีความเชื่อว่าการคุ้มครองความปลอดภัยด้านอาหารผู้ผลิตต้องมีการป้องกันอันตรายต่าง ๆ มิให้สารปนเปื้อนลงสู่อาหาร ดังนั้นจึงมีการพัฒนาระบบสุขลักษณะเพื่อประกันความปลอดภัยของอาหาร เช่น การกำหนดหลักเกณฑ์ทั่วไปสำหรับสุขลักษณะที่ดีด้านอาหาร (General Principles of Food Hygiene) ตามเกณฑ์มาตรฐาน Codex ซึ่งเทียบเท่ากับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice หรือ GMP ของประเทศสหรัฐอเมริกา

ในประเทศไทย ได้มีการดำเนินการที่ตอบสนองแนวคิดสากลดังกล่าว โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการพัฒนานำหลักเกณฑ์ GMP มาใช้ โดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 ซึ่งมีการดำเนินงานในลักษณะสมัครใจ และได้รับความร่วมมือจำกัดเฉพาะกลุ่มผู้ผลิตเพื่อส่งออกเท่านั้น

แต่จากกระแสความต้องการในประเทศที่ต้องการความปลอดภัยด้านอาหารเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นปัจจัยผลักดันให้ประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยจำเป็นต้องดำเนินการปรับปรุงพื้นฐานระบบการควบคุมดูแลอาหารให้เป็นไปตามแนวทางที่สากลกำหนด โดยการนำ GMP สากลมาปรับให้เหมาะสมกับสถานะการผลิตของประเทศไทย พร้อมทั้งบังคับเป็นกฎหมายจึงเป็นกระแสที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

หลักการของ GMP ครอบคลุมตั้งแต่สถานที่ตั้งของสถานประกอบการ โครงสร้างอาคาร ระบบ/การผลิตที่ดีมีความปลอดภัยและมีคุณภาพได้มาตรฐานทุกขั้นตอน นับตั้งแต่เริ่มต้น

วางแผนการผลิต ระบบการควบคุมตั้งแต่วัตถุดิบ ระหว่างการผลิต ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป การจัดเก็บ การควบคุมคุณภาพ และการขนส่งจนถึงผู้บริโภค มีระบบบันทึกข้อมูลตรวจสอบและติดตามคุณภาพของผลิตภัณฑ์ รวมถึงระบบการจัดการที่ดีในเรื่องสุขอนามัย (Sanitation & Hygiene) ทั้งนี้เพื่อให้ผลิตภัณฑ์ขั้นสุดท้ายมีคุณภาพและปลอดภัยเป็นที่น่ามั่นใจเมื่อถึงมือผู้บริโภค

GMP ที่เป็นกฎหมาย 2 ฉบับ คือประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 193) พ.ศ. 2543 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 239) พ.ศ. 2544 เรื่องวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร (GMP สุลักษณะทั่วไป) และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 220) พ.ศ. 2544 เรื่องน้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 3) (GMP น้ำบริโภค) ซึ่งการดำเนินงานโครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการผลิต และมาตรฐานความปลอดภัยของอาหารมากขึ้น เพื่อพัฒนามาตรฐานการผลิตอาหารในประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และเพื่อสร้างความมั่นใจและคุ้มครองผู้บริโภคในอันที่จะได้รับอาหารที่มีคุณค่า สมประโยชน์ และมีความปลอดภัยยิ่งขึ้น

1.3 การดำเนินงานด้านอารมณ์

ในการดำเนินงานด้านอารมณ์ประกอบไปด้วย การดำเนินงานเรื่องทู ปี นัมเบอร์วัน และ ชมรมผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข 2547 ค : 56-60)

1.3.1 ทู ปี นัมเบอร์วัน

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่รัฐบาลเร่งดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง และได้กำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดไว้ 9 ด้าน นอกจากนี้รัฐบาลได้ประกาศสงครามขึ้นแตกหักกับยาเสพติดเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2546 ในการดำเนินการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากหน่วยงานทุกภาคส่วน ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้ร่วมแก้ไขปัญหายาเสพติดตามยุทธศาสตร์แห่งชาติที่ 1 คือการปลูกพลังแผ่นดินและการป้องกัน จึงได้จัดทำโครงการทู ปี นัมเบอร์วัน โดยมีกิจกรรมหลักคือการปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชนในชุมชน และพัฒนาระบบการป้องกันและช่วยเหลือผู้ประสบปัญหายาเสพติด โดยมุ่งดำเนินการในกลุ่มผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดทั้งในและนอกระบบการศึกษาเป็นหลัก ซึ่งการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา มีผู้สมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการทู ปี นัมเบอร์วันเป็นจำนวนมากรวมทั้งมีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดโครงการใครติดยาขมื่อขึ้น และได้พัฒนาเครือข่ายการป้องกันและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และในปี 2547 ได้จัดทำโครงการทู ปี นัมเบอร์วัน เพื่อขยายพื้นที่ในการดำเนินงานให้

ครอบคลุมพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ โดยคาดหวังว่าวัยรุ่นไทยมากกว่าครึ่งจะร่วมเป็นสมาชิกชมรมทู บี นัมเบอร์วัน และมีการดำเนินกิจกรรมในชมรมอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลต่อการลดปัญหายาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน

ชมรมทู บี นัมเบอร์วันเป็นชมรมที่จัดตั้งขึ้นในสถานศึกษา/สถานประกอบการ/ในชุมชน/หมู่บ้าน โดยแต่ละชมรมมีองค์ประกอบอย่างน้อย 2 ใน 3 ดังนี้

1. คณะกรรมการ คือ การมีชุดผู้บริหารหรือในกลุ่มคณะกรรมการ
2. มีกิจกรรมที่ชัดเจนต่อเนื่อง คือ มีกิจกรรม เช่น เล่นดนตรี ออกกำลังกาย เล่นกีฬาประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ ฯลฯ
3. มีกองทุนสนับสนุนชมรม คือ มีการรวบรวมเงินภายในสมาชิกหรือจัดหาทุนหรือได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ เอกชน มูลนิธิ ฯลฯ

1.3.2 ชมรมผู้สูงอายุ

ปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วกว่ากลุ่มอายุใดจาก 6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 จะเป็น 12 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 ส่งผลให้ประชากรไทยเข้าสู่ “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” อันจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและประเทศชาติอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแล้ว และจะเกิดขึ้นในอนาคต

ชมรมผู้สูงอายุเป็นกลวิธีหนึ่งที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเป็นการสร้างความเป็นองค์กรชุมชนและความเอื้ออาทรให้แก่เพื่อนสมาชิกชมรมและสังคม ด้วยการรวมกลุ่มกัน สร้างสรรค์กิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สร้างสุขภาพให้กับตนเอง เพื่อนสมาชิก ชุมชน และสังคม ด้วยภูมิปัญญา ด้วยคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมอย่างทั่วถึง และมีกิจกรรมสร้างสุขภาพเป็นประจำ และสม่ำเสมอ

1.4 การดำเนินงานด้านการลดโรค

ในการดำเนินงานด้านการลดโรคประกอบไปด้วยการดำเนินในองค์ประกอบ 4 โรค คือ ใช้เหลืออก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคมะเร็งเต้านม (กระทรวงสาธารณสุข 2547 ค : 61-69)

1.4.1 ไข้เลือดออก

กระทรวงสาธารณสุขถือเป็นนโยบายสำคัญอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ที่จะลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกให้ลดน้อยลงไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร และเร่งรัดให้ประชาชนตระหนักถึงภัยไข้เลือดออก รู้จักการป้องกันโรคโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ในบ้าน ชุมชน วัด และโรงเรียน นอกจากนี้ได้ทำให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานท้องถิ่นของกระทรวงสาธารณสุข มหาไพบูลย์ ศึกษาธิการและกลาโหม รวมทั้งองค์กรเอกชนที่ช่วยกันป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมียุทธศาสตร์เน้นการปฏิบัติการระดับพื้นที่ และเน้นการติดตามกำกับและประเมินผลในทุก ระดับ รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพของทีมปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอและท้องถิ่น เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมการระบาดให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชากรให้น้อยลง และเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินการดังนี้

1. การสร้างสมรรถนะ และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีแก่บุคลากร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการพัฒนาสมรรถนะการเฝ้าระวังสอบสวนโรคไข้เลือดออก
2. การให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชน เพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนเข้มแข็ง
3. การเฝ้าระวังโรคและควบคุมการระบาด
4. การประสานความร่วมมือขององค์กรชุมชนในรูปแบบพหุภาคี

1.4.2 ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

สำหรับโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราตายลดลงจาก 6.3 ในปี 2544 เป็น 5.1 ต่อแสนประชากรในปี 2545 โรคเบาหวานมีอัตราลดลงจาก 13.2 ในปี 2544 เป็น 11.8 ต่อแสนประชากรในปี 2545 เนื่องจากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 พบว่าผู้สงสัยเป็นความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวน 6,447,301 คน โดย 2 ใน 3 อยู่ในวัยทำงาน (15-59 ปี) จำนวน 4,587,442 คน และเกินครึ่งไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรค เนื่องจากไม่มีอาการแสดงให้ทราบ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอยู่ในกลุ่มชุมชนแออัดสูงกว่าชุมชนเมือง และพบผู้มีภาวะเบาหวานประมาณ 2,000,000 คน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงมากและสร้างภาระต่าง ๆ ต่อครอบครัวและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการดำเนินงานเรื่องความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในชุมชนได้รับการ

ตรวจปัสสาวะและวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 1 ปี เพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนที่เป็นเบาหวาน และมีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานหรือมีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในกลุ่มเยาวชนและประชากรเฉพาะ

1.4.3 มะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาพสตรีทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยซึ่งพบว่าโรคมะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์ของโรคสูงเป็นอันดับ 1 ในปี 2542 แม้ว่าในปัจจุบันโรคมะเร็งเต้านมยังไม่มีข้อมูลที่ยืนยันอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของการเป็นโรคและไม่สามารถป้องกันได้ก็ตาม แต่สตรีสามารถดูแลและป้องกันตนเองได้ในระดับหนึ่งด้วยการตรวจเต้านมตนเองเป็นประจำทุกเดือน เพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านมหากพบความผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์เพื่อรับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรก ๆ จะมีโอกาสรักษาหายขาดได้ ซึ่งวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย สตรีทุกคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และเป็นการเริ่มต้นสร้างสุนิษการมีพฤติกรรมสุขภาพของสตรี การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีจะต้องมีปัจจัยสำคัญหลายประการโดยเริ่มตั้งแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้และทักษะการตรวจเต้านมที่สามารถถ่ายทอดไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำสตรีในชุมชน และชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อร่วมสร้างพฤติกรรมตรวจเต้านมของสตรีในชุมชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม การดำเนินงานในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีไทย ลดความรุนแรงของโรคและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม

1.5 การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมประกอบไปด้วยการดำเนิน 3 เรื่อง คือ ศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข 2547 ค : 70-80)

1.5.1 ศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ

ศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานที่สำคัญและจำเป็นต่อสังคมไทยในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน จากการประกาศใช้ พ.ร.บ. การกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ทำให้หน่วยงานรัฐที่คอยดูแลศูนย์เด็กเล็กถ่ายโอน

ภารกิจเรื่องการค้างานศูนย์เด็กเล็กให้กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งขณะนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการถ่ายโอนศูนย์เด็กเล็กแล้วประมาณ 10,000 กว่าแห่ง ในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ นั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยตัวเด็ก ผู้ดูแลเด็ก และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยปี พ.ศ. 2542 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการรวมปกติทุกด้านเพียง ร้อยละ 71.69 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 28.1 โดยพัฒนาการที่เข้าข่ายสงสัยล่าช้าคือ ด้านภาษา การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการปรับตัวซึ่งพัฒนาการดังกล่าวถือเป็นพื้นฐานของพัฒนาการด้านสติปัญญา เพราะมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก ดังนั้นการพัฒนาให้ศูนย์เด็กเล็กให้มีการพัฒนาสมวัย ผู้ดูแลเด็กควรมีความรู้ ความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อีกทั้งควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย ซึ่งการค้างานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้บริหารศูนย์เด็กเล็กและผู้ดูแลเด็กในการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ เพื่อสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กพัฒนาการให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในทุกด้าน และเพื่อกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้อง สังคม และชุมชนเกิดความตื่นตัวต่อการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานอย่างยั่งยืน และเกิดเครือข่าย

บทที่ ๒ วิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.5.2 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

โรงเรียนเป็นสถานที่ที่รวมเด็กวัยเรียนในหมู่บ้านและตำบล ซึ่งเป็นกลุ่มวัยสำคัญที่จะเป็นอนาคตของท้องถิ่นและประเทศชาติ การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพเด็กโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้และเห็นแบบอย่างที่ดีที่โรงเรียน ได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสม และได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ ภายใต้การค้างานตามกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการส่งเสริมให้เกิดขึ้นทุกโรงเรียนในตำบล เพราะเป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่เปิดโอกาสให้นักเรียน ผู้ปกครอง สมาชิกในชุมชน และบุคลากรในโรงเรียนร่วมกับหน่วยงานในท้องถิ่นเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพสมาชิกในทุกแง่มุมของชีวิต ทั้งในโรงเรียนและชุมชน นับตั้งแต่การร่วมกันกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาจัดทำแผน/โครงการของโรงเรียน และร่วมกันพัฒนากิจกรรมตามโครงการที่กำหนดภายใต้ศักยภาพของแต่ละโรงเรียนและท้องถิ่น ซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้วิถีชีวิตเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีของทุกคนทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งจะส่งผลให้นักเรียนและสมาชิกในชุมชนจะเกิดการเรียนรู้ ตระหนัก และ

สามารถพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้เกิดขึ้น รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่สุขภาพของชุมชนในที่สุด

ซึ่งในการดำเนินการให้โรงเรียนผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพนั้นโรงเรียนต้องได้รับการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทั้ง 10 องค์ประกอบ ตั้งแต่ระดับทองแดงขึ้นไป (ระดับทอง ระดับเงิน ระดับทองแดง) ตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย

ระดับทองแดง ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นดีมาก ไม่น้อยกว่า 4 องค์ประกอบ และไม่มีผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นพื้นฐานใน 6 องค์ประกอบที่เหลือ

ระดับเงิน ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นดีมาก ไม่น้อยกว่า 6 องค์ประกอบ และไม่มีผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นพื้นฐานใน 4 องค์ประกอบที่เหลือ

ระดับทอง ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นดีมาก ไม่น้อยกว่า 8 องค์ประกอบ และไม่มีผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นพื้นฐานใน 2 องค์ประกอบที่เหลือ

องค์ประกอบในการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทั้ง 10 องค์ประกอบมีดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน มีข้อกำหนด ดังนี้

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนหรือคณะทำงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งประกอบด้วยครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้แทนองค์กรในชุมชน

2. โรงเรียนมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพนักเรียน

2.2 การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาสุขภาพ

2.3 การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

2.4 การคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียน

2.5 การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแก่นักเรียนและชุมชนโดย

มีโรงเรียนเป็นศูนย์กลาง

2.6 การส่งเสริมสุขภาพจิตและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง

2.7 การพัฒนาระบบการเรียนรู้ โดยมีผู้เรียนเป็นสำคัญ

2.8 การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน

2.9 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน

บุคลากรในโรงเรียนและชุมชน

3. มีแผนงาน/โครงการรองรับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ
4. บุคลากรในโรงเรียนทราบนโยบายที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
5. ผู้ปกครองทราบนโยบายที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
6. นักเรียนชั้น ป. 4 ขึ้นไปทราบนโยบายที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน มีข้อกำหนด ดังนี้

1. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยมีการรวบรวม วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของโรงเรียน มีการระบุกิจกรรมและกำหนดเวลา มีการระบุถึงการใช้มีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง มีการระบุการใช้ทรัพยากรและ/หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์ และมีการระบุกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนการสอน

2. มีคณะกรรมการที่ปรึกษาให้การสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

3. มีคณะทำงานรับผิดชอบในแต่ละแผนงาน/โครงการที่ประกอบด้วยครู นักเรียน และผู้ปกครอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/องค์กรในชุมชน

4. มีผู้นำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่

5. แผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพ การนิเทศ/ติดตาม โดยระบบของโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง มีสรุปผลการนิเทศและมีการนำผลการนิเทศไปใช้พัฒนางาน

6. มีการประเมินแผนงาน/โครงการ และรายงานผลการประเมิน

องค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน มีข้อกำหนด

ดังนี้

1. โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน

2. ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการอย่างเป็นระบบอย่างน้อย 1 โครงการ คือ การร่วมวิเคราะห์สภาพและสาเหตุของปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมตรวจสอบ ทบทวน และร่วมแก้ไขพัฒนาปรับปรุง

3. นักเรียนมีความพึงพอใจต่อโครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน

4. ประชาชนมีความพึงพอใจต่อโครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ มีข้อ

กำหนด ดังนี้

1. มีมาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

2. ไม่มีการเกิดอุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนจนไม่สามารถมา

โรงเรียนได้

3. มีภาชนะที่พบลูกน้ำขุ่นน้อยกว่าร้อยละ 10

4. นักเรียนมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศภายในโรงเรียน

องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน มีข้อกำหนด ดังนี้

1. นักเรียนชั้น ป.5 ตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองโดยใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง ภาคเรียนละ 1 ครั้ง
2. นักเรียนชั้น ป.1 – ป.4 ได้รับการตรวจสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือครูอนามัยอย่างน้อยปีละครั้ง
3. นักเรียนได้รับการทดสอบสายตาปีละครั้ง
4. นักเรียนชั้น ป. 1 ได้รับการทดสอบการได้ยินด้วยเครื่องตรวจการได้ยิน
5. นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุขปีละครั้ง
6. นักเรียนไม่มีฟันแท้ผุ
7. นักเรียนไม่มีภาวะเหงือกอักเสบ
8. นักเรียนชั้น ป. 1 ได้รับวัคซีนหัด หัดเยอรมัน คางทูม
9. นักเรียนชั้น ป. 1 ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคหรือเคยได้รับแต่ไม่มีร่องรอยให้เห็น ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค
10. นักเรียนชั้น ป. 1 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอกระตุ้น
11. นักเรียนชั้น ป. 1 ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนหรือเคยได้รับมาน้อยกว่า 4 ครั้ง ได้รับการฉีดวัคซีนคอตีบ บาดทะยัก 2 ครั้ง
12. นักเรียนชั้น ป. 6 ได้รับการฉีดวัคซีนคอตีบ บาดทะยักกระตุ้น
13. มียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น
14. นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการช่วยเหลือ
15. นักเรียนและบุคลากรที่เจ็บป่วยเกินขอบเขตการบริการของห้องพยาบาล เช่น ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คอพอกจากการขาดสารไอโอดีน ฯลฯ ได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา

องค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียน มีข้อกำหนด ดังนี้

1. นักเรียนได้รับความรู้ ความเข้าใจ และสร้างเสริมเจตคติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ
2. นักเรียนเคยได้รับการฝึกทักษะในเรื่อง การสระผม การล้างมือ การเลือก

ซื้ออาหาร การไม่กินอาหารที่มีสารอันตราย การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย การหลีกเลี่ยงการพนัน การเที่ยวกลางคืน การจัดการกับความเครียด ความปลอดภัยในชีวิตและการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

3. การแปร่งฟันอย่างถาวร

4. นักเรียนไม่เป็นเฝ้า

องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย มีข้อกำหนด ดังนี้

1. นักเรียนได้รับการประเมินภาวะการเจริญเติบโตอย่างน้อยภาคเรียนละ 1

ครั้ง

2. นักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงปกติ

3. นักเรียนที่พบว่ามีความผิดปกติได้รับการแก้ไข

4. นักเรียนได้รับการตรวจหรือประเมินภาวะโลหิตจางปีละ 1 ครั้ง

5. นักเรียนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 1 เม็ด (60 มิลลิกรัม) ต่อสัปดาห์

6. นักเรียนได้รับการตรวจภาวะขาดสารไอโอดีน ปีละ 1 ครั้ง

7. นักเรียนที่มีภาวะขาดสารไอโอดีนแสดงออกด้วยอาการคอพอกไม่เกิน

ร้อยละ 5

8. นักเรียนได้รับประทานอาหารกลางวันทุกวัน

9. นักเรียน ป. 1 – ป. 6 ได้รับอาหารเสริมต่าง ๆ เพื่อการเจริญเติบโตอย่างน้อย

สัปดาห์ละครั้ง

10. นักเรียนมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ถูกหลัก

โภชนาการ และความปลอดภัย

11. โรงเรียนมีมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของโรงอาหาร

องค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ มีข้อกำหนด ดังนี้

1. มีสถานที่และอุปกรณ์ส่งเสริมการออกกำลังกายภายในโรงเรียน

2. จัดกิจกรรมออกกำลังกายสำหรับนักเรียน/หรือประชาชน

3. มีชมรม/ชุมนุม/กลุ่ม จัดกิจกรรมออกกำลังกาย กีฬา นันทนาการใน

โรงเรียน

4. นักเรียนได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางกายตามเกณฑ์มาตรฐานของ

กรมพลศึกษาปีละ 1 ครั้ง

5. นักเรียนมีสมรรถภาพทางกายตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมพลศึกษา

6. ให้คำปรึกษาและติดตามความก้าวหน้าแก่นักเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์

ทดสอบสมรรถภาพทางกาย

องค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม มีข้อกำหนด ดังนี้

1. ครูประจำชั้นคัดกรองและสามารถระบุนักเรียนที่มีปัญหาได้
2. นักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและสารเสพติดได้รับการเฝ้าระวังและช่วยเหลือในเบื้องต้น

3. นักเรียนที่มีปัญหาเกินขีดความสามารถของโรงเรียนได้รับการส่งต่อ
4. นักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและได้รับการช่วยเหลือหรือส่งต่อได้รับการ

ติดตามจากครู

5. นักเรียนมีเพื่อน/พ่อแม่/ญาติพี่น้อง เป็นที่ปรึกษาทุกครั้งที่ต้องการ

องค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน มีข้อกำหนด

ดังนี้

1. บุคลากรในโรงเรียนมีการประเมินสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง
2. บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งจากทุก

แหล่งข้อมูล เช่น โทรทัศน์ เสียงตามสาย หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

3. ไม่มีการสูบบุหรี่ในบริเวณโรงเรียน

4. ไม่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริเวณในโรงเรียน

5. บุคลากรในโรงเรียนร่วมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นตาม

แผนงานของโรงเรียน

1.5.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ประเทศไทยได้พัฒนางานสาธารณสุขมาโดยตลอดเฉพาะในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการผสมผสานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ไปในทุกระดับของการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนที่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการดำเนินงาน ตั้งแต่เป้าหมาย/แนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ด้านสุขภาพ วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และความคาดหวังของประชาชน ดังนั้นเพื่อให้บรรลุซึ่งเป้าหมายหลักคือการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีการดำเนินงานในการพัฒนาทุก ๆ ด้านที่เกี่ยวข้องที่จะต้องมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะมิติทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศเริ่มต้นตั้งแต่โรงพยาบาลในทุกระดับลงไปจนถึงศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำด้านสุขภาพ

ในชุมชนจะต้องมีความพร้อมในการดำเนินงานสาธารณสุขในเชิงรุกตามบทบาทความรับผิดชอบของตนเอง สถานบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะโรงพยาบาลทุกระดับที่เป็นองค์กรด้านสุขภาพของชุมชนเป็นองค์กรหนึ่งซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาตนเองทั้งในเชิงคุณภาพการบริการและกระบวนการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม ทั้งในด้านการให้บริการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีการผสมผสานกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพเข้าไปในทุกบริการ เพื่อให้เกิดสุขภาวะทั้งในด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ/ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม มาตรฐานการประเมินตนเองของโรงพยาบาลจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยจัดกรอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล โรงพยาบาลสามารถพัฒนาตนเองจนได้รับการประเมินและรับรองการดำเนินงานตามกระบวนการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยการรับรองจากระทรวงสาธารณสุขและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สำหรับการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับของสถานบริการในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อปรับระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลให้มีการผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเข้ากับบริการสุขภาพด้านอื่น ๆ โดยการพัฒนาและการประเมินเพื่อรับรองโดยทีมพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและครอบครัว ให้มีวัฒนธรรมการสร้างสุขภาพของตนเอง เพื่อเสริมสร้างบทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชนในการสร้างสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายด้านสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการบูรณาการ การสร้างเสริมสุขภาพกับกระบวนการพัฒนา และรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการพัฒนาทีมประเมิน และรับรองโรงพยาบาลคุณภาพด้วยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อพัฒนาและรับรองมาตรฐานการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และนวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ

2. การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง

ในระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วยการทำงานที่สำคัญอย่างน้อย 3 ขั้นตอน คือ
ขั้นที่ 1 การส่งเสริมให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

1.1 การพัฒนาศักยภาพองค์กร/กำลังคน/ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ที่สำคัญได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำ/องค์กรชุมชนในหมู่บ้าน คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ฯลฯ ให้มีส่วนร่วมในการสุขภาพของชุมชน

1.2 การจัดการด้านทุน โดยส่งเสริมสนับสนุนให้มีการระดมทุนทั้งจากภายใน

และภายนอกชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพของชุมชน โดยอาจจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพของหมู่บ้าน เป็นต้น

1.3 การจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน โดยชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์กรปกครองท้องถิ่น จัดให้มีกระบวนการทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน

1.4 การถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน โดยจัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นแหล่งการเรียนรู้ของชุมชน

1.5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จัดกิจกรรมการสร้างสุขภาพในชุมชน

ขั้นที่ 2 การพัฒนาให้เกิดหมู่บ้านสร้างสุขภาพ เป็นการพัฒนาต่อยอดจากหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยบูรณาการการทำงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนที่สำคัญคือ หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน และหน่วยงานภาคท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยคัดเลือกหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และพัฒนาให้เป็นหมู่บ้านสร้างสุขภาพอำเภอละ 1 หมู่บ้าน เพื่อพัฒนาต่อไปเป็นหมู่บ้านตัวอย่าง การดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพมีขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่

2.1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร/กำลังคน/ภาคีเครือข่ายสุขภาพได้แก่ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมสร้างสุขภาพให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.2 การพัฒนาต้นทุน มีการระดมทุนจากชุมชน และแหล่งต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่นมาใช้ในกิจกรรมสร้างสุขภาพ และจัดบริการสุขภาพที่สมช.

2.3 การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยกระบวนการวางแผนจัดการสุขภาพของชุมชน

2.4 การถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน โดยการส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดกระบวนการถ่ายทอดความรู้ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2.5 การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน โดยส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และแก้ไขปัญหที่สำคัญในด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ปลอดภัย และมีคุณภาพ การป้องกันและควบคุมโรค ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครบทุกคน ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชน

มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีระดับสถานะสุขภาพดีขึ้น พัฒนาสถานีนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้ได้มาตรฐาน สามารถให้บริการและส่งเสริม สนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 3 การบรรลุสู่เป้าหมายหมู่บ้านสุขภาพดี เมื่อหมู่บ้านผ่านขั้นตอนการเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หรือหมู่บ้านสร้างสุขภาพแล้วก็จะมีความเข้มแข็ง ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน และกระบวนการบริหารจัดการสามารถที่จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหมู่บ้านสุขภาพดีได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลได้แก่ สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสุขภาพชุมชน เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนในตำบล กลุ่ม/ชมรม/องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 การเตรียมความพร้อมขององค์กร กำลังคน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยการชี้แจงทำความเข้าใจให้รับทราบนโยบาย

3.2 การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ

3.3 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ตามตัวชี้วัด และร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา

3.4 การถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการสร้างสุขภาพแก่กลุ่ม/องค์กรภาคี เครือข่ายสุขภาพและประชาชน

3.5 การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแผนปฏิบัติการ เพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

ระดับตำบล

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตำบลสุขภาพดี มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนในตำบล กลุ่ม/ชมรม/องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล ขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญ มีดังนี้

1. การส่งเสริม สนับสนุนให้หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบพัฒนาให้เป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมู่บ้านสร้างสุขภาพ และหมู่บ้านสุขภาพดี
2. การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามตัวชี้วัดระดับตำบล
3. การส่งเสริมและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ
4. การพัฒนาสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ให้ได้มาตรฐานเพื่อรองรับการดำเนินงานสร้างสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

5. การประสานงานความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบล ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนให้สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาด้านสุขภาพของตำบล
ระดับอำเภอ

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอำเภอสุขภาพดี มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน คณะกรรมการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ เทศบาล/สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร กลุ่ม/ชมรม/องค์กรที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในระดับอำเภอ มีบทบาทหน้าที่สำคัญ คือ

1. การส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมู่บ้านสร้างสุขภาพ และหมู่บ้านสุขภาพดี
2. การพัฒนาตำบลในเขตรับผิดชอบให้เป็นตำบลสุขภาพดี
3. การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรงระดับอำเภอ
4. การส่งเสริมและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ระดับจังหวัด

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี ควรบูรณาการกรมต่าง ๆ ในพื้นที่ตามนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัด และโครงการต่าง ๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก โดยพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเชื่อมโยงกับโครงการเมืองไทยแข็งแรง และพัฒนาให้เป็นยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสุขภาพของจังหวัด แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด พอสรุปได้ดังนี้

1. การกำหนดให้การดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัด โดยให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมู่บ้านสร้างสุขภาพ หมู่บ้านสุขภาพดี ตำบลสุขภาพดี อำเภอสุขภาพดี และจังหวัด สุขภาพดี
2. การสร้างทีมงานระดับจังหวัด เป็นการดำเนินงานที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานระดับต่าง ๆ ของจังหวัด องค์กรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในจังหวัด เช่น คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลมีบทบาทในการกำหนดแนวทางปฏิบัติภาพรวม การมอบหมายผู้รับผิดชอบอาจทำในรูปคณะทำงานโดยพิจารณาคณะทำงานต่าง ๆ ที่มีอยู่ในจังหวัด เช่น คณะทำงานวิชาการของจังหวัด ทีมปฏิบัติงานควรประกอบด้วยตัวแทนจากกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลชุมชน คณะกรรมการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัด เทศบาล และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในจังหวัด
3. การประเมินสถานการณ์ปัจจุบันโดยภาพรวมของจังหวัดในแต่ละตัวชี้วัด โดยทีมงาน

ระดับจังหวัด และผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์ถึงความแตกต่างระหว่างสภาพปัจจุบันและเป้าหมายในแต่ละตัวชี้วัด นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแผนพัฒนาในขั้นต่อไป

4. การจัดทำโครงการและแผนปฏิบัติการ เป็นขั้นตอนของการกำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแต่ละตัวชี้วัดในแต่ละระดับ จัดทำเป็นโครงการและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน โดยให้เป็นแผนบูรณาการด้านสุขภาพของจังหวัดตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของท้องถิ่น

5. การจัดหาและระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ โดยประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในจังหวัดทั้งภาครัฐอื่น ๆ ภาคท้องถิ่น องค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ ศูนย์วิชาการระดับภูมิภาค และภาคเอกชน เพื่อระดมทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ บุคลากร และด้านวิชาการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

6. การส่งเสริม สนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในทุกระดับของจังหวัด ตามโครงการ/แผนปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาให้บรรลุตามตัวชี้วัดระดับจังหวัด

7. การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ควรจัดตั้งคณะทำงานเพื่อนิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (กระทรวงสาธารณสุข 2547 ก : 11-16)

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527 : 183) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การเกี่ยวข้องทางจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional involvement) ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (group situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการให้ (contribution) บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

อकिन รพีพัฒน์ (2527 : 320) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้ทำทุกอย่างที่ไม่ใช่การกำหนดจากภายนอก แล้วให้ประชาชนเข้าร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หากแต่ว่าทุกอย่างจะต้องเป็นเรื่องที่ประชาชนคิดขึ้นเอง ซึ่งอาจแบ่งการมีส่วนร่วมออกได้ 5 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา
3. ร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ไขปัญหา

4. ร่วมในการดำเนินการตามแผน
5. ร่วมในการประเมินผลวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผล

สำเร็จ

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2533 : 17-19) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมหมายถึง การให้ประชาชนมาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินโครงการ และร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนา นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความพยายามที่จะประเมินผลโครงการนั้น ๆ ด้วย

บังลังก์ วิเศษศรี (2543 : 9) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงาน ติดตามและตรวจสอบในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ตามความต้องการของตนหรือของกลุ่ม

รัตวลัย วจนรจนา (2544 : 174-175) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมหมายถึง การให้โอกาสประชาชนได้ตัดสินใจ และหาทางเลือกตลอดจนกำหนดทิศทางในการพัฒนาด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะประชาชนจะเป็นผู้รับประโยชน์และผลกระทบต่อการพัฒนาทั้งในแง่ดีและไม่ดี โดยร่วมรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินงานตามโครงการที่จะทำในชุมชนตั้งแต่การวางแผน ดำเนินการ ตลอดจนการติดตามและประเมินผล

พัชรี สิริโรต (2546 : 5) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปเกี่ยวข้องในการทำงานหลายรูปแบบหลายระดับ คือ การมีส่วนร่วมในการรับรู้รับทราบข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการดำเนินงานที่มีผลกระทบต่อประชาชน การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นหรือให้ข้อมูล การร่วมปรึกษาหารือ และการร่วมในการตัดสินใจ

จากความหมายของการมีส่วนร่วมดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปความหมายได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนเข้าไปเกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน โดยปราศจากการกำหนดจากภายนอกเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชนให้ลุ่ลงไป

ลักษณะของการมีส่วนร่วม

รูปแบบของการมีส่วนร่วม

องค์การสหประชาชาติ (อ้างถึงใน พันธ์ พฤษศนันท์, อุบล จันท์เพชร และจินตนา ชุณหภูมุดา 2545 : 15) ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง (Spontaneous) เป็นโดยการอาสาสมัคร หรือการรวมตัวกัน เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก

2. การมีส่วนร่วมแบบชักนำ (Induced) เป็นการเข้าร่วมโดยความต้องการความเห็นชอบหรือสนับสนุนโดยรัฐบาล เป็นรูปแบบลักษณะทั่วไปของประเทศกำลังพัฒนา

3. การมีส่วนร่วมแบบบังคับ (Conceived) มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาลภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้ผลทันทีแต่จะไม่ได้ผลในระยะยาวและจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในที่สุด

ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

เจมส์ คี ปิ่นทอง (2527 : 272-273) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 4

ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527 : 6-7) ได้ศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน

ในการพัฒนาว่า มีดังนี้

1. ร่วมทำการศึกษา ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน

รวมตลอดจนความต้องการของชุมชน

2. ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเงื่อนไขและลดปัญหาของชุมชน หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน

3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ปัญหาตลอดจนสนองความต้องการของชุมชน

4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรมหรือโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน

7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย

8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

องค์การอนามัยโลก (WHO 1978 : 41-49) ได้เสนอรูปแบบของกระบวนการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planning) ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผล และการตัดสินใจ
2. การดำเนินกิจกรรม (Implementation) ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดการและบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมการเงินและการบริการ
3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับการพึ่งตนเองและควบคุมทางสังคม
4. การได้รับประโยชน์ (Obtaining Benefits) ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่าเทียมกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ส่วนตัวในสังคม หรือในรูปของวัตถุก็ได้

โคเฮน และอัฟโฮฟฟ์ (Cohen and Uphoff 1980 : 219-222, อ้างถึงใน เอกสิทธิ์ สุทธิศาสนกุล 2545 : 11) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

จากการศึกษาในเรื่องลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า แนวคิดของ โคเฮน และอัฟโฮฟฟ์ เจมส์คัลด์ ปิ่นทอง และอकिन รพีพัฒน์ เป็นแนวคิดที่มีความสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในโครงการเมืองไทยแข็งแรงมากที่สุด จึงได้ผสมผสานออกมาเป็น 4 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวิเคราะห์สาเหตุและที่มาของปัญหา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

การที่จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ยั่งยืนได้นั้นจะต้องช่วยให้ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพและความสามารถที่จะดำเนินการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนได้ด้วยตนเอง การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานนั้น สมทรง รักษ์เผ่า และสรงศ์กัญญ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540 : 48) กล่าวว่าจะทำให้ชุมชนได้รับประโยชน์ในการพัฒนาเรื่องต่าง ๆ คือ

1. จะช่วยให้แผนต่าง ๆ ที่วางไว้นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับความสนใจ ความต้องการ และค่านิยมของประชาชนหรือชุมชน
2. จะได้รับแนวคิดใหม่ ๆ และภูมิปัญญาของชุมชนช่วยแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ช่วยให้เกิดการไว้วางใจและสนับสนุนในการดำเนินงาน
4. ช่วยให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาหรือให้ความสนใจปัญหา และพัฒนาความสามารถที่จะนำไปสู่การรับผิดชอบในการดำเนินงานด้วยตนเอง
5. จะช่วยให้เกิดการประสานงานภายในชุมชน
6. จะพัฒนาให้เกิดแนวคิดที่เป็นสังคมประชาธิปไตย

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 27-28) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้
2. ทำให้งานที่ยากบางอย่างสำเร็จขึ้นมาได้
3. ทำให้บุคคลคิดช่วยตนเอง
4. ทำให้ความช่วยเหลือนั้นตรงกับที่ต้องการ
5. ทำให้สามารถประหยัดทรัพยากรลงได้
6. ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของ
7. เพิ่มทางเลือกที่ดีเพื่อการตัดสินใจ
8. เกิดการสร้างฉันทามติหรือความเห็นพ้องต้องกันขึ้นมาได้
9. ทำให้ชุมชนหรือสังคมเข้มแข็ง
10. ทำให้การดำเนินงานของชุมชนหรือสังคมนั้นโปร่งใส
11. ทำให้บุคคลที่อาจยอมรับยากยอมรับโครงการนั้นได้

มาตรการวัดการมีส่วนร่วม

คาสเปอร์สัน และเบรทบาร์ต (Kasperson and Breitbart 1974 : 3-4, อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองสุขศึกษา 2542 : 70-71) ได้เสนอมาตรการวัดระดับแรกของการจำแนกว่า การกระทำอะไรจึงถือเป็นการมีส่วนร่วม ซึ่งพอสรุปได้ 3 ประการ คือ

1. การกระทำโดยแต่ละบุคคลมิใช่เป็นการกระทำโดยกลุ่ม ซึ่งอาจทำให้การวิเคราะห์หรือการได้ข้อสรุปที่ไม่ถูกต้อง เพราะการแสดงออกของแต่ละคนในกระบวนการมีส่วนร่วมจะมองเห็นได้ถึงค่านิยม การรับรู้ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือกิริยาที่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม เช่น กิริยาแสดงต่อผลของการกระทำนั้นโดยตรงของแต่ละบุคคล

2. ความหนาแน่นของการกระทำซึ่งแสดงออกโดยการร่วมปฏิบัติที่บ่อยครั้ง

3. ระยะเวลาของกิจกรรมที่ยาวนานหรือความผูกพันที่มีแรงจูงใจต่อการกระทำ คุณภาพของการเข้าร่วม ซึ่งดูจากผลและผลกระทบของการกระทำในเบื้องต้น เช่น ความรับผิดชอบ การตัดสินใจ และการเปิดกว้างยอมรับความสามารถ และความคิดเห็น และมีการประเมินผล

เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชน

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527 : 183-186) กล่าวว่า การที่ประชาชนจะเข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาชุมชนต้องมีเงื่อนไขสำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. ประชาชนต้องมีอิสรภาพที่จะเข้าร่วม
2. ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม
3. ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเกิดแนวคิด 3 ประการ คือ

1. ความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจและความห่วงกังวลส่วนบุคคล ซึ่งบังเอิญพ้องต้องกัน กลายเป็นความสนใจและความห่วงกังวลของส่วนรวม
2. ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกัน ที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้นผลักดันให้พุ่งไปสู่การรวมกลุ่ม วางแผน และลงมือกระทำร่วมกัน
3. การตกลงร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่พึงปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันนี้จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความริเริ่มกระทำที่สนองตอบความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

อนุภาพ ธีรลดา (2528 : 21-22) ได้กล่าวถึงเงื่อนไขพื้นฐานของประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามี 4 ประการ คือ

1. ประชาชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถที่จะมีส่วนร่วม กล่าวคือประชาชน

ต้องมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

2. ประชาชนต้องมีความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วม กล่าวคือ ประชาชนต้องมีสภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และกายภาพที่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วม

3. ประชาชนต้องมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมกลุ่ม กล่าวคือ ประชาชนจะต้องมีความเต็มใจ เห็นประโยชน์ในการเข้าร่วม จะต้องมิใช่เป็นการบังคับหรือผลักดันให้เข้าร่วมโดยที่ประชาชนมิได้ประสงค์เข้าร่วมในขั้นหนึ่งนัยใด

4. ประชาชนจะต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ ประชาชนจะต้องมีโอกาสที่จะเข้าร่วม ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจให้แก่ประชาชนในการตัดสินใจและกำหนดกิจกรรมพัฒนา

ปัจจัยของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนานั้น จะเกิดขึ้นได้ในลักษณะต่าง ๆ ต้องมีปัจจัยที่เหมาะสม และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนสรุปได้ดังนี้

1. การปฏิบัติตนให้คล้อยตามความเชื่อพื้นฐานของตนเอง และความเชื่อพื้นฐานของกลุ่ม
2. การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานของตนเองและกลุ่ม
3. การส่งเสริมป้องกันและรักษาเป้าหมายของตนเองและกลุ่ม
4. ประสบการณ์ของบุคคลบางครั้งพฤติกรรมของบุคคลอาจมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา
5. ความคาดหวัง บุคคลหรือกลุ่มจะกระทำในสิ่งที่คาดหวังว่าควรจะทำในสถานการณ์เช่นนั้น และมักปฏิบัติต่อผู้อื่นตามที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วย
6. การมองแต่ตนเอง บุคคล หรือกลุ่มบุคคลมักจะกระทำในสิ่งที่ตนคิดว่าควรจะทำเช่นนั้น
7. โอกาส บุคคลหรือกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคม เฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและโอกาสซึ่งโครงสร้างทางสังคมเอื้ออำนวยให้เขาได้กระทำเช่นนั้น
8. ความสามารถ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่าสามารถทำได้
9. การสนับสนุน บุคคลหรือกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขาารู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนที่ดีพอให้กระทำเช่นนั้น (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองสุศึกษา 2542 : 69-69)

การมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลายรูปแบบ และมีระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละชุมชน ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน กล่าวคือ

1. บทบาทของผู้ปฏิบัติงานหรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปดำเนินงานในชุมชน มีคุณลักษณะที่ไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เช่น การวางตัวไม่เหมาะสม ถูกดูแคลนชาวบ้านว่าด้อยกว่าตน ไม่ให้ความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย การแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมาก

2. การจัดระบบการบริหารงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชน ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระเบียบขององค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ เมื่อเจ้าหน้าที่เข้าไปในชุมชนต้องยึดระเบียบและคำสั่งจากผู้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งอาจทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามหลักการพัฒนาชุมชน จึงมุ่งทำงานเพื่อสนองตอบนโยบายมากกว่าจะคำนึงถึงความต้องการของชุมชน

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของชุมชน หมายความว่า คุณภาพประชากร กลุ่ม และลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน รวมทั้งค่านิยม ขนบธรรมเนียมของชุมชนแต่ละแห่งที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม เช่น ถ้าชุมชนใดมีความสัมพันธ์แบบปฐมนิคม รู้จักกันเป็นญาติพี่น้อง การมีส่วนร่วมอาจจะดีกว่าชุมชนที่ประชาชนมาจากหลายแห่งต่างวัฒนธรรมกันหรือถ้าประชากรใดมีคุณภาพดี มีระดับการศึกษา ฐานะรายได้สูง และมีทัศนคติที่ดีเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม มีความตื่นตัวในการพึ่งพาตนเอง ก็จะเป็นประโยชน์ต่อการปลูกฝังจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมของชุมชน

4. ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของชุมชน กล่าวคือ ถ้าชุมชนใดมีทรัพยากรและสภาพแวดล้อมดี เช่น มีดินและป่าที่อุดมสมบูรณ์ ทำเลที่ตั้งของชุมชนเหมาะสม ประชากรสามารถประกอบอาชีพและรายได้ดี สิ่งเหล่านี้จะทำให้ประชาชนมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต การระดมการมีส่วนร่วมทำได้ง่ายกว่าชุมชนที่ขาดแคลนทรัพยากรและสภาพแวดล้อมไม่ดี (รัตวัลย์ วรรณจนา 2544 : 181)

ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาเนื่องจากการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวบุคคลและสังคม ดังนี้

1. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Theory)

โรเจอร์ (Roger, อ้างถึงใน ปรีวรธน์ แสงพิทักษ์ 2545 : 22) ได้สรุปถึงความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับสิ่งใหม่กับกระบวนการติดต่อสื่อสารไว้ว่า การที่บุคคลจะมีการ

ยอมรับสิ่งใหม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการติดต่อสื่อสาร ซึ่งได้แก่ ช่องทางการสื่อสารและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนตัว ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งรวมถึงรายได้ ขนาดที่ดิน การถือครองที่ดินและความสามารถเฉพาะอย่างซึ่งรวมถึงระดับการศึกษา

2. ช่องทางการสื่อสาร ความรู้ หรือกระบวนการติดต่อสื่อสารซึ่งประกอบไปด้วยผู้ส่งสาร หรือแหล่งกำเนิดสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร ช่องทางการสื่อสารซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้ส่งสารส่งไปยังผู้รับสารแยกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 ช่องทางสื่อมวลชน (Mass Media Channel) เป็นวิถีทางในการถ่ายทอดข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสื่อสารมวลชน หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร หรือสิ่งตีพิมพ์อื่น ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น

2.2 ช่องทางสื่อสารระหว่างบุคคล (Interperson Channel) เป็นการติดต่อระหว่างบุคคลเพื่อการถ่ายทอดข่าวสารกับผู้รับสาร

จากทฤษฎีนี้สรุปได้ว่าการสื่อสารมีอิทธิพลต่อการเพิ่มความรู้ สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้ ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนมากขึ้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นส่วนประกอบของตัวแปรหนึ่งที่ผู้วิจัยศึกษา ตลอดจนปัจจัยส่วนตัวอันประกอบไปด้วย อายุ ระดับการศึกษา และรายได้

2. ทฤษฎีการมีส่วนร่วมทางสังคม

เฮย์ (Hay 1951 : 127, อ้างถึงใน เอกสิทธิ์ สุทธิศาสนกุล 2545 : 15) ได้กล่าวว่า ในการมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางอาชีพและที่อยู่อาศัย โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำจะเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนน้อยกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูงและในทำนองเดียวกัน เกษตรกรผู้ทำไร่นาเต็มเวลาก็จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมากกว่าเกษตรกรผู้ทำไร่นาไม่เต็มเวลา

จากการศึกษาแนวคิด และทฤษฎีการมีส่วนร่วมผู้วิจัยสรุปได้ว่า การที่บุคคลจะเข้าร่วมในกิจกรรมของชุมชน บุคคลนั้นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีความพร้อมด้านอายุ เศรษฐกิจ อาชีพ มีความสามารถของตนเองที่จะเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งรวมถึงระดับการศึกษา และถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมให้มีโอกาสเข้าร่วมก็จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในทุกขั้นตอน

4. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีชื่อย่อว่า อสม. เป็นบุคคลที่มีความสมัครใจ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชนให้มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน บุคคลซึ่งจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีความเข้าใจที่จะทำงานเพื่อส่วนรวมด้วยความเสียสละ และมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือชุมชน
2. เพื่อนบ้านไว้วางใจ มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์
3. มีที่อยู่อาศัย และประกอบอาชีพประจำหมู่บ้าน
4. มีอาชีพแน่นอน มีรายได้เลี้ยงตัวเองได้แล้ว ตั้งบ้านเรือนอยู่ในสถานที่ ที่เพื่อนบ้านไปติดต่อได้ง่าย จะเป็นชายหรือหญิงก็ได้ ไม่จำกัดอายุ
5. ไม่ควรเป็นข้าราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือแพทย์ประจำตำบล เพราะบุคคลเหล่านี้มีงานมากอยู่แล้ว

6. เป็นคนที่สุขภาพเรียบร้อย ไม่หลงไปในทางอบายมุข (กระทรวงสาธารณสุข 2541 :

23) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีดังนี้

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทิศทางและกระบวนการพัฒนาใหม่ จากเดิมที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนา เปลี่ยนเป็นการเน้น **คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา** เพราะคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาในทุกเรื่อง คนเป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนาและคนก็เป็นผู้ได้รับประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา ในการพัฒนาคนแต่เดิมจะมีการพัฒนาแบบแยกเป็นส่วน ๆ หรือเป็นเรื่อง ๆ ตามสาขา แต่ในปัจจุบันจะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาแบบองค์รวม หรือบูรณาการ คือพัฒนาปัจจัยต่าง ๆ ในลักษณะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันเป็นระบบ โดยกำหนดแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของคนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีส่วนร่วมในการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่รอบด้าน ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรธรรมชาติที่เอื้อต่อการพัฒนาคน อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืนในระยะต่อไป

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนเป็นเวลานาน ดังจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในอันที่จะทำให้ประชาชนทุกคน ทุกครอบครัว และทุกชุมชนมี

สุขภาพดี โดยใช้กลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ซึ่งเน้นการดำเนินงานตามกลยุทธ์ดังกล่าว จะให้ความสำคัญกับการพัฒนา “คน” เป็นหลัก โดยถือว่า “คน” เป็นทั้ง “เป้าหมาย” และ “อุปกรณ์” ในการพัฒนาที่สำคัญที่สุด และในการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขนั้นนอกจากจะให้ความสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ยังเห็นความสำคัญของกำลังคนที่เป็นประชาชนทั่วไปในชุมชน ว่าเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จึงได้มีการพัฒนา “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ขึ้นมาเพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาและสถานการณ์อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยมีลำดับการพัฒนาดังนี้

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านต่าง ๆ ในชนบทเพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้มีความรู้ด้านสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งมีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเองสำหรับอาสาสมัครให้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจำนวนกว่า 50 เรื่อง โดยกำหนดให้ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข 1 คนรับผิดชอบ ดูแล 8-15 หลังคาเรือน และให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คนรับผิดชอบ 1 หมู่บ้าน

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ได้มีการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องจนครอบคลุม 100 เปอร์เซ็นต์ และมีการขยายการดำเนินการเข้าไปในบางส่วนของเขตเมืองโดยเฉพาะในชุมชนแออัด นอกจากนี้ยังจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ผู้ที่อบรมแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาของท้องถิ่น

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 เป็นระยะที่ให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพมากขึ้น ให้มีการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มเติมในส่วนที่พื้นสภาพ และพื้นที่ขยาย รวมทั้งอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ผู้ที่อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล เพื่อให้เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 เป็นช่วงที่สังคมไทยได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสังคมโลก การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจึงมีการปรับเปลี่ยน โดยการยกระดับให้มีอาสาสมัครประเภทเดียวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการส่งเสริมให้ทุกหมู่บ้านชุมชนจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อให้เป็นจุดศูนย์รวมของการพบปะหารือ

และจัดบริการต่าง ๆ ให้แก่ประชาชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมเพื่อเป็นองค์กรในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

สำหรับช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นแผนที่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้น รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ ด้วยการขยายบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอื่น ๆ ของชุมชนมากขึ้น โดยนอกจากทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขแล้ว ยังร่วมมือประสานงานกับผู้นำอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน พัฒนาเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถพัฒนาตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้าน/ชุมชนโดยเฉลี่ย ดังนี้

พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : - เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- เขตชุมชนแออัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน

ต่อ 20-30 หลังคาเรือน

- เขตชุมชนชานเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

ในหมู่บ้านหนึ่ง ๆ จะมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชน (เมธี จันทจักรุณ 2542 : 5-7)

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามที่ขอบเขตกระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพการจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการมีส่วนร่วมปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน

สำหรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลง (Change Agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี ซึ่งสามารถสรุปหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข ข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกการปฏิบัติงาน

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การดูแลและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วย การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว การจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคล็ด ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมุนเวียนปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนโดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

- 4.1 จัดทำข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
- 4.2 ถ่ายทอดความรู้ และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน
- 4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการติดตามหึ่งมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหึ่งมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผน แก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนโดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งต่าง ๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการจปฐ. และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน (เมธี จันทจำรูญ 2542 : 9-10)

กิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น ได้กำหนดขึ้นให้มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในชนบท และองค์ประกอบดังกล่าวยังเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งรัฐบาลเป็นผู้จัดให้ประชาชนโดยองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานจะประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การป้องกันโรค
2. การส่งเสริมสุขภาพ
3. การรักษาพยาบาล
4. การฟื้นฟูสภาพ

งานบริการสาธารณสุขทั้ง 4 ด้านนี้ เป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองแบ่งออกเป็นงานต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่าเป็นกิจกรรมบริการงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ โดยในแต่ละองค์ประกอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. การให้สุศึกษา
 - 1.1 ถ่ายทอดความรู้ใน 14 องค์ประกอบโดยวิธีการต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ
 - 1.2 ถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขผ่านสื่อต่าง ๆ ในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว
 - 1.3 เผยแพร่เอกสารสิ่งพิมพ์ที่ได้รับแก่ชุมชน

2. โภชนาการ
 - 2.1 ส่งเสริมให้แม่นำลูกมาชั่งน้ำหนัก
 - 2.2 ชั่งน้ำหนักและแจ้งภาวะโภชนาการให้แม่รู้
 - 2.3 สอนชั่งน้ำหนัก และประเมินภาวะโภชนาการได้เอง
3. อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
 - 3.1 แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 3.2 แนะนำการฝากครรภ์ และการปฏิบัติตัวแก่หญิงมีครรภ์
 - 3.3 แนะนำการเว้นช่วงการมีบุตร
 - 3.4 จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย
4. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ส่งเสริม ติดตามให้พ่อ แม่ นำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดเวลา
5. สุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม
 - 5.1 ส่งเสริมประชาชนให้สร้างส้วมทุกหลังคาเรือน
 - 5.2 ส่งเสริมประชาชนให้สร้างถังเก็บน้ำฝนหรือคุ่มน้ำทุกหลังคาเรือน
6. การควบคุมโรคในท้องถิ่น
 - 6.1 ติดตามเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ใช้เลือดออก อุจจาระร่วง
 - 6.2 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และกำจัดสุนัขเถื่อน
7. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ให้การปฐมพยาบาลตามอาการ
8. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้

มียาจำเป็นไว้ใช้
9. ทันตสาธารณสุขชุมชน
 - 9.1 แนะนำผู้ปกครองให้ทำความสะอาดฟันเด็กด้วยผ้าก๊อซ และฟลูออไรด์
 - 9.2 แนะนำการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี
10. สุขภาพจิตชุมชน
 - 10.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพ
 - 10.2 ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวให้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 10.3 ส่งเสริมให้จัดตั้งชมรม
 - 10.4 จัดกิจกรรมยกย่องให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ

11. การป้องกันโรคไม่ติดต่อ
 - 11.1 แนะนำพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - 11.2 แนะนำกลุ่มเสี่ยงไปตรวจสุขภาพ
12. การคุ้มครองผู้บริโภค
 - 12.1 ให้ความรู้แก่ประชาชนในการเลือกซื้อสินค้าและบริการ
 - 12.2 ส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มทำกิจกรรม เช่น ต่อต้านอาหารใส่สี
13. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน
 - 13.1 ให้ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์
 - 13.2 จัดตั้งกลุ่ม/ชมรมต่อต้านโรคเอดส์
 - 13.3 ส่งต่อผู้สงสัยติดเชื้อ ไปรับการตรวจรักษา
14. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ
 - 14.1 ให้ความรู้แก่ประชาชนในการอนุรักษ์และแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม
 - 14.2 รณรงค์ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
 - 14.3 ส่งเสริมการปลูกป่าชุมชน

(กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2535 : 33-36)

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการมีส่วนร่วมดำเนินโครงการเมืองไทยแข็งแรง

ความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการด้านนโยบายและอำนวยการยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) จากมติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการโครงการเมืองไทยแข็งแรง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2547 มอบหมายให้กรมที่รับผิดชอบในแต่ละเป้าหมายเป็นเจ้าภาพหลัก ดังนี้

- | | |
|----------------------|--|
| 1. ออกกำลังกาย | เจ้าภาพหลัก คือ กรมอนามัย |
| 2. อาหาร | เจ้าภาพหลัก คือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 3. อารมณ์ | เจ้าภาพหลัก คือ กรมสุขภาพจิต |
| 4. การลดโรค | เจ้าภาพหลัก คือ กรมควบคุมโรค |
| 5. อนามัยสิ่งแวดล้อม | เจ้าภาพหลัก คือ กรมอนามัย |

และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ดูแลรับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นตัวจักรสำคัญที่จะก่อให้เกิดกระบวนการทำงานโดยทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นแกนหลักในการดำเนินงานให้บรรลุโครงการเมืองไทยแข็งแรง

การสนับสนุน “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” ในเบื้องต้นนั้นต้องพัฒนาศักยภาพองค์กร/กำลังคน/ ภาวการณ์รื้อข่ายสุขภาพในชุมชนที่สำคัญได้แก่อสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน และร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนในการดำเนินการ โดยถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน จัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นแหล่งการเรียนรู้ของชุมชน สำหรับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินโครงการเมืองไทยแข็งแรงมีดังนี้

1. ออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ประชาชนคนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที เพื่อให้ประชาชนมีร่างกายแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และอื่น ๆ

2. อาหาร ส่งเสริม พัฒนา เพื่อให้ร้านจำหน่ายอาหารยกระดับการผลิตอาหารที่จำหน่ายให้ประชาชนได้บริโภคทุกพื้นที่มีคุณภาพปลอดภัยมากขึ้น ปราศจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด ได้แก่ สารเร่งเนื้อแดง สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ ฟอรัมาลิน และยาฆ่าแมลง สนับสนุนโครงการตลาดสดนำซื้อ และอาหารสะอาดรสชาติอร่อย

3. อารมณ์ แนะนำ ส่งเสริมให้วัยรุ่นที่มีอายุ 10-24 ปี ในหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งที่อยู่ในและนอกระบบการศึกษาเป็นสมาชิกชมรม ทุ ปี นัมเบอร์วัน เพื่อให้วัยรุ่นไทยห่างไกลยาเสพติด และมีส่วนร่วมดำเนินการในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุโดยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้มีชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุได้เป็นสมาชิกชมรมอย่างทั่วถึงมีกิจกรรมสร้างสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมอ

4. การลดโรค

4.1 ดำเนินการในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชากรให้น้อยลง โดยการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

4.2 ดำเนินการสร้างความตระหนักให้ประชาชนได้รับทราบถึงอันตรายจากการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในชุมชนได้รับการตรวจปัสสาวะ และวัดความดันโลหิต 1 ครั้งในรอบ 1 ปี

4.3 เฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีไทย และลดความรุนแรงของโรคลดการตายจากโรคมะเร็งเต้านม โดยการให้ความรู้แก่หญิงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปให้มีความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่สตรีทุกคนต้องให้ความสำคัญและปฏิบัติให้เป็นประจำสม่ำเสมอ

5. อนามัยสิ่งแวดล้อม

5.1 สนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กได้ทำการประเมินพัฒนาการเด็กอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ถ้าพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าให้ส่งต่อโรงพยาบาลต่อไป

5.2 เข้าร่วมส่วนร่วมในกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ตั้งแต่การกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ เพื่อนำมาจัดทำแผน/โครงการของโรงเรียน และร่วมพัฒนากิจกรรมตามโครงการที่กำหนด เพื่อเป็นการสนับสนุนให้โรงเรียนผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข 2547 ค : 7-75)

5. การดูแลสุขภาพตนเอง

ตามคำสอนของสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า สิ่งที่สำคัญสำหรับชีวิตหรือปัจจัยสี่นั้น ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และเครื่องนุ่งห่ม จะเห็นได้ว่าแท้ที่จริงแล้ว ปัจจัยทั้ง 4 อย่างนี้มีความเกี่ยวพันกันโดยตรงต่อสุขภาพของมนุษย์เราเป็นอย่างยิ่ง เพราะแต่ละปัจจัยมีผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น ถ้าหากจะกล่าวกันว่า ในการที่คนเราจะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งคือ “สุขภาพ” เรื่องสุขภาพที่สมบูรณ์แม้จะเป็นสิ่งที่ยอมรับกันว่าเป็นยอดปรารถนาของมนุษย์เป็นเวลาช้านานแล้วก็ตาม แต่ปัจจุบันมีประชากรหลายคนที่ยังไม่เห็นความสำคัญ และไม่เข้าใจความหมายที่แท้จริงของคำว่าสุขภาพ โดยมักจะทราบถึงแต่เพียงผลร้ายอันเกิดแก่สุขภาพเท่านั้น กล่าวคือ ทราบแต่เพียงสภาพของร่างกายที่ชำรุดทรุดโทรม เกิดโรคภัยไข้เจ็บและประสบอุบัติเหตุความทุกข์ยากต่าง ๆ ซึ่งรวมเรียกได้ว่า “ทุกขภาพ” ถ้าจะเปรียบไปแล้วสุขภาพก็เหมือนทรัพย์สมบัติอันล้ำค่าอย่างหนึ่งซึ่งปกติคนเราไม่มีใครจะมองเห็นคุณค่ากันมากนัก แต่จะมองเห็นก็ต่อเมื่อตนได้สูญเสียสุขภาพนั้น ๆ ไปแล้วและจะมีทุกขภาพเข้ามาแทนที่ ซึ่งสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้ายังได้ตรัสไว้เป็นพุทธภาษิตว่า “อโรคา ปรมา ลาภา” “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ หรือเป็นลาภอย่างยิ่ง” แม้สุขภาพกายและสุขภาพจิตจะรวมกันเป็นสุขภาพรวมหนึ่งเดียวก็ตาม ก็อาจพิจารณาแยกออกเพื่อประโยชน์ในการศึกษาและเปรียบเทียบโดยสรุปได้ดังนี้

สุขภาพกาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่มีความเจริญเติบโตและพัฒนาการสมกับวัย สะอาด สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและทุพพลภาพ พร้อมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรคหรือความต้านทานโรคเป็นอย่างดี

สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของคนเราให้เข้ากับสถานการณ์ ปัจจุบันรวมทั้งสถานการณ์ในอดีตและอนาคตด้วย

อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลใดจะมีสุขภาพดีได้นั้น จะต้องแสดงออกซึ่งความมีชีวิตชีวาของสภาพร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน (สุขภาพกาย) พร้อมทั้งจะต้องแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม (สุขภาพจิต) เพราะโดยทั่วไปคุณสมบัติทั้งสองประการนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งของความเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย 2542 : 2)

สุชาติ โสมประยูร (ม.ป.ป. : 6-7) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพดี ไว้ 10 ประการ ดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ความผิดปกติ หรือความพิการต่าง ๆ พร้อมทั้งยังมีความต้านทานโรคด้วย
2. เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้สึกกังวลในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพราะว่าไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายผิดปกติ
3. เป็นผู้ที่มีจิตใจร่าเริงอยู่เสมอ รู้จักยิ้มแย้มแจ่มใสและมองโลกในแง่ดี
4. เป็นผู้ที่มีกำลังแข็งแรงเพียงพอในการดำเนินภารกิจในชีวิตประจำวันได้อย่าง

สะดวกสบาย

5. เป็นผู้ที่มีความรู้ เพลิดเพลินอยู่กับการดำเนินชีวิต แม้จะเหน็ดเหนื่อยจากภาระหน้าที่การงานบ้างก็ไม่รู้สึกท้อถอย
6. เป็นผู้ที่มีความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ ไร้กังวล และไม่เคร่งเครียด แม้จะเกิดความคับข้องใจแต่ก็เป็นเพียงชั่วคราวช่วยาม
7. เป็นผู้ที่รู้สึกอยากรับประทานอาหาร แต่ไม่รู้สึกอยากรับประทานอาหารอย่างพร่ำเพรื่อหรือเบื่ออาหาร พร้อมทั้งมีสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร
8. เป็นผู้ที่มีความเจริญเติบโตสมกับวัย มีขนาดของร่างกายที่เหมาะสม ผิวพรรณเปล่งปลั่ง เล็บมีสีชมพู เส้นผมอ่อนสลวย
9. เป็นผู้ที่สามารถพักผ่อนและนอนหลับได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หลังจากตื่นนอนแล้วจะมีความรู้สึกกระปรี้กระเปร่าและสดชื่น
10. เป็นผู้ที่มีอารมณ์แจ่มใสและมั่นคงอยู่เสมอ พร้อมทั้งจะเผชิญกับอุปสรรคหรือความยุ่งยากในชีวิตได้อย่างไม่วิตกกังวล

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพดีทั้ง 10 ประการนี้เป็นสิทธิของคนทุกเพศทุกวัย หากผู้ใดมีสมบุรณ์ครบถ้วนก็แสดงว่าผู้นั้นมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีมาก และถ้าบกพร่องบ้างเล็กน้อยก็แสดงว่ามีสุขภาพดีลดลงตามลำดับ

อย่างไรก็ตามบุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่เพียงไรนั้น ตามหลักทั่วไปย่อมขึ้นอยู่กับองค์

ประกอบที่สำคัญยิ่ง 3 ประการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพของคนเรามาก ได้แก่ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และสุขปฏิบัติ โดยองค์ประกอบแต่ละประการจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นอันมาก เฉพาะอย่างยิ่งเรื่องสุขปฏิบัติ นั้นนับว่าเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลมากที่สุด เนื่องจากไม่ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีเพียงใด แต่หากขาดเสียซึ่งสุขปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว น้อยนักที่บุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีได้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย

คาลส์ และคอบบ์ (Kals and Cobb 1966 : 246, อ้างถึงใน หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ 2543 : 20) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)
2. พฤติกรรมรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior)
3. พฤติกรรมผู้ป่วย (Sick role behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนการไปรับบริการตรวจร่างกาย ซึ่ง มัลลิกา มติโก (2530 : 11-20) กล่าวว่า การดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอเป็นพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงอย่างสม่ำเสมอเพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่าง ๆ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันไว้ 3 ระดับ คือ

- 2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

- 2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจเอกซเรย์ปอดในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรังเพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปอดที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น

พฤติกรรมรู้สึกเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลซึ่งรู้สึกไม่สบายหรือมีอาการผิดปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเยียวยาที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมรู้สึกไม่สบายจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การประเมินและการตอบสนองของบุคคลต่ออาการผิดปกตินั้น ๆ เช่น บุคคลอาจรับรู้ว่าการผิดปกติของคนเป็นปัญหาที่ควรให้ความสนใจจึงมีการซักถามอาการผิดปกติของตนกับเพื่อนหรือญาติ หรือพยายามแสวงหาหนทางที่จะจัดการความผิดปกติเหล่านั้น เช่น การไปหาหมอพระ การไปพบเจ้าหน้าที่ที่สถานอนามัย หรือการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลในขณะที่บุคคลบางคนซึ่งมีอาการผิดปกติเช่นเดียวกัน แต่อาจปฏิเสธความรู้สึกผิดปกติ หรือรับรู้ว่าการเหล่านั้นไม่ใช่ปัญหา จึงไม่สนใจหรือเพิกเฉยต่ออาการผิดปกติเหล่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองสุศึกษา 2542 : 8)

พฤติกรรมในฐานะผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การกระทำของตนเองที่รู้ว่าตนเองป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคแล้ว บุคคลนั้นจะสวมบทบาทของผู้ป่วยที่อาจช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้เป็นบางส่วนและจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น รวมทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมุ่งหวังจะให้หายจากการเจ็บป่วยโดยไม่มีอาการแทรกซ้อน หรือความพิการ และได้รับการฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว ตัวอย่างพฤติกรรมผู้ป่วยได้แก่ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองสุศึกษา 2542 : 8)

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

ชนินทร์ เจริญกุล (2526 : 11) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน ที่ครอบคลุมถึงการทำนุบำรุงสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้รักษาตนเองและการปฏิบัติ การติดตามผลหลังจากการได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างมีแบบแผนตายตัว

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533 : 14) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง คือ การสร้างสาธารณสุขแนวใหม่ที่มุ่งเสริมสร้างบทบาทของสามัญชนในด้านบริการสุขภาพ

หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ (2543 : 20) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นกระบวนการของการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลในขั้นพื้นฐานและการฟื้นฟูสภาพเพื่อการมีสุขภาพดีตามศักยภาพของตน โดยเริ่มจากบุคคล ครอบครัว เพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพดี

เพนเดอร์ (Pender 1982 : 68) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลและกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นปกติสุขของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอนและความต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเองหรือภายนอกบุคคลนั้นก็ได้

ฮิลล์และสมิธ (Hill & Smith 1985 : 10, อ้างถึงใน หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ 2543 : 19) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

จากความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปความหมายได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง และปฏิบัติเป็นประจำจนติดเป็นนิสัยทั้งในภาวะปกติและภาวะการเจ็บป่วย เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ โดยมีการปฏิบัติดังนี้

1. การดูแลสุขภาพร่างกาย

หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ (2543 : 24-29) ได้กล่าวถึง การดูแลสุขภาพร่างกายในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้าไว้ดังนี้

1.1 การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร โดยรับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน และรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานไขมันแต่พอเหมาะ รับประทานน้ำตาลแต่พอควร รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอย่างสม่ำเสมอ ลดปริมาณการบริโภคเกลือและอาหารที่มีโซเดียม หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา และรับประทานอาหารที่มีส่วนป้องกันมะเร็ง อันได้แก่ผักและผลไม้ ไม่รับประทานอาหารไหม้เกรียม ใส่น้ำ และสารเคมี

1.2 การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย โดยการเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การออกกำลังกายบริหารเพื่อสุขภาพครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยออกกำลังกายตามความเหมาะสมของร่างกาย มีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกายเพื่อลดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ และออกกำลังกายในเวลาเดียวกันเป็นประจำ เช่น ตอนเช้า หรือตอนเย็น

1.3 การดูแลตนเองด้านการพักผ่อน คือ นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง มีเวลาในการพักผ่อนร่างกายอย่างเพียงพอ มีวิธีการพักผ่อนด้วยการอ่านหนังสือ การทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น การฟังวิทยุ การดูโทรทัศน์

1.4 การดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า โดยการอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ฟอกสบู่ทุกส่วนของร่างกายและล้างออกด้วยน้ำสะอาด แปรงฟันอย่างถูกวิธีอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และควรใช้ไหมขัดฟันร่วมด้วย บ้วนปากหรือแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการอมลูกอม ทอฟฟี่ หรือขนมที่มีรสหวานหรือเหนียว สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่อยู่เสมอ และทำความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องใช้ส่วนบุคคลอย่างสม่ำเสมอไม่ให้ยับย่นหรือขึ้นรา

2. การดูแลสุขภาพจิต

ทัศนา บุญทอง (2534 : 11-19) ได้เสนอแนะแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพจิตดี โดยให้บุคคลรู้จักผ่อนคลาย ทำจิตใจให้มีชีวิตชีวา มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง รู้จักมีอารมณ์ขัน และการพักผ่อนจิตใจโดยการปล่อยวางรวมทั้งการแสดงออกซึ่งอารมณ์และความต้องการของตนเองกับผู้อื่นได้ และกล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่

จุฑาทิพย์ อุมะวิชนี (2538 : 67-70) ได้เสนอแนะขั้นตอนที่จะช่วยให้มีชีวิตที่สมบูรณ์ไม่เครียด ดังนี้

1. ทำร่างกายให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายและนอนพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ หลีกเลี่ยงสารคาเฟอีน นิโคติน แอลกอฮอล์หรือยาต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อภูมิคุ้มกันและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย

2. เรียนรู้วิธีพักผ่อน ควบคุมความเครียด โดยการเล่นกีฬาหรือวิธีพักผ่อนต่าง ๆ หางานอดิเรกที่น่าสนใจทำในยามว่าง เรียนรู้เทคนิคการทำสมาธิ โยคะและการหายใจ เพื่อนำไปสู่ความสงบและพักผ่อนอย่างแท้จริง

3. ขจัดอารมณ์เสียออกไป เนื่องจากความโกรธ ความเศร้า ความหมกหมุ่น ความสิ้นหวัง ที่จะไปกระตุ้นสารที่เป็นอันตรายต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายจึงต้องหาทางขจัดความรู้สึกไม่ดีต่าง ๆ นี้ออกไปให้เร็วที่สุด

4. สร้างจินตนาการในสิ่งที่ต้องการ มีความฝันทุกวัน คิดเห็นเหล่านี้จะส่งผลต่อประสบการณ์และการกระทำ คิดในแง่ที่ดีต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต รู้จักให้และรับความรักและมิตรภาพ

5. จงสร้างความรื่นรมย์ในความสงบของตนเอง หากมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งหมดแล้ว ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การทำงาน หรือการปรับปรุงที่อยู่อาศัย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะมีคุณค่าเพียงเล็กน้อยเท่านั้นหากมีอาจแสวงหาความสุขสงบได้จากภายใน ดังนั้นจึงควรหาเวลาที่จะอยู่คนเดียวบ้างในแต่ละวัน

6. ดำเนินชีวิตแบบสบาย ๆ เรียบง่าย ไม่จำเป็นต้องรีบเร่งหรือผลักดันตนเองอย่างมากเพื่อเลียนแบบพฤติกรรมคนอื่น ๆ เนื่องจากเขาทำกัน

7. มีอารมณ์ขัน ขจัดอารมณ์ที่ไม่ดีออกไป และหัวเราะอย่างเต็มที่ทุกวัน อย่ามองโลกอย่างเคร่งเครียด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขณะที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ มัลลิกา มัติโก โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือการดูแลสุขภาพร่างกาย และการดูแลสุขภาพจิต

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

6. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นวิธีการสำคัญของการป้องกันและควบคุมปัญหา รวมถึงเป็นการส่งเสริมการช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลกับสมาชิกของครอบครัว กลุ่ม ชุมชน องค์กรต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมินเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เวลา และความคิด การให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการให้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อภาวะจิตใจ และอารมณ์ คือจะช่วยให้ผู้รับเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มาคุกคามต่อร่างกายหรือจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ (2540 : 42) สรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่บุคคลในกลุ่มสังคมได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยกย่อง เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ และแรงงาน

ดวงเดือน มูลประดับ (2541 : 42) ได้สรุปว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลอื่นทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม วัตถุ สิ่งของ การเงิน ข้อมูลจากการ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการลดระดับความเครียดและวิกฤติการณ์ในชีวิตได้ ทำให้ บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

กนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545 : 67) ได้สรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลมีความพึงพอใจที่ได้รับความช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของ แรงงาน เวลา การ ให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเองใน สังคม

คอบบ์ (Cobb 1976 : 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่ บุคคลได้รับข้อมูลทำให้ตัวเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง ตัวเขา นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีการติดต่อซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn 1979 : 85, อ้างถึงใน กนกทอง สุวรรณบุลย์ 2545 : 67) กล่าวว่า การ สนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจาก บุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในด้านเงินทองสิ่งของและอื่น ๆ ซึ่ง สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างเดียวหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

บาร์ริรา (Barrera 1982 : 70, อ้างถึงใน กัทรพงศ์ ประกอบผล 2534 : 42) ให้ความ หมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือ โดยการให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขอให้ความหมายของการสนับสนุน ทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ บริการ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งสนับสนุนด้านอารมณ์ การยอมรับ การยกย่อง การให้คุณค่า ซึ่งมี ผลทำให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม

สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย (2542 : 69-70) กล่าวว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะ ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสามารถ และมีอำนาจเหนือตนเองอยู่ตลอดเวลา แรงสนับสนุน ทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนทั่วไปจนชั่วชีวิตทั้งในแง่กายภาพและจิตภาพที่ เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่ง

อาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ซึ่งหลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับการสนับสนุน”
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบไปด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า มีความสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ระดับของการให้การสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลิบ (Gottlieb 1985 : 5-22, อ้างถึงใน ขงยุทธ ธนิกุล 2546 : 46-47) ได้แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. ระดับมหภาคหรือระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมในสังคมโดยดูจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน
2. ระดับกลางหรือระดับกลุ่ม (Mezzo Level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด
3. ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Micro Level) เป็นระดับที่มีความใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่า สิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ผู้ที่ให้การสนับสนุนมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่สามารถทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

เคปแลน, คาสเซล และกอร์ (Kaplan, Cassel, and Gore 1977 : 50-51) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการช่วยเหลือด้านการเงิน หรือด้านร่างกาย
2. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ ความรัก ความอบอุ่นทางอารมณ์

คาห์น (Kahn 1979 : 85, อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองสุศึกษา 2542 : 67-68) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยการรัก

2. การยืนยันและการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของ หรือการช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านี้อาจเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

ทอยด์ (Thoits 1982 : 147) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม (Basic social needs) ไว้เป็น 2 ด้าน คือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Social emotion needs) ได้แก่ การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า มีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมส่วนรวม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย

2. การช่วยเหลือด้านสิ่งของและแรงงาน (Instrumental aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ ด้านข่าวสารอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนความช่วยเหลือด้านสิ่งของแรงงาน และเงินทอง

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer and others 1985 : 201, อ้างถึงใน ภัทรพงศ์ ประกอบผล 2534 : 49) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่น และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) การได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของและการบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูล

ข่าวสารที่ทำให้บุคคลนำไปแก้ปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2531, อ้างถึงใน รังรอง งามศิริ 2540 : 100-101) ได้กล่าวว่า แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมมักจะมาจาก กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ ดังนี้

1. กลุ่มปฐมภูมิ (Primary groups) เป็นกลุ่มสังคมขนาดเล็ก มีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความสัมพันธ์เป็นส่วนตัว และมีความผูกพันกันมาก มีการติดต่อทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ ลักษณะของบรรยากาศความสัมพันธ์ภายในกลุ่มจึงมีลักษณะผ่อนคลาย สมาชิกภายในกลุ่มให้ความสนใจซึ่งกันและกัน กลุ่มปฐมภูมิจะเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่สำคัญมาก บุคลิกภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มปฐมภูมิ ตัวอย่างของกลุ่มปฐมภูมิได้แก่ ครอบครัว เพื่อน

2. กลุ่มทุติยภูมิ (Secondary groups) ลักษณะของความสัมพันธ์ภายในกลุ่มสังคมประเภทนี้มีความรู้สึกผูกพันกันไม่มาก แม้ว่าสมาชิกภายในกลุ่มจะมีความสัมพันธ์กันมาเป็นเวลานาน ลักษณะการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกจะเป็นแบบไม่เป็นทางการ ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัว สมาชิกกลุ่มไม่ให้ความสนใจในความเป็นตัวบุคคลของกันและกัน ขนาดของกลุ่มอาจมีขนาดใหญ่หรือเล็กก็ได้ เพราะกลุ่มไม่ได้เน้นที่ความผูกพันของสมาชิกกลุ่ม โดยส่วนใหญ่่มักจะพบว่าสมาชิกกลุ่มจะรวมกันเพื่อการทำงานเฉพาะอย่าง ดังนั้นกลุ่มจะถือเอาผลงาน และการแสดงบทบาทของสมาชิกเป็นสำคัญ ตัวอย่างของกลุ่มทุติยภูมิได้แก่ สหภาพแรงงาน สมาคมการกุศล สโมสร

ส่วนแมคอีวิน (McElveen, อ้างถึงใน ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ 2540 : 44) กล่าวถึง แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมว่า ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน ซึ่งครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งการสนับสนุนที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุดโดยจะมีการติดต่อกันบ่อยครั้ง มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการ ข้อมูลข่าวสาร และช่วยเหลือในการแก้ปัญหา รองลงมาคือกลุ่มเพื่อน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางการแบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ และคณะ ซึ่งมีความครอบคลุมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการเข้ามีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงโดยศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ จากแหล่งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขนั้นการได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นตัวแทนของประชาชนในชุมชนก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการทำงานด้านสาธารณสุขได้ ซึ่งสาธิตน ศิริสมบุญเวช (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหาและปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การลงทุนและปฏิบัติการติดตามประเมินผลมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบริหาร และด้านบริการ จึงมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ดังนี้

สุภาณี รุ่งเรืองศรี (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข่าวสารประชากรศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมเผยแพร่ในด้านผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงประชากรในเรื่องการเพิ่มจำนวนคนในครอบครัวหรือชุมชน มีส่วนร่วมกิจกรรมด้านการให้คำแนะนำ และใช้สื่อประเภทหอกระจายข่าวในการเผยแพร่ข่าวสารประชากรศึกษา ตะวันสำราญใจ (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมสูงในขั้นตอนการจัดตั้งการร่วมประชุม และการปฏิบัติงาน ซึ่งการปฏิบัติงานยังไม่มีเวลาที่แน่นอน และไม่ต่อเนื่อง การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขในหมู่บ้านยังมีน้อย และมีบางส่วนที่ไม่มีการแบ่งหน้าที่การรับผิดชอบในการปฏิบัติงานในสาธารณสุขมูลฐานชุมชน นอกจากนี้สถิตย์ คล้ายคลึง (2543 : 44) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวัดเพลง จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 มีการปฏิบัติงานในระดับต่ำ เรื่องการจัดหาน้ำสะอาด และสุขภาพสิ่งแวดล้อม การนัดประชุม การจัดกิจกรรมสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การจัดนิทรรศการและสาธิตการแปรงฟัน และการจัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคในหมู่บ้าน ซึ่งแสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของสุพจน์ จิตสงวนสุข (2544 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการ

ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงบางกิจกรรม นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านคุณภาพของการปฏิบัติงาน โดยการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 13.2 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชนได้แก่ แรงจูงใจในการวางแผนงานสาธารณสุข และการรับรู้บทบาทในการวางแผนงานสาธารณสุข และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545 : 121) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอยู่ในระดับมาก ส่วนสิสด เหมะบาล (2542 : บทคัดย่อ) ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

1. อายุ เป็นการตั้งสมมติฐานการรับรู้ การเรียนรู้ การได้ฝึกทักษะต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมที่แตกต่างกัน จึงมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับอายุกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้ดังนี้

กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2521 : 208-211) ได้วิจัยขึ้นต้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุน้อยเกินไปจะปฏิบัติหน้าที่ไม่ดีนัก ทั้งนี้เพราะอายุไม่กล้าพูดให้คำแนะนำ หรือในการประชุมชาวบ้านก็ไม่กล้าให้คำอธิบายต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสสรา มยาเสศ (2535 : 111) ที่ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปมีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่และเด็กมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ ลับเลิศลบ (2537 : 101) ที่ได้ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปจะมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545 : 124-125) ที่ได้ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกันมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไปจะมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีลงมา มีการ

ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสถิติ คล้ายคลึง (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าอายุมีผลต่อการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี และสอดคล้องกับการศึกษาของ สราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543 : 134) ที่ศึกษาพบว่าอายุมีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเศษลิน วิเชียรสรรค์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานใน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการศึกษาของรัชนิ แยมกันชู (2543 : 41) ที่ศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและ ชีวิตในทุกด้าน ทำให้เกิดการพัฒนาดตนเองให้เจริญงอกงามทางด้านสติปัญญา ดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ สามารถตัดสินใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จึงมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับระดับการศึกษากับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ได้ดังนี้

สราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543 : 134) ได้ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีผลต่อศักยภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับ ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของลีสด เขมะบาล (2542 : 37) ที่ศึกษาพบว่าการศึกษา มีความ สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของสการรัตน์ ลับเลิศลบ (2537 : 114) ที่ได้ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านโดยการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัสสรา มยาเศศ (2535 : 112) ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการศึกษาดำจะมีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่ และเด็กสูงที่สุด ส่วนการศึกษาของรัชนิ แยมกันชู (2543 : 41) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน ชุมชน สถิติ คล้ายคลึง (2543 : 44) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ งานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน และกนกทอง สุวรรณบุญ (2545 : 126) ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน

3. **อาชีพ** เป็นหนทางของรายได้ของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจของครอบครัว มีผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในครอบครัวและการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคคล จึงได้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับอาชีพกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้ดังนี้

สราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543 : 134) ได้ศึกษาพบว่า อาชีพมีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี เข้มกันชู (2543 : 41) ที่ศึกษาพบว่า อาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาของสฤติย์ คล้ายคลึง (2543 : 44) ที่ศึกษาพบว่า อาชีพมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน นอกจากนี้สการวัฒน์ ลับเลิศลบ (2537 : 114) ได้ศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประกอบอาชีพค้าขายจะมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานสูงที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุญ (2545 : 126) ที่ได้ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพค้าขายมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับมาก ส่วนการศึกษาของภัสสร มยาเสศ (2535 : 113) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่และเด็กสูงกว่ากลุ่มอาชีพรับจ้าง และกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี มณีสรี (2542 : 86) ที่ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีส่วนร่วมในการควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนอยู่ในระดับมากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 74.5 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของลีสด เหมะบาล (2542 : 37) ที่ศึกษาพบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และการศึกษาของพิศเพลิน วิเชียรสรรค์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

4. **รายได้** เป็นพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการครองชีพ และการดำรงชีวิตของมนุษย์ ตลอดจนมีผลต่อการเข้าร่วมในการปฏิบัติงานต่าง ๆ จึงได้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับรายได้กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้ดังนี้

ลีสด เหมะบาล (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่า รายได้มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และการศึกษาของภัสสร มยาเสศ (2535 : 113) ที่ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้ปานกลางมีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่และเด็กสูงสุด ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้สูง

มีส่วนร่วมในกิจกรรมอนามัยแม่และเด็กต่ำที่สุด ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสถิติ คล้ายคลึง (2543 : 44) ที่ศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และการศึกษาของสราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543 : 134) ที่ศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

5. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร จำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออายุในการทำงานเป็นสิ่งที่แสดงถึงประสบการณ์ในการทำงานก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ จึงได้มีผู้สนใจเกี่ยวกับระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ดังนี้

วรจิตร หนองแก (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร เจริญวงศ์มิตร (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสถิติ คล้ายคลึง (2543 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของธนิ แยมกันชู (2543 : 41) ที่ศึกษาพบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543 : 134) ที่พบว่าระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครไม่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน การศึกษาของลีสด เขมะบาล (2542 : 37) ที่ศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ได้ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุญ (2545 : 130) ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครแตกต่างกันมีการปฏิบัติงานในงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน

6. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ เป็นสิ่งที่แสดงถึงภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่แตกต่างกันในการดำเนินงาน และมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งกนกทอง สุวรรณบุญ (2545 : 130-131) ได้ศึกษา

พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 21 หลังคาเรือนขึ้นไปมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานสูงที่สุด ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบตั้งแต่ 10 หลังคาเรือนลงมามีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานน้อยที่สุด ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบตั้งแต่ 10 หลังคาเรือนลงมามีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานระดับปานกลาง ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 11-20 หลังคาเรือน และรับผิดชอบ 21 หลังคาเรือนขึ้นไปมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานระดับมาก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน

ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถช่วยให้เกิดความมั่นใจสามารถแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ให้กับเพื่อนบ้านที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ และมีส่วนทำให้บุคคลเข้าร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน จึงได้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความรู้กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ดังนี้

สกาวัฒน์ ลับเลิศบ (2537 : 110) ศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับพิศเพลิน วิเชียรสรรค์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนอยู่ในระดับสูงและระดับความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของภัตตรา มยาเสศ (2535 : 114) ที่ศึกษาพบว่าความรู้ในงานอนามัยแม่และเด็กมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความรู้ต่ำมีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่และเด็กสูงที่สุด แต่ผู้ที่มีความรู้ปานกลางและความรู้สูงกลับมีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่และเด็กน้อยที่สุด ส่วนมนตรี มณีศรี (2542 : 86) ศึกษาพบว่า ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงจะมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกภายในบ้านและบริเวณบ้านอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิดด เชมะบาล (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางและความรู้ใน

บทบาทหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในศูนย์สาธิตสุขภาพชุมชน ตลอดจนไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมานมิตร พัฒนา (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นผู้นำในการแยกประเภทขยะชุมชนในจังหวัดนครปฐม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งสำคัญ เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบส่วนบุคคล ซึ่งถ้าคนเราต้องการมีสุขภาพสมบูรณ์ดีก็จำเป็นต้องทำกิจกรรมหลาย ๆ อย่างประกอบกัน ทั้งในด้านการปฏิบัติตัวหรือสุขภาพปฏิบัติและสุขนิสัยส่วนตัว รวมทั้งยังต้องมีการปฏิบัติเพื่อส่วนรวมหรือการสาธารณสุขด้วย ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถ้ามีการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันแล้ว ก็สามารถนำการปฏิบัติไปแนะนำกับคนในชุมชนได้ จึงได้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ดังนี้

สุพจน์ จิตสงวนสุข (2544 : ง) ได้ศึกษาการพึงพิงทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังคงขาดการประยุกต์เอาแนวคิดและทักษะการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ยังยึดติดกับการพึ่งพิง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพตนเองระดับสูงมีเพียงร้อยละ 17.2 นงคันธุ มิควาพ (2542 : 65-66) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ คือ อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สวมรองเท้าก่อนออกจากบ้าน ขับถ่ายลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ล้างมือก่อนกินอาหาร นอนกางมุ้ง ใช้ภาชนะสะอาดใส่อาหาร กินอาหารครบ 3 มื้อ แปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ และขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ทำบางครั้งได้แก่ กินอาหารครบหมู่ ไปทำบุญ ทำสมาธิ มีการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีกิจกรรมบันเทิง เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ และพฤติกรรมสุขภาพที่ทำน้อยครั้งมี ดังนี้คือ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ การใช้ยาแก้ปวด ยานอนหลับ การตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง ส่วนหวานใจ ขาวพัฒนวรรณ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง โดยการดูแลสุขภาพตนเองด้านการกินอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การป้องกันโรคและอุบัติเหตุ การดูแลสุขภาพจิต และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก ในขณะที่การพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับน้อย และสุริรัตน์ จิมเพชร (2546 : บทคัดย่อ)

ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

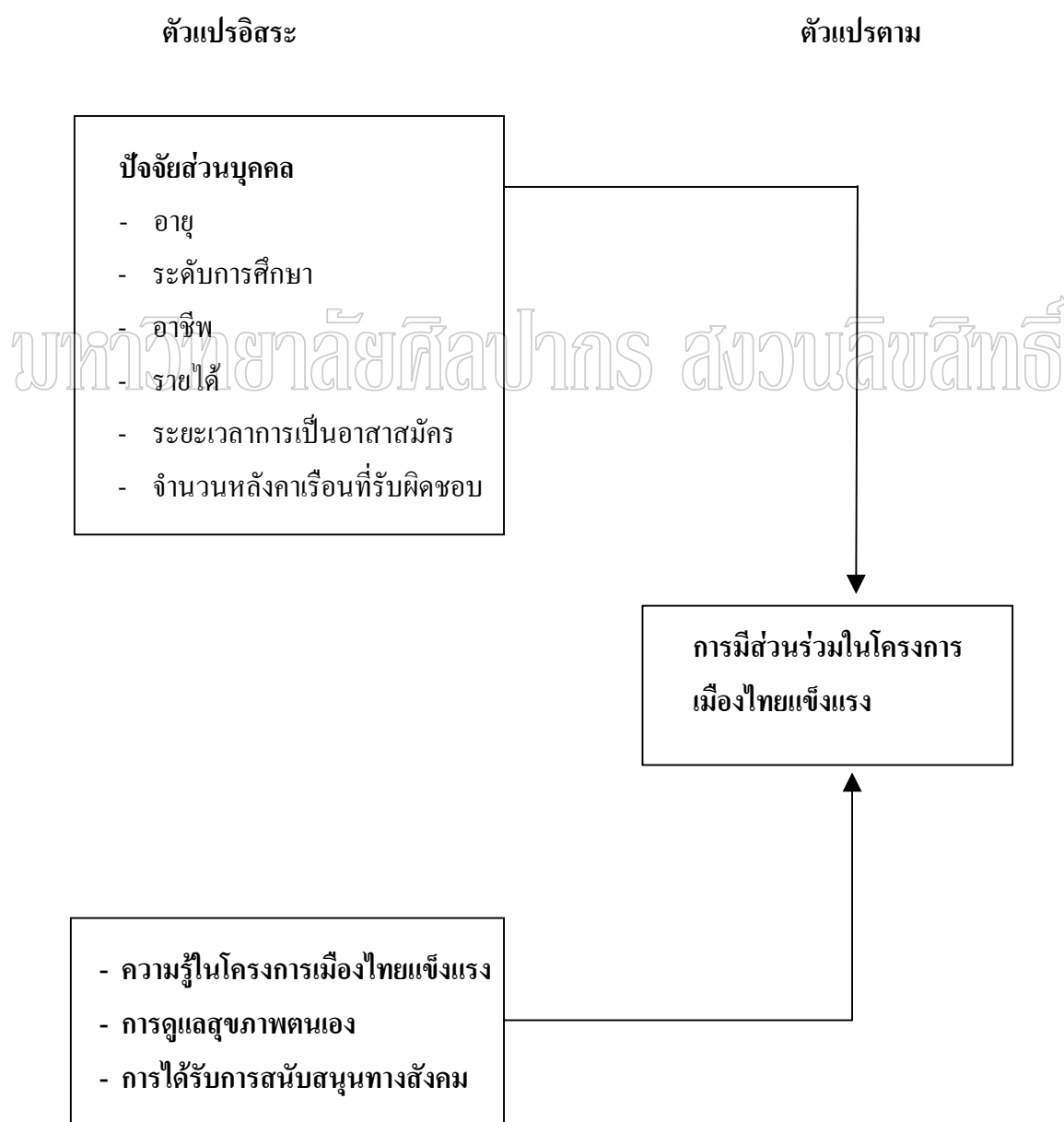
การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งผลักดันส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงได้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

กนกทอง สุวรรณบุญ (2545 : 140 – 145) ได้ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก และการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทอย่างมากในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 35.40 สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ บุญสาส์พิทักษ์ (2542 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ อันได้แก่ การนิเทศงาน การศึกษาดูงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนอกจากนี้ สีสด เขมะบาล (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สุพจน์ จิตสงวนสุข (2544 : ง) ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนสุนทร อุทรทวิการ ณ อยุธา (2540 : ง) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การสนับสนุนความรู้อย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และสิน่า จิติเบญจผล (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการศึกษาพบว่า การให้แรงสนับสนุนจากเพื่อน และผู้ปกครอง ทำให้นักเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องและสามารถเลิกบุหรี่ได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีปัจจัยต่าง ๆ

ที่ต้องการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ได้แก่ ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอดลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอดลอยเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ (Unit of analysis) และเพื่อให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรที่ศึกษา
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปฏิบัติงานในชุมชนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี (นับถึงวันเก็บข้อมูล) ในอำเภอปอดลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 802 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปอดลอย 2547)

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 267 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2543 : 284) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 สำหรับความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5

สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (Yamane, อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2543 : 284) มีดังนี้

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

เมื่อ n = ขนาดของตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร} \quad n &= \frac{802}{1 + 802 (.05)^2} \\ &= 266.89 \end{aligned}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ตัวอย่างจำนวน 267 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากรจำแนกตามสถานบริการสาธารณสุขและเพศ และใช้การจับฉลากรายชื่อตามจำนวนที่กำหนด ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวนประชากร (คน)			จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
โรงพยาบาลบ่อพลอย	55	104	159	18	35	53
สถานีอนามัยบ้านใหม่	12	61	73	4	20	24
สถานีอนามัยบ้านหนองกระทุ่ม	12	61	73	4	20	24
สถานีอนามัยพุทรม	3	29	32	1	10	11
สถานีอนามัยบ้านช่องด่าน	38	44	82	13	15	28
สถานีอนามัยบ้านสามยอด	33	23	56	11	8	19
สถานีอนามัยบ้านหลังเขา	12	51	63	4	17	21
สถานีอนามัยบ้านหนองรี	13	57	70	4	19	23
สถานีอนามัยบ้านลำอิฐ	24	31	55	8	10	18
สถานีอนามัยบ้านหลุมรัง	16	67	83	5	22	27
สถานีอนามัยบ้านไร่เจริญ	6	50	56	2	17	19
รวม	224	578	802	74	193	267

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรอิสระ มีดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1.1 อายุ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบ่อพลอย โดยแบ่งอายุเป็นจำนวนปีเต็ม คือตั้งแต่ 6 เดือนลงมาให้ปีลดลง และมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปให้ปีเพิ่มขึ้น ซึ่งแบ่งกลุ่มอายุเป็น 4 กลุ่มคือ

- ตั้งแต่ 30 ปีลงมา
- 31-40 ปี
- 41-50 ปี
- 51 ปีขึ้นไป

1.1.2 ระดับการศึกษา แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

- ระดับประถมศึกษา
- สูงกว่าระดับประถมศึกษา

1.1.3 อาชีพ แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

- เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์)
- พาณิชยกรรม (ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว)
- รับจ้าง

1.1.4 รายได้ของครอบครัวต่อปี แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

- ไม่เพียงพอ
- พอใช้ไม่มีเงินเหลือเก็บ
- มีเงินเหลือเก็บ

1.1.5 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษาข้อมูลด้านระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบ่อพลอย โดยแบ่งระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นจำนวนปีเต็ม คือตั้งแต่ 6 เดือนลงมาให้ปีลดลง และมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปให้ปีเพิ่มขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ

- 1-3 ปี
- 4-6 ปี
- 7-9 ปี
- 10 ปีขึ้นไป

1.1.6 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

- 1-10 หลังคาเรือน
- 11 หลังคาเรือนขึ้นไป

1.2 ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง

1.3 การดูแลสุขภาพตนเอง

1.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย

2.1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุและที่มาของปัญหา

2.2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน

2.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การมีตำแหน่งทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ลักษณะคำถามเป็นแบบตอบถูกผิด มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความรู้ กำหนดดังนี้

ตอบถูก	ให้คะแนนเท่ากับ	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้คะแนนเท่ากับ	0	คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินแบบอิงกลุ่มซึ่งใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยประยุกต์แนวคิดของสมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสนธิ (2537 : 846-847) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า $\bar{X} - 1$ S.D. หมายถึง มีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับน้อย (น้อยกว่า 10.18 คะแนน)

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ $\bar{X} - 1$ S.D ถึง $\bar{X} + 1$ S.D หมายถึง ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับปานกลาง (ตั้งแต่ 10.18 – 18.06 คะแนน)

คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า $\bar{X} + 1$ S.D หมายถึง ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงในระดับมาก (มากกว่า 18.06 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 29 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองบ่อยหรือทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นบางครั้ง
ไม่มีการปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองเลย

ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ถือถ้าเป็นข้อความที่แสดงถึงการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี จะให้คะแนน 3, 2, 1 สำหรับคำตอบที่มีการปฏิบัติเป็นประจำ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลยตามลำดับ ส่วนข้อความตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนสูงกว่าจะมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินการดูแลสุขภาพตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งการดูแลสุขภาพตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3 ต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{3-1}{3} = 0.66$$

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับน้อย
 คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับ

ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่

ได้รับเป็นประจำ	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมบ่อยหรือทุกครั้ง
ได้รับเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นบางครั้ง
ไม่เคยได้รับเลย	หมายถึง	ไม่เคยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย

ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือถ้าเป็นข้อความที่แสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะให้คะแนน 3, 2, 1 สำหรับคำตอบที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคยได้รับการสนับสนุนเลยตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนสูงกว่าจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนต่ำกว่า ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

$$\text{อันดับภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3 ต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อันดับภาคชั้น} = \frac{3-1}{3} = 0.66$$

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 34 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่

เข้าร่วมเป็นประจำ	หมายถึง	มีการเข้าร่วมในโครงการบ่อยหรือทุกครั้ง
เข้าร่วมเป็นบางครั้ง	หมายถึง	มีการเข้าร่วมในโครงการเป็นบางครั้ง
ไม่เคยเข้าร่วมเลย	หมายถึง	ไม่เคยเข้าร่วมในโครงการเลย

ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือถ้าเป็นข้อความที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงจะให้คะแนน 3, 2, 1 สำหรับคำตอบที่มีการเข้าร่วมเป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคยเข้าร่วมเลยตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนสูงกว่าจะมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงมากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

$$\text{อันดับภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3 ต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อันดับภาคชั้น} = \frac{3-1}{3} = 0.66$$

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง มีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก

4. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม และขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม ตามรายละเอียดของตัวแปร
3. สร้างข้อคำถามแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ

4. นำแบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นให้อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขรวมทั้งสิ้น จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out)

5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 30 คน

5.1 แบบวัดความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร Kr 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson's Method, อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2543 : 123) โดยใช้สูตรการหาค่าความเชื่อมั่นดังนี้

$$\text{สูตร Kr 20 } r_{tt} = \left(\frac{n}{n-1} \right) \times \left(\frac{1 - \sum pq}{S_t^2} \right)$$

n หมายถึง จำนวนข้อ

p หมายถึง สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ

q หมายถึง สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ=1-p

S_t^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

ข้อคำถามความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง มีจำนวน 25 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .71

5.2 แบบวัดการดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha-Coefficient) ในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ได้ผลดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .9129

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น

.8534

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง มีค่า

ความเชื่อมั่น .9456

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อให้ทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปอพลอย และโรงพยาบาลปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตอบแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปอพลอยในการทำหนังสือถึงหัวหน้าสถานีอนามัยทุกแห่งในพื้นที่อำเภอปอพลอย และประสานงานกับทางโรงพยาบาลปอพลอยเพื่อขออำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงแล้ว ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในวันประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่มาประชุมได้ฝากแบบสอบถามไว้กับเจ้าหน้าที่ ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามจำนวน 267 ฉบับ ได้แบบสอบถามที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตอบแล้วครบถ้วน สมบูรณ์ จำนวน 267 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง จำแนกตาม อายุ อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยทำการทดสอบหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's test for all possible comparison) และในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ทำการทดสอบหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟแล้วไม่พบคู่ที่แตกต่างกันจะทำการหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธี Tukey HSD

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงจำแนกตามระดับการศึกษา และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ โดยการทดสอบค่าที (t-test) แบบ Independent t-test

5. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่อง “การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี” โดยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 267 คน มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกออกเป็น 4 ตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ค่าร้อยละ และวิเคราะห์ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอายุอาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครที่แตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงที่มีระดับการศึกษา และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติเปรียบเทียบ t-test

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Y	แทน	การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง
X_1	แทน	ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง
X_2	แทน	การดูแลสุขภาพตนเอง
X_3	แทน	การได้รับการสนับสนุนทางสังคม
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
df	แทน	องศาอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	ผลรวมของค่ากำลังสองของค่าเบี่ยงเบน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนกำลังสอง (Mean Square)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
R	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple R)
R^2	แทน	ประสิทธิภาพในการทำนาย (R Square)
Adj R^2	แทน	ประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square)
S.E.	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (Standard Error of the Estimation)
R^2 Change	แทน	ประสิทธิภาพในการทำนายที่เพิ่มขึ้นเมื่อเพิ่มตัวแปรอิสระในสมการถดถอย
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficients)
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standard Regression Coefficients)
Constant (a)	แทน	ค่าคงที่
Over all F	แทน	สถิติทดสอบ F ของการทดสอบ
Min	แทน	คะแนนต่ำสุด
Max	แทน	คะแนนสูงสุด

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 267 คน ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	74	27.7
	หญิง	193	72.3
รวม		267	100.00
อายุ	ตั้งแต่ 30 ปีลงมา	84	31.5
	31-40 ปี	93	34.8
	41-50 ปี	65	24.3
	51 ปีขึ้นไป	25	9.4
รวม		267	100.00
ระดับการศึกษา			
ระดับประถมศึกษา		160	59.9
สูงกว่าระดับประถมศึกษา		107	40.1
รวม		267	100.00
อาชีพ			
เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์)		119	44.4
พาณิชย์กรรม (ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว)		44	16.5
รับจ้าง		104	39.0
รวม		267	100.00
รายได้ของครอบครัวต่อปี			
ไม่เพียงพอ		49	18.4
พอใช้ไม่มีเงินเหลือเก็บ		193	72.3
มีเงินเหลือเก็บ		25	9.4
รวม		267	100.00

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร		
1-3 ปี	126	47.2
4-6 ปี	62	23.2
7-9 ปี	25	9.4
10 ปีขึ้นไป	54	20.2
รวม	267	100.00
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ		
1-10 หลังคาเรือน	145	54.3
11 หลังคาเรือนขึ้นไป	122	45.7
รวม	267	100.00

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.3 ที่เหลือเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 27.7 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.8 มากที่สุด รองลงมาเป็นช่วงตั้งแต่ 30 ปีลงมา, 41-50 ปี และ 51 ปีขึ้นไปตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.9 และสูงกว่าประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 40.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 44.6 รองลงมาคือประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 39.0 และประกอบอาชีพพาณิชย์กรรม คิดเป็นร้อยละ 16.5 ตามลำดับ มีรายได้ของครอบครัวต่อปีพอใช้ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 72.3 รองลงมาคือไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 18.4 และมีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 9.4 ตามลำดับ มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.2 มากที่สุด รองลงมามีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 4-6 ปี, 10 ปีขึ้นไป และ 7-9 ปีตามลำดับ มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 1-10 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 54.3 และ 11 หลังคาเรือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.7

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

2.1 การวิเคราะห์ระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ค่าร้อยละ ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละของระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

ระดับความรู้ในโครงการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (น้อยกว่า 10 คะแนน)	31	11.6
ระดับปานกลาง (ตั้งแต่ 10 – 18 คะแนน)	201	75.3
ระดับมาก (มากกว่า 18 คะแนน)	35	13.1
$\bar{X} = 14.12$ S.D. = 3.94 Min = 1 Max = 25		

จากตารางที่ 4 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่มีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.3 รองลงมา มีความรู้ในโครงการอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 13.1 และมีความรู้ในโครงการอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 11.6 ตามลำดับ

2.2 การวิเคราะห์ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าระดับ ของการดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	($\bar{X}$)	(S.D.)	ค่าระดับ
ตัวแปรต้น			
- การดูแลสุขภาพตนเอง (X_2)	2.3811	.2407	มาก
- การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (X_3)	2.5748	.3501	มาก
ตัวแปรตาม			
การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง (Y)	2.4718	.3604	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการดูแลสุขภาพตนเอง มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง และได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.3811, 2.4718 และ 2.5748 ตามลำดับ)

บทวิทยานิพนธ์การวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนเชิงปริมาณ
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกันมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุ อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครที่แตกต่างกัน ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และหากพบความแตกต่างจะทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ทำการทดสอบหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ แล้วไม่พบคู่ที่แตกต่างกันจะทำการหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธี Tukey HSD และวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจําหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษา และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติเปรียบเทียบ t-test ดังรายละเอียดในตารางที่ 6-16

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับ ของการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
ตั้งแต่ 30 ปีลงมา	84	2.4153	.3495	มาก
31-40 ปี	93	2.4921	.3454	มาก
41-50 ปี	65	2.4624	.4114	มาก
51 ปีขึ้นไป	25	2.6106	.2753	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านทุกช่วงอายุมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับมาก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านที่มีอายุอยู่ในช่วง 51 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมมากที่สุด ($\bar{X} = 2.6106$)

ตารางที่ 7 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.794	.265	2.062
ภายในกลุ่ม	263	33.765	.128	
รวม	266	34.559		

จากตารางที่ 7 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจําหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอดลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
ประถมศึกษา	160	2.4790	.3340	.387
สูงกว่าประถมศึกษา	107	2.4610	.3981	

จากตารางที่ 8 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับ ของการมีส่วนร่วมในโครงการ
เมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอดลอย จังหวัด
กาญจนบุรี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์)	119	2.4738	.3665	มาก
พาณิชย์กรรม (ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว)	44	2.5180	.3728	มาก
รับจ้าง	104	2.4499	.3496	มาก

จากตารางที่ 9 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกอาชีพมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับมาก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประกอบอาชีพพาณิชย์กรรมมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมมากที่สุด ($\bar{X} = 2.5180$)

ตารางที่ 10 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอดลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.144	.0721	.553
ภายในกลุ่ม	264	34.415	.130	
รวม	266	34.559		

จากตารางที่ 10 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับ ของการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอดอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามรายได้

รายได้	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
ไม่เพียงพอ	49	2.4022	.3589	มาก
พอใช้มีเงินเหลือเก็บ	193	2.4838	.3679	มาก
มีเงินเหลือเก็บ	25	2.5153	.2941	มาก

จากตารางที่ 11 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้ไม่เพียงพอ, พอใช้มีเงินเหลือเก็บ และมีเงินเหลือเก็บ มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง อยู่ในระดับมาก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเงินเหลือเก็บมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมมากที่สุด ($\bar{X} = 2.5153$)

ตารางที่ 12 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอดอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.313	.156	1.206
ภายในกลุ่ม	264	34.246	.130	
รวม	266	34.559		

จากตารางที่ 12 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับ ของการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครที่แตกต่างกัน

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D.	ค่าระดับ
1-3 ปี	126	2.3975	.3773	มาก
4-6 ปี	62	2.5133	.3107	มาก
7-9 ปี	25	2.6153	.3162	มาก
10 ปีขึ้นไป	54	2.5310	.3627	มาก

จากตารางที่ 13 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 1-3 ปี, 4-6 ปี, 7-9 ปี และ 10 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับมาก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 7-9 ปีมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมมากที่สุด ($\bar{X} = 2.6153$)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สาขาวิชานิติศาสตร์

ตารางที่ 14 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.506	.502	3.995*
ภายในกลุ่ม	263	33.053	.126	
รวม	266	34.559		

* $P < .05$

จากตารางที่ 14 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี Tukey HSD

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครแตกต่างกัน

ระยะเวลาการเป็น อาสาสมัคร	1-3 ปี ($\bar{X} = 2.3975$)	4-6 ปี ($\bar{X} = 2.5133$)	10 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 2.5310$)	7-9 ปี ($\bar{X} = 2.6153$)
1-3 ปี ($\bar{X} = 2.3975$)	-			
4-6 ปี ($\bar{X} = 2.5133$)	.1158	-		
10 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 2.5310$)	.1335	.0177	-	
7-9 ปี ($\bar{X} = 2.6153$)	.2178*	.1020	.0842	-

จากตารางที่ 15 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 7-9 ปี มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 1-3 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความแตกต่าง

ตารางที่ 16 แสดงการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่
รับผิดชอบแตกต่างกัน

จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	n	$\bar{X}$	S.D.	t
1-10 หลังคาเรือน	145	2.4730	.3628	.060
11 หลังคาเรือนขึ้นไป	122	2.4703	.3592	

จากตารางที่ 16 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การวิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ดังรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 แสดงการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง(X_1) การดูแลสุขภาพตนเอง(X_2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม(X_3) และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง(Y) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวแปร	X_1	X_2	X_3	Y
X_1	1.000			
X_2	.008	1.000		
X_3	.187**	.328**	1.000	
Y	.401**	.261**	.529**	1.000

** $p < .01$

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า การดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .01 ($r = .261, .401$ และ $.529$ ตามลำดับ) โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงมากที่สุด ($r = .529$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเอง พบว่า ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการดูแลสุขภาพตนเองกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวก โดยการดูแลสุขภาพตนเองกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวกมากที่สุด ($r = .328$) ในขณะที่ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงกับการดูแลสุขภาพตนเองไม่มีความสัมพันธ์กัน

4.2 การวิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ดังรายละเอียดในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 แสดงการวิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามา (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ลำดับของตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือก	R	R ²	Adj R ²	R ² Change	b	Beta	t
1. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม(X ₃)	.529	.280	.277	.280	.444	.431	8.276*
2. ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง(X ₁)	.612	.375	.370	.095	.732	.320	6.498*
3. การดูแลสุขภาพตนเอง(X ₂)	.622	.387	.380	.012	.176	.117	2.293*
Constant(a) = .497 S.E. = .195 Over all F = 55.381							

* $p < .05$

จากตารางที่ 18 พบว่า ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง (Y) ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (X₃) ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง (X₁) และการดูแลสุขภาพตนเอง (X₂) โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม(X₃) เป็น

ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 1 และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้ ร้อยละ 28.0

ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง (X_1) เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 2 และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.5 โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (X_3) และความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง (X_1) สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้ ร้อยละ 37.5

การดูแลสุขภาพตนเอง (X_2) เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 3 และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.2 โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (X_3) ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง (X_1) และการดูแลสุขภาพตนเอง (X_2) สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้ ร้อยละ 38.7 โดยมีค่าประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว เท่ากับ .277, .370 และ .380 ตามลำดับ มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ .195

สมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถนำมาเขียนในรูปคะแนนดิบและในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = .497 + .444 (X_3) + .732 (X_1) + .176(X_2)$$

ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .431(X_3) + .320(X_1) + .117(X_2)$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง “การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี” ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และศึกษาอิทธิพลของความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

เมื่อได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อนำตัวแปรแต่ละตัวมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน 5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน 7) ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 802 คน นำมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบ

แบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากรจำแนกตามสถานบริการสาธารณสุข และเพศ มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 267 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 267 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 72.3 ที่เหลือเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 27.7 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.8 มากที่สุด รองลงมาเป็นช่วง ตั้งแต่ 30 ปีลงมา, 41-50 ปี และ 51 ปีขึ้นไปตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.9 และสูงกว่าประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 40.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 44.6 รองลงมาคือประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 39.0 และประกอบอาชีพพาณิชย์กรรม คิดเป็นร้อยละ 16.5 ตามลำดับ มีรายได้ของครอบครัวต่อปีพอใช้ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 72.3 รองลงมาคือไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 18.4 และมีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 9.4 ตามลำดับ มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.2 มากที่สุด รองลงมามีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 4-6 ปี, 10 ปี ขึ้นไป และ 7-9 ปีตามลำดับ มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 1-10 หลังคาเรือน คิดเป็น ร้อยละ 54.3 และ 11 หลังคาเรือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.7

2. การวิเคราะห์ระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า

- 2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.3

2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.3811$)

2.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.5748$)

2.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.4718$)

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่าวพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน พบว่า

3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน

3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน

3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน

3.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน

3.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 1 – 3 ปี มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงต่ำกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 7 – 9 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 2.3975$ และ $\bar{X} = 2.6153$ ตามลำดับ) นอกนั้นไม่พบความแตกต่าง

3.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน

4. การวิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายนการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายนการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้ ร้อยละ 38.7 และสมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงพอสมควร ซึ่งจากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว พบว่า เมื่อกล่าวถึงโครงการเมืองไทยแข็งแรง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะทราบถึงการดำเนินงานเป็นส่วนใหญ่ ไม่ค่อยได้จำในเรื่องของเกณฑ์ชีวิตเพราะว่าจำยาก ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้มีการเน้นย้ำถึงการดำเนินงานและเกณฑ์ชีวิตอยู่เป็นประจำในการประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 59.9 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ทำให้มีการรับรู้และจดจำเนื้อหาไม่มากนัก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อคำถามที่ว่าโครงการจะบรรลุเป็นตำบลสุขภาพดีได้ ต้องมีหมู่บ้านสุขภาพดีอย่างน้อย ร้อยละ 80, การลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขนั้นโครงการมีการดำเนินงานประกอบด้วยโรคไข้เลือดออก โรคความดัน และโรคเบาหวาน และสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไปต้องมีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 50 เป็นข้อที่มีผู้ตอบผิดเป็นจำนวนมาก (ร้อยละ 70.8, 73.4, และร้อยละ 74.9 ตามลำดับ) แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่ทราบถึงเกณฑ์ที่จะบรรลุเป็นตำบลสุขภาพดี และการดำเนินงานในด้านการลดโรคโดยเข้าใจว่าประกอบด้วยเพียง 3 โรคได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคความดันและโรคเบาหวาน ซึ่งแท้จริงนั้นยังมีการดำเนินงานในโรคมะเร็งเต้านมด้วย ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตอบข้อคำถามในข้อที่ว่าสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไปต้องมีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 50 ผิดไปด้วย จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สีสต์ เชมบาล (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศพลิน วิเชียรสรรค์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงที่ผู้วิจัยศึกษาครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

ความรู้ในเรื่องการดำเนินงานและเกณฑ์ชี้วัดในโครงการที่มีความแตกต่างกับความรู้ในงาน สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่ประกอบไปด้วยเรื่องของการดำเนินงานเพียงอย่างเดียว

1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า อยู่ในระดับมาก แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี โดยพิจารณาได้จากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพร่างกายที่ดีเป็นประจำด้วยการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน เลือกซื้ออาหาร เช่น อาหารกระป๋อง น้ำปลา โดยพิจารณาวันหมดอายุ เลือกซื้ออาหารแห้งและอาหารบรรจุภาชนะที่มีเลขหมายขององค์การอาหารและยา มีการนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง หลังเลิกงานประจำจะพักผ่อนด้วยการฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูรายการโทรทัศน์ที่ชอบ หรือพูดคุยเรื่องสบายใจกับคนในครอบครัว อาบน้ำ แปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และมีการทำความสะอาดเสื้อผ้าไม่ให้หมักหมม หรืออับชื้น นอกจากนี้ยังมีการดูแลสุขภาพจิตที่ดีเป็นประจำด้วยการหางานอดิเรกทำเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ หัวเราะอย่างเต็มที่เมื่อดูหนังตลกหรือรายการตลกขบขัน และส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานยาคลายเครียด เมื่อเกิดความเครียด ไม่เคยคิดที่จะฆ่าตัวตายเมื่อเกิดปัญหาร้ายแรง และไม่เคยเชื่อว่าเหตุการณ์ร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นจะเกิดตลอดไป ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการอบรมงานคุ้มครองผู้บริโภคในเรื่องของการรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้องและปลอดภัยปีละ 1 ครั้งและได้นำมาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้มีการเน้นในเรื่องการบริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย ที่ภาครัฐสร้างกระแสให้ประชาชนตื่นตัวโดยการเผยแพร่ความรู้ทางสื่อต่าง ๆ ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ เอกสารวิชาการ สื่อสิ่งพิมพ์ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้และนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และทางสถานีอนามัยได้มีการอบรมแกนนำครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัวต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้ยังมีตัวแทนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปอบรมในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตแล้วนำมาเผยแพร่แก่เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเช่นกัน ด้วยเหตุนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก

1.3 ผลการวิเคราะห์ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า อยู่ในระดับมาก แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ เกื้อกูลที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในระดับมาก ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงด้วยความสบายใจ และเสียสละได้อย่างเต็มที่ และแสดงถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจึงทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่มาก โดยในการทำงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงนั้นเป็นงานที่เกี่ยวข้อง

และเพิ่มเติมจากงานสาธารณสุขมูลฐานที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำอยู่เป็นประจำ และต้องทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโครงการเน้นการดำเนินงานให้บรรลุตัวชี้วัด การที่จะบรรลุได้นั้นย่อมต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มบุคคลทางสาธารณสุขที่เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ แต่การเข้ามามีส่วนร่วมต้องได้รับการสนับสนุนทั้งการดูแล เอาใจใส่ ให้กำลังใจ วัสดุ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และโครงการนี้มีเป้าหมายที่จะบรรลุในปี พ.ศ. 2558 ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจึงช่วยสนับสนุนในการดำเนินงานโครงการเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด ด้วยเหตุนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545 : 140 – 145) ที่ได้ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับมาก

1.4 ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงพบว่าอยู่ในระดับมาก จากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการเข้าร่วมในโครงการเป็นประจำเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการดูแลสุขภาพตนเอง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับมาก ซึ่งรัฐปรกรณ์ นิพนันท์ (2547) ได้กล่าวว่าบุคคล หรือกลุ่มที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมจะต้องตระหนักรู้ถึงสิทธิของตนเองที่มีต่อสิ่งนั้น ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถ้ามีการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันแล้วก็สามารถนำการปฏิบัติไปแนะนำกับคนในชุมชนได้ นอกจากนี้กนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545 : 145) ได้ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทอย่างมากต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยเหตุนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545 : 121) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสฤติย์ คล้ายคลึง (2543 : 44) ที่ได้ศึกษาการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวัดเพลง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 มีการปฏิบัติงานในระดับต่ำ เรื่องการจัดหาน้ำสะอาด และสุขภาพสิ่งแวดล้อม การนัดประชุม การจัดกิจกรรมสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การจัดนิทรรศการและสาธิตการแปรงฟัน และการจัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคในหมู่บ้าน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสัสต เชมบาล (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงนั้นมีการดำเนินงานเพิ่มเติมจากงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติอยู่ อันประกอบไปด้วยการดำเนินงานด้าน ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ การลดโรคที่ประกอบไปด้วย โรคไข้เลือดออก ความดัน เบาหวาน และมะเร็งเต้านม ซึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีบทบาทในเรื่องการดำเนินงานในด้านการลดโรคที่ประกอบด้วย โรคไข้เลือดออก โรคความดัน เบาหวาน ส่วนในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมไม่ได้มีบทบาทมากนัก รวมทั้งยังไม่มีบทบาทในการดำเนินงานด้านการออกกำลังกายของคนในชุมชน ด้านอาหาร อารมณ์ และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เพิ่งมาเน้นในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ทำให้การดำเนินงานมีความแตกต่างกัน แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการดูแลสุขภาพตนเอง และได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงานโครงการอยู่ในระดับมากทำให้การเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการอยู่ในระดับมาก

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 อายุผลการวิเคราะห์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน แสดงว่าอายุที่แตกต่างกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโครงการเมืองไทยแข็งแรงเริ่มต้นดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นของการรณรงค์สร้างสุขภาพ และมีการชี้แจงการดำเนินงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกกลุ่มอายุเมื่อมีการประชุมประจำเดือน แม้การดำเนินงานโครงการจะเป็นการดำเนินงานตามกลุ่มอายุ แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกกลุ่มอายุก็ต้องทราบการดำเนินงานในทุกกลุ่มด้วยกันเพื่อที่จะนำไปปฏิบัติกับคนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกันจึงมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทย

แข็งแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิศพลิน วิเชียรสรรค์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี แยมกันชู (2543 : 41) ที่ศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของสกวรัตน์ ลิ้มเลิศ (2537 : 101) ที่ได้ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปจะมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุน้อย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสราวุธ วลัยขุพฤกษ์ (2543 : 134) ที่ศึกษาพบว่าอายุมีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

2.2 ระดับการศึกษา ผลการวิเคราะห์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน แสดงว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 59.9 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา แต่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการนั้นไม่ต้องใช้วิชาการมากนัก เพียงแต่ใช้ทักษะการสื่อสาร มนุษยสัมพันธ์ในการทำงานกับคนในชุมชน และการเข้าร่วมดำเนินงานโครงการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในวิเคราะห์สาเหตุและที่มาของปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหาโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนในด้านการประเมินผลส่วนใหญ่จะมีการประเมินแค่เพียงจำนวนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ด้านการดำเนินงานโครงการนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็ได้มีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับความเป็นอยู่ของคนในชุมชนซึ่งเป็นชุมชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีชีวิตความเป็นอยู่ที่เรียบง่ายดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจึงมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี แยมกันชู (2543 : 41) ที่ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของสถิตย์ คล้ายคลึง (2543 : 44) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุญ (2545 : 126) ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสราวุธ วลัยขุพฤกษ์

(2543 : 134) ที่ได้ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของลีสด เชมะบาล (2542 : 37) ที่ศึกษาพบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 อาชีพ ผลการวิเคราะห์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน แสดงว่าอาชีพที่แตกต่างกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าลักษณะการประกอบอาชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 44.4 และร้อยละ 39.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง จึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานโครงการ เพราะสามารถผสมผสานการทำงานกับคนในชุมชนที่มีอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพรับจ้างเช่นเดียวกัน และปัจจุบันก็มีสื่อที่หลากหลายที่ให้ประชาชนทุกอาชีพได้รับทราบเช่นเดียวกัน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแตกต่างกันจึงมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลีสด เชมะบาล (2542 : 37) ที่ศึกษาพบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของพิศพลิน วิเชียรสรรค์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี แยมกันชู (2543 : 41) ที่ศึกษาพบว่าอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสกวรัตน์ ลับเลิศ (2537 : 114) ที่ศึกษาพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประกอบอาชีพค้าขายจะมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานสูงที่สุด

2.4 รายได้ ผลการวิเคราะห์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน แสดงว่ารายได้ที่แตกต่างกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นรายได้ไม่เพียงพอ พอใช้ไม่มีเงินเหลือเก็บหรือมีเงินเหลือเก็บ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.3 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายจึงไม่ต้องเดือดร้อน ดังนั้นหารายได้มาเพื่อใช้หนี้สิน ประกอบกับได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.5748$) ทำให้มีความเสี่ยงที่จะทำงานเพื่อชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถิตย์ คล้ายคลึง (2543 : 44) ที่ศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของสราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543 : 134) ที่ศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิยศ เหมะบาล (2542 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพบว่ารายได้มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภัสสร มยาเสศ (2535 : 113) ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้ปานกลางมีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่และเด็กสูงสุด ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้สูงมีส่วนร่วมในกิจกรรมอนามัยแม่และเด็กต่ำที่สุด

2.5 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร ผลการวิเคราะห์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 7-9 ปี มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 1-3 ปี ผลการศึกษาครั้งนี้จึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 1-3 ปีนั้นเริ่มเข้ามาทำงานได้ไม่นานจึงมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนน้อย ทำให้มีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงน้อยกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 7-9 ปี ที่มีการสั่งสมประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนทำให้มีส่วนร่วมในโครงการมากกว่า ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 4-6 ปี และ 10 ปีขึ้นไป ถึงแม้จะมีส่วนร่วมในโครงการไม่แตกต่างกับกลุ่มอื่น แต่ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครดังกล่าวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงน้อยกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 7-9 ปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 10 ปีขึ้นไปมีการปฏิบัติงานมานาน อาจเกิดความเฉื่อยชา ไม่มีการพัฒนาการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 4-6 ปี นั้นอาจมีการสั่งสมประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ทำให้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการน้อยกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะ

เวลาการเป็นอาสาสมัคร 7-9 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสฤติย์ คล้ายคลึง (2543 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานในศูนย์สาธิตสาธิตฐานชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของวรจิตร หนองแก (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร เจริญวงศ์มิตร (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่าระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสราวุธ วลัยพฤกษ์ (2543 : 134) ที่ศึกษาพบว่าระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน และจากการศึกษาของสิดศ เหมะบาล (2542 : 37) ที่ศึกษาพบว่าระยะเวลาที่ได้ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธิตสาธิตฐานชุมชน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุญ (2545 : 130) ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครแตกต่างกันมีการปฏิบัติงานในงานสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน

2.6 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ผลการวิเคราะห์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงแตกต่างกัน แสดงว่าจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการดำเนินงานนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดำเนินงานทั้งจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบมากหรือน้อยด้วยวิธีการเดียวกัน การเข้าไปทำงานกับหลังคาเรือนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบจะดำเนินงานโดยยึดผลประโยชน์ด้านสุขภาพอนามัยอย่างเท่าเทียมกัน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีหลังคาเรือนที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุญ (2545 : 130-131) ที่ได้ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบแตกต่างกันมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง ประกอบไปด้วยการดำเนินงานทั้ง 5 องค์ประกอบคือ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ การลดโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องมีการดำเนินงานให้บรรลุตัวชี้วัดของโครงการ ดังนั้นการทำให้บรรลุตัวชี้วัดโครงการในภาพรวมต้องมีการดำเนินงานในทุกหลังคาเรือนอย่างเท่าเทียม และได้รับผลประโยชน์เช่นเดียวกัน

3. ผลการวิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี สรุปผลดังนี้

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการทำนายมากที่สุด รองลงมาคือความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง และการดูแลสุขภาพตนเอง โดยสามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ได้ร้อยละ 38.7 ผลการศึกษาครั้งนี้จึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งแสดงผลดังนี้

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับ 1 และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ได้ร้อยละ 28.0 แสดงว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงสูง และผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงมากที่สุด ($r = .529$) แสดงว่าเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากก็มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงสูง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นวิธีการสำคัญในการส่งเสริมการช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลกับสมาชิกของครอบครัว กลุ่ม ชุมชน องค์กรต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของการประเมินเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เวลา และความคิด การให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการให้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อภาวะจิตใจ และอารมณ์ คือจะช่วยให้ผู้รับเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มาคุกคามต่อร่างกายหรือจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545 : 132) ที่ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดระยองมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ประกอบกับการทำงานโครงการเป็นงานเชิงรุกมากยิ่งขึ้น ทั้งในการดำเนินงานในเรื่องของการออกกำลังกายของคนในชุมชน ดำเนินงานให้คนในชุมชนได้มีการบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย มีการพัฒนาอารมณ์ที่สมวัย ลดโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข และดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินงานในด้านดังกล่าวนี้ถ้าจะให้ประสบความสำเร็จต้องได้รับการสนับสนุนในเรื่องการดูแล เอาใจใส่ วัสดุ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำอย่างเพียงพอ

ความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 2 และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.5 แสดงว่าความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้ค่อนข้างสูงทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงทำให้ทราบถึงวิธีการดำเนินงาน พร้อมทั้งตัวชี้วัดที่จะบรรลุโครงการ มีความเข้าใจ มั่นใจ ตลอดจนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุที่มาของปัญหา ตัดสินใจวางแผน ดำเนินกิจกรรม และประเมินผลของโครงการ และความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .401$) แสดงว่าเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในโครงการอยู่ในระดับมากก็มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงสูง ซึ่ง กรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter 1991 : 155) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี มณีศรี (2542 : 86) ที่ศึกษาพบว่า ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงจะมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกภายในบ้านและบริเวณบ้านอยู่ในระดับมาก

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 3 และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพตนเองแล้วไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพร่างกายในเรื่องของการออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การดูแลทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า ตลอดจนมีการดูแลสุขภาพจิตด้วยการมีวิธีการควบคุมและผ่อนคลายความเครียดให้กับตนเอง มีการมองโลกในแง่ดีและมีอารมณ์ขัน และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ก็จะสามารถนำไปแนะนำแนวทางการปฏิบัติแก่คนในชุมชน ตลอดจนมองเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว ทำให้มีความเสียสละในการทำงานเพื่อส่วนรวมมากยิ่งขึ้น เพราะถ้าบุคคลมีการรับรู้ มีความสำนึกได้ และเห็นคุณค่าให้ความสำคัญกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วมักจะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา โดยขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 25) ดังนั้นเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีแล้วก็พร้อมที่จะมีการปฏิบัติแนะนำ พร้อมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ดังที่ สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย (2542 : 9) กล่าวว่าถ้าคนเราต้องการมีสุขภาพสมบูรณ์ดีก็จำเป็นต้องทำกิจกรรมหลาย ๆ อย่างประกอบกัน ทั้งในด้านการปฏิบัติตัวหรือสุขปฏิบัติ และสุนิสัยส่วนตัวรวมทั้งยังต้องมีการปฏิบัติเพื่อส่วนรวมหรือการสาธารณสุขด้วยการดูแลสุขภาพตนเองกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง มีความสัมพันธ์กันทาง

บวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .261$) แสดงว่าเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมากก็มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงสูง

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของโครงการ โครงการเมืองไทยแข็งแรง เป็น 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนในการดำเนินงานโครงการกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งการสนับสนุนในการช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่ ให้กำลังใจ สนับสนุนทางด้านวัสดุ สิ่งของ งบประมาณ รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ข้อเสนอแนะในการทำงานโครงการ เพราะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 28.0
2. ควรมีการเพิ่มเติมความรู้ในเรื่องการดำเนินงาน และกิจกรรมในโครงการให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มากยิ่งขึ้น โดยอาจต้องมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่องการดำเนินงานโครงการ โครงการเมืองไทยแข็งแรงให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทุกสถานบริการ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่าความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในโครงการโครงการเมืองไทยแข็งแรง รวมทั้งยังสามารถทำนายการมีส่วนร่วมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.5
3. ในการจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพประจำปีแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรมีการเพิ่มเติมความรู้ และจัดกิจกรรมในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองให้มากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตระหนักถึงความสำคัญ และเห็นคุณค่าที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ตลอดจนแนะนำกับคนในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2

4. ควรให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ เพิ่มความรู้ในโครงการ และให้ความรู้ แนะนำการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพิเศษแก่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เพิ่งเริ่มเข้ามาทำงานโดยเฉพาะในช่วง 1-3 ปีแรก เพราะจากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มดังกล่าวมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรงน้อยกว่ากลุ่มอื่น

ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากในการศึกษาค้างนี้ศึกษาเพียงการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด
2. ควรมีการศึกษาถึงความพึงพอใจในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพต่อไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนกทอง สุวรรณบุลย์. “อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดระยอง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร, 2545.

กระทรวงสาธารณสุข. การบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.

_____. ก “แนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขสู่เมืองไทยสุขภาพดี.”ม.ป.ท., 2547.

(อัดสำเนา)

_____. ข “เอกสารการประชุมสัมมนาพหุภาคีเรื่องเมืองไทยแข็งแรง.”ม.ป.ท., 2547.

(อัดสำเนา)

_____. ค “แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี.”ม.ป.ท., 2547. (อัดสำเนา)

กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. การบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานแนวใหม่.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2544.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. กองสุศึกษา. แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542.

กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. แนวทางการนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.

กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. “โครงการวิจัยขั้นต้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน อสม. อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่.”ม.ป.ท., 2521. (อัดสำเนา)

จุฑาทิพย์ อุมะวิชณี. ชีวิตและการรู้จักตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์โสภา

การพิมพ์, 2527.

ชนินทร์ เจริญกุล. การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิด และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ. ม.ป.ท., 2526.

ดวงเดือน มูลประดับ. “แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น.” วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2541.

ตะวัน สำราญใจ. “ความรู้ ความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
ชุมชน (ศสมช.) ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์.”
ภาคินพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2537.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์โสภะ
การพิมพ์, 2527.

_____. ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ทัศนา บุญทอง. แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน. ม.ป.ท.,
2534.

ธารกมล อนุสิทธิ์สุกการ. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และ
พฤติกรรมในการเผชิญความเครียดกับความเครียดในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย.”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

นงคันุช มิควาฬ. “พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังสะพุง
จังหวัดเลย.” ภาคินพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

นภาพร เจริญวงศ์มิตร. “การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง
นครสวรรค์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกบริหารสาธารณสุข
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. แนวทางการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2533.

_____. การมีส่วนร่วม หลักพื้นฐาน เทคนิค และกรณีตัวอย่าง. พิมพ์ครั้งที่ 2.
ม.ป.ท., 2547.

บังลังก์ วิเศษศรี. “ศักยภาพการเพิ่มพื้นที่สีเขียวโดยประชาชนมีส่วนร่วมในเขตเทศบาลนคร
เชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการมนุษย์
กับสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมอนามัย.

กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

ปรีวรรณ์ แสงพิทักษ์. “การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครปฐม.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏนครปฐม, 2545.

พนัส พงษ์สุนันท์, อุบล จันทรเพชร และจินตนา ชุนหมุกดา. “รายงานการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชนน่าอยู่ : กรณีศึกษา จังหวัดราชบุรี.” ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8.

กรุงเทพมหานคร : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2543.

พัชร สีโรต. การมีส่วนร่วมของประชาชน. ม.ป.ท., 2546.

พิศเพลิน วิเชียรสรรค์. “ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร.” ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

ไพรัตน์ เตะระรินทร์. นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบันของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ศักดิ์โสภารการพิมพ์, 2527.

ภัทรพงศ์ ประกอบผล. “ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร-มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.

ภัตตรา มยาเสศ. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ส่งผลต่อการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กให้บรรลุเป้าหมาย ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดชุมพร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

มนตรี มณีศรี. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน ตำบลแม่จะรา อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก.” ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

มัลลิกา มดีโก. การดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนะทางสังคม วัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร : แสงแดด, 2530.

เมธี จันทจารย์. คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ร.ส.พ., 2542.

ขยุธ ชนิกุล. “การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพภาคประชาชน ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา วิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2546.

รังรอง งามศิริ. “การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 กรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญา ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

รัชณี แยมกันชู. “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก.” ภาคนิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

รัฐปกรณ์ นิกานนท์. การมีส่วนร่วมของประชาชน [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2547.

เข้าถึงได้จาก [http : // www.low 2 day. Com/](http://www.low2day.Com/)

รัตวัลย์ วรรณจนา. การพัฒนาสุขภาพในชนบท. พิมพ์ครั้งที่ 2. เลย : โรงพิมพ์สถาบันราชภัฏ จังหวัดเลย, 2544.

ลีน่า จิตเบญจผล. “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชาย จังหวัดนนทบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

วรจิตร หนองแก. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.

สกาวัฒน์ ลับเลิศบ. “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.

สถิตย์ คล้ายคลึง. “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี.” ภาคนิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

สมทรง รักษ์เฝ้า และสรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ม.ป.ท., 2540.

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสนธิ. “การวัดผลและประเมินผลในชั้นเรียนจากทฤษฎีการปฏิบัติ.” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติการวิจัยและการประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 14 สาขาวิชาสถิติและการวิจัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 845-862.
 นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2537.

สมานมิตร พัฒนา. “บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเป็นผู้นำในการแยกประเภทชุมชน ในจังหวัดนครปฐม.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สราวุธ วลัยชพฤกษ์. “ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

สาธิตมน ศิริสมบุญเรือง. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.). ก “ความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ.” วารสารหมออนามัย 13, 4 (มกราคม – กุมภาพันธ์ 2547) : 6-19.

_____. ข “ข้อเสนอทิศทางการสนับสนุนประชาคมสร้างสุขภาพ.” วารสารหมออนามัย 13, 5 (มีนาคม – เมษายน 2547) : 16-19.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปอพลอย. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2546. ม.ป.ท., 2547.

ลีสด เขมะบาล. “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี.” ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

สุชาติ โสมประยูร. จิตสบาย กายเป็นสุข. กรุงเทพมหานคร : ไทพ่น อินเตอร์ แอ๊คท์ จำกัด, ม.ป.ป.

สุนทร อุทรทวิการ ณ อุรุยา. “ปัจจัยที่มีผลต่อระบบการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ของจังหวัดสุพรรณบุรี.”

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

สุพจน์ จิตสงวนสุข. “การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสระบุรี ปี 2543.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. สุขภาพเพื่อชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2542.

สุภาณี รุ่งเรืองศรี. “การมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข่าวสารประชากรศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของจังหวัดชัยนาท ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

สุริรัตน์ ฉิมเพชร. “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2546.

หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ. “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

อกิน รพีพัฒน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

อนุภาพ ธีรลาภ. “การวิเคราะห์เชิงสมมติฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบทศึกษากรณีอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารรัฐกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528.

อุไรวรรณ บุญสาส์พิทักษ์. “การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

เอกสิทธิ์ สุทธิศาสนกุล. “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองส่วนท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดกาญจนบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏนครปฐม, 2545.

ภาษาต่างประเทศ

Cobb, Sidney. Psychosomatic Medicine. New Jersey : Prentice Hall, 1976.

Green, L.W., and M.W.Kreuter. Health Promotion Planning : An Education and Environmental Approach. Toronto : Mayfield Publishing Company, 1991.

Kaplan, B.H., C.J.Cassel, and S.Gore. “Social Support and Health.” Medical Care 15, 5 (May 1977) : 50-51.

Pender, Nola J. Health Promotion in Nursing Practice. New York : Appleton Centurt Crofts, 1982.

Thoits, Peggy A. “Conceptual and Theoretical Problem in Studing Social Support as a Buffer Againsts Life Stress.” Journal of Health and Social Behavior 23, 6 (June 1982) : 145-159.

WHO. Report of International Conference on Primary Health Care. New York : N.P. Press, 1987.

มหาวิทยาลัยศิลปากร ภาคผนวก สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ก

มหาวิทยาลัยศิลปากร
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย
สงวนลิขสิทธิ์

แบบสอบถาม

การมีส่วนร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรงของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

คำอธิบายประกอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประกอบการศึกษาวิทยานิพนธ์ปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากความรู้
ความคิดเห็น ตลอดจนข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทย
แข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

2. ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามนี้ จะเก็บเป็นความลับ อสม. ไม่ต้องเขียนชื่อ ที่อยู่
ลงในแบบสอบถาม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของท่านจะทราบข้อมูลของท่านในภาพรวม
ไม่มีการระบุตัวบุคคลโดยเด็ดขาด จึงขอความร่วมมือให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริงและ
ตอบให้ครบทุกข้อ เพื่อให้เก็บข้อมูลได้สมบูรณ์และสามารถใช้ประโยชน์ในการศึกษาได้จริง

3. แบบสอบถามมีจำนวน 10 หน้า แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง
จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 29 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง
เมืองไทยแข็งแรง จำนวน 34 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางสาวพัชรินทร์ สมบูรณ์

นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

แบบสอบถาม

เรื่องการมีส่วนร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ () ที่ตรงกับข้อมูลจริงของท่านในปัจจุบัน

1. เพศ
☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุตั้งแต่ 6 เดือนลงมาให้ปัดลง มากกว่า 6 เดือนขึ้นไปให้ปัดขึ้น)
3. ท่านสำเร็จการศึกษาระดับใด
☐ ประถมศึกษา ☐ สูงกว่าประถมศึกษา
4. อาชีพหลักของท่านคืออะไร
☐ เกษตรกรรม (ทำนา, ทำสวน, ทำไร่, เลี้ยงสัตว์)
☐ พาณิชยกรรม (ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว)
☐ รับจ้าง
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. รายได้ของครอบครัวต่อปีของท่านเป็นอย่างไร
☐ ไม่เพียงพอ
☐ พอใช้ไม่มีเงินเหลือเก็บ
☐ มีเงินเหลือเก็บ
6. ท่านได้รับการแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาเป็นเวลา.....ปี
 (ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครถ้ามีระยะเวลาดังแต่ 6 เดือนลงมาให้ปัดลง มากกว่า 6 เดือนขึ้นไปให้ปัดขึ้น)
7. ท่านได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบกี่หลังคาเรือน
☐ 1- 10 หลังคาเรือน
☐ 11 หลังคาเรือนขึ้นไป
8. ท่านมีตำแหน่งทางสังคมอื่นนอกเหนือจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 อื่นหรือไม่
☐ ไม่มี
☐ มีตำแหน่งทางสังคมอื่น โดยมีตำแหน่งเป็น.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง
คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ถูก และทำเครื่องหมาย X ในข้อที่ผิด

ข้อที่	ข้อความ	คำตอบ
1	การดำเนินงานโครงการมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	
2	เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ คนในชุมชนต้องร่วมกันวางแผนและจัดกิจกรรมร่วมกับกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน	
3	การดำเนินงานโครงการเป็นการดำเนินงานตามกลุ่มอายุ คือกลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน/วัยผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้สูงอายุ	
4	การดำเนินงานโครงการ เป็นการนำทุกกิจกรรมมาดำเนินงานไปพร้อมกันและมีแผนปฏิบัติการที่สามารถปฏิบัติได้จริง	
5	หมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาพดี จะนำไปสู่หมู่บ้านสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี	
6	การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุโครงการต้องเริ่มต้นที่ระดับหมู่บ้าน	
7	การดำเนินงานโครงการที่จะบรรลุเป็นตำบลสุขภาพดีได้ ต้องมีหมู่บ้านสุขภาพดีอย่างน้อย ร้อยละ 80	
8	การดำเนินงานโครงการที่จะบรรลุเป็นอำเภอสุขภาพดีได้ ต้องมีตำบลสุขภาพดีอย่างน้อย ร้อยละ 50	
9	การดำเนินงานโครงการที่จะบรรลุเป็นจังหวัดสุขภาพดีได้ ต้องมีอำเภอสุขภาพดีอย่างน้อย ร้อยละ 60	
10	ในการดำเนินงาน โครงการมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุผลตามจุดประสงค์ในปี พ.ศ. 2560	
11	การดำเนินงานโครงการเน้น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพครอบครัว และชุมชน	
12	การดำเนินงานโครงการในระดับหมู่บ้านในเรื่องการออกกำลังกายเน้นให้ประชาชนอายุ 5 ปีขึ้นไปออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์	
13	การดำเนินงานในด้านการออกกำลังกาย เพื่อให้ประชาชนมีร่างกายแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และอื่น ๆ	

ข้อที่	ข้อความ	คำตอบ
14	การดำเนินงานด้านอาหารนั้น ต้องดำเนินงานให้อาหารมีความปลอดภัย ปราศจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด ได้แก่ สารเร่งเนื้อแดง สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ ฟอรัมาลิน และยาฆ่าแมลง มากกว่าร้อยละ 80	
15	การดำเนินงาน ด้านอาหารในระดับหมู่บ้านนั้น ต้องดำเนินงานให้ตลาดสด ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อตั้งแต่ ร้อยละ 50 ขึ้นไป	
16	ชมรมทุ บิ นัมเบอร์วัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นไทยห่างไกลยาเสพติด	
17	การดำเนินงานในระดับหมู่บ้านด้านอารมณ์เน้นให้วัยรุ่นมากกว่า ร้อยละ 25 เป็นสมาชิกทุ บิ นัมเบอร์วัน	
18	ในการดำเนินงานด้านอารมณ์ ในระดับหมู่บ้านเน้นให้ผู้สูงอายุ มากกว่า ร้อยละ 80 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	
19	การลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขนั้น โครงการมีการดำเนินงานประกอบด้วยโรคไข้เลือดออก โรคความดัน และโรคเบาหวาน	
20	เป้าหมายของโครงการด้านการลดโรคนั้นมีการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกิด 75 คนต่อประชากรแสนคน	
21	ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจปัสสาวะ และวัดความดันโลหิตมากกว่า ร้อยละ 80	
22	สตรีอายุ 40 ปีขึ้นไปต้องมีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 50	
23	การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นการดำเนินการให้เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มีการเจริญเติบโตพัฒนาสมวัยมากกว่า ร้อยละ 80	
24	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถสนับสนุนให้โรงเรียนผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยการเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางโรงเรียนจัดขึ้น	
25	ในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนต้องผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ร้อยละ 80	

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียงคำตอบเดียว

โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติบ่อยหรือทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่มีการปฏิบัติเลย

ข้อที่	ท่านได้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1	การดูแลสุขภาพร่างกาย รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อทุกวัน			
2	ในแต่ละมื้อรับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่			
3	เลือกซื้ออาหารแห้ง เช่น อาหารกระป๋อง น้ำปลา ฯลฯ โดยพิจารณาวันหมดอายุ			
4	เลือกซื้ออาหารแห้ง อาหารบรรจุภาชนะโดยพิจารณาที่ มีเลขหมายขององค์การอาหารและยา (อย.)			
5	ออกกำลังกาย เช่น เล่นฟุตบอล วอลเลย์บอล วิ่ง เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ หรือเดินแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน			
6	ออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง			
7	อบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกายเพื่อ ป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ			
8	ออกกำลังกายในเวลาเดียวกันเป็นประจำในตอนเช้า หรือตอนเย็น			
9	นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง			
10	เมื่อทำงานจนรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียท่านจะหยุดพัก เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน			
11	เมื่อหลังจากเลิกทำงานประจำในหน้าที่เสร็จแล้วท่านจะ พักผ่อนด้วยการฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูรายการโทรทัศน์ ที่ชอบ หรือพูดคุยเรื่องสบายใจกับคนในครอบครัว			

ข้อที่	ท่านได้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
12	อาบน้ำ วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น			
13	แปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น			
14	ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร			
15	ทำความสะอาดเสื้อผ้าไม่ให้หมักหมม หรืออับชื้น			
16	<u>การดูแลสุขภาพจิต</u> เมื่อรู้สึกไม่สบายใจท่านจะหางานอดิเรกทำ เช่น รดน้ำต้นไม้ เก็บกวาดบ้าน ตัดแต่งต้นไม้ ฯลฯ			
17	เมื่อเกิดความเครียดท่านจะรับประทานยาคลายเครียด			
18	ท่านสวมหมวกไหม้พระก่อนนอนเพื่อให้จิตใจปลอดโปร่ง			
19	เมื่อเกิดปัญหาร้ายแรงและไม่สามารถแก้ไขได้ท่านเคยคิดที่จะฆ่าตัวตาย			
20	เมื่อเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับตัวท่าน ท่านมักโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุของปัญหา			
21	เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้าย ๆ ขึ้นกับตัวท่าน ท่านเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นตลอดไป			
22	ในการทำงานเมื่อท่านต้องพบกับปัญหา และอุปสรรค ท่านคิดว่าเป็นการทดสอบความเข้มแข็งของตนเอง			
23	เมื่อดูหนังตลก รายการตลกที่ชื่นชอบท่านจะหัวเราะอย่างเต็มที่			
24	ท่านใช้เสียงหัวเราะเพื่อผ่อนคลายความเครียดเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับตัวท่านเกิดขึ้น			
25	เมื่อรู้สึกไม่สบายใจท่านจะไปพบปะ พูดคุยกับเพื่อนฝูงเพื่อให้สบายใจขึ้น			
26	เมื่อท่านไม่สบายใจท่านจะไปเที่ยวกับญาติ หรือเพื่อนฝูง			
27	เมื่อเกิดความเครียดท่านมักจะเก็บตัวอยู่คนเดียวไม่พูดจากับใคร			

ข้อที่	ท่านได้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
28	เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจท่านจะปรึกษา ขอคำแนะนำจากญาติพี่น้อง			
29	เมื่อเกิดความเครียดท่านจะปรึกษาคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเพื่อช่วยกันหาทางแก้ไข			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล, องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียงคำตอบเดียว

โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง ได้รับบ่อยหรือทุกครั้ง

ได้รับเป็นบางครั้ง หมายถึง ได้รับเป็นบางครั้ง

ไม่เคยได้รับเลย หมายถึง ไม่ได้รับเลย

ข้อที่	ในการทำงานโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมทำงานในโครงการ			
2	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้กำลังใจท่านในการทำงานโครงการ			
3	ได้รับคำชื่นชมในการทำงานโครงการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
4	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแสดงความห่วงใยสุขภาพของท่านเมื่อท่านทำงานโครงการ			
5	เมื่อท่านทำกิจกรรมในโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะร่วมมือในการทำกิจกรรมกับท่าน			

ข้อที่	ในการทำงานโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
6	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้การช่วยเหลือท่านในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการทำงานโครงการ			
7	องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการ			
8	เมื่อต้องมีค่าใช้จ่ายในระหว่างการค้าเนินโครงการเพิ่มเติมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะช่วยเหลือและสนับสนุนให้อย่างเพียงพอ			
9	องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ในการจัดทำโครงการ			
10	เมื่อมีการประชุมเกี่ยวกับการทำงานโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเปิดโอกาสให้ท่านได้เข้าประชุมร่วมกัน			
11	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานในโครงการต่อท่าน			
12	เมื่อมีปัญหาในการทำงานโครงการท่านสามารถขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นได้			
13	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้ท่านได้ไปเข้าร่วมประชุมนอกสถานที่เพื่อเพิ่มเติมความรู้ในโครงการ			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก ดังนี้

เข้าร่วมเป็นประจำ	หมายถึง	เข้าร่วมบ่อยหรือทุกครั้ง
เข้าร่วมเป็นบางครั้ง	หมายถึง	เข้าร่วมเป็นบางครั้ง
ไม่เคยเข้าร่วมเลย	หมายถึง	ไม่เคยเข้าร่วมเลย

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรงต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1	ออกกำลังกาย ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้คนในชุมชนอายุ 6 ปีขึ้นไปยังขาดการออกกำลังกายตามวัย			
2	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานให้คนในชุมชนอายุ 6 ปีขึ้นไปมีการออกกำลังกายตามวัย			
3	ให้ความรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายกับคนในชุมชน			
4	กระตุ้นให้คนในชุมชนได้มีการออกกำลังกาย			
5	ติดตาม สรุปผลการดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน			
6	อาหาร ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้ร้านจำหน่ายอาหารในชุมชนยังขาดมาตรฐานความปลอดภัยด้านอาหาร			
7	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานให้ร้านที่จำหน่ายอาหารในชุมชนจำหน่ายอาหารที่ปลอดภัย ปราศจากสารปนเปื้อน			

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทย แข็งแรงต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
8	แนะนำการจัดสถานที่จำหน่ายอาหารที่ถูกหลัก สุขาภิบาลแก่ร้านจำหน่ายอาหารในชุมชน			
9	แนะนำการเลือก การเตรียม-ปรุง การเก็บอาหารที่ถูก หลักสุขาภิบาลแก่ร้านจำหน่ายอาหาร			
10	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานร้านจำหน่ายอาหารที่ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข			
11	อารมณ์ ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้ วัยรุ่นยังขาดการ เข้าร่วมเป็นสมาชิก ทู บี นัมเบอร์วัน			
12	ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้ ผู้สูงอายุยังขาดการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ			
13	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดำเนินงานให้วัยรุ่นในชุมชนเข้าร่วมเป็นสมาชิก ชมรม ทู บี นัมเบอร์วัน			
14	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดำเนินงานให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ			
15	กระตุ้นให้วัยรุ่นเข้าร่วมเป็นสมาชิก ทู บี นัมเบอร์วัน			
16	แนะนำให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ			
17	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานกิจกรรมชมรมทู บี นัม เบอร์ วัน ในชุมชน			
18	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชน			
19	การลดโรค ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้ ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ขาดการตรวจปัสสาวะเพื่อค้นหา เบาหวาน และวัดความดันโลหิตทุกปี			

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทย แข็งแรงต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
20	ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้ หญิงสตรีตั้งแต่อายุ 35 ปี ขึ้นไปยังขาดความรู้ในการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง			
21	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไขเลือดออกใน ชุมชน			
22	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดำเนินงานให้ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปตรวจ ปัสสาวะเพื่อค้นหาเบาหวาน และวัดความดันโลหิตทุกปี			
23	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดำเนินงานให้สตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับ ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง			
24	ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลาย			
25	แนะนำให้ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ได้รับ การตรวจความดันโลหิต เบาหวาน			
26	ให้ความรู้แก่สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปในการตรวจเต้านม ด้วยตนเองที่ถูกต้อง			
27	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานกิจกรรมในการป้องกัน โรคไขเลือดออกในชุมชน			
28	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานการตรวจปัสสาวะเพื่อ ค้นหาเบาหวาน วัดความดันโลหิตของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป			
29	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานการตรวจเต้านมด้วย ตนเองของสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป			

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทย แข็งแรงต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
30	อนามัยสิ่งแวดล้อม เมื่อมีปัญหาด้านภาวะโภชนาการ หรือพัฒนาการเด็ก ได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์สาเหตุ ของปัญหา			
31	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดำเนินงานให้เด็กอายุ ต่ำกว่า 6 ปี ได้รับการ เฝ้าระวังภาวะทางโภชนาการ และตรวจพัฒนาการเด็ก			
32	แนะนำให้ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก, โรงเรียนให้มีการ ประเมินพัฒนาการเด็กอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง			
33	ติดตามซังน้ำหนัก วัดส่วนสูง เด็ก 0-6 ปีในชุมชนทุก 3 เดือน			
34	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานการด้านภาวะโภชนาการ และตรวจพัฒนาการเด็กในชุมชน			

ภาคผนวก ข

มหาวิทยาลัยศิลปากร
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
ภาควิชาภาษาไทยและภาษาในสังคม
สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง
คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ถูก และทำเครื่องหมาย X ในข้อที่ผิด

ข้อที่	ข้อความ	คนที่ตอบถูก		คนที่ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	การดำเนินงานโครงการมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	223	83.5	44	16.5
2	เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ คนในชุมชนต้องร่วมกันวางแผนและจัดกิจกรรมร่วมกับกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน	221	82.8	46	17.2
3	การดำเนินงานโครงการเป็นการดำเนินงานตามกลุ่มอายุ คือกลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน/วัยผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้สูงอายุ	203	76.0	64	24.0
4	การดำเนินงานโครงการ เป็นการนำทุกกิจกรรมมาดำเนินงานไปพร้อมกัน และมีแผนปฏิบัติการที่สามารถปฏิบัติได้จริง	226	84.6	41	15.4
5	หมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาพดี จะนำไปสู่หมู่บ้านสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี	225	84.3	42	15.7
6	การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุโครงการต้องเริ่มต้นที่ระดับหมู่บ้าน	221	82.8	46	17.2
7	การดำเนินงานโครงการที่จะบรรลุเป็นตำบลสุขภาพดีได้ ต้องมีหมู่บ้านสุขภาพดีอย่างน้อย ร้อยละ 80	78	29.2	189	70.8
8	การดำเนินงานโครงการที่จะบรรลุเป็นอำเภอสุขภาพดีได้ ต้องมีตำบล สุขภาพดีอย่างน้อย ร้อยละ 50	181	67.8	86	32.2
9	การดำเนินงานโครงการที่จะบรรลุเป็นจังหวัดสุขภาพดีได้ ต้องมีอำเภอสุขภาพดีอย่างน้อย ร้อยละ 60	87	32.6	180	67.4
10	ในการดำเนินงานโครงการมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุผลตามจุดประสงค์ ในปี พ.ศ. 2560	102	38.2	165	61.8
11	การดำเนินงานโครงการเน้น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพครอบครัว และชุมชน	206	77.2	61	22.8
12	การดำเนินงานโครงการในระดับหมู่บ้านในเรื่องการออกกำลังกาย เน้นให้ประชาชนอายุ 5 ปีขึ้นไปออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์	89	33.3	178	66.7
13	การดำเนินงานในด้านการออกกำลังกาย เพื่อให้ประชาชนมีร่างกายแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และอื่น ๆ	204	76.4	63	23.6
14	การดำเนินงานด้านอาหารนั้น ต้องดำเนินงานให้อาหารมีความปลอดภัย ปราศจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด ได้แก่ สารเร่งเนื้อแดง สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ ฟอรัมาลิน และยาฆ่าแมลง มากกว่าร้อยละ 80	81	30.3	186	69.7

ข้อที่	ข้อความ	คนที่ตอบถูก		คนที่ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15	การดำเนินงานด้านอาหารในระดับหมู่บ้านนั้นต้องดำเนินงานให้ตลาดสดผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน้ำซื่อตั้งแต่ ร้อยละ 50 ขึ้นไป	89	33.3	178	66.7
16	ชมรมทู บี นัมเบอร์วัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นไทยห่างไกลยาเสพติด	216	80.9	51	19.1
17	การดำเนินงานในระดับหมู่บ้านด้านอารมณ์เน้นให้วัยรุ่นมากกว่าร้อยละ 25 เป็นสมาชิกทู บี นัมเบอร์วัน	82	30.7	185	69.3
18	ในการดำเนินงานด้านอารมณ์ ในระดับหมู่บ้านเน้นให้ผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 80 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	86	32.2	181	67.8
19	การลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขนั้น โครงการมีการดำเนินงานประกอบด้วยโรคไข้เลือดออก โรคความดัน และโรคเบาหวาน	71	26.6	196	73.4
20	เป้าหมายของโครงการด้านการลดโรคนั้นมีการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกิด 75 คนต่อประชากรแสนคน	96	36.0	171	64.0
21	ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจปัสสาวะ และวัดความดันโลหิตมากกว่า ร้อยละ 80	207	77.5	60	22.5
22	สตรีอายุ 40 ปีขึ้นไปต้องมีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง มากกว่า ร้อยละ 50	67	25.1	200	74.9
23	การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นการดำเนินการให้เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มีการเจริญเติบโตพัฒนาสมวัยมากกว่า ร้อยละ 80	210	78.7	57	21.3
24	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถสนับสนุนให้โรงเรียนผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยการเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางโรงเรียนจัดขึ้น	185	69.3	82	30.7
25	ในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนต้องผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ร้อยละ 80	113	42.3	154	57.7

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียงคำตอบเดียว

โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง	มีการปฏิบัติบ่อยหรือทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง	มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง	ไม่มีการปฏิบัติเลย

ข้อที่	ท่านได้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1	การดูแลสุขภาพร่างกาย รับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน ($\bar{X} = 2.7453$)	202 (75.7)	62 (23.2)	3 (1.1)
2	ในแต่ละมื้อรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ($\bar{X} = 2.3184$)	88 (33.0)	176 (65.9)	3 (1.1)
3	เลือกซื้ออาหารแห้ง เช่น อาหารกระป๋อง น้ำปลา ฯลฯ โดยพิจารณาวันหมดอายุ ($\bar{X} = 2.5468$)	156 (58.4)	101 (37.8)	10 (3.7)
4	เลือกซื้ออาหารแห้ง อาหารบรรจุภาชนะโดยพิจารณาที่มีเลขหมายขององค์การอาหารและยา (อย.) ($\bar{X} = 2.6629$)	181 (67.8)	82 (30.7)	4 (1.5)
5	ออกกำลังกาย เช่น เล่นฟุตบอล วอลเลย์บอล วิ่ง เดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือเดินแอโรบิค อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ($\bar{X} = 2.1498$)	79 (29.6)	149 (55.8)	39 (14.6)
6	ออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง ($\bar{X} = 2.1348$)	75 (28.1)	153 (57.3)	39 (14.6)
7	อบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ($\bar{X} = 2.1199$)	90 (33.7)	119 (44.6)	58 (21.7)
8	ออกกำลังกายในเวลาเดียวกันเป็นประจำในตอนเช้าหรือตอนเย็น ($\bar{X} = 2.0262$)	66 (24.7)	142 (53.2)	59 (22.1)
9	นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง ($\bar{X} = 2.4644$)	143 (53.6)	105 (39.3)	19 (7.1)
10	เมื่อทำงานจนรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียท่านจะหยุดพักเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน ($\bar{X} = 2.4569$)	129 (48.3)	131 (49.1)	7 (2.6)

ข้อที่	ท่านได้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
11	เมื่อหลังจากเลิกทำงานประจำในหน้าที่เสร็จแล้วท่านจะพักผ่อนด้วยการฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูรายการโทรทัศน์ที่ชอบ หรือพูดคุยเรื่องสบายใจกับคนในครอบครัว ($\bar{X} = 2.4532$)	137 (51.3)	114 (42.7)	16 (6.0)
12	อาบน้ำ วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ($\bar{X} = 2.5618$)	155 (58.1)	107 (40.1)	5 (1.9)
13	แปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ($\bar{X} = 2.6592$)	183 (68.5)	77 (28.8)	7 (2.6)
14	ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 2.5843$)	159 (59.6)	105 (39.3)	3 (1.1)
15	ทำความสะอาดเสื้อผ้าไม่ให้หมักหมม หรืออับชื้น ($\bar{X} = 2.8390$)	231 (86.5)	29 (10.9)	7 (2.6)
16	การดูแลสุขภาพจิต เมื่อรู้สึกไม่สบายใจท่านจะหาทางออกิแรกทำ เช่น รดน้ำต้นไม้ เก็บกวาดบ้าน ตัดแต่งต้นไม้ ฯลฯ ($\bar{X} = 2.4494$)	138 (51.7)	111 (41.6)	18 (6.7)
17	เมื่อเกิดความเครียดท่านจะรับประทานชาคลายเครียด ($\bar{X} = 1.6816$)	39 (14.6)	104 (39.0)	124 (46.4)
18	ท่านสวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอนเพื่อให้จิตใจปลอดโปร่ง ($\bar{X} = 2.2360$)	92 (34.5)	146 (54.7)	29 (10.9)
19	เมื่อเกิดปัญหาร้ายแรงและไม่สามารถแก้ไขได้ท่านเคยคิดที่จะฆ่าตัวตาย ($\bar{X} = 1.5131$)	42 (15.7)	53 (19.9)	172 (64.4)
20	เมื่อเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตัวท่าน ท่านมักโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุของปัญหา ($\bar{X} = 1.9625$)	62 (23.2)	133 (49.8)	72 (27.0)
21	เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้าย ๆ ขึ้นกับตัวท่าน ท่านเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นตลอดไป ($\bar{X} = 1.6067$)	44 (16.5)	74 (27.7)	149 (55.8)
22	ในการทำงานเมื่อท่านต้องพบกับปัญหา และอุปสรรคท่านคิดว่าเป็นการทดสอบความเข้มแข็งของตนเอง ($\bar{X} = 2.2547$)	85 (31.8)	165 (61.8)	17 (6.4)
23	เมื่อคุณนั่งตลก รายการตลกที่ชื่นชอบท่านจะหัวเราะอย่างเต็มที่ ($\bar{X} = 2.5206$)	150 (56.2)	106 (39.7)	11 (4.1)

ข้อที่	ท่านได้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
24	ท่านใช้เสียงหัวเราะเพื่อผ่อนคลายความเครียดเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับตัวท่านเกิดขึ้น ($\bar{X} = 2.3109$)	109 (40.8)	132 (49.4)	26 (9.7)
25	เมื่อรู้สึกไม่สบายใจท่านจะไปพบปะ พูดคุยกับเพื่อนฝูงเพื่อให้สบายใจขึ้น ($\bar{X} = 2.4494$)	125 (46.8)	137 (51.3)	5 (1.9)
26	เมื่อท่านไม่สบายใจท่านจะไปเกี่ยวกับญาติ หรือเพื่อนฝูง ($\bar{X} = 2.1685$)	89 (33.3)	134 (50.2)	44 (16.5)
27	เมื่อเกิดความเครียดท่านมักจะเก็บตัวอยู่คนเดียวไม่พูดจากับใคร ($\bar{X} = 1.7790$)	46 (17.2)	116 (43.4)	105 (39.3)
28	เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจท่านจะปรึกษา ขอคำแนะนำจากญาติ พี่น้อง ($\bar{X} = 2.2285$)	82 (30.7)	164 (61.4)	21 (7.9)
29	เมื่อเกิดความเครียดท่านจะปรึกษาคนในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทเพื่อช่วยกันหาทางแก้ไข ($\bar{X} = 2.2547$)	97 (36.3)	141 (52.8)	29 (10.9)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล, องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียงคำตอบเดียว

โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ	หมายถึง	ได้รับบ่อยหรือทุกครั้ง
ได้รับเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ได้รับเป็นบางครั้ง
ไม่เคยได้รับเลย	หมายถึง	ไม่ได้รับเลย

ข้อที่	ในการทำงานโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมทำงานในโครงการ ($\bar{X} = 2.6067$)	166 (62.2)	97 (36.3)	4 (1.5)

ข้อที่	ในการทำงานโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
2	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ให้กำลังใจท่านในการทำงานโครงการ ($\bar{X} = 2.6367$)	175 (65.5)	87 (32.6)	5 (1.9)
3	ได้รับคำชื่นชมในการทำงานโครงการจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ($\bar{X} = 2.4157$)	126 (47.2)	126 (47.2)	15 (5.6)
4	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแสดงความห่วงใยสุขภาพของท่านเมื่อ ท่านทำงานโครงการ ($\bar{X} = 2.7154$)	196 (73.4)	66 (24.7)	5 (1.9)
5	เมื่อท่านทำกิจกรรมในโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะร่วมมือในการทำ กิจกรรมกับท่าน ($\bar{X} = 2.6442$)	178 (66.7)	83 (31.1)	6 (2.2)
6	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ให้การช่วยเหลือท่านในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นใน การทำงานโครงการ ($\bar{X} = 2.5843$)	166 (62.2)	91 (34.1)	10 (3.7)
7	องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการจัด ทำโครงการ ($\bar{X} = 2.3858$)	144 (53.9)	82 (30.7)	41 (15.4)
8	เมื่อต้องมีการใช้จ่ายในระหว่างการดำเนินโครงการเพิ่มเติม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะช่วยเหลือ และสนับสนุนให้อย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 2.4644$)	138 (51.7)	115 (43.1)	14 (5.2)
9	องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ ในการจัดทำโครงการ ($\bar{X} = 2.4195$)	153 (57.3)	73 (27.3)	41 (15.4)
10	เมื่อมีการประชุมเกี่ยวกับการทำงานโครงการ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข, องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเปิดโอกาสให้ท่านได้ เข้าประชุมร่วมกัน ($\bar{X} = 2.6629$)	184 (68.9)	76 (28.5)	7 (2.6)
11	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานในโครงการต่อท่าน ($\bar{X} = 2.6067$)	165 (61.8)	99 (37.1)	3 (1.1)
12	เมื่อมีปัญหาในการทำงานโครงการท่านสามารถขอรับคำ ปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนองค์การบริหาร ส่วนท้องถิ่นได้ ($\bar{X} = 2.7228$)	194 (72.7)	72 (27.0)	1 (0.4)

ข้อที่	ในการทำงานโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
13	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้ท่านได้ไปเข้าร่วมประชุม นอกสถานที่เพื่อเพิ่มเติมความรู้ในโครงการ ($\bar{X} = 2.6067$)	163 (61.0)	103 (38.6)	1 (0.4)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก ดังนี้

เข้าร่วมเป็นประจำ	หมายถึง	เข้าร่วมบ่อยหรือทุกครั้ง
เข้าร่วมเป็นบางครั้ง	หมายถึง	เข้าร่วมเป็นบางครั้ง
ไม่เคยเข้าร่วมเลย	หมายถึง	ไม่เคยเข้าร่วมเลย

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1	ออกกำลังกาย ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้คน ในชุมชนอายุ 6 ปีขึ้นไปยังขาดการออกกำลังกายตามวัย ($\bar{X} = 2.2397$)	79 (29.6)	173 (64.8)	15 (5.6)
2	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดำเนินงานให้คนในชุมชนอายุ 6 ปีขึ้นไปมีการ ออกกำลังกายตามวัย ($\bar{X} = 2.3109$)	96 (36.0)	158 (59.2)	13 (4.9)
3	ให้ความรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายกับคนในชุมชน ($\bar{X} = 2.5581$)	152 (56.9)	112 (41.9)	3 (1.1)
4	กระตุ้นให้คนในชุมชนได้มีการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.4869$)	137 (51.3)	123 (46.1)	7 (2.6)
5	ติดตาม สรุปผลการดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายใน ชุมชน ($\bar{X} = 2.3371$)	109 (40.8)	139 (52.1)	19 (7.1)

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
6	อาหาร ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้ร้าน จำหน่ายอาหารในชุมชนยังขาดมาตรฐานความปลอดภัยด้าน อาหาร ($\bar{X} = 2.3371$)	101 (37.8)	155 (58.1)	11 (4.1)
7	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน การดำเนินงานให้ร้านที่จำหน่ายอาหารในชุมชนจำหน่าย อาหารที่ปลอดภัย ปราศจากสารปนเปื้อน ($\bar{X} = 2.3858$)	117 (43.8)	136 (50.9)	14 (5.2)
8	แนะนำการจัดสถานที่จำหน่ายอาหารที่ถูกหลักสุขาภิบาลแก่ ร้านจำหน่ายอาหารในชุมชน ($\bar{X} = 2.3184$)	118 (44.2)	116 (43.4)	33 (12.4)
9	แนะนำการเลือก การเตรียม-ปรุง การเก็บอาหารที่ถูกหลัก สุขาภิบาลแก่ร้านจำหน่ายอาหาร ($\bar{X} = 2.2285$)	104 (39.0)	120 (44.9)	43 (16.1)
10	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานร้านจำหน่ายอาหารที่ ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{X} = 2.1723$)	90 (33.7)	133 (49.8)	44 (16.5)
11	อารมณ์ ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่น ยังขาดการเข้าร่วมเป็นสมาชิก ทู บี นัมเบอร์วัน ($\bar{X} = 2.2921$)	98 (36.7)	149 (55.8)	20 (7.5)
12	ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้ ผู้สูงอายุยังขาดการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 2.2734$)	97 (36.3)	146 (54.7)	24 (9.0)
13	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน การดำเนินงานให้วัยรุ่นในชุมชนเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม ทู บี นัมเบอร์วัน ($\bar{X} = 2.4120$)	124 (46.4)	129 (48.3)	14 (5.2)
14	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน การดำเนินงานให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 2.3483$)	115 (43.1)	130 (48.7)	22 (8.2)
15	กระตุ้นให้วัยรุ่นเข้าร่วมเป็นสมาชิก ทู บี นัมเบอร์วัน ($\bar{X} = 2.4195$)	127 (47.6)	125 (46.8)	15 (5.6)

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
16	แนะนำให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 2.5543$)	157 (58.8)	101 (37.8)	9 (3.4)
17	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานกิจกรรมชมรมทู ปี่ นัมเบอร์ วัน ในชุมชน ($\bar{X} = 2.3296$)	108 (40.4)	139 (52.1)	20 (7.5)
18	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ($\bar{X} = 2.3970$)	120 (44.9)	133 (49.8)	14 (5.2)
19	การลดโรค ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ขาดการตรวจปัสสาวะเพื่อค้นหาเบาหวาน และวัดความดันโลหิตทุกปี ($\bar{X} = 2.5730$)	162 (60.7)	96 (36.0)	9 (3.4)
20	ร่วมวิเคราะห์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสาเหตุที่ทำให้หญิงสตรีตั้งแต่อายุ 35 ปี ขึ้นไป ขาดความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 2.6255$)	173 (64.8)	88 (33.0)	6 (2.2)
21	ร่วมวางแผน โดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน ($\bar{X} = 2.6554$)	183 (68.5)	76 (28.5)	8 (3.0)
22	ร่วมวางแผน โดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานให้ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ตรวจปัสสาวะเพื่อค้นหาเบาหวาน และวัดความดันโลหิตทุกปี ($\bar{X} = 2.6554$)	184 (68.9)	74 (27.7)	9 (3.4)
23	ร่วมวางแผน โดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานให้สตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 2.6554$)	181 (67.8)	80 (30.0)	6 (2.2)
24	ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ($\bar{X} = 2.7940$)	216 (80.9)	47 (17.6)	4 (1.5)
25	แนะนำให้ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจความดันโลหิต เบาหวาน ($\bar{X} = 2.7378$)	203 (76.0)	58 (21.7)	6 (2.2)
26	ให้ความรู้แก่สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 2.6891$)	189 (70.8)	73 (27.3)	5 (1.9)
27	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานกิจกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ($\bar{X} = 2.7004$)	191 (71.5)	72 (27.0)	4 (1.5)

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมในโครงการคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
28	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานการตรวจปัสสาวะเพื่อค้นหา เบาหวาน วัดความดันโลหิตของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 2.5206$)	155 (58.1)	96 (36.0)	16 (6.0)
29	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 2.5281$)	153 (57.3)	102 (38.2)	12 (4.5)
30	อนามัยสิ่งแวดล้อม เมื่อมีปัญหาด้านภาวะโภชนาการ หรือพัฒนาการเด็กได้ร่วม กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ($\bar{X} = 2.3858$)	122 (45.7)	126 (47.2)	19 (7.1)
31	ร่วมวางแผนโดยเสนอกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน การดำเนินงานให้เด็กอายุ ต่ำกว่า 6 ปี ได้รับการเฝ้าระวัง ภาวะทางโภชนาการ และตรวจพัฒนาการเด็ก ($\bar{X} = 2.4157$)	133 (49.8)	112 (41.9)	22 (8.2)
32	แนะนำให้ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก, โรงเรียนให้มีการ ประเมินพัฒนาการเด็กอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ($\bar{X} = 2.2809$)	125 (46.8)	92 (34.5)	50 (18.7)
33	ติดตามซังน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก 0-6 ปีในชุมชนทุก 3 เดือน ($\bar{X} = 2.7566$)	208 (77.9)	53 (19.9)	6 (2.2)
34	ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานการด้านภาวะโภชนาการ และ ตรวจพัฒนาการเด็กในชุมชน ($\bar{X} = 2.6667$)	188 (70.4)	69 (25.8)	10 (3.7)

ภาคผนวก ค

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ความเชื่อมั่นของความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง

แบบวัดความรู้ในโครงการเมืองไทยแข็งแรง ทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร Kr 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson's Method) โดยใช้สูตรการหาความเชื่อมั่นดังนี้

$$\text{สูตร Kr 20 } r_{tt} = \left(\frac{n}{n-1} \right) \times \left(\frac{1 - \sum pq}{S_t^2} \right)$$

n หมายถึง จำนวนข้อ

p หมายถึง สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ

q หมายถึง สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ $= 1-p$

S_t^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

$$\text{โดย } S_t^2 = \frac{\sum X^2}{N} - \left(\frac{\sum X}{N} \right)^2$$

$$\text{แทนค่าในสูตร } S_t^2 = \frac{8,300}{30} - \left(\frac{484}{30} \right)^2$$

$$= 16.39$$

$$\sum pq = 5.25$$

$$\text{Kr 20 } r_{tt} = \left(\frac{25}{25-1} \right) \left(1 - \frac{5.25}{16.39} \right)$$

$$= \frac{25 (0.68)}{24}$$

$$\text{Kr 20 } r_{tt} = 0.71$$

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การดูแลสุขภาพตนเอง

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
S1	68.3333	74.9195	.3768	.9118
S2	68.3333	75.3333	.3284	.9125
S3	68.2333	75.7023	.2833	.9131
S4	68.2667	72.9609	.6033	.9085
S5	68.4333	72.9437	.5588	.9090
S6	68.5333	75.0161	.3655	.9120
S7	68.5667	71.5644	.6319	.9076
S8	68.6333	70.0333	.6024	.9082
S9	68.7000	71.1138	.5451	.9094
S10	68.6000	73.4207	.4622	.9106
S11	68.5667	70.6678	.7233	.9060
S12	68.2667	71.2368	.7138	.9064
S13	68.3667	70.0333	.7731	.9050
S14	68.2667	71.0299	.7363	.9060
S15	68.2000	71.6828	.6024	.9081
S16	68.3667	71.3437	.7147	.9064
RES17	68.3667	75.8954	.2669	.9133
S18	68.1000	73.0586	.5461	.9092
RES19	68.1667	74.4885	.3343	.9129
RES20	68.4333	75.4954	.2807	.9134
RES21	68.4000	74.4552	.3418	.9127
S22	68.1333	75.1540	.3109	.9129

S23	67.9333	75.3057	.4578	.9109
S24	68.0333	73.2057	.5592	.9091
S25	68.1000	73.3345	.5963	.9087
S26	68.0667	74.8920	.4155	.9112
RES27	68.3000	75.3897	.2766	.9136
S28	68.3333	73.3333	.5646	.9091
S29	68.4333	74.7368	.3201	.9131

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 29

Alpha = .9129

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SS1	32.5333	11.0851	.4032	.8506
SS2	32.4667	10.3954	.6618	.8328
SS3	32.6667	9.9540	.5852	.8395
SS4	32.4667	10.3264	.6863	.8311
SS5	32.3667	11.4816	.3446	.8529
SS6	32.4000	10.5241	.6664	.8331
SS7	32.2333	11.6333	.4539	.8474
SS8	32.5333	11.0161	.4254	.8491
SS9	32.3000	11.1828	.5305	.8425
SS10	32.2000	11.8207	.4507	.8486
SS11	32.5333	10.7402	.5152	.8429
SS12	32.3000	10.9069	.6473	.8363
SS13	32.6000	11.0069	.4179	.8499

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 13

Alpha = .8534

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	81.4667	127.7747	.2902	.9461
P2	81.4333	126.7368	.3790	.9454
P3	81.3667	126.3782	.4071	.9452
P4	81.4333	125.0126	.5346	.9443
P5	81.4667	123.6368	.6684	.9432
P6	81.5667	126.5299	.4334	.9450
P7	81.6333	123.0678	.6266	.9435
P8	81.7000	120.7690	.6073	.9438
P9	81.8000	120.9241	.6037	.9438
P10	81.9667	122.0333	.5564	.9443
P11	81.7667	123.9092	.5808	.9439
P12	81.6667	121.3333	.7130	.9426
P13	81.4000	121.2138	.7751	.9421
P14	81.5000	119.4310	.8543	.9413
P15	81.4000	121.1448	.7808	.9421
P16	81.3333	121.8161	.6542	.9432
P17	81.4667	121.9816	.7228	.9426
P18	81.5000	124.4655	.5253	.9443
P19	81.2000	123.2000	.6422	.9433
P20	81.2333	125.2885	.5252	.9443

P21	81.1000	125.4034	.5920	.9440
P22	81.2667	120.8920	.7328	.9424
P23	81.1667	126.9713	.3346	.9459
P24	81.0333	128.1713	.3469	.9455
P25	81.1000	124.9897	.5367	.9442
P26	81.1667	124.9023	.5925	.9439
P27	81.1333	126.1195	.4920	.9446
P28	81.3667	123.0678	.6218	.9435
P29	81.4000	124.3862	.5874	.9438
P30	81.5333	125.7057	.3837	.9457
P31	81.3333	122.0230	.5848	.9439
P32	81.5667	121.5644	.5544	.9444
P33	81.0333	126.5161	.4399	.9450
P34	81.1000	124.7828	.5555	.9441

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์
RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 34

Alpha = .9456

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล นางสาวพัชรินทร์ สมบูรณ์
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ 20 หมู่ที่ 8 ตำบลหนองโสน อำเภอเลาขวัญ จังหวัด
 กาญจนบุรี 71210
 สถานที่ทำงาน สถานีอนามัยบ้านหลังเขา อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี
 71220

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2544 สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต โปรแกรมวิชาสาธารณสุข
 ชุมชน (เกียรตินิยมอันดับ 1) จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
 จังหวัดยะลา
 พ.ศ. 2545 ศึกษาต่อระดับปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2544 - 2546 นักวิชาการสาธารณสุข 3 พ. สังกัดสถานีอนามัยบ้านสามยอด
 อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี
 พ.ศ. 2547 - ปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุข 4 สังกัดสถานีอนามัยบ้านหลังเขา
 อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี