

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กนักเรียน ด้วยโอกาสโรงเรียนบ้านห้วยทราย ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด เอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา และกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
  - 1.1 พฤติกรรม
  - 1.2 พฤติกรรมสุขภาพ
  - 1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. กระบวนการมีส่วนร่วม
3. พัฒนาการเด็กอายุ 9 – 12 ปี
4. แนวคิดเกี่ยวกับเด็กด้วยโอกาส
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

##### 1.1 พฤติกรรม

##### ความหมายของพฤติกรรม (Behaviors)

โยธิน ศันสนยุทธร (2533) ได้นิยามไว้กว้างๆว่า พฤติกรรม เป็นการกระทำทั้งหมดที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจ และยังรวมถึงกระบวนการของจิต เช่น การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก

กัญญา สุวรรณแสง (2536) ให้คำจำกัดความไว้ว่า พฤติกรรม คือ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏ สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือมิฉะนั้นก็สามารถวัดได้

ด้วยเครื่องมือ พฤติกรรมปรากฏโดยผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ทางตา ปาก จมูก หู และผิวหนัง พฤติกรรมที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ง่ายจาก รูป รส กลิ่น เสียง การสัมผัส ซึ่งจัดเป็นพฤติกรรมประเภทที่สังเกตเห็นได้ง่ายจากอิริยาบถต่าง ๆ เช่น การนอน นั่ง ยืน ซ่อนเร้นจึงเกิดเป็นพฤติกรรมที่คนอื่นไม่สามารถจะสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น ความรู้สึกนึกคิด จินตนาการต้องอาศัยเครื่องวัด เช่น เครื่องจับเท็จ แบบทดสอบ เครื่องวัดคลื่นหัวใจ เป็นต้น

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลเพื่อกระทำไปเพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง หรือ พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น โดยลักษณะ พฤติกรรมมี 2 ลักษณะด้วยกันคือ

#### 1. พฤติกรรมภายนอก (Over Behaviors)

หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกโดยการกระทำอาจจะแสดงออกมาขณะที่บุคคลรู้สึกหรือไม่ รู้สึกตัวสามารถมองเห็นได้เป็นรูปธรรม เช่น พฤติกรรมการกิน การขับถ่าย การทำงาน การใช้บริการ สุขภาพ เป็นต้น ซึ่งสามารถประเมินคุณภาพบุคคลได้จากพฤติกรรมภายนอก เช่น ความสุภาพ ความก้าวร้าว ความเรียบร้อย กิริยาท่าทาง เป็นต้น พฤติกรรมภายนอกถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการที่บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ

#### 2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behaviors)

หมายถึง ลักษณะการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลนั้น โดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้แต่สามารถที่จะรู้หรือทราบได้ว่ามีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือต่างๆ มาช่วยในการสังเกตพฤติกรรม เช่น ความคิด ความฝัน ทักษะคติ ค่านิยมหรือความเชื่อ เป็นต้น ซึ่งอยู่ในสมองของบุคคลโดยพฤติกรรมภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกมา อาจจะสอดคล้องกันหรือไม่สอดคล้องกันก็ได้

นิมอณรงค์ งามประภาส (2549) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของสิ่งมีชีวิต ทั้งที่ประจักษ์ออกมาให้เห็นหรือสัมผัสได้ และไม่สามารถเห็นหรือสัมผัสได้เป็นสิ่งที่สิ่งมีชีวิตกระทำหรือปฏิบัติต่างๆ ที่แสดงออก ซึ่งแสดงออกทั้งภายในและภายนอก ทั้งนี้พฤติกรรมสามารถสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ หรือสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 หรือสามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมของสิ่งมีชีวิตที่รับ  
 อารมณ์ ความคิด และความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อมรวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในใจที่ไม่สามารถ  
 สังเกตเห็นได้โดยตรง

### แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรม มี 2 แนวคิด คือ

1. แนวคิดที่อธิบายพัฒนาการของบุคคลโดยเป็นความหมายของตัวเอง โดยนักจิตวิทยาในกลุ่ม  
 โครงสร้างซึ่งมุ่งให้ความสนใจว่าทำไมพฤติกรรมจึงเกิดขึ้นและเชื่อว่าองค์ประกอบภายในตัวบุคคล  
 เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งหมด ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะเปลี่ยนไปเมื่อบุคคลมีพัฒนาการขึ้น  
 การพัฒนาการขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการรวมกันของวุฒิภาวะและประสบการณ์

2. กลุ่มนักพฤติกรรมนิยม มุ่งให้ความสนใจว่าทำ อย่างไรพฤติกรรมจึงจะเปลี่ยนแปลง  
 B.F. Skinner (1953) ได้เสนอกลวิธีเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดที่ว่า “พฤติกรรมที่  
 สังเกตได้สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้โดยรางวัล กล่าวคือ บุคคลจะหยุดพฤติกรรมที่ทำไปแล้ว  
 ไม่เห็นผลดีหรือไม่ได้รับรางวัลตอบแทนจากการกระทำนั้นๆ พฤติกรรมต่างๆของมนุษย์เกิดจาก  
 แรงจูงใจ และแรงจูงใจที่สำคัญคือแรงขับภายในตัวบุคคล เช่น ความหิว ความกระหาย ความต้องการ  
 ทางเพศฯ นอกจากนี้แรงขับภายในแล้วอาจจะมีแรงขับภายนอกหรือแรงขับทางสภาพแวดล้อมของ  
 สังคม ซึ่งเป็นความต้องการทางด้านจิตใจและสังคมเป็นส่วนใหญ่ เช่น ความต้องการความปลอดภัย  
 ความต้องการความรัก ความต้องการให้ตนมีคุณค่า มีคนยกย่อง เป็นต้น (สุชา จันทรเฒ, 2533)

Blum (อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) ได้แบ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพบุคคล  
 ออกเป็น 4 องค์ประกอบใหญ่ ๆ คือ

1. พันธุกรรม
2. สิ่งแวดล้อม
3. บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
4. พฤติกรรม

พฤติกรรมเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทุกๆด้าน ทั้งพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดี  
 พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค และความเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมในการแสวงหา  
 สุขภาพ การรักษา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ (มัลลิกา มัติโก, 2534)

## ปัจจัยที่สำคัญอิทธิพลต่อพัฒนาการของพฤติกรรม

มีปัจจัยใหญ่ ๆ อยู่ 2 ปัจจัย คือ พันธุกรรม หรือกรรมพันธุ์ (Heredity) และสิ่งแวดล้อม (Environment)

1. พันธุกรรม หมายถึง การถ่ายทอดลักษณะจาก ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ สู่ลูกหลาน เป็นลักษณะ ที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด

2. สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเรา เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลแสดงออก ได้ตอบในลักษณะต่าง ๆ

สิ่งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมมี 2 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะทางกาย ได้แก่ เพศ (ชาย,หญิง) รูปร่าง (สูง, เตี้ย,ใหญ่, เล็ก) ผิว (ขาว,ดำ) ผม(หยิก, ตรง, สีผมต่าง ๆ) ตา (ชั้นเดียว, สองชั้น, สีตา) ใบหน้า (เหลี่ยม, กลม) ปาก (หนา, บาง) จมูก (โด่ง, แพลบ) กลุ่มเลือด (A, B, AB, O) โรคทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย ตาบอดสี จิตเวช เบาหวาน โลหิต ไม่แข็งตัว ฯลฯ

2. ลักษณะทางจิตและสมอง ได้แก่ อารมณ์ นิสัย ความถนัด เขาว่าปัญญา พันธุกรรม จึงทำให้คนแตกต่างกันตามลักษณะที่ได้รับการถ่ายทอดมา นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญคือ สิ่งแวดล้อม อันได้แก่ อิทธิพลของบุคคลที่แวดล้อม สภาพดินฟ้าอากาศ วัตถุสิ่งของวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ศาสนา เศรษฐกิจ การเมือง การอบรมเลี้ยงดู สื่อสารมวลชน เป็นต้น เราสามารถแบ่งสิ่งแวดล้อมเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

2.1 สิ่งแวดล้อมก่อนคลอด คือ ภายในครรภ์มารดา เช่น ถ้าสุขภาพของมารดาแข็งแรงดี จิตใจ อารมณ์ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่า ทารกจะแข็งแรงสมบูรณ์ แต่ถ้ามารดาขาดอาหาร สูบบุหรี่ ดื่มสุรา สุขภาพไม่ดี ซึมเศร้า มีโรค ไข้ยา ก็จะทำให้ทารกต่อทารก นอกจากนี้ในขณะที่คลอด การถูกกระทบกระเทือน บาดเจ็บ อาจทำให้ทารกคลอดออกมาผิดปกติได้

2.2 สิ่งแวดล้อมหลังคลอด ตัวอย่างเช่น

2.2.1 สิ่งแวดล้อมทางบ้าน ครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่มีความสำคัญ ได้แก่ บรรยากาศภายในบ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่กับเด็ก ความอบอุ่น การอบรมดูแล ลำดับที่เกิด เช่น การเป็นลูกคนโต ถ้าตรงกับเพศที่ผู้ใหญ่ต้องการเด็กจะได้รับความรักความสนใจ การเอาใจใส่ดูแลอย่างเต็มที่ และสิ่งเหล่านี้เด็กจะรู้สึกสูญเสียเมื่อมีพี่น้องผู้ใหญ่จะคาดหวังให้เด็กมีความรับผิดชอบดูแลน้อง ลูกคนเล็กหรือลูกคนเดียวจะยังคงเป็นเด็กเล็กในสายตาผู้ใหญ่ ลูกคนกลางหรือมีเพศเดียวกับพี่ ๆ มักจะถูกกละเลย ทั้งความรักและ

ความเอาใจใส่รวมทั้งขนาดของครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจและสังคมเป็นต้น ทั้งหมดนี้จะมีอิทธิพลต่อนิสัยใจคอ ความสนใจ เจตคติ ค่านิยม ฯลฯ เช่น หากเด็กถูกตามใจมากได้รับความช่วยเหลือตลอดเวลา เด็กจะขาดความรับผิดชอบ ไม่มีวินัย ควบคุมตนเองไม่ได้ หากเด็กอยู่ในครอบครัวที่มั่นคงมีความอบอุ่น เป็นประชาธิปไตย เด็กจะเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความเครียดยอมรับความเป็นจริงเป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ก็มาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางบ้าน เช่น พ่อแม่ที่ชอบบริโภคอาหารที่มีไขมัน คาร์โบไฮเดรตสูง ลูกมักมีนิสัยการบริโภคตาม การมีอิทธิพลนี้เกิดขึ้นได้โดยตรง คือ พ่อแม่สั่งสอน บอกล่าและเกิดขึ้นจากการสังเกต หรือการเลียนแบบตามพฤติกรรมที่พ่อแม่แสดงออก

2.2.2 สิ่งแวดล้อมทางโรงเรียน ได้แก่ ครู อาจารย์ เพื่อนนักเรียน เป็นต้น บุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลต่อเด็กเช่นกัน เพราะเด็กมักยอมรับ ให้ความสำคัญ และเชื่อฟังครูรวมทั้งกลุ่มเพื่อน

2.2.3 สิ่งแวดล้อมทางชุมชน ได้แก่ สื่อสารมวลชน ซึ่งนับวันจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากขึ้น โทรทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือหนังสือต่างๆ เช่น โจรเข้าทางท่อระบายน้ำเข้าไปปล้นเงินในธนาคารได้ เพราะจดจำมาจากการดูภาพยนตร์หรืออ่านข่าวจากหนังสือพิมพ์

2.2.4 วัฒนธรรมชั้นของสังคม (Social Class) ฐานะทางเศรษฐกิจ ศาสนา ฯลฯ มีผลต่อทั้งพฤติกรรมภายนอกและภายใน เช่น คนที่มีศาสนาต่างกัน บุคลิกภาพ พฤติกรรมแตกต่างกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าข้อห้ามทางศาสนาหรือความเคร่งของศาสนาจะมีผลต่อวิถีชีวิตและการปฏิบัติตนทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ พันธุกรรมจะเป็นตัวกำหนดขอบเขตและสิ่งแวดล้อมจะช่วยส่งเสริมให้พัฒนาการและพฤติกรรมเจริญถึงขีดสูงสุด เช่น ฝาแฝดคนโตถูกแยกไปเลี้ยงในสภาพแวดล้อมดี คะแนนจากการทดสอบสติปัญญาจะสูงขึ้นและมีแนวโน้มจะสูงกว่าแฝดคนน้องที่ถูกเลี้ยงในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี

สรุป ปัจจัยที่สำคัญอิทธิพลต่อพัฒนาการของพฤติกรรม คือ การถ่ายทอดลักษณะที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด และสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรา เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลแสดงออกได้ตอบในลักษณะต่าง ๆ

## 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาพ (Health) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดำรงชีวิต ถ้าคนใดเกิดมาแล้วเจ็บป่วยบ่อยก็ จะไม่มีความสุข ประกอบอาชีพได้ไม่เต็มที่ คุณภาพชีวิตก็จะไม่ดีไปด้วย ดังนั้นทุกคนที่เกิดมาแล้วควรจะต้องดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี



สุขภาพมิใช่เพียงหมายถึง การปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงสภาวะอันสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

สุขภาพทางร่างกาย หมายถึง การมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์หรือถึงแม้มีโรคประจำตัวหรือมีความพิการเกิดขึ้น ก็ยังสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นปกติ

สุขภาพทางจิตใจ หมายถึง การมีสุขภาพจิตดี มีจิตใจที่เป็นสุขหรือมีความทุกข์ใจ ความวุ่นวาย ใจน้อยที่สุด

สุขภาพทางสังคม หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและครอบครัวอย่างมีความสุขสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างประสมกลมกลืนหรือมีความขัดแย้งน้อยที่สุด

สุขภาพนอกจากจะหมายถึงภาวะอันสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมแล้ว ปัจจุบันบางท่านได้รวมเอาจิตวิญญาณเข้าไว้ด้วย ซึ่งก็หมายถึงการมีจิตใจดี มีคุณธรรมและมีจิตสำนึกว่าอะไรผิดอะไรถูก เป็นต้น

สำหรับธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลก (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, พิสมัย จันทวิมล และยงยุทธ ขจรธรรม, 2541) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ ไว้ว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น ภายใต้บริบทแห่งการส่งเสริมสุขภาพ คำว่า สุขภาพ มีน้ำหนักในการตีความเชิงนามธรรมน้อยกว่ากระบวนการไปสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งสามารถอธิบายในลักษณะของขุมพลังที่จะผลักดันให้คนเราสามารถ ใช้ชีวิตที่มีคุณค่าทั้งทางด้านส่วนตัว สังคม และเศรษฐกิจ สุขภาพเป็นขุมพลังแห่งชีวิต มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต เป็นแนวทางคิดเชิงบวกที่เน้นความสำคัญของทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถภาพทางร่างกาย

Stell and Mcbroom (อ้างใน อุดมศักดิ์ กำไลเพชร, 2544) กล่าวว่า สุขภาพ (Health) หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจรวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรค และทุพพลภาพเท่านั้น

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ได้บัญญัติคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ ไว้ว่าสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น ภายใต้บริบทแห่งการส่งเสริมสุขภาพ คำว่า สุขภาพ มีน้ำหนักในการตีความเชิงนามธรรมน้อยกว่ากระบวนการไปสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งสามารถอธิบายในลักษณะของขุมพลังที่จะผลักดันให้คนเราสามารถ ใช้ชีวิตที่มีคุณค่าทั้งทางด้านส่วนตัว สังคม และเศรษฐกิจ



WHO (อ้างใน อุดมศักดิ์ กำไลเพ็ชร, 2544) สุขภาพเป็นชุมพลแห่งชีวิต มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต เป็นแนวคิดเชิงบวกที่เน้นความสำคัญของทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถภาพทางร่างกาย

เป็นที่ทราบกันดีว่า ปัญหาสุขภาพของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่คนส่วนใหญ่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ แต่ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื่อหรือโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคอ้วน และโรคเกี่ยวกับสุขภาพจิตใจได้เพิ่มมากขึ้น ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื่อนี้กำลังทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยปกติแล้วโรคไม่ติดเชื่อมักจะเรื้อรัง จึงทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย สาเหตุของโรคไม่ติดเชื่อมีหลายอย่างที่สำคัญคือเกิดจากพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของประชาชนเอง เช่น ผู้สูงอายุเป็นบุคคลในวัยแห่งการเสื่อมโทรมโอกาสเจ็บป่วยจึงมีมากขึ้นและจากข้อมูลในอดีตที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งบางคนป่วยมากกว่า 1 โรค

สรุป สุขภาพ หมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำรงชีวิต ถ้าคนใดเกิดมาแล้วเจ็บป่วยบ่อยก็จะไม่มีความสุข ประกอบอาชีพได้ไม่เต็มที่ คุณภาพชีวิตก็จะไปด้วย ทุกคนที่เกิดมาแล้วควรจะต้องดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี

#### ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

เพ็นเดอร์และคณะ (Pender et al, 1987) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) หมายถึง กิจกรรมที่กระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีในด้านสุขภาพเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 10 แบบแผน ได้แก่

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Competence in Self-care) เป็นลักษณะพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไปของบุคคล เช่น การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การอ่านหนังสือ การงดสูบบุหรี่ การดูแลฟัน การฝึกหายใจ การสังเกตสิ่งผิดปกติ
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารของบุคคล การรู้จักวางแผนในการเลือกรับประทานอาหาร และเลือกอาหารที่มีคุณค่า หลีกเลียงอาหารและเครื่องดื่มที่ทำลายสุขภาพ
3. การออกกำลังกายและสันทนาการ (Physical Exercise or Recreation) เป็นกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายมีการหดตัว ขยายตัวของข้อต่างๆ มีการเคลื่อนไหว เช่น การเล่นกีฬา การออกกำลังกายด้วยวิธีต่างๆ การพักผ่อนหย่อนใจที่เหมาะสม

4. การนอนหลับ (Sleep Pattern) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น การจัดเวลาสำหรับการผ่อนคลายให้กล้ามเนื้อและระบบต่างๆ ในร่างกายมีการผ่อนคลายก่อนนอนมีการนอนหลับตลอดทั้งคืน นอนหลับอย่างเพียงพอ

5. การจัดการกับความตึงเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่กระทำเพื่อลดปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือมากระตุ้น มุ่งให้เกิดความสมดุลทางสุขภาพ ได้แก่ การผ่อนคลาย

6. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relationship with Others) เป็นพฤติกรรมที่กระทำอยู่ในชีวิตประจำวันที่มีมนุษย์มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ตั้งแต่ที่ใกล้ชิดมากที่สุดจนถึงที่ไกลตัวมากที่สุด ดังนั้นลักษณะความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่นจึงมีระดับแตกต่างกันตามระดับความใกล้ชิด

7. การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment Control) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมต่างๆ หลีกเลี่ยงจากฝุ่นละอองจากสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงจากอุบัติเหตุและอันตราย

8. ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Self Actualization) เป็นพฤติกรรมที่กระทำเพื่อส่งเสริมคุณค่าของตน ส่งเสริมความสำเร็จในชีวิต เช่น พฤติกรรมการทำงานให้ประสบความสำเร็จ การทำตนให้เป็นที่ยอมรับของสังคม พฤติกรรมการส่งเสริมคุณค่าของตนเอง

9. ความสำนึกในความสำเร็จ (Sense of Purpose) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการตระหนักถึงสิ่งสำคัญในชีวิต มีความเชื่อว่าชีวิตของตนมีคุณค่า มีความหมายและมีการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและยาว

10. การใช้บริการทางสุขภาพ (Use of Health Care System) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการไปตรวจสุขภาพกับแพทย์ เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำปี การตรวจสุขภาพ การพูดคุยกับบุคลากรด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

พฤติกรรมสุขภาพเป็นคุณสมบัติส่วนบุคคล รวมถึงลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ การกระทำและนิสัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพจึงค่อนข้างกว้าง ครอบคลุมทั้งการกระทำที่แสดงเจตนาอย่างเปิดเผยและแสดงออกให้เห็นโดยการกระทำเรียกว่า พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เช่น พฤติกรรมการกิน การขับถ่าย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การทำงาน และการพักผ่อน เป็นต้น แต่ก็มีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถสังเกต เช่น พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการขับถ่าย ซึ่งสามารถรู้ได้โดยวิธีทางอ้อม เช่น การสอบถาม การสัมภาษณ์ (มัลลิกา มัติโก, 2534)

นอกจากนี้ Karl & Colsb (1966) กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดีและไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ เช่น การนอนหลับอย่างพอเพียง การรับประทานอาหารสะอาดถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักการพักผ่อนหย่อนใจ การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึง พฤติกรรมป้องกันในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสวมหมวกป้องกันศีรษะสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยในการขับขี่รถยนต์ การเช็ฟ่งปฏิบัติตามกฎจราจรและการปฏิบัติตามกฎระเบียบเพื่อความปลอดภัยในระหว่างทำงาน นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพยังรวมไปถึงการสวดมนต์ การทำสมาธิ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ การรับประทานยาละลาย ไวตามินและการอาบน้ำอุ่น เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำขึ้นเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงและเพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในขณะที่ยังมิได้แสดงออกมา (อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534)

นีมอเนงก์ งามประภาสม (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสมทางการแพทย์และสาธารณสุขเชื่อว่า การปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลนั้นเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้คนมีสุขภาพดี หายจากโรคและป้องกันมิให้เกิดโรคได้ง่าย

พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัติต่างๆของบุคคล อาทิเช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยมการรับรู้และองค์ความรู้อื่นๆซึ่งหมายความรวมถึงลักษณะของบุคลิกภาพ ความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันสุขภาพ (Gochman อ้างใน จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2550)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประเวศ ะสี (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ได้ให้ความหมาย ดังนี้

1. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ร่างกายแข็งแรงจิตใจแจ่มใสและสามารถป้องกันโรคได้
2. กินอาหารที่ถูกต้อง คือ กินพอประมาณได้สัดส่วนครบถ้วน กินผักและผลไม้ต่างๆเป็นประจำ
3. หลีกเลียงพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 4 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรามากเกินไปสำส่อนทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภัยอันตราย

4. สร้างทักษะชีวิต เพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสันติ มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นลบ

5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพ และสังคมให้ร่มเย็น สะอาด ปราศจากมลพิษ มีความปลอดภัยและเอื้ออาทรต่อกัน

6. พัฒนาทางจิตวิญญาณ การเจริญเมตตา การสัมผัสธรรมชาติ ทำให้เข้าถึงความสุขทางจิตวิญญาณ

7. เรียนรู้ที่ดี การเรียนรู้ทำให้สนุก เกิดปัญญา มีอิสรภาพ ทำให้มีความสุขและมีแรงจูงใจ

ดังนั้น พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือสุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

### รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ

คาลส์ และโคปี (อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) ได้เสนอรูปแบบของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 รูปแบบคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหรือพฤติกรรมสุขภาพ (Preventive Health Behaviors or Health Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันโรคมิให้เกิดขึ้นและเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี ไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพดีและการส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้นดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ และยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ การสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การเช็ฟกฏจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบเพื่อความปลอดภัยในการทำงานและยังรวมถึงการสวดมนต์ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยหรือความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลมีความเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยอธิบายหรือตีความหมายของอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์

ของตนเอง จากการศึกษาญาติพี่น้อง เพื่อนและแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้อาการของความเจ็บป่วยนั้นลดลงหรือหายไปก่อนที่จะมาพบแพทย์

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick Role Behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่กระทำโดยที่ตนเองหรือบุคคลอื่นกำหนด เช่น การรับประทานอาหารตามที่แพทย์สั่ง การหยุดจากการทำงานตามปกติ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายไป รวมถึงการลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

**องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ**

1. พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้เริ่มต้นจากความรู้ระดับต่าง ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) หมายถึงสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบดื่มชาชูกำลัง ความไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกมาทางร่างกายและสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

**ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้**

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารเช้าพวกแป้งหรือไขมันมากเกินไป การรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

### ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

1. ความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการผลิตและตลาดสินค้าที่เป็นภัยต่อ สุขภาพ ได้แก่ บุหรี่ สารเสพติด สุรา เครื่องดื่มมีน้ำตาลต่าง ๆ
2. การโฆษณาจากสื่อมวลชน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ
3. ค่านิยมที่เปลี่ยนไปเกิดลักษณะบริโภคนิยมและวัตถุนิยม นิยมบริโภคอาหารตะวันตกมากขึ้น เช่น นม เนย ไข่ อาหารที่มีโปรตีนและไขมันสูง
4. ความเชื่อขนบธรรมเนียมประเพณีและการปฏิบัติเช่นประเพณีการดื่มชาของคนจีนเป็นสิ่งดี เพราะต้องใช้น้ำเดือดคนไทยเชื่อว่าเติกรับประทานไข่จะทำให้เป็นชาง
5. ศาสนาบางศาสนาถือว่าก่อนเข้าโบสถ์ต้องชำระล้างร่างกายให้สะอาด บางศาสนาให้อุดอาหารในระยะถือบวช
6. ระดับการศึกษาการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ทำให้ถ่ายทอดความรู้ทำได้ยาก
7. การติดต่อคมนาคมถ้าสะดวกย่อมทำให้การติดต่อสื่อสารให้ความรู้ได้สะดวกแต่ก็ส่งผลเสียได้เพราะจะทำให้การรับวัฒนธรรมของต่างถิ่นมาได้ง่ายขึ้น
8. เชื้อชาติ ภาษา ถ้าพื้นที่เดียวกันมีประชากรหลายเชื้อชาติ หลายภาษาย่อมมีความแบ่งแยกขาดความสามัคคี และมีพฤติกรรมสุขภาพหลากหลาย เลียนแบบและขัดแย้ง
9. ที่ตั้งและสภาพท้องถิ่น เช่น ชาวเขานิยมถ่ายในป่าคนในเมืองถ่ายในส้วม
10. อิทธิพลกลุ่ม เช่น กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มเพื่อนนักเรียน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน ฯลฯ จะเป็นการเรียนรู้และเลียนแบบเพื่อต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

### 1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผดุง อารยะวิญญู (2533) ให้ความหมายของ การปรับพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตลอดจนการสร้างพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์

ประเทือง ภูมิภัทธาคัม (2540) กล่าวว่าไว้ว่า การปรับพฤติกรรม หมายถึง การประยุกต์หลักการปรับพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์

พรรณี ชูชัย เจนจิต (2538) กล่าวว่าไว้ว่า การปรับพฤติกรรม หมายถึง การนำเทคนิคการวางเงื่อนไขขบวนการ (Operant Conditioning) มาใช้ในการปรับพฤติกรรมที่ต้องการโดยการไม่ให้ความสนใจกับพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาและให้ความสนใจกับการแสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

จากความหมายของการปรับพฤติกรรมดังที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การปรับพฤติกรรม คือ การนำวิธีหรือเทคนิคต่างๆมาปรับเปลี่ยนบุคคลที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ให้เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และเสริมสร้างให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น

### พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และการพัฒนาพฤติกรรม

เบรสโลว์และเบลลอค (Breslow and Belloc, 1973) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพทางกายและสุขบัญญัติส่วนบุคคล ผลการศึกษาได้ชี้แนะทางการอยู่ดีมีสุขบัญญัติส่วนบุคคลและความรับผิดชอบของครอบครัวในการสอนเด็กให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การศึกษาพบว่า อายุขัยเฉลี่ย และการมีสุขภาพที่ดีมีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขบัญญัติพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญในประเด็นต่อไปนี้

1. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน
2. รับประทานอาหารเช้าทุกวัน
3. ออกกำลังกายพอประมาณในสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
4. นอนหลับคืนละ 7-8 ชั่วโมง
5. หยุด ละเอียด การสูบบุหรี่
6. ควบคุมน้ำหนักร่างกายให้พอดี
7. งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือดื่มแต่พอควร

การวิจัยยังพบว่า ชายอายุ 45 ปี ถ้ามีการปฏิบัติใด ๆ ก็ตามอย่างน้อย 3 พฤติกรรมสามารถมีอายุยืนยาวเพิ่มอีกประมาณ 21.6 ปี นั่นคือ มีอายุเพิ่มเป็น 67 ปี ขณะเดียวกันชายในกลุ่มอายุเดียวกันที่มีการปฏิบัติ 6 – 7 ข้อ สามารถคาดได้ว่าอายุจะยืนยาวเพิ่มอีก 33.1 ปี กล่าวคือจะมีอายุเพิ่มเป็น 78 ปี แต่การมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าชีวิตอยู่ดีมีสุขเสมอไป การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและอารมณ์จำเป็นจะต้องอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี การส่งเสริมให้มีชีวิตยืนยาวภายใต้การปฏิบัติตามสุขปฏิบัติทั้ง 7 ข้อดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

ประเทศไทยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2476 จนถึงปัจจุบัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามกำหนดแนวทางและเกณฑ์ที่จะทำให้ประชาชนอยู่ดีมีสุขทั้งส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนตลอดมา จนกระทั่งปี พ.ศ. 2535 – 2539 กระทรวงสาธารณสุข เห็นว่าแนวโน้มปัญหาสุขภาพในอนาคตส่วนใหญ่ จะเป็นปัญหาสุขภาพในกลุ่มปัญหาโรคไม่ติดต่อซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของประชาชนแต่ละกลุ่มเป็นสำคัญ และจำเป็นต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต ดังนั้น คณะกรรมการซึ่งได้รับการแต่งตั้งและอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี (กองสุขศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) ได้ร่วมกันพิจารณากำหนดสุขบัญญัติแห่งชาติ

เพื่อให้กระทรวง ทบวงและกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปเผยแพร่แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ นำไปปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างและปลูกฝังพฤติกรรมที่พึงประสงค์นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมต่อไป และคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้ดำเนินการได้ตั้งแต่วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2539

สุขบัญญัติแห่งชาติ คือ ข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชนตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย สุขบัญญัติแห่งชาติที่กำหนดขึ้นนี้เป็นนโยบายสำคัญข้อหนึ่งในนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เน้นกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นเป้าหมายหลักที่จะต้องได้รับการปลูกฝังส่งเสริมให้มีสุขภาพดี โดยครอบคลุมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 6 ด้าน คือ ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านการป้องกันอุบัติเหตุและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (กองสุขศึกษา, 2551) ดังนั้น การส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติจึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการเสริม และปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อเด็กและเยาวชน และประชาชนปฏิบัติให้เป็นพฤติกรรมพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี สุขบัญญัติแห่งชาติมีองค์ประกอบ 10 ประการ ดังนี้

1. ดูแลร่างกาย และของใช้ให้สะอาด
2. รักษาฟันแข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย
4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากอันตราย และหลีกเลี่ยงรสจัด สีฉูดฉาด
5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจร่างกายประจำปี
9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
10. มีจิตสำนึกต่อส่วนร่วม และร่วมสร้างสรรค์สังคม

## 2. กระบวนการมีส่วนร่วม

“การมีส่วนร่วม” ไม่ว่าจะเป็นของชุมชนหรือของประชาชนเป็นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของประเทศที่ปรากฏมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (2525-2529) จนถึงปัจจุบันเป็นแนวคิดการพัฒนาในลักษณะที่มีรากฐานมาจากประชาชน (People-based) และดำเนินมาจากเบื้องล่าง (From Below) (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2542) ทั้งนี้แนวคิดพื้นฐานของการมีส่วนร่วมยังต้องมีการเชื่อมั่นและเคารพศักดิ์ศรีของ

ความเป็นคน มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของประชาชน เชื่อมั่นในความร่วมมือและยอมรับในความหลากหลายทางความคิด และเชื่อมั่นในแนวทางการพัฒนาที่ยืด “คน” และ “ทรัพยากรธรรมชาติ” เป็นสำคัญรวมทั้งถือได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง (อรุณี เวียงแสง และคณะ, 2547) ซึ่ง ศาสตราจารย์ประเวศ วะสี กล่าวว่า การที่ประชาชนจะริเริ่มและช่วยเหลือตนเองได้นั้น ประชาชนต้องมีโอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเสียก่อนโดยต้องมีเงื่อนไขอย่างน้อย 3 ประการ คือ ประชาชนต้องมีอิสรภาพ เต็มใจ และต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม นอกจากนี้ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมยังขึ้นกับเวลา ค่าใช้จ่าย ความพอใจ การสื่อสาร และต้องไม่รู้สึกกระทบ กระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่ หรือสภาพสังคมด้วย (ประเวศ วะสี, 2546)

#### ความหมายของการมีส่วนร่วม

นักวิชาการ และหน่วยงานต่างๆ ได้พยายามให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ดังนี้

United Nations Research Institute Development (UNRISD, 1975) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาในเรื่องการตัดสินใจ การเข้าร่วมดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมจากกิจกรรมนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมทั่วไปไว้ว่า หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงานตามกิจกรรม ที่ตัดสินใจ ร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมการพัฒนานั้นๆ และ/หรือเข้าร่วมติดตามประเมินผลกิจกรรมดังกล่าวด้วย

วิลเลียม (William, 1976) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา คือ ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเองร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้และความชำนาญร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสม

ไพรัตน์ เจริญมิตร (2527) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิและองค์การอาสาสมัครรูปต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

จิต นิลพานิช และ กุลธนา ธนาพงศธร (2532) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การที่ประชาชนทั้งในเมืองและชนบทได้เข้ามามีส่วนร่วม หรือเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนาขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนแล้ว แต่เหตุการณ์จะเอื้ออำนวย แต่ถ้าหากจะให้การ

พัฒนาได้รับผลสำเร็จอย่างแท้จริงแล้ว ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานนับแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นสุดท้าย

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคล และครอบครัวเป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อสุขภาพสวัสดิการของตนเอง และชุมชน ยกเว้นความสามารถในการพัฒนา อีกทั้งมีแรงจูงใจการพัฒนาด้วยตนเองแทนที่จะเป็นผู้ยอมรับความช่วยเหลือฝ่ายเดียว (อ้างใน กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, และ ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, 2541)

ปารีชาติ และคณะ(2543) ซึ่งได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมที่เป็นกระบวนการของการพัฒนาโดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการดังกล่าว จะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) ระบุว่า การมีส่วนร่วมคือการให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับ การพยายามที่จะประเมินผลโครงการ หรือกิจกรรมนั้นๆ ด้วย ในความหมายร่วม 4 ประการ คือ ประการแรก หมายถึง การเข้าไปได้รับอำนาจที่คิดจะทำมากขึ้น ไม่ว่าจะเรื่องการเมือง หรืออำนาจในการตัดสินใจที่จะดำเนินการใดๆ ประการที่สอง หมายถึง ต้องร่วมกันอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาคเท่าเทียมกัน และควรมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เข้มแข็ง (Active) มิใช่ร่วมแบบผิวเผินเฉื่อยชา (Passive) ประการที่สาม หมายถึง ต้องร่วมตั้งแต่ขั้นแรกของกระบวนการจนถึงขั้นสุดท้าย และประการสุดท้าย หมายถึง การที่ผู้ด้อยโอกาสขอแบ่งอำนาจจากผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า เพื่อปรับปรุงวิถีชีวิตของตนให้ดีขึ้น

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (อ้างใน นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2546) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมคือ กระบวนการที่ส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ชาวบ้าน ทั้งในรูปของส่วนบุคคล และกลุ่มคนต่างๆ ให้ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรม โดยจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ มิใช่เข้าร่วมเพราะการหวังรางวัลตอบแทนและที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมจะต้องสอดคล้องกับชีวิต ความจำเป็น ความต้องการและวัฒนธรรมของคนส่วนใหญ่ในชุมชน

โดยสรุป การมีส่วนร่วม จึงหมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนมีความเห็นพ้องต้องกันและเข้าร่วมรับผิดชอบเพื่อดำเนินการพัฒนา เปลี่ยนแปลงสิ่งที่พึงประสงค์ โดยเข้าร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และนโยบายการพัฒนาต่อไป



### แนวคิดการมีส่วนร่วม

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ถือว่าเป็นการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาด้านต่างๆ เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ แม้จะมีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่สามารถให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และชุมชนไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, วันเพ็ญ ทรงคำ, และเดชา ทำดี, 2543) และได้เสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและสังคมได้ร่วมกิจกรรม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนา และมีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาและเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

2. การมีส่วนร่วมเป็นการสมัครใจและเป็นประชาธิปไตย ในด้านการเอื้อให้เกิดการพัฒนา การแบ่งปันผลประโยชน์โดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายนโยบาย การดำเนินการในการพัฒนา

3. การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ว่าจะเป็นระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติจะช่วยให้เกิดความเชื่อมโยง ระหว่างสิ่งที่ประชาชนลงทุนลงแรงกับประโยชน์ที่ได้รับ

4. การมีส่วนร่วมมิได้เป็นเพียงเทคนิค วิธีการ แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเอื้อประโยชน์ต่อประชาชน

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527) ได้สรุปหลักการและ แนวทางการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ ดังนี้

1. ยึดหลักปัญหา และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรมที่จะนำไปให้ประชาชนนั้น จะต้องใช้เวลากระตุ้น เร่งเร้าให้สนใจ และให้ความรู้ ความเข้าใจ จนประชาชนยอมรับความจำเป็น และประโยชน์ที่เกิดจากกิจกรรม

2. กิจกรรมต้องดำเนินไปในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างพลัง ความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม และควรมีการปลูกฝังทัศนคติ และพฤติกรรมที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

3. แนวทางในการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ในชุมชนจะต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชน โดยต้องทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกถึงความเป็นเจ้าของในกิจกรรม/โครงการและสามารถที่จะพึ่งตนเองได้ในระยะยาว

4. กิจกรรมพัฒนาที่นำเข้าไปในชุมชนต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และความพร้อมของชุมชน ซึ่งรวมไปถึงการใช้ทรัพยากรชุมชน และความสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมชุมชน

5. การเริ่มต้นในกิจกรรม/โครงการต้องอาศัยภาวะแห่งการเป็นผู้นำทั้งทางธรรมชาติและผู้นำที่ได้รับการแต่งตั้ง เช่น บุคคลที่ชาวบ้านเคารพนับถือ ผู้นำศาสนา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และอื่นๆ เพราะผู้นำชุมชนโดยทั่วไป จะสามารถปรับทัศนคติ และการยอมรับสิ่งใหม่ๆ ได้เร็ว และเป็นผู้ที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือ ศรัทธา ดังนั้นการเริ่มต้นจากผู้นำจึงไปได้เร็วกว่า และได้รับการยอมรับมากกว่าประชาชนทั่วไป

6. การดำเนินงานตามขั้นตอนต่างๆ ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วม คือ ร่วมหาข้อมูล ร่วมหาปัญหา สาเหตุปัญหา ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมการตัดสินใจ ร่วมการวางแผน ร่วมการปฏิบัติ ร่วมการติดตามผลงาน จนถึงการร่วมบำรุงรักษาในระยะยาว

ชินรัตน์ สมสืบ (2539) กล่าวถึงแนวคิดการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นการทำงานเป็นกลุ่ม เป็นผลรวมของข้อผูกพันของคนแต่ละคน บนพื้นฐานความเชื่อว่าโครงการเป็นของพวกเขาเพื่อพวกเขา ที่แสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมร่วม เป็นการแสดงพฤติกรรมของผลประโยชน์ร่วม ดังนั้นการเรียนรู้จะเกิดขึ้น ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ ถูกสอนและถูกแนะนำ แต่ก็ไม่ได้เพื่อผลประโยชน์ของคนอื่น

ประพนธ์ ปิยะรัตน์ (2543) ให้แนวคิดการมีส่วนร่วมไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรค (Participation as a Mean) หมายถึง วิธีของการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่วางไว้ก่อนแล้ว เปรียบเสมือนเรือที่ต้องการคนลากจูง คนที่ลากจูงตั้งเป้าหมายไว้ และจูงให้ชุมชนมีส่วนร่วม

2. การมีส่วนร่วมเป็นเป้าประสงค์ (Participation as an End) หมายถึง เป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจะทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถ และมีศักยภาพในการวางแผน แก้ไขปัญหา และร่วมทำกิจกรรมซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการ กระทำนั้น แม้โครงการจะสิ้นสุดลงแล้วก็ตามแต่การมีส่วนร่วมจะยังคงอยู่ตลอดไปทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวร และยั่งยืน เปรียบเสมือนเรือที่ไม่ต้องมีการลากจูง เพราะชุมชนได้ตั้งเป้าประสงค์ไว้ร่วมกัน

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน **สรุปได้ว่า** การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ แนวความคิดที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจ ครอบคลุมการสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้ร่วมกิจกรรม ภายใต้อุปสรรค และความต้องการของพื้นที่ โดยดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และนโยบาย ประชาชนได้รับประโยชน์ที่ยั่งยืนต่อไป

#### **ขอบเขตของการมีส่วนร่วม**

โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้เสนอกรอบความคิดเบื้องต้นในขอบเขตของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) คือ ร่วมในการคิดถึงปัญหาโดยระบุความต้องการของชุมชน จนเกิดการตัดสินใจดำเนินการ โดยองค์กรของชุมชน หรือชาวบ้าน
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ การบริหารงาน การทำกิจกรรม และการประสานงานขอความช่วยเหลือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านวัตถุ สังคม ของแต่ละบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (อ้างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจตีกรอบและขอบเขตได้แตกต่างกัน แต่เดิมรัฐมักจะมองในแง่การร่วมสมทบ แรงงาน วัสดุ เงิน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำงาน และร่วมบำรุงรักษามากกว่าสมทบ ด้านวัตถุ และเงินรวมถึงการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกัน ในเรื่องต่อไปนี้ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ คือ

1. ร่วมทำการศึกษา ค้นคว้าปัญหา สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมตลอดจนความต้องการของชุมชน
2. ร่วมค้นหา สร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบาย หรือแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมเพื่อขจัดแก้ไขและสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เห็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมหรือปรับปรุงระบบการบริหารงาน พัฒนาให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน

7. ร่วมปฏิบัตินโยบาย แผนงานโครงการและกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งภาครัฐบาล และเอกชน ให้ใช้ประโยชน์ตลอดไป

ซึ่งในการดำเนินงานระดับพื้นที่ในหมู่บ้าน หรือชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมตามนโยบายที่รัฐบาลได้กำหนดขึ้น ชุมชนจึงมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติตามนโยบาย การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาเฉพาะในด้านการร่วมปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

สมาคมสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา (อ้างใน สนติ พงจรทศ, 2547) ได้ให้แนวคิดว่าประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมใน 3 ระดับ คือ

1. ระดับการตัดสินใจ (Decision-Making) ในระดับนี้ ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาคด้วยตัวของเขาเอง ดังนั้นจึงถือว่าการมีส่วนร่วมในระดับนี้เป็นระดับการรับผิดชอบด้วยตนเอง (Level of Responsibility by Themselves)

2. ระดับความร่วมมือ (Co-Operation) ในระดับนี้ประชาชนจะให้ความร่วมมือต่อแผนงานที่ริเริ่มโดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งอาจต้องการความเสียสละจากประชาชนในด้านเวลา ทรัพย์สินและแรงงาน เพื่อให้ประชาชนประสบผลสำเร็จจากการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้ (Acceptable Level of Participation)

3. ระดับการใช้ประโยชน์ (Utilization) ในระดับนี้ประชาชนจะยอมรับ และใช้ประโยชน์จากบริการที่วางโครงการไว้ให้ เป็นการมีส่วนร่วมในระดับยอมรับบริการเท่านั้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของประชาชน ให้ความสำคัญสร้างสรรค์ และความชำนาญของประชาชน แก้ไขปัญหาพร้อมกันการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์กร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอกิน ระบุพิพรรณและเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนโดยอาศัย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข

2. การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนาแก้ไขปัญหา ซึ่งจะสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้นกับบุคคลในชุมชนได้เป็นอย่างดี

3. การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน
4. การรับผลประโยชน์จากกิจกรรมของโครงการ
5. การประเมินผลงานกิจกรรมพัฒนา

### ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

อำนาจ อนันตชัย (2526) ก็ได้อธิบายถึงการที่คนเรามีความปรารถนาที่จะร่วมมือกันทำงานต่างๆ ด้วยความเต็มใจนั้น เนื่องจากอิทธิพลที่เป็นปัจจัยสำคัญ 5 ประการคือ ความต้องการที่จะร่วมทำตามกลุ่ม ความต้องการที่จะเป็นผู้มีความสำคัญ ความต้องการที่จะได้รับผลประโยชน์ ความต้องการที่จะทดลองทำ และความต้องการที่จะแก้ตัวหรือต้องการที่จะทดแทนความผิดพลาดที่ทำมาในอดีต

ปรัชญา เวสารัช (2528) ได้กล่าวถึงปัจจัยสำคัญซึ่งผลักดันให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาท้องถิ่น ดังนี้

1. ปัจจัยสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครองและความปลอดภัย
2. ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะ ผู้นำ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน
3. ปัจจัยที่เป็นรางวัลตอบแทน ได้แก่ ค่าตอบแทนแรงงาน เงินปันผล เป็นต้น
4. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความคาดหวังในประโยชน์ส่วนรวม ความรู้สึกเกรงใจ ไม่กล้าปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน หรือความรู้สึกเป็นพันธะที่ต้องเข้าร่วมเพื่อให้เกิดความสามัคคี

แพทยา แก้วพวง (2533) ได้ทำการศึกษาเรื่อง“ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านในการบริหารงานพัฒนาท้องถิ่น: ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอไชยา จังหวัดอ่างทอง” บทบาทของข้าราชการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานชุมชน เช่น การให้คำแนะนำ การติดต่อพูดคุยกับชุมชน ฯลฯ น่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนย่อย เพราะโดยปกติแล้วหน้าที่ของข้าราชการที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับชุมชน คือ การเป็นสื่อกลาง หรือตัวประสานระหว่างประชาชน และเทศบาล ซึ่งต้องปฏิบัติงานในชุมชนจนอาจกล่าวได้ว่าเป็นข้าราชการที่รู้อยู่ละเอียดความเป็นไปต่างๆ ของทางราชการจนสามารถให้คำแนะนำ คำปรึกษาหารือกับประชาชนได้บทบาทของข้าราชการ จึงเป็นตัวจักรสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการของชุมชนย่อยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนในงานสาธารณสุข (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2542) ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน และการประสานงานที่ดีต่อกัน เจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วยชุมชนเอง

หากเจ้าหน้าที่ของรัฐขาดแนวคิดและมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นเพียงผู้รับ ทำให้เกิดการครอบงำทางความคิดของประชาชน การพัฒนาที่จะประสบความสำเร็จและขาดความต่อเนื่อง ตรงกันข้ามถ้ามีการประสานงานที่ดี จะนำมาซึ่งความเข้าใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความรู้สึกร่วมกัน คนต่างเป็นส่วนหนึ่งของโครงการนั้นๆ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ มุ่งที่จะให้เกิดผลในระยะอันสั้น การกำหนดนโยบาย และอำนาจการตัดสินใจอยู่ส่วนกลาง การทำงานจึงมุ่งที่จะสั่งการมากกว่าให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยตรง

3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์ จิตวิทยาสังคม การจัดระเบียบสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ในแต่ละชุมชนมีปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้งรากฐานเป็นเวลานานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือข่าย การรวมตัวของชุมชน การเสียสละช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กระบวนการจัดองค์กรชุมชน

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นยังแบ่ง ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (ชัยฉกร พรภาณวิษญ์, 2544)

1. การที่จะได้รับความช่วยเหลือ และบริการจากรัฐ เช่น เงิน วัสดุอุปกรณ์
2. การที่จะได้รับผลประโยชน์จากกลุ่ม
3. การที่จะได้รับการสนับสนุน การกระตุ้น และแรงจูงใจจากผู้นำชุมชน

ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม (ปาริชาติ วลัยเสถียร, พระมหาสุทิตย์ ออบอุ่น, สหัทธยา วิเศษ, จันทนา เบญจทรัพย์, และ ชลกาญจน์ ชาชนนารี, 2548) ของชุมชน ได้แก่

1. ปัจจัยด้านการจัดการ เป็นการกระตุ้นการมีส่วนร่วมโดยพัฒนาให้เกิดการรับผิดชอบในพันธกิจ และเป้าหมาย และส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจของการที่ต้องพึ่งพากันหรือร่วมกัน รวมถึงหาความเห็นชอบร่วมกันในงานที่แต่ละฝ่ายจะรับไปทำ โดยมีความไว้วางใจ

2. ปัจจัยด้านการสื่อสาร วางเป้าหมายการสื่อสารเพื่อให้ชุมชนมองเห็นคุณค่าของตนเองและสร้างความมั่นใจให้กับคนในชุมชน และสามารถใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

3. ปัจจัยทางการเมือง สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งการกระจายอำนาจทางการเมืองและอำนาจการตัดสินใจให้ประชาชนเหมาะสม การใช้สิทธิ ความเป็นพลเมืองเพื่อประชาชนจะได้รับแรงจูงใจมีส่วนร่วม สภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และกายภาพในชุมชน เอื้อต่อการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

4. ปัจจัยของโครงการ คือ โครงการให้ความสะดวกกับประชาชนหรือไม่ และทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการแท้จริงครบทุกกระบวนการ รวมถึงควรให้การพัฒนาความรู้สึกและทักษะการมีส่วนร่วมแก่ประชาชน

5. ปัจจัยด้านพี่เลี้ยง (Facilitator) พี่เลี้ยงต้องร่วมกับชุมชนศึกษาองค์ประกอบของชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการมีส่วนร่วม มีความจริงใจ เป็นที่เชื่อถือ และศรัทธาของคนในชุมชน

6. ปัจจัยด้านผู้นำ ผู้นำจะต้องมีความจริงใจที่จะช่วยเหลือชุมชน เป็นที่ยอมรับจากชาวบ้านและมีความสามารถกระตุ้นชาวบ้านให้ค้นหาปัญหา และเห็นความจำเป็นของการแก้ไขปัญหา

#### องค์ประกอบของการมีส่วนร่วม

องค์ประกอบสำคัญภายในชุมชนที่มีส่วนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนมี 3 องค์ประกอบ (กนกแก้ว สุขุมลววรรณ, 2538) ดังนี้

1. รูปแบบของการมีส่วนร่วม ซึ่งมีได้หลากหลาย เป็นไปตามเนื้อหาสาระ และประเด็นสอดคล้องกับบริบททางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

2. เจอใจของเนื้อหาสาระ คือ ประชาชนมีความเข้าใจ และเห็นประโยชน์หรือข้อเสียในประเด็นที่จะมีส่วนร่วม

3. เจอใจของประเด็น คือ ประชาชนรู้สึกว่ประเด็นของการมีส่วนร่วมนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นมากหรือน้อย มีแบบแผนการปฏิบัติมาก่อนหรือไม่ และประเด็นนั้นมีลักษณะที่ดำเนินการเป็นแบบกลุ่ม หรือทำได้ด้วยตนเอง

นอกจากนี้ ธนัค ไบยา (2541) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของการมีส่วนร่วมในชุมชนได้แก่

1. การติดต่อสื่อสารที่ดี (Two Way Communication) แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. มีตัวแทนที่เหมาะสม (Representativeness) มีตัวแทนกลุ่มต่างๆ อย่างครบถ้วนเพื่อให้เกิดความหลากหลายในความคิด ความสนใจ ความต้องการ และหลากหลายความร่วมมือ เป็นต้น

3. ข้อมูลข่าวสารที่ดีในการตัดสินใจ (Relevant Information) เป็นข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ ชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของชุมชน ตลอดจนตั้งคำถามเพื่อการแสวงหาข้อมูลในการตัดสินใจ

4. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)

5. มีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร (Resource Mobilization) ทั้งทรัพยากรเพื่อการพัฒนา และทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากผลการพัฒนา

ทั้งนี้ทั้งนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนในแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับอิทธิพลในด้านต่างๆ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งสภาพแวดล้อมของชุมชนเป็นปัจจัยทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน (พลเกต อินตา, 2547)

ซึ่งพอจะสรุปได้ว่าปัญหาต่างๆ จะมีความเกี่ยวเนื่องกันเป็นระบบก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าร่วมของประชาชนในภาพรวม ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมประชาชนจะเข้าร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติมากกว่าขั้นตอนการค้นหาปัญหาและตัดสินใจ ขั้นตอนการวางแผนและร่วมประเมินผล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพียงการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำบอกของเจ้าหน้าที่ ฉะนั้นในแต่ละพื้นที่จึงควรมีการศึกษาในเรื่องของการพัฒนา ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อนำผลการศึกษาไปปรับจัดทำแผนในการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่แท้จริงต่อไป

#### ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนในแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับอิทธิพลในด้านต่างๆ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งสภาพแวดล้อมของชุมชนเป็นปัจจัยทำให้เกิดปัญหา อุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่ง ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527) ได้กล่าวถึงปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาสาธารณสุข ดังนี้

1. ปัญหาเกี่ยวกับระบบสังคมวัฒนธรรมที่จะเป็นพื้นฐานรองรับการมีส่วนร่วมของประชาชน
2. ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากระบบกระจายอำนาจทางการเมือง การปกครองและการบริหารราชการแผ่นดิน พบว่า ไม่ได้มีการกระจายอำนาจที่แท้จริงให้แก่ประชาชน
3. ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากข้าราชการและเจ้าหน้าที่ โดยข้าราชการที่มีคุณภาพจะมีส่วนในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ของรัฐว่าจะแสดงบทบาทอย่างไร
4. ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากระบบการยึดเยียดกิจกรรมโครงการให้กับชาวบ้าน ซึ่งจึงหะการทำงานของภาครัฐ และของประชาชนในชนบทไม่สอดคล้องกัน
5. ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากการจัดระบบโครงสร้างการบริหารจัดการภายในหมู่บ้าน ซึ่งไม่สอดคล้องกับระบบการมีส่วนร่วมของประชาชน คือการไม่กระจายอำนาจหน้าที่ให้กับประชาชน
6. ปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากอิทธิพลของการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ทางระบบสื่อสารมวลชน พบว่ามีลักษณะสวนทางกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคน

7. ปัญหาอุปสรรคจากระบบอุปถัมภ์ (Entourage) เป็นความสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่บนรากฐานแห่งความไม่เสมอภาค ในการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์

ทั้งนี้ อคิน รพีพัฒน์ (2538) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจถูกจำกัดโดยลักษณะโครงสร้างของสังคม และวัฒนธรรมไทย เช่น ความเกรงใจ การไม่แสดงความคิดเห็น หรือความกลัว ส่วน จลาตชาย รติมานนท์ (2527) สรุปว่า ปัญหา อุปสรรคในการมีส่วนร่วมของประชาชนคือ การที่ประชาชนขาดความสามารถที่จะยืนหยัดพึ่งตนเองได้ รวมทั้งขาดอำนาจการต่อรอง

ดังนั้น สรุปได้ว่า ปัญหาการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน เกิดจากปัญหาด้านการเมืองปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสังคม วัฒนธรรม ปัญหาที่ตัวบุคคลอันได้แก่ บทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ไม่เหมาะสม และคุณภาพของข้าราชการในพื้นที่

### 3. พัฒนาการเด็กอายุ 9 – 12 ปี

การศึกษาเรื่องของพฤติกรรมมนุษย์เป็นสิ่งละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเบื้องต้น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการในทิศทางที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในเด็กที่มีอายุ 9-12 ปี โดยมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้คือ พัฒนาการต่างๆวัยเด็กตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของชีวิต เพราะบริบทสภาพแวดล้อมทางสังคมเริ่มเปลี่ยนแปลงไปจากวัยเด็กตอนต้น เด็กจะเริ่มออกจากบ้านสู่สังคมภายนอก นั่นคือโรงเรียน เด็กจะปรับตัวที่จะเรียนรู้บทบาทใหม่ทั้งทางด้านการศึกษามหาบทบาทการเป็นสมาชิกกลุ่มในสังคมโรงเรียน กิจกรรมการเล่นความสนใจทักษะความคิดที่เปิดกว้าง เป็นต้น พัฒนาการแต่ละด้านของเด็กจะควบคู่กันไปกับพัฒนาการด้านจิตใจ เหตุนี้เด็กในวัยเด็กตอนปลายจึงเริ่มต้นที่จะเปลี่ยนแปลงเจตคติบางอย่างและพฤติกรรมความสนใจต่างๆ รวมไปถึงเป็นวัยที่เป็นจุดเริ่มต้นของการมีวุฒิภาวะทางเพศ (Sexually Mature) ซึ่งเด็กบางคนจะแสดงออกถึงความช้า – ความเร็วที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับความพร้อมทางร่างกายของแต่ละบุคคลเป็นองค์ประกอบที่จะกำหนด

#### พัฒนาการทางร่างกาย

พัฒนาการทางด้านร่างกายสำหรับเด็กวัยนี้เป็นไปในลักษณะที่ล่าช้า แต่ยังคงมีความสัมพันธ์กับอัตราการเจริญเติบโตจนกว่า การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่นจะเริ่มขึ้น โดยเฉลี่ยประมาณ 2 ปี ก่อนที่เด็กจะมีวุฒิภาวะทางเพศ เด็กจะมีรูปร่างสูงยาว เก้งก้างไม่ได้สัดส่วน ความสูงจะเพิ่มขึ้นทุกๆปีประมาณ 5-7 ซม. โดยเฉลี่ยเด็กหญิงอายุ 11 ปี จะมีส่วนสูงประมาณ 145 ซม. แต่เด็กชายอายุ 11 ปีจะมีความสูงต่ำกว่าเล็กน้อยประมาณ 143 ซม. ของเด็กจะเพิ่มขึ้นในเชิงมากกว่าการเพิ่มขึ้นของส่วนสูง โดยพบว่า

เพิ่มขึ้นประมาณ 2-2.3 กิโลกรัมทุกๆ ปีหรืออาจจะมากกว่านั้น เด็กหญิงอายุ 11 ปีจะมีน้ำหนักมากกว่าเด็กชายอายุเท่ากันส่วนเนื้อเยื่อไขมันมีจำนวน 25 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักร่างกายทั้งหมด เด็กวัยนี้ส่วนของศีรษะยังคงใหญ่กว่าร่างกายโดยรวมทั้งหมด บางส่วนของบริเวณใบหน้าที่ยังไม่ค่อยได้สัดส่วนเริ่มหายไป เช่น ปากและขากรรไกรเริ่มจะมีขนาดใหญ่ขึ้น หน้าผากกว้างและแบน ริมฝีปากเต็ม เป็นต้น เนื่องจากระบบกล้ามเนื้อยังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ ส่วนของมือและเท้ามีลักษณะใหญ่ขึ้น แต่มีอัตราการเจริญเติบโตที่ช้าลง ตามปกติวัยเด็กตอนปลายจะมีฟันแท้ขึ้นประมาณ 28 ซี่ในจำนวนทั้งหมด 32 ซี่ ส่วนฟันกรามที่เหลืออีก 4 ซี่ จะปรากฏขึ้นในช่วงระหว่างวัยรุ่น

### พัฒนาการทางภาษา

เมื่อเด็กได้ออกสู่สังคมภายนอกมากขึ้น เด็กจะพบว่าการเล่นเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้ได้การยอมรับจากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจอย่างแรงกล้าที่เด็กจะเกิดการเรียนรู้การใช้ภาษาได้ดีขึ้น ปัจจัยสำคัญที่จะเสริมสร้างให้เด็กมีการปรับปรุงเพื่อการใช้ภาษามีอยู่ 3 ปัจจัย ดังนี้

1. บิดา มารดา ที่มีพื้นฐานทางครอบครัวอยู่ในระดับกลางจนถึงระดับสูง จะตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ภาษาพูด และจะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ช่วยให้เด็กใช้ภาษาพูดได้อย่างถูกต้อง ทั้งในเรื่องของการออกเสียง การใช้ไวยากรณ์ และยังเป็น การสนับสนุนให้เด็กมีส่วนร่วมในการเล่นสนทนาในครอบครัวอีกด้วย

2. วิทยุและโทรทัศน์ ถือได้ว่าเป็นต้นแบบในการใช้ภาษาพูดของเด็กวัยนี้ เพราะการฟังเสียงจากโทรทัศน์ตามช่องต่างๆ ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จะช่วยส่งเสริมให้เด็กได้ฝึกทักษะการฟัง การออกเสียง การทำความเข้าใจความหมายได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากเด็กได้เห็นภาพประกอบพร้อมๆ กับการใช้ภาษาพูดสื่อสารออกมา สำหรับสื่อทางวิทยุ มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เด็กฟังเสียงอย่างถูกต้อง รวมถึงการเลือกใช้ภาษาพูดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เวลาและโอกาสในขณะนั้น

3. การอ่าน ความสามารถในการเขียนหนังสือ เข้าใจความหมายของคำ และการออกเสียงที่ถูกต้องของคำหรือประโยคนั้น ทำให้เด็กสามารถอ่านหนังสือได้ การอ่านจะช่วยให้เด็กเข้าใจความหมายของศัพท์ และรูปแบบของประโยคที่ถูกต้องว่ามีลักษณะอย่างไร

### พัฒนาการทางอารมณ์

การแสดงออกของอารมณ์สำหรับเด็กนี้พบว่า การแสดงออกของอารมณ์ที่ค่อนข้างจะรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์เชิงลบ เด็กเรียนรู้ว่าไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ความเป็นไปได้ที่เด็กจะแสดงออกจึงทำได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น เด็กมีทัศนะว่า การแสดงออกอารมณ์ที่เข้าข่ายลักษณะของวัย

ทารก การถอยหนีซึ่งเป็นปฏิกิริยาของความกลัว หรือความรู้สึกลึกลับ สิ่งเหล่านี้ไม่แสดงออกถึงความมีน้ำใจนักกีฬาอย่างที่ควรจะเป็น ดังนั้น เด็กจึงพยายามเรียนรู้ที่จะควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ภายนอกอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันการแสดงออกของอารมณ์เชิงบวกเป็นสิ่งที่พบเห็นได้เสมอในเด็กวัยนี้ แต่ยังไม่มีความเหมาะสมเท่าที่ควร โดยทั่วไปเด็กจะได้รับความกดดันจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความคับข้องใจ

ประเภทของอารมณ์เชิงลบที่พบในวัยเด็กตอนปลาย

1. อารมณ์วิตกกังวล (Anxiety) เกิดจากการเกรงว่าจะไม่ได้รับความรักและการยอมรับหรือการพลัดพรากจากบิดา มารดา ดังนั้น เด็กจึงหาทางระบายออกด้วยการใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense Mechanism)

2. อารมณ์กลัว เด็กสามารถจะแยกแยะว่าสิ่งเร้าชนิดไหนควรกลัวหรือไม่ควรกลัว ซึ่งทำให้เห็นว่าเด็กรู้จักคิดไตร่ตรองและมีเหตุผลเรื่องของความกลัวมากกว่าวัยที่ผ่านมา

3. อารมณ์เศร้า จัดว่าไม่แสดงออกมากนัก โดยส่วนมากจะเป็นอารมณ์เศร้าทั่วไป อาทิ เช่น ของหาย โคนผู้ใหญ่อำนาจ เป็นต้น

4. อารมณ์โกรธ เกิดจากการถูกลูก เยาะเย้ย ถูกวิพากษ์วิจารณ์ ความขัดแย้ง กับเพื่อนร่วมวัยหรืออื่นๆ บางครั้งเด็กอาจตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยการใช้กำลังหรือถอยหนี

พัฒนาการทางสังคม

นักจิตวิทยามีทัศนะว่า เด็กวัยนี้เป็นวัยแห่งการรวมกลุ่ม (Gang Age) เด็กจะนิยมชมชอบเอกลักษณ์ตามแบบอย่างของกลุ่ม กลุ่มเพื่อนอิทธิพลต่อพัฒนาการทางสังคมของเด็กอย่างมากเนื่องจากเด็กต้องการการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกภายในกลุ่ม

พัฒนาการทางสังคม

พัฒนาการทางสังคมในระยะนี้มีลักษณะแตกต่างจากวัยเด็กตอนต้นหลายประการ อาทิ

1. เด็กคบเพื่อนร่วมวัยและผู้ใหญ่มากขึ้น

2. เด็กสามารถรวมกลุ่มเล่นกับเพื่อนได้ดียิ่งขึ้น มีสมรรถภาพทางความคิด และมีพัฒนาการด้านศีลธรรมจรรยา ทำให้เด็กร่วมเล่น เรียน ทำกิจกรรมต่างๆ เป็นกลุ่มได้ดี

3. ความสำคัญของการเรียนที่มีต่อชีวิต ค่านิยมของการเรียนในโรงเรียนในสังคมปัจจุบัน ทำให้เด็กผูกพันกับเพื่อนที่โรงเรียนและครู ทำให้เด็กห่างเหินจากผู้ใหญ่ในบ้าน

นอกจากนี้ Sdorow (1990) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กไว้ว่า เด็กจะมีการยอมรับหรือได้รับผลจากปฏิกิริยาทางสังคมมากกว่าจากพ่อแม่ เนื่องจากการเรียนรู้ของเด็กจาก

ประสบการณ์ทางบ้านของเด็กลดลง เด็กเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเพื่อน ได้เข้ากลุ่มในการร่วมกิจกรรมต่างๆ ทำให้พัฒนาการทางสังคมของเด็กพัฒนาได้อย่างเต็มที่ จากการศึกษาที่เด็กได้เข้าร่วมสังคมได้รับการยอมรับเป็นส่วนสำคัญของสังคมเพื่อน ส่งผลต่อการใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขกลุ่มมีบทบาทอย่างมากต่อชีวิตและพัฒนาการของเด็กวัยนี้ และจะเพิ่มความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ จนถึงวัยรุ่น เด็กได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับคนอื่นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว รู้จักเคารพกฎเกณฑ์ ระเบียบ รู้จักมารยาทสังคม รู้จักเข้าใจผู้อื่น เนื่องจากกลุ่มมีความสำคัญต่อเด็ก ดังนั้นเด็กจึงต้องการเข้าร่วมกลุ่ม พยายามหาวิธีปฏิบัติเพื่อให้เพื่อนยอมรับเข้ากลุ่ม ซึ่งวิธีการก็แตกต่างกันไปตามเพศ ประสบการณ์ที่ได้รับมาสิ่งแวดล้อมทางครอบครัว และลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัวของเด็กเองการรวมกลุ่มของเด็กจะทำให้เด็กได้รับการสนองตอบด้านความต้องการทางสังคม คือการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของคณะเป็นคนสำคัญและมีค่า ดังนั้นการที่กลุ่มมีความสำคัญต่อพัฒนาการในด้านต่างๆ ของเด็กในวัยนี้ การสนับสนุนให้เด็กได้เข้ากลุ่มที่เหมาะสมกับตนจึงเป็นสิ่งที่พึงกระทำ เพื่อให้เด็กได้มีพัฒนาการตามวัยอย่างเหมาะสม

#### พัฒนาการทางศีลธรรมและจรรยา

Piaget ได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีพัฒนาการจริยธรรมโดยมุ่งเน้นที่ความรู้ความเข้าใจ สังคมและได้อธิบายพัฒนาการทางศีลธรรมและจรรยาของเด็กที่มีอายุระหว่าง 5-12 ปี ว่าแนวความคิดเกี่ยวกับจรรยาวิพากษ์ (Moral Judgement) เริ่มเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ เด็กจะมีความคิดที่ยืดหยุ่น ไม่ตายตัว รู้ว่าสิ่งใด ถูก - ผิด อะไร ดี - ชั่ว พฤติกรรมแบบไหนสมควรกระทำ และไม่สมควรกระทำ ทั้งหมดนี้เป็นผลลัพธ์จากการอบรมสั่งสอนของบิดา มารดา ผู้ปกครอง บริบททางสังคม และวัฒนธรรมที่จะช่วยส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้ทางด้านศีลธรรมและมโนธรรม เนื่องจากเด็กวัยนี้มีการพัฒนาความคิดในขั้นของความมีเหตุผลสูงขึ้น สามารถคิดหรือทำความเข้าใจได้ ดังนั้น Piaget จึงสรุปขั้นตอนของพัฒนาการทางศีลธรรมและมโนธรรมออกเป็น 3 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ก่อนที่จะคิดตัดสินใจเรื่องศีลธรรมจรรยา (Premoral Judgement) อยู่ในช่วง 2-5 ปี เป็นระยะเริ่มแรก que เด็กไม่สามารถแยกแยะ ถูก - ผิด ดี - ชั่ว ได้ เด็กยังไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ และกติกาทางสังคมที่เป็นกรอบกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในสังคม

ขั้นที่ 2 เริ่มเห็นความเป็นจริงเรื่องศีลธรรมจรรยา (Moral Realism) อายุ 5 - 9 ปี เด็กจะมีพัฒนาการทางศีลธรรมจรรยาเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ในขั้นนี้เด็กจะรู้จักเคารพกฎเกณฑ์กติกา ระเบียบ ข้อบังคับ หรือข้อตกลงต่างๆ โดยที่เด็กจะนำกฎเกณฑ์เหล่านี้มาเป็นเครื่องช่วยในการตัดสินใจ

ขั้นที่ 3 เข้าใจเรื่องศีลธรรมจรรยาอย่างมีเหตุผล (Autonomous Morality) เริ่มตั้งแต่อายุ 10 ขวบ ขึ้นไป เด็กจะเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการใช้กฎเกณฑ์ต่างๆ อย่างมีเหตุผล ยอมรับและเคารพ กฎเกณฑ์ของสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายให้การอยู่ร่วมกันของคนในสังคมอยู่อย่างสงบ เรียบร้อยหากมีการฝ่าฝืนทำผิดกฎเกณฑ์หรือไม่ปฏิบัติตาม บุคคลนั้นจะต้องได้รับการลงโทษ ทั้งนี้การลงโทษจะต้องมีการปฏิบัติอย่างยุติธรรมเพื่อความเท่าเทียมกันในสังคม การลงโทษมีบทบาทสำคัญที่จะจูงใจให้เด็กคล้อยตามความคาดหวังของสังคมในอนาคตทั้งนี้เพราะเด็กต้องการที่จะหลีกเลี่ยงต่อการลงโทษ และต้องการได้รับรางวัลมากกว่า

### ภาวะสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษา

วัยเรียนเป็นช่วงพลังที่มีความหมายต่อการพัฒนาประเทศโดยเฉพาะวัยประถมศึกษาตอนปลายที่กำลังจะย่างเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น ประชากรวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มเข้าสู่ระบบการศึกษาภาคบังคับ ผู้ศึกษาได้ ทบทวนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะความเจ็บป่วยของนักเรียนที่จะมีผลทำให้เด็กวัยนี้มีการ พัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมไม่เป็นไปตามวัย และมีผลต่อไปในอนาคตมีดังนี้ พฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของประชากรวัยนี้ในด้านการออกกำลังกายเด็กในเขตเทศบาลเกือบ ครึ่งหนึ่งใช้เวลาเรียนหรือทำการบ้านในวันหยุด ร้อยละ 46.6 ดูทีวีหรือเล่นเกมค่อนข้างมาก ไม่ค่อย เคลื่อนไหวและออกกำลังกายเป็นสาเหตุทำให้เป็นโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัญหาด้านสติปัญญา และมี แนวโน้มการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานในอนาคต การนั่งนอน เล่นเกม (กรมอนามัย, 2548) ทำให้กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง เกิดความเครียด การศึกษาของ พิมพ์ใจ วิญญณ พาส (2549) เรื่องความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเถิน จังหวัดลำปางผลการศึกษาด้านความรู้ของนักเรียน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ในระดับปรับปรุงแก้ไข (26.0%) ด้านความคิดเห็นของนักเรียน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ในระดับเหมาะสมมาก (71.5%) และ ด้านการปฏิบัติตัวของนักเรียน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ใน ระดับพอใช้ ( 67.6% ) ประกอบกับการรับประทานอาหารของเด็กวัยนี้ขึ้นอยู่กับกำลังซื้อของบิดา มารดาที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูบุตรและอิทธิพลจากการโฆษณาของสื่อมวลชน ทำให้เด็ก วัยนี้ชอบบริโภคอาหารจานด่วนและอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ (วุฒิสภาสาธารณสุขกรม, 2547) เป็น อาหารที่มีไขมันสูงหากบริโภคบ่อยและนานทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินซึ่งเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ในอนาคต ส่วนเด็กที่ชอบบริโภคขนมถุงหรือขนมขบ เคี้ยวที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ, 2548)ทำให้เป็นโรค

ขาดสารอาหาร โรคอ้วนเพราะขนมเหล่านี้เต็มไปด้วยแป้ง น้ำตาล น้ำมัน ผงชูรสและเกลือซึ่งมีสารอาหารที่จำเป็นต่อการเติบโตและพัฒนาสติปัญญาของเด็กอยู่ในปริมาณที่น้อยมาก

ด้านอารมณ์และปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตการที่เด็กมีความวิตกกังวลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก (พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์และคณะ, 2548) ความขัดแย้งในครอบครัวทำให้เด็กผลการเรียนไม่ดี สอบตก หนีเรียนนำไปสู่การคิดสารเสพติด ค้อยค่า ขาดการยอมรับ (จันทร์เพ็ญ ชูภาพระวรรณ, 2543) สภาพแวดล้อมของบ้านและความรุนแรงในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดปัญหาทางอารมณ์ ปัญหาชกต่อยระหว่างเพื่อนฝูง (พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์และคณะ, 2548)

อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในลำดับต้นๆ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากรถของเด็กวัย 10-14 ปี มีอัตราการเสียชีวิต 6.8 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545) เด็กส่วนใหญ่ไม่รู้จักรวิธีการขับขี่ที่ถูกต้อง สำหรับเด็กที่ข้ามถนนเกิดอุบัติเหตุได้เมื่อข้ามถนนไม่ระมัดระวัง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2548) นอกจากนี้เด็กบางส่วนได้รับอุบัติเหตุจมน้ำเสียชีวิต เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการเล่นน้ำ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545) ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการที่ประชาชนไม่ตระหนักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องทิ้งขยะไม่เป็นที่เป็นทาง (จันทร์เพ็ญ ชูภาพระวรรณ, 2543) ทำให้เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคที่จะนำไปสู่การเป็นโรคต่างๆเช่นโรคอุจจาระร่วง เกิดโรคเกี่ยวกับทางเดินอาหารได้

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับเด็กด้อยโอกาส

##### ความหมายของเด็กด้อยโอกาส

เด็กด้อยโอกาส (Disadvantaged Children or the Underprivileged) หรือที่เรียกกันว่าเด็กที่อยู่ในสถานะยากลำบาก (Children in Especially Difficult Circumstances) ปัจจุบันมีหน่วยงานภาครัฐและเอกชนได้กำหนดความหมายของคำว่าเด็กด้อยโอกาสไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) (2533) ได้ให้ความหมายของคำว่าเด็กด้อยโอกาสว่า หมายถึงเด็กที่อยู่ในสภาพที่เป็นปัญหาสังคม เช่น เด็กพิการ เด็กที่มาจากครอบครัวยากจน เด็กที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือในชุมชนแออัด และเด็กที่ต้องอพยพย้ายถิ่นฐานตามพ่อแม่ ความด้อยโอกาสของเด็กเหล่านี้ครอบคลุมทั้งเรื่องของการศึกษา สภาพแวดล้อม ภาษา วัฒนธรรมและโอกาสในการได้รับการศึกษา

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2534) ได้ให้ความหมายว่า เด็กด้อยโอกาส หมายถึงเด็กที่ตกอยู่ในสภาวะยากลำบากและไม่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์สภาวะความต้องการพื้นฐาน และบริการสำหรับเด็ก

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ(2540)ได้ให้ความหมายว่า เด็กในภาวะยากลำบาก หมายถึงเด็กที่ประสบปัญหาและความต้องการช่วยเหลือจากสังคมเป็นพิเศษ เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัลลภ ตังคณานุรักษ์ (2540) ได้ให้ความหมายว่า เด็กด้อยโอกาสจะครอบคลุมถึงเด็กใน 3 ลักษณะ คือ เด็กที่อยู่ในพื้นที่ที่ทำให้เด็กด้อยโอกาส เด็กที่อยู่ในสถานการณ์น่าห่วงใยและเด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์และสถานพินิจ โดยระบุว่าเด็กด้อยโอกาส มีลักษณะที่เห็นเด่นชัด 4 ประการ ได้แก่

1. อยู่ในสถานที่ที่เป็นปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสถานภาพในสังคม
2. ดำรงชีวิตอย่างยากลำบาก ล่อแหลม หรือเสี่ยงต่ออันตรายจากสังคมครอบครัว
3. ขาดการดูแลเอาใจใส่ สงเคราะห์ช่วยเหลือเท่าที่ควรจากครอบครัว และสถาบันต่าง ๆ ใน

สังคม

4. ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมตามมาตรฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสิทธิ

มนุษยชน

กิติพัฒน์ นนทปัทมฉลย์ (2547) ได้ให้ความหมายของเด็กด้อยโอกาส ไว้ว่า ผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน และได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา สาธารณสุข การเมืองกฎหมาย วัฒนธรรม ภัยธรรมชาติและภัยสงคราม รวมไปถึงผู้ขาดโอกาสที่จะเข้าถึงบริการ ขั้นพื้นฐานของรัฐ และผู้ประสบปัญหาที่ยังไม่มีองค์กรหลักรับผิดชอบ อันจะส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ได้อย่างทัดเทียมผู้อื่น

ธนาคารโลก (2007) ได้ให้ความหมายของเด็กด้อยโอกาส ว่าหมายถึง กลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะเฉพาะซึ่งเป็นผลให้เขาเหล่านั้นเสี่ยงต่อการตกอยู่ในความยากจนหรือกลายเป็นคนชายขอบมากกว่าบุคคลอื่นๆในสังคม ผู้ด้อยโอกาสในทัศนะของธนาคารโลกจะประกอบไปด้วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เด็กและเยาวชนที่อยู่ในภาวะเสี่ยง ผู้อพยพและผู้ลี้ภัยสงคราม ผู้ได้รับผลกระทบจากเชื้อ HIV และ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อยในสังคม และผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2551) กล่าวว่า ผู้ด้อยโอกาส หมายถึงผู้ที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การสาธารณสุข การเสียเปรียบไม่ได้รับความเป็นธรรมทางกฎหมายและได้รับผลกระทบจากครอบครัว เช่น คนยากจน เด็กถูกทารุณทาง

ร่างกาย จิตใจและทางเพศ เด็กเร่ร่อน เด็กขอทาน แรงงานเด็ก เด็กประพฤตินไม่เหมาะสม เด็กกำพร้า เพราะติดโรคเอดส์ผู้ที่อยู่ในกระบวนการข้ามมนุษย์หรือ ถูกกีดกันไม่ให้เข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมหรือทางการเมือง ขาดสิทธิประโยชน์และโอกาสที่จะยกระดับสถานภาพทางสังคมของตนเองให้สูงขึ้น

**พอสรุปได้ว่า** เด็กด้อยโอกาส หมายถึง ผู้ได้รับผลกระทบด้านลบจากปัญหาทางด้านกฎหมาย เศรษฐกิจการเมือง วัฒนธรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งส่งผลให้บุคคลเหล่านี้ต้องประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิตประจำวัน เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลคนทั่วไป โดยมีเหตุปัจจัยหลักที่สำคัญ 2 ประการ คือ การด้อยโอกาสที่เป็นผลมาจากตนเอง เช่น จากความพิการด้านร่างกาย จากปัญหาด้านจิตใจ จากสถานภาพการกำเนิด เป็นต้น และการด้อยโอกาสที่เป็นผลมาจากผลกระทบด้านลบที่สังคมมีต่อบุคคลคนเหล่านั้นซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น การขาดแคลนปัจจัย 4 ในขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิต และหรือไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมพื้นฐานของรัฐได้ การถูกกีดกันออกจากสังคมหรือถูกแยกออกจากการดำเนินวิถีชีวิตประจำวันของคนในสังคม บางกรณีก็รุนแรงถึงขั้นถูกกีดกันออกจากครอบครัว ถูกให้ความสำคัญน้อยกว่าหรือถูกมองเป็นคนที่มีความด้อยกว่าคนกลุ่มอื่น ๆ ในสังคมเดียวกัน สังคมไม่ตระหนักถึงความเป็นปัจเจกชนที่มีความต้องการและความปรารถนาเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ทั่วไป

#### การกำหนดจำแนกประเภทของเด็กด้อยโอกาส

คณะกรรมการปฏิรูปการศึกษาเพื่อคนพิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้มีความสามารถพิเศษของกระทรวงศึกษาธิการ ได้จำแนกประเภทของกลุ่มเด็กด้อยโอกาสเพื่อให้สอดคล้องตามหลักการในลักษณะสากล เป็น 10 ประเภท ประกอบด้วย (สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ, 2549)

1. เด็กถูกบังคับให้ขายแรงงาน หรือแรงงานเด็ก หมายถึง เด็กที่ถูกบังคับให้ทำงานหารายได้ด้วยการขายแรงงานก่อนวัยอันสมควร ถูกเอารัดเอาเปรียบจากนายจ้างจนไม่มีโอกาสได้รับการศึกษาหรือการพัฒนาให้เป็นไปตามหลักพัฒนาการอันเหมาะสมกับวัย
2. เด็กเร่ร่อน หมายถึง เด็กที่ไม่มีที่อยู่อาศัยพักพิงเป็นหลักแหล่งแน่นอนดำรงชีวิตอยู่อย่างไร้ทิศทาง ขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เสี่ยงต่อการประสบอันตราย และเป็นปัญหาสังคม
3. เด็กที่อยู่ในธุรกิจทางเพศหรือโสเภณีเด็ก หมายถึง เด็กที่มีความสมัครใจหรือถูกบังคับล่อลวงให้ขายบริการทางเพศ หรือถูกชักจูงให้ต้องตกอยู่ในสภาพเสี่ยงต่อการประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ
4. เด็กที่ถูกทอดทิ้ง/กำพร้า หมายถึง เด็กที่มารดาคลอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาลหรือตามสถานที่ต่าง ๆ รวมไปถึงเด็กที่บิดามารดาปล่อยทิ้งไว้ให้มีชีวิตอยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับบุคคลอื่นโดยไม่ได้รับ

การเลี้ยงดูจากบิดามารดา ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจากปัญหาการหย่าร้าง หรือครอบครัวแตกแยก มีสภาพชีวิตอยู่ท่ามกลางความสับสน ขาดความรัก ความอบอุ่น ตลอดถึงเด็กที่ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู อันเนื่องมาจากสาเหตุอื่น

5. เด็กที่ถูกทำร้ายทารุณ หมายถึง เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางร่างกาย ทางเพศ หรือทางจิตใจ มีชีวิตอยู่อย่างไม่เป็นสุข ระวัง หวาดกลัว เนื่องจากถูกทำร้ายทารุณ ถูกบีบบังคับกดดันจากบิดามารดา หรือผู้ปกครองซึ่งมีสภาพจิตใจหรืออารมณ์ไม่เป็นปกติ หรือถูกล่วงละเมิดทางเพศในลักษณะต่าง ๆ จากบุคคลที่อยู่ใกล้ตัว

6. เด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) หมายถึง เด็กซึ่งเป็นบุตรหลานของคนยากจนที่มีรายได้น้อย เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ครอบครัวมีรายได้น้อยไม่เกิน 20,000 บาทต่อปี ครอบครัวอยู่รวมกันหลายคน ขาดแคลนปัจจัยพื้นฐาน มีชีวิตอยู่อย่างลำบากรวมถึงเด็กในแหล่งชุมชนแออัดหรือบุตรของกรรมกร ก่อสร้างหรือเด็กจากครอบครัวที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารห่างไกลที่ขาดโอกาสที่จะได้รับการศึกษา และบริการอื่น ๆ

7. เด็กในชนกลุ่มน้อย หมายถึง เด็กที่เป็นบุตรหลานของบุคคลที่มีวัฒนธรรมแตกต่างไปจากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ มีปัญหาเกี่ยวกับการถือสัญชาติไทย จนเป็นสาเหตุให้ไม่มีโอกาสได้รับบริการอื่น ๆ

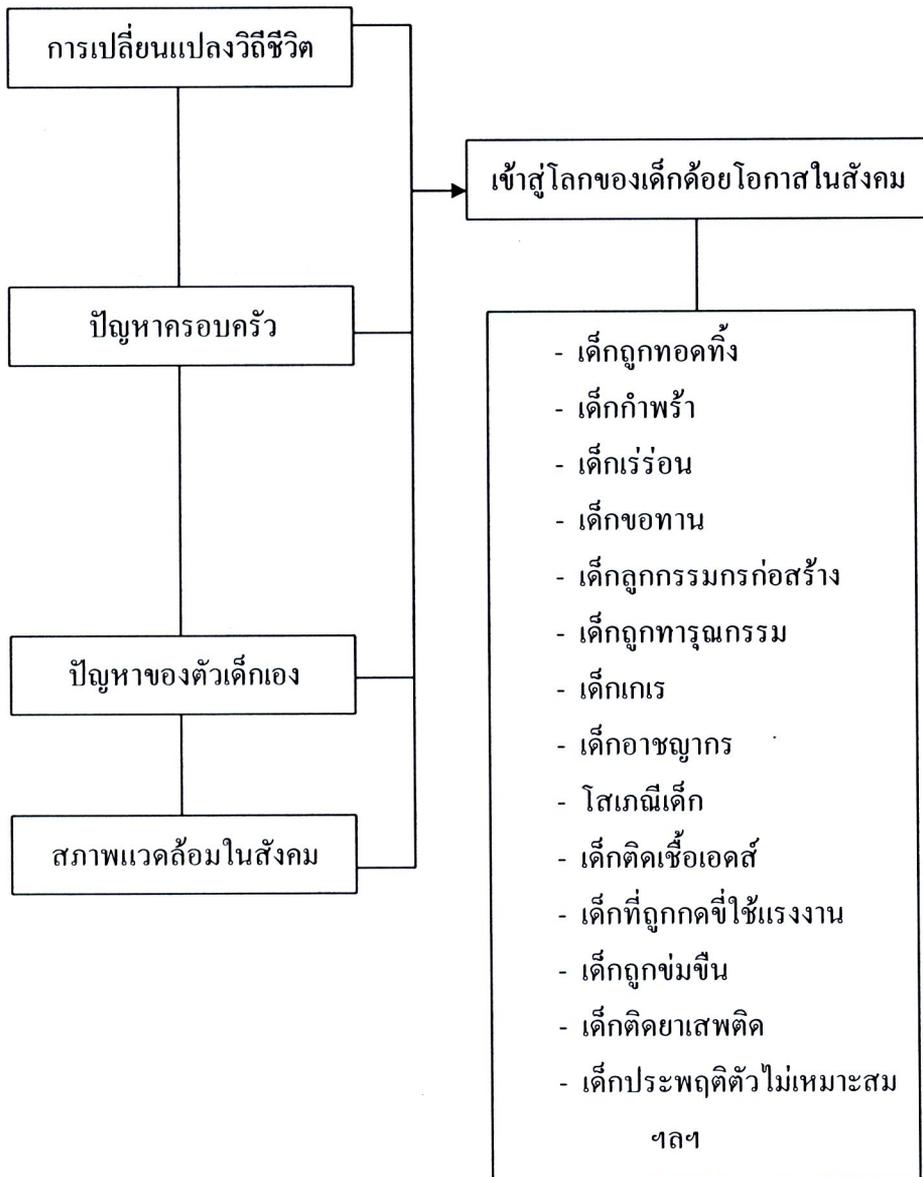
8. เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติด หมายถึง เด็กที่ติดสารระเหยหรือสารเสพติดให้โทษ หรือเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการถูกชักนำให้ประพฤติตนไม่เหมาะสม เกี่ยวข้องผูกพันอยู่กับกลุ่มมิจฉาชีพผู้มีอิทธิพล หรือบุคคลที่แสวงหาผลประโยชน์จากการประกอบอาชีพ ผิดกฎหมาย เป็นเด็กด้อยโอกาสที่มีแนวโน้มสูงต่อการก่อปัญหาในสังคม

9. เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์หรือโรคติดต่อร้ายแรงที่สังคมรังเกียจหมายถึง เด็กที่ติดเชื้อเอดส์ หรือมีบิดามารดาเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นเด็กที่ถูกสังคมรังเกียจเป็นเหตุให้เด็กไม่สามารถเข้ารับการศึกษารับบริการอื่น ๆ ร่วมกับเด็กปกติทั่วไปได้

10. เด็กในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หมายถึง เด็กที่กระทำความผิดและถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนตามกฎหมาย ตลอดถึงเด็กหญิงที่ตั้งครรภ์นอกสมรส ซึ่งมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น การทำแท้ง การฆ่าตัวตายการทอดทิ้งทารก เป็นต้น

สภาพของเด็กด้อยโอกาสในประเทศไทยพบว่า เด็กด้อยโอกาสในสภาพต่าง ๆ หลาย ประเภท ซึ่งมีลักษณะซ้ำซ้อน เช่น เป็นเด็กเร่ร่อน และเป็นเด็กถูกทอดทิ้งในเวลาเดียวกัน หรืออาจมี ลักษณะที่

เกิดขึ้นเป็นกระบวนการ เช่น เป็นเด็กถูกข่มขืน กลายมาเป็นเด็กเร่ร่อน กลายเป็นโสเภณีเด็ก กลายเป็นเด็กติดเชื้อเอดส์ เพื่อให้เห็นสภาพของเด็กด้อยโอกาส และวงจรชีวิตเด็กด้อยโอกาสที่ชัดเจนขึ้น จึงได้สร้างภาพจำลองไว้ดังนี้ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2554)



แผนภาพที่ 1 แสดงวงจรชีวิตเด็กด้อยโอกาส

### สาเหตุของการเป็นเด็กด้อยโอกาส

การพัฒนาที่ไม่สมดุลกันระหว่างเศรษฐกิจและสังคม ก่อให้เกิดการกระจายรายได้ที่ไม่ทั่วถึง คนยากจนในสังคมมีส่วนแบ่งของรายได้ น้อยมาก และถูกบีบบังคับให้ต้องทุ่มเทเวลาที่มีอยู่ทั้งหมดเพื่อ การเพิ่มรายได้ของครอบครัว ประกอบกับคนเหล่านี้มักไม่ค่อยได้รับการศึกษาอย่างพอเพียง ไม่สามารถ นำความรู้มาพัฒนาอาชีพหรือหาช่องทางในการประกอบอาชีพอย่างอื่น ซึ่งส่งผลให้ต้องตกอยู่ในภาวะ ด้อย โอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างเรื้อรัง อันเป็นสาเหตุหลักของความเครียดในชีวิต และการเก็บ กอด ซึ่งนำไปสู่การพัวพันกับแหล่งอบายมุข และความรุนแรงต่อครอบครัว เด็กที่อยู่ในสภาพด้อยโอกาส เนื่องจากได้เห็นตัวอย่างที่ไม่เหมาะสม เป็นภัยต่อการพัฒนาร่างกาย จิตใจ และสังคมจากพ่อแม่ ผู้ปกครองแล้ว ยังเป็นผู้รองรับการกระทำจากผู้ใหญ่ในสังคม กลายเป็นผู้ถูกกดขี่ข่มเหง เอารัดเอา เปรียบ และทารุณกรรมต่าง ๆ วัฏจักรลักษณะนี้ได้บังคับให้เด็กกลายมาเป็นเด็กด้อยโอกาสมากยิ่งขึ้น สีน้อย เกษมสันต์ ณ อยุธยา (2536) ได้สรุปสาเหตุของการเป็นเด็กด้อยโอกาสได้ 3 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ

#### 1. สาเหตุมาจากครอบครัวและผู้ปกครอง ได้แก่

1.1 ขาดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว มีสภาพครอบครัวที่แตกแยก พ่อแม่หย่าร้าง บางครอบครัวพ่อแม่แต่งงานใหม่ มีพ่อเลี้ยง แม่เลี้ยง บางครอบครัวมีการทะเลาะวิวาทเป็นประจำ บางครอบครัวพ่อตาย หรือแม่ตาย หรือตายทั้งคู่ ไม่มีความอบอุ่นในครอบครัว

1.2 สภาพเศรษฐกิจในครอบครัวไม่ดี ครอบครัวมีฐานะยากจน หรืออยู่ในภาวะการ ตกงาน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ต้องกู้หนี้ยืมสิน ขาย ทรัพย์สินสมบัติที่ทำกิน รวมทั้งขายลูกของตน

1.3 ค่านิยมในการเลี้ยงดูเด็กไม่ถูกต้อง พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ไม่มีความรู้ความเข้าใจใน การ เลี้ยงดูบุตรธิดา มีค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การเลี้ยงดูแบบเข้มงวด มีการลงโทษคู่ค้า ทบตี โดยไม่มี เหตุผล บางกรณีพ่อ แม่ ผู้ปกครองปล่อยปละละเลยไม่เอาใจใส่ บางครอบครัวเลี้ยงดู ไม่เหมาะสม กับวัย

1.4 พ่อ แม่ อายุยังน้อย ขาดวุฒิภาวะในการเป็นครอบครัว ไม่มีความรู้ และประสบการณ์ ในการเลี้ยงดูเด็ก ทำให้เด็กไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควรทั้งด้านสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการให้ การศึกษาอบรมที่เหมาะสม

1.5 พ่อแม่มีทัศนคติไม่ดีต่อบุตรธิดา ซึ่งไม่พร้อมที่จะมีเด็ก แต่พลาดพลั้งมีลูกขึ้น โดย ไม่ ตั้งใจ จึงมีทัศนคติไม่ชอบ เกลียดชัง เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตจึงมักทอดทิ้ง หรือ ทบตีทำร้าย ไม่เอาใจใส่

## 2. สาเหตุจากสภาพแวดล้อมและสังคม ได้แก่

2.1 การอพยพย้ายถิ่นจากชนบทเข้ามาทำงานในเมืองใหญ่เข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เนื่องมาจากความลำบากยากแค้นในชนบท ไม่สามารถประกอบอาชีพในชนบทได้จึงต้องแสวงหางาน อื่นทำในเมือง

2.2 สภาพสังคมเมืองที่มีสถานเริงรมย์ แหล่งท่องเที่ยว สถานอบายมุขต่าง ๆ ซึ่งเป็นแหล่ง ชั่วร้ายทำให้เด็กอยากทดลองอยากเข้าไปใกล้ อยากเข้าไปใช้บริการเช่นเดียวกับผู้ใหญ่หรือเป็น แหล่งที่เด็กสามารถเข้าไปหารายได้

2.3 สภาพที่อยู่อาศัย อยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม และแหล่งที่มีอบายมุข ใช้ชีวิตอย่างไม่มีระเบียบแบบแผนที่มีค่านิยมที่ผิดๆ ทำให้เด็กซึมซับสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นเข้ามาโดยไม่รู้ตัว และกระทำผิด โดยไม่ได้ตั้งใจ

## 3. สาเหตุมาจากตัวเด็กเอง

3.1 เด็กเป็นวัยที่พร้อมจะได้รับการอบรมสั่งสอนไปในทิศทางต่าง ๆ ตามที่ผู้ใหญ่ในสังคมประพฤติปฏิบัติจึงทำให้เด็กมีโอกาส มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนได้โดยง่ายและกลายเป็นเด็กด้อย โอกาสในอนาคต

3.2 เด็กเป็นวัยที่อยากเรียนรู้ ทดลอง และทำตามอย่างที่ตนเองได้พบเห็น หรือถูก ล่อลวง บังคับข่มขู่ก็ดี หากเบี่ยงเบนไปในทางที่ไม่เหมาะสมก็มีโอกาสกลายเป็นเด็กด้อย โอกาสได้

3.3 เด็กด้อยโอกาสส่วนใหญ่ มีจิตใจอ่อนแอ ขาดความรัก ความอบอุ่น เก็บกด มีอาการ ทางประสาทและเอาแต่ใจตนเอง จนดูเหมือนเป็นวัยที่รักอิสระเสรี แต่สภาพลักษณะ เช่นนี้ เอื้อให้เด็ก กลายเป็นเด็กด้อยโอกาสได้มาก

### ปัญหาของเด็กด้อยโอกาส

#### 1. ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ

1.1 เด็กด้อยโอกาสจำนวนมากไม่น้อยเจ็บป่วย หรือตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อสำคัญและไม่สำคัญ รวมทั้งโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ เช่น โรคคอติบ ไอกรน โปลิโอ วัณโรค กามโรค เอดส์ บิด ปอดบวม ปอดอักเสบ ตับอักเสบ โรคทางระบบทางเดินหายใจ โรคในช่องปาก โรคหัวใจ โรคโลหิตจาง โรคขาดอาหาร เป็นต้น

1.2 เด็กด้อยโอกาสเจ็บป่วยล้มตายหรือพิการจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุบนถนน อุบัติเหตุในการทำงาน



1.3 เด็กด้อยโอกาสมีสภาพจิตใจไม่เป็นปกติสุข ขาดความอบอุ่น เครียด เก็บกด

## 2. ปัญหาด้านสติปัญญาความสามารถและการศึกษาพื้นฐาน

2.1 เด็กด้อยโอกาสจำนวนไม่น้อยมีพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์ และสังคมไม่เหมาะสม อันเนื่องมาจากการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง สภาพครอบครัวแตกแยก ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลเท่าที่ควร

2.2 เด็กด้อยโอกาสส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาเท่าที่ควร ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน รวมทั้งการศึกษาก่อนบังคับ มักออกจากโรงเรียนกลางคัน รวมทั้งขาดโอกาสทางการศึกษา เพราะสภาพครอบครัวยากจน อยู่ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการศึกษา มีผลการเรียนที่ไม่ดี ไม่ประทับใจต่อการเรียนการสอนของครู ตลอดจนการใช้ชีวิตในโรงเรียน

## 3. ปัญหาด้านอาชีพและการมีงานทำ

3.1 เด็กและเยาวชนด้อยโอกาส มักไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่อาชีพที่เหมาะสมกับตน อันเป็นปัญหาสืบเนื่องมาจากหลักสูตรและวิธีการของโรงเรียนที่ยังไม่ทันได้เตรียมการหรือชี้แนะ ในเรื่องการอาชีพและการมีงานทำ

3.2 เด็กด้อยโอกาสจำนวนไม่น้อย อยู่ท่ามกลางสังคมและวัฒนธรรมที่ไม่เหมาะสม และเป็นภัยต่อการพัฒนาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น ดิถยาเสพ ดิดหรือสาร ระเหย

3.3 เด็กด้อยโอกาสจำนวนมากตกเป็นเหยื่อผู้ถูกระทำจากสังคม เช่น ถูกสังคามรังเกียจ ถูกคุกคามและถูกเอารัดเอาเปรียบ เป็นต้น

จากการศึกษาของกมลสินทร์ พินิจภูวดล (2541) เกี่ยวกับการให้การศึกษาในเด็กด้อยโอกาส ได้เสนอแนวทางการช่วยเหลือ ไว้ดังนี้

1. องค์กรหรือหน่วยงาน ควรมีหน่วยงานเฉพาะที่รับผิดชอบโดยตรงในการให้การศึกษาของเด็กด้อยโอกาส และทำหน้าที่ประสานงานและสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐและเอกชน ในการจัดการศึกษาของเด็กด้อยโอกาส

2. งบประมาณหรือกองทุน ควรมีงบประมาณหรือเงินอุดหนุนเฉพาะ “กองทุนการศึกษาของเด็กด้อยโอกาส” เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้คนทุกส่วนในสังคมดำเนินการจัดการศึกษาแก่เด็กด้อยโอกาสอย่างมีประสิทธิภาพ

3. นโยบายหรือแผนงานควรกำหนดนโยบายและแผนการจัดการศึกษาสำหรับเด็กด้อยโอกาสกลุ่มต่างๆ เนื่องจากเด็กด้อยโอกาสในแต่ละกลุ่มมีลักษณะและความต้องการเป็นพิเศษเฉพาะที่แตกต่างกัน

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

ศุภวดี ลิ้มพานนท์ (2537) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาจังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดอินซูลิน จำนวน 80 คน ซึ่งมาตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุม 40 คนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบรายบุคคล 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ใช้กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ศึกษาปัญหาให้ข้อมูลข่าวสาร กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติตัว ให้การชี้แนะการกระตุ้นเตือนและให้แรงเสริมทางบวก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้และการปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการสูบบุหรี่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

2. กลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการสูบบุหรี่ก่อนการทดลองและหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้น

ศิริธร ยิ่งแรงเรือง (2541) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า

2 ปี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 21 คน กลุ่มทดลอง 21 คนทำการการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ทำการวางแผนจัดกิจกรรมสุขศึกษา โดยเน้นกระบวนการกลุ่มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีวิธีการศึกษาดังนี้ กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้งต่อกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่ม ๆ ละ 5 คน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 2 วัน ติดต่อกันใช้วิธีการบรรยายประกอบภาพพลิก แจกเอกสารแผ่นพับ และสาธิตการทำน้ำตาลเกลือแร่กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีประสิทธิภาพดังนี้ 1) มารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี ภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนทำการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) มารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี ดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อัมพร ศรีสำรวล (2541) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ โรงพยาบาลบางรัก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาลบางรัก จำนวน 44 คน เลือกมาแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนเป็นรายบุคคลตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้วิธีบรรยายประกอบภาพพลิก สาธิตการใช้ถุงยางอนามัยและแจกเอกสารแผ่นพับ และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ACOVA) ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษในด้านความรู้เรื่องกามโรค ความคาดหวังในความสามารถตนเองในพฤติกรรมการป้องกันกามโรค ความคาดหวังในผลของพฤติกรรมการป้องกันกามโรคและพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วรรัชช งามสมจันทร์ (2543) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคลในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จังหวัดอุทัยธานีการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการประยุกต์แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ ร่วมกับ Proceed framework มาเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างใน

การวิจัยครั้งนี้ เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จังหวัดอุทัยธานี กลุ่มทดลองเป็น นักเรียนโรงเรียนชุมชนวัดท่าซุง จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักเรียนโรงเรียนหนองมะสัง จำนวน 39 คน โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัย จัดขึ้น ดำเนินการศึกษา 7 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้ แบบสอบถามประกอบการสังเกต นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน Students t-test และ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การมีนโยบาย และแนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านอนามัยส่วนบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติตัวด้านอนามัยส่วนบุคคล การจัดตั้งกลุ่ม เพื่อช่วยเพื่อนดูแลสุขภาพ และมีครูประจำชั้นคอยกระตุ้นเตือนด้วยอนามัยส่วนบุคคล การพัฒนาแผนการสอนด้านอนามัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนด้านอนามัยส่วนบุคคล และการให้บริการตรวจสุขภาพ นักเรียน ส่งผลให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ การปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ นักเรียนกลุ่มทดลอง ยังมีความรู้ และสภาวะสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคล สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว สามารถเปลี่ยนความรู้ การปฏิบัติตัว และสภาวะสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคลให้ดีขึ้น ดังนั้น จึงควรนำไปประยุกต์ ใช้ในสถานศึกษาอื่น ๆ ต่อไป

จงจิต ปินศิริ (2544) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะด้านอาหาร โภชนาการและด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนาน้อย อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน จำนวน 202 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า 1.พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นักเรียนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 2.19 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.1206) โดยนักเรียนมีพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านป้องกันอุบัติเหตุและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับพอใช้ 2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ ปัจจัยหลักได้แก่ อายุนักเรียน ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนของบุคคลที่เกี่ยวข้องและการศึกษาของบิดามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งสามารถพยากรณ์หรืออธิบายการผันแปรของ

พฤติกรรมด้านอาหารและโภชนาการได้ร้อยละ 13.2 และปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือระดับการศึกษาของบิดารองลงมาได้แก่อายุนักเรียนซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงลบ ส่วนการสนับสนุนของบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์ต่ำสุด 3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ปัจจัยหลักได้แก่อายุนักเรียน ปัจจัยสนับสนุนได้แก่การสนับสนุนของบุคคลที่เกี่ยวข้องและอาชีพของมารดา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งสามารถพยากรณ์หรืออธิบายการผันแปรของพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 25.8 และปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุด ได้แก่ อายุนักเรียนซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงลบ รองลงมาได้แก่การสนับสนุนของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ส่วนอาชีพมารดา มีความสัมพันธ์ต่ำสุด

จิรวดี ศุภยสมอร (2544) ซึ่งศึกษารูปแบบการส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญที่นักเรียนไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของสุขบัญญัติแห่งชาติ ในด้านอนามัยส่วนบุคคลอย่างเป็นประจำ เนื่องมาจากการไม่เห็นความสำคัญและไม่ตระหนักถึงโทษ หรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่ได้เอาใจใส่อย่างจริงจัง และครูก็ไม่เคยผ่านการอบรมด้านอนามัยโรงเรียน หรือด้านสุขศึกษามาก่อน การจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นกลุ่มนักเรียน ครู และผู้ปกครอง จึงได้ร่วมกันกำหนดตารางกิจกรรมและได้ดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้บ้าง ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลพบว่า นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ไปในทางที่ดีขึ้น คือ มีคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในด้านอนามัยส่วนบุคคลสูงขึ้น

กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนระดับประเทศ โดยมีกลุ่มนักเรียน ป.5-6 จำนวน 5,160 คน พบว่านักเรียนประถมศึกษารับประทานอาหารเช้า 3 มื้อต่อวันร้อยละ 24.6 รับประทานอาหารน้อยกว่า 3 มื้อต่อวัน ร้อยละ 73.1 นักเรียนร้อยละ 2.6 ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ร้อยละ 9.0 ชอบรสเค็มร้อยละ 50.5 ออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามเกณฑ์ นักเรียนอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งร้อยละ 68.9 สระผมอย่างถูกต้องร้อยละ 65.5 ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอร้อยละ 49.2 ใส่เสื้อผ้าสะอาดร้อยละ 84.0 ร้อยละ 82.9 แปรงฟันทุกวันหลังตื่นนอนตอนเช้า ร้อยละ 35.0 แปรงฟันก่อนเข้านอน และร้อยละ 41.3 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

สุดจิต รอดไพฑูรย์ (2546) ศึกษาเรื่อง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนประถมศึกษา สังกัดงานการประถมศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ การศึกษา

ครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบสองกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 42 คนและ 36 คน นักเรียนกลุ่มทดลองได้รับการเรียนรู้ตามโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์เป็นเวลา 7 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติของโรงเรียน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองทันที นักเรียนกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้ด้านอนามัยส่วนบุคคลและการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลนั้นไม่แตกต่างกัน ส่วนในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล และการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลนั้นพบว่าไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลในนักเรียนวัยประถมศึกษากลุ่มอื่นต่อไปเพื่อให้นักเรียนมีการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

กรมอนามัย (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของนักเรียนส่งเสริมสุขภาพพบว่า นักเรียนระดับประถมศึกษา ป.5 - ป.6 มีปัญหาด้านการเรียนมากที่สุดร้อยละ 46.6 ปัญหาความเครียด ร้อยละ 45.9 ผู้ที่นักเรียนปรึกษามากที่สุดคือครู รองลงมาคือเพื่อน และมารดาตามลำดับ นักเรียนมีพฤติกรรมบริโภคที่ต้องปรับปรุงร้อยละ 61.6 พฤติกรรมการออกกำลังกายตามเกณฑ์ ร้อยละ 50.5 นักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองมีแนวโน้มพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมบริโภค ความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า ภาวะโภชนาการเป็นปัญหาน้อยกว่าโรงเรียนระดับเงินและทองแดง

ศิริพร โภคาพานิช (2548) ศึกษาเรื่องกระบวนการพัฒนาอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนบ้านกงพาน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ

คนด้านอนามัยอย่างถูกต้องต่อเนื่องเป็นประจำได้แก่การดูแลทำความสะอาดช่องปากแปรงฟันวันละ 1 ครั้งก่อนนอน มักล้างมือก่อนรับประทานอาหาร เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติ ไม่ตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง อีกทั้งนักเรียนส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่แต่อาศัยอยู่กับญาติ และผู้สูงอายุ ซึ่งไม่มีความรู้มากนักในด้านการดูแลสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องจึงไม่ได้เอาใจใส่เข้มงวดอย่างจริงจังหลังจากใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้นักเรียนมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง นักเรียนมีการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยที่ดีขึ้น

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม มีดังนี้

สกนธ์ จันทักษ์ (2528) ได้ศึกษาถึงปัจจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดตั้งศูนย์เยาวชน พบว่าหัวหน้าครัวเรือนที่ได้รับฟังข่าวสารมากจะมีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์มากกว่า หัวหน้าครัวเรือนที่ได้รับฟังข่าวสารน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2539) ซึ่งได้ทำวิจัยในเรื่องค่านิยมและองค์ประกอบด้านจิตวิทยากับการมีส่วนร่วมและการใช้บริการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนชนบทไทย พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลในพฤติกรรมทางด้านสาธารณสุขของประชาชน คือการได้ยินข่าวสารด้านสาธารณสุขมูลฐานและทัศนคติที่ดีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน

อรุณ กาพย์ไชย (อ้างใน รติรส บัวเปิด, 2550) ได้ศึกษาถึงบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่กำหนดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน พบว่า ระดับชุมชน การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพระดับนี้มี 2 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี การมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการส่งเสริมสุขภาพนั้นเกิดจากความตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ จึงทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นของกิจกรรมสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ เงื่อนไขที่กำหนดให้ประชาชนเข้าร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับนี้ คือ การเห็นประโยชน์ของการดูแล สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทำให้ประชาชนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น ส่วนการมีส่วนร่วมแบบเป็นพิธีนั้น เป็นการมีส่วนร่วมเฉพาะในขั้นดำเนินการ ไม่มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ร่วมคิดและตัดสินใจ ร่วมติดตามและประเมินการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรมการเพิ่มความสามารถของชุมชน และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพเท่านั้น ซึ่งไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของชุมชน เงื่อนไขที่กำหนดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับนี้ คือ ความต้องการของภาครัฐในการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ซึ่งเป็นทุนทางทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคมให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และมีส่วนได้รับประโยชน์ของการพัฒนาสุขภาพของบุคคลในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้

อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน แต่กระบวนการที่ดำเนินไม่สามารถทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ เพราะประชาชนถูกจัดแจง ชักนำ และขอความร่วมมือในการบริจาคแรงงาน ทรัพย์สินเพื่อดำเนินการต่างๆ แต่ในการบริหารจัดการนั้นเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้กำหนดและตัดสินใจดำเนินการทั้งหมด

บังอร อ้วนล้ำ (2540) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กในกิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก : ศึกษาเฉพาะกรณีของ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็ก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและผู้ปกครองมีส่วนร่วมด้านการแก้ไขปัญหา มากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการติดตามผลการดำเนินกิจกรรมการวางแผนการดำเนินกิจกรรมด้าน การดำเนินกิจกรรมและ ด้านการลงบริจาคแรงงานในกิจกรรม ตามลำดับ ปัจจัยด้านภูมิหลัง การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน สถานภาพสมรส การดำรงตำแหน่งในหมู่บ้าน ความรู้ ความเข้าใจ ในกิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม แต่ปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กในกิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศักดิ์ชัย ชัยวิรัตน์ (2542) ได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาเด็ก ประถมศึกษา โรงเรียนบ้านประดู่ป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนประดู่ป่า จำนวน 109 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองเกือบทั้งหมด มีส่วนร่วมในด้านพื้นฐานของการให้การศึกษาอบรมเด็ก กิจกรรมที่ผู้ปกครองทุกคนได้ปฏิบัติคือ ฝึกให้เด็กได้ช่วยตนเอง เช่น ตื่นนอน แปรงฟันล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัวได้ด้วยตนเอง สำหรับการให้ความร่วมมือสนับสนุนโรงเรียน ผู้ปกครองมากกว่าครึ่งหนึ่งมีส่วนร่วม โดยให้ความสนใจให้ข้อมูลที่เป็นจริง เข้าร่วมประชุมตลอดจนร่วมมือสนับสนุนงานของโรงเรียนนอกจากนี้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและความเจริญงอกงามของเด็ก ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีส่วนร่วมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้เด็กได้ทำกิจกรรมที่น่าสนใจ เช่น ออกกำลังกาย กีฬา ภาษา นาฏศิลป์

ทรงศักดิ์ มีชัย (2544) ได้ศึกษาเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุบ้านป่าขาม อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยลักษณะ ขั้นตอน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ บ้านป่าขาม อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมในด้านพื้นฐานการเข้าร่วมของผู้สูงอายุในชมรมบ้านป่าขามนั้น ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและเต็มใจ มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมและในกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง ส่วนรูปแบบในการดำเนินงาน ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมโดยตรงในการบริหารจัดการและปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับของชมรม และมีส่วนร่วมโดยอ้อมในกิจกรรมที่ทางการจัดขึ้น เช่น วันพ่อแห่งชาติ และวันปิยะมหาราช

การดำเนินงานของชมรมเน้นให้เกิดความเป็นอิสระในการดำเนินกิจกรรม และในการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมในทุกขั้นตอนทำให้เกิดการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพของตนเองและกลุ่มอันเป็นแนวทางที่จะทำให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในระยะยาวมากขึ้น

ภิรมย์ จงคำอาจ (2545) ได้ศึกษาเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการก่อตั้ง การดำเนินงาน การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน และปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ของชมรมผู้สูงอายุและเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมรูปแบบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มผู้นำและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านสบป่อง ตำบลสบป่อง อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอนกลุ่มองค์กรชุมชน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้วิจัยได้เข้าร่วมในทุกขั้นตอน การดำเนินงานพัฒนาชมรมผู้สูงอายุสรุปได้ว่า กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดกระบวนการคิด การทำงานอย่างเป็นระบบ และเกิดประสบการณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาชมรมต่อไป นอกจากนี้ยังทำให้เห็นชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งทำให้บทบาทของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปจากผู้ที่เคยรับการช่วยเหลือมาเป็นผู้กระทำ และเป็นการดึงศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน

นิตยา เนตรศักดิ์เกษม (2546) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรสุขภาพชุมชน โรงเรียนวัดศรีบัวบานจังหวัดลำพูน ผลการศึกษาสรุปได้ว่าหลักสูตรสุขภาพชุมชนที่เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วม ที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น ปรับใช้ได้เหมาะสมกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน นอกจากนี้ยังทำให้นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์

รุจิรัตน์ แก้วกลางเมือง (2547) ศึกษาเรื่องไตรภาคีการมีส่วนร่วมด้านภัยสารเสพติดโดยการสร้างเสริมความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและการควบคุมตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านสันป่าสัก อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่ากระบวนการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดจะทำให้นักเรียนเกิดความรู้สึกในคุณค่าของตนเองได้หรือไม่ ละกระบวนการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด มีผลต่อการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดอย่างไร โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ไตรภาคีประกอบด้วยบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดนักเรียน ได้แก่ พ่อแม่หรือผู้ปกครอง ครู และเพื่อน โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 3 กลุ่ม คือกลุ่มปลอดสารเสพติด กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มใช้สารเสพติด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากที่มีกิจกรรมของไตรภาคีการมีส่วนร่วมด้านภัยสารเสพติดนักเรียนรู้สึก

เห็นคุณค่าในตนเองและรู้จักควบคุมตนเองให้ห่างจากสารเสพติดเพิ่มขึ้น ทั้งนี้จะสังเกตได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ห่างไกลสารเสพติดได้ด้วยตนเอง เอาใจใส่ต่อการเรียนและการทำงานมากขึ้น มีความมั่นใจในตนเองและกล้าเผชิญความเป็นจริง ปฏิเสธสิ่งผิดได้ด้วยตนเอง เอาใจใส่ต่อการเรียนและการทำงานมากขึ้น ใช้เวลาเพื่อพัฒนาตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับเพื่อนๆ คนอื่น นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันเพื่อนกลุ่มเสี่ยงมิให้ลองใช้สารเสพติดเพราะเห็นว่าเป็นสิ่งไม่ดี

ประดิษฐพงษ์ อภิรัชติกุล (2549) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ เชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อการปรับตัว โดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ เชียงใหม่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ และเข้าพักอาศัยในสถานสงเคราะห์ฯ ไม่เกิน 3 ปี จำนวน 14 คน ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการจัดกิจกรรม และให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมที่จัดขึ้น ตั้งแต่เริ่มวางแผนกิจกรรม ไปจนถึงสิ้นสุดกิจกรรม มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุม กำกับ การดำรงชีวิตของตนเอง ให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม แล้วนำไปสู่การค้นพบสภาพการณ์จริง มีการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ทั้งด้านร่างกาย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย ด้านจิตใจ มีจิตใจเบิกบาน ยิ้มแย้มแจ่มใส รู้จักใช้คำพูดที่สุภาพ สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี มีสติสามารถยอมรับและเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

พชร สิละวรรณ โณ (2550) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการป้องกันปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ของนักเรียนปกาอะฮะญู โรงเรียนบ้านห้วยกุ่ม จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการป้องกันปัญหาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการป้องกันปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ของนักเรียนปกาอะฮะญู โรงเรียนบ้านห้วยกุ่ม จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองของนักเรียนบ้านห้วยกุ่มจำนวน 30 คน เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยได้มีส่วนร่วมในการทำโครงการส่งเสริมเศรษฐกิจแบบพอเพียง ซึ่งผลจากการร่วมจัดทำโครงการ พบว่าการมีส่วนร่วมในโครงการส่งเสริมเศรษฐกิจแบบพอเพียงทำให้ผู้ปกครองของนักเรียนเกิดความรู้ความเข้าใจในสภาพปัญหาภาวะทุพโภชนาการรวมทั้งเกิดความ

ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูบุตร และเรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาภาวะทุพโภชนาการ

มีทธีรา เจริญกาญจน์ (2551) ทำการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโรงเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ของโรงเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรภายในโรงเรียน ประกอบด้วย ผู้บริหาร ครู และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 บุคลากรภายนอกโรงเรียน ประกอบด้วย ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 143 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากกรอบทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มนักเรียนโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ กลุ่มผู้บริหาร ครู และคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มนักเรียนมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผนดำเนินการ) และด้านการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านการปฏิบัติการอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มผู้บริหาร ครู และคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหา และด้านการปฏิบัติการ อยู่ในระดับดี ส่วนด้านวางแผนดำเนินการ และด้านการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง

#### งานวิจัยที่เกี่ยวกับเด็กด้อยโอกาส มีดังนี้

สุนทรี เรือนตระกูล (2545) ได้ทำการศึกษาผลของการฝึกพฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออกที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่ออำนาจในตนของเด็กภาวะยากลำบาก ที่อยู่ในมูลนิธิพุทธเกษตร จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการฝึกพฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออก ใช้ระยะเวลาในการฝึก 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่ออำนาจในตนของเด็กกลุ่มทดลองในระยะหลังการฝึกพฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออกสูงกว่าระยะก่อนการฝึกพฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่ออำนาจในตนของเด็กภาวะยากลำบากกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กานต์พิชชา เหลี้ยวตระกูล (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่มีต่อความวิตกกังวล และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กด้อยโอกาส ผลการวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการฝึกตามโปรแกรมการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกแล้ว เด็กด้อยโอกาสในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการฝึก และคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการฝึก หลังจากได้รับการฝึกตามโปรแกรมการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก เด็กด้อยโอกาสในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ความวิตกกังวลประจำตัวและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

อินทิราภรณ์ ภัฏจา (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกตามแนวเกสตัลต์ต่อความเชื่ออำนาจภายในตนและความเข้มแข็งในการมองโลกของเด็กภาวะยากลำบากในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กภาวะยากลำบากที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนและความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับต่ำไปจนถึงปานกลาง ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย สำหรับเด็กภาวะยากลำบากกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกตามโปรแกรมการฝึกตามแนวเกสตัลต์ จำนวน 8 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการฝึกตามแนวเกสตัลต์ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน และแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก การเก็บรวบรวมข้อมูลทำเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกตามแนวเกสตัลต์ โดยใช้สถิติ t-test แบบ Dependent Sample และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในตนและความเข้มแข็งในการมองโลกของเด็กภาวะยากลำบากกลุ่มทดลองในระยะหลังการฝึกตามโปรแกรมการฝึกตามแนวเกสตัลต์สูงกว่าระยะก่อนการฝึกตามโปรแกรมการฝึกตามแนวเกสตัลต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนและความเข้มแข็งในการมองโลกของเด็กภาวะยากลำบากกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จุฑารัตน์ เปลวทอง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกตามแนว Adler ที่มีต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและลักษณะมุ่งอนาคตของเด็กด้อยโอกาส กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กด้อยโอกาสอายุ 10-12 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์เชียงใหม่ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 30 คน เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดลักษณะมุ่ง

อนาคต และโปรแกรมการฝึกตามแนว Adler ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวทางทฤษฎีโครงสร้างบุคลิกภาพของ Adler ผลการวิจัยพบว่า

1. เด็กด้อยโอกาสที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกตามแนว Adler มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และลักษณะมุ่งอนาคตในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. เด็กด้อยโอกาสที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกตามแนว Adler มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และลักษณะมุ่งอนาคตในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กด้อยโอกาส ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมการกล้าแสดงออกและความเข้มแข็งในการมองโลก แต่ยังไม่พบบางงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคลของเด็กเหล่านี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนด้อยโอกาส โรงเรียนบ้านห้วยทราย ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

