

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ **รวมพลังสร้างสุขภาพ** เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ของเทศบาลตำบลโพนางดำ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีบริบทของเทศบาลตำบลโพนางดำ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท แนวคิด ทฤษฎี เรื่องการมีส่วนร่วม นโยบายของรัฐบาล กรอบแนวคิด และแนวทางการดำเนินงานยุทธศาสตร์แห่งชาติ **รวมพลังสร้างสุขภาพ** เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะขอนำเสนอตามลำดับเนื้อหา ดังนี้

1. บริบทของเทศบาลตำบลโพนางดำ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท
2. นโยบายตามยุทธศาสตร์รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง
 - 2.1 แนวคิดและความเป็นมา
 - 2.2 วิสัยทัศน์เมืองไทยแข็งแรง
 - 2.3 วัตถุประสงค์
 - 2.4 กำประกาศนโยบายและเป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง
 - 2.5 ระยะเวลาดำเนินการ
 - 2.6 ยุทธศาสตร์ รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง
 - 2.7 แนวทางการนำยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรงสู่การปฏิบัติ
 - 2.8 กระบวนการดำเนินงาน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดแข็งแรง
3. การมีส่วนร่วมของประชาชน
 - 3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน
 - 3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
 - 3.3 ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน
 - 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม
4. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: F.G.D.)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยในประเทศ

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

6. กรอบความคิดในทางวิจัย

บริบทของเทศบาลตำบลโพนางคำ อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาท

ประวัติความเป็นมา

เทศบาลตำบลโพนางคำ เป็นองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบหนึ่ง ได้รับการยกฐานะขึ้นจากสุขาภิบาลเป็นเทศบาล เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ.2542 ตามพระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะของสุขาภิบาลเป็นเทศบาล ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 116 ตอนที่ 9 ก ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2542

ที่ตั้ง

ที่ตั้งของเทศบาลตำบลโพนางคำ ตั้งอยู่ในท้องที่ หมู่ที่ 2 ของตำบลโพนางคำตก อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาท โดยมีที่ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของอำเภอสรรพพยา มีระยะห่างจากที่ว่าการอำเภอสรรพพยาเป็นระยะทางประมาณ 8 กิโลเมตร ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 311 มีพื้นที่ทั้งหมด 0.774 ตารางกิโลเมตร หรือ 484 ไร่ ซึ่งครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของหมู่ที่ 2 ตำบลโพนางคำตก อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร มาทางทิศเหนือประมาณ 180 กิโลเมตร

ประชากร

จำนวนประชากรในเขตเทศบาลตำบลโพนางคำ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2548 มีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 1,982 คน แยกเป็นชาย 899 คน และเป็นหญิง 1,083 คน จำนวนบ้านเรือน 496 หลังคาเรือน ความหนาแน่นเฉลี่ย 3.996 คน/หลังคาเรือน ความหนาแน่นเฉลี่ย 2,560.72 คน/ตารางกิโลเมตร ถือได้ว่าเทศบาลตำบลโพนางคำ เป็นชุมชนหนาแน่นปานกลางถึงหนาแน่นมาก

จำนวนชุมชนในเขตเทศบาลตำบลโพนางคำ มี 4 ชุมชน ดังต่อไปนี้

1. ชุมชนโพธิ์เจริญ
2. ชุมชนคันโพธิ์
3. ชุมชนท่านขุนเณร
4. ชุมชนโพธิ์ศาล

เศรษฐกิจ

เขตเทศบาลตำบลโพนางคำ ประชาชนส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพค้าขาย และเกษตรกรรม ทำให้รายได้ของประชาชนมาจากการค้าขาย และผลผลิตทางการเกษตร รายได้ต่อหัวของประชากรโดยเฉลี่ยไม่แน่นอน

การเกษตรกรรม

สภาพพื้นที่โดยทั่วไปของเทศบาลตำบลโพนางคำ เป็นที่ราบลุ่ม ซึ่งมีแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่านทางด้านทิศตะวันออก และบริเวณตอนกลางของพื้นที่เขตเทศบาล มีคลองบรรณาตุ 1 ซ้าย ซึ่งเป็นคลองส่งน้ำของชลประทานไหลผ่าน พื้นที่ส่วนใหญ่จึงใช้ประโยชน์เป็นที่อยู่อาศัย ทำการค้าขาย และเพื่อการเกษตรกรรมเป็นสำคัญ ซึ่งได้แก่ การทำนา การทำสวนผลไม้ต่าง ๆ

การสาธารณสุข

ในเขตเทศบาลตำบลโพนางคำ มีการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยมีสถานีอนามัยตำบลโพนางคำตก ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งอยู่ภายในเขตเทศบาล คอยให้บริการการรักษาพยาบาล และให้ความรู้ คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย และการป้องกันแก่ประชาชน นอกจากนี้ ประชาชนยังสามารถรับการรักษาจากโรงพยาบาลสรรพยา ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับเขตพื้นที่ของเทศบาลฯ และมีร้านจำหน่ายยาแผนปัจจุบัน จำนวน 3 แห่ง และร้านจำหน่ายยาแผนโบราณ จำนวน 1 แห่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 52 คน ส่วนการบริการด้านสาธารณสุขของเทศบาล อยู่ในความรับผิดชอบโดยตรงของฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาลตำบลโพนางคำ สภาพทั่วไปเหตุการณ์ปกติ

ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน

ข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลโพนางคำ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคระบบหายใจเป็นอันดับที่ 1 อัตราป่วย 482.39 ต่อประชากรพันคน รองลงมาเป็นโรคภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม โรคระบบไหลเวียนเลือดและอุบัติเหตุการจราจร โดยมีอัตราป่วย 347.76, 322.05, 297.83, 202.68, 201.06, และ 60.01 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ (สถานีอนามัยตำบลโพนางคำตก, 2548 : 2)

นโยบายตามยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง”

การดำเนินงานการพัฒนายุทธศาสตร์ รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง มีผลมาจากนโยบายของรัฐบาล ที่ได้ให้ความสำคัญในเชิงการดูแลสุขภาพทั้งหมด เริ่มตั้งแต่ให้โอกาสประชาชนในการรักษาพยาบาลด้วยโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีได้มุ่งดูแล เฉพาะการรักษาพยาบาลอย่างเดียว โดยฯลฯ นายกรัฐมนตรี ได้สั่งการให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานควบคู่กันระหว่าง โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการสร้างสุขภาพ โดยกำหนดให้ปี 2545 เป็นปีเริ่มต้นแห่งการสร้างสุขภาพดีทั้งไทย ริเริ่มการรณรงค์ถึง

การพื้นฐาน 5 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัยชุมชน อารมณ์ และอโรคลยา และได้เพิ่ม
อบายมุข (ลด ละ เลิก อบายมุขต่าง ๆ) เข้ามาในปี 2548 รวมเป็น 6 อ.

การดำเนินงานสู่ความสำเร็จจะต้องอาศัย องค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่

ประการที่ 1 เรื่องของการจะทำให้เกิดความแข็งแรงของประชาชน ต้องอาศัยหน่วยงาน
จากกระทรวงอื่น ๆ ซึ่งมีความสำคัญอย่างสูง ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงอื่น ๆ
ที่เกี่ยวข้อง องค์การวิชาการ และมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง กรมวิชาการต่าง ๆ ในทุก ๆ
กระทรวง องค์การส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาคเอกชน จะต้องมีส่วนช่วยเหลือกัน จึงจะทำให้
เรื่องการสร้างสุขภาพให้คนแข็งแรงประสบผลสำเร็จ

ประการที่ 2 จัดสรรเงินไปให้จากหน่วยงานราชการฝ่ายเดียว จะไม่เกิดความยั่งยืน หาก
จะให้เกิดความยั่งยืน จะต้องให้ประชาชนเข้ามาเป็นเจ้าของโครงการ โดยได้รับการสนับสนุนด้าน
ความรู้วิชาการ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการชมรมสร้างสุขภาพ ตั้งเป้าหมายไว้
ว่า ทุก ๆ หมู่บ้านมีชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนประมาณ 48,000 หมู่บ้าน โดยให้ประชา
ชนร่วมคิดร่วมทำเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ประการที่ 3 จะต้องมีการบูรณาการงาน ซึ่งในมิติการสร้างสุขภาพ ทางกาย และทางจิต
เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้สังคมเข้มแข็งได้ จำเป็นจะต้องมีเรื่องคุณภาพชีวิตด้านอื่น คุณภาพ
ศีลธรรม สภาพแวดล้อมของสังคม เศรษฐกิจ และเรื่องที่เกี่ยวข้องอีกหลาย ๆ เรื่องที่จะทำแผนยุทธ
ศาสตร์บ้านเมืองที่จะทำให้คนไทยแข็งแรง ประเทศไทยแข็งแรง ก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

โดยสรุป มี 3 ปัจจัยเป็นเป้าหมาย คือ ประการที่ 1 ชาวบ้านจะต้องดำเนินการเอง
ประการที่ 2 ทุก ๆ กระทรวงจะต้องมีส่วนร่วมดำเนินการ ร่วมคิดร่วมทำ ประการที่ 3 ต้อง
ดำเนินการในทุก ๆ มิติ ดำเนินการตั้งแต่หน่วยเล็ก ๆ คือหน่วยครอบครัว หน่วยหมู่บ้าน ให้มีความ
เข้มแข็งทั้งเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพใจ มีจิตวิญญาณ และสำนึกรักชาติ เสียสละ ความเอื้ออาทรต่อ
กัน ความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจที่ดำเนินตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทำให้
เกิดเป็นสังคมที่มีเศรษฐกิจที่ยั่งยืน เพียงพอไม่เห็นแก่ตัว

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แห่งชาติเพิ่งเริ่มต้นที่กำหนดเป็นแผน จะต้องมีการดำเนิน
การต่อไปโดยมี ฝ่ายการเมือง ฝ่ายราชการ ภาคเอกชน และทุก ๆ ฝ่ายจะหนุนนำให้โครงการเกิด
ความแข็งแรงโดยมีประชาชนเป้าหมายที่ตั้ง ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ กระบวนการจะต้องดำเนิน
การต่อไป เมื่อผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีแล้ว จะต้องจัดตั้งองค์กรทำงาน กำหนดเป็นการ
ดำเนินการเป็นแผนชาติทุก ๆ หน่วยงาน ทั้งหน่วยงานภาควิชาการ หน่วยงานภาคปฏิบัติ และภาค
ประชาชน ได้ใช้แผนเดียวกันในระยะเวลาเดียวกัน เพื่อให้เกิดพลังของการทำงาน จะทำให้เกิด
ความสำเร็จของการทำงาน (ศูนย์อำนวยการบริหารยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง, 2548 : 2-3)

1. แนวคิดและความเป็นมา

การมีสุขภาพแข็งแรง (Healthy) ในความหมายขององค์การอนามัยโลกครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพในมิติต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) สังคม (Social Health) และปัญญา/จิตวิญญาณ (Spiritual Health) ซึ่งถ้าหากคนไทยมีความแข็งแรงทางสุขภาพครอบคลุมความหมายทั้ง 4 มิติ ย่อมจะสามารถเสริมสร้างให้ประเทศไทยมีความแข็งแรง

ในช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ผลักดันนโยบาย และการดำเนินงานต่าง ๆ ตาม กฏบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) จนประสบความสำเร็จและมีความก้าวหน้าไปมาก กล่าวคือ

ก. การสร้างนโยบายสาธารณะสุขภาพเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

ได้มีการผลักดันกำลังระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่าง ๆ เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การรณรงค์ลดการบริโภคสุรา การตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ การออกกฎหมายเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่เพิ่ม เพื่อตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (ส.ส.ส.) การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่และทรัพย์สินจากอุบัติเหตุบนท้องถนน การขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และจัดทำร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

ข. ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environment) ได้มีการดำเนินงาน “เมืองน่าอยู่” (Healthy City) ที่ยึดหลักการเสริมสร้างศักยภาพ และความเข้มแข็งของประชาชนทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อนำไปสู่สำนึกความเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) สำนึกต่อส่วนรวม (Social conscience) และความร่วมมือ (participation) อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่

ค. ด้านการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (Community Strengthening) ได้มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานมากกว่า 2 ทศวรรษ จนเกิดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง จนปัจจุบันมีสมาชิกทั่วประเทศกว่า 8 แสนคน และได้มีการขยายตัวของพัฒนาการที่เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงตามปรัชญาของ “सरพริกผลเพียง”

ไปพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่มีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล ความมีระบบภูมิคุ้มกันตัวเอง การใช้ความรู้ และการมีคุณธรรมจริยธรรม

ง. ด้านการส่งเสริมพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development)

มีการปฏิรูปการศึกษาของชาติ และขยายโอกาสทางการศึกษาเพื่อยกระดับการศึกษาของคนในชาติ ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 รวมทั้งมีการฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จนเป็นที่รู้จักทั่วโลกเรื่องการนวดแผนไทย และการดัดกรรมพัฒนา การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับความสำคัญในการพัฒนาภูมิปัญญาไทยไปสู่ระดับสากลต่อไป

จ. ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Health Service System

Reorientation) มีการกำหนดและประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้า และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 รองรับการค้าแรงงานให้ยั่งยืน ที่ยึดหลักการ “การสร้างสุขภาพ” นำ “การซ่อมสุขภาพ” โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ปี พ.ศ. 2545 เป็นปีเริ่มต้นแห่งการรวมพลังสร้างสุขภาพตามกรอบการรณรงค์ 5 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และโรคภัย หรือการลดโรคสำคัญ ๆ ซึ่งมีกิจกรรมระดับชาติในการรณรงค์ให้ประชาชนหันมาใส่ใจสร้างสุขภาพอย่างเป็นธรรมชาติ เช่น กิจกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ ซึ่งจัดต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2547 มีประชาชนได้ออกกำลังกายพร้อมกันมากกว่า 43 ล้านคน กิจกรรมการรณรงค์อาหารปลอดภัย (Food Safety) ที่มีการดำเนินงานอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งรัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งอาหารปลอดภัย

ในปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลก(WHO) ให้เป็นเจ้าภาพการประชุมนานาชาติการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 (6th Global Conference on Health Promotion 2005) ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เตรียมดำเนินนโยบายเมืองไทยแข็งแรง ซึ่งขยายการรณรงค์สร้างสุขภาพตามกรอบ 6 อ. โดยเพิ่มเรื่องการค้าแรงงานด้านนโยบายอื่นๆอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งการดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว ไม่สามารถผลักดันนโยบายการสร้างสุขภาพคนไทยให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ได้ทุกด้าน ดังนั้น คนไทยทุกคนทุกภาคช่วย จึงมีส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้เกิด “เมืองไทยแข็งแรง”

2. วิสัยทัศน์ “เมืองไทยแข็งแรง”

คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สติ และปัญญา/จิตวิญญาณ มีสัมมาอาชีพ มีรายได้ทำงานด้วยความสุข สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานของความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายได้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มีกรอบ

ครัวอบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีคือสุขภาพ ชีวิต และทรัพย์สิน เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว

3. วัตถุประสงค์

เพื่อระดมศักยภาพของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ร่วมกันดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีกลไกรับผิดชอบติดตาม และผลักดันการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “เมืองไทยแข็งแรง”

คำประกาศนโยบายและเป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง”

4.1 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางกาย (Physical Health)

4.1.1 คนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพแข็งแรงในทุกหมู่บ้าน ทุกชุมชน ทุกหน่วยงาน และสถานประกอบการ

4.1.2 คนไทยได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัยมีคุณค่าทางโภชนาการ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากแหล่งผลิตอาหารที่ปลอดภัยปนเปื้อน ตลาดสด ร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหารทุกแห่งได้มาตรฐานสุขอนามัย สถานที่ผลิตอาหารทุกแห่งผ่านเกณฑ์ GMP (Good Manufacturing Practice)

4.1.3 คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวพร้อมสุขภาพที่แข็งแรง อัตราการป่วย และตายด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของคนไทยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก และโรคเบาหวาน

4.1.4 คนไทยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ

4.1.5 อัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุลดน้อยลง

4.1.6 คนไทยทุกคนมีหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน

4.2 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางจิตใจ (Mental health)

4.2.1 คนไทยมีครอบครัวที่อบอุ่น เด็กและผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ อากรรอบกร้ว

4.2.2 คนไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายตลอดจนการป่วยด้วยโรคทางจิต ประสาท กลไยเมง

4.2.3 คนไทยมีความฉลาดทางสติปัญญา (I.Q.) และความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q.) เพิ่มขึ้นในระดับที่ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล

4.3 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางสังคม (Social health) และเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy)

4.3.1 คนไทยมีความปลอดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรงที่ก่อให้เกิดการประทุษร้ายทางเพศ และการประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน

4.3.2 คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนไม่น้อยกว่า 12 ปี และมีโอกาสเรียนต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และเกิดทักษะทางสุขภาพ (Health Skill) และทักษะการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม (Life Skill)

4.3.3 คนไทยมีสัมมาอาชีพและรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

4.3.4 คนไทยมีที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำสะอาดเพื่ออุปโภคบริโภคเพียงพอ และดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

4.4 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางปัญญา/จิตวิญญาณ (Spiritual Health)

4.4.1 คนไทยลด ละ เลิกอบายมุขและสิ่งเสพติด

4.4.2 คนไทยมีความรู้ รักสามัคคี มีความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน

4.4.3 คนไทยมีสติ และปัญญาแก้ไขปัญหาความขัดแย้งรุนแรงต่าง ๆ ด้วยเหตุผลและด้วยสันติวิธี

4.4.4 คนไทยยึดมั่นในหลักศาสนาธรรมและวัฒนธรรมที่ดีงาม

5. ระยะเวลาการดำเนินงาน

เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลได้ตามกำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 (สิงหาคม 2547-สิงหาคม 2548) เพื่อให้สอดคล้องกับการประชุมนานาชาติ การส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ซึ่งประเทศไทยเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม

ระยะที่ 2 (พ.ศ.2549-2551) เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบระยะเวลานโยบายต่อผู้เอา
ชนะความยากจนของรัฐสภา

ระยะที่ 3 (พ.ศ.2552-พ.ศ.2558) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งในการดำเนินการพัฒนาและกำหนดตัวชี้วัดในกรอบ MDGs 7 ด้าน รวม 48 ตัวชี้วัด ซึ่งในจำนวนนี้มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ 18 ตัวชี้วัด ประเทศไทยในฐานะสมาชิกจะต้องดำเนินการด้านสุขภาพเพื่อ
ไว้บรรลุเป้าหมาย ดังนี้

เป้าหมายหลัก 1 : ขจัดความยากจนและหิวโหย

ลดสัดส่วนประชากรที่มีรายได้น้อยกว่า 1 เหรียญสหรัฐต่อวันลงครึ่งหนึ่ง ในช่วงปี 2533-2558

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราเด็กด้อยกว่าห้าปีที่น่าหนักต่ำกว่าเกณฑ์

ตัวชี้วัดที่ 2 สัดส่วนประชากรที่ได้รับพลังงานอาหารต่ำกว่าเกณฑ์ความต้องการ

เป้าหมายหลัก 2 : ลดอัตราการตาย

ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลง 2 ใน 3 ในช่วงปี 2533-2558

ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีตาย

ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราทารกตาย

ตัวชี้วัดที่ 5 สัดส่วนเด็กอายุหนึ่งปีที่ได้รับวัคซีนโรคหัด

เป้าหมายหลัก 3 : พัฒนาคุณภาพของสตรีมีครรภ์

ลดอัตราการตายลง 3 ใน 4 ในช่วงปี 2538-2558

ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราการตาย

ตัวชี้วัดที่ 7 สัดส่วนการคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข

6. ยุทธศาสตร์ รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง

ใช้พื้นที่เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สุวิถีชุมชน โดยดึงเอาพลังทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาชนในพื้นที่ทุกระดับจากชุมชนหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และทำงานอย่างเป็นเอกภาพ เพื่อพัฒนากระบวนการแก้ปัญหา ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ตลอดจนวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์

“คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง”

เน้นการทำงานที่สถานที่ตั้ง (Setting) และกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดึงพลัง ศักยภาพของเยาวชน พลังสตรี ผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ชุมชนต่างวัฒนธรรม ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และเจ้าของสถานประกอบการ ร่วมกันสร้าง “เมืองไทยแข็งแรง”

ใช้กลยุทธ์ 7 ประการ ในการดำเนินงานคือ

1. กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation Strategy)

1.1 ระดมศักยภาพและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในสังคมทั้งภาค

การเมือง ราชการ วิชาการ วิชาชีพ เอกชนและประชาชน เข้าร่วมคิดร่วมทำอย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรม จริงจัง และต่อเนื่อง โดยมีภาคราชการ (กระทรวงและองค์กรหลักที่เกี่ยวข้อง) เป็นแกนส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานอย่างบูรณาการ และฝ่ายการเมืองให้การสนับสนุนนโยบายและงบประมาณ

- 1.2 เสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา กลวิธีและกระบวนการแก้ปัญหา
 - 1.3 สนับสนุนให้ชุมชนเป็นแกนหลักของการดำเนินงานอย่างจริงจัง
2. กลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะ (Communication Strategy)
 - 2.1 ประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วมเรียนรู้ และร่วมเคลื่อนผ่านสื่อต่าง ๆ
 - 2.2 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในเจตนารมณ์ และแนวทางปฏิบัติอันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนทั่วไป
 - 2.3 สร้างช่องทางการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) เพื่อแบ่งปันข้อมูลข่าวสารและรับทราบความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทุกระดับ
 - 2.4 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เชื่อมโยง และแลกเปลี่ยนกันได้ในระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแนวดิ่ง และแนวระนาบ
 - 2.5 จัดให้มีการรายงานต่อสาธารณะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ สนใจ อีกทั้งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
 - 2.6 ส่งเสริมบทบาทของวิทยุชุมชน สื่อท้องถิ่นในการสะท้อนปัญหา และข้อเท็จจริง รวมถึงเป็นศูนย์ระดมความร่วมมือและพลังภูมิปัญญาท้องถิ่น
3. กลยุทธ์การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีสำนึกสาธารณะ (Strengthening and Creation Public Mind Strategy)
 - 3.1 สร้างจิตสำนึกความเชื่อมั่นในตัวเองของคนไทยให้เกิดความเชื่อในศักยภาพของตนเอง
 - 3.2 สร้างภาวธรรมรับผิดชอบต่อสังคมและมีความไว้วางใจต่อกัน เพื่อร่วมขับเคลื่อนงาน
 - 3.3 สร้างและรณรงค์เผยแพร่ภาพพจน์ประสงค์ของคนไทยแข็งแรง สังคม

ไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ขกชองชมเชย ประกาศเกียรติคุณบุคคล องค์กรที่สร้าง คุณประโยชน์ หรือเป็นแบบอย่างในแต่ละมิติของเมือง ไทยแข็งแรง รวมถึงหัวใจ และให้ผลตอบแทนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การลดภาษี การใช้บริการสาธารณะ การตรวจสอบสุขภาพ เป็นต้น

4. กลยุทธ์การจัดบริการ (Service Strategy)

4.1 พัฒนาปรับปรุง ปรับเปลี่ยนการจัดบริการด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับบริบทสังคม และปัญหาที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว โดยบริการทุกด้าน ต้องเน้นที่คุณภาพ ประสิทธิภาพ และโปร่งใส

4.2 สร้างทางเลือกในการรับบริการของประชาชน

4.3 คาบคุม ตรวจสอบคุณภาพบริการของรัฐและเอกชนอย่างจริงจัง และประกาศผลต่อสาธารณะโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

4.4 เพิ่มขีดความสามารถและพัฒนาคุณภาพของให้บริการ

4.5 พัฒนาระบบบริการสาธารณะให้สอดคล้องกับความต้องการ และเหมาะสมกับกลุ่มวัย อาชีพ พื้นที่ ตลอดจนความแตกต่าง อย่างเท่าเทียม

5. กลยุทธ์การ ใช้มาตรการทางสังคม (Social Measure Strategy)

5.1 ชีตพระราชกระแส เข้าใจ เข้าถึง พัฒนาเป็นหลักในการดำเนินงาน บังคับใช้กฎหมาย เพื่อการคุ้มครองสิทธิของประชาชน และให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5.2 ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายด้วยวิธีการ และ สื่อที่เข้าถึงง่ายต่อการรับรู้ (Digest)

5.3 ส่งเสริม ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของรัฐและท้องถิ่นมีความรู้ ความเข้าใจและนำกฎหมายไปใช้อย่างถูกต้อง

5.4 รณรงค์ให้เกิดวัฒนธรรมที่ดีในสังคมให้เกิดแบบอย่าง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6. กลยุทธ์การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้ (Knowledge and Learning Strategy)

6.1 ดำเนินการบนระบบฐานความรู้และการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

6.2 สร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

6.3 ส่งเสริมและสนับสนุนชุมชนและท้องถิ่น ในการสร้างองค์ความรู้ โดยผสานเทคโนโลยี/องค์ความรู้สมัยใหม่กับภูมิปัญญาท้องถิ่น

6.4 สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคี ภาครัฐ และเอกชนเพื่อพัฒนา และถ่ายทอดนวัตกรรม องค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่นำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า

6.5 พัฒนาระบบให้บริการทางวิชาการ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลและเกิดการ เรียนรู้อย่างทั่วถึงในทุกระดับ

7. กลยุทธ์การบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จ (Result Based Management Strategy)

พัฒนา และยกระดับการจัดการให้ทันสมัย รวดเร็ว กล่องตัว ประหยัด มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดประสิทธิผล สามารถทำ หน้าทีประสานเชื่อมโยงศักยภาพของทุกฝ่ายในสังคม บูรณาการการดำเนินงานเข้าด้วยกันโดยมีภาครัฐเป็นแกนกลาง ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่และ อย่างมีเอกภาพ โดยยึดหลักธรรมาภิบาล

7. แนวทางการนายุทธศาสตร์ “เมืองไทยแข็งแรง” คู่การปฏิบัติ

1. ตั้งคณะกรรมการเมืองไทยแข็งแรง

2. จัดทำรายละเอียดแนวทางการดำเนินงานตาม Roadmap เมืองไทยแข็งแรง โดย กำหนดเป้าหมาย 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคา อามัยสิ่งแวดล้อม และ อบายมุข และแบ่งการดำเนินงานตามตัวชี้วัดออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ระดับหมู่บ้าน/ตำบล และ อำเภอ/จังหวัด

3. จัดทำแนวทางการดำเนินงานแต่ละตัวชี้วัด

4. จังหวัดกำหนดขั้นตอนการการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และชี้แจงความเข้าใจ แก่เจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวคิด เป้าหมายการดำเนินงาน ตัวชี้วัด และระยะเวลาดำเนินการ โดยใช้งบประมาณปกติ กรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดสนับสนุนด้านวิชาการแก่หน่วยงานในระดับ พื้นที่ ส่วนกนโยบายและยุทธศาสตร์ พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูล และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด เพื่อการบรรลุเป้าหมาย เมืองไทยแข็งแรง และใช้เป็น ข้อมูลประกอบการประเมินผลตามนโยบาย สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักตรวจและประเมินผล ศูนย์วิชาการเขต จัดทำกรอบการประเมินผล เพื่อประเมินผลหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด แข็งแรง

8. กระบวนการดำเนินงาน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดแข็งแรง

ส่วนที่ 1 กระบวนการทำให้เกิด หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดแข็งแรง

ระดับหมู่บ้าน

ประกอบด้วย การดำเนินงานที่สำคัญอย่างน้อย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การส่งเสริมให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

1.1 การพัฒนาศักยภาพองค์กร/กำลังคน/ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ที่สำคัญ ได้แก่ อสม. ชมรมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำ/องค์กรชุมชนในบ้าน คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของโรงเรียน ฯลฯ ให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน

1.2 การจัดการด้านทุน โดยส่งเสริมให้มีการระดมทุนทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอาจจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพของหมู่บ้านเป็นต้น

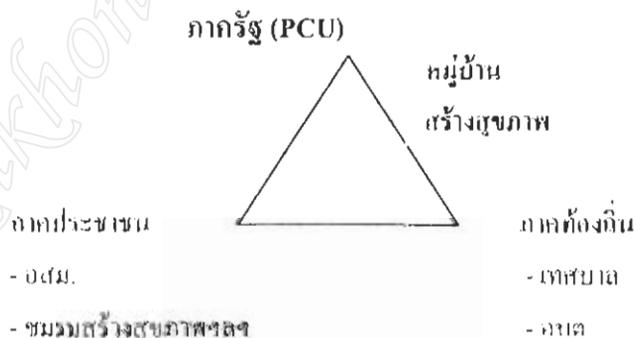
1.3 การจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน โดยชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ องค์กรปกครองท้องถิ่น จัดให้มีกระบวนการทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน

1.4 การถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน โดยจัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นแหล่งการเรียนรู้ของชุมชน

1.5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ จัดกิจกรรมการสร้างสุขภาพในชุมชน

ขั้นที่ 2 การพัฒนาให้เกิด “หมู่บ้านสร้างสุขภาพ”

เป็นการพัฒนาต่อยอดจากหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยบูรณาการทำงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ คือ หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) และหน่วยงานท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต) โดยคัดเลือก หมู่บ้านจัดการสุขภาพ และพัฒนาให้เป็นหมู่บ้านสร้างสุขภาพ อำเภอละ 1 หมู่บ้าน เพื่อพัฒนาต่อเป็นหมู่บ้านตัวอย่าง เมืองไทยแข็งแรง ความเชื่อมโยงดังแผนภาพ



ภาพที่ 1 ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาหมู่บ้านสร้างสุขภาพไปสู่หมู่บ้านเมืองไทยแข็งแรง

ที่มา : ศูนย์อำนวยการบริหารวิทยาศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง. (2548 : 10)

การดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพ มีขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่

2.1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร/กำลังคน/ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่

2.1.1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของ อสม. ให้สามารถถ่ายทอด

ความรู้สู่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

2.1.2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมสร้างสุขภาพให้มีกิจกรรม

อย่างต่อเนื่องโดยให้ไม่น้อยกว่า 1 ชมรมที่มีกิจกรรมในระดับ 3

2.2 การพัฒนาต้นทุน

มีการระดมทุนจากชุมชน และแหล่งต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่นมาใช้ในกิจกรรมสร้างสุขภาพ และจัดบริการสุขภาพที่ สสมช.

2.3 การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน

เสริมสร้างสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในกระบวนการวางแผนจัดการสุขภาพของชุมชน

2.4 การถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน

ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกระบวนการถ่ายทอดความรู้ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2.5 การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน

2.5.1 ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และแก้ไขปัญหาก็ที่สำคัญในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ปลอดภัย มีคุณภาพ การป้องกันและควบคุมโรค

2.5.2 ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมทุกคน

2.5.3 ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีระดับสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น

2.5.4 พัฒนา สสมช. ให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2.5.5 พัฒนากลุ่มเพื่อนวัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ให้ได้มาตรฐาน สามารถให้บริการ และส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรมหลักสร้างสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 3 การบรรลุเป้าหมาย “หมู่บ้านเข้มแข็ง”

เมื่อหมู่บ้านผ่านขั้นตอนของการเป็น หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หรือหมู่บ้านสร้างสุขภาพมาแล้ว ก็จะมีคามเข้มแข็ง ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน และกระบวนการบริหารจัดการสามารถที่

จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “หมู่บ้านแข็งแรง” ได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล ได้แก่ สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) / หน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนในตำบล กลุ่ม /ชมรม/องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลโดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมขององค์กร กำลังคน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยการชี้แจงทำความเข้าใจให้รับทราบนโยบาย
2. ระดมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ ในชุมชนเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ
3. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ตามตัวชี้วัด และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญห
4. ถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการสร้างสุขภาพแก่กลุ่ม/องค์กร ภาคีเครือข่ายสุขภาพและประชาชน
5. การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพตามแผนปฏิบัติการ เพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์

ตัวชี้วัด

ระดับตำบล

การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย “ตำบลแข็งแรง” มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และหน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนในตำบล กลุ่ม/ชมรม/องค์กร ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล ขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญ มีดังนี้

1. การส่งเสริมสนับสนุนให้หมู่บ้านเขตรับผิดชอบ พัฒนาให้เป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมู่บ้านสร้างสุขภาพ และหมู่บ้านแข็งแรง
2. การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามตัวชี้วัดระดับตำบล
3. การส่งเสริมและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ
4. การพัฒนาสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ให้ได้มาตรฐานเพื่อรองรับการดำเนินงานสร้างสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
5. การประสานแบบความร่วมมือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบล ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น และภาคประชาชนให้สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาด้านสุขภาพของตำบล

ระดับอำเภอ

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “อำเภอแข็งแรง” มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สสอ./รพช./CUP/หน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ /คณะกรรมการประเมิน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ระดับอำเภอ เทศบาล/สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร กลุ่ม/ชมรม/องค์กรที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในระดับอำเภอ มีบทบาทหน้าที่สำคัญคือ

1. การส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมู่บ้านสร้างสุขภาพ และหมู่บ้านแข็งแรง
2. การพัฒนาตำบลในเขตรับผิดชอบให้เป็นตำบลแข็งแรง
3. การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด เมืองไทยแข็งแรง ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “จังหวัดแข็งแรง” ควรบูรณาการงานของกรมต่าง ๆ ในพื้นที่ งานตามนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัด และโครงการต่าง ๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก โดยพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเชื่อมโยงกับโครงการ เมืองไทยแข็งแรง และพัฒนาให้เป็นยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสุขภาพของจังหวัด แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัดที่สำคัญ พอสรุปได้ดังนี้

1. การกำหนดให้การดำเนินงาน โครงการเมืองไทยแข็งแรง เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัด เนื่องจากเป็นนโยบายสำคัญระดับวาระแห่งชาติ โดยให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการเพื่อให้เกิด หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมู่บ้านสร้างสุขภาพ หมู่บ้านแข็งแรง ตำบลแข็งแรง อำเภอแข็งแรง และจังหวัดแข็งแรง

2. การสร้างทีมงานระดับจังหวัด การดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง มีความเกี่ยวข้องกับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด องค์กรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในจังหวัด เช่น คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล มีบทบาทในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติภาพรวม

การมอบหมายผู้รับผิดชอบในรูปคณะทำงาน โดยพิจารณาคณะทำงานต่าง ๆ ที่มีอยู่ในจังหวัด เช่น คณะทำงานวิชาการของจังหวัด ทีมปฏิบัติงานควรประกอบด้วย ตัวแทนจากกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลชุมชน คณะกรรมการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัด เทศบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในจังหวัด

3. การประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน โดยภาพรวมของจังหวัดแต่ละตัวชี้วัด โดยทีมงานระดับจังหวัด และผู้เกี่ยวข้องร่วมกับประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์ถึงความแตกต่างระหว่างสภาพปัจจุบัน และเป้าหมายในแต่ละตัวชี้วัด นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแผนพัฒนาในขั้นต่อไป

4. การจัดทำโครงการและแผนปฏิบัติการ เป็นขั้นตอนของการกำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแต่ละตัวชี้วัดในแต่ละระดับ จัดทำเป็นโครงการและแผนปฏิบัติการ

ที่ชัดเจน โดยให้เป็นแผนบูรณาการเมืองไทยแข็งแรงของจังหวัดตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่

5. การจัดหาและระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ โดยประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในจังหวัดทั้งภาครัฐอื่น ๆ ภาคท้องถิ่น องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ ศูนย์วิชาการ ระดับภูมิภาค และภาคประชาชน เพื่อระดมทรัพยากรทั้งค่านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร และด้านวิชาการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

6. การส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในทุกระดับของจังหวัด ตามโครงการ/แผนปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาให้บรรลุตามตัวชี้วัดระดับจังหวัด

7. การนิเทศ ติดตามและประเมินผล การดำเนินงาน ควรจัดตั้งคณะทำงานเพื่อ นิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข

การประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

มีการดำเนินงาน 2 ส่วน คือ

1. เครื่องชี้วัดความสำเร็จ มีทั้งหมด 6 หมวด คือ

หมวดที่ 1 ออกกำลังกาย

หมวดที่ 2 อาหาร

หมวดที่ 3 อารมณ์

หมวดที่ 4 อโรกยา

หมวดที่ 5 สันติสุขสิ่งแวดล้อม

หมวดที่ 6 อบายมุข

2. การประเมินในแต่ละระดับ

ระดับหมู่บ้าน

หมู่บ้านที่จะได้รับการประเมินเป็น หมู่บ้านแข็งแรง จะต้องผ่านเกณฑ์การเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมู่บ้านสร้างสุขภาพ และหมู่บ้านแข็งแรง ดังนี้

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตัวชี้วัดประกอบด้วย

1. มีองค์กร/เจ้าภาพที่รับผิดชอบหรือทีมที่รับผิดชอบดูแลจัดการด้านการ

พัฒนาสุขภาพที่ชัดเจน

2. ทุน : มีเงินทุนหมุนเวียนสำหรับใช้ดำเนินงานด้านสุขภาพ

3. มีแผน : มีแผนพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน

4. มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ กิจการสร้างสุขภาพ การรักษาพยาบาล
เบื้องต้น การเฝ้าระวัง การป้องกัน การควบคุมโรค ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน
รวมทั้งมีแหล่งหรือสถานบริการที่ดำเนินการอย่างชัดเจน

5. มีกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ในชุมชน

หมู่บ้านสร้างสุขภาพ ตัวชี้วัดประกอบด้วย

1. มี อสม.ที่เข้มแข็ง และดำเนินการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนอย่าง
ต่อเนื่อง ตลอดจนเป็นแกนกลางในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

2. ชุมชนสร้างสุขภาพที่เข้มแข็งและมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่บริการประชาชนอย่าง

สม่ำเสมอ

4. มีสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ที่ได้มาตรฐานและให้
บริการ ตลอดจนดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ประชาชนมีบัตรประกันสุขภาพครบถ้วน 100%

6. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และแก้ไขปัญหาที่สำคัญ
ในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ
การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ สุขภาพจิต มะเร็ง ความดันโลหิต เบาหวาน และโรคหัวใจ

7. ประชาชนได้รับข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่อง

8. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีระดับสถานะสุขภาพดีขึ้น

หมู่บ้านแข็งแรง ตัวชี้วัดประกอบด้วย

1) **หมู่บ้านปกติ**

ทุกหมู่บ้านจะต้องผ่านเกณฑ์มากกว่า 90% ของตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน
และ จะต้องผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

2) **หมู่บ้านตัวอย่างเมืองไทยแข็งแรง (อำเภอละ 1 หมู่บ้าน)**

ทุกหมู่บ้านจะต้องผ่านเกณฑ์มากกว่า 90% ของตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน
และจะต้องผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ และหมู่บ้านสร้างสุขภาพ

ระดับตำบล

ตำบลที่จะได้รับการประเมินเป็น ตำบลแข็งแรง จะต้องผ่านเกณฑ์ มีหมู่บ้านที่ผ่าน
เกณฑ์เป็น **หมู่บ้านแข็งแรง** อย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด

ตำบลต้องผ่านเกณฑ์มากกว่า 90% ของตัวชี้วัดระดับตำบล

ระดับอำเภอ

อำเภอจะได้รับการประเมินให้เป็น อำเภอแข็งแรง จะต้องผ่านเกณฑ์

1. มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์เป็น หมู่บ้านแข็งแรง อย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งตำบล
2. มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์เป็น ตำบลแข็งแรง อย่างน้อยละร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลทั้งอำเภอ
3. อำเภอต้องผ่านเกณฑ์มากกว่า 90% ของตัวชี้วัดระดับอำเภอ

ระดับจังหวัด

จังหวัดที่ได้รับการประเมินเป็น จังหวัดแข็งแรง จะต้องผ่านเกณฑ์

1. มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์เป็น หมู่บ้านแข็งแรง อย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งตำบล
2. มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์เป็น ตำบลแข็งแรง อย่างน้อยละร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลทั้งอำเภอ
3. มีอำเภอต้องผ่านเกณฑ์เกิน อำเภอแข็งแรง อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนอำเภอทั้งจังหวัด

3. วิธีการประเมิน

3.1 การประเมินโดยจังหวัด เป็นการประเมินภายในจังหวัด โดยจังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนด

3.2 การประเมินโดยส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งคณะกรรมการประเมินผล ประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักวิชาการ สำนักตรวจและประเมินผล สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ ผู้แทนกรมที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง แต่ละตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด (Indicators) ปี 2548 กำหนดตัวชี้วัดไว้ 23 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข มี 17 ตัวชี้วัด ได้กำหนดประเด็นเป้าหมายไว้ 6 หมวด (6 ถ.) และกำหนดการดำเนินงานออกเป็นระดับหมู่บ้าน/ตำบล 12 ตัวชี้วัด ในระดับอำเภอ/จังหวัด 5 ตัวชี้วัด

การดำเนินงานในแต่ละระดับ

ระดับหมู่บ้าน/ชุมชนในเขตเทศบาล

ทุกหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามตัวชี้วัด 9 ตัวชี้วัด และจะต้องบรรลุเกณฑ์ชี้วัดมากกว่า 90% ของตัวชี้วัดทั้งหมด จึงจะได้ชื่อว่า “หมู่บ้านแข็งแรง”

ระดับตำบล

1. “ตำบลแข็งแรง” หมายถึง ตำบลที่มีหมู่บ้านแข็งแรง (ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่บรรลุเกณฑ์ชี้วัดมากกว่า 90% ของตัวชี้วัดทั้งหมด) ร้อยละ 75
2. ตำบลใดไม่มีตัวชี้วัดบางตัว เช่น ไม่มีศูนย์เด็กเล็กได้มาตรฐาน และไม่มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ก็ให้ถือว่าผ่านเกณฑ์

ระดับอำเภอ

1. ทุกอำเภอจะต้องมีหมู่บ้านและตำบลดำเนินการตามตัวชี้วัด (มากกว่า 90%) และดำเนินการตามตัวชี้วัดระดับอำเภอ บรรลุเกณฑ์ มากกว่า 90% ของตัวชี้วัดระดับอำเภอทั้งหมด
2. “อำเภอแข็งแรง” หมายถึง อำเภอที่มีตำบลแข็งแรง ร้อยละ 50 รวมทั้งบรรลุเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับอำเภอ 5 ตัวชี้วัดตามข้อ 1

ระดับจังหวัด

“จังหวัดแข็งแรง” หมายถึง จังหวัดที่มีอำเภอแข็งแรงอย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมดในจังหวัด(ศูนย์อำนวยการบริหารยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง. 2548 : 8-12)

แนวคิด

แนวทาง : อสม./สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ

คาดหวัง 1. ประชาชนคนไทย 63 ล้านคนแข็งแรง

2. เศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยี มั่นคง ปลอดภัย ความ

เชื่อมโยงการพัฒนา

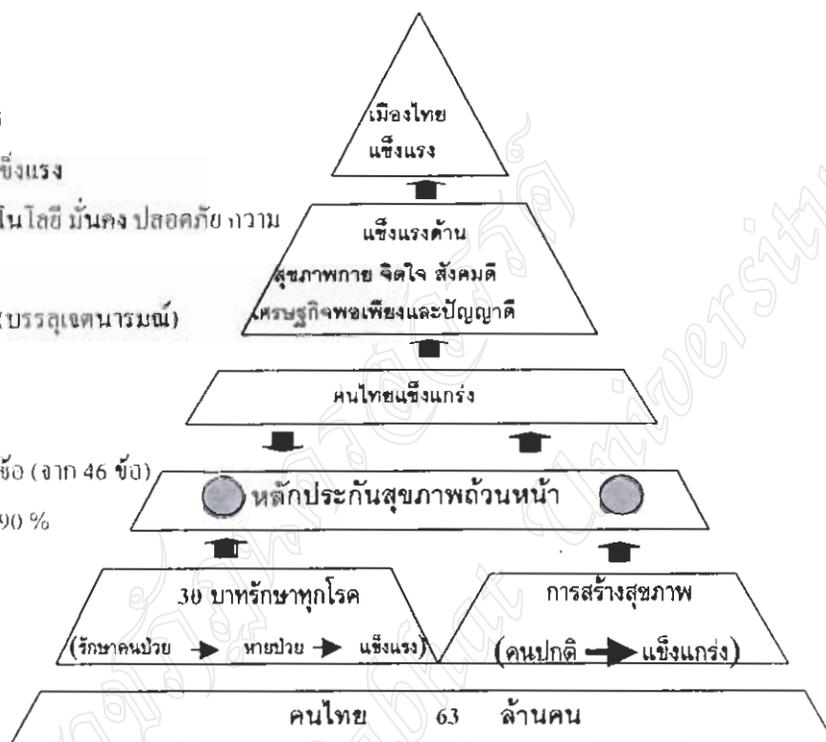
- หมู่บ้านแข็งแรง → SML (บรรลุเจตนารมณ์)

อสม. (10,000 บาท)

- ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดพื้นฐาน 23 ข้อ (จาก 46 ข้อ)

- เกณฑ์พิจารณา : ผ่านเกณฑ์ > 90 %

เป็นหมู่บ้านแข็งแรง



เป้าหมาย

ตำบล / อำเภอ

ภาวะครอบคลุม(ตัวชี้วัด)

	2548	2549	2550	2551	2552
	1	25%	50%	75%	100%
	23	43	46	46	46

ภาพที่ 2 บสคงแนวคิด และเป้าหมาย ตามยุทธศาสตร์ รวมถึงสร้างสุขภาพ คนไทยแข็งแรง

เมืองไทยแข็งแรง

ที่มา : ศูนย์อำนวยการบริหารยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง. (2548 : 8-12)

ตารางที่ 2.1 ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สร้าง สุขภาพ คนไทยแข็งแรง ประจำปี 2548

4 มิติ	17 เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
I. ทงกาย	<ul style="list-style-type: none"> - ออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน ตำบล - สุขชน หน่วยงาน และสถานประกอบการ - อาหารสะอาด ปลอดภัยมีคุณค่า - ลดอัตราการป่วยโรคอันสืบต้น ๆ 	<p>ตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที 1. ร้อยละของตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานข้อขึ้นพื้นฐาน 2. ร้อยละของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้มาตรฐานของท้องถิ่น 3. ร้อยละของอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิดในทุกหมู่บ้าน/ตำบล 4. ร้อยละสถานที่ผลิตอาหาร 54 ประเภท ผ่านเกณฑ์ GMP <p>ไม่เกิน 50</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ร้อยละของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ใ้ใช้บริการส่งเสริมความดันโลหิต และเบาหวานตามมาตรฐาน 3. ร้อยละของสตรีอายุมากกว่า 35 ปี มีความรู้เพื่อการสร้างพฤติกรรมเสี่ยง การตรวจคัดกรองด้วยตนเอง 4. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนและหลังคลอดตามเกณฑ์ <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของร้านอาหารและเครื่องดื่มที่ระบบปรับปรุงอากาศจัดเป็น เขตปลอดบุหรี่ ถูกต้องตามกฎหมาย 2. ร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี <ol style="list-style-type: none"> 1. มีอัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุทางรถรางบุคคลลงไม่เกิน 20 (ต่อแสนประชากร) 1. ร้อยละของกมลพิพิธที่ได้รับบริการด้านสิ่งแวดล้อมสำหรับคนพิการในด้านต่างๆ 	<p>60%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>95%</p> <p>100%</p> <p>60%</p> <p>80%</p> <p>90%</p> <p>80%</p> <p>100%</p> <p>80%</p>	<p>กก. สธ. ศธ.</p> <p>สธ. มท.</p> <p>สธ. มท.</p> <p>สธ. มท.</p> <p>สธ. อภ.</p> <p>สธ. มท.</p> <p>สธ.</p> <p>สธ.</p> <p>สธ.</p> <p>สธ. มท.</p> <p>สธ. พม.</p>

ตารางที่ 2.1 (ต่อ) ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ครั้ง สุขภาพ คนไทยแข็งแรง ประจำปี 2548

4 มิติ	17 เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ทางจิตใจ	- มีครอบครัวอบอุ่น	1. ร้อยละของครอบครัวสามารดูแลเด็ก ผู้สูงอายุหรือผู้พิการ ได้อย่างเหมาะสม	80%	ท.ม.
	- ลดอัตราการฆ่าตัวตายด้วยโรคจิตประสาท	2. ร้อยละของผู้ป่วยเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	>50%	ส.ร. ก.ร.
	- เด็กไทยมี IQ . EQ ได้มาตรฐานสากล	3. ร้อยละของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมทุกเดือน	>50%	ส.ร. ท.ม.
3. ทางสังคมและเศรษฐกิจ	- มีความปลอดภัยในชีวิต	1. ศูนย์เด็กเล็กได้มาตรฐานอย่างน้อย 1 แห่ง/ตำบล	100%	ส.ร. ท.ม. มท.
	- ได้รับการศึกษาไม่น้อยกว่า 12 ปี หรือลดอัตรา หรือเพิ่ม	1. ผู้มีสิทธิพลตามบัญชีรายชื่อของกระทรวงมหาดไทยที่สามารถจับกุม ดำเนินคดี	80%	มท. ส.ร.
พหุเพียง	- มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต	1. ร้อยละของโรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	100%	ส.ร. ก.ร.
	- มีสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัย	2. ร้อยละของเด็กที่ได้รับการศึกษาก่อนพื้นฐาน	100%	ก.ร.
4. บัญญา/จิตวิญญาณ	- ลด ละ เลิกอบายมุข และสิ่งเสพติด	1. ร้อยละของครัวเรือนยากจนที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ จปฐ (20,000 บาทต่อปี)ลดลง	80%	มท.
	- มีความสามัคคี เอื้ออาทรเกื้อกูลกัน	2. ร้อยละของกลุ่มควบคุมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาเป็นวิสาหกิจชุมชน	80%	อก. ก.ม. พ.ม.
		1. สักส่วนผู้ศึกษาเพศติดกลาง (ต่อพันประชากร)	มท.	
			4	มท. ส.ร. ส.ร.

ตารางที่ 2.2 การดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง ด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2548

เป้าหมาย	ตัวชี้วัดหมู่บ้านตำบล ความสำเร็จ >90%	ตัวชี้วัดอำเภอ/จังหวัด ความสำเร็จ >90%	ทางสู่เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)
ออกกำลังกาย	1. ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างเพียงพอได้ทั้ง 3 วัน ๆ ละ 30 นาที 2. ร้อยละ 95 ของอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิดในทุกหมู่บ้านตำบล 3. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้มาตรฐานท้องถิ่น	1. ร้อยละ 100 ของตลาดสดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์ตลาดสดไม่ซื้อชิ้นพื้นฐาน 2. ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตอาหาร S4 ประเภท ผ่านเกณฑ์ GMP	หมู่บ้าน แข็งแรง
อารมณ์	4. >50% ของวัยผู้ใหญ่เป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 5. >50% ของผู้ใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน	3. ร้อยละ 80 ของเกษตรกรที่ได้รับบริการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในด้านต่างๆ	ตำบล แข็งแรง
อริยา	6. อัตราป่วยใช้เกลือออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร 7. ร้อยละ 80 ของสตรีอายุมากกว่า 35 ปี มีความรู้เพื่อการสร้างพฤติกรรม เรื่องการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง 8. ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการตรวจรक्तก่อนและหลังคลอดตามเกณฑ์ (ระดับตำบล) 9. ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต และเบาหวาน ตามมาตรฐาน	4. อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางบกตลอดปีไม่เกิน 20 ต่อแสน ประชากร (ระดับจังหวัด)	อำเภอ แข็งแรง
อนามัยสิ่งแวดล้อม	10. ร้อยละ 100 ของชุมชนที่ติดถังได้มาตรฐานอย่างน้อย 1 แห่งตำบล (ระดับตำบล) 11. ร้อยละ 100 ของโรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์ มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ระดับตำบล)		จังหวัด
อนามัยชุมชน	12. ร้อยละ 100 ของร้านค้า ไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ แก่เด็ก อายุต่ำกว่า 18 ปี	5. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารและเครื่องดื่ม ที่มีระบบรับพยาศ จัดเป็นเขต ปลอดภัยหรือตั้งตามกฎหมาย	Healthy Thailand 2558 (NIDGs 2015)

ที่มา : ศูนย์อำนวยการบริหารอุตสาหกรรมเมืองไทยแข็งแรง 2548 : 15

การมีส่วนร่วมของประชาชน

1. ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน

องค์การสหประชาชาติ (1978 : 4 อ้างถึงใน ปฤษฎา บุญเจือ. 2536 : 16) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ในฐานะที่เป็นกระบวนการในการพัฒนาว่า คือ การเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและจัดการทรัพยากรเพื่อให้เป็นการปฏิบัติตามแผนการฯ หรือโครงการต่าง ๆ โดยสมัครใจ

เออร์วิน (Erwin. 1976:138 อ้างถึงใน วารี เจริญสกุลชัย. 2537 : 9) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า คือกระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตัวเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคล แก้ปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุน

กรรณิกา ชมดี (2542 : 9) ได้สรุปคำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง ความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าปัจเจกชน บุคคล หรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกันและเข้ามาร่วมรับผิดชอบ เพื่อให้ดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านกลุ่มองค์กรเพื่อให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

อาภรณ์พันธ์ จันทรสว่าง (2522 : 19 อ้างถึงใน วรรณา ถิมพานิชย์. 2538 : 7) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นผลมาจาก การเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการ และ ทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกันมีมากจนเกิดความริเริ่มโครงการ เพื่อการปฏิบัติเหตุผลเบื้องต้นของการที่มีคนรวมกันได้ควรจะตั้งมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือทำในนามกลุ่มนั้นกระทำผ่านองค์กร (Organization) ดังนั้น องค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้

อดิน รพีพัฒน์ (2527 : 320) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจปัญหาเป็นผู้ทำทุกอย่าง ไม่ใช่เรากำหนดไปแล้วให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องที่ประชาชนคิดขึ้นมา

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527 : 22) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า หมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็น อย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม การมีส่วนร่วมของประชาชนได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญาซึ่งแสดงออกในรูปการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของตนเองอย่างเป็นตัวของตัวเอง

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527 : 185) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมว่าหมายถึง การเกี่ยวข้องกับทางสังคม ด้านจิตใจและอารมณ์ (Mental and Emotional Involvement) ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (Group Situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นสิ่งเร้าให้กระทำการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้นกับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่ม ดังกล่าวด้วย

รีดเดอร์ (Reeders, 1963 : 138 อ้างถึงใน วรรณ ลิ่มพานิชย์, 2538 : 9) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ดังนี้คือ การมีส่วนร่วมในการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

สากล สถิตวิธานันท์ (2532 : 121) ให้ความเห็นว่าการมีส่วนร่วมเกิดจากแนวคิดสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจและความห่วงกังวลด้านบุคคลซึ่งบังเอิญพ้องค้องกันกลายเป็นความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม
2. ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกัน ที่มีอยู่ต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้นผลักดันให้พุ่งไปสู่การรวมกลุ่มวางแผนลงมือกระทำร่วมกัน
3. การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่ม หรือชุมชนไปในทิศทางที่ถึงปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันนี้จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความริเริ่มกระทำที่ตอบสนองความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น ๆ

การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิด ริเริ่มการพิจารณาตัดสินใจในการร่วมปฏิบัติ และร่วมกันรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบถึงตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท เพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นนั้น ผู้ทำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญาการพัฒนาชนบทที่ว่า มนุษย์ทุกคนต่างมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชน ขณะเดียวกันต้องยอมรับความบริสุทธิ์ใจว่ามนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ ถ้ามีโอกาส และได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง ซึ่งก็มีความหมายในแง่ของการพัฒนา ชีคความสามารถของประชาชนในการจัดการควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527 : 81)

ความหมายดังกล่าวนี้สอดคล้องกับความหมายของการมีส่วนร่วม โดยองค์การสหประชาชาติที่ว่า การมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น และจัดสรรทรัพยากรให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่าง ๆ โดยความสมัครใจ (ภิญโญ ภู่อศรี, 2535 : 17)

จากการศึกษาถึงความหมาย และแนวคิดต่าง ๆ ข้างต้น สามารถสรุปความหมายของการมีส่วนร่วมได้ว่า เป็นเรื่องที่บุคคล หรือกลุ่มคนเข้าร่วมกันอย่างกระตือรือร้นแข็งขันด้วยความสมัครใจ และเห็นพ้องต้องกันที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องความต้องการ การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ รวมทั้งร่วมคิดแก้ไขปัญหา และริเริ่มโครงการต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อตนเองและส่วนรวม จนเกิดการลงมือปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการนั้น โดยการนำทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ มาใช้ให้เกิดประโยชน์

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมมี 5 ทฤษฎี ซึ่ง อकिन รหัสพัฒนา (2527 : 107-111) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีการเกลี้ยกล่อมมวลชน (Mass Persuasion)

มาสโลว์ (Maslow, 1954 อ้างถึงใน อकिन รหัสพัฒนา, 2527: 107-109) กล่าวว่า การเกลี้ยกล่อม หมายถึง การใช้คำพูดหรือการเขียน เพื่อมุ่งให้เกิดความเชื่อถือและการกระทำ ซึ่งการเกลี้ยกล่อมมีประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน และถ้าจะให้เกิดผลดีจะต้องมีศิลปะในการสร้างความสนใจในเรื่องที่จะเกลี้ยกล่อม โดยเฉพาะในเรื่องความต้องการของคน ความหັกดทฤษฎีของ Maslow ที่เรียกว่าลำดับขั้นของความต้องการ (Hierarchy of Needs) คือความต้องการของคนจะเป็นไปตามลำดับจากน้อย ไปมาก มีทั้งหมด 5 ระดับดังนี้

1) ความต้องการทางด้านสรีระวิทยา (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Survival Needs) ได้แก่ความต้องการทางด้านอาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่ อาศัย ขาดรักษาโรค และความต้องการทางเพศ

2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต (Safety and Security Needs) ได้แก่ ความต้องการที่อยู่อาศัยอย่างมีความปลอดภัยจากการถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ถูกขโมยทรัพย์สิน หรือความมั่นคงในการทำงาน การมีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงในการทำงาน และการมีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงทางสังคม

3) ความต้องการทางด้านสังคม (Social Needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการที่จะให้สังคมยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4) ความต้องการที่จะมีเกียรติยศชื่อเสียง (Self-esteem Needs) ได้แก่ ความภาคภูมิใจความต้องการดีเด่นในเรื่องหนึ่งที่จะให้ได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น ความต้องการด้านนี้เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความมั่นใจในตัวเองในเรื่องของความรู้ ความสามารถและความสำคัญของบุคคล

5) ความต้องการความก้าวหน้า (Self-actualization Needs) เป็นความต้องการในระดับสูงสุด ที่อยากจะให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่าง ตามความต้องการพิเศษของบุคคลที่พยายามผลักดันชีวิตของตนเองให้เป็นไปในแนวทางที่ดีที่สุด

2. ทฤษฎีการระดมสร้างขวัญของคนในชาติ (National Morale)

คนเรามีความต้องการทางกายและใจ ถ้าคนมีขวัญดีพอ ผลของการทำงานจะสูง ความไปด้วยดีถ้าขวัญไม่ดีผลงานก็ต่ำไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากว่าขวัญเป็นสถานะการณ์ทางจิตใจที่แสดงออกในรูปพฤติกรรมต่าง ๆ นั่นเอง การจะสร้างขวัญและกำลังใจให้ดีต้องพยายามสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ร่วมงาน เช่น การไม่เอาโรคเอาเปรียบ การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับงานการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เป็นต้น และเมื่อใดก็ตามถ้าคนทำงานมีขวัญดีจะเกิดสำนึกในความรับผิดชอบ อันจะเกิดผลดีแก่หน่วยงานทั้งในส่วนที่เป็นขวัญส่วนบุคคล และขวัญของกลุ่ม (อภิน รพีพัฒน์, 2527 : 109-111) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าขวัญของคนเราโดยเฉพาะคนที่มีความดีข้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นกัน

3. ทฤษฎีสร้างความรู้สึกราชาตินิยม (Nationalism)

ปัจจัยประการหนึ่งที่น่าไปสู่การมีส่วนร่วม คือ การสร้างความรู้สึกราชาตินิยมให้เกิดขึ้น ซึ่งหมายถึงความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองที่จะอุทิศหรือเน้นค่านิยมเรื่องผลประโยชน์ส่วนรวมของชาติ มีความพอใจในชาติของตัวเอง พยายามปฏิบัติ จงรักภักดี ผูกพันต่อท้องถิ่น

4. ทฤษฎีการสร้างผู้นำ (Leadership)

การสร้างผู้นำจะช่วยให้ประชาชนทำงานด้วยความเต็มใจ เพื่อบรรลุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทั้งนี้เพราะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญของการรวมกลุ่มคน จูงใจไปยังเป้าหมายประสงค์โดยทั่วไปแล้ว ผู้นำอาจจะมีทั้งผู้นำที่ดีกว่าผู้นำปฏิฐาน (Positive Leader) ผู้นำพลวัต คือ เคลื่อนไหวทำงานอยู่เสมอ (Dynamic Leader) และผู้นำไม่มีกิจไม่มีผลงานสร้างสรรค์ ที่เรียกว่าผู้นำนิเสธ (Negative Leader) ผลของการให้ทฤษฎีการสร้างผู้นำ จึงทำให้เกิดการระดมความร่วมมือปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจงานมีคุณภาพ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และร่วมรับผิดชอบ ดังนั้นการสร้างผู้นำที่ดี ข้อมจะมีการนำไปสู่การมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยดีนั่นเอง

5. ทฤษฎีการใช้วิธีและระบบทางการบริหาร (Administration and Method)

การใช้ระบบบริหารในการระดมความร่วมมือเป็นวิธีหนึ่งที่น่าใช้เพราะใช้กฎหมายระเบียบแบบแผน เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามผลของความร่วมมือยังไม่มีระบบใดดีที่สุดในเรื่องการใช้บริหาร เพราะธรรมชาติของคนถ้าทำงานตามความสมัครใจอย่างตั้งใจ ไม่มีใครบังคับก็จะทำงานด้วยความรัก แต่ถ้าไม่ควบคุมเลยก็ไม่เป็นไปตามนโยบายและความจำ

เป็นของรัฐเพราะการใช้ระบบบริหารเป็นการให้ปฏิบัติตามนโยบายเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายเพิ่มความภาคภูมิใจประโยชน์

ยังมีทฤษฎีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรณีมีส่วนร่วมอีกเช่น ทฤษฎีกระทำทางสังคม (Theory of Social Action) ซึ่ง Parsons (1951 อ้างถึงใน ประสพสุข ตีอินทร์, 2531 : 28) ได้สร้างทฤษฎีนี้ และได้อธิบายถึงการกระทำของมนุษย์ (Action of Human) ซึ่งจะขึ้นอยู่กับ

1. บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (Personality)
2. ระบบสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ (Social System)
3. วัฒนธรรม (Culture) ในสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ โดยวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับความคิดหรือความเชื่อ (Ideas or Belief) ความสนใจ (Primary of Interest) และระบบค่านิยมของตัวบุคคล (System of Value Orientation)

3. ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน

Cohen & Uphoff (1980 : 34 อ้างถึงใน ชูสวัสดิ์ จันทร์โรจนกิจ, 2541 : 23) ได้แบ่งชนิดของการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ชนิด

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริการและการประสานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ทางสังคมหรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

กรรณิกา ชมดี (2524 : 13) ได้สรุปการมีส่วนร่วมออกเป็น 10 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการเข้าประชุม
2. การมีส่วนร่วมในการออกเงิน
3. การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ
4. การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ
5. การมีส่วนร่วมสัมฤทธิ์
6. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน
7. การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภค
8. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม
9. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน

10. การมีส่วนร่วมออกกวีตฤตูปกรณ

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527 : 67) ได้กล่าวถึง ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายการพัฒนา คือ

1. การทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวม ตลอดถึงความต้องการของชุมชนหรือสนองต่อความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน หรือสร้างสรรสิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองต่อความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือวางแผนหรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขปัญหาเพื่อสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงการบริหารงานการพัฒนาให้มีประสิทธิผล
6. ร่วมลงทุนในกิจกรรม โครงการชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง และ
 หมายงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบายแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมให้บรรลุตาม
 เป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุมติดตามประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการ และกิจกรรมที่
 ทำไว้โดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดปี

บังอร ฤทธิ์ภักดี (2528 : 19) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมไว้ 3 ลักษณะใหญ่ๆ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วยการริเริ่มและวางแผน
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ
3. การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์จากโครงการ

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

อำนาจ อนันตชัย (2527 : 161) กล่าวถึง ความสำเร็จของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ของประชาชน 3 ประการ

1. การเข้ามาตัดสินใจของประชาชนตั้งแต่แรกเริ่มว่ามีปัญหา สาเหตุของ
 ปัญหา การแก้ปัญหาด้วยการก่อจะทำ โครงการอะไรที่เป็นประโยชน์จากแรงงาน **ได้ถูกต้องตาม
 เวลาและสถานที่**
2. การผสมผสานแผนงานและโครงการของส่วนราชการ ด้วยการพัฒนา
 ความรู้ ทักษะ ความสามารถด้านประชาชน และคุณภาพของเจ้าหน้าที่ เพื่อการแก้ปัญหาความ
 เดือดร้อนของประชาชน **ได้ถูกต้องตามเวลาและสถานที่**

3. การสร้างองค์กรท้องถิ่น กลไกการประสานงบประมาณ ปัจจัยการดำเนินการ ทั้งภาครัฐและเอกชนตามต้องการอันจำเป็นของประชาชน รวมทั้งการติดตามดูแลรักษาสิทธิไป
ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531 : 25) ได้กล่าวถึง แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ถ้า
มองในแง่ของการบริหารการพัฒนา คือ

1. จะช่วยให้ประชาชนยอมรับโครงการมากขึ้น เนื่องจากโครงการที่ตรงกับ
ปัญหาและความต้องการของประชาชน
2. ประชาชนมีความรู้สึกผูกพัน รู้สึกเป็นเจ้าของโครงการมากขึ้น
3. การดำเนินงานจากโครงการ จะราบรื่นได้รับความร่วมมือจากประชาชน
มากขึ้น
4. โครงการจะให้ประโยชน์ประชาชนมากขึ้น และมีการระดมทรัพยากร เพื่อ
การพัฒนาชนบทมากขึ้น
5. จะช่วยพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนมากขึ้น

มีรันคร์ จงวุฒิเวศย์ (2527 : 183) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่

1. ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้
ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ การสร้างโบสถ์วิหาร
2. ความเกรงใจ ที่มีต่อบุคคลที่เคารพนับถือ หรือมีเกียรติยศ ตำแหน่งการ
ให้ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะมีส่วนร่วมด้วยทั้ง ๆ ยังไม่มีความศรัทธาหรือความเต็มใจอย่าง
เต็มเปี่ยม ที่จะกระทำ เช่น ผู้ใหญ่ออกปากขอแรง ผู้น้อยก็ช่วยแรง
3. อำนาจบังคับที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่า ทำให้ประชาชนถูก
บีบบังคับให้มีส่วนร่วมในการกระทำต่าง ๆ เช่น บิบบังคับให้ทำงานเชิงอาสา

จากความหมายของกระบวนการมีส่วนร่วมที่กล่าวมานี้ สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนก็คือ กระบวนการต่าง ๆ ที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรม
ของชุมชน ทั้งนี้เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการ เปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้ถึงปัญหา วิธีการ
และแนวทางแก้ไข โดยร่วมกันคิดตัดสินใจวางแผน และแก้ปัญหาในการพัฒนาตลอดจนการปฏิบัติ
ความกิจกรรม หรือโครงการต่าง ๆ และติดตามผล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางตามที่
ต้องการและพึงประสงค์แก่ชุมชน

การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion : F.G.D.)

เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความนึกคิด จิตใจ และพฤติกรรมของมนุษย์ ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า คำถาม ถามถึงความรู้สึก การตัดสินใจ การให้เหตุผล แรงจูงใจ ความประทับใจ หรือสถานการณ์ต่างๆที่มีความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็นการกำหนดเวลาของการสนทนาสถานที่และบรรยากาศของการสนทนาที่สร้างขึ้นมาให้ เป็นกันเองที่สุด

ความหมายของการจัดสนทนากลุ่ม

กลุ่มคนที่เป็นผู้รู้มีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม อาชีพ หรือ คุณลักษณะภูมิหลังต่างๆที่ใกล้เคียงกันที่สุด และ คาดว่าเป็นกลุ่มที่สามารถตอบประเด็นคำถามที่นักวิจัยสนใจได้ดีที่สุด สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่ม (Homogeneous) กลุ่มคนที่มีขนาดระหว่าง 7-8 คนนี้ เป็นกลุ่มที่มีลักษณะได้ตอบ และ ได้แย้งกันดีที่สุดในให้เกิดการสนทนา ที่เปิดกว้างที่จะให้ทุกคนไม่อายคนวิพากษ์วิจารณ์ได้ดีที่สุด 9-12 คน มีลักษณะเป็นกลุ่มใหญ่ วงสนทนาอาจจะมีการแบ่งกลุ่มย่อย หันหน้าเข้าสนทนากันเอง จะลำบากในการนั่งสนทนาเป็นกลุ่ม และยากต่อการสรุปประเด็นปัญหาหรือวิเคราะห์ข้อมูล สมมติฐานจะได้รับความรู้โดยฟังและสังเกต ปฏิบัติยาได้ตอบของคน ได้อย่างละเอียดลึกซึ้งการกระตุ้นให้คนหันมาสนใจสิ่งเดียวกัน และมาแสดงความคิดเห็นร่วมกัน พิจารณาเป็นผู้ที่คอยซักถาม และจุดประเด็นการสนทนา ในกลุ่มตลอด ไปจนจบการสนทนาต้องจัดเตรียมแนวคำถามเอาไว้ เรียงเรียงคำถามให้เป็นข้อคำถามให้ต่อเนื่อง ง่ายต่อการถามวิเคราะห์ (เช่น อาจเขียนไว้ในไดอารี่ แผ่นกระดาษ หรืออาจท่องไว้ในสมองจนขึ้นใจ) ถามประเด็นปัญหาให้อยู่ในกรอบของการวิจัยให้เป็นประเด็นๆไปไม่สะเปะสะปะ ช่วงท้ายอาจเติมคำถามเสริมได้ แต่ต้องไม่เป็นคำถามที่ยาว หรือ จำนวนคำที่มากเกินไป คำถามเสริมนี้ อาจจะเป็นคำถามที่ไม่ได้เตรียมมาก่อน แต่ถามในเรื่องที่ปรากฏขึ้นมาระหว่างการสนทนา เป็นเรื่องที่ได้คำตอบชัดเจนมาก

ลักษณะการเรียงคำถาม

การที่ผู้ร่วมสนทนา มีปฏิริยาโต้ตอบกันระดับสูง ในระหว่างการสนทนา จะเป็นสิ่งเร้าให้เกิดการสนทนาในระดับลึกยิ่งขึ้น วงสนทนากลุ่มนักวิจัยจะต้องวิเคราะห์สถานการณ์ และข้อ มูลในกลุ่มบุคคลที่ถูกกระตุ้น แล้วสร้างประเด็นถามใหม่ๆ ชวนกลับไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้คำตอบที่ดีมีเหตุผลชัดเจนและละเอียดมากที่สุด

องค์ประกอบการจัดสนทนากลุ่ม

1. สิ่งแรกที่ต้องทำในเรื่องของการสนทนากลุ่ม คือการกำหนดเรื่องที่จะทำการศึกษา

การกำหนดหัวข้อเรื่องนี้ อาจเกิดมาจากสภาพปัญหาต่างๆ ของสังคมในขณะนั้น หรือเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจ ตลอดจนแนวคิดและทฤษฎีต่างๆนั่นเอง

2. กำหนดประเด็นหรือตัวแปรหรือตัวบ่งชี้ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา เพื่อมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา

3. แนวคำถามหรือกรอบคำถาม คือแนวทางในการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้จากการนำคำถามที่ร่างไว้มาเรียบเรียงเป็นข้อๆจัดเป็นลำดับ หรือผูกเป็นเรื่องราวเพื่อนำการสนทนาเป็นขั้นตอนและจัดตามลำดับความคิดเป็นหมวดหรือหัวข้อใหญ่

4. แบบคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา เป็นแนวทางในการคัดเลือกสมาชิกเพื่อเข้าร่วมในกลุ่มสนทนาที่ดีถือว่าเป็นบุคคลที่สามารถให้คำคอมในการศึกษาครั้งนี้ ได้ตรงวัตถุประสงค์ของการศึกษามากที่สุด

5. บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม ในการจัดสนทนากลุ่มแต่ละ ครั้งควรประกอบด้วยบุคคลต่อไปนี้ คือ

ก. พิศกร (Moderator) เป็นผู้ถามคำถามและเป็นผู้นำ ตลอดจนกำกับกับการสนทนาของกลุ่มให้เป็นไปตามแนวทางของหัวข้อการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ละเอียดที่สุดในเวลาที่กำหนด พิศกรจะต้องเป็นผู้รู้จักปัญหา รู้จักทฤษฎี และรู้จักควบคุมประเด็น ควบคุมการสนทนาแบบกลุ่มเป็นอย่างดี

ข. ผู้จัดบันทึกคำสนทนา เป็นผู้ที่คอยจดบันทึกคำสนทนา จะทำหน้าที่จดคำพูดที่จะจดบันทึก ตลอดจนการจดคำปฏิกิริยาท่าทางของสมาชิกผู้เข้าร่วมกลุ่มด้วย เพราะการไม่พูดและการนั่งเฉยๆ อาจไม่ใช่ไม่มีความเห็น เพราะเวลา ท่าทางก็อาจจะแสดงถึงความเห็นหรือคำตอบได้ การพยักหน้า การส่ายหน้า และส่น้ำก็เป็นการแสดงออกถึงคำตอบได้ ผู้จัดบันทึกคำสนทนาต้องจดบันทึกสิ่งเหล่านี้ด้วย ข้อบันทึกของผู้จัดบันทึกนี้จะสามารถใช้อ่านเป็นข้อสรุปของการสนทนากลุ่มในแต่ละครั้งได้ แล้วก็สามารถนำไปประกอบการถอดเทปข้อมูลได้

ค. เจ้าหน้าที่บริการทั่วไป และผู้คอยกันผู้ที่จะเข้าร่วมมางในกลุ่ม โดยไม่ได้รับเชิญ เป็นบุคคลที่คอยเฝ้าอำนาจและให้ความสะดวกแก่ผู้ที่อยู่ในวงสนทนา มีหน้าที่คือคอยบริการน้ำดื่มขนม บันทึกเทป ตลอดจนคอยกันไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในวงสนทนากลุ่มเข้าไปเสนอความคิดเห็นในกลุ่ม หรือเข้าไปรบกวนสมาธิของสมาชิกในกลุ่ม

6. อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ในการจัดสนทนากลุ่มอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูลก็คือ เทปบันทึกเสียง เพราะในวงสนทนานั้น ตลอดการดำเนินกลุ่มสนทนาจะมีการถกประเด็นปัญหาการ ได้ซึ่ง เป็นกระบวนสาคความคิดสวนกัน ไปสวนกันมา หลายเสียงหลายความเห็น ดังนั้น จึง

ต้องบันทึกเสียงเอาไว้ เพราะคำตอบที่เป็นกระแสนโต้แย้งหรือการถกประเด็นกันด้วยเหตุผลและการแสดงความคิดเห็นด้วย สิ่งนี้แหละเป็นหัวใจสำคัญของการสนทนากลุ่ม

7. อุปกรณ์เสริมการสนทนากลุ่ม เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้วงสนทนากลุ่มดำเนินไปด้วยบรรยากาศราบรื่นและดูเป็นธรรมชาติไม่เคร่งเครียด สร้างบรรยากาศให้เป็น “การนั่งจับเข่าคุยกัน” อุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมการสนทนากลุ่มให้ดูเป็นธรรมชาติก็ได้แก่ น้ำดื่ม ขนม บุหรี่ ของขบเคี้ยว เค้กๆ น้อยๆ หรืออาจจะรวมถึงรูปภาพ อุปกรณ์ต่างๆ ที่จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้เข้าใจเรื่องหรือประเด็นที่เราสนใจจะถามมากยิ่งขึ้น

8. สถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม ควรมีการกำหนดให้แน่นอน ศึกษาในห้องดินหรือหมู่บ้านไหนก็จัดกลุ่มที่นั่นให้สะดวกแก่สมาชิกกลุ่มมากที่สุด

9. ของกำนัลหรือของที่ระลึก มอบไว้ก่อนจากกัน

10. ระยะเวลาของการดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม พิจารณาควรจะใช้เวลาในการสนทนาไม่เกิน 2 ชั่วโมง กับ 15 นาที นับตั้งแต่เริ่มคำถามแรก รวมระยะเวลาดังแต่ต้อนรับสมาชิกกลุ่มจนจบการสนทนากลุ่มประมาณ 2 ชั่วโมง กับ 30 นาทีพอดี เพราะถ้าช้าหรือนานกว่านี้สมาชิกกลุ่มจะเหนื่อยล้า คำตอบที่ได้ค่อนข้างจะเป็นคำตอบที่สักระหว่างตอบๆ หรือตอบโดยที่ไม่ค่อยได้ตั้งใจคิดก่อน เพื่อให้สร้างสถานการณ์สนทนาและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะน้อยลง

การดำเนินการสนทนากลุ่ม

1. แนะนำตนเองและทีมงาน ประกอบด้วย พิธีกร ผู้จดบันทึก และผู้บริการทั่วไป โดยปกติไม่ควรให้มีผู้สังเกตการณ์ อาจมีผลต่อการแสดงออก
2. อธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการมาทำสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการศึกษา
3. เริ่มกรีนนำด้วยคำถามอุ่นเครื่องสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง
4. เมื่อเริ่มคุ้นเคย เริ่มคำถามในแนวการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ ทั้งช่วงให้มีการถกประเด็น และได้แย้งกันให้พอสมควร สร้างบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน ควบคุมเกมสไมให้หยุดนิ่ง อย่าซักคนใดคนหนึ่งจนเกินไป คำถามที่ถามไม่ควรถามคนเดียว อย่าซักรายตัวในการนั่งสนทนา พยายามอย่าให้เกิดการข่มทางความคิด หรือชักนำผู้อื่น ให้เห็นถ้อยความกับผู้ที่พูดเก่ง (Dominate) สร้างบรรยากาศให้คนที่ไม่ค่อยพูดได้แสดงความคิดเห็นออกมาให้ได้ พิธีกรควรเป็นผู้คอยถ่วงถ่วง มีพรสวรรค์ในการพูดคุย จังหวะการถามดี ถูบเข้าๆ ถูบออกๆ มีการพูดแทรกตลอดอย่างเหมาะสมด้วย

ประเภทของวัตถุประสงค์ของการจัดสนทนากลุ่ม

1. ใช้เพื่อสร้างให้เกิดสมมติฐานใหม่
2. ใช้เพื่อสำรวจความคิดเห็น ถิ่นสคคคของกลุ่มประชากรต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นที่

สนใจจะศึกษา

3. ใช้ในการทดสอบแนวความคิดในเรื่องที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นมาใหม่
4. ใช้ในการประเมินผลการวิจัยต่างๆ หรือโครงการพัฒนา
5. ใช้ในการทดสอบแบบสอบถาม และเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน
6. ใช้เพื่อเป็นการค้นหาคำตอบที่ยังคลุมเครือหรือไม่แน่ชัดในการวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำ

คำตอบจากการสนทนากลุ่ม ไปอธิบายเสริม

7. ใช้ประโยชน์ในการทำการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ศึกษาบางเรื่องเพื่อเป็นแนวทางในการทำกรณีศึกษา (Case Study) ต่อไป

ข้อดีของการจัดสนทนากลุ่ม

1. เป็นการนั่งสนทนาระหว่างนักวิจัยกับผู้ผู้ให้ข้อมูลหลายคนที่เป็นกลุ่ม จึงก่อให้เกิดการเสวนากันในเรื่องที่สนใจไม่มีการปิดบัง คำตอบที่ได้จากการถกประเด็นซึ่งกันและกันถือว่าเป็นการค้นกรองซึ่งแนวความคิดและเหตุผล โดยไม่มีการตีประเด็นปัญหาผิดไปเป็นอย่างอื่น

2. การสนทนากลุ่ม เป็นการสร้างบรรยากาศเสวนาให้เป็นกันเองระหว่างผู้นำการสนทนาของกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มสนทนาหลายๆคนพร้อมกัน จึงลดทอนการเกร็งใจออกไปทำให้สมาชิกกลุ่มกล้าคุยกล้าแสดงความคิดเห็น

3. การใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ได้ข้อมูลละเอียดและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้สำเร็จหรือได้ดียิ่งขึ้น

4. คำตอบจากการสนทนากลุ่ม มีลักษณะเป็นคำตอบเชิงเหตุผลคล้ายๆกับการรวบรวมข้อมูลแบบคุณภาพ

5. ประหยัดเวลาและงบประมาณของนักวิจัยในการศึกษา

6. ทำให้ได้รายละเอียด สามารถตอบคำถามประเภททำไมและอย่างไรได้อย่างแตกฉานลึกซึ้งและในประเด็นหรือเรื่องที่ไม่ได้คิดหรือเตรียมไว้ก่อนก็ได้

7. การสนทนากลุ่ม จะช่วยบ่งชี้อิทธิพลของวัฒนธรรมและคุณค่าต่างๆ ของสังคมนั้นได้ เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มมาจากวัฒนธรรมเดียวกัน

8. สภาพของการสนทนากลุ่ม ช่วยให้เกิดและได้ข้อมูลที่เป็นจริง

ข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม

1. ถ้าการกำหนดประเด็นต่างๆยังคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ก็ยากต่อการกำหนดตัวแปรหรือปัจจัยและการสร้างแนวคำถาม

2. การสร้างแนวคำถาม จะต้องเรียบเรียงแนวคำถามให้ดีไม่วกวน โดยอาจจะเรียงลำดับ

ตามประเภทของประเด็นตามความยากง่ายหรือตามลำดับความตรงไปตรงมาและซับซ้อนของเหตุผล ดังนั้นควรจะต้องมีการทดสอบ (Pretest)

3. การคัดเลือกสมาชิกผู้เข้าร่วมวงสนทนา จะต้องได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยต้องมีลักษณะต่างๆที่เหมือนกัน (Homogeneous) ไม่ข้ามซึ่งกันและกัน
4. คำตอบในวงสนทนาบางคำตอบ อาจจะไม่ได้จากการสนทนากลุ่ม
5. เหตุการณ์หรือพฤติกรรมหรือคำตอบในบางประเด็นคำถามที่สมาชิกกลุ่มคิดว่าเป็นประเด็นธรรมดาและเคยชินอยู่แล้ว บางทีสมาชิกกลุ่มนึกไม่ถึงถึงหยาบคายมาตอบ ทำให้ไม่ได้คำตอบในเรื่องคำถามในประเด็นดังกล่าว
6. การสนทนากลุ่มจะให้ผลดีมากในการศึกษาหลายๆเรื่องแต่ไม่ใช่ทุกเรื่อง
7. ภาษาในการพูดควรนับว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก ควรจะพูดภาษาท้องถิ่นของสมาชิกในกลุ่มสนทนาหรือในพื้นที่ที่ทำการศึกษา
8. เทปบันทึกข้อมูล ถ้าไม่พร้อมหรือสภาพไม่เหมาะแก่การบันทึก ถ้าใช้ในการบันทึกข้อมูลแล้วเสีย บันทึกไม่ติดจะทำให้เสียข้อมูลไปเลย
9. ถ้าพิธีกร ไม่ได้รับการฝึกฝนให้เป็นผู้ดำเนินการสนทนาที่ดี เตรียมตัวไม่พร้อมก็จะทำให้วงสนทนาดำเนินไปได้ไม่ราบรื่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชัยรัตน์ รัชจขจร (2522) ได้วิจัยเรื่อง ความเข้าใจทางการเมืองและการมีส่วนร่วมทางการเมือง ผลการวิจัยพบว่าเพศชายมีความเข้าใจทางการเมืองและมีส่วนร่วมมากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้พบว่า ผู้มีระดับการศึกษาสูง จะมีความเข้าใจทางการเมืองและมีส่วนร่วมทางการเมืองมากกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำ

ถายิณี ไชยกาญจน์ (2531) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาเยาวชนของเยาวชนในชุมชนห้วยถังกรดีกแดงเขตคูสิต กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า รายได้ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนาเยาวชน ส่วนการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ การศึกษาและการคาดหวังในผลประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาเยาวชน

ประภาศรี พิทักษ์สินสุข (2532) ได้วิจัยเรื่อง การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาชุมชน ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่าประชาชนเข้ามา มีส่วนร่วมในด้านการออกเงินและการสละแรงงานมากที่สุด รองลงมาคือ การร่วมประชุม สำหรับการร่วมน้อยที่สุด รองลงมาคือ การร่วมประชุม สำหรับการร่วมน้อยที่สุด คือ ร่วมเป็นผู้นำสำหรับ

ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมพัฒนา ปัจจัยทางด้านการเมือง หรือการถูกชักจูงจากบุคคลในแวดวงราชการมีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการพัฒนา ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ ความถี่ในการนิเทศงาน มีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมพัฒนา

มันทนา แสงทองไชย (2538) ได้วิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของนักศึกษาในกิจกรรมนักศึกษา ศึกษาเฉพาะกรณีสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ผลการวิจัยพบว่า เพศ คณะที่ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท การได้รับข่าวสารจัดกิจกรรม ความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของนักศึกษา ในกิจกรรมนักศึกษา ส่วนอายุ ภูมิปัญญา สถานภาพสมรส อาชีพรายได้ ประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรม การเห็นคุณค่าหรือประโยชน์ที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม

จินตนา เสมอเงิน (2539) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาตำบล ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษาการ มีรายได้ของประชาชน การติดต่อสื่อสารกับผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการพัฒนาตำบล และความคาดหวังผลประโยชน์จากโครงการพัฒนาตำบล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินโครงการพัฒนาตำบล

ศิริลักษณ์ หัวหาญ (2545) ได้วิจัยเรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติดของประชาชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากยาเสพติดของประชาชน ที่ผ่านและไม่ผ่านโครงการเสริมสร้างคามเข้มแข็งในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกเอาพื้นที่ที่มีการระบาดมาก ๆ จาก 6 ตำบล 6 หมู่บ้าน ที่ไม่ผ่านโครงการชุมชนเข้มแข็งกับผ่านชุมชนเข้มแข็งแล้วประมาณ 1,700 คน แบ่งการวิจัยทั้งหมดลง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผ่านและไม่ผ่าน มีการรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โครงการนี้ดำเนินการเสริมสร้างเข้มแข็งให้กับชุมชนต่อไป

วันเพ็ญ ใจปทุม (2545) ได้วิจัยเรื่อง การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จังหวัดปทุมธานี การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยรูปแบบงานวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป้าหมายดำเนินการในพื้นที่ อำเภอลำลูกกา ซึ่งคัดเลือกพื้นที่จากคามรุนแรงของปัญหา ความต้องการ และความพร้อมของแกนนำในชุมชน ผลจากการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด ร่วมกันจัดทำแผนภาพสถานการณ์ปัญหาสารเสพติดในอำเภอลำลูกกา สามารถดำเนินการจัดทำโครงการครอบครัวสัมพันธ์ ซึ่งเป็น โครงการที่นำครอบครัวมาให้ความ

รู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพ่อ แม่ และนำเขาชนมาให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ต่อตนเอง และครอบครัว โดยใช้บุคลากรและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน จัดกลไกการดำเนินการด้านยาเสพติด โดยมีประธานองค์การบริหารส่วนตำบลถ้ำลูกกาเป็นประธาน มีแกนนำชุมชนเป็นกรรมการ ซึ่งโครงการที่ไม่สามารถจัดทำได้ต้องอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น คณะผู้วิจัยและแกนนำชุมชนจะส่งต่อแผนปฏิบัติการให้กับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อจัดรวบรวมเป็นแผนของชุมชนต่อไป ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทบพวน วิเคราะห์และปรับวิธีการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป คำนึงถึงความต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหายา ภายใต้งานกิจกรรมชุมชนเป็นเจ้าของปัญหา และเป็นผู้ริเริ่มแก้ไขปัญหายาตามศักยภาพและข้อจำกัดที่มีอยู่ การมีโครงสร้างกลไกการดำเนินการภาคประชาชน และมีแกนนำในการจัดทำแผนปฏิบัติการของชุมชนเองในทุกจังหวัด และมีเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศ เพื่อการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด นำไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างครบวงจร และการพัฒนาอย่างยั่งยืน

คุณณี ชาญปริษา และคณะ (2545) ได้วิจัยเรื่อง “โครงการชุมชนเข้มแข็ง ร่วมมือร่วมใจ ด้านภัยยาเสพติด ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลบ้านคู อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์” การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง เนื่องจากปัจจุบันจากการสำรวจจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดทั่วประเทศ โดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ในปี พ.ศ. 2544 พบจำนวน ผู้เสพ 2.7 ล้านราย และผู้ติด 8.9 แสนราย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จึงนำแนวคิดการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยส่งเสริมให้ชุมชนสามารถดูแลแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ด้วยตนเองตาม โครงการชุมชนเข้มแข็งร่วมมือร่วมใจด้านภัยยาเสพติด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถดำเนินกิจกรรมการแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างเหมาะสม และสร้างกลไกการดำเนินการด้านยาเสพติดภาคประชาชน วิธีการดำเนินการ โดยการกระตุ้นจิตสำนึกในหมู่ประชาชนให้ตระหนักในความเป็นสมาชิกของชุมชน และเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการวิจัยที่ดำเนินไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างคนในชุมชนซึ่งประกอบด้วยนักวิจัยท้องถิ่น เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่ทำงานในชุมชนกับผู้วิจัยจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ข้อมูล ที่ได้จากการวิจัยทุกชั้นตอนเป็นสิ่งที่ชุมชนร่วมตัดสินใจวางแผน ร่วมดำเนินการ ประเมินผล และรับประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่า

1. การคัดเลือกชุมชนโดยผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ร่วมกันพิจารณาเลือกชุมชนตำบลบ้านคู อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากมีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด และชุมชนมีความพร้อมในการร่วมศึกษาครั้งนี้

2. การสร้างเครือข่าย และแกนนำโดยทีมวิจัย สร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชน และพร้อมแนวคิดเรื่องการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมซึ่งส่งผลให้เกิดเครือข่ายประสานงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และนักวิจัยท้องถิ่น

3. การประเมินความต้องการและทรัพยากรของชุมชน โดยจัดเสวนาปัญหายาเสพติดในชุมชน และเวทีชาวบ้าน

4. การกำหนดแผนงานและโครงการ โดยแกนนำของชุมชนซึ่งได้แผนงาน และโครงการในขั้นต้น 5 แผนงาน

5. ปฏิบัติตามแผนงานและโครงการ ซึ่งมีผลดังนี้

5.1 การพัฒนาวิสัยทัศน์ยุทธศาสตร์ชุมชน ผลการดำเนินการพบว่า เกิดวิสัยทัศน์ถ่ายบ่าบัดพื้นฟูผู้ติดสารเสพติด จำนวน 25 คน ซึ่งต้องการจัดถ่ายบ่าบัดพื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในชุมชน

5.2 การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ผลการดำเนินการพบว่าครอบครัวตระหนักในบทบาทของตนเองต่อครอบครัว เกิดการจัดตั้งกลุ่มบ้านสีขาวในชุมชน และมีโครงการจะขยายเครือข่ายแพร่ความรู้ แนวคิดให้แก่ทุกครอบครัวในชุมชน

5.3 การพัฒนาศักยภาพเยาวชนผลการดำเนินการเกิดกลุ่มแกนนำเยาวชน จำนวน 15 กลุ่ม ครอบคลุมหมู่บ้าน และร่วมกันกำหนดแผน /โครงการ ป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยเยาวชน
ขั้นตอนที่จะดำเนินการต่อไป คือ การติดตามประเมินผลและสนับสนุนให้ชุมชนดำเนินโครงการเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด ต่อไป

พรทิพย์ อังกุสดี (2539) ได้วิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของสตรีผู้นำในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในจังหวัดราชบุรี พบว่า

1. สตรีผู้นำมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ ความรู้ ความเข้าใจและการได้รับข่าวสาร

3. ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ รายได้และระยะเวลาที่อาศัยอยู่

กรมสุขภาพจิต (2547) ได้วิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพใจประชาชน พบว่า การติดตามสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ เป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารโครงการ ที่จะทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการได้ทันที่ และยังเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ประชาชนระดับแกนนำเพราะเป็นการแสดงความ เอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่และผู้บังคับบัญชาในการส่งสัญญาณให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินโครงการ การติดตามและสนับสนุนมากมีผลต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในพื้นที่มากทำให้เข้าใจข้อมูลดี และได้

ความร่วมมือสามัคคีกันดี การประสานงานได้เร็ว ข้อมูลชัดเจน ชาวบ้านได้ประโยชน์ มีที่เลี้ยง
ร่วมคิดร่วมทำ

ฉัตรภรณ์ วิวัฒนาวิช (2537) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมใน
การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประชาชน ในหมู่บ้านพลาและหมู่บ้านพูน
อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง พบว่า การรับรู้ข่าวสารในด้านการอนุรักษ์มีความสัมพันธ์ต่อการมี
ส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

วิไลพร สมบูรณ์ชัย (2534) ได้วิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาพัฒนาชุมชน ใน
การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดลำปาง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของ
อาสาพัฒนาชุมชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

ชัยโรจน์ ธนสันติ (2535) ได้วิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของกรรมการสภาตำบลในการ
อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การมีส่วนร่วมของ
คณะกรรมการสภาตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ ระยะเวลาที่
อาศัยในท้องถิ่น จำนวนพื้นที่ถือครอง การได้รับข่าวสาร การเข้ารับการอบรม การเป็นกรรมการ
ที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและ ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ เพศ อายุ
ระดับการศึกษา จำนวนบุตร และระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งกรรมการสภาตำบล

ปัญญา เสวีเสวี (2539) ได้วิจัยเรื่อง ความคิดเห็นของประชาชนในเขตจอมทองที่มีต่อ
บทบาทผู้นำชุมชน กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน พบว่า

1. ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และระยะเวลาที่
อาศัยอยู่ในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน
2. พฤติกรรมในการติดต่อสื่อสารงานพัฒนาชุมชนของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการ
มีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน
3. บทบาทของผู้นำชุมชนตามความคิดเห็นของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วน
ร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน

กรรณิการ์ ชมดี (2524) ได้วิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนา
เสริมธุรกิจ : กรณีศึกษาโครงการสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
ศึกษาจากกลุ่มประชากรตัวอย่าง 128 ราย พบว่า

1. ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพในหมู่บ้านและการเคยเป็นสมาชิกกลุ่มอื่น ๆ มาก ไม่มี
ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ
2. อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง จำนวนถือครองที่ดิน และรายได้ ไม่มี
ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน

3. การชักจูงของกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล ครู คณะกรรมการสภาตำบล คณะกรรมการชุมชน เจ้าหน้าที่โครงการสารภี เจ้าหน้าที่เกษตรกรและพัฒนากร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

5. สำหรับแบบของการมีส่วนร่วม ได้แก่ การร่วมประชุมออกวัสดุอุปกรณ์ การร่วมเป็นผู้ริเริ่ม และการเป็นผู้ร่วมชักชวน มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ แต่การร่วมออกเงิน การเป็นกรรมการ และการร่วมเป็นผู้นำ ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ

เพ็ญศรี รัตนะ (2536) ได้วิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาสิ่งแวดล้อมของกรมการพัฒนาชุมชน : กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยกว่าครึ่ง (< 50 %) สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาสิ่งแวดล้อม พบว่า การถือครองที่ดิน การเป็นสมาชิกกลุ่ม การเป็นอาสาสมัครและการรับรู้เกี่ยวกับงานพัฒนาสิ่งแวดล้อมของประชาชน มีผลทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในงานพัฒนาสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเป็นหนี้สิน การมีคนในครอบครัวไปทำงาน ต่างถิ่น การเป็นกรรมการหมู่บ้าน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนเกือบ ทุกกิจกรรม นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยในเรื่อง อายุ อาชีพ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนแต่อย่างใด

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ บุญเสริม หุตะแพทย์ และประกายรัตน์ ภัทรชิตี (2545) ได้วิจัยเรื่องความคิดของผู้ปกครองเกี่ยวกับการจัดบริการสถานรับเลี้ยงเด็กในเขตกรุงเทพมหานคร : ความต้องการ รูปแบบ และคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับการจัดบริการสถานรับเลี้ยงเด็กในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านความต้องการ รูปแบบ และคุณภาพ โดยสำรวจความสอดคล้องของรูปแบบการจัดบริการสถานรับเลี้ยงเด็ก ทั้งภาครัฐและเอกชนกับความต้องการของผู้ปกครอง องค์กรประกอบที่ควรคำนึงในการจัดบริการสถานรับเลี้ยงเด็ก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการจัดบริการสถานรับเลี้ยงเด็ก การดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของเด็กอายุแรกเกิดถึง 3 ปี และ 3-6 ปี ที่ใช้บริการสถานรับเลี้ยงเด็กในเขตกรุงเทพมหานคร 6 เขต ได้แก่ ธนบุรี เขตบางกอกน้อย เขตราชเทวี เขตจตุจักร เขตปทุมวัน เขตพระโขนง โดยสุ่มเลือกสถานรับเลี้ยงเด็กที่ดำเนินการโดยรัฐ 2 แห่ง และเอกชน 2 แห่ง ในแต่ละแห่ง รวมทั้งหมด 48 แห่ง และสุ่มตัวอย่างผู้ปกครองแบบบังเอิญแห่งละประมาณ 35 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด 1,042 คน เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าความถี่และค่าร้อยละ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อความต้องการใช้บริการสถานรับเลี้ยงเด็กอยู่ในระดับมากและระบุความต้องการบริการเฉพาะด้านในสถานรับเลี้ยงเด็ก คือ การพัฒนาลักษณะเฉพาะด้านให้กับเด็ก

2) ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อรูปแบบของการจัดบริการสถานรับเลี้ยงเด็กว่าการดำเนินการโดยผู้ที่มีความรู้ด้านเด็กและมีมาตรฐานการจัดบริการแบบเดียวกัน ทั้งนี้ให้มีการจัดกิจกรรมสำหรับเด็กที่เน้นทักษะการช่วยตนเองในเด็กกลุ่มอายุ 0-3 ปี และกิจกรรมการอ่าน เขียน-นับเลข ในกลุ่มอายุ 3-6 ปี

3) ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความเห็นต่อคุณภาพการจัดบริการสถานรับเลี้ยงเด็กว่าปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสถานรับเลี้ยงเด็กอันดับแรก คือความสะดวกในการเดินทางจากบ้านถึงสถานรับเลี้ยงเด็กและสถานรับเลี้ยงเด็กควรจัดอาหารมื้อกลางวันและอาหารว่างให้เด็กโดยคำนึงถึงคุณค่าสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่

4) ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อคุณสมบัติของผู้ดูแลเด็กว่าควรเป็นเพศหญิงมีระดับการศึกษาสูงสุดอย่างน้อยระดับปริญญาตรีและมีความรู้ด้านจิตวิทยาเด็กหรือพัฒนาการเด็ก และมีประสบการณ์การอบรมเลี้ยงดูเด็กมาก่อน และอัตราส่วนของผู้ดูแลเด็กต่อเด็กควรเป็น 1:3 - 1:10 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับช่วงวัยของเด็ก ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นสภาพการณ์ของการจัดบริการสถานรับเลี้ยงเด็กสำหรับอายุ 0-3 ปี และ 3-6 ปี ว่าผู้ปกครองในเขตกรุงเทพมหานครมีความต้องการใช้บริการสถานรับเลี้ยงเด็กอยู่ในระดับสูง โยคาดหวังว่าสถานรับเลี้ยงเด็กจะช่วยในการพัฒนาเด็กและแบ่งเบาภาระของครอบครัว และมีการจัดบริการที่มีคุณภาพ

กิริติกานต์ วันถนอม (2539) ได้วิจัยเรื่องการวิเคราะห์รูปแบบ เนื้อหาและปัจจัยที่มีบทบาทต่อการสร้างสรรค์เพลงโฆษณา การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะ รูปแบบ เนื้อหาเพลงโฆษณาทางสื่อโทรทัศน์ เพื่อทราบ และเข้าใจถึงปัจจัยที่มีบทบาทต่อการสร้างสรรค์เพลงโฆษณา และศึกษารวมไปถึงรูปแบบ เนื้อหาของภาพยนตร์ โฆษณาที่ใช้เพลงโฆษณาด้วยการศึกษาในครั้งนี้เป็นการ ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้กรณเเนงกิดในการวิเคราะห์คือ เเนงกิดเกี่ยวกับเพลงโฆษณา เเนงกิดเกี่ยวกับภาพยนตร์ โฆษณา ทฤษฎีลำดับความต้องการ ทฤษฎีการจูงใจ ทฤษฎีสัญญะวิทยา เเนงกิดเกี่ยวกับภาพยนตร์ โดยแบ่งการศึกษา ออกเป็น 4 ตอน ผลการวิจัยพบว่า

ตอนที่ 1 รูปแบบภาพยนตร์โฆษณา ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างภาพลักษณ์ ใช้รูปแบบการนำเสนอ 2 รูปแบบ คือผู้แสดงเป็นผู้ร้องเพลงและผู้แสดงไม่ได้เป็นผู้ร้องเพลง มีแนวทาง

การนำเสนอส่วนใหญ่ใช้ผู้นำเสนอทั้ง ที่มีและไม่มีชื่อเสียง การใช้จุดดึงดูดใจระหว่างเพลงลักษณะ ละครสั้น และการแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นต้น

ตอนที่ 2 รูปแบบเพลงโฆษณามีลักษณะเฉพาะตัวที่ แตกต่างจากเพลงทั่วไปหลาย ประการ เช่น วัตถุประสงค์ ของการนำไปใช้ ที่มาของเพลงโฆษณา ความยาว คำร้อง ในเพลง โฆษณา การประพันธ์คำร้อง การใช้ภาษา และการขับร้อง

ตอนที่ 3 เนื้อหาเพลงโฆษณาและภาพยนตร์โฆษณา มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้ บริโภคผู้สร้างสรรค์ ใช้สิ่งจูงใจทางด้านอารมณ์และสิ่งจูงใจทางด้านอารมณ์ร่วม กับด้านเหตุผล เพื่อกระตุ้นความต้องการทางจิตวิทยาของผู้บริโภค เช่นความต้องการทางด้านสังคม ความต้องการ ความมั่นคงและปลอดภัย โดยการสร้างสัญลักษณ์เพื่อสื่อความหมายผ่านตัวผู้แสดง สิ่งของ ผลิตภัณฑ์ และส่วนประกอบต่าง ๆ ของภาพยนตร์โฆษณา เป็นต้น ในด้านการใช้ภาษา ที่ทำให้เกิดภาพพจน์ ในคำร้องของเพลงโฆษณาส່วนใหญ่ใช้ในรูปแบบของอิพจน์และบุคลาธิษฐาน

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีบทบาทต่อการสร้างสรรค์เพลงโฆษณา มี 2 ลักษณะ คือ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีบทบาทมาก โดยเปรียบเทียบ เช่น ภาพยนตร์โฆษณา ความยาว ผู้โฆษณา ตัวแทน โฆษณา ผลิตภัณฑ์และผู้บริโภค เป็นต้น ปัจจัยภายใน ตัวบุคคลมีบทบาทน้อย เช่น อารมณ์ความรู้สึก จินตนาการและประสบการณ์

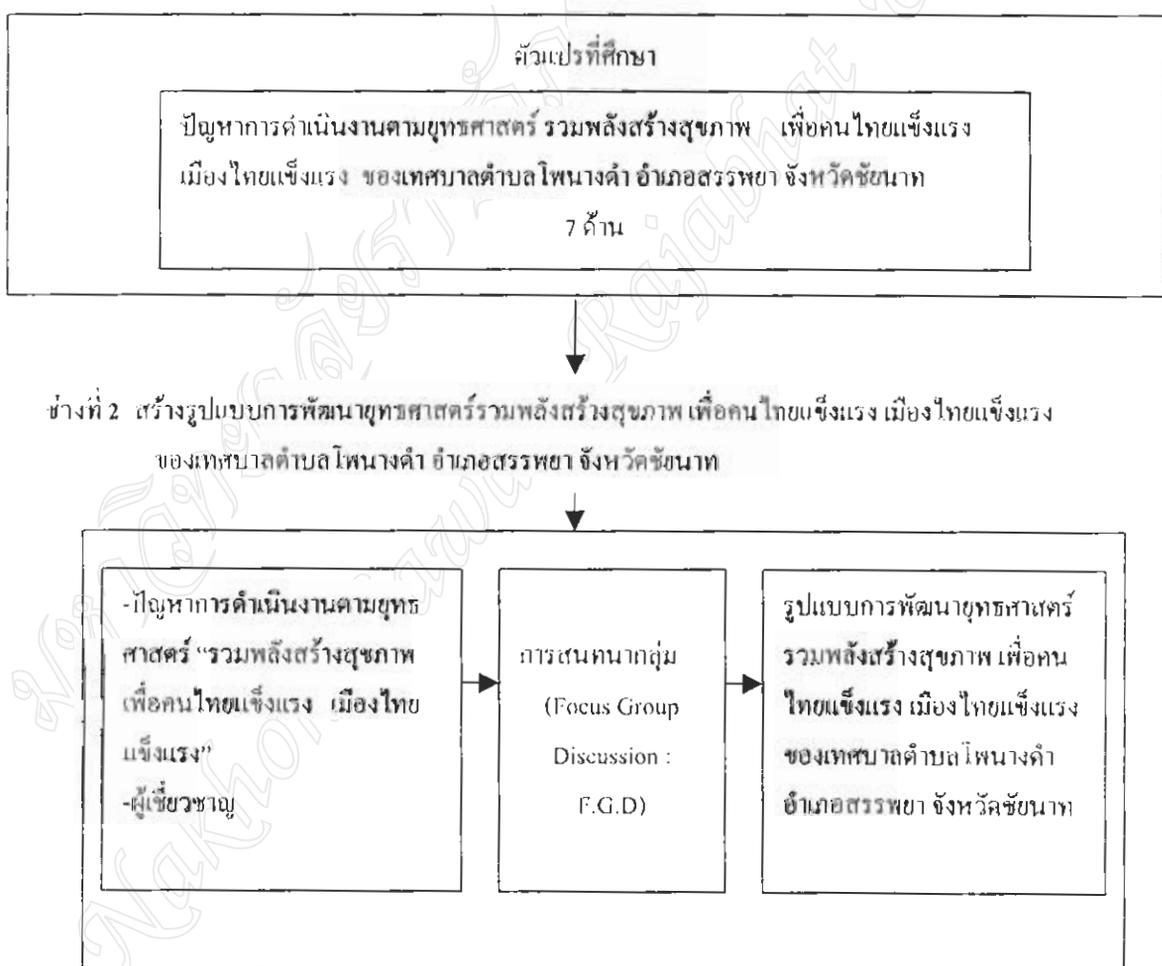
สมชาย สกฤติศิริภรณ์ (2539) ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำจัดน้ำเสียในโรง พยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการน้ำเสียโรงพยาบาลของ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งควบคุมคุณภาพน้ำทิ้ง ให้ได้มาตรฐานกำหนด การพัฒนารูป แบบดังกล่าว ได้มีการดำเนินการพัฒนาระหว่างปี พ.ศ.2516-2539 การก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย ในโรงพยาบาลของรัฐ จะครบ 100 เปอร์เซ็นต์ ในปี พ.ศ.2541 การดำเนินการก่อสร้าง ได้มีการใช้ ระบบ Turn Key โดยใช้ภาคเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ และภาครัฐบาล เป็นผู้ควบคุมกำกับ สำหรับการประเมินประสิทธิภาพ ของระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่า ระบบมีประสิทธิภาพ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานกำหนด ถึงร้อยละ 72.8 และไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานกำหนดร้อยละ 22.7 เมื่อพิจารณาความคุ้ม ค่าของสุขภาพอนามัยของประชาชน อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลอนามัย กังแวดล้อม และมีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดี ในการนำไปประยุกต์ใช้ กับหน่วย งานอื่นต่อไป การพัฒนารูปแบบการจัดการน้ำเสีย โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข จัดว่าเป็น การจัดการน้ำเสีย ที่สามารถจัดการแบบเบ็ดเสร็จ ในขณะที่ส่วนราชการมีบุคลากร จำนวนจำกัด ก็ ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ โดยใช้ระบบ Turn Key Project โดยใช้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการ และ ภาครัฐเป็นผู้ทำหน้าที่ควบคุมกำกับ ซึ่งทำให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ ตามที่กำหนดในขณะ

เดียวกัน การจัดการน้ำเสียโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข ยังมุ่งเน้นการปรับโฉม ของระบบ บำบัดน้ำเสีย ให้มีความเหมาะสม ทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ โดยมีปัจจัยสำคัญ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาพพื้นที่ กว้างขวางธุรกิจ ตลอดจนวิถีชีวิตของประชาชนเป็นหลักสำคัญ โดยคำนึงถึง ประโยชน์ หรือคุณภาพของชีวิต ของประชาชน ทั้งทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับหน่วยงานอื่น ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ ทั้ง ภาครัฐและเอกชน

กรอบความคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ รวมถึงสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง รวมทั้งแนวคิด ทฤษฎี ต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ศึกษาปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของประชาชน นำมาวิเคราะห์เป็นรูปแบบ การพัฒนายุทธศาสตร์ รวมถึงสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ของเทศบาลตำบล โพนางคำ อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาท สามารถนำเสนอกรอบความคิดได้ดังนี้

ช่วงที่ 1 ศึกษาปัญหาการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ รวมถึงสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ของเทศบาลตำบล โพนางคำ อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาท



ภาพที่ 3 แสดงกรอบความคิดในการวิจัย