

ผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว



นางเยาวดี สุวรรณาคะ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชาสารัตถศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2543

ISBN 974-13-0894-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**THE EFFECT OF EMPOWERMENT EDUCATION PROCESS
ON FAMILY HEALTH LEADER DEVELOPMENT**



Mrs. Yoavadee Suwannaka

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
**A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
For the Degree of Doctor of Philosophy in Development Education**

Department of Foundations of Education

Faculty of Education

Chulalongkorn University

Academic Year 2000

ISBN 974-13-0894-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนา
แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
โดย นางเยาวดี สุวรรณนาคะ
ภาควิชา สारตตศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุมพล พูลภัทรชีวิน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อลิศรา ชูชาติ

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาคุษภีบัณฑิต

.....คณบดีคณะครุศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูริย์ สินลารัตน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พฤทธิ ศรีบรรณพิทักษ์)

.....(อาจารย์ที่ปรึกษา)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน)

.....(อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อลิศรา ชูชาติ)

.....(กรรมการ)
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว)

.....(กรรมการ)
(อาจารย์ ดร. ชื่นชนก โควินท์)

เยาวดี สุวรรณนาคะ : ผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพ
 ประจำครอบครัว (THE EFFECT OF EMPOWERMENT EDUCATION PROCESS ON
 FAMILY HEALTH LEADER DEVELOPMENT) อ.ที่ปรึกษา: ผศ. ดร. จุมพล พูลภัทรชีวิน,
 อ.ที่ปรึกษาร่วม: ผศ. ดร. อลิศรา ชูชาติ ; 296 หน้า. ISBN 974-13-0894-9

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการเห็นคุณค่า
 ในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของแกนนำ
 สุขภาพประจำครอบครัว รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
 จาก 2 ชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและภาวะสุขภาพอนามัย คัดเลือกเป็นกลุ่ม
 ทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง
 ความเชื่อในความสามารถของตนเอง แนวการสังเกตและสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานในชุมชนและกิจกรรมด้านสุขภาพ
 อนามัยในชุมชน และหลักสูตรการฝึกอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำ
 ครอบครัว การเก็บข้อมูลกระทำ 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล การวิเคราะห์
 ข้อมูลใช้ค่าที ค่าสถิติเชิงสัมพันธ์ สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็น
 คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง แต่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะ
 ติดตามผล คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหลังการทดลอง
 และระยะติดตามผล การเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า
 คะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
 คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติ และกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์เนื้อหา
 และการประเมินผลโครงการฝึกอบรมของกลุ่มทดลองพบว่า มีการเพิ่มความสามารถในการทำงานร่วมกัน คือมีการ
 พัฒนาทักษะการฟัง การพูด การวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน การนำทรัพยากรมาใช้และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง
 ประชาชนในหมู่บ้านมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของครอบครัวและชุมชน และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน
 เพิ่มมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังมีผลในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำ
 ครอบครัวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ควรมีการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบุคลากรด้าน
 สาธารณสุขในชุมชนต่อไป

ภาควิชา สาร์ตศึกษา
 สาขาวิชา พัฒนศึกษา
 ปีการศึกษา 2543

ลายมือชื่อนิสิต.....
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

3971404227 : MAJOR DEVELOPMENT EDUCATION

KEY WORD : EMPOWERMENT EDUCATION PROCESS/FAMILY HEALTH LEADER

YOAVADEE SUWANNAKA : THE EFFECT OF EMPOWERMENT EDUCATION PROCESS ON FAMILY HEALTH LEADER DEVELOPMENT. THESIS ADVISOR: ASSIST. PROF, CHUMPOL POOLPATARACHEWIN Ph.D. THESIS COADVISOR: ASSIST. PROF. ALISARA CHUCHAT Ph. D 297 pp. ISBN 974-13-0894-9

The purpose of the research was to study the effects of empowerment education process on self esteem, self efficacy and community health actions of the family health leaders. Quasi experimental research was chosen for this study. The study samples were two communities that shared similar context and were selected as experimental group and control group; and thirty family health leaders were recruited for each group. The research instruments were the self esteem and self efficacy questionnaires, the guidelines for observation as well as interview protocol for collecting community data and community health actions, and the curriculum of the empowerment education training programme. Data were collected at the pretest, posttest, and follow up stages. The t-test, paired t-test and descriptive statistics were used in analyzing the data, the content analysis was also used.

The findings were the empowerment education process had no significant effect on the experimental group regarding self esteem at the posttest stage but significant improvement was found at the follow-up stage; significant improvement of self efficacy was found at the posttest and follow-up stages. When comparison between groups at posttest and follow-up stages was made, no significant change of self esteem was found; however self efficacy changed significantly. In addition the community health actions were increased more in the experimental group than in the control group. The content analysis and the evaluation of the training programme found that the experimental group increased their capacity to work together in a participatory manner, they developed skills of listening, speaking, problem analysis and consensus building, seek and utilized resources and became change agents, and the villagers themselves had awareness of family and community health. Overall they developed a stronger sense of community.

It can be conclude that the empowerment education process in this research was an effective training for family health leaders at both the individual and community level, and it were made personal and community change. Thus it should be applied further to the training of the community health workers.

Department: Foundations of Education

Student signature.....

Field: Development Education

Advisor signature

Year 2000

Coadvisor signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุมพล พุฒภัทรชีวิน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อลิศรา ชูชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนเอาใจใส่ด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ขอขอบคุณ ผศ. ศิริเพ็ญ มากบุญ และ ผศ. พิชัย พิมพ์ทองงาม ที่กรุณาให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณคณาจารย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาทและอาจารย์ราตรี สมนึกที่กรุณาเป็นผู้ช่วยวิทยากร ขอขอบคุณคุณประกอบ ศรีวิจนะ และคุณรพีพรรณ จันทนลาซ ที่ช่วยตรวจต้นฉบับ คุณสมศรี จุลวานิช และคุณมสารัตน์ พงศ์ชนโรจน์ คุณธัญลักษณ์ คล่องแคล่ว ที่ช่วยพิมพ์ต้นฉบับ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่อนามัยในพื้นที่ คุณพรธิดา เวียงสงค์ และคุณบุญชู สายบัว ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและที่สำคัญที่สุดขอขอบคุณพี่น้องชาวบ้านน้ำซับและบ้านใหม่จังหวัดลพบุรี ผู้เป็นกัลยาณมิตรที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยความยินดี และมีความรัก ความปรารถนาดีต่อผู้วิจัย ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่อยู่บนเส้นทางแห่งการเรียนรู้ที่ยิ่งใหญ่ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

สุดท้าย ขอระลึกถึงพระคุณคุณพ่อผู้ล่วงลับที่ได้ปลูกฝังความมุ่งมั่นในการศึกษาแก่ลูกทุกคน ขอขอบพระคุณคุณแม่ และญาติพี่น้อง “วีระกุล” และ “สุวรรณนาคะ” ที่ให้กำลังใจและเฝ้ารอ ขอขอบพระคุณ พ.อ.เรืองศักดิ์ สุวรรณนาคะ ที่ให้กำลังใจ และความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทรตลอดมา ขอขอบคุณ จสอ. วุฒิ อินทรรัตน์ จสอ. วันชาติ ช่างพาน จสอ. เกษม ทองคำ และชาวกรมรบพิเศษที่ 2 ที่คอยดูแลและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ขอขอบคุณพี่ เพื่อน และน้องชาวพัฒนศึกษา ที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจ

เยาวดี สุวรรณนาคะ

30 เมษายน 2544

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	10
สมมติฐานการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
การสาธารณสุขมูลฐาน	12
การศึกษาเพื่อสร้างพลัง	44
แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	80
แนวคิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง.....	85
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	89
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	96
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	97
รูปแบบการวิจัย.....	97
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	98
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	99
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	103

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	104
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	109
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	111
4 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน.....	112
ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนกลุ่มทดลอง	112
ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนกลุ่มควบคุม	123
5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	136
6 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	163
สรุปผลการวิจัย.....	163
การอภิปรายผล.....	170
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย.....	176
รายการอ้างอิง	178
ภาคผนวก.....	187
ภาคผนวก ก	188
ภาคผนวก ข	246
ภาคผนวก ค	264
ภาคผนวก ง	280
ภาคผนวก จ	295
ประวัติผู้วิจัย.....	297

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 แสดงจุดมุ่งหมายและสรุปนวัตกรรม รวมทั้งเครื่องมือชี้วัดในการพัฒนาการ สาธารณสุขมูลฐานในสถานการณ์ปัจจุบัน.....	35
แผนภูมิที่ 2 กระบวนการสร้างพลังของคินลอรี.....	56
แผนภูมิที่ 3 แบบจำลองการสร้างพลังตามแนวคิดของ วอกท์และเมอร์เรล.....	59
แผนภูมิที่ 4 ปฏิสัมพันธ์ของพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคลและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม	85
แผนภูมิที่ 5 รูปแบบความสัมพันธ์ และความแตกต่างระหว่างความคาดหวังใน ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ.....	87
แผนภูมิที่ 7 แสดงกรอบแนวความคิดในการวิจัย.....	96

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	138
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล	141
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความเชื่อในความสามารถในของตนเองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	142
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	143
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	144
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถตนเองระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	144
ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถตนเองระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	145
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองระหว่างก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง.....	146
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อในความสามารถตนเองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม	146
ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มควบคุม.....	147
ตารางที่ 11 แสดงร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อการอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	148

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 เมื่อปี พ.ศ. 2520 ประเทศภาคีสมาชิกได้กำหนดเป้าหมายหลักทางสังคม คือ การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2521 มีการประชุมที่เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ได้มีข้อตกลงให้ใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีแนวคิด “สุขภาพดี” เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และประเทศไทยในฐานะประเทศภาคีสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการตามมติดังกล่าวและกำหนดเป้าหมายการพัฒนาด้านสาธารณสุขให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ.2543 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – 2524) และได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบัน โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักในการดำเนินการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกลวิธีที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ ตลอดจนปรับบทบาทจากผู้รับบริการเป็นผู้ให้การสนับสนุนบริการ โดยให้ประชาชนและองค์กรชุมชนเป็นผู้ริเริ่มและลงมือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนด้วยตนเอง สิ่งทีนอกเหนือจากความสามารถที่ประชาชนและองค์กรชุมชนทำได้ รัฐจะเป็นผู้ให้บริการ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537: 1) นอกจากนี้การสาธารณสุขมูลฐานยังเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือของส่วนราชการในการดำเนินงาน โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก ร่วมกับการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพในชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีและลักษณะสังคมของประชากรในท้องถิ่น รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพให้ทันกับความต้องการและได้พัฒนาการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานให้เชื่อมโยงกับกิจกรรมการพัฒนาท้องถิ่นด้านอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในลักษณะการรับช่วงต่อจากท้องถิ่นร่วมกับการพัฒนาระบบการสื่อสารภายในชุมชน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นประเด็นสำคัญ ดังเห็นได้จากกิจกรรมและโครงการต่างๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขนำเข้ามาปฏิบัติในชุมชน เช่น

การมีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) โครงการประกวด ผสส. อสม. และหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537: 8)

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขพบว่าปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไป สืบเนื่องจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกและการเปลี่ยนแปลงภายในประเทศ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ทำให้บุคคลและสังคมบางส่วนปรับตัวตามไม่ทัน ก่อให้เกิดความไม่สมดุลของการพัฒนาในหลายลักษณะ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในวิถีการดำเนินชีวิต สถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพอนามัย และรูปแบบความต้องการบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศ ที่เห็นได้ชัดคือในอดีตปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความยากจน การขาดแคลนบริการด้านสุขภาพ ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แต่ปัจจุบันปัญหาใหม่ๆ ทางด้านสาธารณสุขเป็นผลจากปัญหาสังคม สิ่งแวดล้อมและการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด อุบัติเหตุ การติดยาเสพติด โรคเอดส์ และความเครียด (แผนพัฒนาการสาธารณสุข พ.ศ. 2540–2544, 2539) นอกจากนี้ ยังมีปัญหาประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยเนื่องจากค่าบริการสูง ระบบสาธารณสุขที่มีอยู่ขาดประสิทธิภาพ การขาดข้อมูลความรู้ที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและเพื่อการเลือกใช้บริการอย่างเหมาะสมของประชาชน รัฐละเลยต่อความรู้ของภูมิปัญญาไทยด้านสมุนไพรและแพทย์แผนไทย การนำเทคโนโลยีมาใช้อย่างไม่เหมาะสมรวมทั้งปัญหาค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (คณะอนุกรรมการโครงการจัดทำระบบบัญชีสุขภาพแห่งชาติ, มติชน (29 ส.ค.41: 20) จากปัญหาดังกล่าว สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้เร่งดำเนินการแก้ไข โดยระดมการมีส่วนร่วมของประชาชน การนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ การจัดระบบบริการสาธารณสุขของรัฐและให้การสนับสนุนและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานดังกล่าวสะท้อนให้เห็นได้จากการนำความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มาใช้เพื่อบรรลุความมีคุณภาพชีวิต (Quality of life) แต่ยังคงขาดคุณภาพและความชัดเจนอีกหลายประการ อาทิเช่น ประชาชนยังไม่ได้ตระหนักถึงกระบวนการ จปฐ. อย่างแท้จริง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการสาธารณสุข ถึงแม้ว่าการดำเนินงานจะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปแบบของ อสม. ให้มีบทบาทหน้าที่เป็นตัวกลางการให้บริการสาธารณสุขได้เป็นจำนวนมาก แต่ยังคงพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนยังอยู่ในรูปแบบของการจัดตั้งจากภาครัฐมากกว่าที่จะเกิดจากความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ดังจะเห็นได้จากการอบรม อสม. เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว มิได้ส่งเสริมวิถีคิดของ อสม. ในด้านอื่นๆ และในการดำเนินงานที่ผ่านมา การที่ อสม. เป็นกลไกในการถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชนใน

ละแวกบ้านประมาณ 8-15 หลังคาเรือน พบว่าหลักเกณฑ์นี้ไม่สามารถวัดผลได้อย่างชัดเจน และไม่มีความมั่นใจเพียงพอว่าประชาชนในแต่ละครอบครัวจะได้รับการถ่ายทอดความรู้จริง และจากการสำรวจจำนวน อสม. พบว่ามีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ทำให้ครอบครัวได้รับการถ่ายทอดความรู้ไม่สม่ำเสมอ (คณะอนุกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2540: 54)

จากปัญหาสาธารณสุขและการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง โดยเฉพาะภาวะวิกฤติทางด้านเศรษฐกิจที่รัฐต้องออมเงินตราไว้มากที่สุด ทำให้งบประมาณทางด้านสาธารณสุขถูกจำกัด แต่ในทางตรงกันข้ามค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพกลับสูงขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายดังกล่าว การแก้ปัญหาสาธารณสุขจึงควรเน้นที่การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ นักการสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องได้ศึกษาทบทวนแนวทางในการพัฒนา และมีความเห็นร่วมกันว่าควรเน้นบทบาทของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญเพราะนอกจากจะช่วยกระจายการบริการอย่างครอบคลุมแล้ว ยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็นอีกด้วย ดังนั้น แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขจึงมุ่งไปสู่การพัฒนาศักยภาพของคนและครอบครัว เพื่อให้สามารถดำรงตนอย่างเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกันก็มุ่งหวังให้คนในสังคมรวมพลังเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดรับกับปรัชญาของการสาธารณสุขมูลฐาน เรื่องการพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ และสะท้อนแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพและสวัสดิการของตนเอง ตลอดจนแง่มุมอื่นๆ ของการพัฒนาชุมชน กระบวนการนี้ทำให้บุคคลเป็นผู้กระทำการพัฒนาตนเอง มิใช่เป็นเพียงผู้รับความช่วยเหลือในการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรพงษ์ แก้วหาญ (2539: 21) ที่ได้สะท้อนแนวคิดของนักวิชาการสาธารณสุขไว้ว่า “ถ้าสุขภาพไม่ได้เริ่มที่บุคคล ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน ก็ไม่ต้องหวังว่าจะบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543” ตามนัยนี้ความสำคัญของการพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุขต้องเชื่อมโยงกันระหว่างบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังนั้น การจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (กระทรวงสาธารณสุข, 2540: 260-261) จึงสรุปว่าประชาชนควรมีคุณลักษณะดังนี้ ประการที่ 1 ประชาชนมีความตระหนักที่จะรับรู้ ประเมินและเลือกใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของตนเองและสังคม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเลือกรับบริการ ประการที่ 2 ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประการที่ 3 ประชาชนมีบทบาทร่วมมือในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของตนเองและสังคม ตลอดจนติดตามเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ประการที่ 4 ประชาชนสามารถร่วมมือในการช่วยเหลือและสนับสนุนงานพัฒนาสาธารณสุข โดยใช้ประโยชน์จากองค์กรประชาชนและองค์กรท้องถิ่น ตลอดจนประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านอย่างเต็มที่ ประการที่ 5 ประชาชนสามารถดูแลบุคคลใน

ครอบครัวที่เป็นภาระต่อสังคม ให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ได้แก่ คนชรา คนพิการและผู้ป่วยโรคเอดส์ และประการที่ 6 ประชาชนสามารถประสานความร่วมมือกับภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสถานบริการระดับตำบล สำหรับทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต มีแนวทางการดำเนินงานในลักษณะดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2540: 260) แนวทางที่ 1 การเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาโดยมีเป้าหมายในเรื่องการพัฒนาศักยภาพของประชาชนเป็นสำคัญ เน้นเรื่องความรู้ คุณภาพและจริยธรรม กรอบแนวคิดนี้จะมีผลต่อการพัฒนาสาธารณสุขของประชาชนโดยตรง โดยเฉพาะการพัฒนาให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ รวมทั้งมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แนวทางที่ 2 เน้นความสัมพันธ์ที่อบอุ่นของครอบครัวอันเป็นพื้นฐานของการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนได้ใช้ความสัมพันธ์เป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพในท้องถิ่น และแนวทางที่ 3 ส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการดำรงชีวิตของประชาชน พัฒนาประชาชนให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 จึงได้กำหนดแนวคิด วิธีดำเนินงาน และเป้าหมายต่างๆ ขึ้น โดยการกระจายอำนาจรัฐลงสู่ประชาชนเน้นความสำคัญในระดับครอบครัวให้บุคคลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพจนสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งและสามารถช่วยแก้ไขปัญหามุมชนได้ โดยการเพิ่มศักยภาพของแกนนำสาธารณสุขและสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของส่วนรวม ส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้านและการพัฒนาแบบบูรณาการโดยการสนับสนุนประสานงานให้เกิดการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับแผนงานดังกล่าวจึงได้กำหนดให้ครอบครัวหนึ่งต้องมีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีบทบาทหน้าที่คือ มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพอนามัย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน รวมทั้งเป็นเครือข่ายสุขภาพกับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542: 1 - 2)

สำหรับแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขถือเป็นนโยบายเร่งด่วน ในการหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดด้วยการจัดงบประมาณส่วนหนึ่งให้แต่ละจังหวัดพิจารณาถึงความเหมาะสมของการพัฒนาในรูปแบบต่าง ๆ ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชนและที่สำคัญคือให้โอกาสประชาชนตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่ โดยตั้งเป้าหมายว่าในปี พ.ศ. 2542 ต้องดำเนินการให้ได้อย่างน้อยตำบลละ 1 หมู่บ้านและครอบคลุมทุกพื้นที่ภายใน 5 ปี ซึ่งแนวคิดในการพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2538: 14) เกี่ยวกับการพัฒนาประชาชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินการในท้องถิ่นพบว่า หัวใจของความสำเร็จในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นขึ้นอยู่กับคุณภาพของคนในท้องถิ่นเป็นสำคัญ คุณภาพดังกล่าวจะเกิดเมื่อคนในท้องถิ่นได้รับการพัฒนาด้านความรู้ ความคิด ความสามารถอย่างต่อเนื่อง และจะทำให้เกิดอำนาจต่อรองขึ้นโดยธรรมชาติ สามารถเรียกร้อง พิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการเมืองการปกครองตามระบอบประชาธิปไตยอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการพัฒนาทรรชนะใหม่ของการศึกษาและการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่สมบัติ สุวรรณพิทักษ์ (2538: 70) ให้ความเห็นไว้ว่าองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการศึกษาและการเรียนรู้คือ การเพิ่มบทบาทของชุมชนให้มีการเรียนรู้ โดยผู้เรียนริเริ่มจัดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองในลักษณะเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ คือ การเรียนรู้จะต้องเป็นเรื่องที่ผู้เรียนทำได้หรือนำไปใช้ได้จริงและกระบวนการเรียนรู้นั้นถือเป็นกระบวนการเพื่อสร้างพลังที่จะสร้างอนาคตที่ดีต่อไปได้ ดังนั้น แนวทางในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจึงต้องเป็นแนวทางที่สามารถทำให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถสร้างพลังกับตนเองเพื่อที่จะพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยต่อไป และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการสร้างพลังเป็นแนวทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นแนวคิดมีขอบเขตรอบคลุมทั้งด้านจิตสังคม การเมืองและจริยธรรม อีกทั้งเป็นพื้นฐานแนวคิดทางสังคมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาบุคคล การพัฒนาชุมชน การปรับปรุงคุณภาพชีวิต ตลอดจนก่อให้เกิดความเสมอภาคในสังคม (Wallerstein & Burnstein, 1988) การสร้างพลังเป็นแนวคิดที่เป็นทั้งกระบวนการในการช่วยเหลือบุคคล เป็นผลลัพธ์จากการสร้างพลังและเป็นแนวคิดเชิงนามธรรมที่เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกี่ยวข้องกับความต้องการส่วนบุคคล ช่วยในการเพิ่มความนับถือตนเอง เพิ่มประสิทธิภาพส่วนบุคคลและสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคลในทางบวก ซึ่งจะมีส่วนช่วยเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติงานของบุคลากร (Kieffer, 1984) ที่สำคัญการสร้างพลังเป็นการคิดในแนวประชาธิปไตยที่เน้นการกระจายอำนาจสู่บุคคลและเน้นการเจริญตามลำดับทางสังคมของบุคคล (Hegar and Hunzeber, 1988) หลักการสำคัญของการสร้างพลังคือการเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย สร้างวิสัยทัศน์ กำหนดพันธกิจ และการร่วมมือกันในการกำหนดแผนงานต่าง ๆ (Dixon, 1992) การสร้างพลังไม่ใช่เป็นเพียงการจูงใจ แต่ยังรวมถึงกระบวนการลงมือปฏิบัติอย่างเป็นระบบอีกด้วย (Baxter and Lisburn, 1994) นั่นคือการสร้างพลังต้องมีการตั้งเป้าหมาย กำหนดกลยุทธ์และวางแผนให้การจูงใจเหล่านั้นบรรลุผล เกิดความเจริญงอกงามขึ้นภายในตัวผู้ได้รับการสร้างพลัง ซึ่งการดำเนินการข้างต้นจำเป็นต้องพิจารณาก่อนว่า ผู้ได้รับการสร้างพลังคือใคร บริบทขององค์กรและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน

องค์กรเป็นอย่างไร แล้วกำหนดรูปแบบการสร้างพลัง ดำเนินการปรับปรุง และพัฒนารูปแบบดังกล่าวจนมีความเหมาะสมแล้วจึงจะนำไปใช้กับองค์กรที่จะได้รับการสร้างพลัง (Scott and Jaffe, 1991) แต่เนื่องจากแนวคิดการสร้างพลังมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางและในบริบทที่แตกต่างกัน ความเข้าใจและความชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างพลังจึงหลากหลาย พลังเคท (Plunkett, 1994) ได้ทำการวิจัยและจัดกรอบแนวคิดการสร้างพลังใหม่สรุปได้ว่า การสร้างพลังประกอบด้วย 2 มิติ คือ มิติบุคคลหรือการมีศักยภาพในการสร้างพลัง ซึ่งประกอบด้วยลักษณะทั่วไปของบุคคลและบทบาทเฉพาะตามแนวคิดของตน และมิติของโอกาสจากสภาพแวดล้อมในการสร้างพลัง ซึ่งผลของการสร้างพลังที่เกิดจากศักยภาพของคนและโอกาสจากสภาพแวดล้อมในการสร้างพลังที่แสดงออกมาเป็นทัศนคติ และพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของควิน (Quinn, 1997) ที่กล่าวว่า การสร้างพลังเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน ความหมายที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับว่านำมาใช้กับคน กลุ่มใด บริบทใด และได้เสนอว่าการสร้างพลังเกิดจาก 2 ลักษณะ คือ กระบวนการที่เกิดจากการมีกิจกรรมและความองงามของบุคคล กับการมีผู้แทนในการกระทำการต่างๆ ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มผู้นำหรือผู้บริหารในองค์กรหรือชุมชน ฉะนั้น ถ้าต้องการให้การสร้างพลังประสบความสำเร็จต้องกระทำควบคู่กันไป จากการศึกษาของ กูเยก (Kuyek cited in Kim, 1997: 356) พบว่า กรอบแนวคิดในการสร้างพลังบุคคล ครอบครัวและชุมชน ต้องรวมองค์ประกอบด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ซึ่งถือเป็นเครื่องมือหนึ่งในการอภิปรายกระบวนการศึกษาดังกล่าว และการสร้างพลังประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การให้การศึกษา การชี้้นำในการตัดสินใจ การสนับสนุนให้บุคคลบรรลุเป้าหมายและการจัดหาทรัพยากรรวมทั้งการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

เปาโล แฟร์ (อลิสรา ชูชาติ และคณะ, 2538: 25 – 26) นักการศึกษาชาวบราซิล ได้พัฒนาการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มจาก การฟัง การสนทนา การลงมือปฏิบัติและการพิจารณาทบทวนสะท้อนกลับการปฏิบัติของตน ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้นและเป็นวัฏจักรต่อเนื่อง โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ใช้วิธีการสนทนา แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นระหว่างผู้เรียน ให้ผู้เรียนสามารถระบุปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณญาณมองสังคมตามที่ควรจะเป็นพัฒนาวิธีที่จะแก้ไขอุปสรรคเป็นการพัฒนาศักยภาพตนเองดังที่วอลเลอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1988: 379)กล่าวว่า กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะส่งเสริมให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ ทำให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความเสมอภาคกันในสังคมด้วย จากแนวคิดของเปาโล แฟร์ (อลิสรา ชูชาติ, 2538: 25 – 26) พบว่า การศึกษาเพื่อสร้างพลังประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การได้รับประสบการณ์ การระบุประสบการณ์

การวิเคราะห์ประสบการณ์ การวางแผนและการปฏิบัติ ซึ่งวอลเลอร์ตีนและเบอร์นสตีนได้ประยุกต์แนวการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังของ เปาโล แฟร์ ตามขั้นตอนต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกในชุมชนและจัดโครงการอบรมหลังพบปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การใช้กระบวนการสนทนาให้เข้าใจสภาพปัญหาของสมาชิก ร่วมกันอภิปรายและรวบรวมหลักฐานไว้ เพื่อนำเสนอในรูปการแสดงละคร การเล่าเรื่อง ภาพถ่าย ขั้นตอนที่ 3 วิทยากรจะทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้และทรัพยากร

ดังนั้นในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงรากฐานของศักยภาพและทุนเดิมที่มีอยู่ในตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มปราชญ์ชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น หมอพื้นบ้าน กลุ่มผู้นำตามธรรมชาติ กลุ่มผู้นำของรัฐ นักวิชาการในท้องถิ่น ครูพระ เพื่อใช้เป็นขุมพลังทางปัญญาและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างสอดคล้องกับรากเหง้าของปัญหาและสภาพการณ์ที่แท้จริงในชุมชน ประสบการณ์การทำงานและบทเรียนของคนในชุมชนเหล่านี้ จะเป็นตัวสะท้อนถึงแนวทางการพัฒนาที่ควรจะเป็นไปในอนาคตของชุมชน การสร้างพลังจะมีความสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กรและชุมชน โดยมีความเกี่ยวพันกันตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพของบุคคล บริบทของวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการเมืองของชุมชนที่บุคคลเผชิญอยู่ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมที่มีวัตถุประสงค์ในการสร้างพลังของบุคคลต้องตระหนักและพิจารณาถึงบริบทนั้นๆ ซึ่งบุคคลที่ได้รับการสร้างพลังจะมีคุณสมบัติคือเพิ่มความสามารถในการกำหนดและบรรลุเป้าหมายของตนเองและสังคม สิ่งนี้สามารถวัดได้จากความสามารถในการแก้ปัญหา มีการสื่อสารที่ดีขึ้น เพิ่มทักษะผู้นำ เพิ่มความพอใจในงานและการเรียนรู้ เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง มีอิสระในการทำงาน มีความรับผิดชอบ เกิดความเฉลียวฉลาด เอื้ออาทรและมีคุณธรรม ส่วนทัศนคติและพฤติกรรมที่สำคัญของบุคคลที่ได้รับการสร้างพลังพบว่า มีลักษณะดังนี้คือ มีความรับผิดชอบต่องานที่ทำ มีพลังอำนาจและแรงผลักดันที่จะกระทำการใด ๆ ค้นพบโอกาสเกี่ยวกับงาน ทำให้มีความสุข มีความสามารถเกี่ยวกับงานที่ทำ สามารถเรียนรู้และพัฒนางาน กำหนดเป้าหมายในการทำงาน กล้าเสี่ยง มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความมั่นคงงานที่ทำสัมพันธ์กับกระบวนการตัดสินใจ มีความสามารถในการทำงานร่วมกับคนอื่นได้ดี คนในชุมชนที่มีการสร้างพลังจะมีศักยภาพเพิ่มขึ้นคือ เพิ่มความมั่นใจ พัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ การตระหนักถึงประเด็นปัญหาต่างๆ การพัฒนาทัศนคติเชิงบวกด้วยการปฏิบัติ และการช่วยเหลือกันของสมาชิกในชุมชน พัฒนาทัศนคติต่อการแก้ปัญหา มีการนำทักษะ ความรู้และทรัพยากรมาใช้ มีความสามารถในการจัดการต่างๆ และสามารถแสดงความคิดเห็นของตนโดยปราศจากการลังเล (Purdey, 1994) คุณลักษณะของบุคคลที่ได้รับการสร้างพลังดังกล่าวนี้บ่งชี้ว่าสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างพลังในการดูแลสุขภาพ การสร้างพลังไม่ใช่เป็นเพียงการตอบสนอง หรือความรับผิดชอบ

ของบุคคลต่อสุขภาพ แต่รวมถึงสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล กิบสัน (Gibson, 1991) ได้ให้ข้อเสนอว่า สุขภาพเป็นของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบต่อตนเอง ความสามารถของบุคคลและความต้องการในการตัดสินใจด้วยตนเองต้องได้รับการยอมรับนับถือ เพราะทุกคนมีความสามารถในการตัดสินใจและกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง แม้ว่าจะต้องการข้อมูลหรือความช่วยเหลือในบางโอกาส บุคคลสามารถแสดงถึงศักยภาพให้เห็นทั้งจากภายในและภายนอก บุคลากรด้านสาธารณสุขไม่สามารถให้พลังอำนาจแก่ประชาชนได้ แต่สามารถช่วยประชาชนสร้างพลังอำนาจขึ้นด้วยตนเอง ด้วยการให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ทรัพยากรและการอำนวยความสะดวก ยอมรับและให้คุณค่าของการมีส่วนร่วม ยอมรับการตัดสินใจของประชาชน ให้ความไว้วางใจ โดยเชื่อว่าประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่า บุคคลสามารถเรียนรู้ เปลี่ยนแปลง กระทำกิจกรรมและเปลี่ยนแปลงสังคมได้ ตามแนวคิดนี้ อิสราเอลและคณะ (Israel, et al., 1994: 163) จึงได้เสนอว่า กระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างพลังควรมีแนวทางที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วม กล่าวคือการแสดงออกของความต้องการหรือการแก้ปัญหาต้องกระทำโดยคนในชุมชน เป็นการให้ความร่วมมือและมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน มีกระบวนการสะท้อนกลับที่มีผลต่อความตระหนักรู้ เป็นกระบวนการสร้างพลังจากการมีส่วนร่วมของบุคคล องค์กรและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพอร์เดย์ และคณะ (Purdey, et al., 1994) ที่กล่าวว่า การสร้างพลังได้ถูกเสนอเป็นกลวิธีในการรณรงค์ด้านสุขภาพ โดยกระบวนการสร้างพลังจะทำให้เกิดการเห็นคุณค่าของตนเอง การมีพฤติกรรมสุขภาพใหม่และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอื่นๆ ในมิติทางสังคม การสร้างพลังจะมีผลต่อศักยภาพของคน นโยบายของรัฐด้านสาธารณสุขและโปรแกรมสุขภาพอื่นๆ การสร้างพลังจะมีผลต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพของชุมชน เพราะเป็นการพัฒนาด้านต่างๆ ได้แก่ ทักษะคิของบุคคลที่มีความรู้ลึกเป็นเจ้าของชุมชน ก่อให้เกิดความสามารถที่หมายถึง ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการทำหน้าที่ในชุมชนโดยสัมพันธ์กับความ เป็นอยู่ที่ดี มีผลต่อโครงสร้างขององค์กร เป็นการพัฒนาองค์กรในชุมชนและเป็นการพัฒนาภาวะผู้นำ ซึ่งนิตยา เพ็ญศิริรักษา (2540: 17) สรุปว่า การสร้างพลังในด้านสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ความรู้และข้อคิดเห็นระหว่างกัน สามารถที่จะระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณญาณ มีการมองภาพชุมชนของตนที่ควรจะเป็น และร่วมกันพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขอุปสรรค เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ นอกจากจะช่วยเสริมให้บุคคลมีการนับถือตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้น และทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นแล้ว ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่ม ระดับชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ ซึ่งแนวคิดการสร้างพลังมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงใน

สังคม ที่พบว่าบุคคลและสังคมนั้นจะมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา บางครั้งบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือชีวิตตนเองได้โดยลำพัง เพราะได้รับผลกระทบจากสังคมนั้น ไม่ได้ได้รับความร่วมมือสนับสนุน หรือขาดการเห็นพ้องจากกลุ่มบุคคลในสังคม

การสร้างพลังเป็นรูปธรรมของทักษะการเพิ่มความสามารถให้ประชาชนตัดสินใจและได้รับผลของการตัดสินใจนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีบทบาทในการกระตุ้นให้ชุมชนมีความสามารถ รวมทั้งพิจารณาปัจจัยที่ทำให้ประชาชนอ่อนแอ เช่น การขาดข้อมูลสุขภาพ ขาดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ไม่รู้ ไม่เข้าใจเงื่อนไขและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้บุคคลและชุมชนตระหนักในความสำคัญของปัญหาสุขภาพ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือกันในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการที่มีผลในการป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนจนเกิดเป็นชุมชนสุขภาพดี ซึ่งชุมชนควรที่จะได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงระดับสังคม ดังนั้น การจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังทางสุขภาพจึงกล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ของคนในครอบครัวและชุมชน ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจรโดยที่ไม่มีที่สิ้นสุด คือ เริ่มต้นจากการนำประสบการณ์หรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วมาคิดวิเคราะห์ให้ตรงตรง เป็นการสะท้อนกลับว่าปัญหาคืออะไร มีความเป็นมาและมีปัจจัยสาเหตุใดบ้าง โยงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องของปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจต่อสาเหตุที่เกี่ยวข้องทั้งหมด นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา โดยผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จะกลายเป็นประสบการณ์และองค์ความรู้ใหม่ นำไปสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป ดังที่ ฟลิน (Flynn, 1994: 405) กล่าวว่า การที่ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและการสะท้อนกลับเกิดขึ้นอย่างไม่สิ้นสุดจะทำให้เกิดการสร้างพลังขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจ เพิ่มความสามารถ เกิดเครือข่ายทางสังคม เพิ่มทรัพยากรในการพัฒนา เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมและสุดท้ายจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

จากความสำคัญและความเป็นมาของบทบาทหน้าที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนนั้น พบว่าแนวคิดในการพัฒนาบุคคลของการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะเป็นแนวทางให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพของตนเองและนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตามแนวคิดดังกล่าวในบริบทของการศึกษาสังคมวิทยา และการสาธารณสุข ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ของการศึกษาเพื่อสร้างพลังด้านสุขภาพอนามัยในบริบทของสังคมไทย

ปัญหาในการวิจัย

1. กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังสามารถพัฒนาให้แก่นำสุขภาพประจำครอบครัว เห็นคุณค่าในตนเองและมีความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นหรือไม่
2. กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังมีผลให้แก่นำสุขภาพประจำครอบครัวและชุมชน มีกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยเพิ่มขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแก่นำสุขภาพประจำครอบครัวเกี่ยวกับ การเห็นคุณค่าของตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม เพื่อศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแก่นำสุขภาพประจำครอบครัว

สมมุติฐานในการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง
3. คะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม
5. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

ตัวแปรตาม คือ การเห็นคุณค่าในตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ความเชื่อในความสามารถของตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมายถึง ตัวแทนครอบครัว ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพอนามัย ตลอดจนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้ให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้วยการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นระหว่างกัน ร่วมระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและความเป็นมาของปัญหา รวมทั้งร่วมกันพัฒนาวิธีที่แก้ไขปัญหาและดำเนินกิจกรรมตามแผน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ตัดสินใจคุณค่าของตนเองตามความรู้สึกที่มีต่อตนเอง การพึ่งตนเอง การคิดว่าตนเองมีค่าในสังคมในบทบาทของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ความเชื่อในความสามารถของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจ ความเชื่อมั่นในตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวว่าจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพอนามัย และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้

กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน หมายถึง การดำเนินงานหรือการกระทำของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและประชาชนในชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและการร่วมกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยพิจารณาจากชนิด จำนวน ความถี่และลักษณะของกิจกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นการศึกษาในบริบทของชุมชนชนบท จะมีผลทำให้เกิดเครือข่ายในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชุมชนและสังคม และเป็นแนวทางในการพัฒนานุเคราะห์สาธารณสุขอื่น ๆ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่เป็นกลไกสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐาน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย และได้สรุปเนื้อหาสำคัญที่เกี่ยวข้องดังนี้

การสาธารณสุขมูลฐาน

การศึกษาเพื่อสร้างพลัง

แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง

แนวคิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การสาธารณสุขมูลฐาน

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 30 เมื่อปี พ.ศ. 2520 ประเทศภาคีมีมติให้ “สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543” หรือ “Health for all by the year 2000” เป็นเป้าหมายหลักทางสังคม และผลการประชุมที่อัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ในปี 2521 ได้มีข้อตกลงว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary health care) เป็นกลวิธีหลักในการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า องค์การอนามัยโลกจึงได้ก่อตั้งการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น โดยมีเป้าหมายคือ ความพยายามที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคม ประเทศภาคีจึงเรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2536: 3) โดยประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก เพื่อการพัฒนาสุขภาพเมื่อปี พ.ศ. 2523 ด้วยเหตุนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2525 - 2529) จึงได้ประกาศให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศอย่างชัดเจน ถือเป็นมติดังกล่าวของสาธารณสุขแผนใหม่ที่ประเทศไทยนำมาใช้ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ ตลอดจนปรับบทบาทจากผู้รับบริการเป็นผู้ให้การสนับสนุนบริการหรือให้บริการ โดยให้ประชาชนและองค์กรชุมชนเป็นผู้ริเริ่มและลงมือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนด้วยตนเอง สิ่งทีนอกเหนือจากความสามารถที่ประชาชนและองค์กรชุมชนทำได้รัฐจะเป็นผู้ให้บริการ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537: 1) และจากประวัติการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานได้แสดงให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญและได้พัฒนาแนวความคิดในการดำเนินงานในลักษณะนี้มาตลอด โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นประเด็นสำคัญถึงกับมีการกล่าวว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536: 8) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการพัฒนาของนักวิชาการและนักพัฒนาที่มีประสบการณ์การทำงานกับชุมชนต่างก็ยอมรับว่าแนวทางการพัฒนาชุมชนในอดีตที่ผ่านมามีแนวทางการพัฒนาที่เรียกว่า การพัฒนาแบบรวมศูนย์อำนาจเป็นการพัฒนาที่ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในองค์กรวม ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ศาสนา และวัฒนธรรมท้องถิ่นหรืออาจเกิดผลบ้างแต่ก็ไม่ได้เป็นผลที่เกิดขึ้นอย่างมั่นคงและยาวนานจนกระทั่งกลายเป็นวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น เพราะการพัฒนานั้นเกิดจากการบริการของรัฐที่เข้าไปช่วยเร่งให้ชาวบ้านพัฒนามากกว่าที่ชาวบ้านจะมีอำนาจตัดสินใจทำการพัฒนาด้วยตนเอง ฉะนั้นในปัจจุบันแนวคิดที่จะให้ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ได้กลายเป็นความต้องการของรัฐบาลและท้องถิ่น เนื่องจากท้องถิ่นอยู่ใกล้ชิดกับปัญหาและเหตุการณ์ ดังนั้น ข้อเสนอใหม่สำหรับการพัฒนา คือ การพัฒนาที่ถือประชาชนเป็นศูนย์กลางหรือเป็นการพัฒนาจากเบื้องล่างที่เริ่มต้นในชุมชนนั่นเอง

1. ความหมาย

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน คือ ลักษณะของบริการสุขภาพที่จำเป็นซึ่งบุคคลและครอบครัวสามารถหาได้ในชุมชน เป็นสิ่งที่บุคคลยอมรับและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นบริการที่ชุมชนและประเทศสามารถจัดให้มีได้ การสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนที่ผสมผสานอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเป็นศูนย์กลางของระบบ และเป็นส่วนที่ผสมผสานอยู่ในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งหมดของชุมชน" (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2524: 23)

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความหมายว่า การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึงแนวทางการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขที่ผสมผสานบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือ

ของส่วนราชการในการบรรลุผลการดำเนินงาน มุ่งที่จะดำเนินงานโดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก รวมทั้งการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพประจำวัน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และลักษณะสังคมของประชาชนในท้องถิ่น รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทันกับความต้องการ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะเชื่อมโยงกับกิจกรรมการพัฒนาท้องถิ่นอื่นๆ โดยอาศัยการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในลักษณะของการรับช่วงต่อจากท้องถิ่นและการพัฒนาระบบการสื่อสารภายในชุมชน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลโดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษากิจกรรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาของกระทรวงหลักอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้ (สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน, 2540: 3)

ฉะนั้น การประชุมที่ อัลมา อตา ที่ระบุว่าสาธารณสุขมูลฐานเป็นเสมือนกุญแจที่จะบรรลุถึงสุขภาพดี มีความเป็นไปได้เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคม และจิตวิญญาณของความยุติธรรมในสังคม เมธี จันทจักรภรณ์ (2543) ได้สรุป แดงการณ อัลมา อตา ดังนี้

1. ที่ประชุมยืนยันเรื่อง การมีสุขภาพดีตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกไว้ว่า หมายถึงความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม มิได้หมายความว่าแต่เพียงปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น พึงถือเป็นสิทธิของมนุษยชนและการบรรลุถึงระดับความสมบูรณ์ของสุขภาพเท่าที่จะเป็นไปได้ เป็นเป้าหมายทางสังคมที่สำคัญที่สุดการดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลดังกล่าวจะต้องอาศัยการปฏิบัติร่วมกันทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง

2. ปัญหาความไม่เสมอภาคเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชน เป็นเรื่องที่ไม่สามารถยอมรับได้ ทั้งในแง่การเมือง สังคมและเศรษฐกิจ ฉะนั้นจึงเป็นปัญหาที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไข

3. การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต้องอาศัยหลักการจัดระเบียบใหม่ เศรษฐกิจระหว่างประเทศถือว่าเป็นพื้นฐานสำคัญยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า เพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำระหว่างภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศร่ำรวยและยากจน การส่งเสริมและปกป้องสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมยั่งยืนและเอื้ออำนวยต่อสุขภาพของมนุษย์และสันติภาพของโลก

4. ประชาชนทุกคนมีสิทธิและหน้าที่ให้ความร่วมมือทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่มในการวางแผนและดำเนินงานการจัดระบบบริการสุขภาพอนามัยเพื่อตนเองและชุมชน

5. รัฐบาลมีหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งจะเกิดผลได้ด้วยการวางแผนการจัดบริการด้านสาธารณสุขและด้านสังคม

6. งานสาธารณสุขมูลฐานคือ การบริการสุขภาพอนามัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์โดยใช้วิธีการและเทคโนโลยีตามหลักวิทยาศาสตร์ เป็นที่ยอมรับของสังคม บริการที่จัดให้เสมอภาคกันทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยชุมชนและรัฐร่วมกันรับผิดชอบตามหลักการพึ่งตนเอง

7. งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีคุณลักษณะดังนี้

7.1 สะท้อนให้เห็นความเกี่ยวข้องกับสภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการเมือง โดยเริ่มพัฒนามาจากการประยุกต์ผลงานวิจัย

7.2 เริ่มต้นด้วยการวินิจฉัยปัญหาสำคัญด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน แล้วจึงจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพให้สอดคล้องกับปัญหา

7.3 มุ่งองค์ประกอบบริการที่สำคัญอย่างน้อยที่สุดคือ การบริการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพอนามัย และความรู้ในการควบคุมป้องกันปัญหาเหล่านั้น การโภชนาการ การบริการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การบริการป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่พบในชุมชน การบริการรักษาพยาบาล การบาดเจ็บและการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม และการบริการจัดให้มียาจำเป็น

7.4 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องสัมพันธ์กับทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งของประเทศและชุมชน

7.5 แสวงหาและส่งเสริมการพึ่งตนเองให้มากที่สุด ทั้งตัวบุคคลและชุมชนมีส่วนร่วมในเรื่องการวางแผน การจัดองค์กร การดำเนินงาน และควบคุมการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ทรัพยากรทั้งของรัฐและชุมชน รวมทั้งทรัพยากรอื่นๆ ที่แสวงหามาได้ต้องดำเนินการผ่านกระบวนการถ่ายทอดความรู้ให้เหมาะสมแก่ชุมชนเพื่อจะได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

7.6 ผสมผสานระบบบริการและมีระบบการส่งต่อ โดยให้ความสำคัญแก่ประชาชนที่ด้อยโอกาสก่อน

7.7 อาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน รวมทั้งอาสาสมัครในชุมชนด้วย

8. รัฐบาลต้องกำหนดนโยบาย ยุทธวิธี และวางแผนดำเนินงาน เพื่อพัฒนาและทำนุบำรุงงานสาธารณสุขมูลฐานให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ
9. ทุกประเทศต้องแสวงหาความร่วมมือกัน ด้วยสำนึกในการมีส่วนร่วมและเกื้อกูลกัน
10. ภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2543 จะบรรลุด้วยการใช้ทรัพยากรของโลกให้เป็นไปอย่างสมบูรณ์และดีกว่าแต่ก่อน

2. หลักการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งระดับครอบครัว หรือระดับหมู่บ้าน โดยสร้างบุคลากรที่ให้บริการหรือช่วยเหลือประชาชนได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน (อสม.) ซึ่งมาจากผู้นำที่มีอยู่แล้วในชุมชน โดยการพัฒนาให้มีความสามารถช่วยเหลือชาวบ้านได้ รวมทั้งถ่ายทอดความรู้ให้แก่ชาวบ้านทุกคนให้พึ่งตนเองได้ทางสุขภาพอนามัย ดังนั้น หลักการของสาธารณสุขมูลฐาน คือ ประชาชนบริการประชาชน โดยมีปรัชญาดังนี้คือ

2.1 ความเท่าเทียมและความยุติธรรม (Equity and justice) เป็นแนวคิดที่ชี้ให้เห็นว่าสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จะต้องได้รับอย่างทัดเทียมกัน เป็นผลสะท้อนจากรูปธรรมในระบบบริการสาธารณสุขที่ขาดความเพียงพอและขาดความเป็นธรรม แนวคิดนี้พยายามเน้นการลดช่องว่างระหว่างคนและชุมชนที่แตกต่างกันในด้านการได้รับผลประโยชน์หรือการเข้าถึงบริการ

2.2 การพึ่งพาตนเองของบุคคลและชุมชน (Individual and community self reliance) เป็นแนวคิดที่ต้องการแก้ปัญหาการผูกขาดในการบริการสาธารณสุขทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน โดยเน้นให้เห็นการพัฒนาสุขภาพมีความหมายที่มีขอบเขตกว้างขวางมากกว่าการมุ่งเฉพาะการจัดบริการหยิบยื่นให้กับชุมชนหรือบุคคล โดยกลุ่มหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพียงฝ่ายเดียว กระบวนการดังกล่าวจะต้องได้รับการดำเนินงานในลักษณะที่เป็นความต้องการร่วมมือและมีอำนาจเต็มในการดำเนินการโดยชุมชนเอง

เมธี จันทจักรุณณ์ (2543: 5) ได้อธิบายแนวคิดหลักการการสาธารณสุขมูลฐานเพิ่มเติมดังนี้

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือการบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาสาธารณสุขด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้ว่า ปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่รัฐจะต้องเข้าใจว่า เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐและประชาชน เพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน เพราะงานสาธารณสุขมูลฐานคือ การสาธารณสุขของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน

แนวคิดที่ 5 “ความร่วมมือของชุมชน” คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติตน ด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิต ดังนั้น งานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานการพัฒนาด้านอื่นๆ อาทิ การเกษตร และสหกรณ์ การศึกษาและการพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 การสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการต่างๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ เช่น เทคนิคที่นำมาต้องมีความเหมาะสมประหยัด ราคาถูก ยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ มีผลต่อการแก้ไขปัญหา

แนวคิดที่ 8 การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวคิดที่ 9 การสาธารณสุขมูลฐานความมีความยืดหยุ่นในการนำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 การบริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้านคือ การสุขศึกษา การควบคุมโรคในท้องถิ่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหาน้ำสะอาด การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมโภชนาการ การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อย การอนามัยแม่และเด็ก และการจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 11 การสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อ การให้การศึกษาคือต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

จากแนวความคิดและหลักการดังกล่าวสามารถจัดกลุ่มได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มแนวความคิดที่ต้องการขยายระบบการให้บริการของรัฐให้ครอบคลุมพื้นที่ได้มากขึ้น ซึ่งเท่ากับเป็นการเพิ่มเติมระบบโครงสร้างการให้บริการของรัฐ จากการใช้บริการในระดับตำบลขยายไปสู่ระดับหมู่บ้านและชุมชนต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและเพื่อนบ้าน ตลอดจนการทำงานของงานสาธารณสุขมูลฐานที่เชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐในระบบส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการศึกษาคือต่อเนื่องในเรื่องสุขภาพแก่ประชาชน และการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

กลุ่มที่ 2 กลุ่มแนวความคิดการพัฒนาแบบสหวิทยาเขต และการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมแนวคิดนี้จะประยุกต์การพัฒนางานโดยเห็นว่า การที่จะพัฒนางานสาธารณสุขได้นั้นจะต้องพัฒนาให้ประชาชนมีความสำนึกในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยเริ่มตั้งแต่การรับรู้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน การรับรู้บทบาทที่ถูกต้องของตนเองและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ตลอดจนระดับการมีส่วนร่วมที่ตนจะให้กับชุมชนของตนได้ นอกจากนี้ยังเล็งเห็นว่า การพัฒนาสาธารณสุขจะไม่สามารถประสบความสำเร็จเลย หากขาดการพัฒนาไปพร้อมๆ กับการพัฒนาด้านอื่นๆ

กลุ่มที่ 3 เป็นแนวความคิดที่แสดงให้เห็นว่า กลวิธีในการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานนั้น จะต้องเป็นเทคนิควิธีง่าย ๆ ประหยัด เหมาะสมกับเงื่อนไขต่างๆ ของชุมชนที่จะนำไปใช้และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนนั้นๆ นอกจากนั้นต้องปรับให้เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาของแต่ละชุมชนที่ประสบอยู่

กลุ่มที่ 4 เป็นการกำหนดขอบเขตการสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนดำเนินการได้เองซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

กิจกรรมที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือบริการประชาชนกันเอง เรียกว่า “กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Elements Primary Health Care)” เดิมนั้นมี 10 องค์ประกอบ แต่ในปัจจุบันได้เพิ่มอีก 4 องค์ประกอบ รวมเป็น 14 องค์ประกอบ ดังนี้ (เขียนเป็นตัวอย่าง NEWSITEMMDECAA หรือจำง่าย ๆ ว่า 10 Elements เก้า + 4 อ.) (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540)

1. N = Nutrition (การโภชนาการ)
2. E = Education (การสุศึกษา)

3. W = Water Supply and Sanitation (การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจัดหา
น้ำสะอาด)
4. S = Surveillance for Local disease Control (การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น)
5. I = Immunization (การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค)
6. T = Simple Treatment (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น)
7. E = Essential drugs (การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน)
8. M = Maternal and Child Health and Family Planning (การอนามัยแม่และ
เด็กและการวางแผนครอบครัว)
9. M = Mental Health (การสุขภาพจิต)
10. D = Dental Health (การทันตสาธารณสุข)
11. E = Environmental Health (การป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่
เป็นพิษเป็นภัย)
12. C = Consumer Protection (การคุ้มครองผู้บริโภค)
13. A = Accident and Non-communicable Disease Control (การป้องกันและ
ควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ)
14. A = AIDS (การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์)

การที่จะกระทำกิจกรรมทั้ง 14 องค์ประกอบให้สำเร็จนั้น จะต้องใช้กลวิธีการของ
การสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) Strategic PHC หรือจะเรียกว่า หลักการของสาธารณสุขขั้นมูลฐานที่
สำคัญ 4 ประการ คือ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540: 4)

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (People participation or community participation or
community involvement) หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนที่มีความลึกซึ้งลงไป
กว่าความร่วมมือธรรมดา เพราะแท้จริงเป็นความหมายของความเป็นเจ้าของเรื่องในการแก้ปัญหา
ของชุมชน ซึ่งต้องประกอบด้วยเตรียมเจ้าหน้าที่ การเตรียมชุมชนเพื่อฝึกอบรม การติดตามการ
ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชนได้รู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามามี
มือช่วยเหลือทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เป็นการใช้เทคโนโลยี
ทางสาธารณสุขที่ง่าย ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและควรเหมาะสม
กับสภาพของท้องถิ่น ประชาชนสามารถปฏิบัติเองได้ หรือเป็นกลวิธีการแก้ไขปัญหาใหม่ที่ชุมชน
ได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ปัญหา

3. การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Re-oriented Basic Health Service หรือ Health Infrastructure) เป็นการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐและระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อต้องการให้เกิดการกระจายครอบคลุมบริการของรัฐ

4. การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น (Intersectoral Collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเองและงานพัฒนาชนบทของต่างกระทรวง คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม รวมทั้งรัฐวิสาหกิจและเอกชน

3. แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (2540 - 2544)

จากผลการศึกษาทางด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมาได้พบข้อสรุปที่สอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การพัฒนาสาธารณสุข โดยใช้ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เกิดจากความเข้าใจที่แตกต่างในความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวคือ บางที่เข้าใจว่าการสาธารณสุขมูลฐานคือ บริการการแพทย์ระดับต้น หรือเป็นจุดพบของแพทย์กับผู้ป่วย บ้างก็เข้าใจว่าการสาธารณสุขมูลฐานคือบริการสาธารณสุขที่ใช้วิทยาการขั้นต่ำ และในประเทศก็มีจำนวนไม่น้อยที่เข้าใจว่า การสาธารณสุขมูลฐานคือ การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหรือ อสม. แต่ที่ถูกต้องนั้น การสาธารณสุขมูลฐานคือยุทธศาสตร์ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งจะประกอบด้วยหลักการ 4 ประการ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540: 8-11) คือ

ประการแรก จะต้องให้บริการที่จำเป็นนั้นครอบคลุมและสามารถเข้าถึงได้เมื่อประชาชนต้องการ ซึ่งหมายความว่า เจ้าหน้าที่จะต้องพอเพียงที่จะดูแลประชาชนได้ทุกสถานที่ และประชาชนมีความต้องการหรือจำเป็นก็สามารถเข้าถึงบริการได้

ประการที่ 2 ต้องมีความร่วมมือของประชาชนและชุมชน ซึ่งระดับความร่วมมือนี้อาจจะเป็นตั้งแต่ระดับการร่วมให้ข่าวสาร ร่วมทำ ร่วมคิด ร่วมวางแผนและดำเนินการ จนถึงระดับที่พึ่งตนเองได้

ประการที่ 3 ต้องผสมผสานเข้ากับการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งแสดงออกโดยการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานต่างสาขา ตลอดจนการเป็นเครือข่ายซึ่งกันและกัน

ประการที่ 4 การใช้วิทยาการ และทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า ซึ่งหมายถึง การใช้วิทยาการที่เหมาะสม

ดังนั้น การพิจารณาจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข โดยใช้ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานหรือแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้คือ

3.1 ทางด้านยุทธศาสตร์ เมื่อพิจารณาโดยใช้หลัก 4 ประการของการสาธารณสุขมูลฐานเป็นตัวตั้ง แล้วพบว่าประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนา ดังต่อไปนี้

- การสรรหาและการจัดทรัพยากร เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่ของประเทศ และให้ถึงมือผู้ที่มีความจำเป็นและต้องการอย่างแท้จริง
- การขยายขอบข่ายการบริการที่จำเป็นให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มเสี่ยง และทุกปัญหา
- การมีส่วนร่วมโดยเฉพาะการร่วมมือในการประกันความเสี่ยงด้านปัญหาสาธารณสุข
- การมอบอำนาจความรับผิดชอบและสิทธิ แก่ประชาชนและชุมชนในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขของตน
 - การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องรวดเร็วและทั่วถึงแก่ประชาชน
 - การพัฒนาอย่างบูรณาการและสมดุล มิใช่เน้นด้านใดด้านหนึ่ง
 - การทำให้แผนงานโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พิจารณาหรือตระหนักถึงปัญหาสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นหรือเกี่ยวข้องกับโครงการนั้นๆ ด้วย
- การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 ประการ
- การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม
- การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกัน
- การจัดหาและการใช้จ่ายจำเป็น

ในการนี้ แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์พอสรุปดังนี้

3.1.1 เน้นการกระจายอำนาจจากรัฐลงสู่ประชาชน แต่เดิมกระจายอำนาจสู่ประชาชนเป็นรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข เท่านั้น ยังมีได้กระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงสู่ชุมชน ทำให้ชุมชนไม่มีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหของชุมชนได้ด้วยตนเอง แม้ในระยะแรกจะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างจริงจัง ชุมชนสามารถพัฒนาไปได้ด้วยดี แต่เมื่อรัฐถอนตัวออกไปจากการสนับสนุนชุมชน การพัฒนาแบบยั่งยืนจึงไม่เกิดขึ้น

การกระจายอำนาจในแผนงานสาธารณสุขมูลฐานนี้จะส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถอย่างแท้จริงในการกำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชนในด้านการสนับสนุนองค์ความรู้ต่างๆ ที่จำเป็น ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่องสิทธิที่ประชาชนจะพึงมีและสนับสนุนงบประมาณสำหรับชุมชนในการพัฒนา เช่น การอบรมอาสาสมัคร การอบรมฟื้นฟูความรู้ การศึกษาดูงาน การจัดบริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมข.) จำนวนเงินทั้งหมดของกิจกรรมเหล่านี้รวมแล้วหมู่บ้านหนึ่ง ๆ ประมาณ 5,000 – 8,000 บาทต่อปี ลักษณะของการจัดสรรจะจัดสรรผ่านองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ให้เป็นผู้ดูแลและนำส่วนนี้พัฒนาสุขภาพประชาชนในหมู่บ้าน โดยมี อสม. และแกนนำสุขภาพครอบครัวเป็นผู้ดำเนินงาน

3.1.2 การเคลื่อนไหวพลังประชาชน (Community action) ในอดีตประชาชนจะตกเป็นฝ่ายที่ถูกกระทำ ดังนั้นประเด็นสำคัญของการมีส่วนร่วมคือ การเข้าร่วมอย่างเป็นทางการ หน้าที่ประชาชนมิได้เป็นฝ่ายกระทำ ทำให้ไม่มีความมั่นใจ ไม่กล้าคิด ไม่กล้าทำ ไม่รู้สึกว่าคุณสามารถกำหนดและควบคุมสภาพแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ได้ ปรัชญาการณเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นได้ชัดเจนจากการอบรม อสม. ซึ่งเป็นเพียงการอบรมให้ความรู้ด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนเพียงอย่างเดียว มิได้ส่งเสริมวิถีคิดของ อสม. ในด้านอื่นๆ ประกอบไปด้วย ทั้งนี้อาจมาจากวิถีคิดของนักสาธารณสุขที่มีมุมมองเฉพาะการเจ็บป่วย โรคร้ายไข้เจ็บ การรักษาพยาบาล การให้ประชาชนต้องพึ่งพิงหมอเป็นหลักและมีความเชื่อมั่นในเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ จากจุดยืนเช่นนี้ จำนวน อสม. ประมาณ 700,000 คน ในทุกหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมือง จึงมีบทบาทและกิจกรรมในวงแคบเท่านั้น มีเพียงการดูแลตนเอง ดูแลครอบครัวอย่างผิวเผิน ไม่มีส่วนร่วมต่อส่วนรวมมากนัก ดังนั้น ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 นี้ การสาธารณสุขมูลฐานจึงเสริมสร้างและสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวพลังประชาชน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสำคัญของประเทศ อาทิเช่น ปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ได้แก่ การอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การต่อต้านยาเสพติด การส่งเสริมการออกกำลังกาย การควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ การลดอุบัติเหตุ การต่อต้านการบริโภคบุหรี่ยาสูบและสุรา เป็นต้น กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นกระบวนการสร้างจิตสำนึก (Conscientization) ซึ่งกระบวนการนี้จะต้องมีความสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่นที่มีความแตกต่างทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมกระบวนการนี้จึงจะเสริมสร้างให้เกิดพลังของประชาชนได้ ขั้นตอนของกระบวนการเคลื่อนไหวพลังของประชาชนพอสรุปได้ดังนี้

- ให้ประชาชนได้รับรู้สถานการณ์ที่ถูกต้องและแท้จริง โดยการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นจริง

- ให้ประชาชนสำนึกในปัญหา สาเหตุและหนทางแก้ไข เมื่อประชาชนเข้าใจสถานการณ์อย่างแท้จริงแล้ว การเข้าถึงปัญหา สาเหตุ และคิดค้นหาทางแก้ไข จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องกระตุ้นเตือนประชาชนให้เข้ามามีส่วนคิดค้นการแก้ไขปัญหาคูณนี้ ในอดีตปัญหาที่พบมักเป็นเจ้าหน้าที่คั่นพบปัญหา ประชาชนมิได้มีส่วนร่วมมากนัก เมื่อจะพุดถึงการแก้ไขปัญหาคูณจึงเป็นปัญหาของเจ้าหน้าที่ ไม่ใช่ปัญหาของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาคูณด้านสาธารณสุข ประชาชนมักจะให้ความสำคัญน้อย มักไปสนใจปัญหาคูณด้านเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ จุดนี้จึงเป็นจุดที่สำคัญมาก เช่น โครงการอนุรักษ์แม่น้ำเจ้าพระยา พบว่า การเน่าเสียที่สำคัญมาจากพฤติกรรมของประชาชน การแก้ไขปัญหาคูณนี้จึงต้องแก้ไขที่พฤติกรรมของประชาชน และประชาชนเท่านั้นที่จะมีพลังในการแก้ไข

- ให้ประชาชนเกิดความต้องการและเชื่อมั่นในพลังความสามารถของตนเองการยอมรับและเชื่อมั่นในพลังของประชาชนนั้นมีอยู่ 2 ประเด็น ที่เป็นปัญหาคูณในขณะนี้คือ ประชาชนยังไม่มีความมั่นใจ และเจ้าหน้าที่ยังไม่มีความเชื่อมั่นประชาชน และยังไม่ยอมมอบอำนาจให้ประชาชน สิ่งเหล่านี้ต้องให้ออกาสประชาชนได้เรียนรู้ ริเริ่ม ทดลอง ปัญหาคูณอย่างง่าย ๆ เสียก่อนแล้วจึงเลื่อนลำดับไปสู่ปัญหาคูณที่ยากขึ้นต่อไป และแม้ว่าเมื่อได้ปฏิบัติงานไปแล้วเกิดข้อบกพร่อง เกิดความเสียหาย ก็ไม่ควรถือเป็นเรื่องใหญ่ ควรประคับประคองให้ประชาชนสามารถยืนหยัดได้ต่อไป

- รวมพลังปฏิบัติการ เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาคูณการรวมพลังปฏิบัติ นั้น จะเห็นภาพที่ชัดเจนถ้าเรื่องหรือปัญหาคูณนั้น ๆ เป็นภาพรวมที่ชัดเจน มีความเกี่ยวข้องกับคนจำนวนมาก มีผลเสียชัดเจนและต้องมีการร่วมมือจากหลายกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ผลสำเร็จจึงจะเกิดขึ้น และหากสามารถชี้ให้เห็นถึงจุดวิกฤติ ได้อย่างชัดเจน ประชาชนจะมีส่วนร่วมมากขึ้นดังที่นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้บรรยายสรุปและแสดงเป็นสมการสังคมคณิตไว้ น่าสนใจว่า

$$E = NP$$

$$E = \text{พลังของประชาชน (Energy)}$$

$$N = \text{จำนวนคน (Number)}$$

$$P = \text{ระดับการมีส่วนร่วม (Participation)}$$

จากสมการสังคมคณิตนี้เมื่อเปรียบเทียบกับงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่มี อสม. เกือบ 700,000 คน ของทุกหมู่บ้านในชนบทและเขตเมือง เป็นจำนวนคน (N) ที่มากมายมหาศาล และการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับหนึ่ง เช่น การสำรวจ จปฐ. การจัดตั้งกองทุนยา การจัดบริการของ ศสมช. ก็คือ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (P) เมื่องานสาธารณสุขมูลฐาน

มีทั้ง N และ P แล้ว หากจะต้องการ E ก็ควรได้พัฒนาทั้ง N และ P ให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้น แต่ประเด็นที่สำคัญที่สุดก็คือ การก่อให้เกิด E ได้ นั้น รัฐต้องกระจายอำนาจอย่างเต็มที่ รัฐต้องส่งเสริมประชาชนในทุกรูปแบบ ลดข้อจำกัดและเงื่อนไขบางประการลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเงิน ในส่วนของการจัดทำแผนงานโครงการ และที่สำคัญ คือ กระบวนการใดที่จะก่อให้เกิดรวมพลังปฏิบัติการนั้นจะทำอย่างไร สิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยการคิดค้นของผู้ร่วมงานที่เกี่ยวข้อง

3.1.3 การเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีอยู่ทุกหมู่บ้านในชนบทให้มีความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพสังคมและปัญหาสาธารณสุขที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น พร้อมทั้งเป็นผู้กระตุ้นเตือนประชาชนให้มีความคิดที่จะเข้ามามีส่วนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนอกจากเพิ่มเติมความรู้แก่ อสม. แล้วรัฐต้องให้การสนับสนุน อสม. รวมตัวกันเป็นชมรมและสมาคม เพื่อให้เป็นศูนย์กลางการติดต่อประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. และที่สำคัญรัฐต้องสนับสนุนให้ชมรมมีอำนาจต่อรองมากยิ่งขึ้น จนถึงกับสามารถควบคุมการทำงานของภาครัฐได้ระดับหนึ่ง หากมีสิ่งใดที่รัฐจัดบริการให้กับประชาชนบกพร่องก็นำที่ อสม. จะเป็นผู้เรียกร้องสิทธิอันชอบธรรมของประชาชน

3.1.4 การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจผู้ท้องถิ่นของประเทศ กิจกรรมด้านสาธารณสุขบางประการจึงควรเป็นหน้าที่ขององค์กรท้องถิ่นที่จะดูแล แต่ในระยะแรกอาจขาดความพร้อมหลายประการ อาทิ เช่น ขาดความรู้และความเข้าใจในงานสาธารณสุข ขาดกำลังคน ขาดงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น ดังนั้น แผนงานสาธารณสุขมูลฐานจึงได้จัดทำแผนงานโครงการที่ อดต. มีส่วนร่วมมาก ยิ่งขึ้น

3.1.5 การส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน ให้ประชาชนประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการพัฒนาสุขภาพอนามัย และพัฒนาให้เกิดความยั่งยืนอย่างแท้จริง โดยคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ด้วย

3.1.6 การพัฒนาแบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาจากภาครัฐทั้งหมดควรได้มีการจัดหมวดหมู่ จัดองค์ประกอบให้ไปในทางเดียวกัน มีเป้าหมายที่ชัดเจนเหมือนกัน ซึ่งการสาธารณสุขมูลฐานจะระดมทรัพยากรในระดับตำบลของหน่วยงานของรัฐ ทั้งหมดมาร่วมมือวางแผน และดำเนินงานร่วมกัน พร้อมทั้งประสานกับประชาชนและองค์กร ชุมชนอย่างจริงจัง เพราะปัญหาสาธารณสุขในยุคปัจจุบันและอนาคตจะเป็นปัญหาของสังคม ที่ทุกหน่วยงานจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

3.1.7 การให้ความสำคัญที่ครอบครัว เป้าหมายของแผนงานสาธารณสุขมูลฐานมุ่งเน้นไปในระดับครอบครัว ให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้นจนสามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง และมีความสามารถในการเข้าไปแก้ไขปัญหาของส่วนรวมได้ ซึ่งได้กำหนดกิจกรรมบางประการ ดังนี้

- การจัดทำคู่มือดูแลสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อให้ประชาชนในครอบครัวได้รับความรู้จนสามารถดูแลตนเองได้ โดยจะมี อสม. เจ้าหน้าที่ที่ร่วมกันถ่ายทอดความรู้ไปสู่ประชาชน คู่มือนี้นอกจากจะให้ความรู้แล้วยังมีส่วนในการวัดผลความรู้ของประชาชนได้อีกด้วย

- การจัดทำ จปฐ.1 ประจำครอบครัว กระตุ้นให้ประชาชนสนใจกระบวนการ จปฐ. มากกว่าเดิม โดยให้ จปฐ.1 สะท้อนปัญหาของครอบครัวและชุมชน และให้แต่ละครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน

3.2 ด้านแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้อง

สำหรับแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งดำเนินการอยู่นั้นมีมากมาย อาทิ การวิเคราะห์และพัฒนานโยบายสาธารณสุข การสร้างและสนับสนุนบริการสาธารณสุขระดับตำบล การสร้างและสนับสนุน สสมข. การอบรม อสม. การประกันสุขภาพ Extended OPD โครงการคุณภาพชีวิต โครงการรณรงค์ต่อต้านบุหรี งานให้ภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานโภชนาการ งานป้องกันอุบัติเหตุ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานสุขภาพิบาล งานจัดหาน้ำสะอาด งานจัดหาจำเป็นสำหรับชุมชน งานประสานงานภาครัฐและเอกชน งานคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ งานต่าง ๆ เหล่านี้ บางอย่างได้พัฒนาตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานและบางอย่างยังมีได้เป็นไปตามหลักการดังกล่าว ดังนั้นการพัฒนาส่วนที่เกี่ยวกับแผนงานโครงการเหล่านี้ จึงควรดำเนินการดังนี้

3.2.1 ทบทวนการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในระดับชุมชน โดยคำนึงถึงความยุติธรรมในสังคมมากกว่าตัวเลขสถิติอย่างเดียวเท่านั้น

3.2.2 ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบใหม่ให้เหมาะสม

3.3 ด้านสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ได้แก่

3.3.1 การกระจายอำนาจแก่องค์การบริหารในระดับท้องถิ่น

3.3.2 สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างใกล้ชิด เช่น มลภาวะต่าง ๆ

3.3.3 อาหารและการกินอยู่ของประชาชน ทั้งที่เกิดจากภาวะเศรษฐกิจ การขาดแคลนอาหาร ความปลอดภัยของอาหาร และอาหารที่ไม่มีประโยชน์

3.3.4 การขยายตัวของความเป็นเมือง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาชุมชนแออัด ขยะ และสิ่งปฏิกูล การจราจร อุบัติเหตุ คนจรจัด ความเสื่อมทางศีลธรรม การใช้สารเสพติดและ อาชญากรรม

3.3.5 อาชีวอนามัย ซึ่งเพิ่มขึ้นทั้งเรื่องรูปแบบการเจ็บป่วยและปริมาณ

3.3.6 ปัญหาประชากร ได้แก่ อัตราการเพิ่มของประชากรและการบริการ สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

3.3.7 เรื่องเกี่ยวกับเพศ เช่น ปัญหาการกดขี่ทางเพศ การศึกษาของสตรี การใช้แรงงานสตรี การใช้แรงงานเด็กและการดูแลเด็กก่อน ฯลฯ

จากการพิจารณาประเด็นข้างต้น ยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐาน ควรประกอบด้วยกลวิธีสำคัญ คือ การพัฒนานโยบายสาธารณสุข การพัฒนาและปรับปรุงกลไก การจัดสรรงบประมาณ การพัฒนาการฝึกอบรมและฟื้นฟูการอบรม การสร้างพันธมิตรสัญญาหรือความเห็นร่วมในหลักการสาธารณสุขมูลฐานบนพื้นฐานของความยุติธรรมทางสังคม การวิจัยและพัฒนา เพื่อหามาตรการ วิธีการ ตลอดจนวิทยาการซึ่งเหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การจำแนกและกำหนดเป้าหมายกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ควรได้รับบริการที่จำเป็นและเหมาะสม การพัฒนาองค์ระบบบริหารและศักยภาพในการจัดการ เป็นต้น โดยคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้คือ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

เป้าหมาย

1. ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ของหมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศ
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการงานสาธารณสุขของชุมชนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ
3. มีการพัฒนาระบบงานและเทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการ ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละกลุ่มประชากร

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนานโยบายสาธารณสุขมูลฐานให้อยู่บนพื้นฐานของความยุติธรรมทางสังคม

2. พัฒนาและปรับปรุงกลไกการจัดสรรงบประมาณให้เอื้อประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่และกลุ่มชนที่จำเป็น
3. สร้างให้เกิดพันธะสัญญา หรือความเห็นร่วมในหลักการสาธารณสุขมูลฐาน และการพัฒนาสาธารณสุขบนพื้นฐานของความยุติธรรมทางสังคม
4. พัฒนากลไกทางสังคมให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน
5. พัฒนาองค์กร ระบบการบริหารและศักยภาพในการจัดการ โดยเน้นบูรณาการในระดับอำเภอลงไป
6. กำหนดและกำหนดเป้าหมายกลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสาธารณสุขให้ได้รับบริการจำเป็นที่เหมาะสม
7. พัฒนาการฝึกอบรมและฟื้นฟูการอบรมให้สอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน
8. วิจัยและพัฒนาเพื่อหามาตรการ วิธีการ ตลอดจนวิทยาการที่เหมาะสมซึ่งประชาชนสามารถเลือกนำไปใช้แก้ไขปัญหาสาธารณสุข หรือพัฒนาสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม
9. จัดระบบ และถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ประชาชนได้รับข่าวสารเพียงพอที่จะดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม

จะเห็นได้ว่า แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาฉบับที่ 8 มุ่งเน้นให้เกิดกิจกรรมในชุมชน (Community action) เพื่อเข้าไปแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยมีจุดมุ่งหมายในระดับครอบครัว ให้ประชาชนมีศักยภาพสูงขึ้น และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ทั้งนี้ เป็นการประสานงานและการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ตลอดจนเสริมสร้างอำนาจต่อรองของประชาชนให้เพิ่มมากขึ้น จนสามารถควบคุมการทำงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐได้ระดับหนึ่ง เพื่อให้บรรลุความมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนอย่างยั่งยืน

4. เครื่องชี้วัดการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน

จากความมุ่งหวังของการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ต้องการพัฒนาให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ (Self-reliance) หรือสามารถดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการนำประชาชนก้าวไปสู่เป้าหมายการมี

สุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีเครื่องชี้วัดการบรรลุจุดมุ่งหมายการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย 3 ส่วน ที่สำคัญคือ

4.1 การมีสุขภาพดี หรือการบรรลุความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) คือ การมีสุขภาพดี มีบ้านอาศัย ศึกษาถ้วนทั่ว ครอบครัวสุขสบาย มีรายได้มาก อยากร่วมพัฒนา พาสู่คุณธรรม และ บำรุงสิ่งแวดล้อม

4.2 การได้รับหลักประกันสำหรับบริการสาธารณสุขของประชาชน โดยเฉพาะหลักประกันในด้านบริการที่มีความครอบคลุมเป็นธรรมและได้มาตรฐาน

4.3 การพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพของประชาชน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้า

กลุ่มชี้วัดที่ 1 เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)

ตัวชี้วัดและเกณฑ์	เป้าหมาย ปี 2544 (ร้อยละ)
หมวดที่ 1 สุขภาพดี	
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามเกณฑ์บริการ และฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์	80
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและการตรวจหลังคลอด จากแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ หรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว	95
3. หญิงตั้งครรภ์ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ซึ่งมีผลให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม	93
4. เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 4 เดือนแรกติดต่อกัน	80
5. เด็กอายุที่ต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด โปлио หัดเยอรมัน คางทูม ด้บอักเสบนชนิดบี ครอบคลุมตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	95
6. ทารกแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างเหมาะสม และเพียงพอตามวัย ซึ่งมีผลทำให้มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน	80
7. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้กินอาหารถูกต้องครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน	90
8. เด็กวัยประถมศึกษาได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คอตีบ บาดทะยัก โปлио และวัคซีนรวมครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	100
9. คราวเรือนไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ไม่ทำให้สุกด้วยความร้อน	90

ตัวชี้วัดและเกณฑ์	เป้าหมาย ปี 2544 (ร้อยละ)
10. คริวเรือนไม่เป็นโรคขาดสารไอโอดีน	60
11. คริวเรือนได้กินอาหารควบคุมที่มีคุณภาพปลอดภัย และได้มาตรฐาน อ.ย.	85
12. คริวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม	60
หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย	
13. คริวเรือนมีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพคงทนถาวรสามารถอยู่อาศัยต่อไปได้อีกอย่างน้อย 5 ปี	95
14. คริวเรือนมีและใช้ส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาล	95
15. คริวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับการบริโภคเพียงพอตลอดปี 5 ลิตรต่อคนต่อวัน	95
16. คริวเรือนมีการจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ	60
17. คริวเรือนไม่ถูกรบกวนจากเสียง ความสั่นสะเทือน ฝุ่น ละออง กลิ่นเหม็น หรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะและสารพิษ	95
หมวดที่ 3 ศึกษาถ้วนทั่ว	
18. เด็กอายุ 2-5 ปี ได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง	90
19. เด็กที่มีอายุครบตามเกณฑ์การศึกษาภาคบังคับได้เข้าเรียนการศึกษาภาคบังคับ	100
20. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับได้เข้าศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	98
21. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับและไม่ได้ศึกษาต่อได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพต่างๆ ตามกำหนด	80
22. คนในครัวเรือนอายุ 14-50 ปี อ่านและเขียนภาษาไทยได้	99
23. คริวเรือนได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	95
24. คริวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	80
หมวดที่ 4 ครอบครัวสุขสบาย	
25. คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15-44 ปี ใช้บริการคุมกำเนิด	77

ตัวชี้วัดและเกณฑ์	เป้าหมาย ปี 2544 (ร้อยละ)
26. ครอบครัวมีความอบอุ่น	90
27. ครัวเรือนมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และมีการป้องกันอย่างถูกวิธี	100
28. ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน หมวดที่ 5 รายได้มาก	100
29. ครัวเรือนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 20,000 บาทต่อปี หมวดที่ 6 อายกร่วมพัฒนา	70
30. ครัวเรือนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล	90
31. คนในครัวเรือนไปใช้สิทธิเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย	90
32. ครัวเรือนได้เข้าร่วมกิจกรรมในการบำรุงรักษาสาธารณสมบัติและการพัฒนาอื่นๆ หมวดที่ 7 พาสู่คุณธรรม	95
33. ครัวเรือนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	90
34. คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา	90
35. คนในครัวเรือนไม่ติดบุหรี่	90
36. ครัวเรือนเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี ศิลปวัฒนธรรมประจำท้องถิ่น	90
37. คนสูงอายุ และคนพิการ ได้รับการดูแลจากคนในครัวเรือนหรือชุมชน หมวดที่ 8 บำรุงสิ่งแวดล้อม	90
38. ครัวเรือนได้เข้าร่วมทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ	90
39. ครัวเรือนได้ร่วมทำกิจกรรมการป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อม	90

กลุ่มชีวิตที่ 2 การพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐานชุมชนและเกณฑ์ชีวิต

องค์ประกอบ	เกณฑ์ชีวิต
<p>ก. องค์กรหมู่บ้าน</p> <p>1. มี อสม. ร่วมเป็นกรรมการหมู่บ้าน (กม.)</p> <p>2. มีการประชุม กม. เป็นการประจำ มีเรื่อง/วาระเกี่ยวกับการสาธารณสุขและมีการจดบันทึกการประชุม</p> <p>3. กม. ได้รับการอบรม/ประชุม/ให้ความรู้ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>4. อสม. มีการจัดกลุ่มและมีการแบ่งภาระหน้าที่ในการพัฒนางานสาธารณสุขในหมู่บ้าน</p> <p>5. กลุ่ม อสม. ได้รับการประชุม/อบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p>	<p>มีอย่างน้อย 3 คน</p> <p>1 ครั้ง/ปี</p> <p>3 ครั้ง/ปี</p> <p>มีกิจกรรมการพัฒนา</p> <p>12 ครั้ง/ปี</p>
<p>ข. กำลังคน</p> <p>6. มี อสม. ปฏิบัติงานจริงในหมู่บ้าน</p> <p>7. มีกลุ่มอาสาสมัครหรือประชาชนอื่น เช่น ผดบ. ชสม. มตย. กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุข</p>	<p>อย่างน้อยหมู่บ้านละ 5 คน</p> <p>มีอย่างน้อย 1 กลุ่ม</p>
<p>ค. กองทุน</p> <p>8. มีกองทุนยาหรือกองทุนอื่นๆ หรือมีการระดมทุนและใช้ทุนบางส่วนสนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุขในหมู่บ้าน</p>	<p>มีอย่างน้อย 1 กองทุน หรือระดมทุน อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี</p>
<p>ง. ข้อมูลข่าวสาร</p> <p>9. มีข้อมูลเหล่านี้ใน ศสมช.</p> <p>9.1 ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน</p> <p>9.2 แผ่นสรุป จปฐ. 3</p> <p>9.3 แผนที่หมู่บ้าน</p> <p>9.4 คำประกาศของหมู่บ้าน</p> <p>9.5 แผนการแก้ไขปัญหา</p> <p>9.6 ข้อมูลแสดงสถานะของเครื่องชีวิตทั้ง 3 กลุ่ม</p>	<p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p> <p>มี</p>

องค์ประกอบ	เกณฑ์ชี้วัด
จ. การถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี (การสอนหมู่บ้านอื่น)	
10. การจัดรายการถ่ายทอดข่าวสารความรู้ด้านสาธารณสุข โดยผ่านหอกระจายข่าวหรือ อสม. แนะนำความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้เพื่อนบ้าน โดยวิธีการอื่นๆ	1 ครั้ง/สัปดาห์
11. ถ่ายทอดความรู้ให้หมู่บ้านอื่น หรือหมู่บ้านอื่นมาศึกษาดูงาน	1 ครั้ง/สัปดาห์
ฉ. การจัดกิจกรรมใน ศสมช.	
12. มีศูนย์รวมสำหรับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน (ศสมช.) มีที่ใดที่หนึ่งในหมู่บ้าน	มี
13. มีการจัดกิจกรรมสาธารณสุขที่จำเป็นในหมู่บ้าน <ul style="list-style-type: none"> - การเฝ้าระวังทางโภชนาการ - การเฝ้าระวังควบคุมโรคประจำถิ่น - การเฝ้าระวังทางด้านสุขภาพิบาล น้ำสะอาดและสิ่งแวดล้อม - การอนามัยแม่และเด็ก/การวางแผนครอบครัว - การวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การชั่งน้ำหนักสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ/ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน - การปฐมพยาบาล/การรักษาเบื้องต้น - การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา - การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย (นวดไทย) 	มี
14. มีวัสดุอุปกรณ์ใน ศสมช. สื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสาธารณสุข ครอบคลุมกิจกรรม ศสมช. ทุกองค์ประกอบ	มีครบ 13 อย่าง
15. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการด้านสุขภาพอนามัยใน ศสมช.	1 ครั้ง/เดือน
ช. การส่งต่อผู้ป่วย	
16. อสม./ศสมช. ส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการได้ถูกต้องเหมาะสมตามสมควรเหมาะสม	เหมาะสม
17. ระยะเวลาในการนำส่งสามารถไปถึงตามเวลาสมควรเหมาะสม	เหมาะสม
18. มีการดูผู้ป่วยระหว่างการนำส่งอย่างถูกต้อง	มี

องค์ประกอบ	เกณฑ์ชี้วัด
ช. การดูแลตนเองด้านสุขภาพ	
19. ทุกครอบครัวมีสรูป จปฐ.1 (ด้านสาธารณสุข)	ทุกครอบครัว
20. ในครอบครัวมีสมาชิกที่สามารถอธิบายหรือบอกส่วนขาดของ จปฐ. ของรายครอบครัว	ทุกครอบครัว
21. ในครอบครัวมีสมาชิกที่เข้าใจขั้นตอนการดูแลตนเอง (ก่อนระหว่างและหลังการเจ็บป่วย) (ชี้วัดเฉพาะกรณีการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไข้และอุจจาระร่วงเท่านั้น)	50% ของครอบครัว
22. ครอบครัวทราบบริการ ศสมช.	ทุกครอบครัว

กลุ่มชี้วัดที่ 3 ประชาชนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยมีเครื่องชี้วัดดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2533: 64)

3.1 ประชาชนทุกกลุ่มมีสิทธิในการเข้าถึงบริการรวมทุกกลุ่ม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ทั้งนี้โดยมีกลุ่มด้อยโอกาสและกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ดังนี้คือ

1. เด็กอายุ 0-12 ปี
2. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
3. ผู้มีรายได้น้อยตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ผู้พิการ
5. ประชาชนผู้ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพให้ได้มีการประกันโดยโครงการบัตรสุขภาพ
6. ผู้มีสิทธิอื่นๆ

3.2 สถานบริการทุกระดับของรัฐมีการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ ซึ่งแบ่งเป็น

1. มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
2. มีการพัฒนาคุณภาพสถานบริการตามเกณฑ์ พบส.

นอกจากนี้ ชีระพงษ์ แก้วหาญ (2536 : 188) นักวิชาการสาธารณสุขได้สรุป
จุดมุ่งหมาย นวัตกรรม และเครื่องชี้วัดในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในสถานการณ์ปัจจุบัน
ดังแผนภูมิที่ 1

<p>1) กำหนดจุดมุ่งหมายของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานให้ชัดเจนว่าต้องการให้บรรลุเป้าหมายอะไร</p>	<p>สุขภาพดีถ้วนหน้า</p> <hr/> <p>การพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพของประชาชน</p>
<p>2) มีวิธีการใดบ้างที่จะทำให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมาย</p>	<p>การสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน</p> <p>นวัตกรรมในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการ จปฐ. - การพัฒนาผู้นำและกำลังคน - การพัฒนากองทุน - การพัฒนาการพึ่งตนเองทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลและครอบครัว - การพัฒนาระบบ แผนและการบริหารจัดการ - ระบบประกันสุขภาพในชุมชน - การพัฒนาข้อมูลข่าวสารและระบบการให้การศึกษาเรื่องสุขภาพ - กิจกรรม 14 องค์ประกอบ การสาธารณสุขมูลฐาน - ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน - การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร <p>การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการวางแผน & ประเมินผล - พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (BHS) - พัฒนากลไกบริหาร/มาตรฐานด้านการจัดการเพื่อสนับสนุนงาน สสม. - พัฒนาการประชาสัมพันธ์
<p>3) มีเครื่องชี้วัดความสำเร็จอย่างไร</p>	<p>เครื่องชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้า</p>

แผนภูมิที่ 1 แสดงจุดมุ่งหมายและสรุปนวัตกรรม รวมทั้งเครื่องชี้วัดในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในสถานการณ์ปัจจุบัน (ชีระพงษ์ แก้วหาญ, 2539: 188)

5. การพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ

ความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นเรื่องที่จะนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนา คือ การพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพของประชาชน ตลอดจนนำพาประชาชนบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในที่สุด ดังนั้น การพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ จึงหมายถึงกระบวนการพัฒนาองค์กรชุมชนหรือการจัดระเบียบชุมชน โดยที่ชุมชนสามารถระบุปัญหา ความจำเป็นสุขภาพอนามัย ตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การกระทำในอันที่จะนำไปสู่การสร้างสรรค์บริการอนามัยชุมชนขึ้นพื้นฐานที่จะสนองตอบการแก้ปัญหาหรือความจำเป็นนั้น โดยความพยายามของชุมชนเอง (ชนินทร์ เจริญกุล, 2527)

การพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพของประชาชนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ธีรพงษ์ แก้วหาญ, 2539: 90 - 91) คือ

1. ระดับชุมชน (Community self-care) มีประเด็นสำคัญคือ

1.1 ชุมชนมีทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนเอง เช่น มีองค์กรที่จัดในรูปแบบการต่างๆ มีเงินทุนหรือวัสดุอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการพัฒนา และให้บริการหรือจัดสวัสดิการทางสุขภาพแก่คนในชุมชน รวมทั้งมีกำลังคน เทคโนโลยีต่างๆ ที่ใช้ในการพัฒนา

1.2 ชุมชนมีการจัดบริการสาธารณสุขในระดับที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง เช่น การจัดให้มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อบริการทางสุขภาพเป็นศูนย์กลางในการทำงานของชุมชน เป็นแหล่งถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ชุมชนมีบริการรักษาพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย สมุนไพร การนวดไทย เป็นต้น มีการจัดกิจกรรมในองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นปัญหาของชุมชน ตลอดจนสามารถส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถในการให้บริการของชุมชน ไปรับบริการยังสถานบริการอื่นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และทันต่อสถานการณ์

1.3 ชุมชนมีการเสริมสร้างความรู้และทักษะเรื่องสุขภาพและการพัฒนา โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้วยการจัดให้มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ หรือมีการถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว สื่อบุคคล (อสม./ผู้มีความรู้ประสบการณ์) หรือจากสิ่งพิมพ์ต่างๆ นอกจากนี้จะมีการแลกเปลี่ยนความรู้กันภายในชุมชนแล้วยังแสวงหาความรู้ในการพัฒนาสุขภาพจากนอกชุมชน เช่น การจัดการศึกษาดูงานหรือการส่งคนในชุมชนเข้าร่วมรับการอบรม และแลกเปลี่ยนความรู้ในด้านต่าง ๆ

2. ระดับครอบครัว (Family self-care) ด้วยการชีวิตถึงคุณภาพชีวิตของครอบครัว การรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพ ตลอดจนความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ระดับบุคคล (Individual self-care) ต้องสามารถมองภาพความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของปัจเจกบุคคลว่าถูกต้องเหมาะสมเพียงไร ซึ่งตัวชี้วัดดังกล่าวต้องวัดในเรื่องความรู้ ความสามารถ และทักษะ ตลอดจนระดับถึงพฤติกรรมที่ยังไม่เหมาะสมของประชาชน

กล่าวโดยสรุป ความมุ่งหวังของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การพัฒนาประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ หรือพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ การเลือกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน

6. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและการสร้างพลังในการดูแลสุขภาพ

จากแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) มียุทธวิธีการดำเนินงาน คือ การสนับสนุนให้ประชาชนได้ใช้ความสามัคคีทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน เป็นพื้นฐานการดูแลสุขภาพแก่บุคคลในครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน รวมทั้งเป็นการส่งเสริม พัฒนาประชาชนให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัว ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ดังนั้นจึงกำหนดให้ประชาชนในระดับครอบครัวมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจึงถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะพัฒนาให้ครอบครัวมีบุคคลอย่างน้อย 1 คน มีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวหรือแกนนำครอบครัว (Health leader) เป็นแกนนำด้านสุขภาพที่ได้นำมาใช้โดยมีสมมติฐานทางสังคมวิทยาว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวหรือผู้นำครอบครัวย่อมมีอิทธิพลทางความคิดที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของสมาชิกในครอบครัวและสังคมในภาพรวมได้ ดังนั้นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจึงเป็นกลไกในชุมชนที่จะดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพ และพึ่งตนเองได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ตลอดจนงานสาธารณสุขมูลฐานที่ตามมาอาศัยกลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลไกในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในละแวกบ้านของ อสม. ประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ซึ่งหลักเกณฑ์นี้ไม่สามารถวัดผลได้อย่างชัดเจน และไม่มี ความมั่นใจเพียงพอว่าประชาชนในแต่ละครอบครัวจะได้รับการถ่ายทอดจริงหรือไม่ จากการสำรวจจำนวน อสม. พบว่ามีการปรับเปลี่ยน อสม. ตลอดเวลาทำให้ครอบครัวได้รับการถ่ายทอดความรู้ไม่สม่ำเสมอ และการดำเนินการในลักษณะที่จะทำให้เป้าหมายในระดับครอบครัวเป็นไปได้ยาก วัตถุประสงค์ การจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว คือ เพื่อให้ทุกครอบครัวมีบุคคลอย่างน้อย 1 คนที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. มีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ก็สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และนำส่งสถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมได้ทัน่วงที
3. เป็นทรัพยากรของท้องถิ่น ที่จะร่วมมือกันในการพัฒนาชุมชนทางด้านสาธารณสุขและอื่นๆ

เป้าหมายการพัฒนา แคนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในปี 2542 ให้มีการดำเนินการ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน และขยายให้ครอบคลุมเต็มพื้นที่ภายใน 5 ปี

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2543 : 5) ได้ให้ความหมายของ แคนนำสุขภาพประจำครอบครัวว่า หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักของครอบครัวในการดูแล จัดการด้านสุขภาพอนามัยให้แก่บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ หรืออีกนัยหนึ่ง แคนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมายถึง ตัวแทนครอบครัวที่มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพอนามัย มีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัว และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จึงเป็นบุคคลที่มีอยู่แล้วในแต่ละครอบครัว ซึ่งจะ เป็นใครก็ได้ เช่น พ่อ แม่ ลุง ป้า น้า อา พี่น้อง ที่เป็นสมาชิกของครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว ความพร้อมและความเต็มใจของผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัวนั้นๆ อนึ่ง เนื่องจากแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อนามัยจากแหล่งต่างๆ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่อบุคคลทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และบุคลากรอื่นๆ ที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของความรู้ที่ได้รับ ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนี้ได้รับความรู้ให้ถูกต้อง เพียงพอ และเหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกในครอบครัว การที่แกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวสามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสนใจใฝ่รู้และมีเวลาเพียงพอสำหรับ การเรียนรู้ และการทำหน้าที่ดังกล่าว จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเหล่านี้สามารถ รับรู้ได้มากขึ้นและสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ

6.1 บทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

6.1.1 เป็นแกนหลักสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกในครอบครัว

6.1.2 เป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ให้แก่สมาชิกในครอบครัว

6.1.3 เป็นผู้ประสานงานของครอบครัว ในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขของครอบครัวและชุมชน

6.2 เกณฑ์การคัดเลือกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

เกณฑ์การคัดเลือกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล และ อสม. เป็นผู้พิจารณาว่า บุคคลใดมีความเหมาะสมที่จะเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนั้นๆ โดยมีการกำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นดังนี้

- อายุ 15 ปีขึ้นไป
- ไม่จำกัดเพศ
- อ่านออกเขียนได้
- มีอำนาจในการดูแลสุขภาพแก่คนในครอบครัว
- มีความสามารถและกล้าที่จะถ่ายทอดความรู้แก่ผู้อื่น
- รับผิดชอบความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว
- ไม่เดินทางไปทำงานที่อื่นเป็นเวลานาน
- มีความสมัครใจเข้ารับการอบรม

ภายหลังการดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ควรมีความรู้คุณสมบัติเบื้องต้นดังนี้

- บรรลุ วัตถุประสงค์.1
- มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่มั่วสุมทางเพศ และไม่ติดยาเสพติด เป็นต้น
- ครอบครัวเป็นแบบอย่างของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้
- มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนได้ตามความเหมาะสมในการดำรงชีวิตประจำวัน เหมือนเป็นนักสุขภาพประจำครอบครัว
- เป็นผู้นำตามธรรมชาติในชุมชน
- คุณสมบัติอื่นๆ ที่เหมาะสมกับการพัฒนาสุขภาพอนามัย

6.3 แนวทางการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานได้จัดสรรงบประมาณจำนวนหนึ่งในการพัฒนา หรือฝึกอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยมอบหมายให้ระดับจังหวัดเป็น

ผู้พิจารณาแนวทางในการดำเนินการตามความเหมาะสม และคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข สาขาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเอง (2540: 55) ได้เสนอแนวทาง ดังนี้

6.3.1 แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับ อสม. โดยมี อสม. เป็นเสมือนแม่ข่ายที่จะถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และรับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อสม. และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะเปรียบเสมือนใยแมงมุมที่สานต่อเป็นร่างแหเดียวกัน ไม่ซ้ำซ้อนกัน และเพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีศักยภาพสูงขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลจะถ่ายทอดความรู้ที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความดีเด่นอยู่แล้วให้เพิ่มเติมอีก ทั้งนี้เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความมั่นใจต่อการเป็นแบบอย่าง และการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน

6.3.2 การเลือกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อมาอบรมนั้น จะเลือกทุกหมู่บ้าน ๆ ละ 2 คน หรือเลือกมาครบทั้งตำบล หรือบางอำเภอ เพื่อให้เกิดพลังในการดำเนินงานมากกว่ากระจายแบบเบียดหัวแตก ซึ่งอาจจะทำให้วัดผลอะไรไม่ได้ จังหวัดอาจจะคัดเลือกพื้นที่ในลักษณะที่เป็นพื้นที่เร่งรัดสุขภาพดีถ้วนหน้าที่ยังไม่ครบเกณฑ์ 3 กลุ่มชีวิต เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีส่วนในการเร่งรัดงานสุขภาพดีถ้วนหน้า สำหรับพื้นที่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าแล้วก็เลือกพื้นที่ที่ต้องการจะแก้ไขปัญหาสำคัญต่างๆ ของตำบลหรืออำเภอก็ได้

6.3.3 แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ได้รับการอบรมแล้ว มีกิจกรรมต่อส่วนรวมอย่างสม่ำเสมอ ที่อาจจะเปลี่ยนสถานะเป็น อสม. ได้โดยการอบรมความรู้เพิ่มเติมตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดไว้ ทั้งนี้ภายใต้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล สาธารณสุขอำเภอ และ อสม. หรือชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามที่เห็นสมควร

6.3.4 เนื้อหาความรู้ ความรู้พื้นฐานที่จำเป็น สำหรับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประกอบด้วย

- 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคล
- 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น
- 3) ความรู้เกี่ยวกับแหล่งความรู้และแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
- 4) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ ครอบครัว

สามารถมีบทบาทร่วมกับชุมชน

6.4 การสร้างพลังในการดูแลสุขภาพ

ปัจจุบันประชาชนมีความต้องการและมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกวิธีการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นองค์ประกอบสำคัญของ

กลวิธีเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า การให้การศึกษาเพื่อก่อให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพและวิธีการป้องกันควบคุมต่างๆ ปรากฏอยู่ในคำประกาศอัลมา-อตา ที่เน้นถึงความสำคัญของการพึ่งตนเองความสนใจตระหนักรู้ของสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพและกระบวนการพัฒนาประชาชน การสร้างพลังเป็นเครื่องมือที่ใช้ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การให้ความรู้และทักษะจะส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมสำหรับสุขภาพในทางบวก และมีทางเลือกด้านสุขภาพที่ดี ทางเลือกสำหรับบุคคลและชุมชนขึ้นอยู่กับการสนับสนุนทางกายภาพ สภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การเข้าถึงแหล่งบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ข้อมูล ข่าวสาร การสื่อสาร และสุขภาพ ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการสร้างพลัง ซึ่งการสร้างพลังสำหรับสุขภาพจะถูกกำกับโดยสาธารณชน ผู้กำหนดนโยบายควรจะใช้ทุกช่องทางที่เหมาะสม มีความน่าเชื่อถือในการทำให้สังคมและบุคคลเกิดค่านิยมทางสุขภาพขึ้น การสร้างพลังจะช่วยให้ประชาชนเรียนรู้ถึงทางเลือกของพฤติกรรมที่สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง สุขภาพที่ดีของครอบครัวและชุมชน ไม่ใช่เพียงแต่การให้ความรู้เท่านั้น ต้องคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ อันประกอบด้วย การสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ การช่วยให้ประชาชนเกิดความตระหนัก เชื่อ มีทัศนคติ ความคิดเห็นและทักษะเกี่ยวกับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต

การสร้างพลังจะส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพอย่างเต็มที่ ทั้งในระดับชุมชนและประเทศ กลวิธีนี้จะช่วยให้ประชาชนได้พัฒนาทักษะทางสังคมและการเมืองในการเจรจาต่อรอง เพื่อแสวงหาแนวร่วมในกลุ่มคนสำคัญและใช้อิทธิพลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ การแก้ไขปัญหาและสร้างเครือข่ายทักษะดังกล่าวจะช่วยให้ประชาชนสามารถระดมทรัพยากรแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามความต้องการ และมีอิทธิพลเหนือเงื่อนไขสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน วิธีการสร้างพลังสามารถช่วยสร้างสรรค์ให้เกิดความกระตือรือร้น ชักจูงใจ และมีการยอมรับเพื่อนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน

กระบวนการสร้างพลังเพื่อเตรียมประชาชนสำหรับกิจกรรมสุขภาพในชุมชน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากกว่าการทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเท่านั้น ด้วยเหตุนี้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องพัฒนาความสัมพันธ์กับประชาชนใหม่ เพื่อเอื้ออำนาจให้ประชาชนได้เข้าร่วมกิจกรรม กลวิธีการสร้างพลังที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ คือ กลวิธีการชี้แนะให้การสนับสนุนจากสังคมโดยการกระตุ้นให้ประชาชนควบคุมสุขภาพของตนเอง จนกลายเป็นเพื่อนร่วมงานในระบบ ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การสร้างพลังทางสุขภาพ ไม่ใช่เป็นเพียงการตอบสนอง หรือความรับผิดชอบของบุคคลต่อสุขภาพ แต่รวมถึงผล

ของสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของคน กิบสัน (Gibson, 1991) ได้ให้ข้อเสนอในการสร้างพลังทางสุขภาพทั้งแนวความคิดมหภาคและจุลภาค ดังนี้

1. สุขภาพเป็นของแต่ละบุคคล จึงเป็นความรับผิดชอบของบุคคลนั้นๆ ต่อสุขภาพของตนเอง

2. ความสามารถของบุคคลในการเจริญงอกงาม และความต้องการในการตัดสินใจด้วยตนเองต้องได้รับการยอมรับนับถือ เพราะทุกคนมีความสามารถในการตัดสินใจและกระทำการกิจกรรมด้วยตนเองแม้จะต้องการข้อมูลหรือความช่วยเหลือในบางโอกาส บุคคลมีความสามารถที่จะแสดงถึงศักยภาพให้เห็นทั้งจากภายในและภายนอก และรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงจะบ่งชี้ถึงโชคชะตาของตน

3. บุคลากรด้านสาธารณสุขไม่สามารถให้พลังอำนาจแก่ประชาชนได้ แต่สามารถช่วยให้บุคคลสร้างพลังอำนาจขึ้นด้วยตนเอง โดยการให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ทรัพยากร การอำนวยความสะดวกซึ่งจะช่วยให้ประชาชนเกิดความรู้สึกควบคุมความสามารถของตนเองได้

4. บุคลากรด้านสาธารณสุขจะช่วยในการให้ความร่วมมือ ยอมรับและให้คุณค่าของการมีส่วนร่วม ตลอดจนยอมรับการตัดสินใจของประชาชน เพราะความสำเร็จย่อมเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ

5. การเกิดพลังเป็นความร่วมมือของบุคลากรและประชาชนเป็นการแบ่งปันอำนาจ มีความเชื่อว่าประชาชนเป็นผู้มีส่วนร่วมที่เท่าเทียม

6. การให้ความไว้วางใจเป็นสิ่งจำเป็น

ตามแนวคิดนี้ บุคลากรด้านสุขภาพต้องมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิด มีการพัฒนาทักษะและความชำนาญเฉพาะ โดยช่วยประชาชนให้เกิดความสามารถหรือเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อนำไปสู่การดูแลตนเอง การช่วยตนเอง การพัฒนาสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและตระหนักถึงสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม อิสราเอล และคณะ (Isael et al., 1994: 163) ให้แนวคิดว่า กระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างพลังมีแนวทางดังนี้

1. การมีส่วนร่วมการแสดงความต้องการหรือปัญหาต้องกระทำโดยคนในชุมชน ไม่ใช่ตามทฤษฎีหรือวิธีการของนักวิชาการสาธารณสุข แต่ประชาชนในชุมชนต้องมีกิจกรรมด้วยตนเองในทุกขั้นตอน

2. เป็นการให้ความร่วมมือและมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน กล่าวคือ ประชาชนและนักวิชาการสาธารณสุขจะทำงานร่วมกัน ประสานกระบวนการเรียนรู้จากทฤษฎีและประสบการณ์ ตลอดจนความชำนาญของกันและกัน

3. เป็นกระบวนการสะท้อนกลับที่มีผลต่อความตระหนักรู้ โดยกระบวนการสะท้อนกลับและการมีกิจกรรมในชุมชน ซึ่งบุคคลจะพัฒนาความรู้สึกของตนในการพิสูจน์ หาเอกลักษณ์ แบ่งปันโชคชะตา ทักษะและทรัพยากรเพื่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนปฏิบัติ ตลอดจนวางเป้าหมายของกลยุทธ์ในการประเมินผล

4. เป็นกระบวนการสร้างพลังจากการมีส่วนร่วม บุคคล องค์กรและชุมชนทั้งหมด จะได้รับการเพิ่มพลังและความสามารถในการควบคุม ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

5. นักวิชาการสาธารณสุขและประชาชนจะร่วมมือกัน เพื่อไปสู่การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในการให้ประสบการณ์ และร่วมมือในกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนสถานะต่างๆ

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพอร์เดย์ และคณะ (Purdey et al., 1994) ที่กล่าวว่า การรณรงค์การมีส่วนร่วมของบุคคล องค์กรและชุมชนในการเพิ่มความสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ การสร้างพลังได้ถูกเสนอเป็นกลวิธีในการรณรงค์ด้านสุขภาพ โดยที่กระบวนการสร้างพลังจะปรับปรุงให้เห็นคุณค่าของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพใหม่ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอื่นๆ ในมิติด้านสังคม การสร้างพลังจะมีผลต่อศักยภาพของบุคคล นโยบายของรัฐด้านสาธารณสุขและโปรแกรมสุขภาพอื่นๆ ดังนั้นการสร้างพลังมีผลต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพของชุมชน เพราะเป็นการพัฒนาในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ทศนคติของบุคคลที่มีความรู้ลึกเป็นเจ้าของชุมชน
2. ความสามารถ (Capacities) หมายถึง ความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการทำหน้าที่ในชุมชน และสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ที่ดี
3. โครงสร้างขององค์กร เป็นการพัฒนาองค์กรในชุมชน
4. ภาวะผู้นำ เป็นการที่ประชาชนสร้างความเข้มแข็ง มีความสามารถ และความมั่นใจที่เกิดจากชุมชนให้โอกาสในการคิดริเริ่ม

นอกจากนี้ ลาโบเนท (Labonate, 1994) ได้พัฒนารูปแบบการสร้างพลังและการนำมาใช้ในงานสาธารณสุข โดยแต่ละพื้นที่ (Model's sphere) จะแสดงถึงระดับที่แตกต่างของการปฏิบัติระดับการสร้างพลังของบุคคล องค์กรและชุมชน ตามนัยนี้ การสร้างพลังจะหมายถึงความสัมพันธ์ กับผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ประชาชนหรือกลุ่มในฐานะผู้กระทำ ดังนี้

1. การดูแลบุคคล (Personal care) เป็นขอบเขตของชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคคล ที่สัมพันธ์กับภาวะไร้พลัง และการได้รับการดูแลจากบุคลากรของรัฐ
2. การพัฒนากลุ่มขนาดเล็ก (Small group development) ชุมชนจะเป็นจักรกลที่สำคัญในการรณรงค์ภาวะสุขภาพ ของการสร้างพลัง การรวมกลุ่มขนาดเล็กจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพราะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้เกิดการควบคุม ความสามารถ

การเกิดแรงที่จะรวมเข้าด้วยกัน การคิดวิเคราะห์ การมีจิตสำนึก ถ้าปราศจากการสนับสนุนจากกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่จะไม่สามารถมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคม

3. องค์กรในชุมชน (Community organization) เป็นกระบวนการที่จัดการและดูแลประชาชนที่มีปัญหา โดยมีกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐทำงานกับกลุ่มที่มีปัญหานั้นๆ

4. การร่วมมือและการสนับสนุน (Coalition building and advocacy) การร่วมมือกันเกิดจากกลุ่มที่มีเป้าหมายและมีความรู้สึกร่วมกันจะทำให้กลุ่มรอดพ้นจากปัญหา เพราะการเข้าร่วมแก้ไขปัญหา หรือการริเริ่มกิจกรรมใหม่ๆ จะทำให้เกิดพลังต่อรองกับภาครัฐ และนำไปสู่ความร่วมมืออีกหนทางหนึ่ง

5. กิจกรรมทางการเมือง (Political action) เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายใต้การให้ความร่วมมือและการสนับสนุน เช่น การเข้ามาเป็นกลุ่มเดียวกัน การมีส่วนร่วม หรือการกระทำต่างๆ ตามแนวประชาธิปไตย

ดังนั้น แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัวจึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีศักยภาพในการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยการเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้วยวิธีการศึกษาเพื่อสร้างพลัง จะเป็นแรงผลักดันสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ในที่สุด

การศึกษาเพื่อสร้างพลัง

การศึกษาเพื่อสร้างพลัง (Empowerment Education) เป็นกระบวนการพัฒนามนุษย์เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ตามปรัชญาและความต้องการแต่ละสังคม อันจะส่งผลถึงความสงบสุข ความมั่นคงของสังคมและประเทศชาติ โดยกระบวนการพัฒนามนุษย์ของระบบการศึกษาจะต้องเป็นไปเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งในการพัฒนางานสาธารณสุขนับว่าการพัฒนาบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ เพราะนอกจากจะเป็นการพัฒนาให้บุคคลนั้นมีศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพแล้ว บุคคลจะมีความสามารถในการพัฒนาบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมและสังคมของตนเอง ให้มีการพัฒนาขึ้นๆ ขึ้นไป ตามนี้ การศึกษาจึงเป็นการสร้างพลังให้แก่บุคคลเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการสร้างพลังทางสุขภาพแก่บุคคล ชุมชน และสังคม จากการศึกษาทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเพื่อสร้างพลังไว้ดังนี้คือ ความหมายการสร้างพลัง แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการสร้างพลัง กระบวนการสร้างพลังและกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์การสร้างพลัง และการวัดผลการสร้างพลัง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมาย

การสร้างพลัง (Empowerment) มีจุดเริ่มต้นจากทฤษฎี Y ของ แมคเกรเกอร์ (Mc. Gregor's Theory) (Kinlaw, 1995 : 11) ซึ่งมาจากแนวคิดทางการศึกษาเพื่อการสร้างพลัง (Empowerment Education) เป็นรูปแบบการศึกษาที่ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วม ใช้วิธีการสนทนา แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นระหว่างผู้เรียน ให้ร่วมระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยส่งเสริมความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Wallerstein & Bernstein, 1988 : 379) การสร้างพลังเป็นทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) จะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพหรือคุณสมบัติ การสร้างพลังจึงเป็นแนวคิดเชิงนามธรรม ซึ่งจะไม่ขึ้นกับเวลาหรือสถานที่ (Reynolds 1971, cited in Gibson 1991 : 355) จึงมีความยากลำบากในการให้คำจำกัดความ เนื่องจากความหมายของการสร้างพลังจะแตกต่างกันตามกลุ่มบุคคลและบริบท (Context) ที่แตกต่างกัน (Wallerstein & Bernstein, 1988 : 379) และมีการนำแนวคิดการสร้างพลังไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่หลากหลาย เช่น การเคลื่อนไหวของกลุ่มสตรี การเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านอำนาจมืด การเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม การสร้างพลังในผู้ติดเชื้อเอชไอวี การสร้างพลังในกลุ่มนักศึกษา วัยรุ่น ครูและพยาบาล (Gibson, 1991 : 354)

การสร้างพลัง (Empower) ตามพจนานุกรมโคลิน (Colin dictionary) พบว่า การสร้างพลังมีรากศัพท์เดิมมาจากภาษาละตินว่า "potere" หมายถึง การทำให้มีความสามารถ ดังนั้น การสร้างพลังจึงหมายถึงการให้พลังอำนาจ การทำให้เกิดความสามารถหรือการอนุญาต (Gibson, 1991 : 355)

การสร้างพลังตามพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's New World Dictionary of the American Language) เป็นคำนาม หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้มาจากการให้อำนาจ หรือหมายถึง กระบวนการของการให้อำนาจ ส่วนคำว่า Empower เป็นคำกริยา หมายถึง ให้อำนาจหรือให้ความสามารถ (Guralnik 1970, cited in Hawks, 1992 : 610)

คิฟเฟอร์ (Kieffer, 1984) กล่าวถึง การสร้างพลังว่าเป็นกระบวนการของการปรับเปลี่ยนและพัฒนาทักษะการมีส่วนร่วม ตลอดจนความสามารถของบุคคลในการที่จะจัดการกับสถานะแวดล้อมต่างๆ โดยตัดสินใจด้วยตนเอง มุ่งเน้นการหาทางออก หรือทางแก้ปัญหา มากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นที่ความแข็งแกร่ง สิทธิและความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดอ่อนของบุคคล เช่นเดียวกับแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1991) ได้กล่าวถึงการสร้างพลังไว้ใกล้เคียงกับพลังว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับ และชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและ

แก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีพลัง สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ สรุปได้ว่าทั้งคิฟเฟอร์และ กิบสัน มีแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างพลังที่เน้นไปที่การพัฒนาความสามารถของบุคคล

วอลเลอร์สไตน์และเบอร์สไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1988) กล่าวว่า การสร้างพลังเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

เทบบิท (Tebbitt, 1993) กล่าวว่า การสร้างพลังจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในองค์กร โดยมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายการปกครองในองค์กร มีการควบคุมดูแลองค์กร โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรและผู้ร่วมงาน บุคลากรเหล่านี้จะมีอิสระในการทำงาน มีความเป็นตัวของตัวเอง จะรู้สึกยึดมั่นในองค์กรโดยไม่มีการบังคับหรือเรียกร้องให้กระทำ ให้บุคลากรทุกคนบรรลุถึงวิสัยทัศน์และพันธกิจร่วมกัน และใช้กลยุทธ์ในการดำเนินงานขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ คินลอร์ (Kinlaw, 1995) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การสร้างพลังเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานในองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคคลและทีมงาน ตลอดจนหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งมีผลต่อองค์กรโดยรวม เช่นเดียวกับ จินตนา ยูนิพันธ์ (2535: 101) ที่มีแนวคิดว่าการสร้างพลังเป็นกระบวนการแบ่งปันอำนาจระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นการให้อำนาจในการตัดสินใจสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาประสิทธิภาพของงาน โดยการตัดสินใจส่วนบุคคลของบุคลากรเอง หรือกล่าวได้ว่าเป็นการถ่ายโอนอำนาจซึ่งในอดีตอยู่ที่ผู้บังคับบัญชาระดับสูงสู่ผู้บริหารระดับกลางและระดับต้น ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานทุกคนในองค์กร ซึ่งจะช่วยให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ท้าทาย มีความคิดสร้างสรรค์ ทุกคนในองค์กรมีความเชื่อมั่นที่จะเจริญก้าวหน้าในงาน กล่าวได้ว่า เทบบิท, คินลอร์ และจินตนา ยูนิพันธ์ ให้ความหมายเกี่ยวกับการสร้างพลังโดยเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมการพัฒนาคุณภาพงาน และการมีปฏิสัมพันธ์ จากการให้ความหมายข้างต้นพอจะสรุปได้ว่าการสร้างพลัง หมายถึง การพัฒนาศักยภาพของบุคคล องค์กรและชุมชนให้สามารถควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนได้

สก๊อตและเจฟ (Scott and Jaffe, 1991) กล่าวว่า การสร้างพลังเป็นทั้งกระบวนการผลลัพธ์และผลผลิตภาพ ที่เกิดจากการทำงานและเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในแง่กระบวนการ (Process) หมายถึง กระบวนการปรับปรุงเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานขององค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งทีมงานให้ครอบคลุมขอบข่ายสภาพการทำงานทั้งหมดขององค์กร ในแง่ผลลัพธ์ (Product) หมายถึง ศักยภาพที่

เกิดขึ้นกับตัวบุคคลที่ได้รับการสร้างพลัง ซึ่งพิจารณาได้จากการพัฒนาตนเองจนมีความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นอิสระ รู้คุณค่าของชีวิต สามารถตัดสินใจ และจัดการกับงาน ของตนเองได้จนประสบความสำเร็จ ในแง่ผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง ระดับผลผลิตที่เกิดขึ้น จากศักยภาพของบุคคลและทีมงานในองค์กร ซึ่งถ้าได้รับการสร้างพลังแล้ว ประสิทธิภาพการ ทำงานทั้งส่วนบุคคลและทีมงานก็จะเพิ่มขึ้น

จากความหมายของการสร้างพลังจะเห็นได้ว่าการสร้างพลังเป็นการทำให้บุคคลมีความ สามารถในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย โดยการให้อำนาจ ให้การสนับสนุน ให้ทรัพยากร รวมถึง การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาคน การสร้างพลังจึงส่งผลให้ผลิตภาพจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้น ด้วย สะท้อนให้เห็นถึงควมมีคุณภาพและเอกลักษณ์ระหว่างบุคคล รวมทั้งแนวคิดของการเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อในความสามารถของตน หรือเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ บุคคลในทางบวก และเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ในการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐาน โดยวิธีการสร้างพลังให้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจึงเป็นแนวทางที่จะ ทำให้การดำเนินงานดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์อย่างแท้จริง

2. แนวคิดและทฤษฎีการสร้างพลัง

แรทส์ (Louis E. Raths, cited in Crum, 1995) เป็นคนแรกที่กล่าวถึง ทฤษฎีสร้างพลัง ซึ่งมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 3 ทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีความต้องการ มนุษย์ต้องการความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและอารมณ์ และความรู้สึกปลอดภัยจะขึ้นอยู่กับระดับของอารมณ์ที่แตกต่างกัน ในส่วนของผู้นำขึ้นอยู่กับ ความพร้อมของผู้ปฏิบัติที่จะปฏิบัติตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเรียนรู้ของบุคคลที่มีความสามารถที่จะเกิดเรียนรู้ได้ดีเมื่อมีความรู้สึกปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังที่ มาสโลว์ (Maslow, 1954) กล่าวว่า ลำดับขั้นความต้องการของคนเป็นแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของ คน เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านกายภาพจนถึงความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต เปรียบได้กับเส้นทางสู่การสร้างพลังเป็นพฤติกรรมที่บุคคลมุ่งหวัง ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับการสนองตอบในด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ความมั่นคงในองค์กร วัฒนธรรม และการยกย่องในองค์กรเสียก่อน ซึ่งแมคกรอ (McGraw, 1992 : 16-19) ได้เปรียบเทียบ ขั้นความต้องการของ Maslow กับเส้นทางสู่การสร้างพลังดังนี้ ความต้องการทางกายภาพคือ สภาพแวดล้อมในองค์กร ความต้องการความปลอดภัยมั่นคงคือความปลอดภัยมั่นคงในองค์กร ความต้องการทางสังคม คือ วัฒนธรรมในองค์กร การได้รับการยกย่องคือ การยกย่องในองค์กร และความสำเร็จในชีวิตคือการสร้างพลัง

2. ทฤษฎีคุณค่า พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวไม่ดีเกิดจากการขาดคุณค่า หรือการขาดจุดมุ่งหมายของชีวิต คุณค่าของคนเกิดจากจุดมุ่งหมายหรือการแสดงพฤติกรรมที่มีคุณค่า คนจะมีพฤติกรรมที่ทำติดต่อกันเป็นเวลานานเกี่ยวกับการไม่คิด และการไม่มีประสบการณ์ในการคิด จึงต้องมีการสร้างพลังให้กับบุคคลเหล่านี้

3. ทฤษฎีความคิด ได้รับแนวคิดจาก จอห์น ดิวอี้ (John Dewey) ว่าความรู้สึกสิ้นหวังของบุคคลที่ไม่ได้รับการพัฒนาพลังทางความคิดอย่างเพียงพอ เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ส่งเสริมการพัฒนาทางความคิด และความรู้สึกสิ้นหวังดังกล่าวทำให้มีการปรับตัวทางพฤติกรรมไม่ดี เช่น เกิดความรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่สามารถทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้

ซิมเมอร์แมนและคณะ (Zimmerman, et al., 1997) ได้แบ่งทฤษฎีการสร้างพลังเป็น 3 มิติ คือ

1. ค่านิยม หมายถึง ความเชื่อในระบบที่ทำให้สามารถพิสูจน์ถึงความเข้มแข็งแทนการกระทำที่เสี่ยง

2. กระบวนการ หมายถึง พลังการเรียนรู้ในสิ่งที่บุคคลเลือกสรร เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในสังคม ทรัพยากร การทำงานร่วมกับผู้อื่น เพื่อบรรลุเป้าหมาย และมี กิจกรรมเพื่อความภูมิใจของตนเอง

3. ผล หมายถึง การประเมินประเด็นต่างๆ เพื่อพัฒนาความน่าเชื่อถือของการวัดผลในส่วนของการปฏิบัติการหรือกิจกรรมเพื่อสร้างพลัง มีลักษณะดังนี้

1. เป็นกิจกรรมที่ออกแบบเกี่ยวกับการพัฒนา การนำไปใช้และการประเมินผลโดยกิจกรรมจะเริ่มที่จากการวิเคราะห์ และพัฒนาผู้นำจากชุมชนเพื่อช่วยวางแผนและปฏิบัติงาน

2. เป็นกิจกรรมพัฒนาทักษะ และการพึ่งตนเองได้ รวมถึง การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และทักษะผู้นำ

3. การปฏิบัติการหรือกิจกรรม เป็นการสร้างบริบทหรือเนื้อหาสำหรับประชาชนในการทำงานร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาและตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งช่วยประชาชนเพิ่มระบบการสนับสนุนทางสังคมและพัฒนาความตระหนักถึงชุมชน

เทบบิท (Tebbit, 1993) ได้เสนอแนวคิดของการสร้างพลังว่า ประกอบด้วย แนวคิดสำคัญ 5 ประการ คือ

1. การสร้างพลังเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมในองค์กร โดยกำหนดวิธีการใหม่ขึ้นมา หรือปรับปรุงแก้ไขสิ่งที่มีอยู่เดิมและการคงไว้ซึ่งค่านิยมที่สำคัญต่อการบรรลุพันธกิจขององค์กร ตลอดจนวิเคราะห์หรือพิจารณาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อความสำเร็จของงานที่ได้รับมอบหมายให้องค์กร

2. การปรับปรุงและกำหนดรูปแบบขององค์กร จะต้องมาจากผู้บริหารระดับสูง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเป็นทีมงานบริหาร โดยสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นเลิศและความเชี่ยวชาญในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในความสำเร็จของงานที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุพันธกิจ เงินภาพขององค์กร และกลวิธีอำนวยความสะดวกในองค์กร

3. การรวบรวมรูปแบบการเปลี่ยนแปลงในองค์กรด้วยการเชื่อในความสามารถขององค์กร แนวคิด และพฤติกรรมขององค์กร โดยการเปลี่ยนอำนาจจากการควบคุมขององค์กรมาเป็นการมีส่วนร่วมของบุคลากรและผู้ร่วมงาน

4. การเปลี่ยนแปลงในเรื่องความเชื่อ ความคิดหรือการกระทำอันเป็นผลให้ ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกผูกพัน ซึ่งสามารถเห็นได้ชัดจากลูกค้าขององค์กร ในบางครั้งอาจ ไม่ยอมรับในแผนงานหรือผลิตภัณฑ์ขององค์กร แต่จะภูมิใจในงานบริการ ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดขึ้นหลังจากการเชื่อมโยงและผสมผสานระหว่างองค์กรและคุณค่าของบุคลากร ถือเป็นเริ่มต้นของการสร้างพลังคือ ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระในการเลือกทำงานมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและมีความผูกพันในฐานะเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรโดยปราศจากการขอร้องหรือการถูกกำหนดให้กระทำ

5. เนื่องจากการสนับสนุนการยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของผู้ปฏิบัติงาน เป็นผลให้องค์กรสามารถทบทวนหรือวางแผนในการกำหนดจุดมุ่งหมาย บทบาท ภาวะเบี่ยง ระบบงาน ตลอดจนการบริหารจัดการ และการดำเนินงานเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

แคนเตอร์ (Kanter, 1977) ได้เสนอแนวคิดการเสริมสร้างพลังแก่ผู้ปฏิบัติงานโดยใช้ทฤษฎีโครงสร้างอำนาจ ซึ่งเน้นว่าสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีส่วนสำคัญในการกำหนด ทักษะและพฤติกรรมของบุคลากรภายในองค์กร ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสร้างพลังจะต้องมีความยืดหยุ่นในการบริหาร ยินยอมให้บุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีการให้รางวัลหรือผลตอบแทนในการปฏิบัติงานลักษณะงานไม่ซ้ำซาก ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากร มีความผูกพันกับองค์กร มีความพึงพอใจในงาน มีความเป็นอิสระ สามารถใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการทำงาน สรุปได้ว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีอิทธิพลต่อการสร้างพลังของคน

คิฟเฟอร์ (Kieffer, 1984) ได้ให้แนวคิดของการสร้างพลังว่าเป็นการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการและพัฒนาทักษะการมีส่วนร่วม และความเข้าใจระบบการเมือง การปกครอง เปรียบเทียบได้กับพัฒนาการของมนุษย์ แบ่งได้ 4 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มต้น (Era of entry) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มมีส่วนร่วมในการสำรวจค้นหา ปัญหาเกิดความไม่แน่ใจ และไม่มีความรู้ในอำนาจหน้าที่ และโครงสร้างของพลังอำนาจ
2. ระยะความก้าวหน้า (Era of advancement) เป็นระยะที่เป็นโอกาสดีสำหรับความร่วมมือร่วมใจ ช่วยเหลือแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน ในระยะนี้บุคคลมีการพัฒนาและยอมรับทางเลือก มีความรับผิดชอบในทางเลือก ได้รับการพัฒนาทักษะการดำเนินงาน โดยการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกในลักษณะของการเป็นพี่เลี้ยงผู้ร่วมงาน
3. ระยะความเป็นจริง (Era of incorporation) เป็นระยะที่มุ่งเน้นการเผชิญหน้า และต่อสู้อุปสรรคยุ่งยากที่ขัดขวางการตัดสินใจของตนเอง ในระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำ พัฒนาทักษะ พัฒนาองค์กร และดำรงรักษาสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ให้คงอยู่
4. ระยะการมีข้อยึดมั่นผูกพัน (Era of commitment) เป็นระยะที่มีการบูรณาการความรู้ใหม่ๆ และทักษะในการเผชิญหน้ากับความเป็นจริง แนวคิดการสร้างพลังของคิฟเฟอร์ เป็นการมองตามกระบวนการ Labour-intensive ซึ่งเป็นการถ่ายทอดกระบวนการช่วยเหลือพัฒนาบุคคลให้ตระหนักถึงต้นเหตุของปัญหาและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ตลอดจนหาวิธีการ แก้ปัญหา

3. ระดับของการสร้างพลัง

วอลเลอร์สไตน์ เบอร์นสไตน์ (Wallerstein and Burstein, 1994) และ อิสราเอลและคณะ (Israel et al., 1994) ได้แบ่งระดับการสร้างพลังเป็นระดับบุคคล องค์กรและชุมชนดังนี้

3.1 การสร้างพลังในบุคคล (Individual or Psychological empowerment) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจและมีการควบคุมบุคลิกภาพของตนเองในรูปแบบของความเชื่อในความสามารถของตนเองและการเห็นคุณค่าของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับพัฒนา แนวคิดศักยภาพของตนเอง และความเข้าใจในบริบทของสังคม การเมืองและวัฒนธรรม ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานมาจากการศึกษาอย่างมีส่วนร่วมและการสร้างพลังในระดับชุมชน สะท้อน วัฒนธรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบและความยุติธรรมในสังคมมากกว่าความสำเร็จของบุคคล ดังนั้นการสร้างพลังในระดับบุคคลประกอบด้วย

3.1.1 ความเชื่อในความสามารถของตนเองและความสามารถของบุคคล

3.1.2 ความรู้สึกในการเป็นผู้ดำเนินการ ผู้จัดการ และควบคุมสิ่งต่าง ๆ

3.1.3 กระบวนการมีส่วนร่วมที่จะเป็นแรงผลักดันองค์กร และนำไปสู่การตัดสินใจ

การสร้างพลังในระดับบุคคลจะสัมพันธ์กับการสร้างพลังในระดับองค์กรและชุมชน โดยผ่านการพัฒนา การควบคุมตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนจากสังคม และการพัฒนาทักษะระหว่างบุคคล สังคม และการเมือง

3.2 การสร้างพลังในองค์กร (Organization empowerment) มีแนวคิดที่สำคัญมาจากทฤษฎีการบริหารแบบประชาธิปไตย ซึ่งบุคคลมีการแบ่งปันด้านข้อมูลและอำนาจ มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การออกแบบโครงการต่างๆ การปฏิบัติและสามารถควบคุมนโยบายต่างๆได้ ตามนัยนี้การสร้างพลังในระดับบุคคลจึงเป็นกระบวนการหนึ่งภายในองค์กร การสร้างพลังในระดับองค์กรจะสนใจความร่วมมือของบุคคลในระดับรวม เช่น มีกลุ่มสนใจ กลุ่มที่มีสถานภาพเดียวกัน กลุ่มทางการในหน่วยงานย่อย องค์กรที่ได้รับการสร้างพลังจะมีผลต่อระบบที่ใหญ่ขึ้นใน ส่วนที่องค์กรนั้นเกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมในกระบวนการที่ทำให้บุคคลเพิ่มความสามารถในการควบคุมองค์กรจะมีผลต่อการตัดสินใจในระดับนโยบายกับชุมชนที่ใหญ่ขึ้น

3.3 การสร้างพลังในชุมชน (Community empowerment) หมายถึง กระบวนการของกิจกรรมในสังคมที่บุคคลและกลุ่มแสดงเพื่อการดำเนินชีวิตของเขาด้วยตนเอง ในบริบทของการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อม กระบวนการนี้สามารถเกิดขึ้นในชุมชนที่มีองค์ประกอบทางภูมิศาสตร์ สถาบันและกลุ่มที่มีความสนใจร่วมกันหรือบริบทของชุมชนนั้นๆ ชุมชนที่มีการสร้างพลังจะเป็นผลจากการที่บุคคลและองค์กรได้ใช้ทักษะและทรัพยากรเพื่อกระทำการต่างๆ ที่จะส่งผลไปถึงความต้องการที่คาดหวังตามลำดับได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคคลและองค์กรในชุมชนที่มีการสร้างพลังจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการยกประเด็นที่มีความขัดแย้งในชุมชน และมีความต้องการที่จะเพิ่มและควบคุมคุณภาพชีวิตในชุมชน เช่นเดียวกับการสร้างพลังในองค์กร ชุมชนที่มีการสร้างพลังจะมีความสามารถในการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงระบบสังคมที่ใหญ่กว่า การสร้างพลังในระดับบุคคลและองค์กร เหมือนกับการให้ความหมายการสร้างพลังในเรื่องของความสามารถ (Capacity) และความยุติธรรม (Equity) กล่าวคือ ความสามารถ หมายถึง การใช้ปัญญาสมรรถภาพหรือพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหา ส่วนความยุติธรรม หมายถึง การแบ่งปันทรัพยากรกันอย่างยุติธรรม

เนื่องจากการสร้างพลังมีความสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กร และชุมชน แม้ว่าแต่ละระดับสามารถแยกจากกันได้โดยมีเป้าหมายของแต่ละระดับเป็นตัวกำหนด และพบว่าการอบแนวคิดของการสร้างพลังที่มีความหมายชัดเจนนั้นจะเกี่ยวพันกับการเห็นคุณค่าของตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และบริบทของชุมชน ที่แต่ละบุคคลเผชิญอยู่ ดังนั้น การพัฒนา

โปรแกรมที่มีวัตถุประสงค์ในการสร้างพลังระดับบุคคลต้องตระหนักถึงบริบทและความสัมพันธ์นั้นว่าจะมีอิทธิพล สามารถควบคุม และพัฒนาไปพร้อมกัน ถึงแม้ว่าวัตถุประสงค์จะแยกจากกันเป็นอิสระก็ตาม แนวคิดนี้ เปาโล แฟร์ มีความเห็นว่าสามารถรวมการสร้างพลังทั้ง 3 ระดับเข้าด้วยกัน โดยให้ความสำคัญในการพัฒนา ความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม การมีส่วนร่วมในโชคชะตาและศักยภาพของบุคคลที่มีผลต่อความเชื่อมั่นซึ่งจะก่อให้เกิดกิจกรรมตามความสามารถ ได้แก่ การมีทักษะและทรัพยากรต่าง ๆ ในการพัฒนาวิถีของการกระทำกิจกรรม โดยผ่านกระบวนการสะท้อนกลับ และการมีกิจกรรมของบุคคล องค์กร และชุมชน จะเป็นองค์รวมในการพัฒนาความสามารถในการทำให้เกิดกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคม แต่อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่า การสร้างพลังเฉพาะระดับจะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถพัฒนาให้องค์กรได้

4. รูปแบบการสร้างพลัง

สกอตและเจฟ (Scott & Jaffe, 1991) ได้เสนอรูปแบบของการสร้างพลังในองค์กรไว้ดังนี้

1. การให้แรงจูงใจกับผู้นปฏิบัติงาน แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนคือ ให้ความถูกต้อง ยุติธรรม ให้สารสนเทศ และให้มีส่วนร่วม

1.1 การให้ความถูกต้องยุติธรรม คือ ให้ความเสมอภาคกับทุกคน ให้เงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการที่ยุติธรรม มีความยืดหยุ่นต่อความต้องการของผู้นปฏิบัติงาน รวมไปถึงการให้โอกาสได้เรียนรู้ได้พัฒนาทักษะใหม่ ๆ ตามความสนใจและความสามารถ

1.2 การให้สารสนเทศ คือ การให้ความรู้ในสิ่งที่ดีต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นเกี่ยวกับองค์กร

1.3 การให้การมีส่วนร่วมคือ ผู้นปฏิบัติงานมีโอกาสในการควบคุมหรือตัดสินใจในการทำงานด้วยตัวผู้นปฏิบัติงานเอง

2. การส่งเสริมและพัฒนาความร่วมมือในองค์กร ผู้บริหาร คือ ผู้มีบทบาทสำคัญในส่วนนี้ ทุกคนต้องเรียนรู้ว่าผู้บริหารที่ดีต้องรับผิดชอบการทำงานตั้งแต่กระบวนการผลิต ไม่ใช่เฉพาะผลงานที่เกิดขึ้น ต้องทราบว่าผู้นปฏิบัติงานทุกคนต้องการเรียนรู้การทำงานและการแก้ปัญหา ร่วมกับผู้บริหาร ต้องการโอกาสและอำนาจในการวินิจฉัยสั่งการ อิสระในการทำงาน ควบคุมและตัดสินใจงานในหน้าที่รับผิดชอบด้วยตนเอง รวมไปถึงการได้รับผลตอบแทนหรือรางวัลอย่างเหมาะสมและยุติธรรม สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การติดต่อสื่อสารให้สารสนเทศเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือจากทุกคนในองค์กร

3. สร้างภาวะผู้นำให้กับผู้ปฏิบัติงาน ภาวะความเป็นผู้นำของบุคคลในองค์กรเป็นตัวบ่งชี้อีกประการหนึ่งในการพิจารณาว่า องค์กรได้รับการสร้างพลังเพียงใด กระบวนการที่สำคัญในการสร้างภาวะผู้นำคือ การส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานร่วมกันทำงานเป็นทีม และกระตุ้นให้ทุกคนเป็นผู้นำในการกำหนดเป้าหมาย การปฏิบัติ และการตัดสินใจในทีมงาน หรือในงานส่วนที่ตนรับผิดชอบ

4. การสร้างบรรยากาศในองค์กร องค์กรควรมีบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน หรือระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน เปิดโอกาสให้เรียนรู้และรับเอาแนวคิดหรือทักษะใหม่ๆ ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพมาใช้ในการทำงาน นอกจากนี้แล้วบรรยากาศขององค์กรที่ดีไม่ได้หมายถึง การมีอิสระอย่างเต็มที่ แต่หมายถึง ความสมดุลระหว่างการควบคุมกับการมีอิสระในการทำงาน รวมถึงความยืดหยุ่นในการสนองตอบความต้องการ ความพอดีในการให้โอกาส และความเสมอภาคสำหรับทุกคนในองค์กร

5. การสร้างทีมงาน สิ่งสำคัญของการสร้างพลังในองค์กรคือ การสร้างทีมงาน เทคนิคที่จะส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ด้วยการวางระบบการทำงานที่เอื้อต่อการประสานสัมพันธ์กัน การฝึกอบรมสร้างเครือข่ายในการทำงาน การกระตุ้นให้แรงจูงใจ สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็น เมื่อเกิดทีมงานขึ้นแล้วสิ่งที่ทีมงานต้องการได้รับการแบ่งปันจากผู้บริหาร คือ ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม หน้าที่ความรับผิดชอบ อิสระในการทำงาน อำนาจการตัดสินใจ และรางวัลหรือผลตอบแทนที่ยุติธรรม

วอลเลอร์สไตน์ (Wallerstein, cited in Purdey et al., 1994) ได้เสนอรูปแบบการสร้างพลังที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกของการเป็นชุมชน และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชนทั้งระดับบุคคลและชุมชน รูปแบบนี้มีจุดเด่นที่บทบาทของการคิดวิเคราะห์ และการตระหนักรู้ (Conscientization) มีโครงสร้างเป็นเกลียวและการสะท้อนกลับ โดยมีองค์ประกอบของการสร้างพลัง ดังนี้

1. การวิเคราะห์กลุ่ม รูปแบบที่ได้แสดงให้เห็นว่า การริเริ่มความตระหนักรู้ต่อปัญหาจากการฟัง การสนทนา จะนำไปสู่การพัฒนาความรู้สึกของการเป็นชุมชน กล่าวคือ บุคคลกลุ่ม และชุมชนจะต้องเริ่มการเรียนรู้วิถีคิดวิเคราะห์ก่อนที่จะมีการพัฒนาความสามารถในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ

2. กิจกรรมของชุมชนและกระบวนการสะท้อนกลับ การที่คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนโดยร่วมกันวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันและมีการนำไปปฏิบัติ จะนำชุมชนไปสู่การพัฒนาความรู้สึกของความสำเร็จ ความเป็นเจ้าของ และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งรูปแบบนี้เชื่อว่า การสะท้อนกลับ เป็นการคิดวิเคราะห์กิจ

กรรมที่เลือกขึ้นมา เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกันของการสร้างพลังในชุมชน ในทางกลับกันการ
สร้างพลังจะนำไปสู่วงจรความสำเร็จของกิจกรรมและ การสะท้อนกลับในชุมชนด้วย กล่าวคือ
เกลียวที่เกิดขึ้นจะเป็นความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่าง กิจกรรมและการสะท้อนกลับ จะทำ
ให้เกิดการสร้างพลังคือเกิดความมั่นใจ เกิดเครือข่ายทางสังคม เพิ่มความสามารถ เพิ่มทรัพยากร มี
การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในสังคม และท้ายที่สุดรูปแบบ การสร้างพลังนี้จะนำไปสู่การพัฒนาที่
ยั่งยืน

เรปพอร์ท และคณะ (Rappaport et al., cited in Ovrebo, 1994) ได้พัฒนารูปแบบ
การสร้างพลังอย่างมีเป้าหมาย จากการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม ผลจาก
การสร้างพลังคือการต่อต้าน (Antithesis) ต่อรูปแบบที่เป็นแบบแผนของการดำเนินงานของรัฐที่
ครอบงำการให้บริการแก่ประชาชน และการดูแลสุขภาพที่มีแนวคิดมาจากส่วนบน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ
เป็นคนประเมินและดำเนินกิจกรรมเอง รูปแบบการสร้างพลังนี้อธิบายใน 2 ลักษณะคือ

1. ระดับบุคคล เป็นความรู้สึกร่วมกันของบุคคลในการเพิ่มอำนาจ หรือความสามารถใน
การควบคุม การเห็นคุณค่าในตนเอง การเพิ่มความสามารถของตนเอง และ ลดการตำหนิตนเอง
2. ระดับกลุ่ม เป็นการพัฒนาระดับความรู้ของกลุ่มที่เป็นผลจากทัศนวิสัย
จากการคิดวิเคราะห์สังคมที่อธิบายถึงปัญหาของบุคคล กลุ่มและชุมชนที่เป็นผลจากการขาดพลัง
นับว่าเป็นความรับผิดชอบและการตอบสนองของบุคคลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและกลายเป็น
ผู้ที่มีส่วนร่วมที่จริงจัง

คินลอร์ (Kinlaw, 1995) ได้เสนอรูปแบบการจัดการกระบวนการสร้างพลัง
(Empowerment process management model) ซึ่งประกอบด้วยสองส่วน คือ ขั้นตอนและสารสนเทศ
นำเข้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอน รูปแบบของการสร้างพลัง จะมีขั้นตอนสำคัญอยู่ 6 ขั้นตอน ตั้งแต่การ
วางแผนการเริ่มต้นดำเนินการ และการประเมินผล ซึ่งต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องดังนี้ คือ

1.1 กำหนดคำจำกัดความและการเผยแพร่ การเริ่มต้นของการสร้างพลังจำเป็นต้อง
ต้องให้คำจำกัดความเพื่อความชัดเจนในความหมายอย่างแท้จริง หลังจากนั้นต้องเผยแพร่ให้ทุกคน
ในองค์กรได้รับรู้

1.2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ ในการทำงานทุกระดับขององค์กร
วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการสร้างพลังคือ การปรับปรุงการปฏิบัติงานของทุกคนในองค์กร ซึ่งต้อง
มีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

1.3 ฝึกอบรม ให้ผู้ปฏิบัติงานมีบทบาทและการปฏิบัติแบบใหม่ การฝึกอบรม เพื่อสร้างพลังนั้น เป็นการฝึกอบรมเทคนิคในการปรับปรุงและสร้างสรรค์การปฏิบัติงานตามความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน

1.4 ปรับปรุงโครงสร้างองค์กร เพื่อเพิ่มอิสระในการทำงาน ลดความเป็นทางการและสิ่งทีครอบงำการสร้างสรรค์ของผู้ปฏิบัติงาน โดยพิจารณางานที่มีองค์กรแล้วัดงานที่ไม่ได้สร้างค่านิยมที่ดีในองค์กรออกไป รวมกลุ่มงานที่มีอยู่ให้มีลักษณะเป็นธรรมชาติ แล้ววางรูปแบบเครือข่ายการบริหารให้เหลือช่องว่างน้อยที่สุด

1.5 ปรับปรุงระบบต่าง ๆ ขององค์กร โดยพิจารณาวัตถุประสงค์ของแต่ละระบบที่ต้องมีความชัดเจน ทุกคนรับรู้และสามารถที่จะควบคุมและจัดการได้ ประการสำคัญคือ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการสร้างพลัง เช่น ระบบการวางแผน การให้รางวัล การชมเชย และการฝึกอบรม เป็นต้น

1.6 ประเมินผลและปรับปรุง เป็นการประเมินขั้นตอนต่างๆ ดังที่กล่าวมา โดยวัดจากการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้ปฏิบัติงานแล้วนำผลการประเมินมาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. สารสนเทศนำเข้าที่เกี่ยวกับรูปแบบการสร้างพลัง ประกอบด้วย

2.1 นัยของการสร้างพลัง ซึ่งเป็นการสร้างศักยภาพให้กับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความยึดมั่นผูกพัน ความสามารถ และจริยธรรม

2.2 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมี 3 ระดับ คือ ระดับแรกคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนนำไปสู่ระดับที่สอง คือ การเปลี่ยนแปลงในแต่ละองค์ประกอบขององค์กร เช่นบรรยากาศการทำงาน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คุณภาพของผลิตภัณฑ์ กระบวนการทำงาน เป็นต้น และระดับที่สามคือ องค์กรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

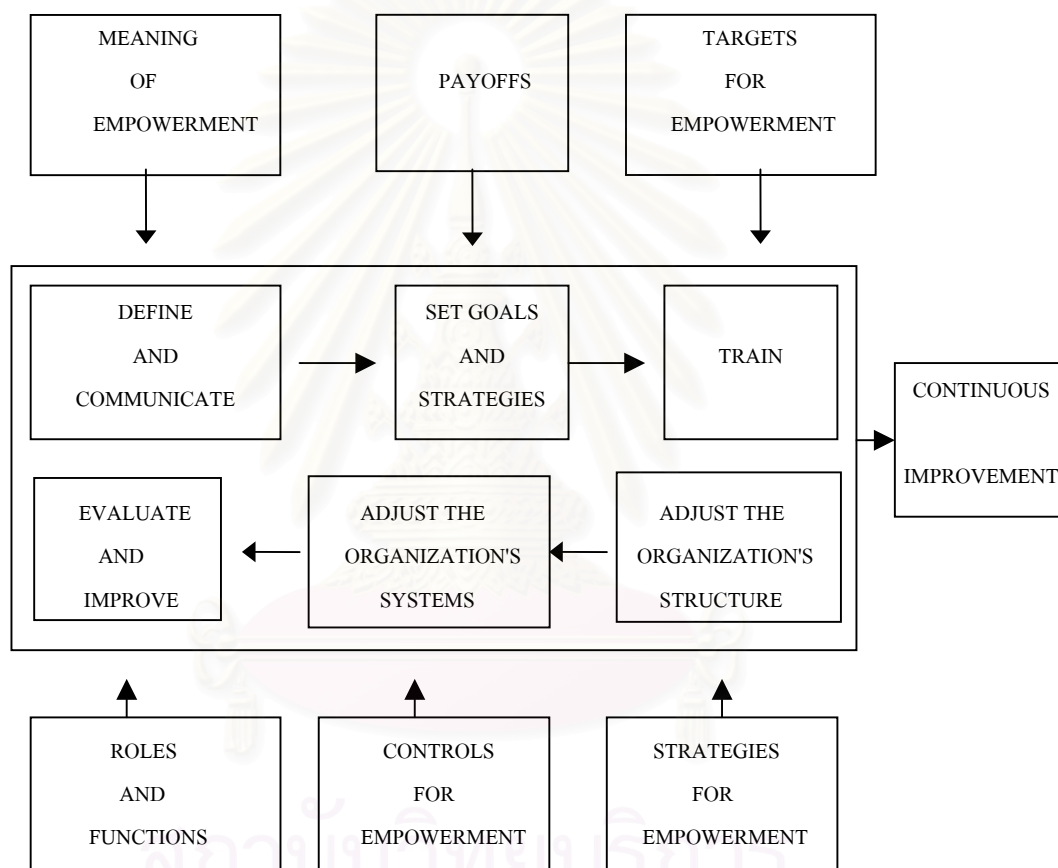
2.3 กลุ่มเป้าหมายการสร้างพลัง มุ่งเน้นที่ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนและทีมงานในองค์กร โดยเสริมสร้างสภาพการปฏิบัติงานให้เกิดการเรียนรู้ มีการ แลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศ ขยายแนวคิด แก้ปัญหา ปรับปรุงการปฏิบัติงานและมีความสามารถในการจัดการงานในหน้าที่

2.4 กลยุทธ์การสร้างพลัง ที่สำคัญคือ การให้ ข้อมูลย้อนกลับในการทำงานกับ ผู้ปฏิบัติงาน การสร้างและพัฒนการทำงานเป็นทีมและการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทุกระดับ

2.5 การควบคุมการสร้างพลัง แตกต่างจากการควบคุมแบบดั้งเดิมคือควบคุม เพื่อให้เกิดการพัฒนา

2.6 เปลี่ยนแปลงบทบาทและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานให้มีความชัดเจนและมีมาตรฐานสูงขึ้น

ในการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างพลังในองค์กร จำเป็นต้องมีการศึกษาให้ละเอียด และครอบคลุมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ขององค์กรอย่างถ่องแท้ เพราะในแต่ละองค์กรจะมีลักษณะเฉพาะตัวและมีสิ่งที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ทั้งที่เป็นระบบและไม่เป็นระบบอย่างซับซ้อน นั่นคือต้องศึกษาถึงโครงสร้างขององค์กร วัฒนธรรม ค่านิยม กระบวนการจัดการ บรรยากาศขององค์กร รวมถึงทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานที่มีต่อองค์กรด้วย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบกระบวนการสร้างพลังของคินลอว์ (Kinlaw, 1995: 24)

พลังเกท (Plunkett, 1994) ได้พัฒนากรอบแนวคิดใหม่ในการสร้างพลัง โดยเชื่อว่าการสร้างพลังเป็นภาวะที่บุคคลทำให้เกิดขึ้นและจะแสดงออกมาพร้อมกับสภาพแวดล้อมที่ดำรงอยู่ในมิติของอารมณ์ และการรับรู้ โดยบุคคลไม่สามารถสร้างพลัง ในระดับเดียวกัน หรือมีปฏิริยาแบบเดียวกันในสภาพแวดล้อมเดียวกัน เนื่องจากแต่ละคนมีศักยภาพ ในการสร้างพลังแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ คอนเกอร์และการ์นันโก (Conger and Kanungo, 1988) ที่ว่าสภาพแวดล้อมมีความจำเป็นต่อการสร้างพลัง นั่นคือศักยภาพในการสร้างพลังและโอกาสในการ

สร้างพลังทำให้เกิดผลของการสร้างพลังอันได้แก่ ทักษะคติและพฤติกรรมที่แสดงออกมาโดยคนที่ได้รับการสร้างพลัง แนวคิดการสร้างพลัง เป็นแนวคิดทั้งมิติด้านบุคคลและมิติสิ่งแวดล้อม ดังนั้น คำจำกัดความของการสร้างพลัง จึงมีพื้นฐานบนความไม่แน่นอน เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น และทฤษฎีเกี่ยวกับคนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถนำไปอธิบายสถานะของแต่ละบุคคลได้ ดังนี้

1. ศักยภาพในการสร้างพลัง เป็นการอธิบายบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อในความสามารถของตนเองในการทำงาน โดยจะบอกถึงความกระตือรือร้นของบุคคลนั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมาร์ก (Marx 1963, cited in Plunkett, 1994) ที่กล่าวว่า งานสามารถกระตุ้นให้คนมีการกระทำหรือมีกิจกรรมที่สำคัญได้ และบุคคลสามารถสร้างประสบการณ์ตนเองเหมือนเป็นตัวกระทำ (Active subject) ศักยภาพในการสร้างพลังจึงเป็นแนวคิดทั้งหมดของคำว่า “ตนเอง” (Self) ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของบุคคลและบทบาทเฉพาะตามแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง ลักษณะที่จะทำให้เกิดศักยภาพในการสร้างพลังสูง คือ

- 1.1 มีการควบคุมจากภายใน
- 1.2 มีความมั่นใจสูง
- 1.3 มีความต้องการที่จะเข้มแข็งสูง
- 1.4 มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง

2. โอกาสในการสร้างพลัง หมายถึง พลังหรือแนวทางที่แต่ละบุคคลได้รับจากองค์กร ชุมชน ผู้นำหรืองานที่ทำ ตามนัยนี้จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการสร้างพลัง ย่อมจะมีผลทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสในการสร้างพลังสูง รวมไปถึงด้วย ดังนี้

2.1 ลักษณะองค์กรที่จะทำให้บุคคลได้รับการสร้างพลังหรือสนับสนุน การสร้างพลังมีลักษณะดังนี้

- มีการสำรวจศักยภาพบุคคล และทำให้เกิดประโยชน์
- ความต้องการสูงสุดขององค์กรเป็นเรื่องส่วนรวม
- มีการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรในองค์กรบ่อยครั้ง
- มีระบบการให้รางวัลสำหรับงานที่ดี

2.2 ผู้นำให้การยอมรับและสนับสนุนนโยบายขององค์กร สร้างกลวิธีการมีส่วนร่วม การนิเทศติดตาม การได้รับการยอมรับจากบุคลากรในบทบาทของการให้กำลังใจ และกระตุ้นให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่ทำให้กลัว กระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจด้วยตนเองช่วยเหลือ ดูแลเมื่อมีการกระทำที่ผิดพลาด และเห็นว่าการทำผิดนั้นเป็นการเรียนรู้

2.3 งานที่ทำให้เกิดการสร้างพลังต้องมีบทบาทของงานชัดเจน งานมีความหลากหลาย และมีอำนาจในการตัดสินใจ

3. ผลของการสร้างพลัง การสร้างพลังเป็นผลจากศักยภาพของแต่ละคนและโอกาสจากสภาพแวดล้อม ซึ่งหมายถึง ทักษะคิดและพฤติกรรมเป็น ผลจากความสอดคล้องกันของศักยภาพ และโอกาสในการสร้างพลัง แต่ในกรณีที่เกิดความไม่ สอดคล้องกันจะทำให้เกิดภาวะขัดข้องในการทำงาน

โบรกเกอร์และคณะ (Broker et al., 1997: 454-455) ได้พัฒนากรอบแนวคิดการสร้างพลังจากแนวคิดของ สจิวต์ (Stewart) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพงาน โดยแบ่งระดับการสร้างพลังเป็นระดับบุคคล และกระบวนการที่บุคคลสัมพันธ์กับสังคมหรือสิ่งแวดล้อม โดยแสดงถึงการพึ่งพากันของแต่ละบุคคลกับสภาพแวดล้อม และอธิบายการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อในความสามารถของตนเอง การวิเคราะห์สังคมในเชิงบวก ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างสังคม การเมืองที่มีบทบาทอยู่ และความสามารถในการใช้ทักษะการถ่ายทอดจากคนหนึ่งไปสู่คนหนึ่ง โดยกำหนดกรอบความคิดการสร้างพลังประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้

1. เป้าหมายของชีวิต โดยดูจากการอธิบายถึงเป้าหมายชีวิตในอนาคต จากท่าทางหรือลักษณะของความเชื่อในความสามารถของตนเอง และความรู้สึกถึงความสอดคล้องในชีวิต
2. การรับรู้ข้อมูลที่บุคคลนั้นคิดได้เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไข เป็นการตรวจสอบความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยดูจากความสามารถในการวิเคราะห์ชุมชนอย่างลึกซึ้งและกว้างขวาง
3. วิสัยทัศน์ในการวินิจฉัยปัญหาที่สัมพันธ์กับการทำงาน โดยดูจากการพัฒนาการคิดวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ
4. บทบาทในการมีส่วนร่วมในชุมชนและการทำงาน เป็นความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาชุมชนร่วมกับคนอื่นๆ

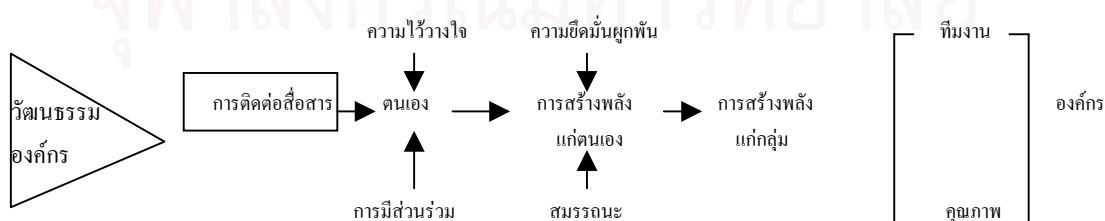
5. กระบวนการสร้างพลังและการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

5.1 กระบวนการสร้างพลัง

ฮอคค์ (Hawks, 1992) ได้กล่าวว่า การสร้างพลังนั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสองคนขึ้นไป ซึ่งประกอบด้วย บุคคลที่เป็นผู้สร้างพลัง (Empowers) และผู้ที่ได้รับการสร้างพลัง (Empowered) เป็นการประยุกต์ใช้หลักปรัชญา หลักการเรียนรู้ หลักการสอนเข้าด้วยกันและใช้กรอบแนวคิดของ วอกท์และเมอร์เรล (Vogt & Murrell) ในการอธิบายการสร้างพลัง โดยเสนอเป็นทฤษฎี Murrell-Armstrong Empowerment Matrix ประกอบด้วย วิธีการต่าง ๆ 6 ขั้นตอน คือ

1. การให้ความรู้หรือการศึกษา (Education) เป็นการแบ่งปันข้อมูลข่าวสาร และช่วยเหลือผู้อื่นในการเรียนรู้การใช้ข้อมูล คิดสร้างสรรค์ข้อมูลใหม่ ๆ
 2. การเป็นผู้ชักนำ (Leading) เป็นการชักนำผู้อื่นให้ตัดสินใจ
 3. การเป็นที่ปรึกษา (Mentoring) การเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน เป็นการให้การช่วยเหลือสนับสนุนและให้คำชี้แนะแก่ผู้อื่น เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายได้เร็วขึ้น
 4. การเตรียมการ (Providing) มีการเตรียมทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อความสำเร็จ
 5. มีแบบแผน (Structuring) รวมถึงการส่งเสริมการจัดองค์กรหรือข้อจำกัด ในกิจกรรม
 6. การดำเนินการ (Actualizing) เป็นการอาศัยประสบการณ์ในอดีตหรือวิธีการเดิมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและองค์กรในการเตรียมดำเนินการให้ดีที่สุด
- ซึ่งทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ นำไปสู่การสร้างพลัง คือ บุคคลจะมีความสามารถมากขึ้น สามารถกำหนดเป้าหมายและบรรลุเป้าหมายเพื่อตนเองและสังคม

วอกท์ และเมอร์เรล (Vogt & Murrell, cited in Becker, 1994) มองว่าการสร้างพลังเป็นกระบวนการที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งยังเป็นกระบวนการพัฒนาคน วอกท์และเมอร์เรล ให้ความสำคัญต่อการสร้างพลังแก่บุคคล โดยเชื่อว่าการสร้างพลังจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับความไว้วางใจ ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในองค์กร และภายในองค์กรมีการติดต่อสื่อสารที่เปิดกว้าง ในลักษณะสองทิศทาง เมื่อแต่ละคนได้รับการสร้างพลังจะทำให้มีการพัฒนาสมรรถนะในตัวเอง มีความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในงานที่รับผิดชอบ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและนำไปสู่การสร้างพลังในกลุ่ม ส่งผลให้มีการทำงานเป็นทีม ผลิตผลงานที่มีคุณภาพ และนำมาซึ่งความสำเร็จขององค์กรดังกล่าว



แผนภูมิที่ 2 แบบจำลองการสร้างพลังตามแนวคิดของวอกท์และเมอร์เรล (Vogt & Murrell, cited in Becker, 1994)

คอนเกอร์ และคานันโก (Conger and Kanungo 1988, cited in Plunkett, 1994: 6-8) ได้เสนอว่ากระบวนการสร้างพลังประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ

1. สถานการณ์ที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจ
2. การใช้กลวิธีและเทคนิคในการจัดการ
3. การให้การสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างความเชื่อในความสามารถแก่กลุ่มเป้าหมาย
4. ประสบการณ์ที่เสริมสร้างพลัง
5. พฤติกรรมที่เป็นผลจากการสร้างพลัง

และในกรอบแนวคิดการสร้างพลังตามทัศนะของคอนเกอร์และคานันโกกล่าวว่า กลวิธีในการจัดการที่จะทำให้เกิดข้อมูล หรือคำแนะนำที่มีประสิทธิภาพคือ

1. การมีส่วนร่วม
2. การกำหนดเป้าหมาย
3. การมีปฏิริยาตอบสนอง
4. การมีรูปแบบ
5. การให้รางวัลจากความสามารถ
6. งานที่เป็นประโยชน์

แนวคิดการสร้างพลังในทัศนะนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. อำนาจ
2. ความเชื่อในความสามารถของตนเอง
3. กลวิธีหรือเทคนิคที่สัมพันธ์กับอำนาจและความเชื่อในความสามารถของตนเอง

ตนเอง

เทรซี่ (Tracy, 1990) ได้กำหนดขั้นตอนของกระบวนการสร้างพลังไว้ 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. ให้ความชัดเจนในหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน และร่วมกันกำหนดเป้าหมายและภารกิจขององค์กร
2. มอบหมายหน้าที่ให้กับผู้ปฏิบัติงาน ตามขอบข่ายการทำงานของเขา
3. กำหนดมาตรฐานการทำงาน โดยให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานไปถึงมาตรฐานที่ตั้งไว้
4. การฝึกอบรมและการพัฒนา ให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตนเองและการทำงานตามความสนใจและความสามารถ

5. ให้ความรู้และสารสนเทศเกี่ยวกับองค์กรที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการทำงานอย่างถูกต้องชัดเจน
 6. ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการทำงาน
 7. ให้การยกย่องยอมรับในผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำงาน
 8. ให้ความไว้วางใจในการทำงาน โดยให้อิสระในการตัดสินใจ
 9. ยอมรับข้อผิดพลาด ผู้บริหารพร้อมที่จะยอมรับความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น ร่วมรับผิดชอบและร่วมแก้ไขกับผู้ปฏิบัติงาน
 10. ให้เกียรติ เคารพต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน
- จากกระบวนการสร้างพลังดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการศึกษาเพื่อสร้างพลังเป็นกระบวนการสร้างพลังให้กับบุคคล ชุมชน และสังคม รูปแบบหนึ่ง

5.2 ความหมายของการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

เปาโล แฟร์ (Paulo Freire, cited in Lugo, 1996) ได้ให้ความหมาย การศึกษาเพื่อสร้างพลังไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ประชาชนแสดงออกถึงพลังกลุ่มในการคิดวิเคราะห์สภาพสังคม เพื่อให้ได้มาซึ่งรากเหง้าของปัญหาและพัฒนาวิถีที่จะนำไปสู่ภาวะที่ดีของสังคม

ลูโก (Lugo, 1996) ให้ความหมายการศึกษาเพื่อสร้างพลัง หมายถึงกระบวนการของกิจกรรมทางสังคมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนให้เขาสามารถที่จะควบคุมดูแลชีวิตตนเอง และชุมชนของเขาเอง สอดคล้องกับชอร์ (Shor, 1992) ให้ความหมายของการศึกษาเพื่อสร้างพลังว่า หมายถึง กระบวนการคิดวิเคราะห์แบบประชาธิปไตยเกี่ยวกับตนเองและการเปลี่ยนแปลงสังคม ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้ที่มีผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยเป้าหมายของการศึกษาเพื่อสร้างพลังสัมพันธ์กับการพัฒนาบุคคล ด้วยการพัฒนาทักษะให้เกิดความเชี่ยวชาญ ความรู้ทางวิชาการ พฤติกรรมของการใฝ่รู้ และการคิดวิเคราะห์อย่างชาญฉลาดเกี่ยวกับสังคม อำนาจ ความไม่เท่าเทียมและการเปลี่ยนแปลง

โกวิท ประวาลพุกษ์ (2541: 11) ได้ให้ความหมายการศึกษาเพื่อสร้างสรรค์หรือการศึกษาเพื่อสร้างไว้ว่า คือการศึกษาที่ตอบสนองต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ สร้างค่านิยมแนวทางแบบประชาธิปไตย จัดเป็นการศึกษารูปแบบใหม่ซึ่งมีหลักการดังนี้

1. ผู้เรียนเป็นผู้ตัดสินใจได้อย่างชาญฉลาด
2. ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ และเป็นผู้ลงมือทำ
3. ความรู้ทั้งหลายต้องทันสมัยและเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ
4. การศึกษาต้องผนวกคุณธรรม จริยธรรม วัฒนธรรม อยู่ตลอดเวลา

5.2.1 พัฒนาการของการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

อลิซรา ชูชาติ และคณะ (2538: 20-21) วอลเลอร์สไตน์ และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1988: 379-380) ได้กล่าวถึงพัฒนาการของการศึกษาเพื่อสร้างพลังว่า การเรียนการสอนของระบบการศึกษาในอดีตเน้นการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนไปยังผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนคุ้นเคยและยอมรับข้อจำกัดต่างๆ ตามผู้สอน ต่อมาในช่วงปี ค.ศ. 1960 เปาโล แฟร์ (Paulo Freire) นักการศึกษาชาวบราซิล ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเพื่อสร้างพลังมาใช้ โดยเน้นความสำคัญของกระบวนการสื่อสาร การพูดคุยสนทนา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เชื่อมโยงกับชีวิตความเป็นอยู่และประสบการณ์เดิมของผู้เรียน การศึกษาในลักษณะช่วยให้บุคคลค้นพบตนเองว่ามีความรู้ความสามารถที่จะต่อต้านอิทธิพลต่างๆ และสามารถควบคุมอนาคตของตนเอง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงสังคมที่ตนอยู่ให้ดีขึ้นได้ ในช่วงปี ค.ศ. 1970-1980 แนวคิดนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการจัดการศึกษาเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมในทวีปอเมริกาใต้ โดยกลุ่มเป้าหมายคือ คนจนและคนด้อยโอกาส ซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศ จนเป็นที่มาของชื่อการศึกษาเพื่อปวงชน ในช่วงปี ค.ศ. 1980-1990 แนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังได้ขยายไปในทวีปอเมริกากลางและทวีปอื่นๆ จนปัจจุบันได้ถูกนำไปใช้ในการจัดการศึกษาทั่วโลกในรูปแบบของโปรแกรมการศึกษา โดยใช้ชื่อเรียกแตกต่างกันไป เช่น การศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อการรับรู้ หนังสือ การศึกษาเพื่อปวงชน การศึกษาเพื่อความเป็นอิสระ การศึกษาสำหรับผู้ถูกกดขี่ การฝึกอบรมเพื่อการสร้างพลัง โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อสร้างพลังแห่งตน เป็นต้น

การศึกษาเพื่อสร้างพลังแห่งตน แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างพลังมีจุดเริ่มต้นจากทฤษฎี Y ของแมก เกรเกอร์ (Mc. Gregor's Theory) (Kinlaw, 1995: 11) ซึ่งมาจากแนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษาที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นระหว่างกัน ให้ผู้เรียนร่วมระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยส่งเสริมความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Wallerstein & Bernstein, 1988: 379) การสร้างพลังเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพหรือคุณสมบัติ จึงเป็นแนวคิดเชิงนามธรรมซึ่งไม่ขึ้นกับเวลาหรือสถานที่ (Reynolds 1971, cited in Gibson, 1991: 355) ความหมายของการสร้างพลังจะแตกต่างกันตามกลุ่มบุคคลและบริบท (Wallerstein & Bernstein, 1988: 379) ดังจะเห็นได้จากมีการนำแนวคิดการสร้างพลังไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่หลากหลาย เช่น การเคลื่อนไหวของกลุ่มสตรี การเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านอำนาจมืด การเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม การสร้างพลังในผู้ติดเชื้อเอชไอวี การสร้างพลังในกลุ่มนักศึกษา วัยรุ่น ครูและพยาบาล (Gibson, 1991: 354)

5.2.2 กระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างพลัง

เปาโล แฟร์ (Paulo Freire, cited in Rudd, and Comings, 1994) ให้ความสำคัญการศึกษาในฐานะเป็นเครื่องมือในการปลดปล่อยประชาชนจากวงจรของการกดขี่ ซึ่งจำกัดอิสรภาพของมนุษย์ โดยได้อธิบายถึงการศึกษาที่มี 2 ลักษณะคือ

1) การศึกษาในรูปแบบของธนาคาร (Banking education) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ครูให้ความรู้แก่ผู้เรียน การครอบงำและการกดขี่จะเกิดขึ้นจากครูที่ทำการตัดสินใจทั้งหมด และเป็นผู้จัดกระบวนการเรียนการสอน ผู้เรียนยอมรับบทบาทที่ถูกกระทำ (Passive role) โดยจะเรียนรู้ไปตามสภาพการณ์ มีการปรับตัวตามสภาพแต่ไม่มีการกระทำและเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์นั้น เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพึ่งพา ยกตัวอย่างเช่น กิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ในชุมชน เป็นโครงการที่เจ้าหน้าที่หรือนักการศึกษาเป็นผู้คิดค้นและนำไปใช้ในชุมชนซึ่ง เปาโล แฟร์ จะเรียกว่าเป็นการรุกรานทางวัฒนธรรม เพราะเป็นวิธีการสอดแทรกสถานการณ์เกี่ยวกับวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ เข้าไปในระบบค่านิยมของคนในชุมชน

2) การศึกษาในรูปแบบของกระบวนการเผชิญปัญหา (Problem posing education) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากครูและนักเรียนร่วมมือกัน โดยมีสถานการณ์ที่เท่าเทียม มีการสนทนาติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่นำผู้เรียนไปสู่กระบวนการปฏิบัติ และสะท้อนกลับ กล่าวคือผู้เรียนจะเริ่มมีการสะท้อนกลับปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงความตระหนักรู้ของตนเอง เป็นนักคิดวิเคราะห์สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สังคมได้ โดยเปาโล แฟร์ เสนอรูปแบบการศึกษาที่เป็นการเผชิญกับปัญหาและให้โอกาสในการแก้ไขปัญหแก่ผู้เรียน ซึ่งผู้เรียนจะเรียนรู้กระบวนการพัฒนาวิธีคิดอย่างคิดวิเคราะห์โดยการสังเกตสภาพแวดล้อมในสังคมของผู้เรียน บทบาทของครูจะเป็นผู้คิดประเด็นหลัก ๆ สัญลักษณ์ หรือคำสำคัญ คิดโครงการทดลองจนอำนวยความสะดวกในการอภิปรายกลุ่มที่จะช่วยให้ผู้เรียนค้นพบทักษะซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่มีพลัง ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความตระหนักรู้ของผู้เรียน

เปาโล แฟร์ ได้แสดงให้เห็นความเข้าใจตามกระบวนการวิภาษวิธี (Dialectical understanding) ของการสร้างพลังในระดับบุคคลและชุมชน โดยใช้ทรัพยากรหรือวัตถุดิบที่มีเฉพาะในวัฒนธรรมนั้น ในการสนับสนุนกระบวนการสร้างพลังจะช่วยให้ผู้เรียนได้ค้นพบผลของการเรียนรู้ของเขาเอง โดยวิธีการศึกษาในรูปแบบของการเผชิญปัญหา (Problem posing education methods) ด้วยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและเพิ่มผลผลิตของการเรียนรู้จากวัตถุดิบ ซึ่งถือว่าการมีส่วนร่วมของผู้เรียนเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญที่สุดและต้องตัดสินใจในการกระทำต่าง ๆ ด้วยตนเอง กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวจะทำให้สามารถเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงสังคมได้ และเนื่องจากมีระดับของจิตสำนึก มีวัฒนธรรมและการให้ความหมายของ

สังคมต่างๆ แตกต่างกัน ดังนั้น การใช้วิธีการฟังและสนทนาจะช่วยเปลี่ยนแปลงระดับของจิตสำนึกไปสู่ระดับของ การตระหนักรู้อย่างคิดวิเคราะห์และนำไปสู่การปฏิบัติ เปาโล แฟร์ เชื่อว่ารูปแบบของทรัพยากรหรือวัตถุดิบที่ใช้ในกระบวนการเรียนรู้จะช่วยทำให้เกิดการสร้างพลัง และเป็นทรัพยากรในการเรียนรู้ที่จับต้องได้หรือมีตัวตนใน โปรแกรมการศึกษา และใช้เป็นเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ของประสบการณ์ เช่น การใช้รูปภาพของชุมชนนั้น ในการอภิปรายเป็น การช่วยให้ ผู้เรียนค้นพบตนเองในฐานะผู้สร้างวัฒนธรรมและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า Conscientizacao ซึ่งเป็นกระบวนการที่กระตุ้นผู้เข้าร่วมวิเคราะห์สภาพการณ์ที่เป็นจริงของตน และเริ่มที่จะตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และนำไปสู่การมีกิจกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

5.2.3 หลักการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

การจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังมีหลักสำคัญดังนี้ (Nittaya Pensirinapa, 1995: 28-29)

- 1) การสร้างพลังให้แก่บุคคล โดยการสนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม และเชื่อว่าตนสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และสังคมได้
- 2) การเรียนรู้ที่เริ่มจากประสบการณ์ของผู้เรียนและให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ โดยใช้วิจารณ์ญาณเพื่อไขปัญหาต่างๆ ของบุคคลเข้ากับปัจจัยทางสังคมที่เป็นเหตุการณ์จริง เกิดความเข้าใจเหตุการณ์ดังกล่าวอันจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่ หรือที่จะกระทำในอนาคตให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม
- 3) การเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในทุกๆ ขั้นตอนตั้งแต่การเลือกประเด็นในการเรียนรู้ที่น่าสนใจและมีความสำคัญต่อผู้เรียน การวางแผนกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการสนทนา การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินผลตนเอง และการประเมินผลโครงการ
- 4) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม คือ การที่ทุกคนสอน ทุกคนเรียน โดยครูจะเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ หรือผู้ประสานงานแทนการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ตามบทบาทเดิม การที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นอกจากจะทำให้แต่ละคนได้เกิดความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้ว ยังช่วยให้การทำงานเป็นกลุ่มมีการคิดและกระทำร่วมกัน ซึ่งการรวมกลุ่มกันนี้จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่ามีพลังสนับสนุนมากพอที่จะกระทำการแก้ไขปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการ

5) การเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ ความรู้สึกและทักษะ ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันที หรือมีการเปลี่ยนแปลง ภายหลังเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

6) มีการกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลง การสร้างพลังไม่ได้เปลี่ยนด้วย หลักการทางจิตวิทยา แต่ต้องมีการกระตุ้น มีการให้โอกาส มีการสนับสนุนให้ผู้เรียนมีการวางแผนร่วมกันปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

7) การเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่นและเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง โดยจะมีการปรับเนื้อหา วิธีการและสื่อการเรียนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้เรียนและกลุ่ม รวมทั้งการเรียนรู้จะไม่จำกัดเฉพาะในห้องเรียน เนื่องจากผู้เรียนสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ จาก ประสบการณ์จริงและการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองได้ตลอดเวลา

8) การเรียนการสอนที่มีความสนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ

5.2.4 กระบวนการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

วอลเลอ์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1988: 382-383) ได้กล่าวถึงวิธีการศึกษาเพื่อสร้างพลังของ เปาโล แพร์ ว่ามี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. รับฟังและทำความเข้าใจประเด็นปัญหาที่พบในชุมชน
2. ใช้กลวิธีให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการสนทนาปัญหานั้น
3. ให้ทุกคนร่วมสนทนาหาวิธีแก้ปัญหานั้นให้ดีขึ้นอย่างมีวิสัยทัศน์

วอลเลอ์สไตน์ และเบอร์นสไตน์ ได้ประยุกต์แนวการจัดการศึกษาของ เปาโล แพร์ มาจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง มีขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกในชุมชนนั้นและจัดโครงการอบรมหลังพบปัญหา

2. ใช้กระบวนการสนทนาให้เข้าใจสภาพของปัญหาตามวิธีการของ เปาโล แพร์ ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายปัญหานั้นๆ แล้วรวบรวมเป็นหลักฐานไว้ และนำเสนอในรูปแบบ การแสดงละคร การเล่าเรื่อง ภาพถ่าย ร้องเพลง เป็นต้น

3. วิทยากรทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ โดยการตั้งคำถามเพื่อให้กลุ่มได้อภิปรายและวิเคราะห์ร่วมกัน คำถามมีลักษณะดังนี้

3.1 เมื่อเห็นภาพแล้วรู้สึกอย่างไร

3.2 ให้กลุ่มช่วยจัดระดับความสำคัญของปัญหานั้นๆ

3.3 ให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างสมาชิก

3.4 เพราะเหตุใดจึงเกิดปัญหานั้น

3.5 ให้ช่วยกันหาวิธีแก้ปัญหที่เกิดขึ้น

ฮอคส์ (Hawks, 1992: 609-618) ได้ทำการวิเคราะห์แนวคิดของการสร้างพลัง โดยใช้ The Murrell-Armstrong Empowerment Matrix (Murrell 1985, cited in Vogt & Murrell, 1990) ผลจากการศึกษาครั้งนี้เขาได้เสนอวิธีการสร้างพลังในการศึกษา ดังนี้

1. การให้การศึกษา หมายถึง การให้หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์หรือเป็นการช่วยบุคคลให้ได้รับประโยชน์จากข้อมูลที่มีอยู่ และสร้างสรรค์ความรู้ใหม่
2. ชี้นำในการตัดสินใจ
3. สนับสนุนให้บุคคลได้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้
4. จัดหาทรัพยากรและการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

อลิศรา ชูชาติ และคณะ (2538: 25-26) และนิตยา เพ็ญศิริธินภา (1995: 30-31) ได้สรุปกระบวนการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ดังนี้

1. การได้รับประสบการณ์ (Experiencing) การมีประสบการณ์จัดเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้ และเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการสะท้อนกลับ ประสบการณ์ที่จะรวบรวมทุกสิ่งทุกอย่างที่ได้ประสบมา ทุกอย่างที่เป็น ทุกอย่างที่ทำ ทุกอย่างที่เราสัมผัสที่เห็นที่ได้ยิน ประสบการณ์ที่เป็นจริง สิ่งเหล่านี้ต่างก็เสริมประสบการณ์ชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ การศึกษาเพื่อสร้างพลังนั้นจะตั้งอยู่บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นจริง เพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ต่อผู้เรียนให้มากที่สุด

2. การระบุประสบการณ์ (Naming experience) การระบุประสบการณ์จัดเป็นขั้นที่ 2 ของการเรียนรู้ กล่าวคือ เป็นการอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เราได้พูดอะไรไป เราได้กระทำอะไรลงไป เราารู้สึกอย่างไร คนอื่นพูดอย่างไร แล้วคนอื่นทำอย่างไร รู้สึกอย่างไร แล้วทำไมเหตุการณ์นี้จึงมีความสำคัญ และอะไรเป็นสิ่งที่เราไม่เข้าใจ ในกระบวนการเรียนรู้ของ การศึกษาเพื่อสร้างพลังจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ค่านิยมของเราต่อสิ่งต่างๆ และพยายามที่จะเชื่อมโยงสิ่งนั้นกับชีวิตของเรา

3. การวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of an experience) เป็นขั้นตอนที่พยายามทำความเข้าใจประสบการณ์อย่างลึกซึ้ง เช่น ใครคือผู้ที่มีพลังอำนาจในสถานการณ์ดังกล่าว ใครเป็นผู้ที่มีเสียงดังหรืออิทธิพลกว่าคนอื่น ใครเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจ ใครเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ และใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจนั้น ประสบการณ์ที่กำลังวิเคราะห์อยู่นั้นมีอะไรบ้างคล้ายคลึงกับสถานการณ์อื่น ที่เคยประสบมาก่อน การศึกษาเพื่อสร้างพลังนี้มุ่งที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้เกิดการหยั่งรู้ มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ต่อสถานการณ์

4. การวางแผน (Planning) การวางแผนเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง เมื่อผู้เรียนเริ่มที่จะกำหนดกลยุทธ์สำหรับสิ่งที่เขาต้องการกระทำและนำไปสู่การปฏิบัติหลักของการศึกษาเพื่อสร้างพลังมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลง และเชื่อว่าการเรียนรู้ที่ปราศจากการกระทำจะชักนำไปสู่ความเฉื่อยชาและขาดประสิทธิผล ดังนั้น ในขั้นของการพัฒนากลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การปฏิบัตินั้น ผู้วางแผนกิจกรรมจะต้องกระตุ้นให้เกิดคำถามต่อตัวเองว่าจะอะไรคือสิ่งที่เขาปรารถนา และต้องการจะดำเนินการปฏิบัติ และผู้เรียนจะนำประสบการณ์การเรียนรู้นั้นไปใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างไร

5. การปฏิบัติ (Doing) การลงมือปฏิบัติจะเป็นขั้นตอนต่อไป ซึ่งการปฏิบัตินี้ นอกจากจะรวมการทดสอบ การค้นหา การทดลองและการปฏิบัติแล้ว ยังอาจหมายถึง การรอคอย การฟัง การเฝ้าดู เพราะการลงมือปฏิบัติจะเป็นประสบการณ์จริงที่เราจะต้องคิดพิจารณา และหวังจะได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จากประสบการณ์ใหม่ที่กำลังจะเกิดขึ้น และประสบการณ์ใหม่จะเป็นเป้าหมายใหม่ของการเรียนรู้ การปฏิบัติจะทำให้ เกิดประสบการณ์เริ่มต้นวงจรใหม่

5.2.5 ผลการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

การศึกษาเพื่อสร้างพลังเป็นรูปแบบการศึกษาแบบมีส่วนร่วม (Participatory education) หรือการศึกษาที่ให้นักเรียนเป็นศูนย์กลาง (Student centered learning) ซึ่งการให้ ผู้เรียนได้ร่วมในการวางแผนและร่วมในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน จะช่วยก่อให้เกิดกระบวนการสร้างพลังให้แก่ผู้เรียน โดยการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริงจะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ 3 ประการ (Jurmo, 1989: 18-27 cited in Nittaya Pensirinapa, 1995: 32) คือ

1) ประสิทธิภาพของการเรียนรู้ (Efficiency) เนื่องจากการศึกษาแบบสร้างพลังจะเน้นการให้ผู้เรียนรู้ในเรื่องที่ตรงกับความสนใจ ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการศึกษาแบบดั้งเดิม ที่ผู้เรียนรู้สึกว่าถูกบังคับให้เรียนในสิ่งที่ผู้สอนกำหนดไว้ นอกจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เป็นจริงแล้ว ผู้เรียนยังได้เรียนรู้ทักษะอื่นๆ ด้วย เช่น การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร การตัดสินใจ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้เรียนต่อไป ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าและมีความถาวร

2) การพัฒนาบุคคล (Personal development) แม้ว่าการศึกษาแบบสร้างพลังจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในเรื่องที่สอนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลแล้ว ยังพบว่าโปรแกรมดังกล่าวจะช่วยพัฒนาบุคคลในด้านความคิด บุคลิกภาพทางสังคม รวมทั้งการคิดอย่างใช้วิจารณญาณ การแก้ปัญหา ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การเห็นคุณค่าในตน

เอง ความสนใจที่จะเรียนรู้ หรือการศึกษาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง และสามารถควบคุมตนเองให้มีการพัฒนาไปในทางที่ถูกต้อง กลวิธีการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ผู้เรียนจะมีได้มีสภาพเหมือนวัตถุที่ถูกปั้นด้วยกระบวนการทางการศึกษา แต่ผู้เรียนเป็นผู้กำหนดการเรียนรู้ของตนเอง บรรยากาศการเรียนรู้แบบนี้ทำให้ผู้เรียนรู้สึกเป็นอิสระแทนการรู้สึกว่าต้องฟังผู้สอน เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดความเป็นอิสระในการพัฒนาความรู้ใหม่ และผู้เรียนจะกลายมาเป็นผู้ช่วยเหลือเพื่อนๆ ในกลุ่มให้เกิดการเรียนรู้ในลักษณะเดียวกันได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) การศึกษาเพื่อสร้างพลัง มีเป้าหมายกว้างไกลถึงการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมด้วย มิใช่เพียงก่อให้เกิดประสิทธิภาพการเรียนรู้และการพัฒนาบุคคลเท่านั้น เพราะการเปลี่ยนแปลงสังคมจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการเข้าใจถึงปัญหาได้ทราบข้อเท็จจริงของปัจจัยที่เกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว โดยจะต้องศึกษาประวัติหรือความเป็นมาของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหานั้นๆ ดังนั้นการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จะทำให้ผู้เรียนมีโอกาสวิเคราะห์ และกำหนดสิ่งที่จะต้องกระทำในการเผชิญปัญหานั้นๆ ร่วมกับการที่ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น ทำให้เกิดการสนับสนุน และการกระทำร่วมกันของกลุ่มเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคมต่อไป

5.2.6 บทบาทของผู้สอนในการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

ผู้สอนหรือผู้จัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างพลัง ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) และเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ (Facilitator) แทนการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ตามแนวทางการสอนแบบดั้งเดิม เนื่องจากวิธีการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ที่แต่ละคนมี และนำมาแลกเปลี่ยนซึ่งกัน และกัน ตลอดจนการเรียนรู้จะเกิดขึ้นโดยตัวผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ในสิ่งต่างๆ จนเกิดความเข้าใจด้วยตนเอง ซึ่งเปรียบเสมือนการเกิดความรู้ใหม่ในตัวของผู้เรียนเอง ดังนั้น หน้าที่ของผู้สอนคือ การส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดยการจัดบรรยากาศของการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นนำไปสู่การสร้างสรรค์ความรู้ใหม่ๆ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนาความคิดและทักษะในการปฏิบัติ เพื่อการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลและสังคม

บรรยากาศพื้นฐานในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง จะมีลักษณะที่ผู้สอนและผู้เรียนต่างเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยถือว่าทั้งผู้สอนและผู้เรียนต่างเป็นแหล่งความรู้ ความคิดแทนที่ผู้สอนเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือเป็นผู้รู้ในเรื่องนั้นๆ แต่เพียงฝ่ายเดียว ดังนั้น การตรวจสอบ

ขั้นแรกว่าการเรียนการสอนนั้นเป็นไปตามหลักการของการสร้างพลังหรือไม่ คือทั้งผู้สอนและผู้เรียน ต่างเป็นบุคคลสำคัญในการร่วมกิจกรรม หรือกระทำเพื่อการเรียนรู้ นั้น ๆ หรือไม่

ในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ผู้สอนควรมีแนวคิดและมีความเข้าใจในหลักการ ตลอดจนมีทักษะในการใช้เทคนิคการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและสามารถจัดหลักสูตรการเรียนการสอนได้สอดคล้องกับหลักการ เป็นผลให้การจัดการเรียนการสอนนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังนั้น ผู้สอนควรได้รับการฝึกอบรมเทคนิคการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ในลักษณะเดียวกับที่จะนำไปใช้ฝึกอบรมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยในขั้นการวางแผนเพื่อนำไปใช้จริง ผู้สอนสามารถเลือกเฉพาะเทคนิคที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือสามารถไปปรับให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

5.2.7 เทคนิคในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

เทคนิคหรือเครื่องมือในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ส่วนมากเป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้มีการสนทนา แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และการวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นจริงการที่ผู้เรียนให้ความสนใจ เป็นเทคนิคที่ส่งเสริมให้กลุ่มทำความเข้าใจและวิเคราะห์ปัญหาที่กำลังศึกษาร่วมกัน เทคนิคเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับท่าทาง การเคลื่อนไหว การวาดภาพ การแต่งเพลง การเล่าเรื่อง ซึ่งการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะ การแสดง ดนตรี และการประดิษฐ์สิ่งต่างๆ จะทำให้ผู้เรียนมีความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งการที่บุคคลมาร่วมกิจกรรมในการคิดและแสดงกิจกรรมร่วมกันเช่น การแสดงละคร หรือการแต่งเพลงสั้นๆ จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกว่าตัวเองมีความสามารถได้รับการยอมรับ เกิดการนับถือตนเองและนำไปสู่ความรู้สึกมีพลัง

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การศึกษาเพื่อสร้างพลังมิใช่เป็นเพียงเทคนิคการสอนที่จะถูกเลือกมาใช้ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์เท่านั้นและมีใช่เป็นการนำเอาเทคนิคการสอนหลายๆ อย่างมารวมกันไว้ แต่การศึกษาเพื่อสร้างพลังเป็นปรัชญาในการจัดการศึกษาให้แก่บุคคล เนื่องจากเทคนิคการสอนแบบต่างๆ เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่มย่อย สามารถนำไปใช้กับการสอนตามแนวคิดใดๆ ก็ได้ การใช้เทคนิคการสอนบางอย่างโดยผู้สอนที่มีแนวคิดการสอนแบบดั้งเดิม จะทำให้ผู้เรียนขาดความสนใจและเกิดการฟุ้งพาหรือถูกกดพลังได้ ดังนั้นการนำเทคนิคการสอนต่างๆ ไปใช้ อาจทำให้ผู้เรียนรู้สึกมีพลัง หรือไร้พลังได้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและความสามารถของผู้นำเทคนิคเหล่านั้นไปใช้และนำไปใช้กับใคร

เทคนิคการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่นิยมนำไปใช้ได้แก่ (Nittaya Pensirinapa, 1995: 39)

1) การแกะสลัก (Sculpturing) เป็นการกำหนดบทบาทของตนเองเพื่อแสดงออกถึงความสัมพันธ์ของพลังอำนาจของตน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มมีความเข้าใจและมีความรู้ในหัวข้อ (Theme) ที่กำหนด โดยเริ่มจากการเลือกหัวข้อการอภิปราย วิทยากรจะอธิบายขั้นตอนของเทคนิคและนำไปสู่ขั้นกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอธิบายถึงความหมายหรือคุณค่าของเรื่องที่กำหนด คนอื่นๆ สามารถเสนอแนะแนวคิดหรือเปลี่ยนแปลง แต่ก่อนที่จะมีการเปลี่ยนให้คนใหม่แสดงความคิดเห็น วิทยากรต้องมั่นใจว่าประเด็นการอภิปรายมีความชัดเจนและสุดท้ายเป็นขั้นอภิปรายผล การแกะสลักสามารถประยุกต์ใช้ได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะของการใช้เทคนิค

2) การแสดง (Sociodrama) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้เรียนร่วมแสดงออกโดยใช้คำพูด การเคลื่อนไหว การใช้อุปกรณ์แสดงและประสบการณ์จริงในชีวิต เพื่อทำการวิเคราะห์สภาพการณ์นั้นๆ ในภายหลัง โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นแรกเป็นขั้นเตรียมการ วิทยากรอธิบายวัตถุประสงค์ แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มละ 5-10 คน กำหนดหัวข้อ ระยะเวลาจะปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมกับกิจกรรม ขั้นที่สองเป็นขั้นกิจกรรม คือ ให้กลุ่มระดมสมองเกี่ยวกับแนวคิดของประเด็นที่กำหนด จากนั้นกำหนดเนื้อเรื่อง บทบาท จาก อุปกรณ์ประกอบการแสดง ระยะเวลาควรมากกว่า 15 นาที การใช้เสียงควรดังเพียงพอให้ทุกคนได้ยินและใช้ลักษณะท่าทางแทนการใช้คำพูด ขั้นสุดท้ายเป็นการวิเคราะห์ประเด็นหลักของเรื่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไข สิ่งที่ได้จากกิจกรรมแต่ละคนจะได้ค้นพบศักยภาพและความสามารถของตนเอง จากการใช้จินตนาการในการแสดงบทบาท และท่าทางเป็นสื่อการแสดงออก ได้รับการกระตุ้นให้เข้าใจปัญหา ตระหนักในปัญหา สามารถวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

3) บทบาทสมมติ (Role play) จะคล้ายกับการแสดง (sociodrama) ในเรื่องการเคลื่อนไหว ท่าทางและคำพูด แต่บทบาทสมมติจะเกี่ยวข้องกับทัศนคติ บุคลิกภาพ และวิธีคิด ของตน บทบาทสมมติสามารถใช้เพื่ออธิบายและทำความเข้าใจวิธีคิด การวิเคราะห์ การอภิปรายเกี่ยวกับทัศนคติ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่กำหนด

4) การวาดภาพ (Drawing) เป็นผลของกระบวนการทางการศึกษาที่เป็น การพรรณาส่งที่เห็นหรือภาพ จากการวิเคราะห์หัวข้อที่กำหนด โดยเริ่มจากการเลือกประเด็นปัญหา การอภิปรายกลุ่มเล็ก การเลือกประเด็นในการวาดภาพ หลังจากนั้นแต่ละคนอธิบายภาพของตน ต่อกลุ่มใหญ่ การอภิปรายกลุ่ม ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของเทคนิคที่ใช้

5) การเขียนบทเพลง (Song writing) เป็นการแต่งบทเพลงที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่กำหนด ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และเกิดการสร้างพลังจากประสบการณ์

6) การบันทึกวิดีโอทัศน (Video recording) เป็นเครื่องมือในการสร้างพลัง กล่าวคือ เป็นการบันทึกเหตุการณ์ทั้งภาพและเสียง เพื่อใช้แบ่งปันข้อมูล การสะท้อนกลับกิจกรรม หรือข้อผิดพลาดต่างๆ

นอกจากนี้ อลิศรา ชูชาติ และคณะ (2538: 59-60) ได้อธิบายถึงกิจกรรมที่ใช้ในการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมหรือการฝึกอบรมเพื่อการสร้างพลัง แบ่งเป็น 3 ประเภท ตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม คือ กิจกรรมทั่วไปสู่การพัฒนาศักยภาพของบุคคล การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน การสร้างความคุ้นเคยกับการสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ การฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วมนั้นจะไม่เน้นการถ่ายทอดทฤษฎีเนื้อหา ความรู้ในเชิงของการบรรยาย ผู้เข้าอบรมจะได้จากการดึงส่วนต่างๆ ดังกล่าวจากประสบการณ์ชีวิต และกิจกรรมที่มีส่วนร่วม แต่ทั้งนี้ไม่ได้จำกัดขอบเขตว่าการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วมจะไม่มีการบรรยายเลย ในส่วนนี้จะแยกประเภทของกิจกรรมออกตามวัตถุประสงค์หลักเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคคล เป็นวัตถุประสงค์สำคัญของการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วม บุคคลจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง ศึกษายอมรับความสามารถและความคิดของบุคคลอื่น การสร้างความสามารถในการทำงานร่วมกัน การสร้างความเชื่อใจและการยอมรับซึ่งกันและกันเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการฝึกอบรม วิทยากรจำเป็นต้องวางรากฐานในส่วนนี้ให้ได้เป็นอันดับแรก ดังนั้นในช่วงแรกของการอบรม กิจกรรมส่วนนี้จะจัดในส่วนต้นของการ อบรมเพื่อช่วยให้ผู้เข้าอบรม

1.1 แสดงความคาดหวังของตนต่อการฝึกอบรม

1.2 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างสมาชิก

1.3 พัฒนาทักษะในการทำงานร่วมกัน

1.4 เข้าใจ ยอมรับความคิดเห็นของสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม

2. กิจกรรมวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหา สิ่งที่ควรหวังจากการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วม คือผู้เข้าอบรม สามารถเลือกปัญหาที่สำคัญ วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา ตลอดจนสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้ ภายหลังผู้เข้าอบรมได้รับประสบการณ์จากกิจกรรมที่ได้จัดไว้ให้ นอกจากผู้เข้าอบรมสามารถเลือกปัญหาและวางแผนแก้ไขได้แล้ว ผลพลอยได้คือผู้เข้าอบรมมีความมั่นใจยิ่งขึ้นในการที่จะปฏิบัติงานต่อไป

3. กิจกรรมเสริม กิจกรรมต่างๆ ในส่วนนี้มีหลายครั้งที่เข้าใจว่าเป็นการเล่นสนุก ๆ หรือนันทนาการเท่านั้น แต่กิจกรรมหลายๆ กิจกรรมในส่วนนี้ ยังมีวัตถุประสงค์ใน

การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ลดความแตกต่างระหว่างชนชั้นทางสังคมของบุคคล เพราะเรื่องนี้เป็นสิ่งสำคัญมากในการที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมในการปกครองที่แท้จริง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกจะต้องเป็นไปในระดับเดียวกัน ไม่ใช่ความสัมพันธ์ตาม ลำดับชั้น ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ยังจะช่วยลดภาวะเครียดระหว่างการฝึกอบรมด้วย

ตัวอย่างกิจกรรมการศึกษาเพื่อสร้างพลังมีดังนี้ (อลิศรา ชูชาติ, 2538: 45-55)

1. ละครคน (People's theatre) ละครคนได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับบุคคลทุกระดับ ทุกกลุ่มเป้าหมาย ให้ประชาชนได้สังเกตเห็นปัญหาซึ่งสอดคล้องกับสภาพการณ์ที่แท้จริงของเขา ละครคนได้รับการพัฒนาและถูกนำมาใช้แพร่หลายมากขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1.1 เป็นสื่อในการสะท้อนปัญหาของสังคม เป้าหมายของละครคนที่มีจะนำไปใช้อยู่เสมอๆ คือ การแสดงที่สะท้อนลักษณะสภาพปัญหาหรือสถานการณ์ของสังคม และชุมชน ผู้ชมหรือเป้าหมายของการแสดงคือสมาชิกในชุมชนนั้น ทั้งนี้ ก่อนการแสดง ผู้แสดงจะต้องทำการศึกษาชุมชนนั้น ๆ ก่อน จึงจะสามารถแสดงออกและสะท้อนให้สมาชิกของชุมชนได้สามารถมองเห็นปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาของตนเองได้

1.2 การพัฒนาสังคม เนื่องจากวัตถุประสงค์การแสดงละครคนจะหยิบยกประเด็นปัญหาของชุมชนขึ้นมาแสดง ลักษณะของการนำเสนอละครคนนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะกระตุ้นให้สมาชิกของชุมชนได้มีการเคลื่อนไหวในการช่วยเหลือสังคมและชุมชนของตนเอง ประเด็นสำคัญของการแสดงอยู่ที่เนื้อหามากกว่าการแสดง การแสดงเป็นเพียงเครื่องมือช่วยในการทำทนาย ให้ประชาชนได้เข้ามาร่วมกันวิเคราะห์และแก้ปัญหา บทละครไม่ได้เสนอแนะคำตอบสำหรับปัญหา แต่มีการเปิดอภิปรายกันในเนื้อหาของการแสดง การอภิปรายนี้จะเป็นส่วนที่ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนเข้าใจและหาวิธีการในการแก้ปัญหาด้วยกลุ่มของตนเอง ทั้งนี้เพราะการแสดงมุ่งให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ชม การวางแผนตลอดจนการลงมือปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ชมและผู้แสดง

1.3 การพัฒนาจิตสำนึกของประชาชน เป็นการพัฒนาหรือสร้างจิตสำนึกของสมาชิกแต่ละคนในชุมชนและสังคม ให้สมาชิกตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของการเป็นสมาชิกในสังคม มุ่งให้สมาชิกได้เสียสละเพื่อสังคมส่วนรวม และเป็นการสร้างความเป็นปึกแผ่นระหว่างสมาชิก ทั้งนี้เนื้อหาในละครคนสามารถกระตุ้นให้ประชาชนเห็นถึงความเป็นไปได้ในการที่จะมีการเปลี่ยนแปลง สะท้อนให้เห็นว่าเขาสามารถที่จะทำบางสิ่งบางอย่างเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ของตนเอง โดยการรวมกลุ่มและร่วมกันทำงาน ละครคนสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองได้

1.4 การแก้ไขปัญหาเฉพาะทางสังคม นอกจากละครคนจะถูกใช้ในการสะท้อนภาพของสังคมในวงกว้างแล้ว ได้มีความพยายามที่จะใช้ละครคนเป็นเครื่องมือทางการศึกษา เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาเฉพาะของบุคคล เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง ยาเสพติด ปัญหาครอบครัว เป็นต้น เนื้อหาการแสดงของละครคนจะเป็นไปในรูปของการสะท้อนสภาพการณ์ที่เป็นจริง และตามด้วยการอภิปรายโดยสมาชิกผู้แสดงหรือผู้ชม เช่น การแสดงความรู้สึกของผู้แสดงที่แสดงออกซึ่งบุคลิกลักษณะของตัวละครนั้น หรือการให้ผู้ชมเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนฉากละคร การปรับเปลี่ยนบุคลิกของตัวละครใดในฉากควรจะปฏิบัติอย่างไรเมื่อเปลี่ยนแปลงบทละครแล้วจะมีผลต่อสถานการณ์และสภาพของปัญหานั้นอย่างไร ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายซึ่งอาจเป็นกลุ่มวัยรุ่น หรือกลุ่มยาเสพติดซึ่งจะมีส่วนในการแสดงแต่ละครั้ง จะช่วยให้มีการส่งต่อข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้องชัดเจนยิ่งขึ้น โดยกลุ่มเป้าหมายสามารถรับรู้และเข้าใจข่าวสารนั้น ๆ เช่นกัน ผู้แสดงหรือ ผู้เกี่ยวข้องต้องศึกษาข้อมูล และสภาพปัญหาให้ดีก่อนการแสดงละครคนถูกนำมาใช้ เพื่อเป็นการสื่อสารกับบุคคล โดยทั่วไป ไม่จำกัดอายุ เพศ วัย และระดับการศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้บุคคลเห็นปัญหาที่สอดคล้องกับสภาพจริงของเขาเหล่านั้น อันเป็นการสร้างความเป็นปึกแผ่นและนำไปสู่การสร้าง แนวร่วมในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันของสมาชิกในสังคมนั้นๆ

2. โทโส (TOSO) เป็นคำภาษาอังกฤษมาจากคำเต็มว่า “Telling our story ourselves” เป็นเทคนิคทางการศึกษาอย่างหนึ่งในการสร้างองค์ความรู้บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้เรียนหรือผู้เข้ารับการฝึกอบรม โดยในกระบวนการของโทโสนี้ผู้เรียนทุกคนจะมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น เล่าประสบการณ์ของตน ทั้งประสบการณ์ชีวิตส่วนตัวและประสบการณ์การทำงาน มีโอกาสแสดงความรู้ความสามารถของตน เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน กระบวนการนี้ก่อให้เกิดการรับรู้และได้ความรู้ใหม่ ๆ ที่มีผลต่อการขยายโลกทัศน์ของบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนและพัฒนาทัศนคติ ค่านิยมของแต่ละบุคคลได้ โทโสไม่ใช่เป็นเพียงเทคนิคในการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และขยายโลกทัศน์ของบุคคลเท่านั้น แต่โทโสยังได้ถูกนำไปใช้เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ของการทำงาน ในชุมชนและการวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การสร้างชุมชน โทโสเป็นเทคนิคที่ทำให้ประชาชนหรือสมาชิกของสังคมได้ร่วมกันสร้างภาพที่สมบูรณ์ของชุมชนนั้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นการวางเป้าหมายของสังคมนั้นเอง โดยโทโสจะเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือสมาชิกได้พูดคุยเกี่ยวกับชุมชนของตน จากประสบการณ์ของแต่ละคน อาจเป็นประเด็นของความต้องการ สิ่งที่เป็นปัญหาของ

ชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างชุมชนที่สมบูรณ์เพื่อให้ทุกคนเข้าใจและยอมรับได้ เพราะทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างภาพของชุมชนนั้น

2.2 ศึกษาและวิเคราะห์ประวัติศาสตร์ ประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล ไม่อาจจะแยกออกจากระบบเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมหรือชุมชนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ชีวิตที่เราไม่สามารถจะลืมได้ ซึ่งมักเป็นภาพเหตุการณ์ในอดีตที่แสดงออกถึงภาวะที่รุนแรงและเด่นชัดที่สุดในเวลานั้นๆ ดังนั้นการเล่าเรื่องและการรับฟังประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคน จึงเป็นการพูดและรับฟังส่วนหนึ่งของประวัติศาสตร์จากนักประวัติศาสตร์ที่ยังมีชีวิตอยู่ โดยเรื่องราวต่างๆ เหล่านี้ เมื่อนำมาประมวลเข้าด้วยกันจะเป็นภาพที่สมบูรณ์ของ ประวัติศาสตร์ที่ยังมีชีวิตอยู่ ของชุมชนนั่นเอง

2.3 เพื่อการศึกษาคุณค่าและประยูคต์ภูมิปัญญา ตลอดจนศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น อารมณ์ความรู้สึกของคนเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน มักจะเกิดจากวิถีชีวิตหรือผลสะท้อนของ ศิลปวัฒนธรรมในยุคนั้น ๆ ดังนั้น การเล่าเรื่องราวของตนเองด้วยความรู้สึกรับรู้ของตนเอง จึงเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมที่คนในชุมชนนั้นยึดเป็นหลักปฏิบัติและเป็นศิลปะที่คนนำมาใช้สื่อสารระหว่างบุคคลในชุมชนนั้น

2.4 เพื่อการทำวิจัยแบบบูรณาการ เทคนิคของโทโต สามารถจะนำไปใช้กับงานวิจัยแบบบูรณาการ (Collective research) ที่ต้องการได้ข้อมูลรอบด้านและในทุก ๆ ระดับ เทคนิคดังกล่าวนี้คล้ายคลึงกับวิธีสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ที่นิยมใช้กันมากในการวิจัยทางมนุษยวิทยาและสังคมวิทยา

แนวคิดและขั้นตอนของโทโต วิธีการโทโตนั้นมีแนวคิดพื้นฐานมาจากวิธีการของคนพื้นเมืองอินเดียแดงของแคนาดาและอเมริกาที่เรียกว่า Secret circle, Talking circle, Healing circle หรือ Story circle จากพื้นฐานของคำว่า Circle จะบอกได้ว่า โทโต เป็นลักษณะของการนั่งล้อมวงพูดคุยกัน แต่โทโตไม่ใช่การล้อมวงพูดแทรก พูดเสริม พูดเติม หรือพูดขัดแย้งในขณะที่บุคคลอื่นกำลังพูดอยู่ หรือการวิจารณ์การพูดหรือความคิดเห็นของผู้อื่น แต่การพูด การสนทนาในโทโตนั้น มีหลักเกณฑ์ที่สมาชิกทุกคนต้องปฏิบัติตามดังนี้คือ สมาชิกทุกคนนั่งล้อมเป็นวงกลม กำหนดประเด็นหรือหัวข้อการสนทนา ซึ่งอาจจะกำหนดโดยผู้จัดการอบรมหรือเป็นการตกลงร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม สมาชิกจะได้รับอนุญาตให้พูดทีละคน ในขณะที่ผู้ใดพูด ผู้นั้นควรจะถือก้อนหินไว้ในมือก้อนหินนี้ (เราอาจกำหนดให้เป็นก้อนหินแห่งชีวิต) ให้วางอยู่กลางวง เมื่อสมาชิกคนใดพร้อมที่จะพูดก็หยิบก้อนหินนั้นขึ้นมา เมื่อเล่าจบก็จะส่งก้อนหินนั้นให้กับผู้ที่นั่งถัดไป ถ้าสมาชิกคนใดรู้สึกว่ายังไม่พร้อมที่จะเล่าเรื่องในเวลานั้นก็สามารถส่งต่อก้อนหิน นั้นให้คนอื่นถัดไปได้ ไม่มีการขัดจังหวะ

การแสดงความคิดเห็น การให้คำแนะนำหรือการซักถามใดๆ ทั้งสิ้นจากเพื่อนสมาชิกคนอื่นในวงกลม ในขณะที่มีสมาชิกรุ่นกำลังพูดอยู่ ทุกคนต้องตั้งใจฟังเรื่องราวที่เพื่อนสมาชิกเล่าให้ฟังด้วยความเคารพ ละวางอคติทั้งปวงพยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่เขาพูด สิ่งที่เขารู้สึก เปรียบเสมือนเรากำลังนั่งอยู่ในใจเขา เมื่อจบการสนทนา เราจะสะท้อนเรื่องราวที่เราได้รับฟังมาทั้งหมดด้วยความเงียบ

3. หมวกแห่งความคิด หมวก 6 ใบ วิธีการคิด 6 แบบ หมวกแห่งความคิด เป็นวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถจัดระบบระเบียบความคิดของตนเอง โดยพยายามฝึกให้บุคคลคิดทีละอย่างในแต่ละครั้ง แทนที่จะคิดถึงทุกสิ่งทุกอย่างในเวลาเดียวกัน หลักการของหมวกแห่งความคิดนี้ อุปมาอุปมัยเหมือนการพิมพ์ภาพสีออฟเซ็ทต่าง ๆ ซึ่งจะทำการพิมพ์ครั้งละสี แต่ผลสุดท้ายแล้วจะมีความกลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน วิธีการของหมวกแห่งความคิดนี้ถูกกำหนดขึ้นมาเพื่อปรับระบบความคิด การโต้แย้งภายในบุคคลและระหว่างบุคคล มาเป็นรูปแบบของการจัดทำแผนที่แห่งความคิด (Thinking map) ซึ่งทำให้การคิดนั้นเป็นกระบวนการ 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกคือการสร้างแผนที่หรือแผนผังของความคิดก่อน ขั้นตอนที่สองคือการเลือกเส้นทางเดินบนแผนที่นั้น ถ้าแผนที่กำหนดไว้ดีหนทางที่ดีที่สุดมักจะชัดเจนอยู่ในตัว ดังที่กล่าวไว้ตอนต้นในเรื่องของการอุปมาอุปมัยการพิมพ์ ภาพสี ดังนั้น หมวกแต่ละใบแต่ละสีจึงถูกกำหนดขึ้น คือสีแต่ละสีจะทำหน้าที่แทนชนิดและรูปแบบต่างๆ ของการคิดในเส้นทางบนแผนที่นั้น แต่ไม่ได้หมายความว่าหมวกแห่งความคิดทั้ง 6 ใบนี้ จะครอบคลุมความคิดทุกรูปแบบ อย่างน้อยหมวกทั้ง 6 ใบนี้ ก็ครอบคลุมแนวคิดและรูปแบบการคิดที่สำคัญหลักๆ ซึ่งก็ไม่ได้หมายความว่า ทุกครั้งที่เราคิดในเรื่องใดๆ ก็ตาม จะต้องสวมหมวกทั้ง 6 ใบเสมอ หมวก 6 ใบนี้ถูกคิดค้นขึ้นมาเพื่อเป็นการศึกษา ค้นคว้ารูปแบบความคิดเฉพาะอย่าง ทั้งจากตัวเราและจากบุคคลอื่น การใช้หมวกแต่ละใบนี้ มีกฎกติกาในการเลือกใช้

สิ่งที่น่าสนใจคือ จำนวนครั้งของการใช้หมวก ยิ่งถูกใช้มากเท่าไร ยิ่งแสดงให้เห็นถึงวัฒนธรรมรูปแบบของการคิดมากยิ่งขึ้น ทุกคนในกลุ่มต้องเรียนรู้สัญลักษณ์ การสื่อความหมายของหมวกแต่ละใบ เพื่อจะได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและวัฒนธรรมนั้น ถ้าสมาชิกสามารถปฏิบัติได้ตามข้อกำหนดจะเป็นการทำให้การคิดมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น แทนที่จะเสียเวลาในการโต้แย้งอย่างเลื่อนลอย ในระยะเริ่มต้นของการใช้หมวก หลายคนอาจมีความรู้สึกลำบากใจที่จะใช้หมวกนั้น แต่ความรู้สึกจะหายไปเมื่อเริ่มมีความคุ้นเคยกับระบบของการใช้หมวก การเริ่มต้นที่จะใช้หมวกใบหนึ่งใบใดนั้น อาจอยู่ในรูปของการขอร้องให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งเลือกใช้หมวกหนึ่งใบก่อน หรืออาจเริ่มต้นจากวิทยากรเป็นผู้กำหนดจุดเริ่มต้น การเลือกใช้หมวกใบใด คุณค่าของหมวกแห่งความคิดนี้ คือ การจัดระบบและบทบาทของการคิด นักคิดทุกคนมีโอกาสดูแลแสดงออกซึ่งความคิดของตนในรูปแบบต่างๆ แทนที่จะติดอยู่กับระบบการคิดเพียงระบบเดียว หรือติดอยู่กับรูปแบบ

อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคิดภายใต้หมวกสีดำ หมวกแห่งความคิดจะมีทั้งหมด 6 ใบ 6 สี ซึ่งความหมายของหมวกแต่ละสีมีดังนี้

สีขาว ความขาว ความบริสุทธิ์ เป็นการแสดงความคิดเห็นในเรื่องของ ข้อเท็จจริงในเรื่องของตัวเลขและข้อมูลต่างๆ ที่ไม่มีการโต้แย้ง เป็นสิ่งที่ทุกคนยอมรับ

สีแดง คือ อารมณ์ ความรู้สึกและการหยั่งรู้

สีดำ คือ ความชั่วร้าย เป็นความคิด ความรู้สึก ความเห็นในทางลบ เช่น ทำไมไม่เกิดสิ่งนี้ ทำไมเหตุการณ์ไม่เป็นไปตามที่คิด

สีเหลือง คือ แสงแดด ความสดใส ความสว่างไสว เป็นสัญลักษณ์ ที่ดีงาม การมองทุกอย่างในแง่ดี การเปิดโอกาสให้กับบุคคลอื่น การส่งเสริม สนับสนุน

สีเขียว คือ ความอุดมสมบูรณ์ การสร้างสรรค์ การเจริญงอกงาม การเคลื่อนไหว การกระตุ้น เป็นการแสดงความคิดใหม่ ที่สร้างสรรค์

สีน้ำเงิน คือ ความเยือกเย็นและสุขุม หรือหมายถึง ผู้นำ ผู้ควบคุม ภายในองค์กรหรือหน่วยงานใดๆ ก็ตาม ถ้าสมาชิกส่วนใหญ่สามารถ เข้าใจและเรียนรู้สัญลักษณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ สมาชิกขององค์กรนั้นจะมีการใช้สัญลักษณ์เหล่านี้กัน มากขึ้น ปัญหาในทางปฏิบัติอยู่ที่ว่าเราไม่มีภาษาง่าย ๆ ที่เป็นสื่อและช่วยควบคุมระบบความคิด ของเรา

ลำดับขั้นของการใช้หมวก หมวก 6 ใบ 6 สีนั้น จะใช้หมวกใบใด ก่อนใบใดหลังไม่มีข้อกำหนดตายตัว แต่หมวกใบแรกที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้คือ หมวกสีน้ำเงิน เพราะในการอภิปรายนั้นจำเป็นที่จะต้องมีส่วนนำในการกำหนดจุดเริ่มต้นและกล่าวถึงกติกาก่อน การอภิปราย จากนั้นอาจเริ่มใช้หมวกสีเขียวซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการแสดงความคิดเห็นที่ หลากหลาย หมวกสีเหลืองจะถูกใช้ตามมาเพื่อสนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ที่ได้มีการนำเสนอ โดยหมวกสีเขียว หมวกสีขาวจะถูกนำมาใช้เมื่อมีผู้ต้องการขอทราบข้อมูล ข้อเท็จจริงต่าง ๆ หมวกสีแดงเป็นการแสดงออกของอารมณ์และความรู้สึกต่อข้อคิดเห็นของบุคคลหรือต่อความคิดเห็นที่ถูกแสดงออกมา หมวกสีดำเป็นหมวกที่ถูกนำมาใช้ใบสุดท้าย ทั้งนี้เพราะไม่ต้องการให้ ความคิดสร้างสรรค์ถูกตัดทิ้งหรือเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคในเวลาที่น่าเร็วกว่าที่ควร อย่างไรก็ตาม หมวกสีดำจะช่วยให้เกิดความสมดุลของการคิดต่อประเด็นปัญหาที่อภิปรายกัน ทั้งนี้ไม่ได้มี ข้อกำหนดที่ตายตัวว่าต้องใช้ตามลำดับขั้นดังที่กล่าวข้างต้น

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการสร้างพลัง

ฮอคล์ (Hawks, 1992: 609-618) ได้เสนอว่า การสร้างพลังเป็นการพัฒนาความสามารถ และประสิทธิภาพของบุคคล โดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยดังต่อไปนี้คือ ปัจจัยที่ 1 การจัดสิ่งแวดล้อมให้อบอุ่นเอื้ออาทรทำได้โดยการสร้างความเป็นกันเองให้เกิดความไว้วางใจ มีความซื่อสัตย์ การติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผย ซึ่งจะก่อให้เกิดทั้งความเชื่อมั่นและการสร้างพลัง บุคคลทั้ง 2 ฝ่าย คือ ผู้สร้างพลังและผู้รับการสร้างพลัง จะต้องมียกย่องสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีทักษะระหว่างบุคคลในการสื่อสาร มีการยอมรับความเป็นบุคคลตามที่เขาเป็นอยู่ และให้คุณค่าแก่บุคคล ดังนั้น การสร้างสิ่งแวดล้อมให้อบอุ่นและเอื้ออาทร สามารถทำได้โดยการสร้าง ความเชื่อมั่น ความซื่อสัตย์และจริงใจต่อกัน เปิดเผย มีการติดต่อสื่อสารแบบเปิด เคารพซึ่งกันและกัน สุภาพอ่อนโยน ยอมรับ และเห็นคุณค่าของผู้อื่น ปัจจัยที่ 2 การมีวิสัยทัศน์ หรือจุดมุ่งหมายร่วมกัน กล่าวคือบุคคลทั้ง 2 ฝ่าย จะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลด้วยกัน เพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้สร้างพลังกับผู้รับการสร้างพลัง ฮอคล์ ย้ำว่าจะมุ่งเน้นที่การบรรลุเป้าหมายมากกว่าจะเน้นที่การควบคุมผู้อื่น ส่วนประเด็นสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดพลังคือ การกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจร่วมกัน ปัจจัยที่ 3 ข้อผูกพันคือการตกลงร่วมกันในการดำเนินกระบวนการ โดยผู้สร้างพลังต้องหาทางเลือกหลายๆ หนทางสำหรับผู้รับการสร้างพลัง และทำการกระตุ้นให้กำลังใจในการมีส่วนร่วม เป้าหมายของการสร้างพลังคือ ผู้รับการสร้างพลังจะมีความสามารถในการกำหนดและบรรลุเป้าหมายเพิ่มขึ้น ซึ่งเป้าหมายนั้นอาจเป็นไปได้ทั้งของบุคคลและของสังคม

ปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ กิบสัน (Gibson: 1991) ที่เสนอว่ากระบวนการสร้างพลัง ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. การมีส่วนร่วม
3. ทักษะและบทบาทการเป็นผู้นำ
4. ความร่วมมือและการติดต่อสื่อสารระหว่างคนในกลุ่ม
5. บุคลากรของรัฐที่เป็นผู้ระดมทรัพยากรและช่วยให้ประชาชนได้รับทรัพยากรที่

ต้องการ

สำหรับการสร้างพลังในชุมชนเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (Flynn et al, 1994)

1. ชุมชนเปิดโอกาสให้ประชาชนมีโอกาสเสนอปัญหาที่มีผลกระทบต่อตนเองเป็นการเพิ่มความตระหนักต่อการมีส่วนร่วม ให้โอกาสในการอภิปรายและการมีปฏิริยาสะท้อนกลับ
2. การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการช่วยให้ประชาชนเปลี่ยนจากการเป็นผู้ถูกกระทำจากรัฐมาเป็นผู้กระทำ โดยการเสนอประเด็นและมีกิจกรรมที่ตอบสนองต่อชุมชน

3. การให้ข้อมูลข่าวสารและการแก้ไขปัญหา โดยที่ประชาชนจะมีข้อมูลที่จำเป็นต่อการมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาในชุมชน บทบาทผู้วิจัยจะเป็นเพียงแค่แนะนำแหล่งทรัพยากรข้อมูลและช่วยประชาชนในการพัฒนาทักษะสำหรับการคิดวิเคราะห์ การพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาในชุมชนจึงเป็นการสร้างพลังมากกว่าการพัฒนาโดยรูปแบบหรือขั้นตอนอื่นๆ

4. การแบ่งปันอำนาจ เนื่องจากคนในชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้น จึงมีบทบาทที่ดีขึ้นในการเรียกร้องการแบ่งปันอำนาจโดยกระบวนการตัดสินใจของชุมชน ทำให้เกิดการกระจายอำนาจผลที่ได้คือความเสมอภาคและความยุติธรรมในสังคมซึ่งเป็นเป้าหมายของการสร้างพลังในชุมชน

5. คุณภาพชีวิต กระบวนการสร้างพลังและการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะช่วยพัฒนาประชาชน โดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของชุมชน ปัญหาในชุมชนสามารถพิสูจน์และแก้ไขได้อันจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตและความรู้สึกรับถึงความสามารถของชุมชน

7. ตัวชี้วัดการสร้างพลัง

เพอร์เดย์ และคณะ (Purdey et al, 1994: 341) ได้แบ่งตัวชี้วัดของการสร้างพลังดังนี้

7.1 ตัวชี้วัดกระบวนการสร้างพลัง เป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงความสามารถในระดับบุคคลและกลุ่ม ที่สามารถทำงานร่วมกันในทิศทางใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ การสร้างพลังจะเกิดเมื่อบุคคลเพิ่มความสามารถในการแสดงออก มีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นเพื่อการเปลี่ยนแปลง ตัวชี้วัดนี้จึงเน้นที่การสร้างความสามารถอันเป็นผลจากการกระทำอย่างต่อเนื่องของกระบวนการวิเคราะห์ การมีกิจกรรมและการสะท้อนกลับทั้งระดับบุคคลและชุมชน

7.2 ตัวชี้วัดผลของการสร้างพลัง โดยดูจากผลการปฏิบัติ การนำไปใช้ รวมถึงวัดการตัดสินใจ โครงการที่ดำเนินต่อกิจกรรมที่เกิดภายในชุมชน รัฐและองค์กรพัฒนา

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการสร้างพลังจะสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและชนชั้นวรรณะต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการวางแผนและกิจกรรมในชุมชน จะทำให้คนไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ความต้องการที่จะแสวงหาสิทธิของเขาและร่วมเสนอแนวคิดกับกลุ่มภายในชุมชนและภายนอกชุมชน

8. ผลลัพธ์ของการสร้างพลัง

ผลลัพธ์ของการสร้างพลังแบ่งเป็นระดับบุคคลและระดับชุมชนดังนี้

8.1 ผลลัพธ์ของการสร้างพลังในระดับบุคคล บุคคลที่ได้รับการสร้างพลังจะมีคุณสมบัติ คือ มีความสามารถในการกำหนดและบรรลุเป้าหมายของตนเองและสังคมเพิ่มขึ้น ซึ่งวัดได้จากความสามารถในการแก้ปัญหา มีการสื่อสารที่ดีขึ้น เพิ่มทักษะผู้นำ เพิ่มความพอใจในงาน

และการเรียนรู้เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง มีอิสระในการทำงาน มีความรับผิดชอบ เกิดความเฉลียวฉลาด เอื้ออาทรและมีคุณธรรม (Hawks, 1992: 609-618) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพลังเคท พบว่า ประกอบไปด้วย ทักษะและพฤติกรรมที่สำคัญ ดังนี้

- มีความรับผิดชอบต่องานที่ทำ
- มีพลังอำนาจและแรงผลักดันที่จะกระทำการใดๆ
- ค้นพบโอกาสเกี่ยวกับงานและมีความสุข
- มีความสามารถเกี่ยวกับงานที่ทำ
- กำหนดเป้าหมายในการทำงาน
- กล้าเสี่ยง
- มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และมีความมั่นคง
- งานที่ทำสัมพันธ์กับกระบวนการตัดสินใจ

และสอดคล้องกับทักษะของ เรเทอร์ และเบนนิส (Rather & Benis, 1994) ที่กล่าวว่า บุคคลที่ได้รับการสร้างพลังจะมีลักษณะ ดังนี้

- ตระหนักถึงความสำคัญของงาน
- สามารถเรียนรู้และพัฒนางาน
- มีความสามารถในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่นได้ดี
- มีความสามารถในการแสดงออกถึงอำนาจและพลังที่มี

8.2 ผลลัพธ์ของการสร้างพลังในระดับชุมชน มีลักษณะดังนี้ (Purdey, 1994) บุคคลในหมู่บ้านจะมีการเพิ่มศักยภาพที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ในการสร้างพลังดังนี้

- 8.2.1 เพิ่มความมั่นใจ
- 8.2.2 พัฒนาทักษะความเป็นผู้นำในชุมชน
- 8.2.3 เกิดความตระหนักถึงประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับสตรี
- 8.2.4 พัฒนาทัศนคติเชิงบวกผ่านทางการปฏิบัติ และช่วยเหลือกันของสมาชิก
- 8.2.5 พัฒนาทัศนคติต่อการแก้ปัญหา นำทักษะ ความรู้และทรัพยากรมาใช้
- 8.2.6 มีความรู้ความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ และมีความรู้
- 8.2.7 สามารถแสดงความคิดเห็นของตนโดยปราศจากความลังเล

ในชุมชน

เนื่องจากความหมายของการสร้างพลังมีหลายมิติตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้เกิดความสับสนในการวัด วอลเลอร์สตี้น (Wallerstein, 1994: 141-148) ได้เสนอว่าการวัดผล การสร้างพลัง ควรจัดให้สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบของกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการศึกษา เพื่อสร้างพลัง (Empowerment education model) ดังนี้

แนวคิดแรกคือ การมีส่วนร่วมของผู้เรียนในกิจกรรมการศึกษา หรือการกระทำ กิจกรรมร่วมกันในชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ในคุณค่าและความสามารถของตน ตลอดจนเกิดความเชื่อว่าจะสามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาที่ประสบ ซึ่งตัวแปรที่สามารถทำการวัดได้คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมหรือเข้าร่วม ในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาดังกล่าว

แนวคิดที่สองคือ ผลพลอยได้ (Outcome related) เกิดจากการที่บุคคลได้รวม กลุ่มกันทำกิจกรรม โดยวัดจากเครือข่ายทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจ ของบุคคลต่อการมีปฏิสัมพันธ์หรือรวมกลุ่มกันในชุมชน

แนวคิดที่สามคือ ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อม หรือภาวะสุขภาพ วอลเลอร์สตี้น เสนอว่าการวัดควรกระทำให้ครอบคลุมทั้งสามแนวคิดดังกล่าว แต่ข้อเสนอข้างต้นยังไม่เป็นที่ยุติ เนื่องจากมีผู้เสนอแนวคิดในการวัดการสร้างพลังที่แตกต่างกัน ออกไป ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการวัดและประเมินผลโครงการที่ใช้ในการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ควรมีลักษณะเป็นโครงการระยะยาว เพื่อให้สามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลหรือ ชุมชนได้ ซึ่งกระบวนการฝึกอบรมควรกระทำอย่างต่อเนื่องหรือมีกระบวนการช่วยเหลือสนับสนุน ให้ผู้ผ่านการฝึกอบรมสามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ นอกจากนี้การนำวิธีการประเมินผล แบบคุณภาพ มาใช้ร่วมด้วย จะช่วยให้สามารถอธิบายผลของโครงการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

ความหมาย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิต ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐาน ของมนุษย์ ตามทฤษฎีของมาสโลว์ การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลเป็นการตัดสินใจ คุณค่าของ ตนและแสดงออกในรูปของเจตคติที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง การพิจารณาความหมายของ “ตน” ใน แง่ปรัชญามีลักษณะเป็นนามธรรมที่หมายถึง เอกลักษณะของบุคคล รวมถึงลักษณะทางกายภาพ ความสามารถทางสติปัญญา แต่ในทางจิตวิทยาจะมองตนในแง่ของการเรียนรู้ โดยเป็นการรับรู้ ตนเองในด้านต่างๆ ที่ได้จากการมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมและเป็นกระบวนการจาก ประสบการณ์ทางสังคม ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายมีความ

ปลอดภัย ได้รับความรักและความเป็นเจ้าของโดยบุคคลจะมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นคนมีประโยชน์ และต้องการแสดงความสามารถ ที่มีอยู่ เพื่อให้ตนเองพอใจ (Taylor, 1982: 119) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ บางครั้งจะใช้คำว่าความนับถือในตนเอง การเห็นพ้องด้วยตนเอง การปกป้องตนเอง การยอมรับตนเองหรือภาพพจน์ของตนเอง จากการศึกษาต่าง ๆ ได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith 1967, cited in Whall, 1987: 41) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ ขอบเขตที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของเขาว่ามีความสำคัญและมีคุณค่า โดยจำแนกคุณลักษณะพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ 4 ประการ คือ

1. ความสำคัญ (Significance) เป็นวิถีทางที่บุคคลรู้สึกที่ตนเองยังเป็นที่รัก พิสูจน์ได้โดยการให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของตนเอง
2. ความสามารถ (Competence) เป็นวิธีการที่พิจารณาถึงความสำคัญโดยการกระทำ
3. คุณความดี (Virtue) เป็นการบรรลุมมาตรฐานตามศีลธรรม และจริยธรรม
4. พลังอำนาจ (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเอง และผู้อื่น

มาสโลว์ (Maslow, 1970: 45) ได้ให้ความหมาย “การเห็นคุณค่าในตนเอง” ว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพ ในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ

แบรนด์เดน (Branden, 1981) กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นลักษณะของความเชื่อมั่นและความนับถือในตนเองที่เกิดจากความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่พอใจ

ทัศน บัญทอง (2527: 286-287) ได้กล่าวว่า ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นเป็นส่วนหนึ่งของอัตตาในบุคคลที่เรียกว่า Ego needs ซึ่งอธิบายได้ 2 ลักษณะ คือ ความต้องการเป็นผู้เข้มแข็ง ต้องการความสำเร็จ ความสมบูรณ์ ความมั่นใจที่จะเผชิญโลกและมีชีวิตอยู่อย่างอิสระเสรี กับอีกลักษณะหนึ่งคือ ความต้องการชื่อเสียง เกียรติยศ ฐานะตำแหน่ง การยกย่องสรรเสริญ ชื่นชมและความเคารพนับถือจากบุคคลอื่น เป็นต้น การที่บุคคลมีความมูมานะ เพียรพยายาม ทำงานหนักก็เพื่อความสำเร็จและความมีเกียรติยศชื่อเสียง พยายามรักษาศักดิ์ศรีและคุณค่าของตนเองอยู่เสมอ นั่น เพื่อตอบสนองความต้องการในอัตตาส่วนนี้

วราภา จันทร์โชติ (2540: 47) ได้สรุปว่า การเห็นคุณค่าในตนเองหมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง จากการประเมินตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความมีค่า และการประสบความสำเร็จ โดยแสดงออกมาในรูปของเจตคติที่มีต่อตนเอง มีการยอมรับนับถือ และมี

ความเชื่อมั่นในตนเอง การที่บุคคลประเมินสิ่งต่าง ๆ ออกมาเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เป็นกระบวนการตัดสินใจการเห็นคุณค่าจากการตรวจสอบตนเองด้านผลงานความสามารถและคุณลักษณะต่างๆ โดยการนำเอาคุณสมบัติดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานและค่านิยมส่วนบุคคล จากนั้นจึงตัดสินใจเป็นการเห็นคุณค่าของตน และจะแสดงให้เห็นบุคคลอื่นเห็นด้วยลักษณะท่าทางหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดขึ้นจากการมีประสบการณ์ด้านความสำเร็จหรือการทำให้สำเร็จต่างๆ ได้บรรลุเป้าหมาย ส่งผลให้ได้รับคำชมเชยจากครอบครัว เพื่อนฝูง หรือบุคคลอื่น นับเป็นการค่อยๆ สะสมความพึงพอใจไว้ จนกลายเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองที่มีคุณค่าของตน หากทำได้สำเร็จบุคคลจะเกิดความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ดังกล่าวอาจเป็นไปได้โดยที่บุคคลรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้

กระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมี 2 ขั้นตอน ดังนี้ (Taft, 1985: 79) ขั้นตอนแรก การประเมินเจตคติและการกระทำของสังคมที่มีต่อตน กระบวนการนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดของการมองตนเองของ คูลีย์ (Cooley) ที่ว่า บุคคลสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัย “กระจกมองตน” กระบวนการนี้เป็นการรับรู้คุณค่าของตนเอง ที่มีรากฐานมาจากการประเมินและการยอมรับของผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอกต่อคุณค่าของตน (Outer-self esteem) ขั้นตอนที่ 2 ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อมและผลที่ตนได้รับ กระบวนการนี้เป็นความรู้สึก “ภายใน” ต่อคุณค่าของตน (Inner-self esteem) เป็นความสัมพันธ์ของปัจเจกบุคคลที่แท้จริงในสังคมและผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม นั่นคือ เป็นความรู้สึกที่อยู่ในตนเองตามความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งอำนาจที่ช่วยให้สามารถกระทำหรือควบคุมสิ่งต่างๆ เกิดจากความรู้ทักษะ รายได้และสถานภาพของบุคคล

องค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เกตส์ (Gates 1978, cited in Barry, 1989: 99-100) ได้แบ่งองค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1. ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง (The body self) หมายถึง บุคคลคิดและรู้สึกต่อรูปร่างและหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนความสามารถของหน้าที่พื้นฐานของร่างกาย
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น (The interpersonal self) เป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่บุคคลคิด และรู้สึกเกี่ยวกับวิธีที่เขามีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนที่สนิทสนมคุ้นเคยหรือบุคคลที่พบกันโดยบังเอิญ

3. ความสำเร็จของตนเอง (The achieving self) หมายถึง สิ่งที่บุคคลคิดและรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของเขาที่จะนำเขาไปสู่ความสำเร็จในชีวิตครอบครัว การทำงานและสิ่งแวดล้อม

4. ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (The identification self) เป็นความรู้สึกทางนามธรรมและพฤติกรรมแสดงความสนใจทางศีลธรรม และจิตวิญญาณ

นอกจากนี้ มาสโลว์ (Maslow, 1970: 45-46) ได้แบ่งความต้องการมีคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง เช่น ความแข็งแรง การประสบความสำเร็จ มีความเชี่ยวชาญ หรือเป็นผู้ได้รับชัยชนะ มีทรัพย์สินสมบัติ มีความมั่นใจในการเผชิญหน้ากับโลก สามารถพึ่งตนเองได้ และมีสิทธิเสรีภาพ

2. ความต้องการการยอมรับนับถือหรือต้องการให้ผู้อื่นเห็นคุณค่า เช่น ในด้านสถานภาพทางสังคม ต้องการเป็นที่ยอมรับ ได้รับความสนใจ มีผู้ให้ความสำคัญและเป็นที่ชื่นชอบ

แมคเคย์ และเกว (Makay & Gaw 1975, cited in Taylor, 1982: 120) ได้แบ่งส่วนประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็น 2 ส่วน คือ

1. การยอมรับนับถือตนเอง เป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าที่ได้รับจากการมีความเชื่อมั่นในตนเองและเป็นผลให้มีความเชื่อว่า “เป็นคนมีความสามารถ เพราะฉะนั้นชีวิตจึงเป็นสิ่งที่มีค่า”

2. ความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นผลรวมจากการประเมินแต่ละบุคคลที่สามารถเผชิญและปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

นอกจากนี้ บาร์รีและมอร์แกน (Barry & Morgan, 1985: 13) ได้แบ่ง ความต้องการมีคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ ความต้องการเป็นคนมีความสามารถ ต้องการเป็นที่ยอมรับและมีชื่อเสียงดี ถ้าหากความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกขาดความมั่นใจในตนเองและขาดความสามารถ ที่จะพาตนก้าวไปสู่ความสำเร็จ เพื่อให้พบกับความต้องการสูงสุดของมนุษย์

องค์ประกอบที่เป็นผลให้มีการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย 4 ประการ คือ (Watson & Bell, 1990: 15)

1. บุคคลสำคัญในชีวิต
2. ความคาดหวังในบทบาททางสังคม
3. พัฒนาการทางด้านจิตใจ
4. การติดต่อสื่อสาร หรือชนิดของการปรับตัว

ลักษณะของผู้มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ

จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ได้พบคุณลักษณะ ดังต่อไปนี้ เป็นคนคล่องแคล่วว่องไว ชอบแสดงความคิดเห็น เป็นฝ่ายเปลี่ยน หรือพูดชักนำคนอื่นมากกว่าจะเป็นเพียงผู้ตามหรือผู้ฟังการอภิปรายโต้เถียง มองสิ่งต่างๆ ในด้านดี โดยประเมินความสามารถทักษะทางสังคมและคุณสมบัติของตนอย่างรอบคอบ มากกว่าการคิดฝันเอาเอง ไม่พะวงแต่เรื่องของตนจนขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ภายนอก นอกจากนี้ ยังมีเจตคติของความคาดหวังในสิ่งที่ดี กว้างขวางในหมู่เพื่อนฝูง มั่นใจในการกระทำของตนเอง กล้าแสดงออก แม้รู้ว่าอาจจะโดนคัดค้าน ไม่มีความยุ่งยากในการสร้างมิตรภาพกับผู้อื่น มีความคิดสร้างสรรค์ ขอมให้สังคมกำหนดพฤติกรรมของตนเองเป็นส่วนน้อย ใช้ชีวิตอย่างยืดหยุ่น ช่างคิด สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เชื่อมั่นในความคิดเห็นของตนเอง สามารถให้เหตุผลในสิ่งที่ตนกระทำได้อย่างกระจ่างชัด เชื่อมั่นต่อการตอบสนองหรือการตัดสินใจของตน มั่นคงทางด้านจิตใจ วิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะประเมินผลว่าจะประสบความสำเร็จได้มากกว่า กล่าวโดยรวมแล้วจะเห็นว่า ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความสุขและใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

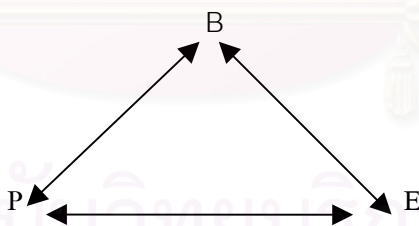
สำหรับผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะยึดมั่นในความด้อยของตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากคนทั่วไป พยายามทำสิ่งที่สังคมยอมรับ ชอบเป็นสมาชิกกลุ่มแบบไม่แสดงตัวให้เด่นมากกว่าการทำตัวเป็นผู้นำกลุ่มหรือทำตัวเป็นจุดสนใจ ชอบเป็นผู้ฟังมากกว่าผู้แสดงบทบาท ไม่กล้าเกี่ยวข้องกับกรกระทำที่อาจได้รับการปฏิเสธหรือได้รับคำตำหนิ จึงไม่สามารถเป็นผู้นำที่สร้างสิ่งใหม่ หรืออยู่ในตำแหน่งที่ต้องเผชิญกับปฏิกิริยาหลาย ๆ รูปแบบได้ กลัวการทำให้ผู้อื่นโกรธ ไวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ พะวงกับเรื่องของตน ปิดกั้นตนเอง พอใจที่จะอยู่อย่างเงียบ ๆ ยอมรับสภาพที่เป็น จึงมักทำอะไรคล้ายตามคนอื่น อยู่เสมอ พร้อมจะเชื่อว่าคนอื่นมองตนในแง่ไม่ดี ยอมรับคำพูดของคนอื่นที่กล่าวถึงตนในแง่ลบ ขาดความมั่นใจที่จะปฏิเสธคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น ไม่สามารถปกป้องตนเองจึงต้องเผชิญกับความด้อยทั้งที่เป็นจริงและที่คิดไปเอง เหนงาและโดดเดี่ยว คิดว่าตนไม่มีความสามารถเพียงพอ จึงมักมีบทบาทน้อยในสังคม ทำให้โอกาสที่จะประสบความสำเร็จจลดลงไปด้วย หวั่นไหวต่ออิทธิพลของสังคมจนกลายเป็นความรู้สึกกดดัน ขาดพลังความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จเป็นเหตุให้มีความวิตกกังวลสูง ลักษณะเหล่านี้สอดคล้องกับผู้ที่ขาดลักษณะความเป็นผู้นำซึ่งมาสโลว์ (Maslow) กล่าวว่า จะมีลักษณะเก็บกด ขี้อาย หรือหลีกเลี่ยงปัญหา จึงพอสรุปได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งจำเป็นต่อความเป็นปกติสุขของร่างกายและจิตใจของบุคคล หากบุคคลใดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงก็จะสามารถเผชิญโลกอย่างมั่นใจ และมีความรู้สึก

ตนเองมีค่า มีความสามารถ มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ รู้สึกตนเองมีประโยชน์ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่า ตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตของคนอื่นๆ หรือของเขาเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง บุคคลจะมี ความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความสามารถที่กระทำสิ่งต่างๆ ได้บรรลุ เป้าหมาย ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีความสามารถ มีความภาคภูมิใจ และความรู้สึกตนมีคุณค่านั้นก็ส่งผลต่อการกระทำกิจกรรมอื่นๆ ด้วย โดยผู้ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อนมักจะเสี่ยงทำงานที่ท้าทายความสามารถโดยเป็นงานที่ไม่ยาก หรือง่ายเกินไป และมองคนในด้านดีมากกว่าผู้ที่เคยล้มเหลว

แนวคิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง

แนวคิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self efficacy Theory) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่ง แบนดูรา (Bandura, 1977: 192) ได้เสนอแนวคิดว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal person factor = P) อันได้แก่ ความเชื่อเรื่องการเรียนรู้ตนเอง
2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B)
3. เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environmental condition = E)



B หมายถึง พฤติกรรม (Behavior)

P หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor)

E หมายถึง อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม (Environmental influences)

แผนภูมิที่ 4 แสดงปฏิสัมพันธ์ของพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคลและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม (Bandura, 1977: 192)

ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้ เป็นในลักษณะต่อเนื่อง เป็นขั้นตอนและเป็นระบบที่ผูกเกี่ยวกันไว้ (Interlocking system) ซึ่งอิทธิพลขององค์ประกอบแต่ละกลุ่มจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพแวดล้อม สามารถอธิบายได้ดังนี้

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับพฤติกรรม เป็นการรับรู้ความคิดของบุคคลที่จะกำหนดว่าจะแสดงพฤติกรรมใด ในขณะที่เดียวกันการแสดงทำพฤติกรรมก็เป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดลักษณะการคิดและการรับรู้ของบุคคลเช่นกัน

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและบุคคล ความคาดหวังและความสามารถทางปัญญาของบุคคลจะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปโดยอิทธิพลจากสภาพแวดล้อม ในขณะที่บุคคลก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเช่นกัน ซึ่งปฏิกิริยาของบุคคลจะแตกต่างกันออกไปตามสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

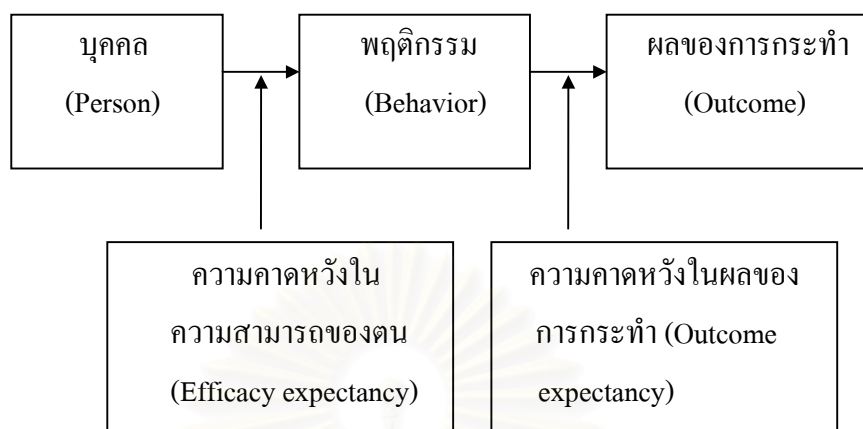
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม พฤติกรรมจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป จะเห็นได้ว่าแต่ละองค์ประกอบมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป

นอกจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นแล้ว พฤติกรรมของบุคคลยังเป็นผลมาจากการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ตรง หรือประสบการณ์โดยอ้อมก็ได้ กล่าวคือ คนเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์กับเหตุการณ์ และระหว่างพฤติกรรมกับผลที่เกิดจากพฤติกรรมนั้น ซึ่งการเรียนรู้เหล่านี้จะกลายเป็นความเชื่อที่มีผลในการควบคุมพฤติกรรมของคน นอกจากนี้ บุคคลมักใช้เงื่อนไขของสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ หรือผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมนั้นเป็นข้อมูลในการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมครั้งต่อไป จึงอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้รับจากสังคมในเงื่อนไขดังกล่าวเปรียบเสมือนเป็นตัวเสริมแรงในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

จากแนวคิดดังกล่าว แบนดูรา ได้พัฒนาเป็นทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยกล่าวถึงความคาดหวังซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรม 2 ประการ คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectancy) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของตนว่ามีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectancy) หมายถึง การประเมินของบุคคลว่า พฤติกรรมที่ตนเองแสดงนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองได้คาดหวังไว้ เป็นความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการแสดงพฤติกรรมของตน



แผนภูมิที่ 5 แสดงรูปแบบความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura, 1977: 193)

จากแนวคิดดังกล่าว บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อแสดงพฤติกรรมนั้นจะได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ และความคาดหวังว่าตนมีความสามารถพอที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าหากว่าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่มีความคาดหวังว่าตนมีความสามารถไม่พอที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ก็จะมีแนวโน้มว่าบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง นอกจากนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self – efficacy) ยังมีผลต่อการกระทำกิจกรรมที่ยุ่งยาก ซับซ้อนได้สำเร็จหรือไม่ เนื่องจากความมั่นใจว่าตนมีความสามารถเพียงใด จะเป็นตัวชี้ว่าบุคคลจะมีความพยายามทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำกิจกรรมได้สำเร็จจะเกิดความกลัว และพยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีความมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมใดๆ นอกจากจะช่วยให้บุคคลไม่เกิดความกลัว หวาดหวั่นล่วงหน้าก่อนที่จะทำงานแล้ว ยังทำให้บุคคลเกิดความเพียรพยายาม ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค และมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมนั้นมากขึ้น การที่บุคคลพยายามกระทำกิจกรรมในสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้สำเร็จและได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมต่อการรับรู้ในความสามารถของตน ทำให้ความกลัว ความวิตกกังวลลดน้อยลง แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลเลิกการทำงานโดยง่ายหรือกระทำกิจกรรมไม่สำเร็จ จะทำให้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองลดต่ำลง และทำให้เกิดความกลัวต่อการทำกิจกรรมนั้นๆ มากขึ้น

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจอย่างเพียงพอ การรับรู้ความสามารถของ

ตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่องต่อไป การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคำนึงถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเอง ในการที่จะดำเนินการบางอย่างให้สำเร็จด้วยระดับความสามารถเฉพาะที่ แตกต่างกัน ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมในสถานการณ์ นั้นจาก 3 องค์ประกอบ (Bandura, 1986) ดังนี้

1. ความยากง่ายของการกระทำ (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคล ในการกระทำกิจกรรม ซึ่งจะแปรผันตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ บุคคลที่มีความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องง่ายๆ ถ้าต้องทำ กิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว

2. ความเข้มแข็ง (Strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินความเป็นไปได้ ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน กล่าวคือ เป็นความเชื่อมั่นในความเข้มแข็ง อดทนของ บุคคลในการประเมินการกระทำของตนเอง ที่ทำให้บุคคลพยายามไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ ที่เคย กระทำ และพยายามทำอย่างต่อเนื่อง

3. ความคล้ายหรือใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่เคยกระทำ (Generality) เป็นความ คาดหวังในความสามารถของตนในการนำมาปฏิบัติในสถานการณ์นั้น ซึ่งสามารถใช้ได้ทุกๆ ไปใน สถานการณ์ต่างๆ หลายๆ สถานการณ์ ประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความ สามารถในการนำไปปฏิบัติกับสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันได้ โดยบุคคลจะนำไปใช้ในรูปแบบใดขึ้น อยู่กับความสามารถของบุคคล

การประเมินการกระทำของตนเอง การที่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณมีความสามารถกระทำ กิจกรรมใด ๆ ได้ดีมากขึ้นเพียงใดนั้นอาศัยข้อมูลหลัก 4 แหล่ง คือ (Bandura, 1977: 211)

1. การกระทำที่ได้บรรลุความสำเร็จ (Performance accomplishment) ซึ่งเบนคูรา ได้ เสนอว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุดเนื่องจากบุคคลจะได้รับ ประสบการณ์โดยตรงที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าตนกระทำได้สำเร็จ ซึ่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่ เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกย่อมชักนำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น ๆ (Vicarious experiences) การที่ บุคคลได้สังเกตเห็นบุคคลอื่นที่มีสภาพคล้ายคลึงกับตนเอง เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันสามารถ กระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ อาจกระตุ้นหรือชักนำให้เกิดการรับรู้ว่าคุณก็สามารถกระทำ กิจกรรมอย่างนั้นได้เหมือนกัน ความสอดคล้องกับความสำเร็จในการกระทำของบุคคลอื่นๆ หลาย คนและหลายครั้ง ย่อมส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้เกิดจาก การเปรียบเทียบทางสังคม (Social comparison) ได้แก่ พฤติกรรมเคลื่อนแบบตามการรับรู้ใน

ความสามารถของตนเองด้วยตัวอย่าง (Imitation and modeling behavior) ถึงแม้ว่าวิธีการนี้จะไม่มีผลต่อการสร้างรูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยตรงเหมือนกับวิธีการเรียนรู้จากผลสำเร็จของพฤติกรรม แต่จะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวางและเป็นประโยชน์มาก กรณีที่ไม่สามารถสาธิตให้ดูหรือไม่สามารถให้ลองทำเองโดยตรงได้ วิธีนี้อาจช่วยให้บุคคลสร้างหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้น หรือสามารถเผชิญกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามความสำเร็จของการชักจูงหรือชักนำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับทักษะในการติดต่อสื่อสารและความสามารถของผู้ให้การช่วยเหลือ จึงมักพบอยู่เสมอว่า การให้ความช่วยเหลือโดยวิธีการชักจูงด้วยคำพูดอย่างเดียวไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

4. การเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) โดยทั่วไปแล้ว ปฏิกริยาทางอารมณ์กำลังใจจากเพื่อนร่วมกลุ่มและบุคคลรอบข้าง รวมทั้งการสนับสนุนจากกลุ่มจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2538) ศึกษาเรื่องผลของการศึกษาการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยสรุปว่าการศึกษาเพื่อสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ มีผลทำให้เกิดการนับถือตนเอง ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ของผู้นำนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล

วารภา จันทรโชติ (2540) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองในนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัย พบว่า การฝึกอบรมการสร้างพลังมีผลต่อการพัฒนาเจตคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้วิจัยได้เสนอแนะว่าการวัดผลต้องใช้วิธีการประเมินผลเชิงคุณภาพร่วมด้วย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี (2542) ได้ศึกษาผลการดำเนินการโครงการแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในจังหวัดเพชรบุรี พ.ศ. 2540 โดยใช้แบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอและแบบสัมภาษณ์ผู้ผ่านการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวพบว่า สามารถดำเนินการอบรมได้ตามเป้าหมายที่สำนักงานคณะกรรมการ

สาธารณสุขมูลฐานกำหนดคือ ดำเนินการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 6 คน ต่อหมู่บ้าน งบประมาณในการดำเนินการเพียงพอ การดำเนินการโครงการใช้รูปแบบการแต่งตั้งคณะกรรมการ ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ โดยคณะกรรมการระดับจังหวัดได้วางแผนกำหนดแนวทางเป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการ จัดทำหลักสูตร เนื้อหาวิชา และจัดทำคู่มืองานสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว คณะกรรมการระดับอำเภอเป็นผู้คัดเลือกพื้นที่ ผู้เข้ารับการอบรม และเป็นวิทยากรการอบรม การคัดเลือกพื้นที่ พิจารณาจากจำนวนหลังคาเรือน มีการตั้งบ้านเรือนเป็นกลุ่ม เพื่อความสะดวกในการเดินทางมาอบรม การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมพิจารณาจากการมีเวลาสามารถเข้ารับการอบรม และเห็นว่าสามารถถ่ายทอดความรู้สู่เพื่อนบ้านได้ การอบรมใช้เวลา 1 วัน การประเมินผลหลังการอบรม 6 เดือน พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการนี้เหมาะสมและสามารถให้ความรู้กับประชาชนเพิ่มขึ้น สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดประโยชน์กับตัวเองและผู้อื่นได้ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นตัวอย่างแก่ครอบครัวและเพื่อนบ้านในเรื่องของสุขภาพอนามัย มีการพัฒนาความรู้ของตนเอง มีการพูดคุยกับอาสาสมัครสาธารณสุขเรื่องสุขภาพอนามัยมากกว่าครั้งของผู้ที่ผ่านการอบรมทราบถึงปัญหา สาธารณสุขในหมู่บ้าน เคารวมตัวกันพัฒนาหมู่บ้าน ให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพอนามัยทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยแก่คนในบ้านและเพื่อนบ้าน

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

อิสราเอล และคณะ (Israel et al., 1994) ได้ศึกษากรอบแนวคิดใหม่และการรับรู้ การประเมินในระดับบุคคล องค์กรและชุมชน เกี่ยวกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพกับการสร้างพลังในชุมชน วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบแนวคิดของกระบวนการสร้างพลังโดยใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการความเครียด (Stress process) เนื่องจากปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการสร้างพลัง เพื่อพัฒนาและทดสอบตัวชี้วัดในการรับรู้การควบคุม (Perception of control) การสร้างพลังในระดับบุคคล องค์กรและชุมชน โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ของบุคคลที่มีผลจากบริบทขององค์กรและชุมชน รวมทั้งการได้รับอิทธิพลหรือแรง จากปัจจัยต่างๆ ขององค์กรและชุมชนที่เกิดจากภายนอก ผลการศึกษาพบว่ากรอบแนวคิดในการสร้างพลังจะเกี่ยวข้องกับระดับบุคคล องค์กรและชุมชน ตัวชี้วัดการรับรู้ การควบคุมการสร้างพลังของระดับองค์กรและชุมชนสัมพันธ์กับระดับบุคคล และปัจจัยจากสภาพแวดล้อมภายนอก เครื่องมือสามารถวัดการสร้างพลังในชุมชนได้ทั้ง 3 ระดับ และตัวชี้วัดที่สำคัญในการทำนายนการได้รับการควบคุม (Perceived control) ในระดับองค์กรและชุมชนคือ แรงผลักดันจากนโยบายรัฐ การมีกิจ

กรรมหรือบทบาทผู้นำในองค์กร อาสาสมัคร และความเชื่อว่าการมีกิจกรรมเป็นแนวทางที่สำคัญที่ทำให้มี การตัดสินใจในชุมชน

เพอร์เคย์ และคณะ (Purdey et al., 1994) ได้ทำการวิจัยโครงการพัฒนาสุขภาพ โดยกระบวนการสร้างพลังในชุมชนประเทศเนปาล ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการพัฒนาเป็นกระบวนการที่เริ่มเมื่อคนในหมู่บ้านรู้จักการคิดวิเคราะห์โดยอาศัยประสบการณ์ของตนเอง และองค์กรในชุมชนเป็นโครงการที่มีความเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงในชุมชนที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการสร้างพลังทั้งระดับบุคคล และชุมชน ด้วยการสร้างศักยภาพจากประสบการณ์ และกระบวนการเรียนรู้ โดยวิธีการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและปฏิบัติการสะท้อนกลับ (Praxis) ตัวอย่างโครงการวิจัยนี้คือ โครงการเตาไร้ควัน หรือโครงการชูลอ (Chulo) ศึกษาในกลุ่มสตรี คือ เริ่มจากการทัศนศึกษาและสังเกตหมู่บ้านใกล้เคียง พบว่ามีกิจกรรมมากมายที่กระทำโดยสตรี แล้วทำรายงานสิ่งที่พบจากสตรีกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้าน หลังจากนั้น อภิปรายกลุ่มและลงมติว่ากิจกรรมที่ควรทำคือ เตาไร้ควัน สตรี 8 คน เข้ารับการอบรมการทำเตาไร้ควัน และเมื่อเสร็จสิ้นการอบรมจะนำความรู้ไปแนะนำสตรีคนอื่นๆ ต่อไป โดยมีแนวคิดหลักว่าการทำเตาไร้ควันต้องเป็นการกระทำร่วมกันของคนในครอบครัว โดยใช้ทักษะ ความรู้ และความรู้สึกของความเป็นเจ้าของ ประมาณ 1 ปี พบว่า ความรู้และทักษะขยายออกไป ประชาชนเริ่มทำเตาไร้ควันจากความคิดสร้างสรรค์และภูมิปัญญาของตนเอง สามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับคนอื่นๆ ถึงแม้ว่าจะมีบางคนพบกับอุปสรรคและกลับไปใช้เตาแบบเดิม หลังโครงการสิ้นสุดพบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการส่วนมากสามารถเป็นผู้จัดการที่มีความสามารถ เป็นนักการศึกษา และนักพูดในชุมชน มีการสร้างเครือข่ายในสังคมซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพคือ ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ลดการทำลายป่าไม้ และลดงานของสตรี

แวง และเบอร์ริส (Wang and Burris, 1994) ได้นำกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังตามแนวคิดของ เปาโล แฟร์ มาใช้ในการพัฒนาความตระหนักรู้เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาสังคมในสตรียากจนในชนบทประเทศจีน โดยการใช้อนุภาพการดำรงชีวิตของชาวบ้านเป็นเครื่องมือในกระบวนการจัดการศึกษา เพื่อประเมินความต้องการของสตรีชาวจีน เป็นการให้สัญลักษณ์ (Code) เพื่อการอภิปราย กล่าวคือเป็นการเล่าเรื่องจากรูปภาพ (Photo novella) ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการแบ่งปันความคิด นำไปสู่การวิเคราะห์ การกระทำเชิงรุก เกิดการสร้างพลังและสามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ของรัฐที่กำหนดนโยบายต่างๆ ได้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสตรีที่อ่านเขียนได้ 62 คน จาก 50 หมู่บ้าน ได้รับการอบรมการเล่าเรื่องจากรูปภาพ การสัมภาษณ์กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน การพัฒนาคุณภาพชีวิตและนำไปสู่การกำหนดนโยบายต่างๆ ของภาครัฐได้

วอร์เรลล์ และคณะ (Worell et al., 1996) ศึกษากระบวนการสร้างพลัง ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ของการเรียนการสอนในนักศึกษาที่วิทยาลัยพยาบาลกัวนิค เมอร์ซี่ โดยมี การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีความแตกต่างกันของนักศึกษา เพื่อพัฒนาการสร้างพลังในอนาคต โดยทำการวิจัยว่าสามารถพัฒนาพฤติกรรม 4 ด้านต่อไปนี้ของนักศึกษาได้หรือไม่ ด้านที่ 1 การร่วมมือกันทำงาน ความเคารพซึ่งกันและกัน (Collegiality) ด้านที่ 2 การติดต่อสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ (Communication) ด้านที่ 3 ความรับผิดชอบในการตัดสินใจและการกระทำของตน (Accountability) และด้านที่ 4 ความเป็นอิสระในวิชาชีพ (Autonomy) ผลการศึกษาพบว่า มีผลบวก ทั้ง 4 ด้าน กล่าวคือ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ส่วนในด้านติดต่อสื่อสาร การใช้คำพูด การรวบรวมปัญหาด้านสุขภาพตามบทบาทของพยาบาลนักศึกษาได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการวางแผน และพบว่านักศึกษามีพฤติกรรมที่เป็นอิสระมากขึ้น

ลูโก (Lugo, 1996) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาเพื่อสร้างพลัง กรณีศึกษากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ และมารดาของทารกในเมืองหนึ่งของรัฐฟลอริดาที่มีอุบัติการณ์การเกิดทารกที่มีน้ำหนักน้อย อัตราการตายสูงและยากจน วัตถุประสงค์เพื่อนำการศึกษาเพื่อสร้างพลังมาใช้ในการปฏิบัติการโดยพัฒนาทักษะของสตรีจากชุมชนในการช่วยเหลือกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเดียวกัน การดำเนินการวิจัยในช่วงปีแรกจะเชิญชวนสตรีตั้งครรภ์และมารดาของทารกจำนวน 14 คน เข้าร่วมโครงการในฐานะเป็นเพื่อนให้คำแนะนำ (Peer counselor) เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมการศึกษาเพื่อสร้างพลัง 3 สัปดาห์ หลังจากนั้นใช้วิธีการเยี่ยมบ้านในชุมชน เพื่อเชิญชวนสตรีเข้ามาเป็นกลุ่มสนับสนุน โดยใช้การเยี่ยมบ้านเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการประเมินความต้องการของบุคคล และ แนวทางแก้ไขปัญหา การวัดผลกระทำในระยะ 2 - 3 เดือน และ 1 ปี พบว่ากลุ่มมีการร่วมกันทำกิจกรรม มีบทบาทในชีวิตตนเองและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ

ซิมเมอร์แมนและคณะ (Zimmerman et al., 1997) ได้ทำการวิจัยโครงการป้องกันโรคเอดส์ของชายรักร่วมเพศในประเทศเม็กซิโก โดยใช้กระบวนการสร้างพลัง โครงการนี้มีรูปแบบกิจกรรมของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ การให้เงินช่วยเหลือ การใช้แนวคิดการสร้างพลังเพื่อเป็นการเพิ่มความร่วมมือของกลุ่ม ให้โอกาสในการพัฒนาความรู้ ทักษะ การหาความต้องการของกลุ่ม และการแบ่งปันพลังในการควบคุมระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อให้เกิดผลของการสร้างพลัง การประเมินผลโครงการดูจากพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์และการสร้างพลังที่เกิดขึ้นในระดับบุคคลและชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงภายในชุมชนจากการริเริ่มของผู้เข้าร่วมโครงการ

คิม (Kim, 1997) ได้ศึกษาการให้การศึกษาด้านโภชนาการเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในกลุ่มสตรียากจนและครอบครัว โดยใช้แนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังของเปาโล แฟร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนสตรียากจนในการวิเคราะห์สภาพปัญหาต่าง ๆ ด้วยตัวเอง และพัฒนาชีวิต มีการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานทางสังคม เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม มีสมมติฐานเบื้องต้นว่า ผู้ใหญ่สามารถจะเรียนรู้ กระทำกิจกรรม และทำการเปลี่ยนแปลง โดยให้ประชาชนเป็นผู้วิจัยด้วยตัวเองในการหาและตอบคำถามในการดำรงชีวิต หลักการจะเน้นคุณค่าความรู้ของประชาชน วิธีการวิจัยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์กลุ่มในกลุ่มสตรียากจน 27 กลุ่ม ใช้เวลา 17 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดกิจกรรมร่วมกันในเชิงสร้างสังคม ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในเรื่องระดับของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้เสนอว่า กรอบแนวคิดในการพัฒนาชุมชนต้องรวมองค์ประกอบด้านวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจและการเมือง ซึ่งจะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้อธิบาย กระบวนการศึกษาของชุมชน

บรูคเกอร์ และคณะ (Brooker et al., 1997) ได้ศึกษาโปรแกรมรณรงค์ด้านสุขภาพกับคนงานอพยพที่ทำงานในฟาร์ม (The Camp Health Aide Programme : CHAP) ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นคนงานอพยพในฟาร์ม ของรัฐออริโชนา รัฐนิวเจอร์ซีย์ รัฐฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 27 คน โดยวิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วม และใช้ประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาในการอบรม 20 ชั่วโมง หลังการอบรมมีการติดตามผล 2 ระยะคือ 4 - 8 เดือน และ 16 เดือน มีกรอบแนวคิดการสร้างพลังที่พัฒนาจากแนวคิดของสจิวต์ (Stewart) โดยเน้นการสร้างพลังในระดับบุคคล (Personal empowerment) ซึ่งเป็นกระบวนการภายในบุคคลที่มีการตระหนักรู้และกระทำกิจกรรมในส่วนของคนๆ นั้นรวมทั้งเป็นกระบวนการสร้างพลังที่บุคคลเริ่มสัมพันธ์กับสังคมที่เขาอยู่ (Collective empowerment) วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงของคนงานอพยพในฟาร์มเกี่ยวกับความเชื่อในความสามารถของตนเอง การวิเคราะห์สังคมเชิงบวก ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างสังคม การเมืองที่เขาอยู่ และความสามารถในการใช้ทักษะการถ่ายทอดจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยกำหนดเป็น 4 ปัจจัย คือ เป้าหมายของชีวิต ขอบเขตของข้อมูลที่คิดได้เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไข ทักษะ และบทบาท ในการอภิปรายกลุ่ม คำถามจะเป็นแบบเปิดโดยถามเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ประสบการณ์ในการทำงานฟาร์ม ความชอบไม่ชอบในการทำงานฟาร์ม เป้าหมายในอนาคต และวิธีการจะไปถึงเป้าหมาย สุขภาพที่เป็นปัญหาจากการทำงานในฟาร์ม ว่ามีความแตกต่างจากคนในกลุ่มอื่นอย่างไร กิจกรรมที่ควรทำเมื่อมีอุบัติเหตุหรือความเจ็บป่วย ใครจะเป็นคนที่ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขดีและที่น่าจะเป็นในการมีพฤติกรรมดังกล่าว และความคาดหวังเกี่ยวกับโครงการรณรงค์ด้านสุขภาพ ข้อคำถามจะถูกคัดแปลงเมื่อใช้ถามในครั้งที่ 2 และ 3 การสัมภาษณ์จะใช้การบันทึกเทป ผลการวิจัยพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในระดับของการสร้างพลัง

และพฤติกรรมเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการสร้างพลังคงที่ จำนวน 17 คน และกลุ่มที่มีการสร้างพลังสูง จำนวน 10 คน พบว่า กลุ่มที่มีการสร้างพลังสูงส่วนมากเป็นชาย และมีการศึกษาสูง การอภิปรายผลพบว่าทั้ง 3 ชุมชน ที่ทำการวิจัยจะพบความแตกต่างที่เกิดจากบริบทของชุมชนนั้น ถึงแม้จะมีหลักการและรูปแบบเดียวกัน ข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วมในโปรแกรม มีใช้เหตุผลเดียวในการเปลี่ยนแปลงอาจเกิดจากทักษะ ความมั่นใจในการเข้ามามีส่วนร่วม ความสัมพันธ์ในครอบครัว อาชีพอื่นในชุมชนและผู้นำ กล่าวคือ การเกิดการสร้างพลังมีใช้เกิดจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียวแต่จะมีผลจากวิถีชีวิตของเขาด้วย

บัตเตอร์ฟอส และคณะ (Butterfos et al., 1998) ได้ศึกษาเรื่องการรวมกลุ่มของชุมชนเพื่อการสร้างพลังและการมีกิจกรรม (Coalition for empowerment and action : CINCH) เพื่อเพิ่มอัตราการได้รับวัคซีนป้องกันโรคของเด็กอายุ 2 ปี ตามแนวคิด “การช่วยครอบครัวให้ช่วยเหลือตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี : Help families help themselves to better health” การร่วมมือกันจะมีลักษณะเป็นองค์กรเพื่อสร้างพลังในชุมชนและพัฒนา ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการใช้กลวิธีหลายอย่างกับชุมชนที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านนโยบาย แนวคิดพื้นฐานของ CINCH คือ รูปแบบการสร้างพลังในชุมชน การพัฒนาชุมชน และการพัฒนาความร่วมมือดังนี้

1. แนวคิดการสร้างพลังมาจากแนวคิดของ เปาโล แพร์ ที่ใช้กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ซึ่งค่านิยมของคนจะถูกทำให้เกิดกิจกรรม และ/หรือ โปรแกรมที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเขาและชีวิตของเขาเหล่านั้น

2. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยการพัฒนาชุมชนจะถูกอธิบายในลักษณะ “กระบวนการกิจกรรมของประชาชน โดยประชาชนคิดค้นและควบคุมกิจกรรมนั้น ๆ การพัฒนาชุมชนประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วม การร่วมมือ และร่วมกันแก้ไขปัญหา ตลอดจนการพัฒนาชุมชน เศรษฐกิจ และทรัพยากรสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การสร้างพลัง กล่าวคือเป็นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เสริมสร้างความสามารถและศักยภาพในการจัดการ และควบคุมการเปลี่ยนแปลงตามสถานะของอำนาจที่มีผลต่อสภาพความเป็นอยู่ของชุมชน ตามแนวคิดนี้ CINCH จะช่วยประชาชนเรื่อง การหาความต้องการการสร้างศักยภาพของชุมชน การพัฒนาทักษะ ผู้นำและทักษะการแก้ไขปัญหา

3. แนวคิดการปฏิบัติงานวิจัยในการพัฒนาและแนวทางที่มีผลต่อความร่วมมือในการรณรงค์ด้านสุขภาพ

ขั้นตอนของ CINCH ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

1. Formation เป็นขั้นตอนการค้นหาปัญหา การคัดเลือกสมาชิก การกำหนดเป้าหมาย บทบาท กฎระเบียบ ความร่วมมือ และการอบรม ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน
2. Implementation เป็นขั้นตอนการกำหนดปัญหา การเลือกปัญหา วิเคราะห์และพัฒนาแผนเพื่อการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาประมาณ 12 เดือน
3. Maintenance เป็นขั้นตอนการร่วมมือและดำเนินการตามกลยุทธ์ การให้การสนับสนุนและประเมินผลกระบวนการของกลุ่ม ระยะเวลาประมาณ 12 เดือน
4. Outcome เป็นการติดตามดูผลความก้าวหน้า และผลที่เกิดขึ้นจากกลยุทธ์ที่กระทำการในชุมชนที่ใหญ่ขึ้น ระยะเวลามากกว่า 12 เดือน

สรุปประโยชน์จาก CINCH

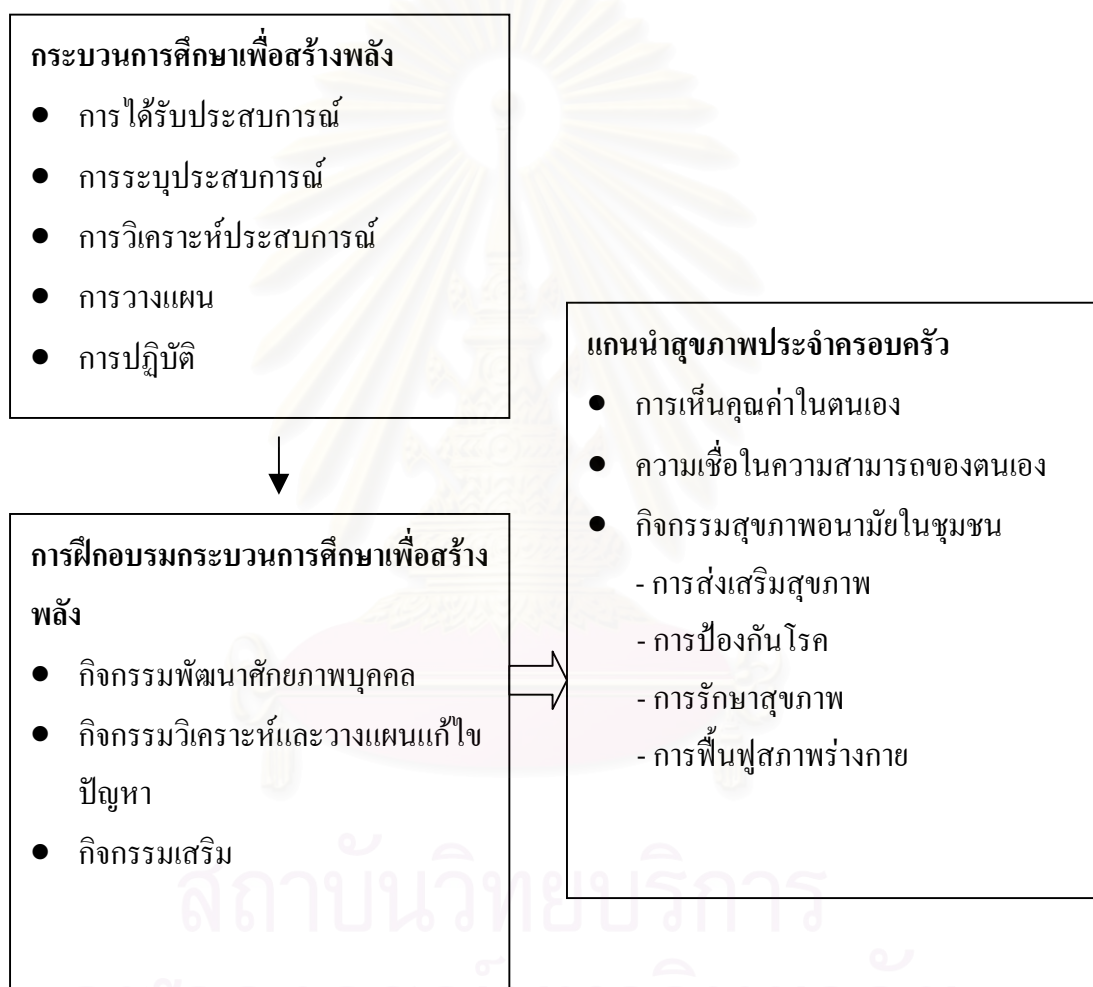
1. เกิดทักษะการเรียนรู้
 2. สามารถใช้อาสาสมัครในฐานะบุคคลหรือกุญแจสำคัญในกลุ่มรายได้ต่ำของชุมชน
 3. สมาชิกมีความสัมพันธ์ต่อกัน
 4. การกิจ หรือข้อตกลงในการพัฒนาชุมชนจะช่วยสมาชิกในการพัฒนาการสื่อสารรูปแบบของผู้นำ การทำงานที่มีขั้นตอนมากและขาดความชำนาญ
 5. ช่วยให้เกิดความเชี่ยวชาญจากการอบรม และปฏิบัติ
 6. หลีกเลียงภาพลักษณ์ของชาวบ้านและคนของรัฐ (Town-gown image)
 7. ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างประชาชนในชุมชน และชุมชนใกล้เคียง
- ข้อเสนอแนะของ CINCH คือสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานพัฒนาและการรณรงค์

ต่าง ๆ ได้ดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีการสาธารณสุขมูลฐาน และการศึกษาเพื่อสร้างพลังการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการศึกษาเพื่อสร้างพลังแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวดังนี้



แผนภูมิที่ 6 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

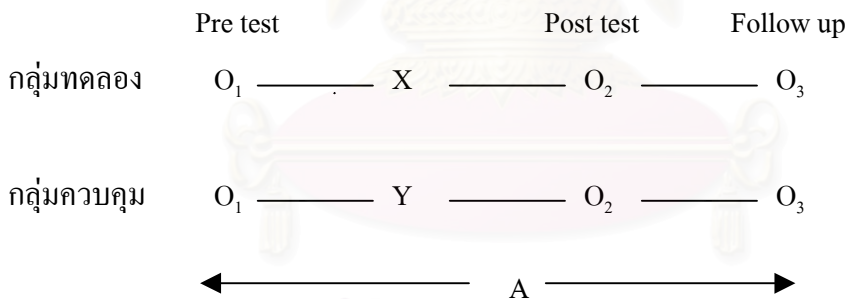
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าของตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองในบทบาทของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



- O₁ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองและแบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเอง
- X หมายถึง การฝึกอบรมกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัย ระยะเวลา 3 วัน ในต้นสัปดาห์ที่ 1 และมีการเสริมแรงในต้นสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 จำนวน 3 ครั้ง
- Y หมายถึง การฝึกอบรมกลุ่มควบคุมโดยเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลา 1 วัน
- O₂ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองและแบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเอง

- O₃ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเองหลังสิ้นสุดการอบรม ระยะเวลา 16 สัปดาห์
- A หมายถึง การรวบรวมข้อมูลกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนจากการสังเกต และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ตลอดระยะเวลาการวิจัย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีการดำเนินการดังนี้

1. การคัดเลือกชุมชนที่ศึกษา

1.1 การวิจัยเรื่องผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ผู้วิจัยได้ใช้บริบทของชุมชนทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และด้านสาธารณสุขในการกำหนดชุมชนที่ศึกษา โดยทั้ง 2 ชุมชนจะต้องมีบริบทที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้เลือกชุมชนในการวิจัยโดยใช้เกณฑ์ตามที่ สุภางค์ จันทวานิช (2533 : 26) เสนอไว้ และมีลักษณะตามแนวคิดของการศึกษาเพื่อสร้างพลังดังนี้

1.1.1 เป็นสนามที่สามารถตอบปัญหาที่ต้องการ คือมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

1.1.2 ความเป็นไปได้ในแง่ขนาดของสนามคือ ไม่ใหญ่จนเกินไป

1.1.3 เป็นชุมชนที่ยังไม่มีการจัดตั้งแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

1.1.4 มีความสะดวกและปลอดภัยในแง่ที่ตั้งของชุมชน

1.2 การดำเนินการคัดเลือกชุมชนในการศึกษา ผู้วิจัยได้เลือกชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีผลการดำเนินการดังนี้

1.2.1 ประสานงานกับบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและบริบทชุมชนเพื่อพิจารณาการคัดเลือก ชุมชนที่ศึกษาได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1.2.2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเพื่อพิจารณาบริบทของชุมชน ด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และด้านสาธารณสุข

1.2.3 พิจารณาคัดเลือกชุมชนที่ศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดและผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนในการศึกษาคือ บ้านน้ำซำ และบ้านซำใหม่ จังหวัดลพบุรี

2. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นประชากรในชุมชนที่คัดเลือกเป็นชุมชนที่ศึกษาและมีคุณสมบัติเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้

2.1 อายุ 15 ปีขึ้นไป

2.2 อ่านออกเขียนได้

2.3 มีบทบาทในการดูแลสุขภาพคนในครอบครัว

2.4 มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้อื่น

2.5 รับผิดชอบความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว

2.6 ไม่เดินทางไปทำงานที่อื่นเป็นเวลานาน

2.7 มีความสมัครใจเข้ารับการอบรม

และผู้วิจัยได้แบ่งประชากรจากชุมชนที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

- กลุ่มทดลอง เป็นประชากรจากบ้านน้ำซำ จังหวัดลพบุรี จำนวน 74 คน

- กลุ่มควบคุม เป็นประชากรจากบ้านซำใหม่ จังหวัดลพบุรี จำนวน 84 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดคือทุกคนยินดีเข้าร่วมการวิจัย เป็นเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายและเป็นตัวแทนของประชากรในชุมชน จำนวน 30 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มควบคุม ใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดคือทุกคนที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้กลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เป็นผู้ช่วยเหลือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภทคือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและหลักสูตรการฝึกอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ภายใต้การแนะนำของคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังต่อไปนี้

1.1 ประเด็นการเก็บข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ซึ่งนำไปใช้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์ และการสังเกตผู้ให้ข้อมูลสำคัญในหมู่บ้าน มีประเด็นคำถามหลักดังนี้

- 1.1.1 ประวัติความเป็นมาของชุมชนและประชากร
- 1.1.2 ด้านภูมิศาสตร์ได้แก่ที่ตั้ง ลักษณะภูมิประเทศและลักษณะภูมิอากาศ
- 1.1.3 การสาธารณูปโภคและปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ แหล่งน้ำ ไฟฟ้า การคมนาคม การติดต่อสื่อสาร ทรัพยากรธรรมชาติ และการศึกษา
- 1.1.4 ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ แรงงาน รายได้ และสถานประกอบการ
- 1.1.5 ด้านสังคม ได้แก่ กลุ่มผู้นำ องค์กร ความผูกพันภายในสังคม การเรียนรู้ร่วมกัน การแก้ไขปัญหาและการช่วยเหลือกัน การอพยพย้ายถิ่น กลไกที่เอื้อต่อการปฏิสัมพันธ์ภายในชุมชน ด้านวัฒนธรรมประเพณี
- 1.1.6 ด้านสาธารณสุข ได้แก่ สภาพทั่วไปทางสาธารณสุข ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน การพึ่งตนเองได้ด้านสาธารณสุขของชุมชน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน

2. เครื่องมือประเมินผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ประกอบด้วย แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดความเชื่อความสามารถในตนเอง แนวการสังเกตและการสัมภาษณ์ กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน และแบบประเมินผลโครงการฝึกอบรม ดังนี้

2.1 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บทบาทในครอบครัว องค์กรในชุมชนที่เข้าร่วมเป็นสมาชิก และตำแหน่งการเข้าร่วมเป็นแกนนำต่างๆ ในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่ตัดสินใจรู้สึกที่มีต่อตนเอง การพึ่งตนเอง การคิดว่าตนเองมีคุณค่าในสังคมในบทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แต่ละข้อความมีตัวเลือก 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การให้คะแนน	ข้อความที่มีความหมายบวก	ข้อความที่มีความหมายลบ
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

และได้แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์คือ คะแนนต่ำกว่า 60 เปอร์เซนต์ของคะแนนเต็มมีระดับคะแนนต่ำ คะแนนระหว่าง 60-79 เปอร์เซนต์ของคะแนนเต็มมีระดับคะแนนปานกลาง และคะแนน 80 เปอร์เซนต์ของคะแนนเต็ม มีระดับคะแนนสูง และได้แบ่งคะแนน ออกเป็น 3 ระดับดังนี้

25 – 74 คะแนน หมายถึง มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ

75 – 99 คะแนน หมายถึง มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

100 – 125 คะแนน หมายถึง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง

ข้อความที่มีความหมายลบได้แก่ ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 8 ข้อ 14 ข้อ 16 ข้อ 17 ข้อ 18 ข้อ 23 และข้อ 25

2.2 แบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเอง เป็นแบบวัดความเชื่อในความสามารถของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ซึ่งแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความเชื่อมั่นหรือมั่นใจว่าตนมีความสามารถจะแสดงพฤติกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแบบวัดตามแนวคิดการรับรู้ตนเองของเบนดูรา (Bandura,1986) และดัดแปลงให้สอดคล้องตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อความที่ประเมินว่าสามารถปฏิบัติได้เพียงใดในบทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 25 ข้อดังต่อไปนี้

2.2.1 ความสามารถดูแลตนเองและครอบครัว จำนวน 10 ข้อ

2.2.2 ความสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพอนามัย จำนวน 6 ข้อ

2.2.3 ความสามารถร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยและเป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 8 ข้อ

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนน
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

และได้แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ คือคะแนนต่ำกว่า 60 เปอร์เซนต์ของคะแนนเต็มมีระดับคะแนนต่ำ คะแนนระหว่าง 60 - 79 เปอร์เซนต์ของคะแนนเต็มมีระดับคะแนนปานกลาง และ

คะแนน 80 เปอร์เซนต์ของคะแนนเต็มมีระดับคะแนนสูง และได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

25 – 74	คะแนน หมายถึง	มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ
75 – 99	คะแนน หมายถึง	มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง
100 – 125	คะแนน หมายถึง	มีคะแนนอยู่ในระดับสูง

3. แนวการสังเกตและการสัมภาษณ์กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนเป็นแนวการสังเกตและการสัมภาษณ์การดำเนินงานหรือการกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและประชาชนในชุมชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และการร่วมกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยพัฒนาจากตัวชี้วัดการสร้างพลังและแนวทางการดำเนินการด้านสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย

3.1 ลักษณะ จำนวน และความถี่ของกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

3.2 ลักษณะของการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน ประกอบด้วย

- การมีส่วนร่วมของประชาชน
- การนำความรู้ด้านสุขภาพอนามัยมาใช้
- การนำทรัพยากรมาใช้
- ความสามารถในการทำงานร่วมกัน
- การใช้ทักษะการสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้
- การสร้างทีมงานและเครือข่ายในการดำเนินงาน
- การพัฒนาทักษะและบทบาทการเป็นผู้นำ
- ความเอื้ออาทร และมีคุณธรรม

3.3 ผลการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

4. แบบสอบถามการประเมินผลการฝึกอบรม ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของโครงการฝึกอบรม โดยถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการฝึกอบรม และได้รับการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม จากผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง

นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- เครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็ก ใช้ในการสัมภาษณ์ โดยการบันทึกแบบเปิดเผยและรับรองที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลให้บุคคลอื่นๆ ทราบ เพื่อป้องกันการปกปิดข้อมูลที่สำคัญ

- กล้องถ่ายรูปและเครื่องถ่ายภาพวิดีโอ ใช้ในการบันทึกภาพ วิถีชีวิตของชุมชน ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้เข้าใจสภาพและบทบาทของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

- เพิ่มข้อมูลใช้ในการแยกข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ ออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้สะดวกในการตรวจสอบและนำมาวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

5. หลักสูตรการฝึกอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นหลักสูตรการฝึกอบรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถตนเองในการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และประชาชนในชุมชน โดยใช้แนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังของเปาโล แฟร์ การประยุกต์แนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังทางสุขภาพของวอลเตอร์สตีน์ และเบอร์นสตีน์ เทคนิคการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของ อติศรา ชูชาติและคณะ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและบทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประกอบด้วยการฝึกอบรมการศึกษาเพื่อสร้างพลังติดต่อกัน 3 วัน การเสริมแรงหลังการอบรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และมีการติดตามผลหลังการฝึกอบรม 16 สัปดาห์

แผนกิจกรรมการฝึกอบรม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการจัดกิจกรรมเพื่อการสร้างพลังและประสบการณ์ที่ผู้วิจัยเคยได้รับจากการเข้ารับการอบรมเทคนิคการศึกษาเพื่อพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมที่สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. 2537 กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกอบรมเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับท่าทาง การเคลื่อนไหว การวาดภาพ การเล่าเรื่องจากรูปภาพ การแสดงบทบาทสมมติ โดยให้มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐาน และได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้ตรงกับแนวคิดการฝึกอบรมการสร้างพลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีขั้นตอนการสร้างหลักสูตรและการเตรียมการทดลองในภาคผนวก ก.

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วยการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา การตรวจสอบความเที่ยงและการหาค่าอำนาจจำแนกดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดกรอบการวิจัย นำเนื้อหาและทฤษฎีมาสร้างเป็นข้อคำถามในแบบสอบถาม แนวการสังเกต การสัมภาษณ์ และหลักสูตรการฝึกอบรมให้ครอบคลุมเนื้อหา แล้วนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เพื่อให้มีความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของเนื้อหาอีกครั้ง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ในส่วนของแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในบ้านหนองขาม จังหวัดลพบุรี แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง 0.78 และแบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเอง 0.91

3. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

นำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงที่นำไปทดลองใช้มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยเทคนิคการแบ่งกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ โดยใช้วิธี Student's t-test ข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกคือข้อที่มีค่า P-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 ถ้าข้อใดมีค่า P – value มากกว่า 0.05 จะต้องตัดออกหรือปรับข้อคำถามใหม่ และได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาทดลอง และระยะติดตามผล ดังนี้

1. ระยะเวลาการทดลอง เป็นการเตรียมการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมชุมชนและประสานพื้นที่ การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนและการศึกษาข้อมูลชุมชน ดังต่อไปนี้

1.1 ขั้นเตรียมชุมชนและประสานพื้นที่ เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ผู้วิจัยจึงต้องเข้าไปศึกษาชุมชน และทำความเข้าใจบริบทของชุมชนอย่างถ่องแท้ วิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในแง่มุมและมิติต่างๆ อย่างสัมพันธ์และต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดลพบุรี รวมทั้งการแนะนำตัวอย่างเป็นทางการกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประสานขอความร่วมมือในเรื่องเอกสารและข้อมูลต่างๆ ของชุมชน

1.2 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ดำเนินการก่อนการทดลอง 2 เดือน เป็น การทำให้ชุมชนไว้วางใจ ยอมรับผู้วิจัย และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเสนอความคิดเห็น รวมทั้งเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าของพื้นที่ในการเข้าสู่ พื้นที่ เพื่อแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย ดังนี้

1.2.1 พบผู้นำในชุมชนทั้งผู้นำที่เป็นทางการ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาจารย์ใหญ่ และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ เจ้าอาวาสวัด ผู้อาวุโส ผู้ทรงคุณวุฒิ หัวหน้ากลุ่มองค์กร และ อสม. รวมทั้งพบเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยการแนะนำแบบเป็นทางการกับเกษตรอำเภอและพัฒนากร

1.2.2 เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้นำชุมชน และกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน รวมทั้ง มีการแนะนำตนเอง พูดคุยกับชาวบ้านตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น วัด สถานีอนามัย

1.2.3 เยี่ยมบ้านชาวบ้านที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เช่น บ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กขาดสารอาหาร และสตรีหลังคลอด

1.3 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ประกอบด้วย การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ การสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพอนามัย การสัมภาษณ์ และการสังเกต ดังต่อไปนี้

1.3.1 การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสำรวจความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน(จปฐ.) บัญชีรายงานสุขภาพอนามัยของ ประชาชน แบบประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน

1.3.2 การสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย

- การสำรวจความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน (จปฐ.) ทุกหลังคาเรือน โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอสม.
- การประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน โดยการประชุมกลุ่ม อสม. และร่วมกันประเมิน โดยใช้แบบประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้าน สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

1.3.3 การสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในหมู่บ้าน ได้แก่

- ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน
- ผู้นำชุมชนที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ เจ้าอาวาสวัด ผู้อาวุโส ผู้ทรงคุณวุฒิ หัวหน้ากลุ่มองค์กรต่างๆ อสม.
- ประชาชนทั่วไป

- เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ครู พัฒนาการ
เจ้าหน้าที่เกษตร

1.3.4 การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

ข้อมูล	แหล่งข้อมูล	วิธีการ
1. ประวัติความเป็นมาของ ชุมชนและประชากร	1.1 ผู้อาวุโส	1.1 การสัมภาษณ์
	1.2 เอกสารทางราชการ	1.2 การรวบรวมจากเอกสาร
2. ด้านภูมิศาสตร์ ที่ตั้ง ลักษณะภูมิประเทศ ลักษณะภูมิอากาศ	2.1 เอกสารทางราชการ	2.1 การรวบรวมจากเอกสาร
	2.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	2.2 การสัมภาษณ์
	ประชาชนทั่วไป	2.3 การสังเกต
3. การสาธารณสุขปโภคและ ปัจจัยพื้นฐาน	3. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	3. การสัมภาษณ์
	กลุ่มผู้นำ ประชาชนทั่วไป	การสังเกต
4. ด้านสังคม	4. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	4. การสัมภาษณ์
	กลุ่มผู้นำ ประชาชนทั่วไป	การสังเกต
5. ด้านวัฒนธรรมประเพณี	5. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	5. การสัมภาษณ์
	ผู้อาวุโส กลุ่มผู้นำ	การสังเกต
	ประชาชนทั่วไป	
6. ด้านสาธารณสุข	6.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	6.1 การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ
	กลุ่มผู้นำ ประชาชนทั่วไป	6.2 การสำรวจข้อมูล
	อสม. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	6.3 การสัมภาษณ์
	6.2 เอกสารทางราชการ	การสังเกต
	- แบบสำรวจ จปฐ.1	
	- บัญชีรายงานสุขภาพของ ประชาชน	
	- แบบประเมินศักยภาพ การพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข ของชุมชน	

2. ระยะทดลอง

ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยในฐานะวิทยากร พร้อมทั้งผู้ช่วยวิทยากร ดำเนินการจัดการฝึกอบรมและการเสริมแรง ดังนี้

2.1 การฝึกอบรม ระยะเวลา 3 วัน มีขั้นตอน วัตถุประสงค์ กิจกรรมและเทคนิคการฝึกอบรม ดังนี้

2.1.1 ขั้นตอนการจัดการศึกษาการสร้างพลัง ประกอบด้วย

- การทบทวนประสบการณ์และความรู้ของผู้เข้าอบรม โดยทุกคนมีส่วนร่วมในการสนทนาปัญหานั้น เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ซึ่งกันและกัน
- การนำประสบการณ์และความรู้ของผู้เข้าอบรมมาจัดทำให้เกิดเป็นภาพรวมของกลุ่ม โดยการร่วมกันคิด วิเคราะห์
- ผู้เข้าอบรมร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชน โดยมีวิทยากรทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ มีการอำนวยความสะดวก เพิ่มเติมความรู้หรือข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็น
- การฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น
- การวางแผนปฏิบัติการ การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

2.1.2 วัตถุประสงค์การฝึกอบรมในแต่ละวัน มีดังนี้

วันที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพในการสร้างพลังของบุคคล กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังนี้ บุคคลจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง ศึกษาและยอมรับความสามารถและความคิดของบุคคลอื่น สร้างความเชื่อถือ ยอมรับซึ่งกันและกันและทราบถึงความต้องการของตนเอง

วันที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้วิเคราะห์ และวางแผน แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยจัดให้ ผู้เข้าอบรมได้ร่วมวางแผนในการทำงานเป็นกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำหน้าที่ตามบทบาทของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว วิเคราะห์สาเหตุและร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหา

วันที่ 3 เป็นการอภิปรายและวางแผนร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน และการสร้างพันธะสัญญาของกลุ่มผู้เข้าอบรม

2.1.3 กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกอบรม แบ่งเป็น 3 ประเภท ตามวัตถุประสงค์การฝึกอบรม คือ

- กิจกรรมทั่วไปเพื่อการพัฒนาศักยภาพในการสร้างพลังของบุคคล
- กิจกรรมการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหา
- กิจกรรมเสริมเพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างบรรยากาศการเรียนรู้

2.1.4 เทคนิคการฝึกอบรม ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม การอภิปรายและการฝึกปฏิบัติ โดยใช้แผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับท่าทาง การเคลื่อนไหว การวาดภาพ การเล่าเรื่องจากรูปภาพ และการแสดงบทบาทสมมติ

2.2 ขั้นเสริมแรง เป็นการกระตุ้นและสนับสนุนข้อมูลและทรัพยากรที่จำเป็น ใช้เวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง กิจกรรมจะเป็นการอภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงแนวทางการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัวและชุมชน การร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่พบในชุมชน ความก้าวหน้าหรืออุปสรรคจากการดำเนินงานตามแผนงานที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกำหนดไว้ แนวทางการแก้ไขปัญหา และสิ่งที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต้องการให้ผู้วิจัยช่วยสนับสนุน เนื้อหาส่วนใหญ่ในการอภิปรายกลุ่ม แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นผู้กำหนดและดำเนินการเอง แต่เนื่องจากกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะบางประการ ผู้วิจัยจะสนับสนุนตามที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต้องการ โดยมีประเด็นหลักที่ผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับแนวทางในการศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชน ในขั้นนี้ผู้วิจัยจะสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับเทคนิคหรือวิธีการศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชน เช่น เทคนิคการประเมินสภาวะชุมชนแบบมีส่วนร่วม และการขอความร่วมมือกับบุคลากรในพื้นที่ เช่น อสม. อบต. เป็นวิทยากรพี่เลี้ยง

สัปดาห์ที่ 2 การอภิปรายกลุ่มในการกำหนดปัญหาและความสำคัญของปัญหา ผู้วิจัยจะสนับสนุนและเปิดโอกาสให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปราย แสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในการเลือกและกำหนดปัญหา รวมทั้งการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ หรือปัญหาสาธารณสุขที่ค้นพบจากผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม. แพทย์แผนไทย หรือภูมิปัญญาอื่น ๆ ในท้องถิ่น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการจัดทำโครงการต่อไป

การกำหนดปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร่วมกันพิจารณาปัจจัยและองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการดำเนินการแก้ไขปัญหา ความเร่งด่วนของปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และหาข้อสรุปว่าจะไรคือสาเหตุของปัญหา มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ใครหรือกลุ่มใด

ที่มีผลกระทบ หรือได้รับความเดือดร้อนจากปัญหา และชุมชนมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาอย่างไร

สัปดาห์ที่ 3 การอภิปรายกลุ่ม การจัดทำแผนงานหรือโครงการ การแก้ปัญหา รวมทั้งการกำหนดกลยุทธ์ต่างๆ ผู้วิจัยจะสนับสนุนแนวคิดต่างๆ เช่น แนวคิดการวิเคราะห์เงื่อนไขและโอกาสของการพัฒนา

3. ระยะติดตามผล

หลังการทดลอง ผู้วิจัยทิ้งระยะเวลาไว้ 16 สัปดาห์ โดยไม่มีการจัดทำหรือกระตุ้นเมื่อครบ 16 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเองในการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อรวบรวมข้อมูลกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

ในกลุ่มควบคุม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบจะดำเนินการฝึกอบรมมีระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยไม่มีการจัดกระทำหรือดำเนินการใดๆ แต่เข้าร่วมสังเกตการณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยตลอดระยะเวลาการฝึกอบรม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์และการสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน มีความถูกต้องชัดเจน ดังนี้

1. การสังเกต เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ทำให้ทราบสภาพชุมชนและพฤติกรรมต่าง ๆ ตามสภาพที่เป็นจริงในชุมชน ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และสังเกตสภาพทางกายภาพของชุมชน ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กระบวนการทำกิจกรรมร่วมกัน มีการซักถามเพิ่มเติมและจดบันทึก

2. การสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นคำถามไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของชุมชนกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในหมู่บ้าน ได้แก่ ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ประชาชน และเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ มีความครบถ้วนและถูกต้อง โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนการสัมภาษณ์ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2533: 81 - 83)

2.1 ขั้นตอนเตรียมการสัมภาษณ์ โดยการเตรียมประเด็นคำถามที่จะสัมภาษณ์พร้อมอุปกรณ์สำหรับการสัมภาษณ์ นัดหมายกำหนดวัน เวลา และสถานที่

2.2 ขั้นเริ่มการสัมภาษณ์ มีขั้นตอนคือ

- แนะนำตนเองต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ ให้ความสำคัญและยกย่องผู้ถูกสัมภาษณ์
- สร้างบรรยากาศให้ความรู้สึกเป็นกันเองด้วยการสนทนาทักทายด้วยอัธยาศัย

อันดี

- บอกวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์
- ขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง และถ่ายภาพ

2.3 ขั้นการสัมภาษณ์ โดยการใช้คำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้าเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ฟัง และติดตาม หรือป้อนคำถามให้เหมาะสม ใช้ภาษาที่สุภาพเข้าใจง่าย บันทึกประเด็นหรือใจความสำคัญ

2.4 ขั้นยุติการสัมภาษณ์ โดยการสรุปประเด็นที่สำคัญจากการสัมภาษณ์และกล่าวขอบคุณและอำลา

3. การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นการสัมภาษณ์ในระหว่างที่ผู้วิจัยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน หรือการพบปะ และเยี่ยมชาวบ้านที่บ้าน ที่สวน ในไร่ หรือแหล่งที่มีคนมารวมกัน เช่น ร้านค้า กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์จะเป็นผู้นำที่เป็นทางการและผู้นำไม่เป็นทางการ ผู้อาวุโส และประชาชนทั่วไป ผู้วิจัยมีแนวคำถามกว้างๆ ที่เตรียมมาแล้วล่วงหน้า พุดคุยในเรื่องทั่วไป แล้วพยายามหันความสนใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้เข้าสู่จุดที่สนใจ หรือเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการ นอกจากนี้มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งเป็นผู้อาวุโส หรือผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นที่ต้องการ ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของชุมชน การใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพ การจัดตั้งกลุ่มภายในชุมชน หรือประเด็นคำถามอื่นๆ ที่ต้องการ

หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียงการสนทนาและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ

4. การใช้แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามที่ใช้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประกอบด้วย แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามความเชื่อในความสามารถของตนเองในการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงปริมาณในการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง และคะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical package for the social science) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย

1.1 สถิติพรรณนาค่าความถี่และจำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และการประเมินผลโครงการฝึกอบรม

1.2 สถิติพรรณนาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง คะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.3 สถิติวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง คะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ (t-test)

1.4 สถิติวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง คะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองและระยะติดตามผลด้วยสถิติเชิงสัมพันธ์ (paired t-test)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งตลอดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปด้วย โดยข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำมาสรุป แยกประเด็น และประมวลเข้าเป็นหมวดหมู่ตามกรอบแนวคิด และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระบบการจัดเก็บข้อมูลจะมีการตรวจสอบข้อมูลเป็นระยะๆ ตลอดเวลา ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า เพื่อหาความน่าเชื่อถือจากแหล่งข้อมูลและวิธีการรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน และมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีมีความไม่สอดคล้อง ไม่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เนื้อหา จากเอกสารและแนวการสังเกต การสัมภาษณ์ นำมาหาความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของข้อมูลที่ได้ และวิเคราะห์เปรียบเทียบกับแนวคิด ทฤษฎีที่มีอยู่โดยให้อยู่ในขอบเขตของข้อมูลและกรอบสรุปประเด็นที่กำหนดไว้ เพื่อให้ได้ข้อมูลสรุปร่วมกับข้อสรุปที่ได้จากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองพร้อมกับผลการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มควบคุม โดยกระทรวงสาธารณสุขและนำไปอภิปรายผลการวิจัย

บทที่ 4

ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

การศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่ทำการศึกษาในแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 2 หมู่บ้าน โดยใช้กลุ่มทดลองจากบ้านน้ำซับ (ชื่อสมมติ) จังหวัดลพบุรี และกลุ่มควบคุมจากบ้านซับใหม่ จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน เพื่อทำความเข้าใจบริบทและปัญหาของชุมชนประกอบการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน กลุ่มทดลอง บ้านน้ำซับ

1. ประวัติความเป็นมาของชุมชนและประชากร

หมู่บ้านน้ำซับตั้งชื่อตามสภาพพื้นที่ที่มีน้ำซับ หรือเรียกตามภาษาพื้นบ้านว่า “น้ำซอน” เป็นการไหลซึมของน้ำออกมาตามซอกหินหรือพื้นดิน โดยไหลออกมาแล้วก็หายไป แล้วไปปรากฏอีกพื้นที่หนึ่ง ตามคำบอกเล่าของผู้อาวุโสในหมู่บ้านว่า น้ำที่ไหลออกมานั้นมีความใสมาก ลักษณะเดิมของหมู่บ้านก่อนตั้งถิ่นฐานเป็นป่าไฟ ไม้สวาง ไม้แดง เป็นป่าหนาทึบมีสัตว์ป่าหลายชนิด มีเนินเขาเตี้ย ๆ หลายแห่ง เป็นภูเขาหินที่ทำการเพาะปลูกไม่ได้ มีไข้ป่าชุกชุมสภาพดินเป็นดินดำ มีน้ำซับหลายแห่ง ทำให้พื้นที่อุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การเพาะปลูก

การตั้งถิ่นฐานในครั้งแรก เริ่มประมาณปี พ.ศ.2502 เป็นการอพยพของประชาชนเข้ามาจับจองพื้นที่ทำไร่ กลุ่มประชาชนที่อพยพเข้ามากลุ่มแรกเป็นประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง ต่อมาเริ่มมีประชาชนจากพื้นที่อื่น โดยเฉพาะจากภาคตะวันออกเฉียงเหนืออพยพเข้ามาอยู่มากขึ้น โดยการเริ่มถางป่าทำไร่ละหุ่ง และไร่ฝ้าย ปลูกบ้านเป็นห้างหรือเพิงชั่วคราวตามพื้นที่ที่ตนจับจอง ต่อมาเมื่อมีการปลูกบ้านเรือนถาวรจะอยู่รวมกันเป็นกลุ่มตามเครือญาติและกลุ่มคนที่ อพยพมาพร้อมกันแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มหนองเอื้องกลุ่มบ้านซอนและกลุ่มซอนขุด

บ้านน้ำซับมีบ้านเรือน จำนวน 84 หลังคาเรือน มีประชากร จำนวน 388 คน เป็นชายจำนวน 180 คน หญิง จำนวน 208 คน ประชากรส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-49 ปี จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 41.49 อายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 29.38 และอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 29.13 ภาษาที่ใช้พูดจะเป็นภาษากลางไทยวนและอีสานทุกคนนับถือศาสนาพุทธ รูปแบบของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีจำนวน 68 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 81 และครอบครัวขยาย จำนวน 16 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 19

ลักษณะที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียว มีพื้นบ้านและผนังบ้านเป็นไม้ หลังคามุงสังกะสี ได้ถุนบ้านเป็นที่เก็บพันธุ์พืชและอุปกรณ์ในการทำไร่ บริเวณรอบบ้านปลูกพืชผักสวนครัว และ ต้นไม้ผล เช่น มะม่วง มะขาม มะพร้าว

2. ด้านภูมิศาสตร์

บ้านน้ำซบมีพื้นที่ทั้งหมด 2,150 ไร่ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่พื้นเกษตร จำนวน 2,050 ไร่ ที่เหลือเป็นที่อยู่อาศัย สวนผัก และเนินเขาหินเดี่ยว มีสัญลักษณ์ประจำหมู่บ้านที่สำคัญคือน้ำซบและต้นกร่างใหญ่ที่อยู่บริเวณน้ำซบซึ่งเป็นสถานที่สำคัญในการทำกิจกรรมตามประเพณี การทำบุญกลางบ้าน ในอดีตเป็นแหล่งที่มีความอุดมสมบูรณ์ ประกอบไปด้วย พื้นที่ป่าและแหล่งน้ำซบจากธรรมชาติหลายแห่งเป็นพื้นที่เหมาะสมต่อการเพาะปลูก ต่อมาเมื่อมีการอพยพเข้ามาจับจองที่ทำไร่ และปลูกบ้านเรือนมากขึ้น ทำให้มีการถางไร่และทำลายป่าส่งผลให้สภาพภูมิประเทศเป็นที่โล่ง มีพื้นที่ป่าบริเวณ กลางบ้านเพียงเล็กน้อย ซึ่งเป็นบริเวณที่มีน้ำซบธรรมชาติ มีน้ำไหลซึมออกมาตลอดปีรวมเป็นลำธารเล็กๆ มีการทำฝายขนาดเล็กแต่มีปริมาณน้ำน้อยไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางการเกษตรได้ สภาพภูมิอากาศ มีลักษณะเช่นเดียวกับพื้นที่ในภาคกลาง โดยทั่วไปคือ อากาศร้อนและแห้งแล้ง ในช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน และมีฝนตกชุกในเดือนสิงหาคม – กันยายน โดยมีการกระจายตัวของฝนในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา ชาวบ้านพบว่าสภาพภูมิอากาศมีความแห้งแล้งมากขึ้น อากาศหนาวมีระยะเวลาสั้นๆ ในช่วงต้นปี

3. การสาธารณูปโภคและปัจจัยพื้นฐาน

น้ำที่ใช้ในการอุปโภค บริโภค ทุกครัวเรือนใช้น้ำดื่มจากน้ำฝน โดยทุกบ้านจะมีโอ่งใส่น้ำฝน น้ำใช้เป็นน้ำประปาของหมู่บ้าน ที่ทำจากน้ำบาดาล มีความพอเพียงใช้ได้ตลอดปี ส่วนน้ำในการทำไร่เป็นน้ำฝนตามธรรมชาติ ความพอเพียงขึ้นอยู่กับสภาพภูมิอากาศ ส่วนการทำสวนผัก ชาวบ้านจะใช้น้ำบาดาล ปริมาณน้ำได้ดินอยู่ต้นและมีความพอเพียง สามารถทำสวนผักได้ตลอดปี ทุกครัวเรือนมีไฟฟ้าใช้และราคาถูก หน่วยละ 1 บาท เนื่องจากเป็นไฟฟ้าเพื่อการเกษตร

การคมนาคม ถนนทั้งหมดในหมู่บ้านเป็นดินลูกรัง ถนนบางส่วนมีลักษณะเป็นหลุมเป็นบ่อ ในฤดูฝนจะมีความยากลำบากในการเดินทาง การขนส่งประมาศสนับสนุนจากส่วนราชการและองค์การบริหารส่วนตำบลพบว่าไม่เพียงพอ เนื่องจากพื้นที่ตั้งของบ้านเรือนมีลักษณะกระจาย ไม่มีรถประจำทางในหมู่บ้าน ชาวบ้านเดินทางโดยยานพาหนะส่วนตัว ซึ่งส่วนมากเป็นรถมอเตอร์ไซค์ ส่วนรถยนต์และรถไถนาซึ่งส่วนใหญ่ มีไว้เพื่อขนสัมภาระและอุปกรณ์ในการทำไร่

การติดต่อสื่อสาร การแจ้งข่าวสารทางราชการใช้หอกระจายข่าว แต่มักไม่ทั่วถึง เพราะการตั้งบ้านเรือนกระจาย ต้องใช้วิธีการฝากข้อความไป ไม่มีโทรศัพท์สาธารณะภายใน หมู่บ้าน มีโทรศัพท์บ้าน 1 เครื่อง เป็นของผู้ใหญ่บ้าน โทรศัพท์มือถือของ อสม. 1 เครื่อง และของ อบต. 1 เครื่อง ซึ่งสามารถใช้ติดต่อเวลาที่มีเหตุฉุกเฉิน และเจ้าของโทรศัพท์ที่มีความยินดีให้บริการ

การศึกษา ประชากรที่อยู่ในวัยทำงาน ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รองลงมาคือ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 มีผู้สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา 1 คน ระดับปริญญาตรี 1 คน มีประชากรที่อ่านหนังสือไม่ออก 4 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมดมีข้อสังเกตว่า ประชากรส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามาจากสาเหตุที่คนกลุ่มนี้ส่วนมากยากจนและเป็นช่วงที่อพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานใหม่ ลูกหลานจึงต้องช่วยทำงานในไร่ ดังนั้นเมื่อสำเร็จการศึกษาภาคบังคับจึงต้องออกจากโรงเรียนมาช่วยพ่อแม่ทำงาน

สถานศึกษา ในหมู่บ้านมีโรงเรียนระดับประถมศึกษา 1 แห่ง เป็นโรงเรียนเอกชน เปิดรับนักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 บุตรหลานส่วนใหญ่เข้ารับการศึกษานี้ มีเพียงส่วนน้อยที่ไปเรียนโรงเรียนประถมศึกษาของตำบลซึ่งมีระยะทางห่างประมาณ 3 กิโลเมตร การเดินทางไปโรงเรียนจะมีรถโรงเรียนมารับส่งหรือผู้ปกครองจะขับรถจักรยานยนต์ ไปส่งระดับมัธยมศึกษา มีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาที่อยู่ใกล้เคียง 2 แห่ง คือ โรงเรียนมัธยมศึกษาของอำเภอ ซึ่งมีระยะทาง ใกล้เคียงกันคือ ประมาณ 15 กิโลเมตร เดินทางด้วยรถประจำทาง การศึกษาต่อในระดับนี้มีประมาณร้อยละ 50 เนื่องจากความยากจน ต้องออกมาประกอบอาชีพช่วยครอบครัว และมีศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาน้อยมาก เนื่องจากสถานศึกษาอยู่ห่างไกล บทบาทของชุมชนในการจัดการศึกษา มีคณะกรรมการการศึกษาแต่ไม่มีบทบาทในการจัดการศึกษาของโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง เป็นเพียงการให้ความร่วมมือกับโรงเรียนในโอกาสต่างๆ เช่น กิจกรรมวันเด็ก กิจกรรมวันแม่ ชาวบ้านจะมาร่วมงานตามที่โรงเรียนเชิญ ในส่วนของการให้ความร่วมมือของโรงเรียนกับชุมชน ชาวบ้านสามารถขอใช้สถานที่โรงเรียนในการจัดกิจกรรมที่สำคัญๆ ได้ เช่น เป็นสถานที่ในการเลือกตั้งกรรมการกลุ่มต่างๆ

4. ด้านเศรษฐกิจ

จากการสำรวจข้อมูลอาชีพของหัวหน้าครอบครัวพบว่า อาชีพหลักคือ การทำไร่ จำนวน 76 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 90.5 และอาชีพรับจ้าง 8 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 9.5 พืชไร่ที่ปลูกได้แก่ ข้าวโพด ข้าวฟ่าง ทานตะวัน ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง อ้อย หอมแดง และงา ปลูกสลับกันไปตามฤดูกาล พืชหลักคือ ข้าวโพดอาหารสัตว์ สำหรับกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้างเป็นหลัก ซึ่งมีเพียงส่วนน้อยนั้น เป็นการรับจ้างทำงานในไร่ ส่วนมากจะรับจ้างภายในหมู่บ้านของตนเอง

นอกจากอาชีพหลักดังกล่าวแล้ว ชาวบ้านนำซบยังมืออาชีพเสริมได้แก่ รับจ้างทำไร่ หลังจากว่างจากงานในไร่ของตน ฐานะทางเศรษฐกิจ จากการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือนพบว่า ส่วนมากยากจน คือ ครอบครัวยังมีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 78.04 จากการสัมภาษณ์พบว่า ชาวบ้านมีความรู้สึกที่ว่า ครัวเรือนต่างๆ ส่วนมากมีฐานะใกล้เคียงกัน คือ ก่อนข้างจน มีหนี้สิน เกือบทุกครัวเรือน ครัวเรือนที่มีฐานะดีคือ ครัวเรือนที่มีที่ดินของตนเองและมีจำนวนมากมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการประกอบอาชีพ เช่น รถไถขนาดใหญ่และสามารถหว่านเมล็ดพืชได้ ซึ่งเจ้าของสามารถนำไปรับจ้างไถไร่และหว่านเมล็ดพืชได้ มีรถยนต์ในการขนส่งผลผลิต และเป็นคนขยัน ดังจะเห็นจากคำให้สัมภาษณ์ของชาวบ้านว่า “ที่เขารวยเพราะเขามีทุกอย่างมีที่ดิน มีรถไถ และขยัน ที่รู้เพราะเราไปรับจ้างเขา อย่างนาย..... เขาได้ 3 รุ่ง มีงา ข้าวโพด ถั่ว” นอกจากรายได้หลักแล้ว ยังมีรายได้เสริมจากการรับจ้างทำไร่ประมาณ 100-120 บาทต่อวันแต่ถึงแม้ฐานะยากจนชาวบ้านส่วนใหญ่มีที่ดินทำกินของตัวเอง จำนวน 76 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 95 ปัญหาสำคัญของชาวบ้าน คือ การเป็นหนี้ซึ่งมีสาเหตุที่สำคัญคือ ต้นทุนการผลิตสูง ปริมาณน้ำฝนและราคาพืชผลตกต่ำในบางปี ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านต้องทำงานหนักตลอดเวลา ดังจะเห็นได้จากคำให้สัมภาษณ์ “ทุกวันนี้ชาวบ้านเลิกทำอะไรไม่ได้ ถ้าเลิกก็หมายถึงหมดตัวเพราะเอาที่ดินไปจำนอง กู้เงินมา กู้เงินซื้อปุ๋ย ซื้อเมล็ดพันธุ์ เงินที่ได้แต่ละปีก็ต้องไปคืนเขา เหลือใช้นิดหน่อย พอจะทำไร่อีกก็ต้องกู้อีก เป็นอย่างนี้ตลอด ค่าปุ๋ย ค่าไถ ค่าเมล็ดพันธุ์ก็แพง ถ้าปีไหนฝนแล้ง ราคาพืชตกต่ำ ชาวบ้านก็ยิ่งแย่” การเป็นหนี้เกิดจากการกู้เงิน ส่วนใหญ่เป็นการกู้เพื่อประกอบอาชีพ เป็นค่าเมล็ดพันธุ์ ปุ๋ย ยาฆ่าแมลง เมื่อประสบภาวะราคาผลผลิตตกต่ำแหล่งเงินกู้ที่ใหญ่ที่สุดคือ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ (ธ.ก.ส.) และชาวบ้านส่วนมากจะมีนายทุนของตนเองที่เรียกว่า “เจ้าแก่” เป็นผู้รับซื้อผลผลิต และเป็นแหล่งเงินกู้ที่กู้ได้สะดวก ไม่มีขั้นตอนมาก ถึงแม้จะมีอัตราดอกเบี้ยสูงกว่า ชาวบ้านก็พอใจ เป็นลักษณะของการพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีการแก้ไขปัญหาความยากจนและการเป็นหนี้คือการจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ โดยกลุ่มผู้นำได้ศึกษาการตั้งกลุ่มออมทรัพย์จากหมู่บ้านอื่นและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่กลุ่มออมทรัพย์ของอำเภอ เมื่อได้แนวทางดำเนินงานที่ชัดเจน ผู้ใหญ่บ้านร่วมกับกรรมการหมู่บ้านจะชี้แจงให้ชาวบ้านทราบและเลือกตั้งคณะกรรมการ จากการสัมภาษณ์คณะกรรมการ พบว่าการรวมกลุ่มกันของชาวบ้านจะทำให้ชาวบ้านมีข้อต่อรอง ในการดำเนินการและประสานงานกับทางราชการ สามารถดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านได้ และขณะนี้กลุ่มออมทรัพย์กำลังดำเนินการเสนอโครงการเพื่อขอเงินสนับสนุนจากโครงการกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคมหรือกองทุนชุมชน (Social Investment Fund – SIF) เนื่องจากเห็นตัวอย่างจากหมู่บ้านอื่นๆ โดยมีนักวิชาการสาธารณสุข จากสาธารณสุข

อำเภอเป็นผู้ให้คำปรึกษา การดำเนินการดังกล่าวชาวบ้านไม่ได้มีส่วนในการแสดงความคิดเห็น แต่ไม่มี การคัดค้านและคิดว่าโครงการดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อหมู่บ้าน

ด้านแรงงาน อาชีพหลักของชาวบ้านเดิมคือ อาชีพทำไร่ มีอาชีพรับจ้างเพียงส่วน น้อย ปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการทำไร่อย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ชาวบ้านดำรง ชีวิตอยู่ได้อย่างเพียงพอ จึงต้องมีอาชีพเสริมอย่างอื่นคือ การรับจ้างเกือบทุกครัวเรือน การทำสวน และการเลี้ยงวัวนม อีกประเด็นหนึ่งคือเพื่อให้มีแรงงานเพียงพอในหมู่บ้าน เมื่อว่างจากงานอาชีพ หลักก็จะทำอาชีพรับจ้างและรับค่าแรงเป็นรายวัน เป็นการตอบสนองความต้องการแรงงานภายใน หมู่บ้าน จากการสัมภาษณ์พบว่า เมื่อมีเวลาว่างจากงานในไร่หรือสวนของตนเอง ซึ่งเป็นช่วงเวลา สั้นๆ ชาวบ้านส่วนใหญ่จะไปรับจ้างเพื่อนบ้านทำงานไร่หรือสวน โดยเฉพาะอย่างยิ่งฤดูเก็บเกี่ยว ข้าวโพด เก็บดอกทานตะวัน ถั่ว งา และอ้อย ซึ่งเจ้าของพืชไร่ต้องการเก็บพืชผลให้เสร็จเร็วที่สุด จึงต้องการแรงงานจำนวนมากในระยะเวลา 3-4 วัน เพื่อให้ทันเวลากับการเช่าเครื่องสีเมล็ดพันธุ์ หรือการเช่ารถยนต์ขนส่งผลผลิตไปขาย จากนั้นก็จะหมุนเวียนไปรับจ้างในไร่อื่นๆ

ลักษณะของการไปทำงานนอกหมู่บ้าน ส่วนมากเป็นการรับจ้างทำไร่ ทำนาในอำเภอ ใกล้เคียง ช่วงที่ว่างจากงานในไร่และสวนของตน เป็นการเหมารลไปเป็นกลุ่ม การไปรับจ้างภายใน นอกหมู่บ้านในลักษณะนี้เรียกว่า “แบกรด” ซึ่งจะมีมากในฤดูเก็บเกี่ยว การอพยพ แรงงานไปนอก หมู่บ้านเป็นการชั่วคราว 1-3 เดือน มีจำนวนประมาณ 20 คน ส่วนมากไปประกอบอาชีพรับจ้างทั่ว ไป การอพยพแรงงานเข้ามาในหมู่บ้านเป็นการชั่วคราวไม่มีการว่างงานและการแก้ปัญหาพบว่า ไม่มีชาวบ้านที่ว่างงานหรือไม่มีงานทำตลอดเวลา แต่เป็นลักษณะว่างงานเมื่อ เก็บเกี่ยวผลผลิตเสร็จ หรือรอเวลาปลูกพืชผลใหม่ จึงไปประกอบอาชีพเสริม และพบว่าในปัจจุบันชาวบ้านที่มีอาชีพ รับจ้างเป็นหลักจะมีปัญหาเนื่องจากมีเครื่องมือที่เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกในการประกอบอาชีพ กำลังได้รับความนิยมน้อยคือรถเก็บเกี่ยวเมล็ดพันธุ์ ทำให้สามารถเก็บเกี่ยวผลผลิตได้ในระยะเวลาที่ รวดเร็วกว่าแรงงานคน ซึ่งชาวบ้านให้ความเห็นว่า อนาคตชาวบ้านที่รับจ้างเก็บดอกทานตะวันจะ ประสบปัญหาการว่างงาน เนื่องจาก เจ้าของไร่จะเปลี่ยนไปใช้เครื่องจักรแทน ทั้งนี้เพราะค่าจ้าง แรงงานถูกกว่า รวดเร็ว และไม่ต้องเสียเวลาในการควบคุม ชาวบ้านได้พยายาม หาทางแก้ไขปัญหา ดังกล่าวโดยการชักชวนกันไม่ใช้รถเก็บเกี่ยวเมล็ดพันธุ์และใช้แรงงานภายในหมู่บ้านเหมือนเดิม ดังคำให้สัมภาษณ์ของชาวบ้านว่า “บางช่วงคนบ้านผมจะว่างงาน ทุกวันนี้อย่างรถตัดทานตะวัน ผมก็ไม่ใช้ ผมจะจ้างคนตัดจะได้กระจายรายได้ รถก็รถเก่าแก่ ไม่เอารถเก่าแก่แล้ว เขารวย ชาวบ้าน เราจน แทนที่จะใช้รถก็ใช้คน เพื่อกระจายรายได้ ทุกคนที่ทำไร่เยอะก็พยายามช่วยกัน” “การใช้รถ เก็บเกี่ยว ผลผลิตจะเสียหายมากกว่าคนเก็บ”

สิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกในการประกอบอาชีพและเพื่อการดำรงชีวิต แม้ว่าหมู่บ้านน้ำซับจะเป็นหมู่บ้านค่อนข้างยากจน โดยพิจารณาจากรายได้ของครัวเรือนต่อปี แต่พบว่าแต่ละครัวเรือนจะมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต เช่น พัดลม โทรทัศน์ หม้อหุงข้าวไฟฟ้า วิทยุ รถจักรยานสองล้อ และรถจักรยานยนต์ จากการสอบถามพบว่า เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตในลักษณะของความสะดวก ความบันเทิง การรับข้อมูลข่าวสาร และเป็นยานพาหนะในการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านและบุคคลภายนอก จะซื้อหลังฤดูเก็บเกี่ยวพืชหลัก และมีเงินเหลือจากการใช้หนี้ ส่วนเครื่องมือเครื่องใช้ในการประกอบอาชีพมีน้อย สถานประกอบการในหมู่บ้านมีร้านขายของชำ 1 ร้านและอีก 1 ร้านมีลักษณะเป็นเพิงที่ใช้ส่วนหนึ่งของบ้าน ในส่วนของการประกอบกรอย่างอื่น เช่น การตัดผม ไม่มีสถานที่แน่นอน

5. ด้านสังคม

กลุ่มผู้นำ กลุ่มผู้นำจะมีทั้งลักษณะเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กลุ่มผู้นำทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. และหัวหน้าสถานีอนามัย ผู้นำไม่เป็นทางการได้แก่ อสม. ผู้อาวุโส หมอชา

กลุ่มหรือองค์กรในหมู่บ้าน ประกอบด้วยกลุ่มต่างๆ ดังนี้

1. กลุ่มออมทรัพย์บ้านน้ำซับ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการออมภายในหมู่บ้าน มีเงินทุนในการประกอบอาชีพ และมีเงินในการแก้ไขปัญหาต่างๆ มีสมาชิกจำนวน 63 คน ดำเนินการมาแล้ว 19 เดือน มีเงินทุนหมุนเวียน 115,000 บาท เป็นการระดมทุนโดยการฝากเงินของสมาชิก ไม่ต่ำกว่าคนละ 20 บาท ไม่เกิน 300 บาท เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมกับกำลังทรัพย์ของประชาชนและป้องกันการเก็งกำไรของคนที่มีเงินมาก คณะกรรมการคัดเลือกโดยการลงคะแนน มีการแบ่งหน้าที่กันตามตำแหน่ง มีนโยบายสำคัญในการทำงานคือ ช่วยกันทำเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม มีการรับสมัครเข้าเป็นสมาชิก ปีละ 1 ครั้ง การฝากเงิน การคืนเงิน และการกู้ยืมเงินจะทำได้ในวันที่ 5 ของทุกเดือนที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน
2. กลุ่มเกษตรกร เป็นการเข้าร่วมกลุ่มกับเกษตรกรของอำเภอ การเข้าเป็นสมาชิกขึ้นกับความพอใจของชาวบ้าน จึงมีชาวบ้านเพียงบางส่วนเข้าร่วมกิจกรรม สมาชิกจะได้รับการสนับสนุนเมล็ดพันธุ์ ปุ๋ย และยากำจัดศัตรูพืชในราคาถูก และได้รับคำแนะนำในการประกอบอาชีพเกษตรกร
3. กลุ่มฌาปนกิจ ดำเนินการมาแล้วประมาณ 5 ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่เสียชีวิต และครอบครัวภายในหมู่บ้าน เมื่อมีสมาชิกเสียชีวิตจะช่วยเหลือคนละ 50 บาท

ความสัมพันธ์ การรวมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติชาวบ้านไม่มีการรวมกลุ่มกิจกรรม เนื่องจากชาวบ้านส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ตั้งแต่เช้าถึงเย็นจะทำงานในไร่ หรือในสวน ชาวบ้านสนใจแต่เรื่องประกอบอาชีพไม่มีวันว่างตลอดปี ยกเว้นช่วงที่ฝนตกหนักหรือแล้ง การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมจึงเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการงานบุญ ซึ่งชาวบ้านทุกคนถือเป็นงานสำคัญที่ต้องช่วยเหลือกันหรือเข้าร่วมกิจกรรมแสดงถึงความสามัคคีกลมเกลียว โดยเฉพาะในงานบุญและงานประเพณีต่างๆ หรือการขอความร่วมมือต่างๆ เช่น งานวันสงกรานต์ งานบวช การทำความสะอาดหมู่บ้าน เป็นต้น และเนื่องจากส่วนมากชาวบ้านเป็นกลุ่มเครือญาติและประกอบอาชีพเดียวกันชาวบ้านก็จะมีความสัมพันธ์กันตลอดเวลา การรวมกลุ่มของชาวบ้านส่วนมากจึงเป็นการรวมกลุ่มตามที่ทางราชการมีการสั่งการ ดังตัวอย่าง คำสัมภาษณ์ “ต้องมีเรื่องทางราชการก่อนจึงจะมีการประชุม ปกติไม่มีการรวมกลุ่มเพื่อปรึกษาหารือ หรือหาแนวทางในการพัฒนา ไม่มีสภากาแพ่ อาจมีสภา 35 ตีกรี มีแต่วันที่ 5 ของทุกเดือน จะไปฝากเงินกับกลุ่มออมทรัพย์”

กรณีที่เกิดปัญหาหรือความขัดแย้งขึ้นในหมู่บ้าน ชาวบ้านจะปรึกษาผู้นำในหมู่บ้าน และคนที่เขานับถือ ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า “คนโต” ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. และ อสม. “ เวลาขอความร่วมมือก็ดี คนที่มาจะเป็นประจำ คนที่ไม่มาไปบอกก็มาช่วยกันดี ชาวบ้านรักกันดี ผมบอกอะไรก็เชื่อ ปกติผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านจะเป็นผู้นำทำกิจกรรมในหมู่บ้าน” “ลุง.....แกทำไม่เกี่ยวใคร แกถือว่าแกทำก็ได้บุญกุศลแล้ว ไม่เกี่ยวใคร ทั้งที่งานบ้านก็เยอะ ก็ปลีกเวลาว่างไปทำ เขาเสียสละมาก ทำประจำ พวกผมก็ไปช่วยกัน”

การถ่ายทอดความรู้ภายในชุมชน ส่วนมากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ และความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการบอกเล่าหรือถ่ายทอดความรู้ภายในครอบครัวจากพ่อ แม่ ลู่ลูกหลาน เป็นการเรียนรู้จากการทำจริง และประสบการณ์ที่สั่งสม ในหมู่บ้านไม่เคยมีการอบรมหรือประชุมอย่างเป็นทางการใดๆ ครั้งจะมีเจ้าหน้าที่เกษตรมาพบและให้คำแนะนำในการประกอบอาชีพ

การอพยพ มีการอพยพจากกรุงเทพฯ กลับมาหมู่บ้านเพียง 1 ราย เนื่องจากประสบปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำและตกงาน ไม่มีการอพยพเข้า มีกลุ่มแรงงานที่เข้ามารับจ้างเป็นรายวันเท่านั้น

6. ด้านวัฒนธรรมและประเพณี

แม้ว่าชาวบ้านนำชัยจะอพยพมาจากหลายพื้นที่ โดยเฉพาะภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีระยะเวลาการตั้งหมู่บ้านมาเพียง 40 ปี แต่ชาวบ้านสามารถรวมตัวกันปฏิบัติตาม

วัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อของคนได้ ประเพณีที่ชาวบ้านถือเป็นวันที่สำคัญคือ การทำบุญวันสงกรานต์ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 12 เมษายนของทุกปี เป็นวันทำบุญประจำบ้านหรือทำบุญกลางบ้าน หรือที่นิยมเรียกกันคือ “ทำบุญคั่นกร่าง” ชาวบ้านทุกหลังคาเรือนจะนำอาหารและปัจจัยมาทำบุญถวายพระและรับประทานอาหารร่วมกัน โดยมีความเชื่อว่าจะทำให้หมู่บ้านอยู่กันอย่างร่มเย็นไม่เจ็บไข้ ฝนฟ้าตกต้องตามฤดูกาล เป็นการขอฝน วันที่ 13-14 เมษายน จะไปทำบุญที่วัดถ้ำสิทธิาราม วัดหลวงพ่อทอง นอกจากการเลี้ยงพระเพล การทอดผ้าป่าสามัคคีแล้วจะมีการละเล่นหรือดนตรี ตอนกลางคืนชาวบ้านจะช่วยกันประกอบอาหารที่วัดไว้สำหรับต้อนรับคนที่มาเที่ยวงานเป็นการทำบุญร่วมกัน เป็นที่น่าสังเกตว่า ประเพณีของหมู่บ้านจะสืบเนื่องและเกี่ยวข้องกับศาสนาและวัด ที่ตั้งอยู่บริเวณใกล้เคียง วัดที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับคือ วัดถ้ำสิทธิาราม และชาวบ้านจะให้ความเคารพนับถือหลวงพ่อดำสิทธิาราม ในช่วงเทศกาลสำคัญเช่น วันสงกรานต์ วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา วันนักขัตฤกษ์ต่าง ๆ และวันพระ จะมีชาวบ้านมาร่วมทำบุญ และถวายอาหารพระเป็นจำนวนมาก และในการทำกิจกรรมต่างๆ ของวัด ชาวบ้านจะให้ความร่วมมือดี ส่วนการทำกิจกรรมต่างๆ ของชาวบ้าน เช่น การประชุมจะนิยมใช้ศาลาเอนกประสงค์ของวัด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของวัดที่เป็นศูนย์รวมของพุทธศาสนิกชน และการยึดมั่นในพุทธศาสนาของชุมชนสำหรับความเชื่อ ส่วนมากเป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ เช่น การทำพิธีขอฝนหรือแห่นางแมวเมื่อฝนแล้ง

7. ด้านสาธารณสุข

7.1 สภาพทั่วไปทางด้านสาธารณสุข

บ้านน้ำซับ มีสถานบริการด้านสาธารณสุข 3 แห่ง ประกอบด้วย

1) สถานีอนามัยตำบล ตั้งอยู่ห่างจากหมู่บ้านชนแแก้วประมาณ 4 กิโลเมตร มีหัวหน้าสถานีอนามัย และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน สถานีอนามัยเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมงทุกวัน โดยเจ้าหน้าที่มีบ้านพักอยู่ในบริเวณสถานีอนามัย ชาวบ้านทั่วไปเรียกเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยว่า “หมอ” ชาวบ้านมีความพึงพอใจในการให้บริการ ให้ความเชื่อถือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชอบที่ไม่ถือตัว จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยพบว่าปัญหาการให้บริการที่สำคัญคือการมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอหากมีการประชุมหรือกิจกรรมที่สำคัญบางครั้งทำให้ต้องปิดสถานีอนามัย ส่วนศักยภาพของสถานีอนามัยนั้น สถานีอนามัยได้มีการพัฒนาและสามารถให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์การพัฒนาระบบสาธารณสุข (พบส.)

2) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ตั้งอยู่ในบริเวณบ้านของประธาน อสม. โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขของหมู่บ้าน จำนวน 7 คน มีหน้าที่ให้บริการดูแลสุขภาพขั้น

พื้นฐาน มียาสามัญประจำบ้านจำหน่าย แต่ชาวบ้านไม่นิยมใช้บริการ เนื่องจากสามารถไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลได้สะดวก มีเจ้าหน้าที่ให้บริการตลอดเวลา และไม่เสียค่าบริการเพราะชาวบ้านมีบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งหากใช้บริการที่ ศสมช. ชาวบ้านต้องเสียเงินเอง การใช้บริการต้องเลือกเวลาเพราะ อสม. เองไม่ได้อยู่ให้บริการตลอดเวลา ต้องประกอบอาชีพของตนเอง และยามี้ไม่เพียงพอ หรือเป็นยาเก่าหมดอายุ นอกจากนี้ชาวบ้านยังมีความเชื่อว่า ศสมช. มีอุปกรณ์ที่ไม่ทันสมัยและไม่สะอาด จึงไม่ใช้บริการแต่ยังเชื่อว่าตัว อสม. มีความสามารถเพียงพอที่จะให้ความรู้ นอกจากการให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานแล้ว ยังมีหน้าที่อื่นๆ ตามนโยบายของทางราชการ ได้แก่ การเฝ้าระวัง และควบคุมโรคประจำถิ่น การให้วัคซีน การส่งเสริมการโภชนา การ การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว

3) ร้านขายยา ในหมู่บ้านมีร้านขายยา 1 แห่ง อยู่บริเวณถนนใหญ่ มีแพทย์ประจำตำบลเป็นเจ้าของ มีลักษณะเป็นร้านค้าเล็กๆ ส่วนมากจะขายยาชุดแก้ปวดเมื่อย

การใช้ภูมิปัญญา และการถ่ายทอดความรู้ด้านการรักษาพยาบาล ในอดีต การคมนาคมไม่สะดวก การเดินทางมีความยากลำบาก ต้องใช้เวลานาน การไปใช้บริการด้านสุขภาพตามสถานบริการของรัฐทำให้เสียเวลา และสิ้นเปลือง ดังนั้น ชาวบ้านจึงใช้ภูมิปัญญาของตนเองที่ได้การถ่ายทอดและสั่งสมมาแต่อดีต ดูแลสุขภาพของตนเองในเบื้องต้น ซึ่งภูมิปัญญาดังกล่าวยังสืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน ได้แก่

- หมอนวดแผนโบราณ มีหมอนวดแผนโบราณคือ นายชง มีความสามารถในการนวดคลายเส้น แก่เคล็ดขัดยอก แก้ปวดเมื่อย มีการใช้ลูกประคบสมุนไพรจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่านายชง เรียนรู้วิธีการนวดมาจากผู้รู้ และมีตำราประกอบเคยไปประกอบอาชีพในกรุงเทพมหานคร เมื่อกลับมาอยู่บ้านจะมีลูกค้าจากหมู่บ้านมารับบริการขณะนี้กำลังถ่ายทอดความรู้ที่มีแก่บุตรชาย

- หมอแผนโบราณ หมอแผนโบราณที่ได้รับความเชื่อถือจากชาวบ้านคือนายมา ที่ใช้สมุนไพรในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกวาดคอ การดัดพิษไฟ การรักษาหลังคลอดรวมกับการใช้คาถาอาคม นอกจากนี้ยังมีชาวบ้านที่มีความสามารถในการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรหลายคน แต่ส่วนมากเป็นการรักษาภายในครัวเรือนเป็นการรักษา เบื้องต้นเช่น การกวาดยา การพ่นชาง โดยความรู้ที่ได้รับมาเป็นการบอกเล่าจากคนแก่แก่ พ่อแม่ หรือเคยไปรับการรักษาแล้วหายจากอาการดังกล่าวจึงนำวิธีการรักษานั้นๆ มาใช้หรือบอกต่อ นอกจากนี้ชาวบ้านยังสามารถเรียนรู้การใช้สมุนไพรรักษาตนเอง คนในครอบครัวหรือคนอื่นๆ ได้และถ่ายทอดความรู้จากคนรุ่นพ่อแม่สู่ ลูกหลาน เช่น

โรคกรดสีดวงทวารใช้กระเทียม ใช้ยาล้วนนม ห้ามกินอาหารที่คาว ห้ามไป
งานศพ

งูสวัด ไฟลามทุ่ง ใช้การพ่น มีเห็บ ฝู และเป่า มีคาถาอาคม
ตาแดง ใช้หอมแดงพ่น
การดับพิษไฟ ไฟลามทุ่ง มีคาถาเป่า
มีความเชื่อว่าถ้าไม่สบาย เป็นไข้ ต้องงดของแสลง

7.2 สถานะสุขภาพอนามัยของประชาชน

โดยทั่วไปพบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง ทั้งนี้เนื่องจากชาวบ้านมี
อาชีพเกษตรกรรม การทำงานประจำวันจึงเป็นการออกกำลังกายด้วย แต่อย่างไรก็ตามปัญหา
สุขภาพอนามัยที่สำคัญมีสาเหตุมาจากอาชีพเช่นเดียวกันคือ อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดข้อ
ซึ่งพบมากในกลุ่มวัยทำงาน ทำให้ชาวบ้านส่วนมากมีพฤติกรรมในการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย ส่วนมาก
เป็นยาชุดที่ซื้อตามร้านขายยาทั่วไป ผลที่ตามมาคือมีชาวบ้านจำนวนมากมีอาการโรคกระเพาะ
อาหาร ในกลุ่มเด็กเล็กส่วนมากจะเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจเช่น ไข้หวัดและโรค
ไข้เลือดออกจะมีพบบ้างในช่วงฤดูฝน ในกลุ่มผู้สูงอายุจะพบโรคเรื้อรังคือ ความดันโลหิตสูง
โรคเบาหวาน และโรคข้อเสื่อม เป็นที่น่าสังเกตคือมีชาวบ้านในกลุ่มเครือญาติป่วยเป็นโรค
เบาหวาน จำนวน 9 คน

จากข้อมูลของสถานีอนามัยและบัญชี 1-6 พบว่าในช่วงเดือนมกราคม – มีนาคม
2543 โรคที่พบบ่อยจากผู้มาใช้บริการของสถานีอนามัยคือ โรกระบบทางเดินหายใจ โรกระบบ
ไหลเวียนเลือด และโรกระบบทางเดินอาหาร มีเด็กอายุ 0-1 ปี จำนวน 2 คน มีน้ำหนักตัว
ต่ำกว่า 3,000 กรัม เด็กอายุ 1-5 ปี ขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 1 คน อัตราคุมกำเนิดร้อยละ
93.02

จากการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) (มกราคม 2543) พบตัวชี้วัด
ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 5 ข้อ คือ

1. ทารกแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอตามวัย ซึ่งมี
ผลทำให้มีการเจริญเติบโตตามวัย

2. คริวเรือนไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ไม่ทำให้สุกด้วยความร้อน

3. คริวเรือนได้กินอาหารควบคุมที่มีคุณภาพปลอดภัยและได้มาตรฐาน อ.ย.

4. คริวเรือนมีการจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ

5. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับได้เข้าศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

หรือเทียบเท่า

6. คนในครัวเรือนไม่ติดบุหรี่

พฤติกรรมลดสุขภาพ

ในปัจจุบันชาวบ้านนิยมใช้บริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน เนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขอยู่ใกล้หมู่บ้าน เดินทางได้สะดวก และเห็นผลรวดเร็วกว่า มิติในการดูแลสุขภาพของชาวบ้านจะรักษาโรคเมื่อมีอาการรุนแรง ให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพมากกว่า มิติของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคน้อย โดยให้ความเห็นว่า “การเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาเราทำงานหนัก ตากแดดตากก็เจ็บป่วยเป็นธรรมดา ปากท้องเป็นเรื่องสำคัญ” ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ จะดูแลตนเองก่อน หรือไปซื้อยารักษาเอง เมื่อมีอาการมากจึงไปพบแพทย์ ยกเว้นการป้องกันตามแผนการให้วัคซีนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือการรณรงค์ การดูแลสุขภาพ เช่น การหยอดวัคซีนโปลิโอ การรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออก การชั่งน้ำหนักเด็ก

7.3 การพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน

จากการประเมินการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนพบว่า หมู่บ้านน้ำซับสามารถพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขได้ในระดับต้น ต้องปรับปรุงดังนี้

7.3.1. องค์กรหรือกำลังคน กลุ่มคนหรือบุคคลที่เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน ส่วนมากเป็นกลุ่มคนที่เกิดจากการจัดตั้งของรัฐ ได้แก่ กลุ่ม อสม. และคณะกรรมการหมู่บ้าน มีผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์แผนโบราณแต่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นการแก้ปัญหาคความยากจน และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องแต่ไม่มีเครือข่ายกับชุมชนอื่น ๆ

7.3.2. ทุนที่ใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานในหมู่บ้าน เป็นงบประมาณของทางราชการไม่มีการระดมทุน แต่มีแนวคิดในการใช้ผลกำไรจากกองทุนออมทรัพย์มาใช้พัฒนางานสาธารณสุขในหมู่บ้าน และให้มีการหมุนเวียนของกองทุน

7.3.3. การบริหารจัดการ ชุมชนมีการจัดการเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชน เฉพาะการจัดกิจกรรมตามแผนงานที่กำหนดของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน หรือพื้นที่ใกล้เคียง ไม่มีการนำทรัพยากรในหมู่บ้านมาใช้ เช่น ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย

7.3.4. กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน มีแหล่งความรู้ เช่น ความรู้แพทย์แผนไทย แต่การนำมาใช้ประโยชน์และการถ่ายทอดความรู้เป็นการถ่ายทอดและเรียนรู้ภายในครอบครัวหรือกลุ่มเครือญาติ ข้าราชการที่มีเป็นของทางราชการเท่านั้น

7.3.5. การมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ เป็นเฉพาะกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้นำชุมชน และ อสม. ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อมีการร้องขอ และอยู่ในระดับการร่วมทำกิจกรรมเท่านั้น ไม่มีการร่วมคิดหรือร่วมประเมินตรวจสอบ

7.4 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน

ชาวบ้านนิยมเข้ารับบริการด้านสุขภาพจากสถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากระยะทางของหมู่บ้านกับสถานีนอนามัย รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชนมีระยะทางไม่ไกลการคมนาคมสะดวก จะมีปัญหาเฉพาะถนนภายในหมู่บ้านเท่านั้น และสถานีนอนามัยจะให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งมีระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานที่เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ชาวบ้านไม่ต้องเสียเวลาไปรอที่โรงพยาบาลชุมชน มีชาวบ้านส่วนน้อยที่มีฐานะดีไปรับการรักษาจากคลินิกของหมอในตลาดอำเภอที่มี 2 แห่ง ทำให้ข้อมูลการเจ็บป่วยที่สำคัญบางโรค เช่น ไข้เลือดออก ไม่ปรากฏข้อมูลที่สถานีนอนามัย ส่วนชาวบ้านที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีอาการรุนแรง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อ นิยมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน เพราะการไปรับบริการสะดวกรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีระบบบัตรสุขภาพ บัตรผู้สูงอายุ ทำให้ระบบการส่งต่อการดูแลสุขภาพได้รับความสะดวกยิ่งขึ้น

การได้รับการสนับสนุนจากรัฐ บ้านน้ำซับได้รับงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7,500 บาท ในปีงบประมาณ 2542 อสม. ได้วางแผนการพัฒนาร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย โดยวางแผนจัดอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และได้รับการสนับสนุนจากโครงการช่วยเหลือผู้ยากไร้ เป็นเงิน 11,000 บาท มีการจัดสรรให้ผู้ยากไร้ในชุมชนคือ ให้ทุนการศึกษาเด็กอายุ 6-14 ปี 1 คน เป็นเงิน 1,400 บาท ช่วยเหลือผู้พิการ 1 คน เป็นเงิน 3,600 บาท และช่วยเหลือผู้ยากไร้และว่างงาน 2 คน คนละ 3,600 บาท เงินดังกล่าวจะต้องส่งคืนภายใน 3 ปี ในรูปแรงงานหรือเงินสด

ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน กลุ่มควบคุม บ้านซับใหม่

1. ประวัติความเป็นมาของชุมชนและประชากร

หมู่บ้านซับใหม่ตั้งชื่อตามสภาพพื้นที่คือ การมีน้ำซับซึ่งเป็นน้ำที่ไหลซึมตามซอกหินหรือผุดออกมาจากพื้นดิน ลักษณะเดิมของหมู่บ้านเป็นป่าไม้เบญจพรรณ มีไม้มะค่า ไม้ประดู่ เป็นส่วนมาก มีภูเขาหินอยู่ทางทิศตะวันตก ตามเชิงเขาและบนเขาเป็นป่าไผ่รวกจำนวนมาก มีสัตว์ป่าชุกชุม สภาพดินเป็นดินดำ มีน้ำซับหลายแห่ง มีลำห้วย ฤดูแล้งน้ำก็ไม่แห้ง บางแห่งเป็นแอ่งหินที่มีน้ำทั้งปีเพราะมีน้ำซึมมาตลอด ทำให้พื้นที่อุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การเพาะปลูก แต่มีใช้ป่าชุกชุม

การตั้งถิ่นฐานในครั้งแรก เริ่มประมาณปี พ.ศ. 2483 เนื่องจากพื้นที่นี้ได้รับสัมปทานป่าไม้ และมีคนงานที่เข้ามารับจ้างตัดไม้ คือ นายเม้ง จากจังหวัดชัยภูมิ นายจันทร์สี จากจังหวัดร้อยเอ็ด และนายไพรวัด จากจังหวัดเลย หลังจากการสัมปทานไม้สิ้นสุดลง ทุกคนต่างเห็นว่า

พื้นที่นี้มีความอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การเพาะปลูก จึงนำครอบครัวและญาติมิตรเข้ามาจับจองที่ดิน เริ่มด้วยการปลูกข้าวไร่และพริก ต่อมาประชาชนจากพื้นที่ใกล้เคียงอพยพเข้ามามากขึ้น การจับจองที่ดินอยู่ที่ความสามารถของคนแต่ละคนจะถางป่าทำอะไรได้มากน้อยเพียงใด ประกอบกับการอพยพเข้ามาช่วงแรกยังมีคนจำนวนน้อย จึงไม่มีปัญหาใดๆ ต่อมาเกิดการอพยพเข้ามามากขึ้น มีจำนวนครัวเรือนประมาณ 150-200 ครัวเรือน และในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้มีการจัดสรรที่ดินเป็นพื้นที่นิคมสร้างตนเองสำหรับบุคคลทั่วไปที่ต้องการที่ทำกิน โดยกำหนดพื้นที่บางส่วนเป็นเขตทหาร ทำให้เกิดปัญหาที่ดินทับกัน พวกที่จับจองที่ดินอยู่ก่อนแต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการดังกล่าวจึงต้องย้ายออกไปเป็นจำนวนมาก และมีพื้นที่บางส่วนของหมู่บ้านเป็นเขตของทหาร ซึ่งทางทหารยังอนุญาตให้ชาวบ้านอยู่อาศัยประกอบอาชีพได้

บ้านซับใหม่ มีบ้านเรือนจำนวน 74 หลังคาเรือน ประชากรจำนวน 449 คน เป็นชาย จำนวน 228 คน หญิงจำนวน 221 คน ประชากรส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-49 ปี จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 43.6 อายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 27.2 และอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่จังหวัดลพบุรี จังหวัดสระบุรี และกลุ่มคนที่ย้ายมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดเลย ภาษาที่ใช้พูดมี 2 ภาษา คือ ภาษาภาคกลาง และภาษาอีสาน ชาวบ้านเกือบทุกครัวเรือนพูดภาษาอีสานได้ และทุกคนนับถือศาสนาพุทธ รูปแบบครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว 67 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 90.5 เป็นครอบครัวขยาย 7 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 9.5 สาเหตุที่มีรูปแบบครอบครัวเดี่ยวเป็นจำนวนมากเนื่องจากกลุ่มคนที่อพยพเข้ามารุ่นแรก ๆ มีอายุน้อย ชาวบ้านส่วนใหญ่จะตั้งบ้านเรือนบริเวณไร่ของตนเอง และอยู่เป็นกลุ่มตามกลุ่มเครือญาติ หรือกลุ่มคนที่อพยพมาพร้อมกัน ทำให้หมู่บ้านมีลักษณะการตั้งบ้านเรือนกระจาย และต่อมาในช่วงประมาณปี พ.ศ. 2510 ได้มีบางกลุ่มได้แยกไปรวมกลุ่มบ้านใหม่ ลักษณะที่อยู่อาศัย ในระยะแรกที่อพยพเข้ามา ชาวบ้านจะปลูกบ้านเป็นเพิงตามไร่ของตนเอง หลังจากนั้นจึงเริ่มมีการปลูกบ้านเรือนที่มีความแข็งแรงถาวรมากขึ้น ประกอบกับพื้นที่เดิมเป็นป่าไม้เบญจพรรณ ชาวบ้านจึงสามารถนำไม้มาปลูกบ้านเรือนได้ง่าย ปัจจุบันลักษณะที่อยู่อาศัยมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ เป็นบ้านชั้นเดียว มีใต้ถุนเตี้ยๆ สำหรับเก็บพันธุ์พืชและอุปกรณ์ทำไร่ ผนังและพื้นบ้านเป็นไม้ มุงหลังคาด้วยสังกะสี จะมีบ้านที่ปลูกกระยะหลังที่มีลักษณะชั้นเดียว ทำด้วยอิฐหรือปูน หลังคามุงกระเบื้อง จำนวน 5 หลัง และมีบ้าน 2 ชั้น จำนวน 1 หลัง ซึ่งเป็นบ้านผู้ใหญ่อายุ บ้านเรือนส่วนใหญ่มีสภาพแข็งแรง มีอายุใช้งานได้มากกว่า 5 ปี บริเวณรอบบ้านจะปลูกพืชผักสวนครัว และไม้ผลนิยมทำรั้วด้วยพืชผักที่กินได้ เช่น ชะอม กระถิน มะขาม หรือต้นไผ่ ซึ่งชาวบ้านนำมาจากบนเขาใกล้หมู่บ้าน

2. ด้านภูมิศาสตร์

พื้นที่ส่วนใหญ่ของหมู่บ้านเป็นพื้นที่เกษตร จำนวน 4,100 ไร่ นอกนั้นเป็นพื้นที่สำหรับอยู่อาศัย ปลูกผลไม้ และปลูกผักสวนครัว และอีกส่วนหนึ่งเป็นพื้นที่สาธารณะ บริเวณฝายน้ำหลังวัด บริเวณเขาภูหินขาว จะมีทัศนียภาพสวยงามมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งฤดูกาลดอกทานตะวันบาน

สภาพภูมิประเทศ บ้านซำใหม่ เป็นพื้นที่ราบอยู่ติดกับชายเขา มีลำธารน้ำเล็กๆ ที่เกิดจากน้ำซำ เป็นพื้นที่อุดมสมบูรณ์ เหมาะแก่การเพาะปลูก และสามารถหาของป่าจากภูเขา เช่น หน่อไม้ และไผ่รวก สภาพป่าไม้ยังคงมีเหลือเพียงบนเขาเท่านั้น มีบึงน้ำกลางบ้านที่เกิดจากน้ำซำ และทางราชการได้ทำฝายขนาดเล็ก แต่ปัจจุบันตื้นเขินไม่สามารถทำประโยชน์ในการประกอบอาชีพได้

สภาพภูมิอากาศ บ้านซำใหม่ มีอากาศร้อนและแห้งแล้งในเดือนมีนาคม-เมษายน มีฝนตกชุกในเดือนสิงหาคม – กันยายน และกระจายทั่วไปตลอดฤดูฝน อาจมีฝนทิ้งช่วงในระยะต้นฤดูฝน แต่ไม่เคยแห้งแล้งจนทำให้พืชไร่เสียหายหมด อากาศหนาว มีระยะเวลาสั้นๆ ในช่วงต้นปี

3. การสาธารณูปโภคและปัจจัยพื้นฐาน

น้ำที่ใช้ในการอุปโภค บริโภค น้ำดื่มเป็นน้ำฝนหรือน้ำบ่อ ในส่วนของน้ำซำเป็นน้ำกร่อย ถ้าจะใช้ดื่มต้องนำมาต้มก่อน น้ำในการทำไร่เป็นน้ำฝนตามธรรมชาติ ความพอเพียงขึ้นอยู่กับสภาพภูมิอากาศ จากการสัมภาษณ์พบว่า บ้านซำใหม่ไม่เคยประสบภาวะแห้งแล้ง จนพืชผลเสียหายจำนวนมาก ในหมู่บ้านมีลำห้วยขนาดเล็กซึ่งเกิดจากน้ำซำมีน้ำตลอดทั้งปี ภายในหมู่บ้านมีบ่อน้ำซำเป็นแหล่งน้ำใช้อุปโภคบริโภคที่สำคัญ ปัจจุบันมีน้ำประปาทั่วครัวเรือนการใช้งานน้ำซำจึงลดลงมาก มีฝายน้ำในหมู่บ้านซึ่งเคยเป็นแหล่งอาหารที่สำคัญ ปัจจุบันตื้นเขินใช้ประโยชน์ไม่ได้ ทั่วครัวเรือนมีไฟฟ้าใช้

การคมนาคม ถนนในหมู่บ้านเป็นดินลูกรัง ยกเว้นบริเวณหน้าวัดและโรงเรียนที่เป็นคอนกรีตยาวประมาณ 300 เมตร ในฤดูฝนจะมีความยากลำบากในการเดินทาง เพราะถนนลื่นเป็นหลุมเป็นบ่อ กำลังอยู่ระหว่างการขอสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล หมู่บ้านอยู่ห่างจากถนนระหว่างหมู่บ้านที่เป็นถนนลาดยาง 3 กิโลเมตร ไม่มีรถโดยสาร ชาวบ้านมียานพาหนะส่วนตัวใช้ในการเดินทางส่วนมากเป็นรถมอเตอร์ไซด์ มีรถยนต์และรถไถนาขนาดเล็กที่มีไว้เพื่อขนสัมภาระและอุปกรณ์ในการทำไร่ สภาพทั่วไปรอบหมู่บ้านเป็นถนนดินลูกรังกับถนนลาดยางระหว่างหมู่บ้านที่เชื่อมต่อกับทางหลวงแผ่นดิน

การติดต่อสื่อสาร การแจ้งข่าวสารทางราชการจะใช้หอกระจายข่าว แต่มักไม่ทั่วถึง เพราะการตั้งบ้านเรือนมีลักษณะกระจาย ต้องใช้วิธีการฝากข้อความ หรือมีผู้รับผิดชอบกระจายข่าว ไม่มีโทรศัพท์สาธารณะภายในหมู่บ้าน มีโทรศัพท์บ้าน 1 เครื่อง เป็นของผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเจ้าของเปิดบริการภายในหมู่บ้าน

การศึกษา ประชากรส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รองลงมาคือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีผู้สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ 1 คน และอนุปริญญา 1 คน มีผู้อ่านหนังสือไม่ออก 13 คน ทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ

สถานศึกษา ระดับประถมศึกษาในหมู่บ้านมีโรงเรียนระดับประถมศึกษา 1 แห่ง เปิดรับนักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 บุตรหลานทั้งหมดในหมู่บ้านเข้ารับการศึกษจากโรงเรียนนี้ มีนักเรียน 70 คน ครู 6 คน อาศัยอยู่นอกหมู่บ้าน จากการสัมภาษณ์พบว่า ชาวบ้านมีความพึงพอใจในโรงเรียน มีครูใหญ่ที่เป็นนักพัฒนา ทำงานทุกอย่าง ตั้งแต่หน้าที่ครูใหญ่ ครูน้อย และภารโรง เป็นตัวอย่างที่ดี ในวันสำคัญจะนำเด็กมาร่วมกิจกรรมกับชุมชน เช่น การฟังธรรมทุกวันศุกร์ นักเรียนใช้วิธีการเดินหรือจักรยานเพื่อเดินทางไปโรงเรียนและส่วนหนึ่งพ่อแม่มาส่งและมารับกลับ ระดับมัธยมศึกษา มีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาอยู่ใกล้เคียง 1 แห่ง อยู่ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 15 กิโลเมตร มีการว่าจ้างรถรับส่งนักเรียน การศึกษาต่อในระดับนี้จะลดลงประมาณร้อยละ 50 เนื่องจากความยากจนเพราะต้องออกมาประกอบอาชีพช่วยครอบครัว และมีการศึกษาต่อในระดับอนุปริญญา จำนวน 3 คน

บทบาทของชุมชนในการจัดการศึกษา มีคณะกรรมการการศึกษาแต่ไม่มีบทบาทในการจัดการศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นลักษณะให้การช่วยเหลือเมื่อโรงเรียนร้องขอ เช่น ซ่อมโรงเรียน ทาสี ทำโรงเพาะเห็ดตัดหญ้า และเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน เช่น กิจกรรมวันเด็กชาวบ้านจะช่วยกันทำอาหารให้เด็กในวันเด็ก กิจกรรมวันแม่ ผู้ปกครองโดยเฉพาะแม่จะเข้าร่วมกิจกรรมให้ลูกได้แสดงความรักความเคารพ นอกจากนี้คณะกรรมการหมู่บ้านยังให้การสนับสนุนในการหาทุนการศึกษาแก่เด็กยากจน การจัดหาอุปกรณ์การเรียนกีฬา และอุปกรณ์กีฬา ช่วยเหลือโครงการอาหารกลางวัน ในส่วนของครูพบว่ามีความพึงพอใจ ดังคำสัมภาษณ์ “เพียงแต่บอกเด็กว่าครูจะสอนทำกล้วยฉาบ วันรุ่งขึ้นก็จะมิกกล้วยมาวางไว้หน้าห้องเรียนหลายหวี”

4. ด้านเศรษฐกิจ

จากการสำรวจข้อมูลอาชีพของหัวหน้าครอบครัวพบว่า มีอาชีพหลักคือ การทำไร่ จำนวน 58 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 78.4 อาชีพรับจ้าง 16 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 21.6 พืชไร่ที่ปลูกเป็นหลักคือ ข้าวโพด ข้าวฟ่าง และทานตะวัน โดยหมุนเวียนไปตามฤดูกาลสำหรับ

อาชีพรับจ้างเป็นอาชีพของชาวบ้านที่ไม่มีที่ดินของตนเอง เป็นการรับจ้างทำงานในไร่ของเพื่อนบ้าน ส่วนมากเป็นการรับจ้างภายในหมู่บ้าน การออกไปรับจ้างนอกหมู่บ้านมีน้อย เนื่องจากปริมาณงานในหมู่บ้านมีมากมีเพียง 6 ครอบครัวที่ไปรับจ้างทำงานในโรงงานเม็ดพลาสติก โรงงานไก่อ และโรงงานเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ นอกจากอาชีพหลักแล้ว ชาวบ้านยังมีรายได้จากการประกอบอาชีพเสริมคือ อาชีพรับจ้าง เป็นการรับจ้างเพื่อนบ้านทำงานในไร่ เมื่องานในไร่ของคุณว่างลง ในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน และการเก็บหน่อไม้รวกบนเขาข้างหมู่บ้าน โดยมีพ่อค้าจากโรงงานหน่อไม้ปืบจากจังหวัดอ่างทองมารับซื้อหน่อไม้ที่ต้มและนำไปลือกออกแล้ว ในราคากิโลกรัมละ 5-8 บาท ขึ้นอยู่กับคุณภาพหน่อไม้และความต้องการของตลาด ฐานะทางเศรษฐกิจ จากการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือนพบว่า มีครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี จำนวน 62 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 83.8 และจากการสัมภาษณ์พบว่า ชาวบ้านมีความรู้สึกว่าเป็นหมู่บ้านของตนมีพ่อกับแม่อยู่พอกิน สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เพราะมีอาชีพให้ทำตลอด แต่ก็มีหนี้สินเกือบทุกบ้าน คนมีฐานะดีคือครัวเรือนที่มีสิทธิครอบครองที่ดินจำนวนมาก ได้รับเงินเป็นมรดกจากพ่อแม่และเป็นคนชั้นทำมาหากิน ฐานะของคนในหมู่บ้านขึ้นอยู่กับราคาผลผลิตดังเช่น คำให้สัมภาษณ์ “ในปี 2542 ราคาพืชไร่ดี ข้าวโพดราคาถึงละ 70 บาท ทำให้มีเงินเหลือ แต่ปีนี้ราคาอาจลดลง เนื่องจากมีการสั่งข้าวโพดมาจากนอกประเทศ” ชาวบ้านชั้นใหม่มีรายได้จากอาชีพเสริมคือ อาชีพรับจ้าง รายได้ประมาณ 100 บาทต่อวัน ค่าจ้างภายในหมู่บ้านจะต่ำกว่าค่าจ้างนอกหมู่บ้านประมาณ 20 บาทต่อวัน เนื่องจากเป็นข้อตกลงภายในหมู่บ้านในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และเป็นผลัดกันช่วยแรงงานคล้ายกับการลงแขกแต่จะจ่ายเป็นเงินก่อน และรายได้ที่ทำให้ชาวบ้านมีเงินมากขึ้นคือ การเก็บหน่อไม้บนเขาในฤดูฝน รายได้ประมาณ 200-250 บาทต่อวัน แต่ในอนาคตอาจทำไม่ได้เนื่องจากมีคำสั่งจากทางทหารห้ามชาวบ้านขึ้นไปเก็บหน่อไม้ เพราะเป็นพื้นที่ที่มีการฝึกซ้อมยิงปืน อาจเป็นอันตรายและเพื่อเป็นการอนุรักษ์ป่าไม้ไว้ เพราะชาวบ้านมีแต่การเก็บแต่ไม่มีการปลูกเสริม สิ่งที่น่าสังเกตคือ กลุ่มคน รับจ้างที่ไม่มีที่ดินทำกินหรือไม่ได้เช่าที่ดินคนอื่นทำกินจะเป็นกลุ่มคนที่มีฐานะยากจน

ลักษณะการถือครองที่ดิน พื้นที่ในหมู่บ้านชั้นใหม่บางส่วนถูกประกาศเป็นเขตของทหารในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ในปัจจุบันชาวบ้านบางส่วนจึงมีสิทธิครอบครองในการอยู่อาศัยและประกอบอาชีพ แต่ไม่มีเอกสารสิทธิ์ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามี การซื้อขายสิทธิในการครอบครองที่ดิน มีครัวเรือนที่มีสิทธิในการครอบครองที่ดิน จำนวน 54 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 73 และไม่มีสิทธิครอบครองที่ดิน จำนวน 20 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 27 แต่พื้นที่ในบริเวณหมู่บ้านยังอยู่ห่างไกลและทางการทหารยังไม่มียุทธศาสตร์ในการใช้ประโยชน์ชาวบ้านจึงสามารถประกอบอาชีพทำไร่ได้ตามปกติ ปัญหาความยากจนและการเป็นหนี้ จากการสัมภาษณ์

พบว่า ทุกครัวเรือนมีหนี้สิน สาเหตุสำคัญของการเป็นหนี้คือ การกู้เงินมาลงทุนทำไร่ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การไถไร่ การซื้อเมล็ดพันธุ์ การไถปุ๋ยและการเก็บเกี่ยวผลผลิตตลอดจนการจ้างแรงงานในการทำไร่ เมื่อขายผลผลิตจะมีเหลือบางส่วนเพื่อซื้อเครื่องอุปโภค บริโภค และเก็บไว้ส่งให้ลูกเรียนหนังสือ ตลอดจนอุปการณ์ในการทำไร่ที่จำเป็น แต่ถ้าปีไหนราคาพืชไรด์ตกต่ำ ยอดเงินการเป็นหนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ เจ้าหนี้ที่สำคัญมี 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ ธ.ก.ส. ซึ่งชาวบ้านมีความรู้สึกหนักใจ เพราะต้องมีการชำระหนี้ตามเวลา กลุ่มที่ 2 คือ นายทุนในอำเภอ กลุ่มนี้จะเป็นเจ้าของกิจการขายอุปกรณ์พืชไร่ พันธุ์ผัก ปุ๋ย และเป็นผู้รับซื้อผลผลิต ชาวบ้านมีความรู้สึกพอใจที่จะกู้ยืมจากกลุ่มนายทุนเพราะมีการผ่อนผันและช่วยเหลือเมื่อยามขาดแคลน ดังคำสัมภาษณ์ “เกิดมาจนต้องกู้เงินชาวบ้านที่นี้กู้เงินทุกบ้าน เอามาทำไร่... นายทุนให้กู้ดอกเบียร์ร้อยละ 3 ต่อเดือน ไม่มีหลักทรัพย์ แต่ต้องขายพืชไร่ให้ ... ไม่หนักใจ ถ้าไม่มีเงินจ่าย เจ้าแก่เข้าใจถ้าเราตั้งใจ หนักใจที่ ธ.ก.ส. เขาจะเอาความ ต้องจ่ายตามเวลา” ซึ่งการแก้ไขปัญหาค่าความยากจน และการเป็นหนี้คือ การแก้ไขปัญหาในชุมชน ปัญหาสำคัญในหมู่บ้านคือ กลุ่มผู้นำในหมู่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้นำที่เป็นทางการ ได้ประสานงานกับทางราชการในการให้ความช่วยเหลือ เช่น การหาปุ๋ยยาปราบศัตรูพืช เมล็ดพันธุ์ในราคาถูกและหาเงินมาเป็นกองทุนหมุนเวียนใช้ภายในหมู่บ้านเป็นการลดภาระชาวบ้านไปได้ในระดับหนึ่ง ชาวบ้านไม่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แต่มีความเชื่อถือในตัวกรรมการหมู่บ้าน และยินดีปฏิบัติตาม

ด้านแรงงาน อาชีพของชาวบ้านเดิมเป็นอาชีพทำไร่เป็นส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนน้อย เนื่องจากไม่มีที่ดินของตนเอง ในปัจจุบันพบว่า มีการทำอาชีพเสริมเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ และความต้องการแรงงานภายในหมู่บ้าน จากการสังเกตและสัมภาษณ์ พบว่า มีแรงงานจากภายนอกหมู่บ้านมารับจ้างในฤดูเก็บเกี่ยวเป็นจำนวนมากประมาณ 100 คนต่อวัน ในรายที่ทำไร่ประมาณ 50 ไร่ ต้องใช้แรงงานประมาณ 10-20 คนต่อวัน เพื่อให้ทันกับการเก็บผลผลิตซึ่งมีระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากพืชไร่น้อยชนิด และจะเก็บเกี่ยวในเวลาใกล้เคียงกันชาวบ้านที่มีที่ทำรายน้อยเมื่อเสร็จงานในไรด์นั้นก็ออกรับจ้าง เพื่อให้รายได้เพียงพอในการดำรงชีวิตแต่ได้รับค่าจ้างน้อยกว่าค่าแรงงานจากภายนอกประมาณ 20 บาท โดยชาวบ้านจะมีข้อตกลงภายในหมู่บ้านว่าเป็นการช่วยกัน ดังคำสัมภาษณ์ “ผมรับจ้างตัดข้าวฟ่างข้างนอก 120 บาท แต่ในหมู่บ้าน 100 บาท เพราะช่วยกัน เศรษฐกิจไม่ดี ต้องช่วยกัน อาศัยกันเวลาเจ็บป่วย ต้องช่วยพึ่งพาเราถึงจะอยู่รอดจะให้อื่นมาช่วยก็ไม่ดี ไม่เต็มที เพราะมีหลายที่” การอพยพแรงงานไปนอกหมู่บ้านมีน้อยมาก และการอพยพของแรงงานเข้ามาในหมู่บ้านไม่มี กลุ่มแรงงานภายนอกหมู่บ้านที่มักจะเป็นลักษณะเหมือน “แขก” หรือที่เรียกว่า “แขกจรด” จากการศึกษาพบว่าไม่มีชาวบ้านที่ว่างงานหรือไม่มีงานทำการว่างงานจะเป็นช่วงสั้นๆ เมื่อเก็บเกี่ยวผลผลิตหรือรอเวลาตามฤดูกาล ประกอบกับมีการปลูกพืช

หมุนเวียนตลอด และยังมีความต้องการแรงงานอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากพื้นที่ในการทำเกษตรของแต่ละครอบครัวมีมาก ดังจะเห็นได้จากการจ้างแรงงานจากภายนอกหมู่บ้านเข้ามาประกอบกับมีหน่อไม้ให้เก็บไปขายตามความสามารถของแต่ละครอบครัวในช่วงฤดูฝน และมีการทำสวนผักแตงน้ำหยดซึ่งสามารถเพาะปลูกได้ตลอดปี นอกจากนี้กรรมการหมู่บ้านยังมีแนวคิดว่าจะจัดอบรมการจักสานเนื่องจากในหมู่บ้านมีไม้ไผ่มากและมีผู้มีความรู้ความสามารถในการจักสานเพื่อทำเป็นอาชีพเสริม สิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นเครื่องอำนวยความสะดวก ในการดำรงชีวิตจะเป็นเครื่องใช้ในครัวเรือนเครื่องมือในการประกอบอาชีพ และยานพาหนะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รถจักรยานยนต์ซึ่งชาวบ้านจำเป็นต้องมีในการเดินทาง แต่อย่างไรก็ตามก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ชาวบ้านมีหนี้สิน

สถานประกอบการ ในหมู่บ้านมีร้านขายของชำ 2 แห่ง เป็นร้านของผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน นับว่าเป็นแหล่งพบปะและบอกข่าวสารที่สำคัญของหมู่บ้าน มีร้านซ่อมรถจักรยานและปะยาง 1 ร้าน ชาวบ้านเห็นว่าทั้ง 3 ร้าน จะขายของหรือให้บริการในราคายุติธรรม

5. ด้านสังคม

กลุ่มผู้นำ กลุ่มผู้นำจะมีทั้งลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ดังนี้ ผู้นำที่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ครูใหญ่ ผู้นำที่ไม่เป็นทางการ เจ้าอาวาสวัด ผู้อาวุโส

ในหมู่บ้านมีผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และกรรมการหมู่บ้าน เป็นกลุ่มผู้นำที่ค่อนข้างมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของชาวบ้าน เพราะเป็นเจ้าของที่ดินขนาดใหญ่ มีร้านค้าและเป็นแหล่งเงินทุนของชาวบ้านอีกส่วนหนึ่งชาวบ้านจะให้ความเคารพ ความเชื่อถือ และเกรงใจ ในขณะเดียวกันกลุ่มผู้นำนี้ก็จะเป็นผู้อำนวยความสะดวกแก่คนในหมู่บ้าน เช่น ให้ใช้โทรศัพท์ในการติดต่อข่าวสาร ในกรณีมีเรื่องเร่งด่วน มีงานสำคัญ หรือมีผู้เจ็บป่วย จะเป็นผู้ให้บริการนำส่งด้วยรถยนต์ส่วนตัว และผู้อาวุโสของหมู่บ้าน ซึ่งเป็นคนกลุ่มแรกอพยพเข้ามาอยู่ภายในหมู่บ้านซึ่งชาวบ้านให้ความเคารพนับถือเป็นอย่างมาก

กลุ่มหรือองค์กรในหมู่บ้าน ประกอบด้วยกลุ่มต่างๆ ดังนี้

1. **กลุ่มเกษตรกร** เป็นการรวมกลุ่มกับกลุ่มเกษตรกรตำบลนิคมสร้างตนเองชาวบ้านทุกคนเป็นสมาชิก เป็นกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ในการจัดสรรปุ๋ย ยาฆ่าแมลงและเมล็ดพันธุ์มาใช้ในราคาถูกหรือฟรีในบางโอกาส

2. กลุ่มปุ๋ย กรมส่งเสริมการเกษตรได้ให้ปุ๋ยฟรีมาในราคา 11,300 บาท และเครื่องผสมปุ๋ยเพื่อเป็นทุนในการก่อตั้งกลุ่มในหมู่บ้าน นำปุ๋ยมาขายให้ชาวบ้านในราคาถูก ดำเนินการมาได้ 2 ปี มีกำไรเล็กน้อย

3. กลุ่มฌาปนกิจ ดำเนินการมาแล้วประมาณ 10 ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือคนที่เสียชีวิตและครอบครัวภายในหมู่บ้าน สมาชิกจะสมทบคนละ 50 บาท เมื่อมีสมาชิกในหมู่บ้านเสียชีวิต

ความสัมพันธ์ การรวมกลุ่มและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ชาวบ้านชั้นใหม่มีความสัมพันธ์กันดี เนื่องจากเป็นกลุ่มเครือญาติและกลุ่มคนที่มาจากภูมิลำเนาเดียวกัน ชาวบ้านจะอยู่กันแบบพึ่งพา เป็นพี่น้องกัน เมื่อมีกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานบุญจะให้ความร่วมมือและช่วยเหลือกันเป็นอย่างดี เมื่อมีการประกาศทางหอกระจายข่าวให้ชาวบ้านร่วมประชุมพบว่าชาวบ้านถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องมาร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ ผู้นำชุมชนยังเป็นตัวอย่างที่ดีในการแสดงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และให้ความช่วยเหลือชาวบ้านเป็นอย่างดี ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“เวลาเจ็บป่วยดึกๆ จะเรียกใครก็มาช่วย มีรถของผู้ใหญ่ และรถของผู้ช่วยไปส่งโรงพยาบาล”

“เวลามีงานจะช่วยกันดีมาก เดี่ยวนี้ไม่ต้องเลี้ยงเหล้า ชาวบ้านก็มา”

“อยู่กันแบบพี่น้อง สงบดี”

“มีความสัมพันธ์กันดี ร่วมมือกันในการพัฒนา”

“บ้านชั้นใหม่ กำลังจะเข้มแข็ง ดูจากสมาชิก ชาวบ้านเมื่อเรียกประชุม มาเกือบครบ เมื่อมีงานจะให้ความร่วมมือดี บอกมาเลย”

“เราต้องช่วยกันจึงจะอยู่รอด ต้องหันหน้าเข้าชนกันเหมือนช้าง หันหน้าปรึกษา กันเอาทัศนคติมาแลกเปลี่ยนกัน”

ปัญหาในชุมชน ในระยะเวลาประมาณ 2 ปีที่ผ่านมาในหมู่บ้านเริ่มมีปัญหา ยาเสพติด ชาวบ้านบ้านชั้นใหม่มีอาชีพในการทำไร่และมีแรงงานจากภายนอกหมู่บ้านเข้ามามากในแต่ละวัน คนกลุ่มนี้จะนิยมเสพยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้า โดยมีความเชื่อว่าจะทำให้สามารถมีแรงทำงานได้มากขึ้น ประการที่สอง บ้านชั้นใหม่อยู่ไม่ไกลจากเมืองใหญ่และการคมนาคมสะดวก ฉะนั้น การนำยาเสพติดมาจากภายนอกจึงสะดวก ประการที่สาม มีเยาวชนที่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนต่อต้องทำงานช่วยพ่อแม่ในไร่ มีจำนวนประมาณ 20 คน เยาวชนกลุ่มนี้เป็นวัยที่อยากลองประกอบกับการทำงานที่ต้องใช้แรงงานและปัจจัยเอื้อข้างต้น

จึงทำให้มีปัญหาหาเสพติดในหมู่บ้านและปัญหาที่เป็นผลจากยาเสพติดดังกล่าวคือ ปัญหาการลักขโมย ซึ่งไม่เคยมีมาก่อนในหมู่บ้าน

การพนัน ตามปกติไม่มีการเล่นการพนันในหมู่บ้าน แต่อาจจะพบเป็นครั้งคราวในงานศพ

ในกรณีที่เกิดปัญหาต่างๆ ในชุมชน ทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องของส่วนรวม บุคคลที่ชาวบ้านจะมาขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือคือ ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

การถ่ายทอดความรู้ในชุมชน เรื่องราวที่ถ่ายทอดส่วนมากเป็นความรู้และประสบการณ์ในการประกอบอาชีพและการดูแลสุขภาพ ซึ่งชาวบ้านเห็นว่าเป็นเรื่องจำเป็นต่อการดำรงชีวิตการถ่ายทอดความรู้เป็นลักษณะการบอกเล่าหรือทำให้ดูจากรุ่นพ่อแม่สู่ลูกหลานเป็นการเรียนรู้ตามอรรถศาสตร์ เป็นวิถีชีวิตของชาวบ้าน ในกรณีเป็นความรู้ทางวิชาการซึ่งส่วนมากเป็นเรื่องที่ทางราชการต้องการให้ชาวบ้านรู้ เช่น ความรู้การเกษตรจะมีนัดประชุมที่ศาลาวัด

การอพยพย้ายถิ่น ในช่วงเศรษฐกิจดีจะมีชาวบ้านบางคน โดยเฉพาะช่างฝีมือไปประกอบอาชีพนอกหมู่บ้านเป็นการชั่วคราว แต่ในปัจจุบันไม่มีการอพยพย้ายถิ่นเข้าหรือออกจากหมู่บ้าน

6. ด้านวัฒนธรรมประเพณี

วัฒนธรรมประเพณีของชาวบ้านซบเซาใหม่จะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา อาชีพ และสุขภาพ โดยจะผสมผสานวัฒนธรรมประเพณี และความเชื่อของคนที่อยู่มาอยู่ทั้ง 2 ภาค ประเพณีที่สำคัญคือ การทำบุญกลางบ้านในวันสงกรานต์ของทุกปี ในวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา จะมีการรวมตัวกันทอดผ้าป่าสามัคคี ทอดกฐิน ความเชื่อของชาวบ้านที่สำคัญคือ ในวันขึ้น 9 ค่ำ เดือน 6 มีบุญทรงเจ้าหรือพิธีส่งบ้าน ชาวบ้านจะนำเหล้าเปิด ไก่ มาร่วมพิธีที่ศาลเจ้าที่อยู่ใต้ต้นโพธิ์ใหญ่ข้างศาลาวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความเป็นสิริมงคลของหมู่บ้าน ชาวบ้านอยู่เย็นเป็นสุข ได้ผลผลิตในไร่ดี มีคนทรงเจ้าคือ แม่ปทุมมา และคนที่ทำพิธีในหมู่บ้านคือ แม่ป้อม เครื่องสังเวยที่สำคัญคือ ข้าวดำ ข้าวแดง และไข่หวาน นอกจากนี้ มีการทำบุญสามแพร่งเพื่อขจัดภัยอันตรายและเพื่อความเป็นสิริมงคลเช่นเดียวกัน ในการทำกิจกรรมดังกล่าวจะมีผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นแกนนำสำคัญ

ความสัมพันธ์กับวัดซบใหม่ เดิมหมู่บ้านซบใหม่ไม่มีวัด ในปี พ.ศ. 2505 มีพระครูดรงค์มา ชาวบ้านจึงนิมนต์ให้อยู่ที่หมู่บ้านและช่วยกันสร้างวัดขึ้น พระองค์ดังกล่าวได้มรณภาพไปแล้ว ในปัจจุบันชาวบ้านให้ความเคารพนับถือเจ้าอาวาสวัดเป็นอย่างดี เจ้าอาวาสวัดอยู่ในฐานะที่ปรึกษาและอำนวยความสะดวกเมื่อหมู่บ้านมีกิจกรรมสำคัญ เช่นการอนุญาตให้ใช้

ศาลาวัดในการประชุมหรือทำกิจกรรมของกลุ่มในหมู่บ้าน อนุญาตให้ใช้ได้ฤกษ์พระเป็นศูนย์
สาธารณสุขมูลฐาน ชุมชน และทุกวันศุกร์จัดให้นักเรียนโรงเรียนบ้านซำใหม่เข้าฟังธรรมเป็น
ประจำ

7. ด้านสาธารณสุข

7.1 สภาพทั่วไปทางด้านสาธารณสุข

มีสถานบริการด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

1) สถานีอนามัยตำบล ตั้งอยู่ห่างจากบ้านซำใหม่ประมาณ 12 กิโลเมตร มี
หัวหน้าสถานีอนามัย และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 คน สถานีอนามัยให้บริการ 24 ชั่วโมง
ทุกวัน เพราะมีบ้านพักเจ้าหน้าที่อยู่ในบริเวณสถานีอนามัย ชาวบ้านจึงได้รับความสะดวกในการรับ
บริการตลอดเวลา ชาวบ้านจะเรียกเจ้าหน้าที่ที่สถานีอนามัยว่า “หมอ” เช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ
ชาวบ้านมีความพึงพอใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ของสถานีอนามัยดีและ
สถานีอนามัยได้มีการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการตามเกณฑ์ การ
พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (พบส.)

2) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ตั้งอยู่ใต้ฤกษ์พระวัดซำใหม่ จะให้
บริการการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานเวลา 18.00 – 20.00 น. มี อสม. เป็นกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพใน
หมู่บ้านที่สำคัญ เพราะนอกจากจะให้บริการใน ศสมช. ทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ในเรื่องการ
เจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ แล้วยังมีหน้าที่ตามที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมอบหมาย เช่น การทำบัตร
สุขภาพ การประกันสังคม ศสมช. ดำเนินการมาได้ประมาณ 2 ปี ยาที่ใช้จำหน่ายได้จากการจัดสรร
ของงานสาธารณสุขมูลฐาน มีเงินกำไรประมาณ 300 บาทต่อเดือน จะเก็บสะสมไว้ที่กลุ่ม อสม. ซึ่ง
ขณะนี้รวบรวมได้ประมาณ 3,500 บาท ชาวบ้านที่เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ จะนิยมมารับบริการ
เนื่องจากสะดวก รวดเร็ว และราคาไม่แพง และมีความเชื่อถือในความรู้ความสามารถของ อสม.
นอกจากนี้ ทั้งผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เคยเป็น อสม. มาก่อนจึงสามารถสนับสนุนกิจกรรม
ต่างๆ ด้านสาธารณสุขได้ดี ชาวบ้านจึงมีความเชื่อถือและพอใจในการให้บริการของ อสม. ศสมช.
แห่งนี้เคยได้รับรางวัลการประกวด ศสมช. ดีเด่นระดับ 2 ของจังหวัดลพบุรี ในปี พ.ศ. 2540 และ
ปัจจุบันกลุ่มกรรมการหมู่บ้านเห็นว่า ศสมช. ไม่มีสถานที่ตั้งของตนเอง และสถานที่ในปัจจุบันก็ไม่
สะดวก จึงได้รวมตัวกันเสนอโครงการเพื่อของบประมาณสร้าง ศสมช. จากโครงการเพื่อการลงทุน
ทางสังคมหรือกองทุนชุมชน และได้รับอนุมัติเป็นเงิน 40,000 บาท วัดซำใหม่ที่คืนในการ
ก่อตั้ง มีเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และนักการเมืองท้องถิ่นให้ความช่วยเหลือและ
สนับสนุน คาดว่า ศสมช. แห่งใหม่จะสามารถเปิดบริการได้ในปี 2544

การดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขที่จำเป็นในหมู่บ้าน ได้แก่ การปฐมพยาบาล การรักษาเบื้องต้น การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุ และกลุ่มเสี่ยง มีแผ่นพับเกี่ยวกับโรคต่างๆ และการดูแลสุขภาพ สำหรับกิจกรรมอื่นๆ เป็นการปฏิบัติเป็นครั้งคราว ตามแผนงาน โครงการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ได้แก่ การเฝ้าระวังทางโภชนาการ การเฝ้าระวังควบคุมโรคประจำถิ่น การเฝ้าระวังทางด้านสุขภาพจิต น้ำสะอาดและสิ่งแวดล้อม การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะผู้ป่วยเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยง และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

3) คลินิก มีจำนวน 3 แห่ง อยู่ที่หมู่บ้านใกล้เคียง ห่างจากบ้านซับใหม่ ประมาณ 6 กิโลเมตร ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและเสนารักษ์ทหาร เป็นแหล่งรักษาพยาบาลที่ชาวบ้านในหมู่บ้านละแวกใกล้เคียงนิยมไปรับการรักษาเพราะสะดวก รวดเร็ว และสามารถไปรับบริการได้เกือบตลอดเวลา

การใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน และการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ในอดีตการคมนาคมไม่สะดวก การเดินทางไปรับบริการจากรัฐเป็นเรื่องลำบาก จึงต้องพึ่งตนเองด้านสุขภาพ เป็นการดูแลกันภายในครอบครัว หรือกลุ่มเครือญาติ ที่ยังคงหลงเหลืออยู่ถึงปัจจุบัน คือ หมอแผนโบราณ มีหมอนวดจับเส้น 2 คน เป็นการให้การรักษาเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งส่วนมากเป็นผลจากการทำงานหนักในไร่ หมอแผนโบราณ มี 1 คน คือ ผู้ใหญ่บ้าน ได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจากหมอแจ้งซึ่งเป็นหมอยา หมอสมุนไพร และในอดีตเคยเป็นอสม. มาก่อน จึงมีความรู้ในการดูแลสุขภาพทั้งยาแผนโบราณและแผนปัจจุบัน โรคที่ชาวบ้านนิยมมารักษาคือ โรคปวดหลัง ยาที่รักษาเป็นยาหม้อ รักษาให้ฟรี นอกจากนี้ที่บ้านผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เนื่องจากในอดีตเคยเป็น อสม. จะมียาให้ชาวบ้านเมื่อมีความจำเป็น

7.2 ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

โดยทั่วไปพบว่า ภาวะสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่แข็งแรงดี เนื่องจากลักษณะอาชีพทำให้มีการออกกำลังกายตลอดเวลา สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบมากในกลุ่มวัยทำงานคือ อาการปวดเมื่อยตามร่างกายที่เป็นผลจากการทำงาน ทำให้ชาวบ้านมีพฤติกรรมในการใช้ยาชุด และยาแก้ปวดมาก และผลตามมามีอาการโรคกระเพาะอาหาร ปวดตามข้อ กระดูกผุ ในเด็กเล็กส่วนมากจะเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุจะพบโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม

จากข้อมูลของการเข้ารับบริการที่ ศสมช. สถานีอนามัย และบัญชี 1-6 ในช่วงเดือนมกราคม – มีนาคม 2543 โรคที่พบบ่อยคือ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคระบบทางเดินอาหาร

มีเด็กอายุ 0-1 ปี มีจำนวน 2 คน ที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,000 กรัม มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง 1 คน อัตราคุมกำเนิดร้อยละ 81

จากการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) (กุมภาพันธ์ 2543) พบตัวชี้วัดที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 9 ข้อคือ (รายละเอียดในภาคผนวก)

1. ทารกแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างเหมาะสม และเพียงพอตามวัย ซึ่งมีผลทำให้มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน
2. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้กินอาหารถูกต้องครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. คร่ำเรือนไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ไม่ทำให้สุกด้วยความร้อน
4. คร่ำเรือนได้กินอาหารควบคุมที่มีคุณภาพปลอดภัยและได้มาตรฐาน อย.
5. คร่ำเรือนมีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพทนถาวร สามารถอยู่อาศัยต่อไปได้อีก 5 ปี
6. คร่ำเรือนมีการจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ
7. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับได้เข้าศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
8. คร่ำเรือนมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และมีการป้องกันอย่างถูกวิธี
9. คนในครัวเรือนไม่ติดบุหรี่

พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของประชาชน

มิติของการดูแลสุขภาพของชาวบ้านเป็นเรื่องของการรักษาโรคเมื่อเกิดอาการและในปัจจุบันก็ยังคงมีลักษณะดังกล่าว มิติของการส่งเสริมสุขภาพมีน้อยมาก และในมิติของการป้องกันโรคจะเป็นไปตามที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกำหนด เช่น การฉีดวัคซีนและการหยอดยาโปลิโอในเด็กเล็ก ซึ่งสามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั้งหมด ในเรื่องของดูแลสุขภาพด้วยตนเองชาวบ้านนิยมใช้ยาชุดและยาแก้ปวดในการรักษาอาการปวดเมื่อยร่างกายจากการทำงานหนักส่วนมากจะซื้อมาจากภายนอกหมู่บ้าน ซึ่งมีขายอยู่ตามร้านขายของชำทั่วไป ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ

7.3 การพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขชุมชน

จากการประเมินการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนพบว่าหมู่บ้านชัยใหม่สามารถพึ่งตนเองได้ในระดับต้น ต้องปรับปรุงดังนี้

7.3.1 องค์กรหรือกำลังคน ของชุมชนที่รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมการพัฒนาของชุมชนมีเฉพาะ อสม.และผู้นำที่ทางราชการจัดตั้ง มีผู้ทรงคุณวุฒิในหมู่บ้านแต่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมเป็นการแก้ไขปัญหาการรับบริการด้านสุขภาพโดยการพัฒนา ศสมช. และมี

การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการของบประมาณในการสร้าง ศสมช. จากกองทุนชุมชน สามารถเป็นแบบอย่างแก่ชุมชนอื่นได้

7.3.2 ทุน ไม่มีการระดมทุนจากชาวบ้านมาสนับสนุนในการดำเนินงานเรื่องตั้งกองทุน แต่มีการนำเงินงบประมาณไปซื้อยามาจำหน่ายแก่ชาวบ้านในราคาถูกลง และมีการแบ่งปันกำไรเข้ากลุ่ม อสม. เดือนละ 300 บาท ซึ่งกลุ่มได้รวบรวมไว้แต่ยังไม่มีความต้องการนำไปใช้ประโยชน์

7.3.3 การบริหารจัดการ มีข้อมูลพื้นฐานของชุมชนแต่ไม่มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ มีแผนงานการดำเนินการของ ศสมช. โดยผู้ดำเนินงานคือ อสม. และกลุ่มผู้นำที่เป็นทางการของชุมชน โดยมีการให้บริการด้านสุขภาพในเวลา 18.00 – 20.00 น. ของทุกวัน ไม่มีการติดตามประเมินผล ไม่มีการนำทรัพยากรในหมู่บ้านมาใช้ประโยชน์

7.3.4 กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน มีแหล่งความรู้ในชุมชน เช่น ความรู้ในการนวด ความรู้แพทย์แผนไทย แต่ใช้ประโยชน์และถ่ายทอดความรู้เฉพาะภายในครัวเรือนหรือกลุ่มเครือญาติ ข่าวสารที่นำมาจากภายนอกเป็นเรื่องของทางราชการเท่านั้น มีการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ของรัฐน้อยมาก ส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ ไม่มีการจัดรายการถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขหรืออื่น ๆ ผ่านหอกระจายข่าว ไม่มีการแนะนำความรู้การดูแลสุขภาพด้วยวิธีอื่น ๆ แต่ที่ ศสมช. จะมีแผ่นพับความรู้ด้านสุขภาพ

7.3.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาต่างๆ คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง ประชาชนจะเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อมีการร้องขอ และส่วนมากจะให้ความร่วมมือดี แต่ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการร่วมทำกิจกรรมเท่านั้น ไม่มีการร่วมคิด และร่วมประเมินตรวจสอบ

7.4 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน

ในอดีตการคมนาคมระหว่างหมู่บ้าน อำเภอ และจังหวัด ไม่สะดวก การดูแลสุขภาพของชาวบ้านจึงใช้ยาแผนโบราณ และภูมิปัญญาชาวบ้านเป็นการรักษาอาการเบื้องต้นมีหมอแผนโบราณ หมอนวดคลายเส้น และหมอดำยา ในปัจจุบันเมื่อการคมนาคมสะดวก ชาวบ้านนิยมใช้บริการสุขภาพจาก ศสมช.สถานีนามัย และคลินิก ในกรณีมีอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ หากมีอาการรุนแรงจะมีระบบการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลลพบุรี โรงพยาบาลประจำจังหวัด

การได้รับการสนับสนุนจากรัฐ บ้านซับใหม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 7,500 บาท ซึ่ง อสม. กับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยได้ร่วมวางแผนการพัฒนาสาธารณสุขหมู่บ้าน และกำหนดว่าในปีงบประมาณ 2543 จะดำเนินการอบรม แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นแผนงานที่สำคัญ

บทที่ 5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ผลการวิจัยมีลำดับการนำเสนอผลการข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวแบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทการเป็นแกนนำในชุมชน การเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์กรหรือกลุ่มในชุมชน และหน้าที่ในองค์กรหรือกลุ่มดังกล่าว ดังนี้

อายุ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42.27 ปี ส่วนมากมีอายุระหว่าง 35-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 25-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43.13 ปี ส่วนมากมีอายุระหว่าง 45-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 35-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7

เพศ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง และเพศชายภายในกลุ่มเท่ากัน คือ 15 คน คิดเป็นชายร้อยละ 50 และหญิงร้อยละ 50

สถานภาพสมรส แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ โสด คิดเป็นร้อยละ 16.7 หม้าย คิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนมากมีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 86.6 รองลงมาคือ โสด คิดเป็นร้อยละ 6.7 และหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 6.7 ตามลำดับ

อาชีพ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนมากมีอาชีพทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 70.0 และรองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.7 และอาชีพทำสวน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนมากมีอาชีพทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 และรองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.7

ระดับการศึกษา แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนมากมีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 56.7 และรองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 16.7 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 13.3 กลุ่มควบคุมส่วนมากมีการ

ศึกษา ระดับประถมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 66.7 และรองลงมาคือระดับประถมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 20.0

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยรายเดือน แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนมากมีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.3 และรองลงมาคือ รายได้ 2,001 – 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.0 กลุ่มควบคุม ส่วนมากมีรายได้ 2,001 – 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ รายได้น้อยกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.7

จำนวนสมาชิกในครอบครัว แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนมากมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 กลุ่มควบคุมส่วนมากมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมาคือ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 นอกจากนี้จำนวนสมาชิกในครอบครัวสามารถจำแนกเป็นขนาดครอบครัวได้ 2 กลุ่ม คือ ครอบครัวขนาดเล็กซึ่งมีจำนวนสมาชิก 1-4 คน และครอบครัวขนาดใหญ่ มีจำนวนสมาชิกมากกว่า 5 คน ดังนี้ แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มทดลอง ส่วนมากมีครอบครัวขนาดเล็ก คิดเป็นร้อยละ 76. กลุ่มควบคุมส่วนมากมีครอบครัวขนาดเล็กเช่นเดียวกันคิดเป็นร้อยละ 50.1

บทบาทการเป็นแกนนำในชุมชน แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนมากไม่เป็นแกนนำในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และเป็นแกนนำในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 33.3 กลุ่มควบคุมส่วนมากไม่เป็นแกนนำในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 63.3 และเป็นแกนนำในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 36.7

การเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์กรหรือกลุ่มในชุมชน แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนมากเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์กรหรือกลุ่มในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 93.3 ประกอบด้วย กลุ่มออมทรัพย์ คิดเป็นร้อยละ 43.3 กลุ่มอื่นๆ (กลุ่มฌาปนกิจศพ กลุ่มนุ้ย และการเป็นสมาชิกมากกว่า 1 กลุ่ม) คิดเป็นร้อยละ 40 และกลุ่มเกษตร คิดเป็นร้อยละ 10.0 และไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิกคิดเป็นร้อยละ 6.7 กลุ่มควบคุมส่วนมากเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์กรหรือกลุ่มในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ประกอบด้วย กลุ่มออมทรัพย์ คิดเป็นร้อยละ 26.7 กลุ่มอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 30.0 กลุ่มเกษตร คิดเป็นร้อยละ 10.0 และไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิก คิดเป็นร้อยละ 33.3

การมีหน้าที่ในกลุ่ม แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์กรหรือกลุ่มในชุมชนในกลุ่มทดลอง ส่วนมากไม่มีหน้าที่ในกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 70.0 และมีหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 30 ประกอบด้วย หน้าที่กรรมการ คิดเป็นร้อยละ 16.7 หน้าที่เหรียญกิตติมศักดิ์ คิดเป็นร้อยละ 6.7 หน้าที่ประธานและเลขานุการเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 3.3 กลุ่มควบคุมส่วนมากไม่มีหน้าที่ในกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 66.7 และมีหน้าที่ในกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 33.3 ประกอบด้วย หน้าที่กรรมการ

คิดเป็นร้อยละ 20.0 หน้าที่เหรียญก คิดเป็นร้อยละ 6.7 หน้าที่ประธานและเลขานุการเท่ากันคิดเป็น ร้อยละ กลุ่มละ 3.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ				
ต่ำกว่า 25 ปี	-	-	3	10.0
25 – 34 ปี	8	26.7	4	13.3
35 – 44 ปี	10	33.3	8	26.7
45 – 54 ปี	6	20.0	10	33.3
55 – 64 ปี	5	16.7	4	13.3
65 ปี และมากกว่า	1	3.3	1	3.3
2. เพศ				
ชาย	15	50.0	15	50.0
หญิง	15	50.0	15	50.0
3. สถานภาพสมรส				
โสด	5	16.7	2	6.7
คู่	24	80.0	26	86.7
ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	3.3	2	6.7
4. อาชีพ				
ทำไร่	21	70.0	22	73.3
ทำสวน	1	3.3	-	-
รับจ้าง	8	26.7	8	26.7
5. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาตอนต้น	17	56.7	20	66.7
ประถมศึกษาตอนปลาย	3	10.0	6	20.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.7	1	3.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	13.3	-	-
อื่น ๆ (อนุปริญญา)	1	3.3	3	10.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยรายเดือน				
น้อยกว่า 2,000 บาท	10	33.3	8	26.7
2,001 – 4,000 บาท	9	30.0	18	60.0
4,001 – 6,000 บาท	2	6.7	2	6.7
6,001 – 8,000 บาท	2	6.7	1	3.3
8,001 – 10,000 บาท	5	16.7	-	-
มากกว่า 10,000 บาท	2	6.7	1	3.3
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
2 คน	2	6.7	5	16.7
3 คน	7	23.3	5	16.7
4 คน	14	46.7	8	26.7
5 คน	2	6.7	6	20.0
6 คน	5	16.7	4	13.3
มากกว่า 6 คน	-	-	2	6.6
1-4 คน	23	76.7	18	60.1
5-8 คน	7	23.4	12	39.9
8. บทบาทการเป็นแกนนำในชุมชน				
มี	10	33.3	11	36.7
ไม่มี	20	66.7	19	63.3
9. การเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์กรหรือ กลุ่มในชุมชน				
เข้าร่วม	28	93.3	20	63.4
กลุ่มออมทรัพย์	13	43.3	8	26.7
กลุ่มเกษตร	3	10.0	3	10.0
อื่น ๆ	12	40.0	9	30.0
ไม่เข้าร่วม	2	6.7	10	33.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. จากข้อ 9 หน้าที่ในกลุ่ม				
มีหน้าที่	9	30.0	10	33.3
เหรียญก	2	5.7	2	6.7
เลข	1	3.3	1	3.3
ประธาน	1	3.3	1	3.3
กรรมการ	5	16.7	6	20.0
ไม่มีหน้าที่	21	70.0	20	66.7

**ส่วนที่ 2 ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล**

2.1 ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง
หลังการทดลองและระยะติดตามผล

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองร้อยละ 70.00 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 76.6 มีคะแนน
อยู่ระดับปานกลาง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็น
ร้อยละ 3.4 ระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.0 เป็น 80.0 และคะแนนระดับต่ำลดลงจาก
ร้อยละ 30.0 เป็น 16.6 กลุ่มควบคุมพบว่า มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลางเพิ่ม
จาก 76.6 เป็น 93.4 และระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 23.4 เป็น 6.6

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ
3.4 เป็น 36.6 ระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 80.0 เป็น 60.0 และระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 16.6
เป็น 3.4 กลุ่มควบคุมพบว่า มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 13.4 ระดับ
ปานกลางลดลงจากร้อยละ 93.4 เป็น 86.6 และระดับต่ำไม่มี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การเห็นคุณค่าในตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
สูง	-	-	-	-
ปานกลาง	21	70.0	23	76.6
ต่ำ	9	30.0	7	23.4
รวม	30	100.0	30	100.0
หลังการทดลอง				
สูง	1	3.4	-	-
ปานกลาง	24	80.0	28	93.4
ต่ำ	5	16.6	2	6.6
รวม	30	100.0	30	100.0
ระยะติดตามผล				
สูง	11	36.6	4	13.4
ปานกลาง	18	60.0	26	86.6
ต่ำ	1	3.4	-	-
รวม	30	100.0	30	100.0

2.2 ระดับความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองร้อยละ 66.6 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 76.7 มีคะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.4 เป็น 33.3 ระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 66.6 เป็นร้อยละ 63.3 และระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 30.0 เป็น 3.4 กลุ่มควบคุมมีระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงลดลง

จากร้อยละ 6.6 เป็น 3.4 ระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.7 เป็น 90.0 และระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 16.7 เป็น 6.6

ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองในระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 33.3 เป็น 63.4 ระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 63.3 เป็น 30.0 และระดับต่ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.4 เป็น 6.6 กลุ่มควบคุมมีระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นในระดับสูง จากร้อยละ 3.4 เป็น 16.6 ระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 90.0 เป็น 73.4 ระดับต่ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.6 เป็น 10.0 ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความเชื่อในความสามารถของตนเองกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ความเชื่อในความสามารถของตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
สูง	1	3.4	2	6.6
ปานกลาง	20	66.6	23	76.7
ต่ำ	9	30.0	5	16.7
รวม	30	100.0	30	100.0
หลังการทดลอง				
สูง	10	33.3	1	3.4
ปานกลาง	19	63.3	27	90.0
ต่ำ	1	3.4	2	6.6
รวม	30	100.0	30	100.0
ระยะติดตามผล				
สูง	9	63.4	5	16.6
ปานกลาง	19	30.0	22	73.4
ต่ำ	2	6.6	3	10.0
รวม	30	100.0	30	100.0

**ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของ
ตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะ
ติดตามผล**

3.1 ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.60 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 77.73 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P. value = 0.58) เมื่อพิจารณาความเชื่อในความสามารถของตนเองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.63 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 81.76 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P. value = 0.28) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถ
ของตนเองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	P.Value
การเห็นคุณค่าในตนเอง				
กลุ่มทดลอง	78.60	6.37	.59	0.58
กลุ่มควบคุม	77.73	4.96		
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง				
กลุ่มทดลอง	84.63	10.46	1.07	0.28
กลุ่มควบคุม	81.76	10.21		

3.2 หลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 81.13 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.33 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P.value = 0.61) เมื่อพิจารณาความเชื่อในความสามารถของตน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.10 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.00 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P.value < 0.003) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถ
ของตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	P.value
การเห็นคุณค่าในตนเอง				
กลุ่มทดลอง	81.13	7.20	.50	0.61
กลุ่มควบคุม	80.33	4.97		
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง				
กลุ่มทดลอง	95.10	12.49	3.13	0.003**
กลุ่มควบคุม	86.00	9.89		

3.3 ระยะเวลาติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 95.20 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.46 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P.value = 0.49) เมื่อพิจารณาความเชื่อในความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 93.43 กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 86.73 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P.value < 0.05) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถ
ของตนเองระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	P.value
การเห็นคุณค่าในตนเอง				
กลุ่มทดลอง	95.20	10.93	0.70	0.49
กลุ่มควบคุม	93.46	8.16		
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง				
กลุ่มทดลอง	93.43	12.07	2.10	0.04*
กลุ่มควบคุม	86.73	12.62		

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง

4.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test ผลการทดสอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P.value = 0.15) ความเชื่อในความสามารถของตนเองหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (P.value = 0.001) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	paired t-test	P.value
การเห็นคุณค่าในตนเอง				
ก่อนการทดลอง	78.60	6.37	1.44	0.15
หลังการทดลอง	81.13	7.20		
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง				
ก่อนการทดลอง	84.63	10.46	3.52	0.001**
หลังการทดลอง	95.10	12.49		

4.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อในความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ paired t-test ผลการทดสอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระยะติดตามผลเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P.value = 0.000) ความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระยะติดตามผลเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P.value < 0.01) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถ
ของตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Paired t-test	P.value
การเห็นคุณค่าในตนเอง				
ก่อนการทดลอง	78.60	6.37	7.18	0.000**
ระยะติดตามผล	95.20	10.93		
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง				
ก่อนการทดลอง	84.63	10.46	3.02	0.004**
ระยะติดตามผล	93.43	12.07		

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของ
ตนเองระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มควบคุม

5.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถ
ของตนเองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ paired t Test
ผลการทดสอบพบว่าคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการ
ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P.value = .047) ความเชื่อในความสามารถของ
ตนเอง หลังการทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5
(P.value = .108) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถ
ของตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Paired t-test	P.value
การเห็นคุณค่าในตนเอง				
ก่อนการทดลอง	77.73	4.93	2.30	.047*
หลังการทดลอง	80.33	4.97		
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง				
ก่อนการทดลอง	81.76	10.21	1.63	.108*
หลังการทดลอง	86.00	9.89		

5.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test ผลการทดสอบพบว่าคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 (P.value = .000) ความเชื่อในความสามารถของตนเอง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (P.value = .099) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มควบคุม

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Paired t-test	P.value
การเห็นคุณค่าในตนเอง				
ก่อนการทดลอง	77.73	4.93	9.03	.000**
ระยะติดตามผล	93.46	8.16		
ความเชื่อในความสามารถของตนเอง				
ก่อนการทดลอง	81.76	10.21	1.68	.099**
ระยะติดตามผล	86.73	12.62		

ส่วนที่ 6 ข้อมูลความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มทดลองต่อการอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน แสดงความคิดเห็นต่อการอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ในแบบสอบถามการประเมินผลโครงการอบรม เมื่อสิ้นสุดการจัดกิจกรรมในวันที่ 3 ของการอบรม และเก็บแบบสอบถามกลับคืนทันที ผลการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนมากมีความคิดเห็นว่าการอบรมครั้งนี้มีประโยชน์ ในระดับที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้แนวคิดที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมาคือ สามารถนำแนวคิดที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิต และเกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60.0 ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน คิดเป็นร้อยละ 56.7 และได้พบเพื่อนบ้านที่มีแนวคิดพัฒนาชุมชนสอดคล้องกันคิดเป็นร้อยละ 53.4 ตามลำดับ ความเหมาะสมในการจัดการอบรม ส่วนมากมีความคิดเห็นใน

ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ อาหารและเครื่องดื่ม และอุปกรณ์ในการจัดอบรม คิดเป็นร้อยละ 66.7 สถานที่ คิดเป็นร้อยละ 63.4 และระยะเวลา คิดเป็นร้อยละ 43.4 ตามลำดับและวิทยากรสามารถแนะนำกิจกรรมและให้ความช่วยเหลือได้ดีในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละ 80.0 กิจกรรมการอบรมสนุกสนาน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 11 แสดงร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อการอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ประโยชน์ที่ได้รับ					
1.1 ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์	70.0	30.0			
1.2 ได้แนวคิดที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพ	70.0	30.0			
1.3 สามารถนำแนวคิดที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิต	60.0	40.0			
1.4 เกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	60.0	40.0			
1.5 ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน	56.7	43.3			
1.6 ได้พบเพื่อนบ้านที่มีแนวคิดพัฒนาชุมชนสอดคล้องกัน	53.4	43.3	3.3		
2. ความเหมาะสมในการจัดอบรม					
2.1 ระยะเวลา	43.4	43.3	3.3	10.0	
2.2 สถานที่	63.4	36.6			
2.3 อาหารและเครื่องดื่ม	66.7	33.3			
2.4 อุปกรณ์ในการจัดอบรม	66.7	33.3			
3. วิทยากรสามารถแนะนำกิจกรรมและให้ความช่วยเหลือได้ดี	80.0	20.0			
4. กิจกรรมการอบรมสนุกสนาน	66.7	33.3			

นอกจากนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมกลุ่มทดลองได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในระยะหลังการอบรม และระยะติดตามผล มีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะหลังการอบรม โดยการใช้คำถามปลายเปิดและการสัมภาษณ์สรุปได้ดังนี้

1.1 คำถามที่ถามว่า ชอบอะไรมากที่สุดในการอบรมครั้งนี้ ผู้เข้าอบรมมีความคิดเห็นว่า ชอบที่คนในหมู่บ้านมีโอกาสรวมกัน ทุกคนมีความสุข ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมเฟรียง ให้ความร่วมมือกันดี และที่สำคัญคือ มีความรักเกิดขึ้นมากมาย ชอบที่ได้แสดงความคิดเห็นทำให้กล้าแสดงออกมากขึ้น ในส่วนของกิจกรรม ชอบทุกกิจกรรมเพราะสนุกและได้ข้อคิด นายคอย ชอบเรื่องการสร้างความฝันร่วมกัน นายธนู และนางไพรวรรณ ชอบเกมส์ ปลูกแครอท ชอบคำอธิบายว่าคนจะโตต้องปลูกแครอทเองเหมือนงู เพื่อพัฒนาตนเองต่อไปนางแต้ม และนางสาววันเพ็ญ ชอบวิทยากรที่คุยดี มีสาระ ให้ความรู้ ชอบสถานที่อบรมที่สะดวกและร่มรื่น หลวงพ่อคุณแลดี และอาหารอร่อย

1.2 คำถามที่ถามว่า ไม่ชอบอะไรมากที่สุดในการอบรมครั้งนี้ ผู้เข้าอบรมส่วนมากตอบว่าไม่มี มีผู้เข้าอบรม 1 คน ที่ต้องการให้มีเนื้อหาสาระเรื่องการดูแลสุขภาพมากๆ เนื่องจากตนเองมีสุขภาพไม่ดี การมาอบรมครั้งนี้จึงต้องการวิธีการดูแลสุขภาพที่จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์

1.3 คำถามที่ถามว่า สิ่งที่ได้เรียนรู้มากที่สุดในการอบรมครั้งนี้ ผู้เข้าอบรมส่วนมากตอบว่า ได้รู้จักเพื่อนบ้านมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องความคิด ความฝัน ได้รู้จักตนเอง มีความสามารถในการแสดงออกหลายอย่าง และสิ่งที่เป็นประโยชน์คือ ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองและครอบครัว ด้านสุขภาพ ได้ความรู้เรื่องการใช้ยาฆ่าแมลงและการป้องกัน นอกจากนี้ การอบรมครั้งนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนาตนเอง

1.4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ มีข้อเสนอแนะที่น่าสนใจคือ มี 2 คน ที่ต้องการให้การอบรมเลิกก่อนเวลา 15.00 น. เนื่องจากต้องกลับไปทำงานประจำวันคือ การรีดนมวัว และรดน้ำผัก ต้องการให้มีการอบรมในลักษณะนี้ให้กับทุกคนในหมู่บ้าน เพราะการอบรมนี้เป็นการอบรมครั้งแรกที่ชาวบ้านมีโอกาสเข้าร่วม และต้องการให้มีการไปศึกษาดูงาน

2. ระยะติดตามผล โดยการสัมภาษณ์และการเขียนแสดงความรู้สึก พบว่าความรู้สึกและความความคิดเห็นดังกล่าว ได้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงความสามารถในตนเองเป็นความรู้สึกของบุคคลในการเพิ่มอำนาจในตนเอง ซึ่งพิจารณาได้จากการพัฒนาตนเองจนเกิดความรู้สึกมั่นใจและกล้าแสดงออก โดยชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการดังกล่าว นับจากเริ่มการอบรมจนถึงสิ้นสุดการอบรมเป็นการค้นพบศักยภาพของตนเองด้วยตนเอง ประเด็นสำคัญที่พบคือ กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ กล้าแสดงออก มีความรู้สึกภาคภูมิใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถเพิ่มมากขึ้นและ

สอดคล้องกับบทบาทของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีความสามารถในการสื่อสารเพิ่มขึ้น และจากผลการนำไปใช้พบว่า มีการประยุกต์ความรู้ ความสามารถที่เกิดขึ้นไปใช้ในชีวิตประจำวัน มีการเรียนรู้และนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง มีการถ่ายทอดความรู้และวิธีปฏิบัติดังกล่าว กับคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ความรู้สึกและความคิดเห็นที่เด่นชัดมาก อีกประการหนึ่งคือ ความรักและความเอื้ออาทรของคนในชุมชน ความสามัคคีและความร่วมมือในการทำกิจกรรมใดๆ ร่วมกันของคนในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพบว่าสอดคล้องกับบรรยากาศทั่วไปที่เกิดขึ้นในชุมชน การค้นพบโอกาสในการพัฒนาและความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน ในประเด็นสำคัญนี้ชี้ให้เห็นว่า ผลลัพธ์การสร้างพลังที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นพลังที่สำคัญที่จะมีส่วนช่วยในการพัฒนาชุมชนในทุกด้านต่อไป ดังตัวอย่าง

1. เกิดความมั่นใจ กล้าแสดงออกได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น “วันแรกเขามีการอบรม ใจไม่กล้า วันที่สองมีความรู้สึกมั่นใจ วันที่สามมีความรู้สึกมั่นใจมากยิ่งขึ้น” “ฉันรู้สึกที่ดี และได้ความรู้มากมาย ได้รู้จักเพื่อนและกล้าแสดงออก สิ่งไหนไม่กล้าก็สามารถทำได้” “การอบรมครั้งนี้ได้ความรู้เพิ่มเติม สิ่งไหนที่ไม่กล้าก็สามารถทำได้” “การอบรมครั้งนี้สร้างความมั่นใจในการแสดงออกของบางคนที่ไม่ม่มีประสบการณ์ให้กล้าแสดงออกยิ่งขึ้น ซึ่งมีผลติดตามมาด้วย คือ ผู้ที่เป็นแกนนำจะได้ใช้ความกล้าแสดงออกนำไปปฏิบัติดีให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและชุมชน เพื่อสังคมที่ดีต่อไป”

2. มีความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง ดังตัวอย่างเช่น “มีความมั่นใจและภูมิใจในตนเองมากขึ้น สิ่งไหนไม่เคยทำก็สามารถทำได้” “หลังอบรมมีความรู้มากขึ้น รู้สึกดีเป็นพิเศษเราเป็นคนมีค่า”

3. มีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้นดังตัวอย่าง “ผมรู้สึกว่าชาวบ้านมีความสามารถมากขึ้น กล้าตัดสินใจกล้าแสดงออก กล้าพูด มีความคิดเป็นของตัวเอง ดูแลตัวเองในการเจ็บป่วยเบื้องต้น...บางคนยังหยุดดื่มสุราลงบ้างปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เองและยังทำให้ชาวบ้านอยากมาเข้าร่วมประชุมเป็นกลุ่มด้วยความสุข” “มีความรู้มากขึ้น มีความสามารถ รู้สึกดีใจ คิดรอบคอบขึ้น เราอยากทำความดีมากขึ้น เราได้เห็นได้รู้ อยากให้บ้านน่าซบสุขภาพดี เราดีใจที่ได้มาร่วมมือ” “แต่ก่อน นาย ผมไม่เคยเห็นเขาทำอะไร แต่หลังอบรมมานี้เขาทำดีหลายอย่างดี” “อบรมแล้วรู้สึกดี ได้ปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น”

4. มีความสามารถในการสื่อสารเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่าง “อบรมแล้วมีความกล้าพูด กล้าทำในสิ่งไม่เคยทำ” “ชาวบ้านกล้าพูดมากขึ้น” “พูดจาที่เก่งขึ้น ไปพูดที่ไหนก็ไม่เงิน ปกติดี ปกติไม่กล้าพูดสั้นเลยหละ พูดไม่ได้เลย พอพบกับหมอ เก่งขึ้น รู้สึกดีขึ้นพูดอะไรพูดได้ ไม่สั้น”

5. สามารถประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและการแก้ปัญหา ทั้งด้านสุขภาพอนามัย และการดำเนินชีวิตในชุมชน ดังตัวอย่าง “หลังการอบรม รู้จักรักษาสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถนำความรู้ที่หลากหลายมาแก้ไขปัญหาสุขภาพ ในฐานะที่เป็นบุคคลสุขภาพไม่ค่อยสมบูรณ์” “มีความรู้สึกที่ดีที่มารับการอบรม ได้รับความรู้ใหม่ๆ ที่สามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้” “รู้สึกดีใจที่มีหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข มีความสนใจเข้ามา แนะนำ มาอบรมให้ความรู้แก่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนนำมาใช้ปฏิบัติให้ถูกต้องด้านสุขภาพแก่ตัวเองและเพื่อนบ้านในชีวิตประจำวัน เมื่อชาวบ้านอบรมไปแล้ว แก่นำทุกคนรู้จักระวังในการดูแลสุขภาพ” “ตั้งแต่ผ่านการอบรม... ทำให้ผมมีความรักความห่วงใยในสุขภาพทุกคนในครอบครัวมากขึ้น และได้แนะนำในด้านการรักษาสุขภาพสมาชิกในครอบครัว มีแนวคิดชัดเจนในการรับประทานยาและการรักษาเบื้องต้น” “ในการอบรม ได้รับความรู้ แนวคิดในการคิดแก้ปัญหาต่างๆ โดยมองหาสาเหตุของปัญหา ...”

6. เกิดความรัก ความเอื้ออาทรความสามัคคี ความร่วมมือในชุมชนเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่าง “ความรู้สึกกับเพื่อนบ้านดีขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น” “หลังการอบรมไปแล้ว มีความรู้สึกที่ดีต่อเพื่อนร่วมการอบรมดีมาก มีความรักความผูกพันกันมากขึ้น มีความสนุกสนานและได้รับความรู้ใหม่ๆ ได้เห็นความร่วมมือ ความสามัคคีกันดี” “ได้รับความร่วมมือในการทำงานเกิดความสามัคคีในหมู่บ้าน” “ผมคิดว่าความรู้สึกของผมภายในบ้านผมพูดอะไรก็เข้าใจกันดี และชาวบ้านก็มีความเชื่อถือผมดีมากทุกๆ อย่างให้ความร่วมมือผมดูแลว่าหมู่บ้านรักกันดีมากฯ เลยครับ” “หลังการอบรมชาวบ้านมีความสมัครสมานสามัคคีกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รู้จักเอื้ออาทรต่อกัน” “หลังการอบรมแล้ว ทำให้ผมกระตุ้นตัวเองให้มีมนุษยสัมพันธ์ในสมาชิก และคนทั่วไปในหมู่บ้านมากขึ้น ทำให้มีการเอื้ออาทรต่อกันมากยิ่งขึ้น เพิ่มความห่วงใยและเห็นใจบุคคลในหมู่บ้านมาก พร้อมทั้งจะเสียสละช่วยเหลือเขาเท่าที่ความสามารถจะช่วยได้ด้วยความเต็มใจและบริการเขาเท่าที่ตนจะทำได้ ทำให้มีความสุขใจ” “จากแต่ก่อนไม่ค่อยกินกัน ตอนนี้ดีขึ้นเจอกันก็เรียกถาม” “เดี๋ยวนี้โอบอ้อมอารี” “คือไม่เห็นแก่ตัวเหมือนแต่ก่อน เอาชดๆ ไปเลย เมื่อก่อนใครทำอะไรก็คอยแต่จะปิดจะบัง ตอนนี้มารวมตัวกันก็จะรู้ว่าทำอะไรไม่ปิดบังกัน ถ้าทำดีก็ทำตาม” “เราช่วยกัน ภาพพจน์ต่างๆ มันก็เปลี่ยนไปแล้ว ความเอื้ออาทรความเห็นอกเห็นใจ อย่างไม่ถูกกันนี้ เราเห็นอะไรก็อภัยต่อกันคือทุกคนเปลี่ยนไปหลังอบรม”

7. การค้นพบโอกาสในการพัฒนาตนเองและชุมชน มีการค้นพบความต้องการและแนวทางในการพัฒนาชุมชนของตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่าง “ฉันมีความรู้สึกว่าการเป็นแกนนำนี้ดีมาก ได้ทั้งความรู้ มีประสบการณ์ใหม่ๆ มีทั้งเพื่อนฝูงมากมายและได้มาร่วมสนุกสนานร่วมกับเพื่อนและฉันจะขอร่วมพัฒนาและร่วมกิจกรรมทุก ๆ ครั้งที่ มี ฉันจึงมีความปลื้มปิติเป็นอันมากที่ได้มาเป็นแกนนำในครั้งนี้” “หลังจากอบรมแกนนำประจำครอบครัวที่อาจารย์ได้จัดทำไปนั้น

ผมก็มีความคิดใหม่ๆ มีวิธีการดำรงชีวิตใหม่ๆ มีการทำงานร่วมกัน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความสามัคคีในชุมชน มีความพร้อมเพรียงกันให้ความร่วมมือกันในการทำงานในชุมชนมากขึ้น ผมคิดว่าในอนาคตข้างหน้าถ้าทุกคนในชุมชน ให้ความรัก ความพร้อมเพรียง ความเสียสละต่อกันอย่างทุกวันนี้ ชุมชนของบ้านน้ำซำก็จะมีพลังที่เข้มแข็ง และยึดหยุ่นอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและมั่นคงตลอดไป” “การผ่านการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ทำให้ทุกคนที่ผ่านการอบรม ได้จุดประกายให้กับตนเองและหมู่บ้าน ได้ก้าวหน้าในด้านสุขภาพอนามัยมากขึ้น ทัดเทียมกับหมู่บ้านที่ดีมากๆ ในอำเภอ ทำให้ประหยัดเศรษฐกิจในด้านการรักษาเบื้องต้นไปมาก เพราะแกนนำได้ทำประโยชน์มากขึ้น ทำให้ส่วนรวมเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป” “หลังการอบรมมีแนวคิดในการที่จะพัฒนาหมู่บ้านของเราให้เจริญ น่าอยู่อาศัย ดังโครงการที่วางไว้ ... ในความรู้สึกแล้วผมพร้อมที่จะทำโครงการในฝันให้เป็นจริงให้จงได้”

8. เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนมากขึ้น ดังตัวอย่าง อยากให้บ้านน้ำซำแข็งแรง พันภาวะยากจน มีการพัฒนามากขึ้น ให้พัฒนาไปในทางที่ดี” “ผมมีความรู้สึกนึกคิดที่ดีขึ้น มีความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้น ทำให้ในหมู่บ้านมีความคิด เข้าใจกันดี มีความสามัคคีกัน ด้วยใจจริงทุกคนมีความคิดที่จะให้หมู่บ้านดีขึ้นจากเดิม”

ส่วนที่ 7 กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

7.1 กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของกลุ่มทดลอง

7.1.1 ลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินการ เป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ทั้ง 4 มิติของสุขภาพ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีหลักการและเหตุผลจากปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชน มีโครงการต่างๆ ดังนี้ (ภาคผนวก)

1) โครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานบ้านน้ำซำ เนื่องจากพบว่าภายในหมู่บ้านมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 คน มาจากครอบครัวที่เป็นเครือญาติกัน ประกอบด้วยคนในหมู่บ้านส่วนมากเป็นเครือญาติกัน ดังนั้น การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีอยู่แล้วจึงเป็นเรื่องสำคัญ โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง และสมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ และเพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยเบาหวาน สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน และผู้สนใจ มีวิธีดำเนินการคือ การค้นหาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการจัดตั้งชมรมผู้ป่วย

เบาหวาน งบประมาณมาจากการบริจาค ระยะเวลาดำเนินการ 4 ปี ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพแข็งแรง ผลการตรวจน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ ชาวบ้านเกิดความรักและเข้าใจผู้ป่วยเบาหวาน

2) โครงการวางแผนโภชนาการและการใช้สมุนไพร ปัญหาการใช้ยาชุดและยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกายจากงานในอาชีพ ทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนจากการใช้ยาดังกล่าว ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารเป็นจำนวนมาก ประกอบกับในหมู่บ้านมีผู้มีความรู้ด้านการวางแผนโภชนาการและการใช้สมุนไพร ซึ่งเป็นภูมิปัญญาในหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชาวบ้านมีความรู้เรื่องการนัดและการประคบด้วยสมุนไพรได้ถูกวิธี เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีอาการปวดเมื่อยหันมาใช้การวางแผนโภชนาการ และการประคบด้วยสมุนไพรแทนการใช้ยา อันเป็นการส่งเสริมให้มีการปลูกพืชสมุนไพรในชุมชน กลุ่มเป้าหมายเป็นชาวบ้านน้ำซับทุกคนที่สนใจ มีวิธีดำเนินการคือ การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการวางแผนโภชนาการและประคบสมุนไพร ส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนปลูกพืชสมุนไพรอย่างน้อย 5 ชนิด และสมาชิกกลุ่มมีการประชุมกันทุก 3 เดือน เพื่อวางแผนกิจกรรมให้ต่อเนื่อง งบประมาณได้รับการบริจาคจากชาวบ้าน และแบ่งปันพันธุ์พืชสมุนไพร ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ชาวบ้านมีความรู้เรื่องการวางแผนโภชนาการและการประคบสมุนไพร ลดการใช้ยาชุดและยาแก้ปวด เป็นการลดค่าใช้จ่าย และสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปเผยแพร่ต่อครอบครัวและชุมชนอื่นๆ ต่อไป

3) โครงการบ้านน่าอยู่ เนื่องจากสภาพบ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมของชาวบ้านมีสภาพไม่เรียบร้อย และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคและยุงลาย ผู้เข้าอบรมจึงจัดโครงการนี้เพื่อปลูกจิตสำนึกให้ทุกครอบครัวรักษาความสะอาด ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และส่งเสริมการปลูกพืชผักสวนครัวและสมุนไพรในครัวเรือน กลุ่มเป้าหมาย คือ ชาวบ้านทุกครัวเรือน ขั้นตอนการดำเนินงานโดยการประชาสัมพันธ์โครงการ จัดประกวดบ้านสวยงามและ การจัดหาพืชสมุนไพรโดยการบริจาคและแบ่งปันให้ทุกครัวเรือน ไม่มีงบประมาณ ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ทุกครัวเรือนสะอาด สวยงาม ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี และเกิดความรักสามัคคี

4) โครงการสุขภาพดีไม่มีสารพิษ เนื่องจากชาวบ้านมีอาชีพหลักคือ การเกษตร มีการใช้สารเคมีปราบศัตรูพืชเป็นจำนวนมาก ทำให้สารพิษมีโอกาสตกค้างอยู่ในร่างกายทั้งผู้ใช้สารและผู้บริโภค โครงการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชาวบ้านมีความรู้เรื่องการใช้สารเคมี เพื่อค้นหาผู้ที่มีสารพิษตกค้างในร่างกายเกินกำหนด กลุ่มเป้าหมายคือ ชาวบ้านทุกหลังคาเรือนวิธีดำเนินการโดยการให้ความรู้และการสาธิตการใช้สารเคมี การตรวจหาสารพิษตกค้างในร่างกายชาวบ้าน

การจัดศูนย์สาธิตเทคโนโลยีทางการเกษตร และสนับสนุนให้มีการใช้ปุ๋ยอินทรีย์แทนปุ๋ยเคมี งบประมาณโดยการขอรับการสนับสนุนจากเกษตรอำเภอและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผลที่คาดว่าจะได้รับ ชาวบ้านสามารถใช้สารเคมีได้ถูกต้อง และไม่มีสารพิษตกค้างในร่างกาย

ในส่วนกิจกรรมด้านสุขภาพอื่นๆ พบว่า เป็นการดำเนินการของ อสม. ตาม บทบาทหน้าที่และแผนงานโครงการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ได้แก่ การรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออก การรณรงค์การรับวัคซีนโปลิโอ เป็นต้น

นอกจากกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยแล้ว อสม. คณะกรรมการหมู่บ้านและแกนนำในหมู่บ้านได้ร่วมกันจัดทำโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กร กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตขึ้น มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอให้การสนับสนุนและการขอรับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจากกองทุนชุมชน (Social Investment Fund : SIF) ซึ่งมีนโยบายช่วยการเงินชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน โครงการได้รับอนุมัติในเดือนมีนาคม 2543 มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. พัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดหลักการพึ่งตนเองของชุมชน
2. ส่งเสริมการออมทรัพย์และการระดมทุนในท้องถิ่น
3. ส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้ ดูงาน และการอบรมเพื่อพัฒนาอาชีพและสร้างความเข้มแข็งขององค์กร
4. ส่งเสริมให้สมาชิกรู้จักการดำเนินงานกลุ่มด้วยตนเองโดยยึดหลักประชาธิปไตย

กลุ่มเป้าหมายคือ ชาวบ้านน้ำซับทุกหลังคาเรือน วิธีดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ระยะที่สำคัญคือ การจัดอบรมโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร กลุ่มออมทรัพย์บ้านน้ำซับ การศึกษาดูงานองค์กรต้นแบบ และดำเนินงาน ตามแผนงบประมาณที่ได้รับจากองค์กรชุมชนเพื่อสนับสนุน ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 43,000 บาท ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ชาวบ้านมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่มีหนี้สิน สามารถพึ่งตนเองได้ และสามารถแบ่งผลกำไรส่วนหนึ่งเพื่อพัฒนาชุมชน

7.1.2 จำนวนของโครงการ และความถี่ของการดำเนินการ

- 1) จำนวนของโครงการ มีทั้งหมด 5 โครงการ ประกอบด้วย โครงการด้านสุขภาพอนามัย 4 โครงการ ได้แก่ โครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานบ้านน้ำซับ โครงการวางแผนโบราณและการใช้สมุนไพร โครงการบ้านน่ายู่ และโครงการสุขภาพดีไม่มีสารพิษ และโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรจำนวน 1 โครงการ คือ โครงการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตบ้านน้ำซับ

2) ความถี่ของการดำเนินการกิจกรรม มีการดำเนินกิจกรรมหลัก จำนวน 13 ครั้ง ดังนี้

ลำดับ	วัน เดือน ปี	กิจกรรม/โครงการ
1	24 กุมภาพันธ์ 2543	การนำเสนอ โครงการด้านสุขภาพอนามัยแก่ชุมชน
2	3 มีนาคม 2543	การรณรงค์การปลูกพืชสมุนไพร
3	31 มีนาคม 2543	การนำเสนอ โครงการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรแก่ชุมชน
4	8 เมษายน 2543	การอบรมโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กร ณ ศาลาเอนกประสงค์ วัดถ้ำสิทธาราม โดยวิทยากรจาก ชุมชนสากลิ อำเภอสวนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
5	9-10 เมษายน 2543	การศึกษาดูงาน โครงการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กร ณ บ้านทุ่งเค็ด ตำบลห้วยทรายเหนือ อำเภอลำลูกกา จังหวัดเพชรบุรี
6	12 เมษายน 2543	การทำบุญกลางบ้านวันสงกรานต์ และกิจกรรมการพัฒนา สิ่งแวดล้อมในชุมชน โครงการบ้านน่าอยู่
7	21 เมษายน 2543	การให้ความรู้เรื่องการใช้สารเคมี และการตรวจหาสารพิษ ตกค้าง การใช้ปุ๋ย โดยวิทยากรจากเกษตรอำเภอ
8	21 เมษายน 2543	การจัดตั้งศูนย์สาธิตและถ่ายทอดเทคโนโลยีเรื่องผักปลอดสารพิษ
9	24 เมษายน 2543	การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรณรงค์การหาผู้ป่วย รายใหม่ โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลและสถานีอนามัย
10	5 พฤษภาคม 2543	การประชุมโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งองค์กร
11	5 มิถุนายน 2543	เวทีส่งเสริมประชาธิปไตยการเลือกตั้งสมาชิกองค์การบริหารส่วน ตำบล และการประชุมโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กร
12	5 กรกฎาคม 2543	การให้ความรู้ อันตรายจากขยะ โครงการบ้านน่าอยู่และสุขภาพดี ไม่มีสารพิษ โดยวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี การประชุมโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กร
13	7 สิงหาคม 2543	การจัดทำแผนการประกวดบ้านน่าอยู่ การประชุมโครงการส่งเสริม ความเข้มแข็งขององค์กร

7.1.3 ลักษณะการดำเนินกิจกรรม

1) การมีส่วนร่วมของประชาชน

- บุคคลหรือกลุ่มคนที่เข้ามามีส่วนร่วม ผู้วิจัยพบว่าในการดำเนินกิจกรรมจะได้รับความสนใจทั้งจากแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มผู้นำ และชาวบ้านการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ดี ลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วม ส่วนมากเกิดขึ้นจากความสมัครใจ โดยเฉพาะกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แต่ชาวบ้านโดยทั่วไปเป็นลักษณะของการถูกชักชวนหรือกระตุ้นจากผู้นำและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำแนกกลุ่มคนที่มามีส่วนร่วมได้ ดังนี้กลุ่มเครือข่ายและกลุ่มที่อพยพมาจากชุมชนเดียวกันและตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้เคียงกัน เช่น โครงการนวดแผนโบราณและสมุนไพร ผู้รับผิดชอบโครงการส่วนมากเป็นกลุ่มบ้านหนองเอื้อง
- ประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม เป็นกลุ่มที่มีผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์ ผู้สนใจและภูมิปัญญาในกิจกรรมนั้น ๆ เช่น โครงการนวดแผนโบราณและสมุนไพร มีนายชง นายมา เป็นที่ปรึกษากลุ่ม และผู้สนใจมีความรู้ในเรื่องนั้นอยู่แล้ว เช่น นางแต้ม ซึ่งอาสาเข้าร่วมกลุ่มและได้ปลูกพืชสมุนไพรไว้หลายชนิด
- กลุ่มผู้นำ พบว่าในการดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรมจะมีกลุ่มผู้นำทั้งที่เป็นทางการ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้แก่ หัวหน้าสถานีอนามัย เกษตรอำเภอ และกลุ่มผู้นำที่ไม่เป็นทางการ เช่น อสม. ผู้อาวุโสและภูมิปัญญาชาวบ้าน พบว่าผู้นำดังกล่าวเกือบทั้งหมดจะเข้าร่วมกิจกรรม การเข้าร่วมกลุ่มจะมีทั้งลักษณะการเป็นหัวหน้าโครงการ การเป็นที่ปรึกษา หรือเป็นผู้สนับสนุนและพบว่ากลุ่มนี้จะเป็นแกนนำสำคัญในการดำเนินการ แต่มีข้อสังเกตว่ายังไม่ค่อยมีผู้หญิงเป็นผู้นำกลุ่ม
- เหตุผลการเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากเป็นความต้องการหรือประสบปัญหาเดียวกัน จุดเริ่มต้นของการดำเนินกิจกรรม ชาวบ้านมีอิสระในแนวความคิดริเริ่มและการตัดสินใจในกระบวนการต่างๆ เป็นลักษณะที่เป็นปัญหาและเป็นความต้องการของชุมชน เช่น กลุ่มคนที่เข้าร่วมโครงการเบาหวาน ส่วนมากเป็นกลุ่มคนที่เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มเครือข่ายที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มคนที่เข้าร่วมโครงการสุขภาพดีไม่มีสารพิษ ส่วนมากเป็นกลุ่มทำสวนผัก ส่วนโครงการบ้านน่ายู่พบว่าเป็นโครงการที่ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากเป็นสภาพปัญหาที่ชาวบ้านประสบอยู่และเป็นความต้องการของชุมชน ผู้เข้าร่วมโครงการจึงมีจำนวนมากและกระจายไปทั่วทั้งหมู่บ้าน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางคนเป็นชาวบ้านที่ไม่ใช่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเข้าร่วมกลุ่ม เนื่องจากตรงกับความต้องการของตนและพบว่า

เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมแล้วตนเองมีการพัฒนาในด้านต่างๆ มากขึ้นเช่น ทักษะการสื่อสาร และมีความสนุกสนาน ก็จะเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนดำเนินการและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

- ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนมากเป็นเวลาตอนเย็นที่ชาวบ้านว่างจากงานประจำและขอให้มีการนัดหมายกันล่วงหน้า ชาวบ้านจะบริหารเวลาของตนเองเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม เช่น “เวลาเข้านัดก็มา พร้อมใจ บางทีก็ล่าหนอย แต่ก็มา ที่มาไม่ได้ส่วนมากเพราะติดงานจริงๆ” กลุ่มคนที่มาอย่างต่อเนื่องหรือประจำ ส่วนมากเป็นกลุ่มผู้นำ อสม. และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีผู้นำ จำนวน 4 คน ได้นำภรรยาเข้าร่วมกิจกรรมด้วย และกลุ่มแม่บ้านดังกล่าวพบว่าเป็นแกนนำสำคัญในการสนับสนุนกิจกรรม เช่นการจัดเตรียมอาหารและน้ำดื่มในการประชุม และเป็นแหล่งกระจายข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ

- โอกาสในการร่วมประเมินและตรวจสอบกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ ชาวบ้านเป็นผู้กำหนดปัญหา รวมทั้งวางแผนในการดำเนินในทุกขั้นตอนเป็นการกระทำด้วยความสมัครใจ ดังนั้น การประเมินหรือตรวจสอบจึงเป็นการประเมินและตรวจสอบตนเองด้วย ประกอบกับความรู้สึกร่วมของการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ กระทำด้วยความเต็มใจ บรรยากาศทั่วไปจึงเป็นด้วยดี เช่น “กะว่ารุ่งงานนี้ งานที่ทำดูแล้วพอใจ ให้ความร่วมมือกัน แต่ก่อนไม่ใช่อย่างนี้ เข็นกันไป ไม่คุยกัน แต่เดี๋ยวนี้รู้จัก รู้สึกว่าค่อยยังชั่ว” แต่ก็มีบางกลุ่มที่มีภาระงานในไร่ การดำเนินกิจกรรมตามแผนจึงล่าช้าไป “โครงการบ้านน่าอยู่ เราก็ทำไปบ้างแล้วแต่จะให้ผลดีต้องหลังจากเก็บเกี่ยวไปแล้ว คิดว่าก่อนปีใหม่คงได้ประกวดบ้านแน่” “งานส่วนตัวมันเยอะ แต่อย่างอื่นเราก็ได้เริ่มทำแล้ว”

2) การนำความรู้ด้านสุขภาพอนามัยมาใช้

ในการทำกิจกรรม มีการนำความรู้ของชาวบ้านมาใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้แพทย์แผนไทยและสมุนไพร เช่น นายธง เป็นผู้มืบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับการนวด การประคบ การใช้สมุนไพร และยังเปิดให้บริการการนวดและการประคบแก่ชาวบ้านทั้งภายในและภายนอกหมู่บ้าน ซึ่งได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก นายเผชิญ มีประสบการณ์การใช้สมุนไพรในการรักษาสุขภาพตนเอง โดยใช้หญ้าญี่ปุ่นรักษาโรคเบาหวาน พบว่า สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้เป็นอย่างดี พร้อมทั้งเผยแพร่ความรู้และพันธุ์ของสมุนไพร ดังกล่าวแก่เพื่อนบ้านเป็นจำนวนมาก และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้กระตุ้นในด้านการสนับสนุนการปลูกและการใช้สมุนไพร ในกรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม จะหาข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่เกษตร และพัฒนากร เช่น กรณีองค์การบริหารส่วนตำบล จะทำที่ทิ้งขยะพื้นที่ใกล้เคียงหมู่บ้าน ชาวบ้านได้รวมตัวกันประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไข และหาข้อมูลเพิ่มเติมทั้งจากชาวบ้านที่มีที่ดินบริเวณ

ใกล้เคียง สอบถาม อบต. และเชิญหัวหน้ากลุ่มงานอาชีพนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี มาให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหามลภาวะที่อาจเกิดขึ้นทั้งจากปัญหากลิ่น แมลงวัน และสัตว์พาหะนำโรคอื่นๆ และผลกระทบต่อน้ำใต้ดิน ซึ่งชาวบ้านต้องใช้อุปโภคบริโภค และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หาวิธีแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการนำความรู้ต่างๆ ที่ได้รับมาไปพัฒนางานในชุมชน การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและความรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาของชุมชนเป็นการดำเนินกิจกรรมด้วยพลังของชาวบ้านเองถึงแม้ว่าบางกรณีการจัดกิจกรรมของโครงการอาจจะได้รับอิทธิพลในด้านความคิดจากเจ้าหน้าที่บ้าง แต่การตัดสินใจในการดำเนินงานนั้นเป็นการตัดสินใจของชาวบ้านเองเช่น “เรารวมตัวกันตั้งแต่เดือนที่หมอกปัญญามาอธิบาย ก็เลยรู้ว่าจะเกิดผลกระทบอย่างไร แต่หม้ออื่นเขาไม่รู้ เขาเลยไม่รู้จะทำอย่างไร เมื่อเรารวมตัวกันได้แล้วเราไปถาม อบต. ว่าไม่สร้างได้ไหม เปลี่ยนไปทำสวนสมุนไพร สวนหย่อมไป ซึ่งจังหวัดลพบุรีจะมีการสร้างที่ทิ้งขยะที่เขาล่าแพน เราก็ไปทิ้งกับเขาก็เสียค่ารถ มันทำได้ จะเป็นไปได้ไหม เราแปลงจากที่ทิ้งขยะมาปลูกต้นไม้ เป็นข้อเสนอ” “ผมพาไปได้เราต้องรวมตัวกัน ไปคุยกัน อบต.ใหม่ หาแนวทางใหม่ ผมจะพาลูกบ้านไป”

3) การนำทรัพยากรมาใช้

ผู้วิจัยพบว่า มีการแบ่งปันทรัพยากรระหว่างชาวบ้านด้วยกัน และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี เช่น โครงการบ้านนาอยู่ มีข้อกำหนดให้ทุกบ้านปลูกพืชสมุนไพรอย่างน้อย 5 ชนิด พบว่าชาวบ้านให้ข้อมูลซึ่งกันและกันว่าที่บ้านของตนเองมีสมุนไพรชนิดใดบ้างและนำมาแบ่งปันกันหรือนำไปขยายพันธุ์เพิ่มเติมแล้วแจกจ่ายกัน นอกจากนี้ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการสละเวลาและแรงงานของทุกคนไม่มีค่าตอบแทน เป็นไปด้วยความสมัครใจและมีการขอสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โครงการสุขภาพดีไร้สารพิษได้ขอรับการสนับสนุนแปลงสาธิต และถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตร จากเกษตรอำเภอ

4) ความสามารถในการทำงานร่วมกัน

การจัดทำโครงการต่างๆ มีพื้นฐานมาจากปัญหาและความต้องการของชาวบ้าน มีข้อมูลบอกถึงปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านจากการทำกิจกรรมระหว่างการประชุม ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน รวมทั้งการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากชาวบ้านด้วยตนเอง และนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนการแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน ถึงแม้ไม่ครบถ้วนทุกปัญหาแต่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและจัดทำโครงการ โดยมีเป้าหมายชัดเจน แผนงานที่จัดทำขึ้นเกิดจากการระดมความคิดประชาชนในหมู่บ้าน ส่วนมากมีการ

ประชุมหลายครั้ง มีบางส่วนได้ขอคำแนะนำและข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย แต่การดำเนินการต่างๆ ไม่มีการแบ่งงานกันทำอย่างชัดเจน จะทำตามความสมัครใจของแต่ละคน หรือที่เรียกว่า “ทำด้วยใจ” “เราพร้อมใจ” “ทำเพราะเรารักกัน รักหมอ เราพูดกันรู้เรื่อง” ในส่วนของการดำเนินกิจกรรมตามแผน ผู้รับผิดชอบโครงการสามารถดำเนินการได้เพียงบางส่วน เพราะหลังการอบรมเป็นฤดูฝน ที่ชาวบ้านต้องทำไร่ จึงได้เลื่อนกิจกรรมบางอย่างออกไป โดยเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่อยู่ใกล้ตัวก่อน และปรับแผนการดำเนินการเพื่อให้โครงการดำเนินการไปตามแผนการที่กำหนดตั้งตัวอย่างทำให้สัมฤทธิ์

“เราจะรณรงค์ใหญ่ ๆ ช่วงว่างงาน เก็บข้าวโพดเสร็จเราเริ่มต้นโครงการหลังออกพรรษา เอาส่วนใหญ่ว่าง”

“เป็นไปได้ ต้องหมอดฝน เอา 5 ธันวาคม เราเอาช่วงก่อนหน้านั้นก่อน เราทำเป็นโอกาสพิเศษ”

“เราทำสิ่งที่มองเห็นก่อน เช่น ในบ้านเราก่อน ให้เห็นชัดว่าแปลกกว่าเก่าอย่างไร”

“โครงการบ้านน่าอยู่ ผู้ช่วยบอกว่า แถวลอยกระทงเราก็ประกาศบ้านดีเด่น ตอนนั้นเราก็ทำไปก่อนเรื่อย ๆ บ้านใครบ้านเรา”

“ตุลาไปแล้วงานเสร็จคงมีเวลา พุศิจากยงก็ลงมือพัฒนาเต็มที่ พอดีหลังอบรมเสร็จมีงานพอดี”

5) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน

หลังการจัดทำโครงการต่าง ๆ โดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีการนำเสนอโครงการดังกล่าวให้ชาวบ้านรับทราบ ร่วมแสดงความคิดเห็นและสมัครเข้าร่วมกิจกรรม ในวันที่ 24 มีนาคม 2543 บริเวณสนามหญ้า สถานีอนามัย มีชาวบ้านเข้าร่วมกิจกรรม 72 คน ส่วนมากให้ความสนใจ ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนเห็นความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมสุขภาพอนามัยในชุมชน “ตอนนี้เรามองเห็นการณ์ไกล ถ้ามีคนเยอะ ๆ อย่างนี้บ้านเรารุ่งเราเห็นว่าอะไรมันจะเกิดขึ้น เราแก้ปัญหา ... ตั้งแต่หมอมมาอบรม เราตื่นตัวตลอด มันรู้ ชั้นลูก ชั้นหลานเราจะเป็นอย่างไร” มีการดำเนินการตามข้อตกลงที่กำหนดไว้และมีการประชุมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง เช่น การรวมโครงการนวดแผนโบราณและสมุนไพรกับโครงการบ้านน่าอยู่ โดยปรับแนวคิดที่บ้านชนบทไทยนั้นควรมีพืชสมุนไพรด้วยและพบว่าในระหว่างการดำเนินกิจกรรมชาวบ้านมีการเรียนรู้ร่วมกันจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากหน่วยงานสาธารณสุขและหาวิธีแก้ไขปัญหาในหมู่บ้าน กลุ่มผู้นำในการทำกิจกรรมพบว่ากลุ่มคนที่เป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มผู้นำในชุมชน โดยชาวบ้านจะให้ความเชื่อถือและยอมรับเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว กลุ่มผู้นำเองได้แสดงความตั้งใจที่จะเข้าร่วมรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ อย่างเต็มที่ ขณะเดียวกันก็

มีการแบ่งปันโอกาสให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และชาวบ้านทุกคนมีสิทธิในการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ และแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ถึงแม้ว่าในภาพรวมจะเป็นลักษณะของการคล้อยตาม และเห็นด้วยกับแนวทางการปฏิบัติก็ตาม บรรยากาศการทำกิจกรรมชาวบ้านส่วนมากจะมีความสุขแสดงออกถึงความโอป้ออมอารี และช่วยเหลือซึ่งกันและกันแต่ในการดำเนินกิจกรรมที่สำคัญชาวบ้านยังต้องการให้มีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และผู้วิจัยเข้าร่วมรับฟังและขอข้อเสนอแนะเพื่อสร้างความมั่นใจและรับรองกิจกรรมตามโครงการ

6) การสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการถ่ายทอดความรู้จากประสบการณ์หรือข้อมูลใหม่ๆ ที่ได้รับมา จะมี 2 ลักษณะคือ การถ่ายทอดความรู้จากผู้รู้หรือภูมิปัญญาชาวบ้านในหมู่บ้าน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และวิธีการปฏิบัติตนจนเกิดผลดี เช่น “สุขภาพดีขึ้น เป็นเบาหวาน มาร่วมโครงการเป็นกรรมการเบาหวานมาปฏิบัติตัว กินยา ตรวจสอบสม่ำเสมอ ได้รับความรู้เพิ่มเติมก็เอาไปคุยต่อ เมื่อเจอกันก็แลกเปลี่ยนซักถาม พี่นางเป็นเบาหวานเขาบอกว่าไปโรงพยาบาลทุกวันพุธ ตอนนี้หน้าตาเขาดี เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันในการดูแลสุขภาพ” “ผมไปเจอหมู่บ้านอีกที่ หมู่บ้านเทาตา ผมลองกินสุขภาพดี ยาหลวงไม่กินเลย ก็บอกต่อ ๆ กันไปหลายคน ซ้อมาปลูกแจกด้วย” การสื่อสารตามปกติจะเกิดตามสภาพธรรมชาติ เช่น กลุ่มบ้านเรือนใกล้เคียง กลุ่มเครือญาติ หรือกลุ่มที่ประสบปัญหาเดียวกัน และการประชุมประจำเดือนกลุ่มออมทรัพย์ ในกรณีที่มีข่าวสารสำคัญจะแจ้งทางหอกระจายข่าว และแจ้งผู้รับผิดชอบแต่ละกลุ่มบ้านให้ไปกระจายข่าว

7) การสร้างทีมงานและเครือข่ายในการดำเนินงาน

ก่อนการดำเนินกิจกรรมตามโครงการ คณะกรรมการได้ชี้แจงทุกโครงการให้ชาวบ้านรับทราบและรับสมัครผู้สนใจเข้าเป็นคณะกรรมการ โดยมีข้อตกลงว่าชาวบ้านมีสิทธิในการเข้าร่วมทุกกิจกรรม การดำเนินการชาวบ้านจะดำเนินการเอง และมีการสร้างความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรมให้ตรงกันทุกคน ด้วยการให้ “สื่อชาวบ้าน” “คือชาวบ้านคุยกันเองในหัวข้อสำคัญบางอย่างที่เขาสนใจ เราก็คุยแบบธรรมดาตัวเองไปก่อน แล้วขยายผลในเรื่องที่เราต้องการโน้มน้าวเขาให้เข้าใจทีละนิด...” “เราต้องเสียดละก่อน ซื่อใจเขาก่อน ใช้จิตวิทยาและมนุษยสัมพันธ์” ส่วนการขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ส่วนมากเป็นการขอข้อมูล และการสนับสนุนในเรื่องที่หน่วยงานนั้นๆ ดำเนินการอยู่แล้วเช่น ศูนย์สาธิตการเกษตร การขอข้อมูลการดำเนินการกลุ่มออมทรัพย์ เป็นต้น ไม่มีการสร้างเครือข่ายร่วมดำเนินกิจกรรมกับชุมชนอื่น

8) ผลการดำเนินงาน

เนื่องจากโครงการต่างๆ ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ ดังนั้น การดำเนิน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้จึงยังไม่ชัดเจน แต่ชาวบ้านส่วนมากมีความพึงพอใจ และคิดว่า การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชนได้ ในส่วนของการเป็น แบบอย่างแก่ชุมชนพบว่า มีหลายชุมชนใกล้เคียงมีความสนใจที่จะดำเนินกิจกรรมในลักษณะเดียวกัน และได้ติดต่อกับชาวบ้านพร้อมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้วิจัย หลังการเข้าร่วมการวิจัย หมู่บ้านน้ำซับ ได้รับการคัดเลือกจากจังหวัดลพบุรีเป็นหมู่บ้านเป้าหมายชุมชนเข้มแข็ง และนำเข้า เป็นส่วนหนึ่งของโครงการเมืองน่าอยู่ จังหวัดลพบุรี ชาวบ้านน้ำซับ 1 ตำบล ได้รับการคัดเลือกเป็น ตัวแทนของผู้นำเกษตรกรในจังหวัดลพบุรีเข้าร่วมประชุมสัมมนาระดับชาติเรื่อง เศรษฐกิจ ชุมชน พึ่งตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตของคนไทย ณ ห้องประชุมตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาลและบ้านน้ำซับ ได้รับการสนับสนุนโครงการพิเศษจากรัฐ คือ โครงการส่งเสริมปัจจัยการผลิตภาคเกษตร โดย โครงการกระตุ้นเศรษฐกิจภาครัฐ จำนวน 80,080 บาท และโครงการส่งเสริมอาชีพแก่สมาชิกกลุ่ม ออมทรัพย์โครงการพัฒนาชุมชน จำนวน 60,000 บาท เพื่อเป็นเงินหมุนเวียนในการพัฒนาหมู่บ้าน ในลำดับสุดท้าย ผู้วิจัยได้ขอให้ชาวบ้านได้ร่วมการแสดงความรู้สึกและ ข้อคิดเห็น ว่าเหตุใดที่ทำให้หมู่บ้านน้ำซับ ได้รับการคัดเลือกเป็นหมู่บ้านเป้าหมายของชุมชน เข้มแข็งและสรุปได้ดังนี้

- หมู่บ้านเรารวมตัวกันได้ดี เข้มแข็ง
- มีการประชุมบ่อย ทำให้ได้ประโยชน์
- มีคนมาให้ความรู้ ความคิด ให้คำแนะนำ
- มีความกระตือรือร้น ตั้งตัว รับสิ่งใหม่ อยากได้ของใหม่
- มีกลุ่มออมทรัพย์

7.2 กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของกลุ่มควบคุม

หลังการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวพบว่า ไม่มีการดำเนินกิจกรรมด้าน สุขภาพอนามัยในชุมชนที่เป็นโครงการเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชน กิจกรรมที่มีอยู่เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่แกนนำ สุขภาพประจำครอบครัว ดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว ได้แก่ การรักษาพยาบาล อาการป่วยอย่างง่าย เช่น อาการไข้ ปวดหัว ท้องผูก ไข้หวัด และอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย วิธีการดังกล่าวเป็นการปฏิบัติภายในครอบครัวของตนเองที่เคยปฏิบัติอยู่แล้ว พบว่าหลังจากที่ได้ รับการอบรม ชาวบ้านสามารถหาความรู้หรือข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเองจากแผ่นพับทางด้านสุขภาพ

อนามัย และหนังสือหมอชาวบ้านที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแจกให้ผู้เข้าอบรมทุกคน แต่ยังไม่มีการถ่ายทอดความรู้ให้คนอื่น เช่น “บ้านเราไม่ได้ทำกิจกรรมเป็นเรื่องราว แต่ผมจะดูแลตนเองกับคนในบ้านเพราะพอไม่สบายเล็กๆ น้อยๆ ก็พอมีความรู้ที่ดูแลก่อนไปหาหมอ เป็นอะไรไม่มากก็หาย คนบ้านเราก็ทำอย่างนี้กัน ตอนนี่ก็ได้อ่านหนังสือที่หมอแจกก็ได้ความรู้มากขึ้นได้อ่านบ่อยๆ ก็ดีรู้ว่าอะไรจะทำยังไงมากขึ้น ถ้าอาการไม่ดีรู้เลยว่าพาไปหาหมออนามัยหรือส่งโรงพยาบาลเลย ... ไม่ได้บอกไม่ได้สอนใครต่อ แต่ถ้าเห็นก็จะบอก”

ในส่วนของกิจกรรมด้านสุขภาพอื่น ๆ พบว่า เป็นการดำเนินงานของ อสม. ตามแผนดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ได้แก่ การเฝ้าระวัง และการป้องกันปัญหาสาธารณสุข ได้แก่ การรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออก การรณรงค์การให้วัคซีนโปลิโอ การให้บริการของ ศสมช. และมีโครงการต่อเนื่องที่ดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2543 คือ โครงการก่อสร้าง ศสมช. ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรชุมชน ลักษณะของการดำเนินกิจกรรมโครงการก่อสร้าง ศสมช. ผู้จัดทำโครงการและประสานโครงการคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. โดยมีนักการเมืองท้องถิ่นให้การสนับสนุน เมื่อได้รับอนุมัติโครงการ อสม. เป็นผู้ดำเนินการ โดยขอความร่วมมือกับชาวบ้าน ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชาวบ้านส่วนมากจึงอยู่ในระดับของการร่วมทำ โดยการช่วยด้านแรงงานตามความรู้ความสามารถ ซึ่งนับว่าเป็นการนำทรัพยากรภายในหมู่บ้านมาใช้ และการให้ความร่วมมืออยู่ในระดับสูง เช่น “ทุกคนช่วยเหลือกันดี วันเทปูนมีชาวบ้านมาช่วยกันตั้ง 30 คน วันที่ว่างงานก็มาช่วยกันทั้งวัน มีสุนทร บุญช่วย สมเกียรติ ...” “ออกมาช่วยกันด้วยใจ ก้าวออกมาเอง เป็นจิตสำนึกของทุกคน” “ตอนนี้มีการก่อสร้างอาคาร ศสมช. พบว่า ช่วยกันดีคนที่ผ่านมาก็ช่วย คนมีธุระก็ไป ถ้าว่างก็มา ไม่ได้ เคี้ยวเจ็ญ” “เวลาทำงานจะแบ่งงานกันคนนั้นช่างปูน คนนี้ช่างไม้ ไม่ได้จ้างใคร เราจะช่วยกันตามความสามารถ” ความสามารถในการทำงานร่วมกันเป็นการร่วมกันวางแผนและดำเนินการเฉพาะกลุ่ม อสม. และกรรมการหมู่บ้านมีบางครั้งที่ขอความคิดเห็นจากเจ้าอาวาสวัดและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การดำเนินงานเป็นการทำตามแผนดำเนินงานของโครงการพร้อมกับงบประมาณที่ได้รับ มีการแบ่งงานกันทำตามความรู้ ความสามารถและเวลาที่แต่ละคนมีให้ ซึ่งทำให้การก่อสร้างล่าช้าไปบ้างเพราะแต่ละคนจะมีงานในไร่ซึ่งมีกิจกรรมต้องทำเกือบตลอดทั้งปี จึงมีการแก้ไขปัญหาโดยการกำหนดวัน เวลา ที่จะมาทำงานร่วมกัน ในขณะนี้ ศสมช. ได้ก่อสร้างแล้วเสร็จประมาณร้อยละ 80

บทที่ 6

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและประชาชนในชุมชน ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง สรุปได้ดังนี้

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จาก 2 ชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันมากที่สุดในพื้นที่จังหวัดลพบุรี เพื่อคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลองและระยะติดตามผล คือ ระยะก่อนการทดลอง เป็นขั้นตอนการเตรียมชุมชน การประสานพื้นที่ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนและการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ระยะทดลองผู้วิจัยดำเนินการฝึกอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มทดลอง โดยใช้กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ระยะเวลา 3 วัน มีการเสริมแรง 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ส่วนการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มควบคุมระยะเวลา 1 วันดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบและระยะติดตามผล 16 สัปดาห์หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกต การสัมภาษณ์และการใช้แบบสอบถามก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS คำนวณหาค่าต่าง ๆ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าที (t-test) และค่าสถิติเชิงสัมพันธ์ (paired t-test) ประเมินความคิดเห็นหลังการฝึกอบรมด้วยค่าร้อยละ ในส่วนข้อมูลกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนมีการจัดเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์เนื้อหา

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สรุปผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง ส่วนมากมีอายุระหว่าง 35 - 44 ปี (ร้อยละ 33.3) เพศหญิงและชายเท่ากัน สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.0) อาชีพทำไร่ (ร้อยละ 70.0) การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 56.7) รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 2,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 33.3) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขนาดเล็กมีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน (ร้อยละ 46.7) ไม่เป็นแกนนำในชุมชน (ร้อยละ 66.7) เข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์กรหรือกลุ่มในชุมชน (ร้อยละ 93.3) และไม่มีหน้าที่ในองค์กรหรือกลุ่มดังกล่าว (ร้อยละ 70.0)

กลุ่มควบคุมส่วนมากมีอายุระหว่าง 45 – 54 ปี (ร้อยละ 33.3) เพศหญิงและชายเท่ากัน สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86.6) อาชีพทำไร่ (ร้อยละ 73.3) การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 66.7) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 2,001 – 4,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60.0) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขนาดเล็กมีสมาชิกในครอบครัว 4 คน (ร้อยละ 26.7) ไม่เป็นแกนนำในชุมชน (ร้อยละ 63.3) เข้าร่วมเป็นสมาชิกในองค์กรหรือกลุ่มในชุมชน (ร้อยละ 66.7) และไม่มีหน้าที่ในองค์กรหรือกลุ่มดังกล่าว (ร้อยละ 66.7)

2. ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง

2.1.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.60 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 81.13 พบว่าเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P- value = 0.15) ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

2.1.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.60 ระยะติดตามผลค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 95.20 พบว่าเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (P- value = 0.000) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

2.1.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.63 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.10 พบว่าเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (P- value = 0.001) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

2.1.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.63 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.43 พบว่าเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P-value = 0.001) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

2.2 การเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

2.2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองและระยะติดตามผล

1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 81.13 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.33 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.61) ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.43 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.73 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.04) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

2.2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองและระยะติดตามผล

1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.10 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.00 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P-value = 0.003) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเองระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.43 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.73 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 (P-value = 0.49) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

2.3 การเปรียบเทียบกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ดังนี้

2.3.1 กลุ่มทดลองมีกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองดังต่อไปนี้

1) ลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินการ เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชนทั้ง 4 มิติทางสุขภาพ คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ มีหลักการและเหตุผลของการดำเนินกิจกรรมตามความต้องการของประชาชน และเป็นปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชน

2) จำนวนโครงการกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนมี 4 โครงการ คือ โครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โครงการวางแผนโภชนาการและการใช้สมุนไพร โครงการบ้านนำอยู่ โครงการสุขภาพดีไม่มีสารพิษ และโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กร 1 โครงการ คือ โครงการส่งเสริมความเข้มแข็งองค์กร กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนชุมชน ความถี่ของการดำเนินกิจกรรมหลักจำนวน 13 ครั้ง ประกอบด้วย การนำเสนอโครงการ การให้ความรู้ การศึกษาดูงาน การรณรงค์ การปฏิบัติงานของแต่ละโครงการ การจัดตั้งศูนย์สาธิตและการประชุมเพื่อประเมินผลโครงการ

3) ลักษณะการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในเกณฑ์ดี โดยเฉพาะกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเกิดจากความสมัครใจ ในส่วนของประชาชนเกิดจากการกระตุ้นของกลุ่มแกนนำในชุมชนและความสนใจส่วนบุคคล มีผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์เป็นที่ปรึกษาในการดำเนินกิจกรรม กลุ่มผู้นำทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นที่ปรึกษา เหตุผลของการเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากเป็นความต้องการของชุมชน และทุกคนประสบปัญหาเดียวกัน เวลาเข้าร่วมกิจกรรมส่วนมากเป็นเวลาดอนเย็นที่ว่างจากงานประจำ กลุ่มคนที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นกลุ่มผู้นำ อสม. และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แหล่งกระจายข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ คือกลุ่ม อสม.และกลุ่มแม่บ้าน การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและชาวบ้านจะเห็นความสำคัญของกิจกรรม และเป็นผู้กำหนดปัญหา วางแผนการดำเนินงาน ปฏิบัติและประเมินผล การดำเนินงานเป็นไปตามข้อตกลงและมีการประชุมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ระหว่างดำเนินกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน มีความรับผิดชอบและมีความกล้าในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า โดยทุกคนมีสิทธิแสดงความ

คิดเห็น มีความเชื่อถือกลุ่มผู้นำในชุมชน และกลุ่มผู้นำได้เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรม บรรยากาศการทำกิจกรรมดี มีการแสดงออกถึงความโอบอ้อมอารีย์และความสามัคคี ในการดำเนิน กิจกรรมชาวบ้านต้องการให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและผู้วิจัยเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความมั่นใจ และความ น่าเชื่อถือของกิจกรรม มีการนำความรู้ด้านสุขภาพและความรู้ภายในท้องถิ่นมาใช้ ได้แก่ความรู้แพทย์ แผนไทย ความรู้ด้านสมุนไพร ความรู้และประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเอง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้การสนับสนุนด้านความรู้และทรัพยากร ในกรณีที่ชาวบ้านยังไม่เข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมจะขอข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้รู้ มีการแบ่งปันทรัพยากร ที่มีภายในหมู่บ้านเช่น พืชสมุนไพร การเสียสละแรงงานและเวลาในการร่วมกิจกรรมพัฒนาชุมชนมี การขอสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แปลงสาธิตการเกษตรจากเกษตรอำเภอ ในการทำงานร่วมกันมีการนำข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลที่บอกถึงปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านมา ใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหของหมู่บ้านโดยการระดมความคิดจากชาวบ้าน มีการกำหนดเป้าหมาย ในการดำเนินงาน มีการแบ่งงานตามความสามารถของบุคคล และตามความสมัครใจ มีการจัดกิจกรรม ตามแผนแต่ยังไม่ครบถ้วนเนื่องจากระยะเวลาและงานอาชีพมีการประเมิผลระหว่าง ดำเนินการ

ในเรื่องการสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้ พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการ ถ่ายทอดความรู้ 2 ลักษณะ คือ การถ่ายทอดความรู้จากผู้รู้ในหมู่บ้านและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ด้านความรู้และวิธีปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพจนเกิดผลดี หรือข้อมูลใหม่ ๆ ที่ได้รับมาจากส่วน ราชการ ลักษณะของการสื่อสารเป็นไปตามธรรมชาติคือเมื่อมีการพบกันหรือประสบปัญหาเดียวกัน เมื่อมีข่าวสารสำคัญจะแจ้งทางหอกระจายข่าวและผู้รับผิดชอบ การสร้างทีมงานและเครือข่ายการ ดำเนินงานโดยการเสนอโครงการต่างๆ ให้ชุมชนรับทราบและเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยความสมัครใจ มีการใช้สื่อชาวบ้านเพื่อสร้างความเข้าใจ ไม่มีการสร้างเครือข่ายร่วมดำเนินกิจกรรม กับชุมชนอื่น ผลการดำเนินกิจกรรม ชาวบ้านมีความพึงพอใจและคิดว่าการดำเนินกิจกรรมตาม โครงการสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนได้ หมู่บ้านน้ำซับสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ ชุมชนอื่นและพบว่าหลังการเข้าร่วมการวิจัย หมู่บ้านน้ำซับได้รับการคัดเลือกเป็นหมู่บ้านเป้าหมาย ชุมชนเข้มแข็ง ได้เข้าร่วมโครงการเมืองน่าอยู่ จังหวัดลพบุรี มีชาวบ้านน้ำซับ 1 คน ได้รับการคัดเลือก เป็นตัวแทนของผู้นำเกษตรกรของจังหวัดลพบุรี เข้าร่วมประชุมระดับชาติที่ทำเนียบรัฐบาลและ หมู่บ้านน้ำซับได้รับการสนับสนุนงบประมาณ โครงการพิเศษจากรัฐ 2 โครงการ

การประเมินผลความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของกลุ่ม ทดลองต่อโครงการฝึกอบรม พบว่าส่วนมากอยู่ในเกณฑ์เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งประโยชน์ที่ได้รับ ความ

เหมาะสมในการจัดการอบรม วิทยากรและกิจกรรมการอบรม แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัวได้ แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ารับการอบรม คือ ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจ กล้าแสดงออกมีความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการสื่อสารและการทำงานกิจกรรมต่างๆ เพิ่มมากขึ้น มีความสามารถในการประยุกต์ความรู้มาใช้ในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน เกิดความรัก ความเอื้ออาทร ความสามัคคี ความร่วมมือในชุมชนเพิ่มมากขึ้น มีการค้นพบโอกาสในการพัฒนาตนเองและชุมชนและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนมากขึ้น

สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนที่สถานีอนามัย และ ศสมช. ยังไม่มีข้อมูลหรือสถิติที่แสดงถึงการมีสุขภาพดีของประชาชน อาจเนื่องจากระยะเวลาสั้น แต่จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีความสุขดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ สามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพตนเองและถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนอื่นๆ ได้ แต่พบว่ามีแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว 1 รายที่ยังคงใช้ยาชุด

2.3.2 กลุ่มควบคุม หลังการอบรมการพัฒนาแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มควบคุมมีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน 1 โครงการคือ โครงการก่อสร้างศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนชุมชน การดำเนินการก่อสร้างได้รับความร่วมมือจากชุมชน โดยเฉพาะกลุ่ม อสม. มีกลุ่มแก่นนำในชุมชนเป็นผู้วางแผน ดำเนินการ มีการแบ่งงานกันตามความสามารถของบุคคล การก่อสร้างดำเนินการไปแล้วประมาณ ร้อยละ 80 ไม่มีความขัดแย้งระหว่างดำเนินการ

สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน พบว่ามีจำนวนผู้มารับบริการที่ ศสมช. ลดลงในช่วงเดือนมิถุนายน – กันยายน โดยเปรียบเทียบจากช่วงเวลาเดียวกันกับปีที่ผ่านมาสามารถอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ 2 ประการ คือ เป็นช่วงเวลาที่อากาศไม่เปลี่ยนแปลง ไม่ร้อนจัด ซึ่งมีผลให้การเจ็บป่วยจากภาวะอากาศน้อยลง และอาจเป็นผลจากเข้ารับการอบรมการพัฒนาแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัวทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองในขั้นปฐมภูมิได้

3. หลักสูตรการพัฒนาแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว

การพัฒนาแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามี ความแตกต่างกันคือ ในกลุ่มทดลอง เนื้อหาการฝึกอบรมมาจากสถานการณ์จริงของชุมชนและ ประสบการณ์ของแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัวทุกคน โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและ ประสบการณ์ บรรยายการเรียนสนุกสนานเป็นกันเอง ขึ้นตอนเริ่มตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพในการ สร้างพลัง การวิเคราะห์สาเหตุและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา การอภิปรายและวางแผนร่วมกันโดยใช้

กิจกรรมเกี่ยวกับทำทาง การเคลื่อนไหว การวาดภาพ การเล่าเรื่องจากรูปภาพ ระยะเวลาการฝึกอบรม 3 วัน มีการเสริมแรงเพื่อสนับสนุนความรู้และทรัพยากรที่จำเป็น ในกลุ่มควบคุม พบว่าเนื้อหาการฝึกอบรมมาจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เกี่ยวข้องและ อสม. ในพื้นที่ โดยการระดมความคิดจากประสบการณ์ ข้อมูลภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การถ่ายทอดความรู้ใช้วิธีการบรรยาย วิทยากรคือ อสม. ที่ผ่านการอบรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ โดยเริ่มจากการแนะนำบทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและการให้ความรู้ตามเนื้อหา มีการเปิดโอกาสให้ซักถาม ระยะเวลาการฝึกอบรม 1 วัน การติดตามประเมินผลโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะซักถามความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มควบคุม ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยและความคิดเห็นของ อสม. ในฐานะที่เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ในส่วนที่เหมือนกันคือ การจัดหาสื่อเพื่อใช้ในการเรียนรู้ การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรม การสร้างเครือข่ายให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการร่วมมือกับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขของท้องถิ่น

4. จากการวิเคราะห์ กระบวนการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว พบว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดำเนินการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม บรรลุวัตถุประสงค์ได้แก่ บริบทของชุมชนและผู้วิจัยดังนี้

4.1 บริบทของชุมชน ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

ประการแรกชาวบ้านมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดทั้งในลักษณะของเครือญาติและลักษณะของอาชีพที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน การรับทราบหรือแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลจึงสะดวกรวดเร็ว ในกรณีที่มีการดำเนินกิจกรรมหรือการกระทำที่เกิดผลดีร่วมกับการช่วยเหลือจากเครือญาติ จึงมีผลทำให้ชาวบ้านมีความมั่นใจในการดำเนินการต่างๆ และมีส่วนร่วมในชุมชนมากยิ่งขึ้น

ประการที่สอง ผู้นำในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการให้การสนับสนุนและสมัครเข้ารับการฝึกอบรมในทั้งสองกลุ่ม จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่าคนกลุ่มนี้เป็นคนที่ซื่อสัตย์สุจริต ได้รับความไว้วางใจจากชุมชน ฐานะดีและเป็นผู้สามารถกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นได้

ประการที่สาม อสม. ซึ่งเป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เป็นกลุ่มคนที่มีความรู้ความสามารถ อุทิศตนให้กับงานส่วนรวมและเข้าใจบทบาทของตนเป็นอย่างดี

ประการที่สี่ สมาชิกในชุมชนเป็นกลุ่มคนที่มีความขยันหมั่นเพียร อดทน โอบอ้อมอารีย์ มีความสามัคคีและรักใคร่กัน

ประการที่ห้า ปัญหาในชุมชนเป็นปัญหาที่คล้ายคลึงกันและเป็นปัญหาที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของทุกคน เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาสุขภาพที่เป็นผลจากอาชีพ ทำให้ทุกคนรับรู้และตระหนักในปัญหาเหล่านั้น ทำให้เข้าใจสภาพปัญหา กรอบปัญหา ดังนั้นการรวมกลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและดำเนินการตามแผนการจึงทำได้ดี และประสบการณ์เหล่านี้จะช่วยให้ชุมชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้

ประการที่หก การได้รับการสนับสนุนจากภายนอกชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐ และกองทุนชุมชน ที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านความรู้และทรัพยากรที่จำเป็น

4.2 ผู้วิจัย การที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการต่างๆ ตามขั้นตอนการวิจัยนับตั้งแต่การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การเก็บข้อมูล การฝึกอบรม และการติดตามประเมินผล ระยะเวลาประมาณ 1 ปี พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตลอดจนประชาชนในชุมชนจะให้ความสนใจผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้ทำการวิจัย มีการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยและการดำเนิน กิจกรรมอื่นๆ ในชุมชนที่นอกเหนือจากกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย เช่น การดำเนินงานของกลุ่มเกษตรกร กลุ่มออมทรัพย์ เป็นต้น จึงกล่าวได้ว่า ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้และมีผลต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กล่าวคือ เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้มีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจควรนำมาอภิปรายดังนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเอง จากผลการศึกษาพบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปรัชญาการณดังกล่าวสามารถอธิบายการเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ ในการฝึกอบรมครั้งนี้มีกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าอบรม คือ กิจกรรมสาขารแห่งชีวิต กิจกรรมเกาสวรรค์ กิจกรรมโทโส กิจกรรมการเล่าเรื่องจากรูปภาพ และกิจกรรมละครคนที่เกี่ยวกับบทบาทของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวทำให้ผู้เข้าอบรมมีโอกาสทบทวนตนเองเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายการดำเนินชีวิต ทำให้มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ได้ค้นพบศักยภาพตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินผลการเรียนรู้ของตนเองหลังทดลองคือ ได้รู้จักตนเองรู้จักเพื่อนมากขึ้น โดยเฉพาะความคิดความฝัน และค้นพบว่าตนเองมีความสามารถหลายอย่าง มีความมั่นใจมาก

ขึ้น การเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้นนี้ จะเห็นได้ว่ามีพื้นฐานและพัฒนามาจากความรู้สึกว่า ตนเองเป็นบุคคลที่มีความสามารถและความภาคภูมิใจในตนเอง แต่กิจกรรมการฝึกอบรมในระยะนี้ผู้เข้าอบรมไม่มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในชุมชน ดังนั้นอาจมีผลการต่อการเพิ่มขึ้นของการเห็นคุณค่าในตนเองในระยะแรก ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะแสดงค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเวลาผ่านไปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง สามารถนำไปปฏิบัติในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ การประสบผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันดังกล่าวของผู้เข้าอบรม จึงเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้ผู้เข้าอบรมเกิดการเรียนรู้ยิ่งขึ้น เกิดความพึงพอใจและนำไปสู่ความมั่นใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ดังจะเห็นได้จาก การประเมินผลในระยะติดตามผล พบว่าผู้เข้าอบรมมีการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองในลักษณะที่เป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้น เกิดความมั่นใจกล้าแสดงออก มีความภาคภูมิใจรู้สึกที่ตนเองมีค่า มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและเพื่อนบ้านและพบว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ มากขึ้น เช่น สามารถพูดต่อหน้าชุมชนได้ หรือแสดงความคิดเห็นของตนเองในที่ประชุม การค้นพบแนวทางการพัฒนาตนเองและชุมชน เกิดความรักความสามัคคี และรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน มีความเชื่อมั่นในการแสดงบทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ แคทซ์ (Katz, 1993 อ้างในวัฒนา มัคคสมัน, 2539: 21) ที่เสนอว่าการเห็นคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งต่อไปนี้

1. ได้รับข้อมูลย้อนกลับในทางบวก มากกว่าการให้คำชมที่ดูเหมือนเป็นการยกยอเท่านั้น
2. ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เขามีโอกาสตัดสินใจอย่างแท้จริง และกิจกรรมดังกล่าวจะต้องไม่เป็นกิจกรรมง่ายๆ
3. ได้เข้าร่วมโครงการหรือการทำงานโดยมีส่วนร่วมในการริเริ่ม มีส่วนในการให้ความร่วมมือในการทำงานหรือโครงการ
4. ได้มีโอกาสพัฒนาเกณฑ์ในการประเมินผลงานของตน และมีโอกาสนำเกณฑ์นั้นมาใช้ในการประเมินผลงานของตนจริงๆ

ดังที่ แมคเคย์และกอร์ (Makay & Gaw, 1975) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในตนเองเป็นผลรวมจากที่บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ และความเชื่อมั่นในตนเองนี้ ทำให้บุคคลยอมรับนับถือตนเอง และเป็นผลให้มีความเชื่อว่าตนเป็นคนมีความสามารถและมีคุณค่า และสอดคล้องกับ เจอร์โม (Jurmo, 1989) ที่กล่าวว่าการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะช่วยพัฒนาบุคคลด้านความคิด บุคลิกภาพทางสังคม การคิดอย่างใช้วิจารณญาณ การเห็นคุณค่าในตนเอง สนใจที่จะเรียนรู้หรือศึกษาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง เพราะกลวิธีการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการ

จัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ผู้เรียนจะมีได้มีสภาพเหมือนวัตถุที่ถูกปั้นด้วยกระบวนการทางการศึกษา ผู้เรียนจะเป็นผู้กำหนดการเรียนรู้ของตนเอง บรรยาการการเรียนรู้แบบนี้จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกเป็นอิสระ เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ดังที่วอลเตอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1988) กล่าวว่าจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของเอลเดอร์ (Elder, 1965 อ้างใน วราภา จันทรโชติ, 2540: 42) ที่ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการกระทำของตนเอง การมีความสามารถและการตัดสินใจของบุคคลอื่นที่ตนให้ความสำคัญด้วย จากการศึกษาดังกล่าว จึงมีผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความเชื่อในความสามารถของตนเอง จากผลการศึกษาแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งหลังทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากการได้รับการฝึกอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการเรียนรู้ทางสังคมที่เป็นประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์ทางอ้อม และการเรียนรู้เหล่านี้จะกลายเป็นความเชื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมครั้งต่อไป กิจกรรมการฝึกอบรมประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพบุคคล กิจกรรมการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหา และกิจกรรมเสริมเป็นกิจกรรมที่ผู้เข้าอบรมได้มีส่วนร่วม มีโอกาสสะสมประสบการณ์ตรง ทำให้ผู้เข้าอบรมเกิดความเชื่อในการแสดงพฤติกรรมต่อไป กล่าวคือ บุคคลจะตัดสินใจในความสามารถของตนจากประสบการณ์ที่เคยได้รับหรือเคยมีทักษะมาก่อนแล้วนำมาใช้เพื่อตัดสินใจ การแสดงพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จซ้ำๆ จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และมีอิทธิพลสูงสุดที่ทำให้บุคคลมั่นใจในความสามารถของตนเอง ดังนั้นเมื่อบุคคลได้เริ่มกระทำพฤติกรรมก็ยิ่งเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น กิจกรรมโทโต ผู้เข้าอบรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้สะท้อนความคิด ความรู้สึก และทักษะของตนเองต่อบทบาทแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว ส่วนกิจกรรมละครคนที่ใช้บทบาททำทางเป็นสื่อแสดงความคิดและสะท้อนสภาพปัญหาเพื่อปลูกจิตสำนึกของบุคคล ชุมชนและสังคม ซึ่งการแสดงนี้ทำให้ผู้เข้าอบรมได้ค้นพบศักยภาพและความสามารถของตนเองในการใช้จินตนาการเพื่อการแสดงบทบาทและทำทางเป็นสื่อการแสดงออก ผู้เข้าอบรมได้รับการกระตุ้นให้เข้าใจปัญหา ตระหนักในปัญหา สามารถวิเคราะห์ปัญหา และค้นพบวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้เข้าอบรมมีความเชื่อในความสามารถของตนใน

บทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อไป ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเป็นความรู้สึกนึกคิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” โดยการประเมินความสามารถของตนเอง ภายใต้สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งบุคคลจะรับรู้ว่าคุณสามารถแสดงพฤติกรรมในการเผชิญกับสถานการณ์ได้มากน้อยเท่าใด และบุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรมตามที่ได้ประเมินความสามารถของตน ดังนั้นในบทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนว่าสามารถแสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว สามารถเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนได้บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นออกมา นอกจากนี้การที่ผู้เข้าร่วมอยู่ในชุมชนที่เป็นกลุ่มเครือข่าย มีความสัมพันธ์ที่ดีและใกล้ชิดกัน จึงเกิดการเปรียบเทียบความสามารถของตนเองที่มีอยู่กับสมาชิกในชุมชน ทำให้เกิดความมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ผู้อื่นทำได้ตนก็สามารถทำได้เช่นกัน ความสำเร็จในการกระทำของผู้อื่นหลายๆ คนและหลายครั้งยอมส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วอลเลอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1988) ที่กล่าวว่า การจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความเชื่อในความสามารถของตนสูงขึ้น และผลการศึกษาของ วราภา จันทรโชติ (2540) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อในความสามารถของตนเองในนักศึกษาพยาบาล พบว่าความเชื่อในความสามารถของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

3. กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน หลังการอบรมพบว่า กลุ่มทดลองมีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ซึ่งเป็นผลจากระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังตามที่ วอลเลอร์สไตน์ และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1988) กล่าวว่า การสร้างพลังเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกการเห็นคุณค่าของตนเองและการเพิ่มศักยภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพราะการเรียนรู้ที่เกิดจากสภาพเป็นจริงของสังคมที่ตนอยู่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ และความมั่นใจจะยิ่งเพิ่มขึ้นเมื่อได้กระทำพฤติกรรมจนเป็นประสบการณ์ตรงที่ประสบผลสำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนที่พัฒนามาจากการเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เพราะบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา นั่นเอง เช่น กิจกรรมการเล่าเรื่องจากรูปภาพ เป็นการสะท้อนภาพชุมชนที่เป็นจริงเป็นจุดเริ่มต้นให้ผู้เข้าร่วมมีการพัฒนาตนเองจากการค้นพบศักยภาพและความสามารถของตนเองในการใช้ประสบการณ์วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ความรู้ที่ได้จากกิจกรรมจะนำมา

เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันภายในชุมชน รูปแบบของกิจกรรมกระบวนการศึกษา เพื่อสร้างพลังนี้ให้โอกาสแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและประชาชนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมในชุมชนด้วยความสมัครใจ เป็นผู้กำหนดปัญหา หาแนวทางดำเนินงานด้วยตนเอง มีการสนับสนุนทรัพยากรความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินกิจกรรม เช่น กิจกรรมร่วมใจพัฒนา ที่ผู้เข้าอบรมได้ทบทวนประสบการณ์ ได้แสดงออกถึงความรู้ความสามารถของตนเกี่ยวกับสภาพความจริงที่เป็นปัญหาในชุมชน วิเคราะห์สภาพปัญหาเหล่านั้น หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน มีการนำเสนอโครงการต่อชาวบ้านทุกคนอย่างชัดเจน และเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซิมเมอร์แมน (Zimmermand, 1997) เรื่องรูปแบบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเอดส์ ตามแนวคิดการสร้างพลังว่า กิจกรรมจะออกแบบสำหรับผู้นำในชุมชน เพื่อช่วยในการวางแผนและการปฏิบัติงานตามโครงการ กิจกรรมจะช่วยคนในการพัฒนาทักษะที่จำเป็น เช่น การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และทักษะผู้นำ เป็นกิจกรรมสำหรับประชาชนในการทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นการสนับสนุนทางสังคมและการพัฒนาความตระหนักรู้ของประชาชนต่อชุมชนของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้เข้าอบรมเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงภายในชุมชนจากการริเริ่มของผู้เข้าอบรม ในส่วนของการวางแผนปฏิบัติการ ทำให้ผู้เข้าอบรมได้มีโอกาสวางแผนการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน และมองเห็นกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจริงได้อย่างเหมาะสม การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามโครงการมีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน มีการแบ่งงานตามความสามารถของบุคคลตามความสมัครใจทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ ทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบและยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ มาร์ก (Marx cited in Plunkett, 1994) ที่กล่าวว่างานสามารถกระตุ้นให้คนกระทำกิจกรรมที่สำคัญได้ บุคคลสามารถสร้างประสบการณ์ตัวเองในฐานะเป็นผู้กระทำ งานที่ช่วยให้เกิดการสร้างพลังต้องมีวัตถุประสงค์ของงานชัดเจน งานมีความหลากหลาย และผู้ร่วมงานมีอำนาจในการตัดสินใจสอดคล้องกับการเสนอรูปแบบการสร้างพลังของวอลเลอ์สตรีน (Wallerstein, cited in Purdey, et al, 1994) ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรับผิดชอบของการเป็นชุมชนและการมีส่วนร่วมในชุมชนทั้งระดับบุคคลและชุมชนว่า การที่คนในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนโดยร่วมกันวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันและมีการนำไปปฏิบัติ จะนำชุมชนไปสู่การพัฒนาความรู้สึกรับผิดชอบความสำเร็จ ความเป็นเจ้าของและความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ และรูปแบบนี้เชื่อว่าการ

สะท้อนกลับจะทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกันของการสร้างพลังในชุมชนและนำไปสู่วงจรความสำเร็จของกิจกรรมและการสะท้อนกลับในชุมชน คือ จะทำให้เกิดความมั่นใจ เกิดเครือข่ายสังคม เพิ่มความสามารถ เพิ่มทรัพยากร มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในสังคมและท้ายที่สุดจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ส่วนการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของกลุ่มควบคุมมีเพียง 1 โครงการ อาจเนื่องจากแนวการฝึกอบรมเป็นการบรรยายความรู้ในการดูแลสุขภาพเพียงอย่างเดียว เนื้อหาในการเรียนรู้ไม่ได้มาจากผู้เรียนและไม่มีการปฏิบัติการซึ่งถือว่าเป็นเรื่องสำคัญ

นอกจากนี้การประเมินผลความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มทดลองต่อการฝึกอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง พบว่าการอบรมครั้งนี้มีประโยชน์ มีความเหมาะสมด้านการจัดการ วิทยากร และกิจกรรมการอบรมในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่คือ ผู้ใหญ่จะเกิดการเรียนรู้ได้ดีหากผู้เรียนมีความต้องการและสนใจในสิ่งที่จะเรียนรู้ สิ่ง que เรียนรู้มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์และชีวิตจริงจะช่วยให้สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และสอดคล้องกับความเชื่อของการศึกษาเพื่อปวงชนตามที่ อลิศรา ชูชาติ (2538 : 21) กล่าวไว้ว่า การศึกษาเพื่อปวงชนมีความเชื่อว่า ผู้เรียนเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่สำคัญที่สุด เป็นการเรียนรู้ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริงไม่มีการบังคับให้เกิดการเรียนรู้ ผู้เรียนต้องมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดด้วยการลงมือปฏิบัติ การเรียนรู้ร่วมกันก่อให้เกิดพลังในการทำงานเป็นกลุ่มผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อไม่มีความกดดัน การประสบผลสำเร็จเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ยิ่งขึ้น บรรยายการฝึกอบรมมีความสนุกสนานเป็นกันเอง มีความเสมอภาค วิทยากรซึ่งมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ และหลักการทุกคนเป็นผู้เรียนทุกคนเป็นผู้สอน เน้นการสร้างสรรคความรูใหม่ และกลุ่ม Women's self help network (อลิศรา ชูชาติ, 2538: 23) ได้อธิบายเพิ่มเติมหลักการการศึกษาเพื่อปวงชนว่าเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ส่งเสริมศักยภาพและพลังอำนาจภายในบุคคลและกลุ่มสามารถรวมพลังในการพัฒนาสังคมให้ดียิ่งขึ้น

พร้อมกันนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดำเนินการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้บรรลุวัตถุประสงค์ ประการแรกคือ บริบทของชุมชนที่มีปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อาทิ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน การเข้าร่วมการพัฒนาด้วยความสมัครใจ ฐานการเรียนรู้คือผู้นำ สมาชิกในชุมชน และ อสม.มีศักยภาพ ภูมิปัญญาชาวบ้าน การประสบปัญหาเดียวกัน และการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากภายนอกชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งของ ประเวศ วะสี (2541) ที่กล่าวว่า ชุมชนเข้มแข็งเป็น

ชุมชนที่สมาชิกมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน เข้ามาร่วมคิดร่วมทำ มีความเอื้ออาทรกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติและมีการจัดการ จึงทำให้ชุมชนมีพลังในการจัดการปัญหา และพัฒนาชุมชนในทุกด้านได้ ประการที่สองคือ ผู้วิจัยซึ่งนับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยโดยจะเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้มีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับสุภางค์ จันทวานิช (2533: 187-189) ที่กล่าวว่า “นักวิจัยภาคสนามในทางมานุษยวิทยามีได้เป็นเพียงสื่อกลางที่จะนำข้อมูลกลับมาเท่านั้น แต่เป็นตัวเครื่องมือสำคัญของการวิจัยและนักวิจัยที่เป็นข้าราชการจะได้รับการยกย่องจากชาวบ้านและชาวบ้านจะให้ความร่วมมือดี

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้ และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ทั้งด้านบริการ ด้านบริหาร และด้านการศึกษาดังนี้

1. ด้านบริการ กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนากลุ่มแกนนำในชุมชนทั้งด้านสาธารณสุข ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่นและอื่นๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพตนเองและมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนให้ดีขึ้น

2. ด้านการบริหาร ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นตัวอย่างของการจัดกิจกรรมการสร้างพลังทางสุขภาพ ที่แสดงถึงศักยภาพของบุคคลและชุมชน เป็นตัวอย่างให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสามารถพัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขตามความเหมาะสมต่อไป

3. ด้านการศึกษา การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่เป็นรูปแบบการศึกษาเพื่อช่วยพัฒนาศักยภาพของคนให้เห็นคุณค่าในตนเอง และเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้นและมีส่วนร่วมจัดกิจกรรมในชุมชน นับเป็นการพัฒนาการสร้างพลังทั้งระดับบุคคล และชุมชน จึงควรมีการนำแนวความคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังไปประยุกต์ในการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนอีกวิธีหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังนี้ได้ใช้เนื้อหาด้านสาธารณสุขในการฝึกอบรม ดังนั้นเพื่อให้กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังขยายผลสู่การพัฒนาในด้านอื่นๆ ผู้ที่สนใจอาจพัฒนาเนื้อหาอื่นๆ ในการฝึกอบรม
2. ควรมีการวิจัยติดตามและประเมินผลการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่เข้ารับการอบรม เป็นโครงการระยะยาวและต่อเนื่อง เพื่อศึกษาถึงผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่ได้ดำเนินการไปแล้วและช่วยสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น
3. ควรมีการนำกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวไปใช้ในชุมชนที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ชุมชนแออัด ชุมชนเมือง เพื่อศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังในบริบทอื่นๆ และศึกษาผลของบริบทในชุมชนต่อการสร้างพลังทางสุขภาพ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กาญจนา ภู่ว่าง. **ครอบครัวศึกษา**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533.

เกื้อ วงศ์บุญสิน. **ประชากรกับการพัฒนา**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

โกวิท ประวาลพุกภัย. **พัฒนาการศึกษาแท้**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเดอะมาสเตอร์กรุ๊ป แมเนจ-
मेंท์ จำกัด, 2541.

กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ. **การศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต**.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2537

กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ. **การศึกษาตลอดชีวิต การศึกษาของคนไทยใน
ยุคโลกาภิวัตน์ เล่ม 1**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา, 2538.

กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า**.

กรุงเทพมหานคร: กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2536.

กระทรวงสาธารณสุข . **แผนพัฒนาการสาธารณสุข (พ.ศ. 2540-2544)** เอกสารประกอบการประชุม
เครื่องชี้วัดประเมินผลแผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) 16 สิงหาคม 2539 โรงแรมเซาท์เทิร์นบีช แกรนด์
เดอ วิว นนทบุรี.

ศิริบุญ จงวุฒิเวศน์ และคณะ. “การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เรื่องสมุนไพรชุมชนปลักไม้ลาย
อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม: การสำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน” เอกสาร
ประกอบการบรรยายการเสนอผลการวิจัย, 2543

เจนจิรา คงสุข. **การพัฒนาโปรแกรมการศึกษาสำหรับผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการทาง
ร่างกายของเด็กวัยอนุบาลด้วยรูปแบบการให้ประชาชนในชนบทมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา**.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2540.

ชนิดา รักษ์พลเมือง. **สังคมวิทยาการศึกษา: สารัตถแห่งแนวคิดและทฤษฎี**. กรุงเทพมหานคร:
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.

ชนิดา รักษ์พลเมือง. **พื้นฐานการศึกษา: หลักการและแนวคิดทางสังคม**. กรุงเทพมหานคร:
พิมพ์ดี, 2534.

ณัฐกานา กุญญาณจนานชีวิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลและเอกสิทธิ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา” รายงานการประชุมการมีส่วนร่วมของชุมชน นโยบายและกลวิธี. 10-12 กุมภาพันธ์ 2529. ณ โรงแรมสวนสามพราน จังหวัดนครปฐม, กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุข” เอกสารประกอบการสัมมนาสาธารณสุขไทย. ครั้งที่ 1 (12-15 กันยายน 2531) ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร, 2531.

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. การปฏิรูประบบสาธารณสุข. ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2539.

นิรัตน์ อิมามิ. “ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัวและปัจเจกบุคคล”, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 4. ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร: 2-4 เมษายน 2534.

ประภาเพ็ญ สุวรรณและพัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์. “การส่งเสริมสุขภาพและการดำเนินงานของชุมชนเพื่อสุขภาพ”, วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ปีที่ 11 ฉบับที่ 4 (เมษายน - พฤษภาคม 2540): 1-13.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. การฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ม.ท.พ.

ประเวศ ะลี. ประชาคมตำบล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มติชน, 2541.

ประวิต เอราวรรณ์. การเสริมสร้างพลังอำนาจครู: การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

ประยูทธ แสงสุรินทร์. “ทางเลือกอื่นเพื่อการพัฒนาในยุคโลกาภิวัตน์” วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 (กุมภาพันธ์ 2539): 24-27.

ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ. การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานตามแนวคิดและวิธีปฏิบัติของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.): ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านแห่งหนึ่งในภาคกลาง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

- ปรีชา เปี่ยมพงศ์ศาสตร์. แนวทางการแก้ไขการพัฒนาประเทศโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมทางสังคม. เอกสารอัดโรเนียว, 2534.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. **สัจพจน์: การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์พัฒนาสาธารณสุขอาเซียน, 2540.
- เมธี จันทร์จารุภรณ์. การสาธารณสุขมูลฐาน: ยุทธวิธีของประชาชนเพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า” **วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง ปีที่ 12 หน้า 4 (เมษายน – พฤษภาคม 2540): 4-11.** 2543.
- เมธี จันทร์จารุภรณ์,และวนัสรา เชาว์นิคม. **สุขภาพดีถ้วนหน้าเป้าหมายที่ต้องไปให้ถึง**. ชลบุรี : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง, 2543.
- เขวาร์ตัน ปรปักษ์ขามและสมใจ ประมาณผล. **การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- รัตนา ลีวานิช. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคใต้**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- วราภา จันทร์โชติ. **ประสิทธิผลของการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อในความสามารถของตนเองในนักศึกษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- วัฒนา มัคคสมัน. **การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามหลักการสอนแบบโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยอนุบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- วิไลวรรณ โภยแก้วพริ้ว. “การศึกษาประสิทธิภาพกระบวนการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในชนบท สำหรับเจ้าหน้าที่กรมการพัฒนาชุมชน” **วารสารสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2527): 64-79.**
- ศิริพร ดันดิพลูวินัย. “การให้อำนาจการบริหารเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ”. **โครงการประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ณ โรงแรมตะวันนารามาตา, กรุงเทพมหานคร: 2539.**

- สุภาวศ์ จันทวานิช. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533
- สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. **ผลการสัมมนาระดมความคิดเรื่องการส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้**. กรุงเทพมหานคร: กุรุสภา, 2537.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. **แผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)**. กรุงเทพมหานคร: อรรถพลการพิมพ์, 2539.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. “การศึกษาเพื่อพัฒนาคนสำหรับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า” เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่องการศึกษาเพื่อพัฒนาคนสำหรับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า. ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพมหานคร, 13 กุมภาพันธ์ 2540.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2539.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. **แนวทางการนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2535.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. **คู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2536.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. **ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)**. เอกสารเผยแพร่สาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. **การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2540.
- สมบัติ สุวรรณพิทักษ์. “การเรียนรู้ตลอดชีวิต: การศึกษาสำหรับศตวรรษที่ 21”, **วารสารการศึกษาตลอดชีวิต ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 (1 มีนาคม 2538): 18 - 24.**
- อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ. **การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2539.
- อภิชัย พันธเสน. **แนวคิด ทฤษฎี และภาพรวมของการพัฒนา**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิภูมิปัญญา, 2539.

- อมรวิชัย นาคทรพรพ และดวงแก้ว จันทร์สระแก้ว. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม: ข้อคิด
แนวทาง และประสบการณ์ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อลิศรา ชูชาติ. กรุงเทพมหานคร:
ศูนย์วิจัยนโยบายการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- อวยพร ตันมูขยกุล. “พลังอำนาจกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในวิชาชีพพยาบาล” **พยาบาลสาร**.
ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม 2540): 1-9.
- อลิศรา ชูชาติ และคณะ. **เทคนิคการศึกษาเพื่อการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม**. นครปฐม: อัมรินทร์
พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่งจำกัด, 2538.
- อุกฤษฏ์ มลิทรานุกร และคณะ. **ภาพลักษณ์ของสถานีนอนามัยในสองทศวรรษหน้าและกลยุทธ์ใน
การพัฒนา**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- อุทัย สุดสุข. “บทความพิเศษ โครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเองกับนโยบายพัฒนาสาธารณสุข”,
วารสารเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวอีสานสาธารณสุขมูลฐาน ปีที่ 7 ฉบับที่ 10
(2535): 22-31.

ภาษาอังกฤษ

- Airhihenbuwa, O.C. “Health Promotion and the Discourse On Culture : Implication for
Empowerment”, **Health Education Quarterly** Vol. 21 no.3 (Fall 1994) : 345-353.
- Bandura A. “Self – Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavior Change”, **Psychological
Review** 84 (1977) : 191-215.
- Bandura **A Social Learning Theory**. New Jersey: Prentice-Hall Inc, 1977.
- Bandura. **Social Foundation of Thought and Action: A Social cognitive Theory**. New Jersey:
Practice Hall Inc, 1986.
- Baxter, So and Lisburn, D. **Reengineering Information Technology Success Empowerment**.
U.S.A.: Prentice Hall International Limited, 1994.
- Branden, N. **The personality of Self Esteem**. New York: Bartom Book inc, 1981.
- Becker, J.A. **Nurse Empowerment: A remedy for Problem in American Hospitals**.
Doctoral Dissertation, University of Notre Dame, 1994.
- Bernstein, E.et al. “Empowerment Forum: A Dialogue between Guest Editorial Board
Members”, **Health Education Quarterly** Vol 21 no.3 (Fall 1994) : 281-294.
- Block, P. **The Empowerment Manager: Positive Political Skills at Work**. San Francisco:
Jossey - Boess Inc., 1988.

- Booker, K.V. et al. "Changes in Empowerment: Effects of Participatory in a Lay Health Promotion Programme", **Health Education & Behavior** Vol. 24 no.4 (August 1997) : 452-464.
- Braithwaite, L.R. et al. "Ethnographic Approach to Community Organization and Health Empowerment", **Health Education Quarterly** Vol 21. no.3 (Fall 1994) : 407-416.
- Butterfoss F.D. et al. "CINCH: An Urban Coalition for Empowerment and Action", **Health Education & Behavior** Vol. 25 no. 2 (1998) : 212-225.
- Chally, Pamela S. "Empowerment Through Teaching". **Nursing Education** Vol. 31 (March 1992) : 117-120.
- Clay Trevor. "Education and Empowerment: Securing Nursing's Future", **Int. Nurs. Rev** Vol. 39 no. 1 (1992) : 15-18.
- Cusack, Sandra A. "Developing a lifelong learning Programme: Empowering Seniors as leaders in lifelong learning", **Educational - Gerontology** Vol.21 no. 4 (June 1995) : 305-20.
- David Clutterbuck and Susan Kernaghan. **The power of Empowerment**. London: Clutterbuck Associates, 1994.
- Delors, Jacques. **Learning: The Treasure Within**. London: UNESCO Institute for education, 1996.
- Edgar Faure and Others. **Learning to Be**. Paris: UNESCO, 1972.
- Eng, e. and Parker, E. "Measuring community competence in the Mississippi Delta: The Interface between Program Evaluation and Empowerment", **Health Education Quarterly** Vol. 21 no. 2 (Summer 1994) : 199-220.
- Flynn, C.B. et al. "Empowering Communities: Action Research through Health Cities", **Health Education Quarterly** Vol.21 no. 3 (Fall 1994) : 394-405.
- Friedman, M.M. **Family Nursing' Theory and Assessment**. 2nd ed. New York: Appleton Country Crofts, 1986.
- Gibson, Cheryl H. "A Concept Analysis of Empowerment", **Journal of Advanced Nursing** Vol. 16 (1991) : 354-361.
- Gropley, A.J. **Lifelong Education: A Stocktaking**. Hamburg: UNESCO Institute for Education, 1979.

- Hawks, J.H. "Empowerment in Nursing Education: Concept analysis and application to philosophy, learning and instruction", **Journal of Nursing Education** Vol. 17 (1992) : 609-616.
- Israel, A.B. et al. "Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organization, and Community control", **Health Education Quarterly** Vol. 21 no. 2 (Summer 1994) : 149-170.
- Kieffer, C. "Citizen empowerment: a developmental perspective", **Prevention in Human Services** 3 (1984) : 9-36.
- Kinlaw, D.C. **The Practice of Empowerment**. England: Gower Publishing Limited, 1995.
- Labonate R. "Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice", **Health Education Quarterly** Vol. 21 no.2 (Summer 1994) : 253-268.
- Lugo, R.N. "Empowerment Education: A case Study of the Resource Sisters/ Companeras Program", **Health Education Quarterly** Vol. 23 no. 3 (August 1996) : 281-289.
- Maslow, A.H. **Motivation and Personality 2nd ed.** New York: Harper and Row Publishes, 1970.
- Mc Farlane, J. and Fehir, J. "De Madres a Madres: A Community Primary Health care Programme Based on Empowerment", **Health Education Quarterly** Vol. 21 no. 3 (Fall 1994) : 381-394.
- McGraw, J.P., "The road to empowerment", **Nursing Administration Quarterly** 16 (Spring 1992) : 16-19.
- Moan, C. S. and Bone, R. L. "Planning for the sustainability of community-based health programme: Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy", **Health Education Research** Vol. 13 no.1 (1998) : 87-108.
- Nittaya Pensirinapa. **The Effect of Empowerment Education on Smoking Prevention Program for the Secondary School Students, Suphanburi Province**. A Thesis submitted in partial Fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Public Health in Faculty of graduate studies. Mahidol University, 1995.

- Orem, D.E. **Nursing: Concept of practice**. New York: McGraw Hill Book Company, 1980.
- Ovrebo, B. et al. "The Homeless Prenatal Program : A Model for Empowering Homeless Pregnant Women", **Health Education Quarterly** Vol. 21 no. 2 (Summer 1994) : 187-198.
- Plough, A. and Olafson, F. "Implementing the Boston Healthy Start Initiative: A Case Study of Community Empowerment and Public Health", **Health Education Quarterly** Vol.21 no. 2 (Summer 1994) : 221-234.
- Plunkett, M.M. **Empowerment: A Re-Conceptualization and Empirical Investigation**. A. Dissertation For the Degree of Doctor of Philosophy. Saint Louis University, 1994.
- Purdey, F.A. et al. "Participatory health Development in Rural Nepal: clarifying the Process of Community Empowerment," **Health Education Quarterly** Vol. 2 no.3 (Fall 1994) : 329-343.
- Quinn, E.R. and Spreitzer, M.G. "The Road to Empowerment : Seven Questions Every Leader Should Consider", **Organization Dynamics** (Autumn 1997) : 37-48.
- Rodwell, Christine M. "An analysis of the concept of empowerment", **Journal of Advanced Nursing** 23 (1996) : 305-313.
- Rudd, E. R. and Comings, P.J. "Learner Developed Materials: An Empowerment Product", **Health Education Quarterly** Vol. 21 no.3 (fall 1994) : 313-327.
- Scott, C.D. and Jaffe, D.T. **Empowerment: Building a Committed Workforce**. California : Kaganponge, 1991.
- Shor I. **Empowering Education : critical teaching for social change**. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.
- Simon-Morton, G.B.and Crump, D.A. "Empowerment : The Process and the Outcome", **Health Education Quarterly** Vol. 23 no. 3 (August 1996) : 290-292.
- Taft, I.B. "Self-Esteem in Later Life: A Nursing Perspective", **Advances in Nursing Science** 8 (October. 1985) : 77 - 84.
- Taylor, M. C. **The need for Self Esteem in Human Needs and the Nursing Process**. Walse Norwalk: Appleton Century Crofts, 1982.
- Tebbitt, B. V. "Demystifying Organizational Empowerment", **Journal of Advanced Nursing** Vol. 23 no.1 (Jan 1993) : 18-23.

- Tracy, D. **10 steps to Empowerment: A Common Sense Guide to Managing People.**
New York: William Morrow, 1990.
- Traver, D. K. "Reducing Inequities Through Participatory Research and community Empowerment, **Health Education & Behavior** Vol. 24 no. 3 (June 1997) : 344-356.
- United Nations, Department of International Economic and Social Affairs. **Popular Participation as Strategy for Promoting Community Level Action and Development.** New York: United nation, 1981.
- United Nations Education. "Scientific and Cultural Organization. Educating for a Sustainable Future: A Transdisciplinary Vision for Concerted Action". **International Conference,** Thessaloniki Greece, 8-12 December 1997.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. "Empowerment Education: Freire's ideas Adapted to Health Education", **Health Education Quarterly** Vol. 15 no. 4 (Winter 1988) : 379-394.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. " Introduction to Community Empowerment Participatory Education and Health", **Health Education Quarterly** Vol. 21 no. 2 (1994) : 141-148.
- Wang, C. and Burris, A. M. "Empowerment through Photo Novella: Portraits of Participation", **Health Education Quarterly** Vol. 2 no. 2 (summer 1994) : 171-186.
- Whall, A. L. "Self-esteem and Mental Health of Older Adults", **Journal of Gerontological Nursing** (April 1984) : 41 - 42.
- Worell, J.d. et al. "The RN BSN Student: Developing model of Empowerment", **Journal of Nursing Education** 35 (1996) : 127-130.
- World Health Organization. "Global Strategy for Health for All by the Year 2000", **Health For All Series** No. 3 Geneva: WHO, 1981.
- Zimmerman, A.M. et al. "An HIV/AIDS Prevention Project for Mexican Homosexual Men : An Empowerment Approach", **Health Education & Behavior** Vol. 24 no. 2 (April 1997): 177-190.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

- หลักสูตรการฝึกอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง
- โครงการและกิจกรรมการฝึกอบรมการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง
- การสรุปผลแผนกิจกรรมการฝึกอบรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลักสูตรการฝึกอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

โดยกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

หลักสูตรการฝึกอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวโดยกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและประชาชนทั่วไป โดยการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีการศึกษาเพื่อสร้างพลังของเปาโล แฟร์ การประยุกต์แนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังทางสุขภาพของวอลเล่อร์สตีนและเบอร์นสตีน เทคนิคจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของอสิทรา ชูชาติและคณะ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน และบทบาทของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยมีแนวคิดในการจัดทำโครงการคือ แนวคิดกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีลักษณะเป็นวงล้อที่มีการเรียนรู้และการสะท้อนกลับ และนำไปสู่การเรียนรู้ต่อไปไม่สิ้นสุด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การได้รับประสบการณ์ เป็นประสบการณ์ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา ซึ่งจัดเป็นหัวใจ เป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการสะท้อนกลับการเรียนรู้ ดังนั้น การศึกษาเพื่อสร้างพลังจึงตั้งอยู่บนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง เพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ต่อผู้เรียนให้มากที่สุด

2. การระบุประสบการณ์ เป็นการระบุประสบการณ์ การอธิบายเหตุการณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ค่านิยมของตนเองต่อสิ่งต่าง ๆ และพยายามเชื่อมโยงสิ่งนั้นกับชีวิตของตนเอง

3. การวิเคราะห์ประสบการณ์ เป็นขั้นตอนที่พยายามทำความเข้าใจประสบการณ์แนวคิด โดยการคิดวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง มีการตั้งคำถามต่อประสบการณ์ดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการหยั่งรู้ มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ต่อสถานการณ์นั้นๆ

4. การวางแผน เป็นการระบุสิ่งที่ต้องกระทำต่อไป และมีบทบาทอย่างไรในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ มีการพัฒนากลยุทธ์และวางแผนในการดำเนินการ

5. การปฏิบัติ การปฏิบัติจะทำให้เกิดประสบการณ์ที่ชัดเจน ซึ่งการทดสอบ ค้นหา ทดลอง และปฏิบัติ นำไปสู่การเรียนรู้สิ่งใหม่จากประสบการณ์ใหม่

โดยในทุกขั้นตอนจะเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ คือ ผู้เรียนทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้

แนวทางการจัดทำโครงการฝึกอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

แนวทางการจัดทำโครงการฝึกอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การดำเนินการสร้างหลักสูตรและการเตรียมการทดลอง ดังนี้

1. การดำเนินการสร้างหลักสูตร

การดำเนินการสร้างหลักสูตรฝึกอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง มีขั้นตอนดังนี้

1.1 การเตรียมการสร้างหลักสูตร เป็นการสำรวจความจำเป็นและความต้องการฝึกอบรมตามลำดับดังนี้

1.1.1 การศึกษา ค้นคว้า รวบรวมความรู้และทฤษฎีต่างๆ จากเอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเพื่อสร้างพลัง การสาธารณสุขมูลฐาน และการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

1.1.2 การศึกษาความจำเป็นและความต้องการในการฝึกอบรม และเนื้อหาวิชาในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว การทบทวนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว รายงานการศึกษาวิจัย การขอคำแนะนำการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพิ่มเติมจากผู้บริหารในสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน และการดำเนินการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

1.2 การสร้างหลักสูตรฝึกอบรม มีลำดับการสร้างหลักสูตรและพัฒนาหลักสูตรดังนี้

1.2.1 กำหนดโครงสร้าง และองค์ประกอบของหลักสูตร ผู้วิจัยนำเนื้อหาวิชาจากการสำรวจความจำเป็นและความต้องการในการฝึกอบรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพอนามัยตามบทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการรักษาสภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัว
- 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลการเจ็บป่วยเบื้องต้น
- 3) ความรู้เกี่ยวกับการแหล่งความรู้และแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
- 4) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่แกนนำสุขภาพ

ประจำครอบครัวสามารถมีบทบาทร่วมกับชุมชน

รวมทั้งเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการสร้างพลังและนำเนื้อหาวิชาดังกล่าวมากำหนดเป็นองค์ประกอบของหลักสูตรการฝึกอบรม การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้วยกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้

1) เนื้อหาสาระและการจัดประสบการณ์ได้พิจารณาดังนี้

- ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพตามบทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น แหล่งความรู้และแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็น การป้องกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และครอบครัวสามารถมี บทบาทกับชุมชน

- ความเป็นประโยชน์ของเนื้อหาวิชาที่จำเป็นในการดำเนินกิจกรรมการแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนและอื่นๆ ได้แก่ทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาการแก้ไขปัญหา การทำงานเป็นทีม การติดต่อสื่อสาร และการวางแผนงานการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยใน ชุมชน

2) วัตถุประสงค์ของหลักสูตร พิจารณาจากบทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัว ลักษณะเนื้อหาวิชา และจุดมุ่งหมายของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง คือ เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้เห็นคุณค่าในตนเอง เชื่อในความสามารถของตนเอง และมีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน โดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และ ประชาชนในชุมชน

3) วิธีการดำเนินการฝึกอบรม มีวิธีการดำเนินการดังนี้

- ขั้นตอนการฝึกอบรม แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ
 1. เริ่มจากประสบการณ์และความรู้ของผู้เรียนเป็นอันดับแรก
 2. นำประสบการณ์และความรู้ของผู้เรียนมาจัดทำให้เกิดเป็นภาพรวม ของกลุ่ม
 3. วิทยากรทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ โดยการอำนวยความสะดวกและเพิ่มเติมความรู้หรือข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็น
 4. การฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น
 5. การวางแผนเพื่อปฏิบัติงาน

ขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นนี้ เป็นขั้นตอนหลักของการฝึกอบรม และกระบวนการตามขั้นตอนดังกล่าวจะก่อให้เกิดการค้นพบของตนเอง การกำหนดเป้าหมายและทิศทางของการพัฒนาของชุมชน โดยชุมชนได้

- กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกอบรม แบ่งเป็น 3 ประเภท ตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม คือ

1. กิจกรรมทั่วไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการสร้างพลังของบุคคล
2. กิจกรรมการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหา
3. กิจกรรมเสริมเพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างบรรยากาศการเรียนรู้

- เทคนิคการฝึกอบรม โดยการอภิปรายกลุ่ม การอภิปรายกลุ่มย่อย การฝึกปฏิบัติ โดยใช้แผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทำทาง การเคลื่อนไหว การวาดภาพ การเล่าเรื่องจากรูปภาพ การแสดงบทบาทสมมุติ

จากเนื้อหาวิชาแนวคิดหลักการดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาดำเนินการสร้างหลักสูตรการฝึกอบรมการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้วยกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

4) การวัดและประเมินผล พิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมโดยสร้างแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองและความเชื่อในความสามารถของตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และใช้แบบสังเกตและสัมภาษณ์กิจกรรมสุขภาพอนามัยในชุมชนระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล และประเมินผลโครงการฝึกอบรม

5) ระยะเวลา ได้พิจารณากำหนดจากเนื้อหาสาระ การจัดประสบการณ์และวัตถุประสงค์การฝึกอบรม มีระยะการฝึกอบรม 3 วัน และการเสริมแรง 3 สัปดาห์หลังจากการฝึกอบรม สัปดาห์ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง

เมื่อสร้างหลักสูตรฝึกอบรมเสร็จได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิในเนื้อหาด้านสาธารณสุขและกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง และอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจพิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหา ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการจัดฝึกอบรม

**โครงสร้างหลักสูตรการฝึกอบรมการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
โดยกระบวนการการศึกษาเพื่อสร้างพลัง**

เนื้อหา	จุดประสงค์	ขั้นตอน กระบวนการฝึกอบรม	กิจกรรม การฝึกอบรม	กิจกรรมสร้าง ประสบการณ์
1. สถานการณ์ปัญหา สุขภาพ อนามัยใน ครอบครัวชุมชน 2. ความรู้ด้านสุขภาพ อนามัยตาม บทบาทแกนนำ สุขภาพประจำ ครอบครัว 3. กิจกรรมพัฒนา ทักษะที่จำเป็น	ขั้นฝึกอบรม 1. เพื่อพัฒนา ศักยภาพใน การสร้างพลัง การเห็นคุณค่า ในตนเอง ความเชื่อใน ความสามารถ ของตนเองของ ผู้เข้าอบรม 2. เพื่อพัฒนา ทักษะในการ ทำงานอย่างมี ส่วนร่วม - การวิเคราะห์ - การแก้ไข ปัญหาสุขภาพ อนามัย - การวางแผน แก้ไขปัญหา สุขภาพอนามัย - การทำงาน เป็นทีม 3. เพื่อสร้าง บรรยากาศใน การเรียนรู้การ สร้างความ	1. เริ่มต้นจาก ประสบการณ์ 2. การระบุ ประสบการณ์ 3. การวิเคราะห์ ประสบการณ์ 4. การเพิ่มเติม ความรู้ที่ จำเป็น 5. การวางแผน ปฏิบัติการ	1. ทบทวน ประสบการณ์ 2. นำประสบ การณ์มาจัด เป็นภาพรวม 3. ฝึกทักษะ ต่างๆ 4. สรุบบท เรียนและ เชื่อมโยง ประสบ- การณ์ 5. ฝึกปฏิบัติ วางแผน ปฏิบัติการ	1. สายธารแห่ง ชีวิต 2. เกษสวรรค์ 3. โทโส 4. การเล่าเรื่อง จากรูปภาพ 5. ละครคน 6. ร่วมใจพัฒนา 7. การสะท้อน กลับ 1. รูปภาพใคร 2. ภูลอคทราบ 3. น้อมคารวะ

เนื้อหา	จุดประสงค์	ขั้นตอน กระบวนการฝึก อบรม	กิจกรรม การฝึกอบรม	กิจกรรมสร้าง ประสบการณ์
	<p>สัมพันธ์กันเคย อันจะนำไปสู่ การประสาน ความร่วมมือ</p> <p>4. การมีส่วนร่วม ในกระบวนการ การฝึกอบรม</p> <p>ขั้นเสริมแรง เป็นการกระตุ้น และสนับสนุน ทรัพยากรที่จำเป็น</p>	<p>3.2 การนำเข้าสู่ กิจกรรม</p> <p>4.1 การสร้างข้อ ตกลงใน การบรรลุ เป้าหมาย</p> <p>4.2 การมีส่วน ร่วมในการ สรุปทบทวน และการฝึก อบรม</p> <p>การพบกลุ่ม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ ประมาณ 2 ชั่วโมง โดยมี ขั้นตอนของ กลุ่ม คือ</p> <p>1. การวิเคราะห์ แนวทางแก้ไข ปัญหาสุขภาพ อนามัยใน ชุมชน</p>	<p>4.1 การแสดงความ คาดหวัง</p> <p>4.2 การสรุป บทเรียนและ การประเมินผล ประจำวัน</p> <p>4.3 การประเมิน ผลโครงการ ฝึกอบรม</p> <p>การพบกลุ่ม</p> <p>1.1 การระดมความ คิด ถ่ายทอด ประสบการณ์ แสดงความคิด เห็นประเด็น แนวทางการ ดำเนินกิจกรรม ด้านสุขภาพ อนามัยใน ชุมชน การมี ส่วนร่วมของ ประชาชนใน การแก้ไขปัญหา</p>	<p>4. ฝึกสร้างรัง</p> <p>5. ไข่มหาสนุก</p> <p>6. นันรักคุณ</p> <p>1. นันรู้ว่า : ความคาดหวัง</p> <p>2. การสะท้อน กลับ</p> <p>3. ประเมินผล โครงการฝึก อบรม</p> <p>การระดมความคิด การอภิปรายกลุ่ม</p>

เนื้อหา	จุดประสงค์	ขั้นตอนกระบวนการฝึกอบรม	กิจกรรมการฝึกอบรม	กิจกรรมสร้างประสบการณ์
	<p>ขั้นติดตามผล เพื่อติดตามและประเมินผล</p>	<p>2. การเพิ่มเติมความรู้และข้อมูลที่จำเป็น</p> <p>3. การวางแผนปฏิบัติการ</p> <p>ระยะเวลา 16 สัปดาห์ หลังการฝึกอบรม เป็นขั้นตอนที่ผู้เข้าอบรมดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง</p>	<p>1.2 การอภิปรายวิพากษ์วิจารณ์สรุปข้อดี ข้อเสีย</p> <p>2. การแสดงความคิดเห็นและเพิ่มเติมความรู้</p> <p>3. การกำหนดความรับผิดชอบให้สมาชิกภายในกลุ่ม</p> <p>1. การศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชน</p> <p>2. การกำหนดปัญหาและลำดับความสำคัญของปัญหา</p> <p>3. การนำเสนอข้อมูลและแนวทางแก้ไขปัญหาต่อที่ชุมชนเพื่อตรวจสอบความถูกต้องรับฟังข้อคิดเห็นเพิ่มเติมการยอมรับและการมีส่วนร่วมของชุมชน</p> <p>4. การวางแผนการ</p> <p>5. การปฏิบัติตามแผน</p> <p>6. การติดตามและประเมินผล</p>	<p>การบรรยายเพิ่มเติมถึงปัญหาสาเหตุของปัญหาและการดูแลสุขภาพอนามัยในชุมชน</p> <p>การดำเนินกิจกรรมตามสถานการณ์จริง</p>

2. การเตรียมการทดลองหลักสูตร ได้ดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตทำการทดลองจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดลพบุรี

2.2 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. ในพื้นที่ที่จะทำการทดลอง ดำเนินการเตรียมชุมชนและประสานพื้นที่ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ผู้วิจัยในฐานะวิทยากรอบรม ซึ่งเคยผ่านการอบรม กระบวนการจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม จากสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างวันที่ 30 พฤศจิกายน - 3 ธันวาคม พ.ศ.2537 และผู้ช่วยวิทยากร (รายนามในภาคผนวก จ) วิทยากรจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ซึ่งเคยผ่านการอบรมกระบวนการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วมเตรียมการการฝึกอบรมร่วมกัน

2.4 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเตรียมสถานที่ฝึกอบรม อาหารและเครื่องดื่มและการอำนวยความสะดวกต่างๆ

2.5 การดำเนินการฝึกอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวโดยกระบวนการศึกษา เพื่อสร้างพลังสรุป ดังนี้

กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง	กิจกรรม
1. การเตรียมการ (8 สัปดาห์) เป็นขั้น - การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน - การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน - การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	- การเข้าพบผู้นำ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การพบชาวบ้านและกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพ - การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ การสำรวจ จปฐ. การประเมินการพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุข การสัมภาษณ์และการสังเกต - การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. ขั้นการฝึกอบรม (3 วัน)	เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับทำทาง การเคลื่อนไหว การวาดภาพ การเล่าเรื่องจากรูปภาพ การแสดง บทบาทสมมติและการประดิษฐ์ต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ในแต่ละวัน เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับทำทาง การเคลื่อนไหว การวาดภาพ การเล่าเรื่องจากรูปภาพ การแสดงบทบาทสมมติและการประดิษฐ์ต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ในแต่ละวัน ดังนี้

กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง	กิจกรรม
<p>3. ขั้นเสริมแรง (3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง)</p> <p>4. ขั้นติดตามผล (16 สัปดาห์)</p>	<p>วันที่ 1 เพื่อพัฒนาศักยภาพในการสร้างพลังของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว</p> <p>วันที่ 2 เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา</p> <p>วันที่ 3 เพื่อการอภิปรายและวางแผนทำงานร่วมกัน</p> <p>เป็นการสนับสนุนความรู้และทรัพยากรที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต้องการ ดังนี้</p> <p>สัปดาห์ที่ 1 การสนับสนุนความรู้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินความต้องการด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน</p> <p>สัปดาห์ที่ 2 การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับโรคหรือปัญหาสุขภาพอนามัยที่พบในชุมชน</p> <p>สัปดาห์ที่ 3 การสนับสนุนแนวคิดในการวิเคราะห์เงื่อนไขและโอกาสของการพัฒนาโดยความร่วมมือของทรัพยากรบุคคลในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน อบต. และ อสม. เป็นต้น</p> <p>เป็น ขั้นตอนการติดตามผลการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและชาวบ้าน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชน 2. การกำหนดปัญหาและลำดับความสำคัญของปัญหา 3. การนำเสนอข้อมูลต่อชุมชน 4. การวางแผนแก้ไขปัญหา 5. การปฏิบัติตามแผน 6. การติดตามและประเมินผล

โครงการฝึกอบรม

การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวโดยกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

1. หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขได้นำกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญ และเพื่อให้แนวคิดดังกล่าวดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) จึงมีแนวทางที่สำคัญคือ การเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา โดยมีเป้าหมายในเรื่องการพัฒนาศักยภาพของคน การเน้นความสำคัญของครอบครัวเพื่อเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ ในท้องถิ่นและการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของประชาชนพร้อมกับกำหนดให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นกลไกสำคัญ โดยมีบทบาทที่สำคัญคือ เป็นแกนหลักของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน เพื่อให้สอดคล้องแนวคิดดังกล่าว งานสาธารณสุขมูลฐานได้กำหนดแนวการดำเนินงานใหม่ คือ การเน้นกระจายอำนาจรัฐลงสู่ประชาชน การส่งเสริมการเคลื่อนไหวพลังของประชาชนหรือเป็นการสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนสำนึกในปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไข เกิดความต้องการและเชื่อมั่นในพลังความสามารถของตนและรวมพลังปฏิบัติการเพื่อเข้าไปแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยมีจุดเน้นในระดับครอบครัว เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพสูงขึ้นและเป็นส่วนสำคัญของการสร้างพลังทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดการสร้างพลังประชาชนทางสุขภาพดังกล่าว มาจากความเชื่อพื้นฐานว่าสุขภาพเป็นของแต่ละบุคคลที่ต้องรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมที่ตนเองอยู่ความสามารถของบุคคลและความต้องการในการตัดสินใจด้วยตนเองต้องได้รับการยอมรับนับถือ เพราะทุกคนมีความสามารถในการตัดสินใจ และกระทำการกิจกรรมด้วยตนเอง แม้ว่าจะต้องการความช่วยเหลือในบางโอกาส บุคคลสามารถเรียนรู้ กระทำการกิจกรรม และเปลี่ยนแปลงสังคมได้

จากความสำคัญและความเป็นมาของบทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและแนวคิดการสร้างพลังทางสุขภาพ ผู้วิจัยในฐานะที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จึงได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาและพบว่ารูปแบบการพัฒนาที่สอดคล้องกับบทบาท และหน้าที่ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวรูปแบบหนึ่งคือ การศึกษาเพื่อสร้างพลัง ที่ประยุกต์จากแนวคิดของเปาโล แฟร์ ซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษา

ที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน โดยมีกระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มจากการสนทนา แลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นระหว่างผู้เรียนให้ผู้เรียนสามารถระบุปัญหาของตน วิเคราะห์ สาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณญาณของสังคมตามที่ควรจะเป็น และพัฒนาวิธี ที่จะแก้ไขอุปสรรค กระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะส่งเสริมให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองมี ความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้นเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการปรับปรุงและ พัฒนาสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการฝึกอบรมการพัฒนาแกนนำ สุขภาพประจำครอบครัวโดยกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังขึ้น

2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

1. ตระหนักในความสำคัญการเห็นคุณค่าในตนเอง
2. มีความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
3. สามารถดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

3. ผู้เข้ารับการอบรม

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว บ้านน้ำซับ จังหวัดลพบุรี จำนวน 30 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบ้านน้ำซับ จังหวัดลพบุรี เข้าร่วมสังเกตการณ์ จำนวน 6 คน

4. ระยะเวลา

จัดการฝึกอบรมติดต่อกัน 3 วัน ระหว่างวันที่ 5 – 7 กุมภาพันธ์ 2543 และเสริมแรง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง เพื่อเป็นการกระตุ้น เป็นที่ปรึกษา และสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดกิจกรรมที่ต้องการเพิ่มหลังการอบรม

5. สถานที่

ศาลาวัดถ้ำสิทธาราม ตำบลบ้านน้ำซับ จังหวัดลพบุรี

6. งบประมาณ

ค่าอาหารกลางวันและอาหารว่าง	7,500 บาท
ค่าวัสดุอุปกรณ์และเบ็ดเตล็ด	2,500 บาท
รวม	10,000 บาท

7. หัวข้อการอบรม

วันที่ 1

1. การทำความรู้จักตนเอง เข้าใจเป้าหมายของชีวิตตน และของเพื่อนสมาชิก ที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
2. ความสัมพันธ์ของตนเองกับชุมชน และสังคมที่ตนอยู่

วันที่ 2

1. การสร้างความรู้บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
2. วิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพอนามัยในครอบครัว ชุมชน จากวิถีชีวิตในชุมชน และหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
3. การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองการเลือกแสดงบทบาทที่เหมาะสมกับตนเอง

วันที่ 3

1. การวางแผนกิจกรรมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยครอบครัวและชุมชน
2. พันธะสัญญา

8. วิทยากรในการอบรม

ผู้วิจัยในฐานะเจ้าของโครงการฝึกอบรมเป็นวิทยากร และมีวิทยากรประจำกลุ่ม ซึ่งเป็นอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท จำนวน 4 คน และนักวิชาการสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี 1 คน

9. การประเมินผลการฝึกอบรม

9.1 ประเมินผลก่อนและหลังการฝึกอบรมในเรื่องการเห็นคุณค่าของตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

9.2 ประเมินผลโครงการฝึกอบรมในด้านประโยชน์ที่ได้รับ ความเหมาะสมในการจัดการอบรม และความพึงพอใจ

9.3 ตรวจสอบความคาดหวังของผู้เข้าอบรม

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 10.1 ผู้เข้าอบรมเห็นคุณค่าของตนเองเพิ่มขึ้น
- 10.2 ผู้เข้าอบรมมีความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ดี
- 10.3 ผู้เข้าอบรมสามารถจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของครอบครัวและชุมชน

ตารางการฝึกอบรม

วันที่ 1

08.30 – 08.45 น.	พิธีเปิด
08.45 – 09.15 น.	รูปภาพของใคร
09.15 – 09.45 น.	ฉันรู้ว่า : ความคาดหวัง
09.45 – 10.00 น.	พัก
10.00 – 12.00 น.	สายธารแห่งชีวิต
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหาร
13.00 – 13.15 น.	งูลอกคราบ
13.15 – 15.00 น.	เกาะสวรรค์
15.00 – 15.15 น.	พัก
15.15 – 16.00 น.	เกาะสวรรค์ (ต่อ)
16.00 – 16.30 น.	การสะท้อนกลับ

วันที่ 2

08.30 – 08.45 น.	น้อมคารวะ
08.45 – 09.00 น.	ฝั่งสร้างรัง
09.00 – 09.45 น.	โทโส
09.45 – 10.00 น.	พัก
10.00 – 12.00 น.	การเล่าเรื่องจากรูปภาพ
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหาร
13.00 – 13.15 น.	ไข่มหาสนุก
13.15 – 15.00 น.	ละครคน

15.00 – 15.15 น.	พัก
15.15 – 16.00 น.	ละครคน (ต่อ)
16.00 – 16.30 น.	การสะท้อนกลับ

วันที่ 3

08.30 – 08.45 น.	น้อมคารวะ
08.45 – 09.00 น.	ฉันรักคุณ
09.00 – 10.30 น.	ร่วมใจพัฒนา
10.30 – 10.15 น.	พัก
10.15 – 12.00 น.	ร่วมใจพัฒนา (ต่อ)
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหาร
13.00 – 13.15 น.	แมวกับหนู
13.15 – 13.45 น.	ดวงดาวของฉัน
13.45 – 14.15 น.	การประเมินผล
14.15 – 15.15 น.	พันธะสัญญา ปิดการอบรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

กิจกรรม	วัตถุประสงค์
1. รูปภาพของใคร	เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเกิดความคุ้นเคย เพิ่มความเป็นมิตรและรู้จักกันมากขึ้น เป็นการสร้างบรรยากาศที่ดีในการเริ่มต้นการทำกิจกรรมร่วมกัน
2. ฉันรู้ว่า : ความคาดหวัง	ให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นที่มีต่อการอบรมครั้งนี้ เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างวิทยากรกับผู้เข้าอบรมในเรื่องวัตถุประสงค์ของการอบรม
3. สาขารแห่งชีวิต	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อสร้างความเข้าใจตนเองและผู้อื่น และตระหนักถึง ความแตกต่างของคน - เป็นการทำความรู้จักตนเอง คิดถึงเป้าหมายชีวิตของตนเอง เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเข้าใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน
4. งูลอกกราบ	<ul style="list-style-type: none"> - เข้าใจกระบวนการพัฒนาตนเองว่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองให้เหมาะสม การยอมละทิ้งบางสิ่งบางอย่างเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเจริญก้าวหน้า และเป็นการฝึกการทำงานร่วมกันที่ต้องอาศัยความร่วมมือและความสามัคคี - ได้รับความสนุกสนานและความตื่นตัว
5. เกาะสวรรค์	ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสัมพันธ์และความรับผิดชอบของตนเองกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนในฐานะแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และตระหนักถึงความรับผิดชอบในการพัฒนาตนเองต่อไป
6. การสะท้อนกลับ	ผู้เข้าอบรมได้คิด ระลึก ไตร่ตรองการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในแต่ละวัน เพื่อจัดความสงสัย ความคับข้องใจและปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการอบรม และช่วยให้วิทยากร ใช้ในการปรับปรุงการจัดประสบการณ์ในการอบรมวันต่อไป
7. น้อมการวะ	เป็นกิจกรรมต้อนรับวันใหม่ เพื่อให้ทุกคนเกิดความสดใสในจิตใจ เพื่อต้อนรับกิจกรรมวันใหม่
8. ผีงสร้างรัง	เกิดความสนุกสนาน ตื่นตัว กระชับความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม และเป็นเทคนิคการแบ่งกลุ่ม

กิจกรรม	วัตถุประสงค์
9. โทโท (TOSO)	เพื่อสร้างความรู้บนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งแต่ละคนได้สะท้อนความคิด ความรู้สึกและทักษะของตนเองต่อบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวยุติกรรมบวรการนี้จะก่อให้เกิดการเรียนรู้และความรู้ใหม่ ๆ ซึ่งมีผลต่อการขยายโลกทัศน์ของคน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนและพัฒนาทัศนคติและค่านิยมของบุคคลด้านสุขภาพอนามัย
10. การเล่าเรื่องจากรูปภาพ	เป็นการสะท้อนภาพของชุมชนที่เป็นสภาพชีวิตจริง ซึ่งจะเป็จุดเริ่มต้นให้ผู้เข้าอบรมพัฒนาตนเอง มีการค้นพบศักยภาพของตนเอง ทำให้เกิดการเห็นคุณค่าของตนเองและเชื่อในความสามารถของตนเอง และผู้เข้าอบรมได้ใช้ความรู้และประสบการณ์เดิมในการวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไข
11. ไข่มหาสนุก	ฝึกทักษะความไวต่อการรับรู้ เกิดการตื่นตัวและสนุกสนาน
12. ละครคน	เพื่อใช้ในการแสดงบทบาท ทำทางเป็นสื่อแสดงความคิดและสะท้อนสภาพปัญหา และเพื่อปลูกจิตสำนึกของบุคคลและชุมชน
13. นักรักคุณ	เกิดความสนุกสนาน และฝึกการกล้าแสดงออก
14. ร่วมใจพัฒนา	ผู้เข้าอบรมได้ทบทวนประสบการณ์ และแสดงออกถึงความรู้ความสามารถของตนเอง และได้มีโอกาสวิเคราะห์และหาวิธีการแก้ไขปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ และใช้จินตนาการ ความคิดที่ไร้ขอบเขต ข้อกำหนด และกรอบแนวคิดที่เคยชิน
15. แมวกับหนู	เกิดความสนุกสนาน ตื่นตัว ไวต่อการปรับตัว
16. ดวงดาวของฉัน	ประเมินตนเองในการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถที่จะเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
17. การประเมินผลการอบรม	การประเมินผลการอบรม
18. พันธะสัญญา	เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเชื่อในความสามารถของตนเองในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เกิดความรักและผูกพันต่อกัน และเป็นคำสัญญาต่อกันในการร่วมมือกันพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน

กิจกรรม : รูปภาพของใคร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความเป็นมิตรเพิ่มมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รู้จักกันมากยิ่งขึ้น
3. เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีในการเริ่มต้นการทำกิจกรรมร่วมกัน

ระยะเวลา 30 นาที

อุปกรณ์

1. กระดาษ A4 และดินสอหรือปากกาจำนวนเท่ากับผู้เข้าอบรม
2. นกหวีด 1 อัน

ขั้นตอน

1. วิทยากรแจกกระดาษ A4 และดินสอหรือปากกาแก่ผู้เข้าอบรมทุกคน
2. วิทยากรให้คำอธิบายการร่วมกิจกรรมแก่ผู้เข้าอบรม ดังนี้
 - 2.1 ผู้เข้าอบรมวาดรูปของตนเองด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด ภายในเวลา 3 นาที
 - 2.2 วิทยากรรวบรวมรูปภาพ และแจกคืนให้ผู้เข้าอบรมทุกคน โดยไม่ให้ผู้เข้าอบรมได้รับภาพของตนเอง
 - 2.3 กำหนดกติกาให้ผู้เข้าอบรมนำรูปภาพที่ได้ไปส่งคืนเจ้าของรูปภาพภายในเวลาที่กำหนด โดยใช้สัญญาณนกหวีด ผู้เข้าอบรมที่ไม่สามารถส่งรูปภาพคืนแก่เจ้าของรูปภาพ และผู้เข้าอบรมที่ยังไม่ได้รับภาพคืนให้ออกมาหน้าห้องและคืนภาพแก่เจ้าของ พร้อมกับแนะนำผู้เข้าอบรมที่ตนเองคืนรูปภาพให้
 - 2.4 วิทยากรถามความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมว่า จะให้กลุ่มผู้เข้าอบรมที่ไม่สามารถคืนรูปภาพตามเวลาทำกิจกรรมที่สร้างความสนุกสนานและปฏิบัติตามที่เห็นสมควร พร้อมกับ กล่าวขอบคุณผู้เข้าอบรมที่ช่วยสร้างความสนุกสนาน

สิ่งที่ได้จากกิจกรรม

ผู้เข้าอบรมเกิดการผ่อนคลาย ลดความประหม่า เกิดความคุ้นเคย เพิ่มความเป็นมิตร และรู้จักกันมากขึ้น และการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เป็นทางนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงานหรือมีกิจกรรมร่วมกัน

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจของผู้เข้าอบรม
2. สังเกตการปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าอบรมในระหว่างการร่วมกิจกรรม



ภาพที่ 1 แสดงกิจกรรมภาพของใคร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนกิจกรรม : ความคาดหวัง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนที่มีต่อการอบรมครั้งนี้
2. เพื่อตรวจสอบความคาดหวังและความรู้ของผู้เข้าอบรม
3. เพื่อทำความเข้าใจระหว่างวิทยากรกับผู้เข้ารับการอบรม ในเรื่องวัตถุประสงค์ของการอบรม
4. ให้เห็นถึงความไม่ยึดติดต่อความคิดหรือความหวังของตน การเปิดใจยอมรับสิ่งใหม่ ๆ

ระยะเวลา 20 นาที

อุปกรณ์

1. กระดาษปรีฟ/กระดาษ
2. ปากกาปลายสี่เหลี่ยม
3. ลูกโป่งที่เป่าแล้ว จำนวนเท่ากับกลุ่มที่แบ่งไว้วางบนเก้าอี้

ขั้นตอน

1. แบ่งผู้เข้าอบรมเป็น 4 กลุ่ม
2. ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มยืนเป็นแถวตอนเรียงหนึ่ง
3. วิทยากรชี้แจงกติกา ดังนี้
 - 3.1 กิจกรรมนี้เป็นการแข่งขันกันระหว่างกลุ่ม
 - 3.2 ให้สมาชิกออกมาเขียนถึงความคาดหวังหรือความรู้สึกของตนเองต่อการอบรมครั้งนี้ โดยเริ่มจากสมาชิกคนแรกของหัวแถวของแต่ละกลุ่มวิ่งออกไปเขียนข้อความบนกระดาษที่เตรียมไว้
 - 3.3 เมื่อสมาชิกเขียนข้อความแล้ว ให้วิ่งไปต่อท้ายแถว สมาชิกคนที่ 2 จึงจะวิ่งไปเขียนข้อความของตนได้
 - 3.4 ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มเขียนข้อความให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่กำหนด โดยมีเงื่อนไข ข้อความที่แต่ละคนภายในกลุ่มเขียนต้องไม่ซ้ำกัน
 - 3.5 วิทยากรจะกำหนดเวลาให้ 10 นาที และจะเตือนล่วงหน้าเมื่อเวลาใกล้หมด
 - 3.6 เมื่อสัญญาณหมดเวลาคนที่เขียนคนสุดท้ายต้องนั่งทับลูกโป่งบนเก้าอี้ให้แตก

กลุ่มที่นั่งทับลูกโป่งแตกก่อน และเขียนข้อความได้มากที่สุด โดยไม่ซ้ำกันจะเป็นผู้ชนะ

3.7 ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มออกมาอ่านข้อความของกลุ่มตน

4. วิทยากรและผู้เข้าอบรมทำความเข้าใจ และทำความเข้าใจกับข้อความที่ถูกเขียนถึงความเป็นไปได้ และเป็นไปไม่ได้ จากนั้นกำหนดให้เป็นวัตถุประสงค์ของการอบรม

สิ่งที่ได้จากกิจกรรม

ผู้เข้าอบรมจะเปิดใจยอมรับกิจกรรมจากการอบรม โดยไม่รู้สึกลัวว่าถูกบังคับ

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการซักถาม
2. สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าอบรมในระหว่างการร่วมกิจกรรม
3. การร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็น



ภาพที่ 2 แสดงกิจกรรมความคาดหวัง

แผนกิจกรรม : สายธารแห่งชีวิต

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถ

1. ทำความรู้จักตนเอง คิดถึงเป้าหมายชีวิตของตนเอง
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตซึ่งกันและกัน
3. เข้าใจและการยอมรับผู้อื่น ส่งผลต่อความเข้าใจสมาชิกในชุมชนและบุคคลทั่วไป

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. กระดาษ A4 จำนวนเท่าสมาชิก
2. สีเทียน จำนวน 30 ชุด

ขั้นตอน

1. วิทยากรอภิปรายให้ผู้เข้าอบรมคิดถึงชีวิตของแต่ละคน ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา แล้วให้เปรียบเทียบชีวิตที่ผ่านมาเหมือนแม่น้ำสายหนึ่งที่มีจุดเริ่มต้น ณ ที่แห่งหนึ่ง และกลายเป็นสายน้ำที่ไหลผ่านสิ่งต่าง ๆ มากมาย บางส่วนของแม่น้ำไหลราบรื่นเป็นเส้นตรง บางช่วงก็คดเคี้ยว มีเกาะแก่งปะทะใจคดหิน บางช่วงก็สงบและแม่น้ำต้องมีจุดหมายปลายทาง จุดหมายปลายทางของแม่น้ำสายนี้จะเป็นอย่างไรร
2. ขอให้ทุกคนได้ถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตของตนลงในจินตนาการ “สายธารแห่งชีวิต” โดยใช้สีเทียนแสดงภาพสายธารแห่งชีวิตของตน
3. ขณะวาดภาพ เปิดเพลงประกอบเบา ๆ
4. กำหนดให้ใช้เวลา 20 นาที ในการวาดภาพ
5. เมื่อหมดเวลาให้ผู้เข้าอบรมมานั่งรวมเป็นรูปตัว U และให้แต่ละคนได้เล่าประสบการณ์ในชีวิตของตนจากสายธารแห่งชีวิตที่ตนเองวาด พูดถึงความสุข ความทุกข์ และสิ่งที่ทำให้ชีวิตหักเห รวมทั้งเป้าหมายในชีวิตของตน

สิ่งที่ได้จากกิจกรรม

ผู้เข้าอบรมมีโอกาสที่จะทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตของแต่ละคน ได้คิดถึงเป้าหมายในชีวิตของตนเอง สมาชิกจะรู้จักเปิดเผยตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการมีชีวิตอยู่ร่วมกันและส่งผลต่อการยอมรับและเข้าใจคนอื่น

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการซักถาม
2. สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าอบรมในระหว่างการร่วมกิจกรรม
3. การร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็น



ภาพที่ 3 แสดงกิจกรรมสายธารแห่งชีวิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนกิจกรรม : ฐลอกคราบ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

1. เข้าใจกระบวนการของการพัฒนาตนเอง จะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองให้เหมาะสม การยอมละทิ้งบางสิ่งบางอย่าง เพื่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเจริญก้าวหน้า
2. ทำงานร่วมกัน มีความร่วมมือ และความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เพื่อให้งานสำเร็จ
3. ได้รับความสนุกสนาน ความตื่นตัวก่อนการอบรม

ระยะเวลา 15 นาที

อุปกรณ์

1. กระดาน/กระดานปรู๊ฟ
2. ปากกาปลายสักหลาด

ขั้นตอน

1. วิทยากรแบ่งผู้เข้าอบรมเป็น 4 กลุ่ม และให้ยืนเป็นแถวตอนเรียงหนึ่ง กำหนดหมายเลขของแต่ละคนตามลำดับการนับและขอให้จับมือกันได้
2. วิทยากรถามผู้เข้าอบรมแต่ละคนว่าชอบดอกไม้ชนิดใด และเสนอชื่อดอกไม้นั้น ๆ หรืออาจจะใช้ชื่ออื่น ๆ เช่น ผลไม้ ชื่อจังหวัดก็ได้ คนละ 1 ชื่อ
3. วิทยากรบันทึกชื่อไว้บนกระดาน และมีหมายเลขกำกับชื่อ
4. กำหนดให้สมาชิกแต่ละคนมีชื่อตามดอกไม้ ผลไม้ หรือจังหวัดตามที่ตกลงกันได้ ทั้งนี้สมาชิกหมายเลขเดียวกันของแต่ละแถวจะต้องใช้ชื่อเดียวกัน เช่น หมายเลข 1 ของทุกแถวเป็นดอกกุหลาบ หมายเลข 2 ของทุกแถวเป็นดอกมะลิ เป็นต้น ดังนั้น ทุกคนจะมีชื่อดอกไม้ประจำตัว
5. วิทยากรจะอธิบายลักษณะของฐลอกคราบ คือให้ผู้ที่อยู่ปลายทั้งสองด้านวิ่งมาลอดแขนระหว่างคนที่ชื่อถูกขาน เช่น วิทยากรประกาศฐลอกคราบระหว่างกล้วยไม้กับชบา คนที่ถูกกำหนดชื่อกล้วยไม้กับชบาจะต้องยกมือขึ้น แล้วคนอื่นที่อยู่ปลายทั้งสองด้านจะต้องวิ่งนำคนอื่นลอดแขนของบุคคลทั้งสอง และกลับไปยืน ณ ตำแหน่งเดิม แถวใดหรือกลุ่มใดเสร็จเรียบร้อยก่อนให้นั่งลง
6. กิจกรรมนี้เป็นการแข่งขันสร้างความสนุกสนาน ตื่นตัว ตลอดเวลา

การประเมินผล

- สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าอบรมในระหว่างการร่วมกิจกรรม



ภาพที่ 4 แสดงกิจกรรมมรดกครอบครัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนกิจกรรม : เกาะสวรรค์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

1. ตระหนักถึงความสัมพันธ์และความรับผิดชอบของตนเองกับสมาชิกในครอบครัว และชุมชน ในฐานะแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
2. ตระหนักถึงความรับผิดชอบในการพัฒนาตนเอง เพื่อจะพัฒนาชุมชนและสังคมต่อไป

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที

อุปกรณ์

1. กระดาษขาวขนาด 20” x 24” จำนวน 40 แผ่น
2. กระดาษสีต่าง ๆ
3. กาว กรรไกร

ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1

1. วิทยากรพูดเรื่องความฝันจินตนาการ เรื่องครอบครัว เพื่อให้ทุกคนได้รู้สึกและติดตาม จากนั้นกำหนดประเด็นเรื่อง ความฝัน ความคาดหวังของชุมชนในสังคมที่ผู้เข้าอบรมแต่ละคนปรารถนาและอยากเห็นลักษณะของสังคมตามความคาดหวัง
2. แจกกระดาษขาวให้ผู้เข้าอบรม คนละ 1 แผ่น
3. วิทยากรขอให้ผู้เข้าอบรมแต่ละคนถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ความฝันของคนที่คิดไว้ออกมาในรูปของสัญลักษณ์ โดยใช้วัสดุที่เตรียมไว้ให้ คือ กระดาษสี กาว ห้ามวาด ห้ามเขียน หรือระบายสีใด ๆ ห้ามใช้ตัวอักษร กำหนดเวลาให้ 20 นาที
4. แบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็น 4 กลุ่ม
5. ให้ผู้เข้าอบรมแต่ละคนได้พูดและอธิบายผลงานของตนให้ผู้อื่นฟัง กำหนดเวลาให้ 20 นาที

ขั้นตอนที่ 2

1. ผู้เข้าอบรมยังอยู่ในกลุ่มเดิม
2. ให้ทุกคนจินตนาการของตนต่อไปว่า ถ้าเรานำภาพของทุกคนมารวมกันให้เป็นภาพของสังคมที่ทุกคนพึงปรารถนา

3. ส่งตัวแทนนำเสนอภาพสังคมที่แต่ละกลุ่มต้องการ เสนอต่อผู้เข้าอบรมทุกคน
ขั้นตอนที่ 3

1. ผู้เข้าอบรมยังอยู่ในกลุ่มเดิม
2. ให้ทุกคนจินตนาการต่อไปว่า มีหมู่บ้านหนึ่งอยู่บนเกาะ ๆ หนึ่ง และทุกคนปรารถนาจะช่วยกันพัฒนาหมู่บ้านแห่งนี้ให้ดีเป็นเกาะสวรรค์ที่ทุกคนมีสุขภาพดี
3. ให้ผู้เข้าอบรมแต่ละคนจะรับผิดชอบในเรื่องการคิดเครื่องมือ วิธีการ หรืออุปกรณ์ เพื่อช่วยพัฒนาหมู่บ้านนี้ให้เป็นหมู่บ้านสวรรค์ แต่มีกติกาว่าให้ผู้เข้าอบรมแต่ละคนนำอุปกรณ์ชิ้นเรือไปที่เกาะนี้เพื่อพัฒนาหมู่บ้านนี้ได้คนละ 1 ชนิด
4. เมื่อแต่ละคนมีอุปกรณ์ของตนแล้ว ให้ผู้เข้าอบรมทุกคนในแต่ละกลุ่มออกมาอธิบายเหตุผลการเลือกอุปกรณ์ของตนให้ผู้เข้าอบรมคนอื่น ๆ รับรู้
5. วิทยากรกับผู้เข้าอบรมร่วมกันสรุปประเด็นและแนวคิดจากกิจกรรมว่า ในการจะพัฒนาสิ่งต่าง ๆ ให้สมบูรณ์และเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น การเลือกเครื่องมือของแต่ละคนล้วนมีความหมาย และสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ตัวของผู้เข้าอบรมเอง การเรียนรู้และการทำความเข้าใจตนเองจึงถือว่าเป็นเป้าหมายของการพัฒนา

สิ่งที่ได้รับจากกิจกรรม

1. ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสิ่งที่แต่ละคนปรารถนาจะให้สังคมที่อยู่ร่วมกันนั้นมีรูปแบบอย่างไร เป็นการสร้างภาพของสังคมและชุมชนร่วมกัน
2. ผู้เข้าอบรมได้ค้นพบอุดมการณ์ ความฝันที่ตนเองมี ซึ่งอาจจะมีเช่นเดียวกันกับเพื่อนคนอื่น ๆ ซึ่งส่วนนี้ทำให้เกิดความเข้าใจ ความร่วมมือ และพลังของกลุ่มในอันที่จะพัฒนาสิ่งต่าง ๆ

การประเมินผล

1. สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าอบรมในระหว่างการร่วมกิจกรรม
2. การร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็น



ภาพที่ 5 แสดงภาพกิจกรรมเกาะสวรรค์

แผนกิจกรรม : การสะท้อนกลับ

วัตถุประสงค์

1. เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมได้มีโอกาสคิด ระลึก ไตร่ตรอง การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในแต่ละวัน ให้ได้ขจัดความสงสัย ความคับข้องใจ และปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการอบรมหรือที่เกิดขึ้นในแต่ละคนด้วย ซึ่งจะส่งผลต่อบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ในวันต่อ ๆ ไป และตลอดระยะเวลาการอบรม นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกในแต่ละวัน
2. ช่วยให้วิทยากรได้ใช้ในการปรับปรุงการจัดประสบการณ์การอบรมในวันต่อไปหรือครั้งต่อไปด้วย

ระยะเวลา 30 นาที

อุปกรณ์

1. กระดาษปรีฟ/กระดาษ
2. ปากกาปลายสั๊กหลอด

ขั้นตอน

วิทยากรตั้งคำถามเพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้ประเมินการฝึกอบรม ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสะท้อนกลับ เช่น

1. ท่านชอบอะไรมากที่สุดในวันนี้
2. ท่านรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่ท่านชอบ
3. อะไรที่ช่วยให้ท่านเรียนรู้ได้ดีในวันนี้
4. ปัญหาและอุปสรรคในวันนี้มีอะไรบ้าง
5. มีอะไรบ้างที่ท่านไม่ชอบ
6. สิ่งที่มีประโยชน์ที่สุดในวันนี้คืออะไร
7. มีอะไรบ้างที่ท่านสามารถนำไปใช้ได้
8. มีอะไรบ้างที่ท่านอยากจะพูดก่อนที่จะสิ้นสุดวันนี้

การประเมินผล

- การร่วมอภิปรายและการแสดงความคิดเห็น



ภาพที่ 6 แสดงกิจกรรมการสะท้อนกลับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนกิจกรรม : น้อมการวะ

วัตถุประสงค์

น้อมการวะเป็นกิจกรรมต้อนรับวันใหม่ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ระลึกถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นรอบตัวในแต่ละวันที่ผ่านไป โดยไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นเฉพาะช่วงของการอบรมเท่านั้น เช่น นึกถึงสิ่งแวดล้อม แม่น้ำ ภูเขา ธรรมชาติ ครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน คนรัก เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้ทุกคนเกิดความสดใสในจิตใจเพื่อต้อนรับกิจกรรมวันใหม่

ระยะเวลา 10 นาที

ขั้นตอน

1. ในแต่ละวันกำหนดให้มีตัวแทนของผู้เข้าอบรมอย่างน้อย 1 คน ทำหน้าที่ต้อนรับวันใหม่
2. กิจกรรมนี้จะเริ่มในตอนเช้า ก่อนจะเริ่มกิจกรรมอื่น ๆ ตามตารางการอบรม ตัวแทนของผู้เข้าอบรมอาจจะออกมากล่าวถึง สิ่งที่ดีงามเกี่ยวกับโลก เกี่ยวกับสังคมกับสิ่งแวดล้อมหรือบุคคล เพื่อเป็นการสรรเสริญการมีชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดีในปัจจุบัน โดยอาจจะพูดหรือกล่าวในลักษณะของกลอน บทความ การเล่าเรื่อง บทสวดมนต์ เพลง เป็นต้น



ภาพที่ 7 แสดงกิจกรรมน้อมการวะ

แผนกิจกรรม : ผึ่งสร้างรัง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

1. เกิดความสนุกสนาน เกิดการตื่นตัว และกระชับความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม
2. เป็นเทคนิคการแบ่งกลุ่ม

ระยะเวลา 15 นาที

อุปกรณ์ ไม่มี

ขั้นตอน

1. วิทยากรนำเข้าสู่กิจกรรม โดยอธิบายถึงสังคมของผึ้งที่อาศัยอยู่กันเป็นรัง พร้อมกับให้ผู้เข้าอบรมนับ 1 ถึง 3 จนครบ และกำหนดให้ผู้เข้าอบรมที่นับ 1 และ 2 เป็นรัง ผู้เข้าอบรมที่นับ 3 เป็นผึ้ง เมื่อรวมกันเรียกว่า ผึ้ง 1 รัง
2. วิทยากรอธิบายกติกา ดังนี้
 - 2.1 วิธีการสร้างรังให้ผู้เข้าอบรมที่นับ 1 และ 2 จับมือกันเป็นรังผึ้ง และผู้เข้าอบรมที่นับ 1 เป็นผึ้ง (แสดงท่าบินประกอบ)
 - 2.2 เมื่อวิทยากรมีคำสั่ง “ผึ้งเข้ารัง” ให้ผึ้งรีบเข้าไปในรัง
 - 2.3 เมื่อวิทยากรมีคำสั่ง “ผึ้งแตกรัง” ให้ผึ้งและรังสลายกลุ่ม และไปสร้างรังใหม่ โดยไม่ให้ผู้เข้าอบรมที่เข้ามารวมกันเป็นรังผึ้งใหม่เป็นคนเดิม
 - 2.4 เมื่อวิทยากรมีคำสั่ง “ผึ้งกลับรัง” ให้ผู้เข้าอบรมที่เป็นผึ้งและรังกลุ่มเดิมกลับมารวมกลุ่มกันใหม่
 - 2.5 อาจมีคำสั่งอื่น ๆ เช่น “ผึ้งเปลี่ยนรัง”
 - 2.6 ในกรณีที่มิผู้ไม่สามารถเข้ากลุ่มหรือทำตามกติกาได้ ให้ผู้เข้าอบรมคนอื่น ๆ ลงโทษ โดยให้ทำกิจกรรมที่สนุกสนาน

แผนกิจกรรม : โทโส
(TOSO : Telling Our Story Ourselves)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความรู้บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมแต่ละคนได้สะท้อนความคิด ความรู้สึก ทักษะของตนเองต่อบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและครอบครัว
3. ผู้เข้าอบรมได้ปรับเปลี่ยนและพัฒนาทัศนคติ และค่านิยมของตนเองด้านสุขภาพอนามัยได้

ระยะเวลา 40 นาที

อุปกรณ์ ก้อนหินขนาดพอเหมาะมือ ลักษณะผิวเรียบ จำนวนเท่ากับจำนวนกลุ่ม

ขั้นตอน

1. แบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรม 4 กลุ่ม
2. วิทยากรบอกเงื่อนไขในการทำกิจกรรม โดยแต่ละกลุ่มจะได้ก้อนหิน ซึ่งถือว่าเป็น “ก้อนหินแห่งชีวิต” กลุ่มละ 1 ก้อน ก้อนหินจะถูกวางไว้ตรงกลางวง เมื่อผู้เข้าอบรมคนใดต้องการจะพูดอภิปรายเรื่องราวต่าง ๆ ในประเด็นที่วิทยากรกำหนด ก็ให้ผู้นั้นถือก้อนหินไว้ในมือ พูดจบก็วางกลับที่เดิม ทั้งนี้ในขณะที่ผู้พูดเล่าเรื่องอยู่นั้น ผู้เข้าอบรมท่านอื่นไม่มีสิทธิ์พูดหรือถาม เมื่อพูดจบผู้เข้าอบรมคนใดต้องการจะพูดก็ต้องถือก้อนหินไว้ในมือ และปฏิบัติเช่นเดียวกันให้ครบทุกคน และบางคนอาจพูดเสริมในรอบสองได้
3. เมื่อผู้เข้าอบรมพูดครบทุกคน เปิดโอกาสให้มีการซักถามเพิ่มเติม
4. ประเด็นที่กำหนด คือ ประสบการณ์ของผู้เข้าอบรมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

สิ่งที่ได้จากกิจกรรม

1. ผู้เข้าอบรมได้แสดงออกและเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทุกคนมีโอกาสอภิปราย และแสดงออกความรู้สึก นึกคิด และทัศนคติของตนต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและครอบครัว
2. ผู้เข้าอบรมได้พัฒนาทักษะการฟัง การยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น



ภาพที่ 8 แสดงกิจกรรมโทโส

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนกิจกรรม : การเล่าเรื่องจากรูปภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

1. สะท้อนภาพของชุมชนที่เป็นสภาพชีวิตจริง ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นให้ผู้เข้าอบรมมีการพัฒนาตนเองจากการค้นพบศักยภาพและความสามารถของตนเอง ในการใช้ประสบการณ์และจินตนาการบอกเล่าเรื่องราว ซึ่งเป็นการสื่อความหมายให้บุคคลอื่นทราบถึงความคิด ความต้องการของตนเอง

2. ใช้ความรู้และประสบการณ์เดิมของตนเองในการวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไข

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. รูปภาพที่แสดงถึงวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ในชุมชนที่สะท้อนสภาพปัญหาสาธารณสุขในชุมชน จำนวน 4 ภาพ และประเด็นอภิปราย
2. กระดาษปรีฟ และปากกาสีกหลาย

ขั้นตอน

1. วิทยากรแบ่งผู้เข้าอบรมออกเป็น 4 กลุ่ม
2. ให้แต่ละกลุ่มรับรูปภาพจากวิทยากร กลุ่มละ 1 ภาพ พร้อมกับประเด็นการอภิปราย
3. ผู้เข้าอบรมประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ และอภิปรายร่วมกัน ตามประเด็นที่กำหนดและเพิ่มเติมได้ตามที่กลุ่มต้องการ
4. ตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอผลการประชุมกลุ่ม และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมอื่น ๆ ชักถาม หรืออภิปรายเพิ่มเติม

ประเด็นการอภิปราย

1. ท่านรู้สึกอย่างไรกับภาพนี้
2. ถ้าบุคคลในภาพเป็นญาติพี่น้อง หรือบุคคลในครอบครัวของท่าน ท่านรู้สึกอย่างไร
3. ปัญหาของบุคคลในภาพนี้คืออะไร
4. สาเหตุของปัญหาคืออะไร

5. ถ้าท่านเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนี้ ท่านจะมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างไร

สิ่งที่ได้จากกิจกรรม

1. การเล่าเรื่องราวและการอภิปรายร่วมกัน จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมวิเคราะห์สภาพการณ์ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นการพัฒนาตัวบุคคล และเริ่มมีผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการสร้างพลัง และเป็นวิธีการสำหรับบุคคลในการสื่อสารข้อคิดเห็น วิสัยทัศน์หรือความต้องการของเขาต่อชุมชนและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นการพัฒนาผู้เข้าอบรมให้เห็นคุณค่าของตนเองและความเชื่อในความสามารถของตนเอง
2. เป็นการสะท้อนภาพของชุมชนที่เป็นกระจกเงาของชีวิตประจำวันเป็นความจริงที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของคนในชุมชน
3. ความรู้ที่ได้จากกิจกรรมจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันภายในชุมชน

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการซักถาม
2. สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าอบรมระหว่างการร่วมกิจกรรม
3. การร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็น



ภาพที่ ๑ แสดงกิจกรรมการเล่าเรื่องจากรูปภาพ

แผนกิจกรรม : ละครคน
(People's Theatre)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้การแสดงบทบาท ทำทางเป็นสื่อแสดงความคิดและสะท้อนสภาพปัญหา สภาพอนามัยในชุมชน
2. เพื่อปลูกจิตสำนึกของบุคคล ชุมชน ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชน

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ดนตรี
2. ผ้าห่ม 1 ผืน ไม้เท้า 1 อัน

ขั้นตอน

กิจกรรมที่ 1

วิทยากรขอให้ผู้เข้าอบรมทุกคนพยายามมีสมาธิกับคำสั่งที่วิทยากรจะสั่งการ โดยขอให้ทุกคนเดินเป็นวงกลมให้มีระยะห่าง 1 ช่วงแขน เริ่มต้นวิทยากรจะเปิดเพลงเบา ๆ ให้ทุก ๆ คนค่อย ๆ เดินตามกัน จากนั้นจึงให้ผู้เข้าอบรมทุกคนแสดงท่าทางเลียนแบบของบุคคล สัตว์ สิ่งของ สิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ตามจินตนาการของแต่ละคน เช่น ขอให้ทุกคนแสดงท่าทางของเด็ก ทุกคนก็จะแสดงท่าทางเป็นเด็กตามที่ตนเองจินตนาการ เด็กแรกเกิด หัดคลาน หัดเดิน เข้าสู่วัยรุ่น ผู้ใหญ่อาชีพต่าง ๆ เริ่มสูงอายุขึ้น เป็นต้น ขอให้แสดงเป็นเศรษฐกิจ ขอทาน ขอให้เป็นต้นไม้ ต้นไม้มีได้กี่แบบ ขนาด รูปร่าง จากนั้นขอให้เลียนแบบทำสัตว์ เช่น ลิง ทำต่าง ๆ ของลิง เป็นต้น (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) พยายามให้ทุกคนสวมบทบาทได้อย่างจริงจัง

กิจกรรมที่ 2

ให้ทุกคนนั่งล้อมรอบเป็นวงกลม วิทยากรจะวางผ้าห่ม 1 ผืน ไม้เท้า 1 อัน ไว้กลางวง จากนั้นขออาสาสมัครออกมาแสดงท่าทางสื่อความหมายโดยใช้ผ้าห่มและไม้เท้าประกอบการแสดง โดยผู้แสดงจะไม่มีใครพูดคุยกับคนอื่นให้ผู้เข้าอบรมที่เหลือบอกว่าอาสาสมัครคนนั้นแสดงท่ามีความหมายว่าอย่างไร ถ้าผู้เข้าอบรมบอกไม่ถูกหรือบอกไม่ตรงกับที่ผู้แสดงตั้งใจ ผู้แสดง

จะต้องทำท่าแสดงจนกว่าผู้เข้าอบรมคนอื่นจะบอกความหมายได้ตรงกับที่ผู้แสดงตั้งใจ

กิจกรรมที่ 3

ละคร : หลังจากที่ทุกคนได้ฝึกการแสดงออกมาได้สักระยะหนึ่งแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการแบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มได้ประชุม ปรึกษาคงกลงกันเพื่อเลือกปัญหาด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน เลือกมา 1 ปัญหา เมื่อกลุ่มกำหนดปัญหาได้แล้ว กำหนดงานกลุ่มโดยให้ผู้เข้าอบรมของกลุ่มทุกคนอยู่ในการแสดงตามลำดับดังนี้

- ฉากที่ 1 ให้แต่ละกลุ่มสร้างละคร โดยผู้เข้าอบรมทุกคนจะต้องมีบทบาทของตนเอง สะท้อนหรือแสดงปัญหาที่กลุ่มของตนได้เลือกมา การแสดงจะเป็นทำนองไม่มีบทสนทนา เมื่อทุกกลุ่มได้แสดง ขอให้กลุ่มอื่นได้อภิปรายว่า แต่ละกลุ่มต้องการสะท้อนปัญหาอะไร
- ฉากที่ 2 เป็นฉากที่แสดงถึงสาเหตุของปัญหาที่ได้นำเสนอไปแล้ว ขอให้ใช้ทำนองเช่นเดิม
- ฉากที่ 3 เป็นฉากที่แสดงผลลัพธ์ของปัญหานั้น โดยยังคงใช้ทำนอง
- ฉากที่ 4 ในส่วนสุดท้าย ขอให้แต่ละกลุ่มได้ระดมสมองหาแนวทางแก้ปัญหา พร้อมทุกกลุ่มจะต้องแสดงทุกฉากตั้งแต่สาเหตุของปัญหา ปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการแก้ไขปัญหา และผลลัพธ์ ซึ่งฉากของผลลัพธ์นี้จะแตกต่างจากฉากที่ 3 เพราะปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว โดยครั้งนี้จะมีบทสนทนาย่วมด้วย

สิ่งที่ได้รับจากกิจกรรม

ผู้เข้าอบรมแต่ละคนได้ค้นพบศักยภาพ ความสามารถของตนเองในการใช้จินตนาการในการแสดงบทบาท ทำทางเป็นสื่อการแสดงออก ผู้เข้าอบรมได้รับการกระตุ้นให้เข้าใจปัญหาตระหนักในปัญหา สามารถวิเคราะห์ปัญหา และค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจ
2. สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าอบรมระหว่างการร่วมกิจกรรม
3. การร่วมแสดงความคิดเห็น

แผนกิจกรรม : ไข่มหาสนุก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

1. ฝึกทักษะความไวต่อการรับรู้ และเกิดความตื่นตัวตลอดเวลา
2. เกิดความสนุกสนาน

ระยะเวลา 15 นาที

อุปกรณ์

1. ไข่ จำนวน 10 ฟอง
3. ดนตรีจังหวะเร้าใจ

ขั้นตอน

1. ผู้เข้าอบรมยืนเป็นวงกลม อยู่ห่างกันประมาณ 1 ศอก
2. วิทยากรแจกไข่แก่ผู้เข้าอบรมที่นับจำนวน 5, 10, 15, 20, 25 และ 30 และชี้แจงว่าเมื่อเริ่มเสียงดนตรีให้ส่งไข่แก่คนที่อยู่ซ้ายมือ เมื่อเสียงเพลงหยุดจะต้องหยุดการส่งไข่ทันที
3. บุคคลใดที่มีไข่ในมือหรือทำไข่แตก จะถูกเรียกออกมาแสดงกิจกรรมตามที่ผู้อบรมคิดเองหรือผู้เข้าอบรมคนอื่น ๆ ร้องขอเพื่อเป็นการเพิ่มความสนุกสนาน
4. กิจกรรมนี้สามารถเล่นต่อไปเรื่อย ๆ จนจำนวนผู้เล่นน้อยลงและให้เป็นบุคคลที่ชนะหรือหมดเวลาที่กำหนด

สิ่งที่ได้จากกิจกรรม

เกิดความสนุกสนาน ฝึกทักษะความไวของการรับรู้ ทำให้ตื่นตัวก่อนนำเข้าสู่บทเรียน

การประเมินผล

สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าอบรมในระหว่างการร่วมกิจกรรม

แผนกิจกรรม : ฉันทรักคุณ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเกิดความสุขสนาน และฝึกความกล้าแสดงออก

ระยะเวลา 15 นาที

อุปกรณ์ ไม่มี

ขั้นตอน

1. ผู้เข้าอบรมนั่งล้อมเป็นวงกลม
2. ขออาสาสมัครอยู่ตรงกลาง 1 คน อาสาสมัครที่ยืนตรงกลางนี้จะเลือกสมาชิก 1 คน แล้วเข้าไปคุกเข่าต่อหน้าคนนั้นแล้วกล่าวว่า “ฉันทรักคุณ” ผู้ที่ถูกขอความรักจะถามว่า “คุณรักฉันเพราะอะไร” ผู้ที่ขอความรักจะตอบ “เพราะคุณใส่หน้ากาก” (หรือวัตถุประสงค์อื่น ๆ ที่ผู้ถูกขอความรักมี เช่น เสื้อแขนยาว สร้อยคอ)
3. ผู้ที่นั่งอยู่ในวงกลมที่ใส่หน้ากากจะต้องวิ่งสับที่กัน และผู้ที่อยู่กลางวงก็ต้องรีบหาที่นั่งเช่นกัน
4. ผู้ที่หาที่นั่งไม่ได้ ต้องมายืนกลางวงและหาบุคคลที่จะขอความรักต่อไป

สิ่งที่ได้จากกิจกรรม

เป็นกิจกรรมสร้างความสนุกสนาน ทำให้สมาชิกตื่นตัว กล้าแสดงออก และแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนกิจกรรม : ร่วมใจพัฒนา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

1. ได้ทบทวนประสบการณ์และแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถของตนเองในการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหา
2. ได้มีโอกาสวิเคราะห์และหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน ในเชิงสร้างสรรค์ และใช้จินตนาการความคิดที่ไร้ขอบเขต ข้อกำหนด และกรอบแนวคิดที่เคยชิน

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. กระดาน/กระดาดยปรีฟ/ปากกาสีกะหลาด
2. กระดาษ A4
3. กระดาษสีต่าง ๆ กาว กรรไกร

ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 (ใช้เวลา 45 นาที)

1. วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็น 4 กลุ่ม โดยวิธีหยิบกระดาษสีจากกล่อง
2. ผู้เข้าอบรมเข้าร่วมกลุ่มตามสีกระดาษที่หยิบได้ เลือกประธาน เลขานุการ และเลือก

ชื่อกลุ่ม

3. วิทยากรแจกกระดาษ A4 แก่ผู้เข้าอบรม คนละ 1 แผ่น และชี้แจงกิจกรรมคือ ให้ผู้เข้าอบรมแต่ละคนสร้างภาพสะท้อนความเป็นจริงเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในครอบครัวและชุมชน เป็นภาพที่เกิดจากมุมมองของตนเอง เป็นความคิดที่มาจากส่วนตัวเป็น “ภาพของฉัน” โดยใช้กระดาษสีตัดปะ เป็นภาพหรือสัญลักษณ์ที่สะท้อนปัญหานั้น

4. ให้ผู้เข้าอบรมนำเสนอภาพและข้อคิดเห็นของตนเองภายในกลุ่ม โดยยึดหลักให้เกียรติ ให้ความเป็นมิตร เห็นคุณค่า เข้าใจ เห็นใจ ถามได้แต่ไม่วิจารณ์ และให้โอกาสทุกคนเท่าเทียมกัน ไม่ครอบงำ เป็นการเปิดโอกาสให้สมองของทุกคนได้รับรู้และจดจำข้อมูล ซึ่งทำให้ทุกคนมีโอกาสเรียนรู้มากขึ้น

5. สรุปภาพของแต่ละคนให้เป็นภาพแห่งความเป็นจริงภาพเดียว โดยจะต้องมีภาพส่วนที่เป็นความคิดของแต่ละบุคคลอยู่ในภาพของกลุ่มหรือ “ภาพของเรา” การรวมภาพของคนไว้

ภาพของกลุ่ม เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในแนวความคิด ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับและความเป็นเจ้าของความคิดของผู้เข้าอบรมทุกคนต่อไป

6. ตัวแทนกลุ่มนำเสนอสาระสำคัญของภาพต่อที่ประชุม

7. ตัวแทนกลุ่มรวมภาพของแต่ละกลุ่มเป็นภาพของส่วนรวมและสรุปภาพ ผู้เข้าอบรมสามารถเพิ่มเติมประเด็นของตนเองที่ขาดหายไปได้

ขั้นตอนที่ 2 (ใช้เวลา 45 นาที)

1. วิทยากรแจกกระดาษ A4 แก่ผู้เข้าอบรมทุกคน

2. ให้ผู้เข้าอบรมสร้างภาพแสดงความมุ่งหวังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ในครอบครัวและชุมชน โดยใช้วิธีเดิม เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมได้สร้างจินตนาการของตนเอง เป็นการกระตุ้นให้มองภาพการพัฒนาในแนวที่สร้างสรรค์ เป็นการวางแผนการพัฒนาเชิงรุก

3. ผู้เข้าอบรมเข้าร่วมกลุ่มเดิมและนำเสนอภาพและข้อคิดเห็นของตนเอง โดยยึด

หลักการเดิม

4. สรุปภาพของแต่ละคนเป็นภาพแห่งความมุ่งหวัง

5. ตัวแทนกลุ่มนำเสนอสาระสำคัญของภาพ

6. ตัวแทนกลุ่มรวมภาพของแต่ละกลุ่มเป็นภาพของส่วนรวมและสรุปภาพ

ขั้นตอนที่ 3 (ใช้เวลา 30 นาที)

1. วิทยากรแจกกระดาษแผ่นเล็กแก่ผู้เข้าอบรม คนละ 3 แผ่น

2. ให้ผู้เข้าอบรมคิดหาวิธีการสำคัญที่จะนำไปสู่ภาพแห่งความมุ่งหวังด้วยตนเอง ให้ได้ประมาณ 1 – 3 ข้อ โดยเขียนวิธีการสำคัญลงบนกระดาษเล็กแผ่นละ 1 ข้อ และนำไปติดบนกระดาษ

3. ผู้เข้าอบรมแต่ละกลุ่มร่วมกันรวมวิธีการสำคัญ โดยรวมวิธีการที่เหมือนกันเข้าด้วยกัน ตามด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน

4. ตัวแทนกลุ่มนำเสนอวิธีการสำคัญที่จะนำไปสู่ภาพแห่งความมุ่งหวังต่อที่ประชุม

ขั้นตอนที่ 4 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

เป็นขั้นตอนที่ผู้เข้าอบรมทุกกลุ่มช่วยกันทำให้ภาพแห่งความมุ่งหวัง กลายเป็นความจริง ดังนี้

1. ทุกกลุ่มช่วยกันรวมวิธีการที่เหมือนกันเข้าด้วยกัน และตามด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน

2. ผู้เข้าอบรมร่วมกันจัดลำดับความสำคัญ โดยใช้กระดาษสีติดวิธีการที่ตนเองเห็นว่าสำคัญที่สุด 3 อันดับแรก

3. ร่วมกันพิจารณาว่าสิ่งใดสามารถทำได้ กำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้นำกลุ่มเพื่อประสานงาน และให้ทุกคนมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจ และกำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมใน

ลำดับต่อไป

4. ผู้เข้าอบรมหาคำขวัญประจำกลุ่มเพื่อเป็นพันธะสัญญาร่วมกัน

สิ่งที่ได้จากกิจกรรม

1. ผู้เข้าอบรมมีอิสระในการคิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และเป็นระบบควบคุมไปกับการใช้จินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ เพื่อนำไปสู่สิ่งที่แต่ละคนคาดหวัง กิจกรรมเหล่านี้จะสะท้อนถึงจิตสำนึกของผู้เข้าอบรม และทุกคนได้ตระหนักถึงความคิด จิตสำนึกและบทบาทของตนเองในสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ รวมทั้งได้เรียนรู้ความคิดและจิตสำนึกของบุคคลอื่นในด้านอุดมการณ์ทางสังคม และแนวทางในการแก้ไขปัญหา
2. ผู้เข้าอบรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมุมมองของตนเองในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของครอบครัวและชุมชน
3. เป็นการวางแผนการทำงานร่วมกันในการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของครอบครัวและชุมชนที่พึงประสงค์ นับว่าเป็นการรวมพลังการพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์ และการทำงานเป็นทีม
4. การเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิด กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาแก้ไขปัญหา และสร้างความเข้าใจในการพัฒนา จะทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน
5. ผลของกิจกรรมคือ ภารกิจของทุกคนที่ตนได้นำเสนอแนะ เลือกกิจกรรมไว้ เป็นการสร้างความรับผิดชอบที่จะนำไปทำตามบทบาทหน้าที่ของตน

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจ
2. สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าอบรมระหว่างการร่วมกิจกรรม
3. การร่วมแสดงความคิดเห็น



ภาพที่ 10 แสดงกิจกรรมร่วมใจพัฒนา

แผนกิจกรรม : แมวกับหนู

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเกิดความสนุกสนาน ตื่นตัว ไวต่อการปรับตัว

ระยะเวลา 15 นาที

อุปกรณ์ ไม่มี

ขั้นตอน

1. วิทยากรขอให้ผู้เข้าอบรมจับกันเป็นคู่ ให้แต่ละคู่ยืนรวมกันเป็นวงกลม ให้แต่ละคู่ยืนห่างกัน 1 ช่วงแขน
2. กำหนดให้ผู้เข้าอบรม 2 คน อยู่ตรงกลาง คนหนึ่งเป็นแมว คนหนึ่งเป็นหนู
3. แมวจะต้องวิ่งไล่จับหนู หนูจะต้องพยายามหนี หนูจะหนีรอดได้โดยวิ่งไปเกาะกับผู้เข้าอบรมที่ยืนกันเป็นคู่ โดยจะเลือกเกาะคนใดก็ได้ ผู้ไม่ถูกเกาะของคู่นี้จะต้องเปลี่ยนตนเองเป็นแมว ผู้ที่เป็นแมวที่กำลังวิ่งไล่จับอยู่จะกลายเป็นหนูทันที แล้วเตรียมวิ่งหนีและวิ่งไปเกาะคู่อื่นต่อไป
4. สมาชิกคนใดที่ถูกจับได้จะแพ้ และออกนอกวงไป

สิ่งที่ได้จากกิจกรรม

กิจกรรมนี้นอกจากจะได้รับความสนุกสนานแล้ว ยังสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกว่าในชีวิตจริงเรามีหลายบทบาท สวมหมวกหลายใบ บางครั้งอาจเกิดการสับสนในบทบาทและหมวกที่สวมอยู่ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดวงดาวของฉัน

การตัดสินใจที่ฉันได้ทำไปแล้ว และประสบความสำเร็จเมื่อเร็วๆ นี้ คือ

มีอยู่ 2 ประการ ที่ฉันทำได้สำเร็จและ

ผู้นำชุมชน 2 คน ที่ฉันชื่นชมที่สุดใน

ภูมิใจมาก คือ

ชีวิต คือ

1.

1.

2.

2.



เป้าหมาย 2 อย่างที่ฉันอยากจะพัฒนา

คุณสมบัติ 2 อย่าง ที่มีอยู่ในตัวฉันที่ทำให้

สาธารณสุขชุมชนของเรา คือ

ฉันมีเพื่อน คือ

1.

1.

2.

2.

ลักษณะที่ทำให้ฉันเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ดี

1.

2.

แผนกิจกรรม : พันธะสัญญา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

1. ตระหนักรู้ในตัวเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเชื่อในความสามารถของตนเองในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ
2. เกิดความรักและผูกพันซึ่งกันและกัน
3. ให้คำมั่นสัญญาต่อกันในการร่วมกันดำเนินกิจกรรมในการพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. โต๊ะบูชาที่ประกอบด้วย พระพุทธรูป 1 องค์ เชิงเทียน 2 อัน และแจกันดอกบัว 2 อัน
2. พานและด้ายสายสิญจ์ 1 ม้วนใหญ่
3. ดนตรีบรรเลง (เพื่อการสร้างบรรยากาศ)

ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1

1. ผู้เข้าอบรมทุกคนพร้อมกับวิทยากรนั่งล้อมวง และโต๊ะบูชาเป็นส่วนหนึ่งของวงกลม จัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบร้อย แสงไม่สว่างจ้าเกินไป ให้ผู้เข้าอบรมทุกคนใช้สมาธิเพื่อเตรียมตัวเข้าร่วมกิจกรรมและอยู่ในความสงบ

2. วิทยากรกล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการเข้าร่วมกิจกรรมและนึกถึงสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น และเชิญชวนร่วมกันทำพิธีทักษิณาวัตร โดยการนำเทียนจากโต๊ะบูชามาจุดและเวียนซ้ายไปขวา 3 รอบ เรียกว่าการทำทักษิณาวัตร และมอบให้แก่ผู้เข้าอบรมที่นั่งทางซ้ายมือ ผู้รับเทียนและผู้มอบเทียนไหว้ซึ่งกันและกัน แล้วทำทักษิณาวัตร และส่งเทียนไปรอบ ๆ จนครบทุกคน และคนสุดท้ายนำเทียนไปวางไว้บนโต๊ะบูชาอีกครั้ง พร้อมกับกราบพระ

ขั้นตอนที่ 2

1. วิทยากรนำด้ายสายสิญจ์มา และชี้แจงให้ผู้เข้าอบรมที่ได้รับสายสิญจ์ ไปกล่าวถึงผู้เข้าอบรม 1 คน ที่ตนเองมีความประทับใจ ให้พูดในเชิงสร้างสรรค์ พูดด้วยความรัก ความเมตตา และเห็นคุณค่าของบุคคลนั้น พร้อมกับให้คำมั่นสัญญาต่อที่ประชุมในการที่จะพัฒนาสาธารณสุข

ในชุมชนร่วมกัน (ด้วยความสมัครใจ) จากนั้นก็โยนด้ายสายสิญจ์ไปให้ผู้เข้าอบรมที่ตนกล่าวถึง และผู้รับด้ายสายสิญจ์ก็จะกระทำเช่นเดียวกัน และดำเนินการไปเรื่อย ๆ จนครบทุกคน และด้ายสายสิญจ์ก็จะโยนกลับมาหาผู้เข้าอบรมที่พูดเป็นคนแรก

2. เมื่อครบทุกคน วิชยากรเก็บด้ายสายสิญจ์วางบนพานและนำกลับไปวางบนโต๊ะบูชาเช่นเดิม

3. วิชยากรกล่าวสรุป พันธะสัญญาที่ทุกคนได้กระทำร่วมกัน

สิ่งที่ได้จากกิจกรรม

1. การใช้พิธีกรรมทางศาสนาและความสงบเป็นสื่อ เป็นการทำให้ทุกคนเกิดสมาธิ มีสติ เป็นการให้ความสำคัญแก่จิตวิญญาณของทุกคน สิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ เป็นการพักจิต ทำให้ทุกคนได้รู้จักตนเอง การไหว้ซึ่งกันและกันเป็นการสวดเทรกกุณธรรม จริยธรรม และก่อให้เกิดความอ่อนน้อมถ่อมตัว เป็นการเตรียมบุคคลในการร่วมกันกระทำการต่าง ๆ และรู้ในคุณค่าและเชื่อในความสามารถของตนเอง

2. ผู้เข้าอบรมได้แสดงตนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขของชุมชนด้วยความสมัครใจ

3. เป็นการสร้างคุณค่า ความรัก ความผูกพัน ระหว่างผู้เข้าอบรม



ภาพที่ 11 แสดงกิจกรรมพันธะสัญญา

แผนกิจกรรม : ปิดการอบรม

1. วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมยืนขึ้นเป็นวงกลม วิทยากรมอบดอกไม้ให้ผู้เข้าอบรมคนละ 1 ดอก (ขณะมอบเปิดเพลงดอกไม้เพื่อคุณ)
2. วิทยากรนำผู้เข้าอบรมจับมือ และแลกเปลี่ยนดอกไม้กับเพื่อนผู้เข้าอบรมคนอื่น ๆ ผู้เข้าอบรมแต่ละคนจะได้จับมือและแลกเปลี่ยนดอกไม้กันทุกคน คนที่จับมือและแลกดอกไม้กับเพื่อนจนครบทุกคนแล้ว จะกลับเข้ายืนในจุดเดิมของตนเป็นรูปวงกลมอีกครั้ง
3. วิทยากรขอให้ทุกคนยืนจับมือกัน และร่วมร้องเพลงใจประสานใจและเพลงคำสัญญา



ภาพที่ 12 แสดงกิจกรรมปิดการอบรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสรุปผลแผนกิจกรรมการอบรม

ในการดำเนินการอบรมแผนกิจกรรมการอบรม ผู้เข้าอบรมได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามวัตถุประสงค์ของแผนกิจกรรม สรุปได้ดังนี้

1. แผนกิจกรรม ความคาดหวัง ผู้เข้าอบรมคาดหวังในการอบรมมีดังนี้

1.1 ด้านความรู้ ต้องการความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและครอบครัว

1.2 ด้านความสัมพันธ์ในชุมชน ต้องการให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความรัก ความสามัคคีและความดีเกิดขึ้นในชุมชน

1.3 ด้านการพัฒนาชุมชน ต้องการให้มีการพัฒนาท้องถิ่น เพื่อให้มีเศรษฐกิจดี ชุมชนเข้มแข็ง มีความก้าวหน้า มีการประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางการพัฒนา และคิดว่าท้องถิ่นจะพัฒนาได้ถ้ามีหมอบริการประจำบ้าน

2. แผนกิจกรรม สายธารแห่งชีวิต ผู้เข้าอบรมมีความฝันในชีวิตที่ต้องการให้ตนเอง ครอบครัว และชุมชนมีคุณภาพชีวิตได้แสดงความรู้สึกรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และทราบความเป็นมาและชีวิตของเพื่อนในกลุ่ม

3. แผนกิจกรรม เกาะสวรรค์ ผู้เข้าอบรมมีความต้องการให้ทุกคนในชุมชนในพื้นที่มีความสามัคคี เป็นหมู่บ้านที่เข้มแข็ง มีองค์กรต่าง ๆ ที่เข้มแข็ง มีอาชีพที่มั่นคง ต้องการให้บ้านเรือนในหมู่บ้านเรียบร้อย สวยงาม ทุกคนมีความสุขพอนามัยดี ไม่มีเด็กเป็นโรคไขเลือดออก ไม่มียาเสพติดและมีแนวทางทำให้ชุมชนเป็นเกาะสวรรค์ สรุปได้ดังนี้

1. ชาวบ้านทุกคนมีความพร้อมเพรียงกัน ให้ความร่วมมือ สามัคคี ร่วมใจและรวมพลัง เสียสละ เพื่อส่วนรวม ให้ความสำคัญเรื่องส่วนรวมของหมู่บ้าน และเห็นใจซึ่งกันและกัน

2. ชาวบ้านทุกคนประกอบอาชีพด้วยความขยัน สร้างฐานะของตนเองให้มั่นคง ประหยัด ลดสิ่งฟุ่มเฟือย เลิกอบายมุขทุกอย่าง

3. มีผู้นำที่รับผิดชอบในหน้าที่

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ทุกคนต้องไม่ทำลายป่าและแหล่งน้ำ และช่วยกันดูแล

5. มีการนำเสนอปัญหาและความต้องการต่อผู้นำ และขอการสนับสนุนจากหน่วยงานราชการ

6. มีการศึกษาดูงานหมู่บ้านอื่น ๆ ที่เข้มแข็ง เพื่อนำความรู้มาพัฒนาหมู่บ้าน

4. แผนกิจกรรม โทโฮ ผู้เข้าอบรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสะท้อนความคิด ความรู้สึก และทักษะของตนเองในบทบาทการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ดังนี้

4.1 ด้านสุขภาพอนามัย มีวิธีการที่หลากหลาย ดังนี้

- การทำให้หมู่บ้านสะอาดและเรียบร้อย
- การช่วยเหลือตนเอง เช่น การออกกำลังกายจะช่วยคลายเครียดได้
- การป้องกันไข้เลือดออก ปรายุงลาย อย่าให้ยุงกัด ก็จะทำให้ไม่มีโรคนี
- การรักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรง เช่น ไปพบหมอเมื่อไม่สบาย วัดความดันเลือด ตรวจเลือด รับประทานอาหารตรงเวลา ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่เครียด รับประทานยาที่หมอบริจาคให้มาให้หมด
- การรักษาอาการปวดศีรษะ ใช้น้ำหรือน้ำแข็งวางที่ศีรษะ นอนพักผ่อน ถ้าไม่สบายต้องไปหาหมอ
- การรักษาโรคกระเพาะอาหาร ให้รับประทานอาหารให้ตรงเวลา ไม่เครียด อย่าดื่มเหล้า อย่ารับประทานอาหารเค็มจัดเผ็ดจัด ออกกำลังกายทุกเช้าและรับประทานยาตามหมอสั่ง
- การรักษาอาการท้องผูกและริดสีดวงทวาร โดยการรับประทานอาหารที่มีพืชผักมากๆ และดื่มน้ำเมื่อตื่นนอนตอนเช้ามืดก่อนแปรงฟัน
- วิธีการรักษาโรคเบื้องต้น โดยการสอบถามผู้ใกล้ชิดหรือผู้มีประสบการณ์ให้ ความสำคัญกับสุขภาพและหมั่นไปพบหมอหรือเจ้าหน้าที่สถานีนามัย
- วิธีการรักษาสุขภาพเรื่องอาหาร โดยการเรียนรู้การเลือกรับประทานอาหาร อย่างถูกวิธี หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคร้าย
- การรักษาไข้หวัด ต้องดื่มน้ำมากๆ รับประทานยาและพักผ่อน
- การแก้ไขปัญหาสารพิษตกค้างในร่างกาย ต้องตรวจเลือดหาสารพิษตกค้าง
- การแก้ไขอาการปวดเมื่อย โดยการหาวิธีทำให้ตนเองผ่อนคลายอาการปวดเมื่อย เช่น บีบนวดตรงจุดที่เราปวดเมื่อย ไม่ควรรับประทานยา ก่อน และต้องบริหารร่างกายสม่ำเสมอ
- การแก้ไขโรคมึนแพ้ของร่างกาย ต้องทำให้ร่างกายอบอุ่นอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงฝุ่นละออง
- วิธีแก้โรคเครียด โดยการไม่คิดมาก ไม่นำเรื่องเล็กๆ น้อยๆ มาคิด พักผ่อนให้เพียงพอ มีเวลาพูดคุยกับเพื่อนบ้าน

4.2 ด้านสิ่งแวดล้อม ชาวบ้านทุกคนต้องดูแลสิ่งแวดล้อมให้ดี ไม่ให้มีสารพิษปลูกผักด้วยวิธีปลอดสารพิษ ถ้าสิ่งแวดล้อมดีคนในหมู่บ้านก็มีสุขภาพดีด้วย สำหรับปัญหาความแห้งแล้งต้องช่วยกันปลูกต้นไม้หลายๆ เพื่อให้ฝนตกตามฤดูกาล

4.3 ด้านครอบครัว ต้องพัฒนาภายในครอบครัว โดยอบรมสั่งสอนเด็กให้เป็นคนดี ดูแลเด็กไม่ให้ติดยาเสพติดและเล่นการพนัน ซึ่งจะทำให้หมู่บ้านมีความเจริญมีความอบอุ่น และมีความปลอดภัย

4.4 การพัฒนาชุมชน ผู้เข้าอบรมต้องการให้ทุกคนพัฒนาหมู่บ้านด้วยความตั้งใจและจริงใจ ร่วมมือกันคิด ร่วมใจกัน มีความสามัคคี มีความรักใคร่ ไม่เอาเปรียบกัน ซื่อสัตย์ต่อตัวเอง และในการชักชวนประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมส่วนรวมต้องประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง โดยชี้แนะให้ทราบความสำคัญของกิจกรรมและร่วมกันพัฒนา

5. แผนกิจกรรม ละครคน ผู้เข้าอบรมจำนวน 5 กลุ่ม ได้ร่วมกันคิดและแสดงละครคนเพื่อสะท้อนถึงสภาพปัญหาสาเหตุ ผลลัพธ์ และวิธีแก้ไขปัญหาสุขภาพในหมู่บ้าน ดังนี้

1. ปัญหายาเสพติด บุหรี่

สภาพปัญหา : วัยรุ่นติดยาเสพติด บุหรี่
 สาเหตุ : อยากรู้โก้ และทำตามเพื่อน
 ผลลัพธ์ : ผู้เสพมีอาการรุนแรง โป่งพอง หายใจลำบาก และเสียชีวิต
 วิธีแก้ไข : รณรงค์ไม่ให้มีการสูบบุหรี่ และยาเสพติดต่าง ๆ

2. ปัญหาโรคไข้เลือดออก

สภาพปัญหา : เด็กป่วยเป็นไข้เลือดออก
 สาเหตุ : ยุงลายกัด นอนไม่กางมุ้ง
 ผลลัพธ์ : เด็กเสียชีวิต ทุกคนเศร้าโศก
 วิธีแก้ไข : กำจัดยุงลายโดยใช้ทรายอะเบทและเกลือ กำจัดภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง นอนกางมุ้ง

3. ปัญหาสารพิษตกค้างในสิ่งแวดล้อมและร่างกายคน

สภาพปัญหา : ชาวบ้านเจ็บป่วย เนื่องจากมีสารพิษในร่างกาย
 สาเหตุ : ชาวบ้านฉีดยาฆ่าแมลงในสวนผักและไร่ นา โดยไม่ป้องกันตนเองให้ถูกวิธี ชาวสวนเก็บผักไปขายหลังฉีดยาใหม่ ๆ
 ผลลัพธ์ : ชาวบ้านมีอาการวิงเวียน ชัก และเสียชีวิต

วิธีแก้ไข : ชาวบ้านรู้จักวิธีใช้ยาฆ่าแมลงที่ถูกต้องวิธี ปลูกผักด้วยวิธี ปลอดภัย

4. ปัญหาอาการปวดเมื่อยตามร่างกายจากการทำงานหนัก

สภาพปัญหา : ชาวบ้านมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายและข้อต่าง ๆ

สาเหตุ : การทำงานหนัก จากการทำไร่ ทำสวนที่ส่งเสริมให้ เกิดอาการเจ็บป่วย

ผลลัพธ์ : ชาวบ้านมีอาการของโรคกระดูกพรุน เนื่องจากการใช้ ยาชุด ยาแก้ปวดจำนวนมากในการรักษาอาการปวดเมื่อย

วิธีแก้ไข : ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การใช้สมุนไพรในการประคบ การนวด และการมีท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน

6. แผนกิจกรรม ร่วมใจพัฒนา ในแผนกิจกรรมนี้ผู้เข้าอบรมได้ระดมความคิดในการศึกษาสภาพความเป็นจริงที่เป็นปัญหาในชุมชน และหาแนวทางแก้ไขดังนี้

6.1 สภาพความเป็นจริงของหมู่บ้าน

6.1.1 การมีสารพิษตกค้างในสิ่งแวดล้อมและร่างกายของชาวบ้าน จาก การประกอบอาชีพทำไร่ ทำสวน ทำให้ชาวบ้านมีการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชเป็นจำนวนมาก และพบว่ามีชาวบ้านส่วนหนึ่งขาดความรู้ในการใช้สารเคมี ทำให้มีสารพิษตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อม ผู้ใช้สารเคมีมีโอกาสสัมผัสกับพิษดังกล่าวโดยตรง และผู้บริโภคพืชผักดังกล่าวก็จะมีโอกาสได้รับ สารพิษ

6.1.2 การประกอบอาชีพทำไร่ ทำสวน ซึ่งเป็นงานหนัก ทำให้ชาวบ้านเกิด อาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ทำให้ชาวบ้านใช้ยาชุดในการรักษา ผลที่ตามมาและพบได้มากคือ ชาวบ้านเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกพรุน

6.1.3 ชาวบ้านป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 10 คน ทั้งที่เกิดจากกรรมพันธุ์ และไม่ทราบสาเหตุ ส่วนมากเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปี

6.1.4 สภาพบ้านเรือนไม่สะอาด สิ่งแวดล้อมมีกลิ่นเหม็น เป็นแหล่งเพาะ พันธุ์ยุงลาย

6.2 การหาแนวทางแก้ไข ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันจัดทำโครงการและนำเสนอต่อ ชาวบ้านนำชัยในระยะติดตามผลครั้งที่ 3 ดังนี้

6.2.1 โครงการบ้านน่าอยู่

6.2.2 โครงการนวดแผนโบราณและการใช้สมุนไพร

6.2.3 โครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

6.2.4 โครงการสุขภาพดีไม่มีสารพิษ

โครงการเหล่านี้แก่นำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง โดยขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม. และผู้วิจัย ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. โครงการบ้านน่าอยู่

หลักการและเหตุผล

ด้วยภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ชาวบ้านที่มีความยากจน ต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดของครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่ดูแลบ้านเรือนของตน ทำให้บริเวณบ้านมีขยะ กะโหลกกะลาพอถึงคราหน้าฝนก็กลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งเป็นตัวร้ายที่ก่อให้เกิดไข้เลือดออก และบริเวณบ้านเรือนไม่สะอาด ไม่น่าอยู่อาศัย อาจก่อให้เกิดโรคร้ายอื่น ๆ ตามมาอีก นอกจากนี้แต่ละครัวเรือนยังไม่มีรั้วรอบขอบชิด และทาน พืชผักสวนครัว และพืชสมุนไพรที่จะช่วยชาวบ้านลดค่าใช้จ่าย

คณะกรรมการจึงจัดทำโครงการนี้เพื่อกระตุ้นและปลูกจิตสำนึกของชาวบ้าน ให้เสียสละเวลาจัดบ้านเรือนให้สะอาดน่าอยู่น่าอาศัย ตามหลักครัวชนบท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนทุกครัวเรือน รักษาความสะอาดในครัวเรือน จนเป็นสุขนิสัย
2. เพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
3. เพื่อส่งเสริมการปลูกพืชผักสวนครัวรั้วกินได้ และสมุนไพรในครัวเรือน

กลุ่มเป้าหมาย ชาวบ้าน 84 หลังคาเรือน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. แนะนำโครงการแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ
 - 1.1 เน้นที่แก่นำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ชุมชน
 - 1.2 ขยายผลให้ทั่วทั้งหมู่บ้าน
2. จัดการประกวด “บ้านสวยงาม” โดยมีเกณฑ์ดังนี้
 - 2.1 มีป้ายชื่อ
 - 2.2 รั้วกินได้ และสวยงาม

2.3 บริเวณบ้านสะอาด

2.4 มีสวนสมุนไพรอย่างน้อย 5 ชนิด

2.5 ถูกหลักสุขาภิบาล เช่น น้ำดื่ม ส้วม การกำจัดขยะและน้ำเสีย

2.6 ภายในบ้านถูกสุขลักษณะ ได้แก่ ที่พักอาศัย ห้องนอน บริเวณการใช้สอยและ

ครัวสะอาด

3. จัดหาพืชสมุนไพร เช่น ต้นรางจืด ว่านหางจระเข้ ใพร พลับพลึง และขยายพันธุ์ เพื่อแจกจ่ายให้กับทุกครัวเรือน

งบประมาณ ไม่มี แต่ละครัวเรือนดำเนินการด้วยตนเอง

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม 2543 – เดือนกุมภาพันธ์ 2544

ผู้รับผิดชอบโครงการ

คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 10 คน

คณะกรรมการที่ปรึกษา ประกอบด้วย

- ผู้ใหญ่บ้าน
- ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
- หัวหน้าสถานีอนามัย
- อบต. และ
- อสม

การประเมินผล จากการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนทุกหลังคาเรือนจัดบ้านได้สะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย น่าอยู่อาศัย
2. ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดีขึ้น
3. ประชาชนเกิดความรักสามัคคี

2. โครงการวางแผนโภชนาการ และการใช้สมุนไพร

หลักการและเหตุผล

ชาวบ้านน้ำซับมีอาชีพเกษตรกรรม คือ การทำไร่ และการทำสวนผักเป็นหลัก ซึ่งเป็นงานหนักและทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายและข้อมาก ทำให้มีชาวบ้านส่วนหนึ่งนิยมใช้ยาชุดในการรักษาอาการ ซึ่งทำให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายมากขึ้น เช่น เกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหารและในหมู่บ้านมีผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการนวดและวิธีการใช้สมุนไพร และพร้อมที่จะถ่ายทอดความรู้เป็นการกลับมาใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน และส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน เป็นการลดค่าใช้จ่ายและช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ชาวบ้านมีความรู้เรื่องการนวดและการประคบสมุนไพรได้ถูกวิธี
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีอาการปวดเมื่อยหันมาใช้นวด และประคบสมุนไพรแทนการใช้ยาชุดและยาแก้ปวด
3. เพื่อส่งเสริมให้มีการปลูก และใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย ชาวบ้านน้ำซับที่มีความสนใจ

วิธีดำเนินการ

1. จัดตั้งคณะกรรมการบริหารกลุ่มและร่วมตัวจัดตั้งสมาชิกกลุ่มที่สนใจ
2. จัดอบรมให้ความรู้และสาธิตเรื่องการนวดและการประคบสมุนไพร โดยแพทย์แผนไทยในหมู่บ้าน
3. ส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนปลูกพืชสมุนไพร อย่างน้อยหลังคาเรือนละ 5 ชนิด เช่น รางจืด ไพล ฟ้าทะลายโจร ว่านหางจระเข้ เสดลพังพอนและหญ้าหนวดแมว สมาชิกกลุ่มพบกันทุก 3 เดือน เพื่อวางแผนกิจกรรมให้ต่อเนื่อง

งบประมาณ ประชาชนบริจาควัสดุ อาหาร เครื่องดื่ม และพันธุ์พืชสมุนไพร

ระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2543 – เดือนมีนาคม 2545

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ประกอบด้วยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 6 คน

การประเมินผล

1. จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ
2. การใช้ยาแก้ปวดเมื่อยร่างกายและการใช้ยาชุดแก้ปวดลดลง
3. การปลูกพืชสมุนไพรของครัวเรือนต่าง ๆ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ชาวบ้านได้รับความรู้ด้านการวางแผนโภชนาการ และการใช้พืชสมุนไพรอย่างถูกวิธีในการบำบัดโรคภัยไข้เจ็บในชุมชน ลดการใช้ยาชุดหรือยาที่เสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ สามารถลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน และสามารถนำความรู้ด้านการดูแลและพืชสมุนไพรมาเผยแพร่ต่อครอบครัวและชุมชน

3. โครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานบ้านขอนแก่น

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นอาการเจ็บป่วยที่ชาวบ้านนำซบประสบปัญหา โดยพบว่ามีจำนวนถึง 10 คน และบางครอบครัวมีคนเป็นเบาหวานมากกว่า 1 คน และถ้าผู้ป่วยเหล่านี้ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องหรือผู้ดูแลไม่มีความรู้จะทำให้อาการเจ็บป่วยมากขึ้นเป็นอันตรายถึงตายได้ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ควรได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ในการดูแลและควบคุมโรคเบาหวานด้วยตนเอง
2. เพื่อให้บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน และประชาชนในหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้
3. เพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 คน
2. ประชาชนบ้านน้ำซับที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป
3. ประชาชนบ้านน้ำซับที่สนใจ

วิธีดำเนินการ

1. ค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน โดยการตรวจปัสสาวะและตรวจเลือด ประชาชนบ้านน้ำซับที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยจะนัดจุดตรวจ 3 จุด จุดละ 2 ครั้ง
2. อบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน และผู้สนใจ 1 ครั้ง โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย
3. จัดตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวาน และจัดกิจกรรมที่กลุ่มเห็นสมควร
4. ประเมินผลทุก 3 เดือน

งบประมาณ ประชาชนบริจาควัสดุ อาหาร เครื่องดื่มสมทบ

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม 2543 – เดือนกุมภาพันธ์ 2544

ผู้รับผิดชอบโครงการ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 5 คน

การประเมินผล

1. การร่วมกิจกรรมของสมาชิก
2. การตอบคำถามในการอบรม
3. ภาวะสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวาน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการดูแลตนเองและควบคุมโรคเบาหวาน
2. บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานและชาวบ้านน้ำซับทั่วไปเกิดความรู้และเข้าใจ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้
3. ชาวบ้านน้ำซับเกิดความรักและเข้าใจผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4. โครงการสุขภาพดีไม่มีสารพิษ

หลักการและเหตุผล

ประชาชนบ้านน้ำซับมีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม ทั้งการทำไร่และปลูกพืชผักสวนครัว และเพื่อให้พืชผักงอกงามได้ผลดี ไม่มีศัตรูพืชรบกวน จึงมีการใช้ปุ๋ย การใช้สารเคมีเพื่อฆ่าหญ้า และกำจัดศัตรูพืชเป็นจำนวนมากและบางครั้งก็ใช้ไม่ถูกวิธี เช่น ไม่ใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง มีการเก็บพืชผักไปขายก่อนได้เวลา เมื่อใช้เป็นเวลานานก็ทำให้มีสารพิษตกค้างอยู่ในหมู่บ้านและชาวบ้านเองก็มีโอกาสรับประทานพืชผักที่มีสารพิษ ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและเกิดเป็นโรคอีกมากมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง
2. เพื่อค้นหาผู้ที่มีสารพิษตกค้างในร่างกาย

กลุ่มเป้าหมาย ชาวบ้านน้ำซับ 84 หลังคาเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มปลูกพืชผักสวนครัว

วิธีดำเนินการ

1. ให้ความรู้และสาธิตการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง โดยวิทยากรจาก เกษตรอำเภอ และสถานีอนามัย ในเดือนเมษายน 2543
2. ตรวจหาสารพิษตกค้างในร่างกายของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มทำผักสวนครัวโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในเดือนมิถุนายน 2543 และมีการติดตามผลอีก 6 เดือน
3. จัดให้มีศูนย์สาธิตเทคโนโลยีทางการเกษตร การปลูกผักกางมุ้ง โดยมีเกษตรอำเภอให้การสนับสนุน
4. สนับสนุนให้ประชาชนใช้ปุ๋ยอินทรีย์แทนปุ๋ยอนินทรีย์

งบประมาณ

ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่เกษตรอำเภอ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ผู้รับผิดชอบโครงการ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 9 คน

การประเมินผล

1. สอบถามการใช้ปุ๋ย การใช้สารเคมีปราบศัตรูพืช
2. ความร่วมมือของประชาชน
3. ผลการตรวจหาสารพิษตกค้างในร่างกาย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนมีความรู้ และสามารถใช้สารเคมีในการปราบศัตรูพืชและปุ๋ยได้ถูกต้อง
2. ประชาชนมีสุขภาพดี มีโอกาสได้รับสารพิษลดลง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

เครื่องมือวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประเด็นการเก็บข้อมูลพื้นฐานของชุมชน
2. ประเด็นการเก็บข้อมูลกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน
3. แบบสอบถามสำหรับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ประเด็นการเก็บข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชนให้ได้ครบถ้วน ถูกต้องและตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา

วิธีการ มีวิธีการดังต่อไปนี้

1. การศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง, การเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน และการประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน
2. โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผู้ให้ข้อมูลในชุมชนดังนี้

2.1 ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการหมู่บ้าน

2.2 ผู้นำชุมชนที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ เจ้าอาวาสวัด ผู้อาวุโส ผู้ทรงคุณวุฒิ อสม. และอาสาสมัครองค์กรต่างๆ

2.3 ประชาชนทั่วไป

2.4 เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ครู พัฒนาการ เจ้าหน้าที่

เกษตร

ประเด็นการเก็บข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

1. ประวัติความเป็นมาของชุมชนและประชากร
 - ลักษณะเดิมของหมู่บ้านก่อนการตั้งถิ่นฐาน
 - ถิ่นฐานเดิมของชาวบ้านที่เข้ามาตั้งถิ่นฐาน การตั้งหมู่บ้าน ผู้นำในการตั้งหมู่บ้าน เหตุผลของการตั้งหมู่บ้านในพื้นที่ปัจจุบันเวลาของการตั้งหมู่บ้าน
 - กลุ่มชาติพันธุ์ของประชากร
2. ด้านภูมิศาสตร์
 - ลักษณะที่ตั้งของชุมชน ระยะห่างจากอำเภอและจังหวัด
 - ลักษณะภูมิประเทศ ขนาด ลักษณะสำคัญ
 - สภาพภูมิอากาศ ฤดูกาล

3. การสาธารณสุขโลกและปัจจัยพื้นฐาน

- น้ำกิน น้ำใช้ ไฟฟ้า – แหล่งที่มา ความพอเพียง
- การคมนาคม เส้นทางหลัก สภาพเส้นทาง การใช้ยานพาหนะ
- การติดต่อสื่อสาร
- ทรัพยากรธรรมชาติ สภาพดิน สภาพป่าไม้ แหล่งน้ำ
- การศึกษา สถานศึกษาบุตรหลานในหมู่บ้านเข้ารับการศึกษาระยะทางและ

ปัญหาอุปสรรค บทบาทของชุมชนในการจัดการศึกษา

4. ด้านเศรษฐกิจ

- อาชีพและรายได้
- การประกอบอาชีพ รายได้อาชีพรอง การว่างงาน
- ฐานะเศรษฐกิจของคนในชุมชน สภาพทั่วไป (รวย จน หรือพอมีพอใช้)

การเป็นหนี้ สาเหตุของความยากจน วิธีการแก้ปัญหา

- ด้านแรงงาน การอพยพแรงงานภายในท้องถิ่น การใช้แรงงานจากภายนอกถิ่น
- สถานประกอบการ ลักษณะของสถานประกอบการ และผู้ดำเนินการ

5. ด้านสังคม

- กลุ่มผู้นำ องค์กร ทั้งลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
- การแก้ไขปัญหาในชุมชน วิธีการ ผู้ดำเนินการ ความร่วมมือ การมีส่วนร่วม

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชาวบ้านให้ความร่วมมือ

- ความผูกพันของชาวบ้าน
- การถ่ายทอดความรู้ภายในชุมชน บุคคลที่ถ่ายทอด เรื่องราวที่ถ่ายทอด
- การย้ายหรืออพยพไปอยู่ต่างถิ่นหรือมาจากต่างถิ่น ลักษณะของการอพยพ

สถานที่อพยพไป เหตุผลของการอพยพ และการกลับมาท้องถิ่น

6. ด้านวัฒนธรรมและประเพณี

- ลักษณะของวัฒนธรรมและประเพณีที่สำคัญ
- การนับถือศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา
- ความเชื่อของคนในชุมชน ลักษณะของความเชื่อ เหตุผลในการเชื่อ

7. ด้านสาธารณสุข

7.1 สภาพทั่วไปทางสาธารณสุข

- แหล่งรักษาพยาบาล

- ที่ตั้งของสถานีนามัย การได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สถานีนามัย
- การเพียงพอและประสิทธิภาพ
- จำนวนสถานประกอบการด้านสุขภาพอนามัยของเอกชน ผู้ดำเนินการ
 - กิจกรรมของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ผลของการให้บริการ
 - กลุ่ม อสม. ความสามารถ ความเพียงพอ การได้รับการพัฒนา การมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชน
 - การใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน ลักษณะ ผู้ดำเนินการ การถ่ายทอด ผลของการรักษา

7.2 สภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน

- พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน
 - ปัญหาด้านสุขอนามัยที่สำคัญ สาเหตุ การรักษาหรือวิธีการแก้ไข ปัญหา
- เหตุผล

7.3 การพึ่งตนเองในด้านสาธารณสุขของชุมชน

- กลุ่มคน องค์กร หรือบุคคลของชุมชนที่รับผิดชอบการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน
- ทูตที่ใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานในหมู่บ้าน
- ชุมชนมีการเรียนรู้และถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน
- การมีส่วนร่วมของชุมชน

7.4 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน

- ประชาชนทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาสได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สถานีนามัยอย่างทั่วถึง
- การดำเนินงานและประสิทธิภาพของระบบส่งต่อ
- สถานีนามัยมีการพัฒนาและสามารถให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

คำถามต่อไปนี้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในการสัมภาษณ์จริงคำถามอาจเปลี่ยนแปลงตามภูมิหลังและประสบการณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์

ประเด็นคำถาม

1. ประวัติความเป็นมาของชุมชนและประชากร

- 1.1 ก่อนที่ชาวบ้านเข้ามาอาศัยในหมู่บ้านนี้ หมู่บ้านแห่งนี้มีลักษณะอย่างไร
- 1.2 ชาวบ้านที่ย้ายมาอยู่ที่นี่แต่เดิมอยู่ที่ไหนมาก่อน เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ใด มาตั้งหมู่บ้านกันอย่างไร ใครเป็นผู้นำมา ทำไมจึงมาอยู่ที่นี่และมาอยู่ตั้งแต่เมื่อไร
2. ด้านภูมิอากาศ
 - สภาพอากาศที่นี่เป็นอย่างไร แต่ละฤดูกาลมีระยะเวลาอย่างไร
3. การสาธารณสุขโรคและปัจจัยพื้นฐาน
 - 3.1 น้ำดื่ม น้ำใช้ และไฟฟ้าในหมู่บ้านนี้ได้มาจากแหล่งใด เพียงพอหรือไม่ มีแหล่งน้ำตามธรรมชาติหรือไม่ ถ้ามีใช้ประโยชน์อย่างไร
 - 3.2 ในกรณีมีข่าวสาร จะบอกกล่าวหรือติดต่อกันอย่างไร
 - 3.3 บุตรหลานที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาไปเรียนที่ใด ระยะเวลาเท่าไร เดินทางอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรหรือไม่
4. ด้านเศรษฐกิจ
 - 4.1 อาชีพหลักและอาชีพรองของชาวบ้านคืออะไร มีรายได้เพียงพอหรือไม่ ส่วนมากคนในหมู่บ้านมีฐานะอย่างไร
 - 4.2 ในกรณีมีหนี้สิน ส่วนมากเกิดจากเหตุใด
 - 4.3 คนในหมู่บ้านออกไปทำงานนอกหมู่บ้านหรือไม่ ถ้าไปไปที่ไหน ทำงานอะไร ช่วงเวลาใด เพราะเหตุใด
 - 4.4 มีแรงงานจากภายนอกเข้ามาทำงานในหมู่บ้านหรือไม่ ส่วนมากมาทำงานอะไร เพราะเหตุใด
5. ด้านสังคม
 - 5.1 ในหมู่บ้านมีคณะกรรมการ หรือกลุ่มองค์กรอะไรบ้าง ถ้ามีกลุ่มดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง มีการเลือกคณะกรรมการหรือสมาชิกกลุ่มอย่างไร
 - 5.2 ในหมู่บ้านมีปัญหาที่สำคัญหรือไม่ ถ้ามีปัญหาดังกล่าวคืออะไร มีวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างไร
 - 5.3 ในกรณีเกิดปัญหาในหมู่บ้าน ชาวบ้านจะปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากใครก่อน ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น
 - 5.4 ในรอบปี ชาวบ้านมีกิจกรรมที่ร่วมกันทำหรือไม่ ถ้ามีเป็นกิจกรรมประเภทใด มีการดำเนินการอย่างไร ความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นอย่างไร ใครหรืออะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชาวบ้านมาร่วมกันทำกิจกรรม
 - 5.5 โดยทั่วไปชาวบ้านมีความสามัคคีกลมเกลียวกัน ให้ความช่วยเหลือกัน หรือมี

ความขัดแย้งกัน ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

5.6 ชาวบ้านมีการอพยพ ย้ายเข้า หรือย้ายออกหรือไม่ ถ้ามีส่วนมากเป็นแบบไหน สถานที่อพยพไปหรืออพยพมา เหตุผลของการอพยพ มีปัญหาใดหรือไม่ มีการกลับมาถิ่นเดิมหรือไม่

6. ด้านวัฒนธรรมและประเพณี

6.1 ประเพณีของหมู่บ้านมีอะไรบ้าง มีประเพณีอะไรที่เด่นหรือสำคัญ อะไรเป็นประเพณีที่ดั้งเดิม ใครเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินการ มีการทำกิจกรรมตามประเพณีร่วมกันอย่างไร

6.2 วัดมีการดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง ชาวบ้านเข้าไปมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร

6.3 ชาวบ้านมีความเชื่อในการดำเนินชีวิตอย่างไร เรื่องอะไร ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

7. ด้านสาธารณสุข

7.1 ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวบ้านที่สำคัญ ๆ มีอะไรบ้าง เกิดขึ้นมาได้อย่างไร มีสาเหตุจากอะไร และมีวิธีการแก้ไขอย่างไร

7.2 เมื่อชาวบ้านเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ทำอย่างไร ซึ่อยากกินเองหรือไปหามอ เป็นหมอพื้นบ้านหรือหมอแผนปัจจุบัน ทำไมจึงเป็นอย่างนั้น

7.3 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้การดูแลสุขภาพชาวบ้านอย่างไรบ้าง ทำไมจึงเป็นอย่างนั้น

7.4 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) มีการจัดกิจกรรมบริการด้านสุขภาพอย่างไร และผลการให้บริการเป็นที่ยอมรับของชาวบ้านหรือไม่ เพราะอะไร

7.5 เมื่อมีข่าวสารหรือความรู้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนมีการบอกหรือถ่ายทอดความรู้กันอย่างไร

7.6 กลุ่ม อสม. ช่วยดูแลสุขภาพอนามัยของชาวบ้านอย่างไรบ้าง อสม. มีความรู้เพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่พอควรทำอย่างไร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ประเด็นการเก็บข้อมูลกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนได้ครบถ้วน ถูกต้อง และตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา

คำนิยาม

กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน หมายถึง การดำเนินงานหรือการกระทำของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และประชาชนในชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และการร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยพิจารณาจากชนิด จำนวน และความถี่ ของกิจกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับลักษณะของกิจกรรม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชน การใช้องค์ความรู้ การนำทรัพยากรมาใช้ ความสามารถในการทำงานร่วมกัน การใช้ทักษะการสื่อสาร และการถ่ายทอดความรู้ การสร้างทีมงานและเครือข่ายในการพัฒนา การพัฒนาทักษะและบทบาท การเป็นผู้นำ ความเอื้ออาทรและมีคุณธรรม โดยพัฒนาจากแนวคิดในงานสาธารณสุขมูลฐานและตัวชี้วัดการสร้างพลัง

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยบุคคลต่างๆ ดังนี้

1. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
2. ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชนที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำองค์กรในชุมชน ประชาชนทั่วไป เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

วิธีการ มีวิธีการต่างๆ ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารของสถานีอนามัย
2. การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม
3. การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ประเด็นการเก็บข้อมูลกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

1. ลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินการ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ดังนี้

1.1 กิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การรณรงค์หรือให้ความรู้เกี่ยวกับ

- การแนะนำหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และการคุมกำเนิด
- การดูแลเด็ก เช่น การได้รับวัคซีน การดูแลเด็กขาดสารอาหาร การดูแล

ความสะอาดของปากและฟัน

- การป้องกันโรคไขเลือดออก
- การป้องกันโรคเอดส์
- การซื้ออาหารและการใช้ยาที่ปลอดภัย
- การใช้สมุนไพร
- การใช้ยาสามัญประจำบ้าน
- การแนะนำโทษของการไม่มีสำมหรือการกินน้ำที่ไม่สะอาด
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้พิการ
- การป้องกันและโทษของยาเสพติด
- การจัดการและดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชน

1.2 กิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับ

- การรักษาพยาบาลอาการป่วยอย่างง่าย เช่น ไข้ ปวดหัว ท้องผูก
- การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การดูแลบาดแผลสด เป็นลม ยาพิษ
- การส่งต่อผู้ป่วย

1.3 การดำเนินงานเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข เช่น

- งานโภชนาการ เช่น การกระจายเกลือไอโอดีน
- งานอนามัยแม่และเด็ก เช่น การดูแลเด็ก 0 – 5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพ

ตามกำหนด

- การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค เช่น การติดตามมารดาให้น้ำเด็กไปฉีดวัคซีน

ตามกำหนด

- การควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
- การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค
- การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุ อุบัติภัย

- การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เช่น การรวมกลุ่มเฝ้าระวังไม่ให้มีการจำหน่ายยาชุด หรืออาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน

2. จำนวนของโครงการ และความถี่ของการดำเนินกิจกรรม

3. ลักษณะการดำเนินกิจกรรม

3.1 การมีส่วนร่วมของประชาชน

- ความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม
- ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน
- จำนวนประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วม

3.2 การนำความรู้ด้านสุขภาพอนามัยมาใช้

- การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและประสบการณ์ของชุมชนมาใช้ใน

การดำเนินการ

- การหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติม

3.3 การนำทรัพยากรมาใช้

- ความสามารถระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่น จากภายในหรือภายนอกชุมชน มาสนับสนุนการดำเนินงาน

- ความสามารถบริหารจัดการเงินอุดหนุนสาธารณสุขมูลฐานในการดำเนินการ

3.4 ความสามารถในการทำงานร่วมกัน

- การดำเนินกิจกรรมมีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์หาสาเหตุ การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล

- การตระหนักถึงความสำคัญของงาน
- งานที่ทำสัมพันธ์กับกระบวนการตัดสินใจ
- ความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนางาน
- ความสามารถในการตัดสินใจหรือแก้ปัญหา
- ความรับผิดชอบต่องานที่ทำ
- ความเป็นประชาธิปไตย
- ความสามารถประสานงานกับกลุ่มหรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
- ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- การทำงานเป็นทีม
- การพัฒนาทักษะและบทบาทของผู้นำ

- ความเอื้ออาทร และมีคุณธรรม

3.5 การสร้างทีมงานและเครือข่ายในการดำเนินงาน

- การประชาสัมพันธ์และชี้แจงแนวการดำเนินงาน
- การชักชวนชาวบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรม
- การขอความร่วมมือหรือการเข้าร่วมกิจกรรมกับองค์กรหรือชุมชนอื่น ๆ

4. ผลของการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายงานสาธารณสุขมูลฐานและผลงานดีเด่นสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชุมชนอื่น

แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน

คำถามต่อไปนี้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพราะในการสัมภาษณ์จริง คำถามอาจเปลี่ยนแปลงตามภูมิหลังและประสบการณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์ การสัมภาษณ์จะมีลักษณะไม่เป็นทางการ

การเริ่มการสัมภาษณ์

1. แนะนำตนเอง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์
3. ขออนุญาตบันทึกการสนทนาและการถ่ายภาพ
4. เริ่มต้นด้วยคำถามทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย

ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์

1. ลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินการ จำนวนของโครงการและความถี่ของการดำเนินกิจกรรม

- ในระยะนี้ในหมู่บ้านมีกิจกรรมสุขภาพอนามัยเกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง มีกี่โครงการ และแต่ละโครงการมีกิจกรรมมากน้อยเท่าไร ใช้ระยะเวลาเท่าใด

2. ลักษณะของการดำเนินกิจกรรม

2.1 การมีส่วนร่วมของประชาชน

- มีใครบ้างที่เข้าร่วมกิจกรรม มีคนในหมู่บ้านมาร่วมงานมากน้อยเท่าใด
- เวลามาพร้อมกันทำกิจกรรม มีชาวบ้านที่มาเป็นประจำหรือตลอดงาน

มากน้อยเพียงใด เพราะอะไร

- เวลาชาวบ้านมาร่วมกิจกรรมมีโอกาสในการร่วมประเมินและตรวจสอบหรือไม่ ถ้ามี มากน้อยเพียงใด

- ชาวบ้านมีความรู้สึกอย่างไรจึงมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2.2 การนำความรู้ด้านสุขภาพอนามัยมาใช้

- ในการทำกิจกรรม มีการนำความรู้ภายในท้องถิ่น เช่น ความรู้จากแพทย์แผนโบราณ ความรู้ด้านสมุนไพร ที่ได้รับการบอกเล่าจากผู้รู้ในหมู่บ้านหรือไม่ ถ้ามีได้แก่เรื่องอะไรบ้าง และได้รับความรู้จากใคร

- ในกรณีที่ชาวบ้านยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรม มีวิธีการหาข้อมูลหรือความรู้เพิ่มเติมอย่างไร จากใครบ้าง

2.3 การนำทรัพยากรมาใช้

- ในการทำงานมีการระดมความช่วยเหลือ และทรัพยากรจากภายในหมู่บ้านของตนอย่างไร จากบุคคลใด
- มีการนำเงินอุดหนุนด้านสาธารณสุขมูลฐาน มาช่วยในการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร

2.4 ความสามารถในการทำงานร่วมกัน

2.4.1 ในการดำเนินกิจกรรม มีการดำเนินการดังต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร

- มีข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลที่บอกถึงปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน
- มีการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน
- มีการกำหนดเป้าหมายชัดเจน
- แผนงานที่จัดทำขึ้นเกิดจากการระดมความคิดจากประชาชนในหมู่บ้าน
- มีการแบ่งงานกันทำ
- มีการจัดกิจกรรมตามแผนงาน และติดตามประเมินผล

2.4.2 ในการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ชาวบ้านมีพฤติกรรมดังต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร

- ชาวบ้านทราบและเห็นความสำคัญของกิจกรรมว่า มีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชน
- การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามข้อตกลงที่กำหนดไว้ร่วมกัน
- ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม ชาวบ้านมีการเรียนรู้ร่วมกัน
- ชาวบ้านสามารถนำความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับมาไปพัฒนางานที่ตนเองได้รับมอบหมาย

- ชาวบ้านกล้าตัดสินใจในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า
- ชาวบ้านส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหาในชุมชน
- ในการทำงานทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน
- มีการค้นหาวិธีการที่เป็นประโยชน์ใหม่ ๆ ในการทำกิจกรรม
- ชาวบ้านส่วนใหญ่สามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ของตนได้ดีและ

มีความสุขในการทำงาน

- ในการดำเนินงาน มีใครบ้างที่เป็นผู้นำกลุ่ม และมีแนวทางการทำงานอย่างไร การยอมรับของชาวบ้านเป็นอย่างไร

- ในระหว่างการทำงานมีการดูแลเอาใจใส่ โอบอ้อมอารี และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.5 การสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้

- ในการทำงานร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความรู้ให้แก่กันหรือไม่ อย่างไร ใครเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้

- ในกรณีมีข่าวสารที่สำคัญ การแจ้งข่าวสารมีลักษณะอย่างไร ช้าหรือเร็ว ใครเป็นผู้แจ้ง

2.6 การสร้างทีมงานและเครือข่ายในการดำเนินงาน

- แกนนำในหมู่บ้านมีการชี้แจงกิจกรรมการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยให้ทุกคนในหมู่บ้านทราบหรือไม่ อย่างไร

- แกนนำในหมู่บ้านชักชวนให้ทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่

- ในการดำเนินงาน มีการขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ หรือจากหมู่บ้านอื่นหรือไม่ ถ้ามีได้ขอความร่วมมือจากใคร

3. ผลของการดำเนินกิจกรรม

- การดำเนินงานด้านสุขภาพอนามัยที่ผ่านมา ท่านคิดว่าสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชนหรือไม่ ชาวบ้านมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด

- ผลการดำเนินงานที่ท่านคิดว่าดีเด่น และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ ชุมชนอื่นมีหรือไม่ ถ้ามีได้แก่กิจกรรมเรื่องใด

3. แบบสอบถาม สำหรับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

แบบสอบถามชุดนี้มี 3 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง
 ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อในความสามารถของตนเอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุ ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่
4. อาชีพหลัก ทำไร่ ค้าขาย ทำสวน รับจ้าง
 อื่น ๆ ระบุ
5. ระดับการศึกษา ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ปวช. และอนุปริญญา ไม่ได้เรียนแต่อ่านออกเขียนได้
 อื่น ๆ ระบุ
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ
 ต่ำกว่า 2,000 บาท 2,001 – 4,000 บาท 4,001 – 6,000 บาท
 6,001 – 8,000 บาท 8,001 – 10,000 บาท มากกว่า 10,001 บาท
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน
8. บทบาทการเป็นแกนนำในชุมชน
 เป็น (ระบุบทบาท) ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อื่น ๆ ระบุ
 ไม่เป็น
9. ในปัจจุบันท่านเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์กรหรือกลุ่มในชุมชนใดบ้าง
 เข้าร่วม ระบุชื่อองค์กรหรือกลุ่ม กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มเกษตร
 กลุ่มกองทุนยา อื่น ๆ ระบุ
 ไม่เคยเข้าร่วม (ไม่ต้องตอบข้อ 10)
10. จากข้อ 9 ท่านมีหน้าที่อะไรในกลุ่ม
 มี ระบุหน้าที่ ไม่มี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของท่าน โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยระดับการเห็นคุณค่าในตนเองจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความทางซ้ายมือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความทางซ้ายมือตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความทางซ้ายมือตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความทางซ้ายมือตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความทางซ้ายมือตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

ลำดับที่	ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ฉันรู้สึกที่สามารถพึ่งตนเองได้				✓	

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านรู้สึกที่สามารถพึ่งตนเองได้ในระดับมาก

ลำดับที่	ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ฉันรู้สึกว่าตนเองสามารถเข้ากับคนอื่น ๆ ได้ดี					
2	ฉันรู้สึกว่าไม่เคยทำอะไรสำเร็จเลย					
3	เมื่อต้องพูดต่อหน้ากลุ่มคน ฉันรู้สึกกังวล					
4	ฉันมีความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับคนอื่น					
5	ฉันรู้สึกกังวลเมื่อต้องอยู่กับคนแปลกหน้า					
6	ฉันคิดว่าฉันเป็นคนที่ดีคนหนึ่ง					
7	ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่มียุทธค่าเท่าเทียมกับคนอื่น					

ลำดับ ที่	ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
8	ฉันรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ทำประโยชน์ต่อสังคมเลย					
9	ฉันเป็นคนรับผิดชอบในการทำงาน					
10	ฉันรู้สึกว่าตนเองมีอิสระที่จะเลือกวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำงานให้สำเร็จ					
11	ฉันรู้สึกมั่นใจว่างานที่ฉันทำจะต้องสำเร็จ					
12	เมื่อมีปัญหาฉันสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองเสมอ					
13	ฉันรู้สึกว่าสักวันหนึ่งคนอื่นจะมองฉันด้วยความชื่นชมและยกย่อง					
14	ฉันรู้สึกด้อยค่ากว่าทุก ๆ คนที่ฉันรู้จัก					
15	ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นส่วนหนึ่งของหมู่บ้านที่ฉันอยู่					
16	ฉันรู้สึกไม่ชอบตนเอง					
17	ฉันรู้สึกขาดกำลังใจ เพราะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า					
18	ฉันรู้สึกว่าคนอื่น ๆ จะไม่ชอบฉัน					
19	ฉันรู้สึกภูมิใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง					
20	ฉันรู้สึกภูมิใจในตัวฉันเอง					
21	เมื่อนฉันพูดหรือแสดงความคิดเห็นคนอื่น ๆ มักจะรับฟังเสมอ					
22	ฉันรู้สึกว่า ไม่ว่าฉันจะทำอะไร คนอื่นจะให้ความร่วมมือเสมอ					
23	ฉันต้องการกำลังใจในการทำงาน					
24	ฉันเป็นคนเฉื่อยในการทำงาน					
25	ฉันไม่กล้าเสี่ยงเลือกวิธีใหม่ ๆ ในการทำงาน					

ตอนที่ 3 แบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเอง

คำชี้แจง ท่านคิดว่าท่านมีความสามารถที่จะเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่อไปนี้
อย่างไร โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเชื่อของท่านมากที่สุด
โดยความเชื่อในความสามารถของท่านจะแบ่งออกเป็น 5 อันดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านเชื่อว่าท่านมีความสามารถตามข้อความดังกล่าวมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านเชื่อว่าท่านมีความสามารถตามข้อความดังกล่าวมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านเชื่อว่าท่านมีความสามารถตามข้อความดังกล่าวปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านเชื่อว่าท่านมีความสามารถตามข้อความดังกล่าวน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านเชื่อว่าท่านมีความสามารถตามข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

ลำดับที่	ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านสามารถบอกเหตุผลของการรักษาพยาบาลได้		✓			

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านสามารถบอกเหตุผลของการรักษาพยาบาลได้ใน

ระดับน้อย

ลำดับที่	ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพดีได้					
2	ท่านสามารถบอกปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนในครอบครัวได้					
3	ท่านสามารถบอกวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยอย่างง่ายได้					
4	ท่านสามารถบอกให้คนอื่นทำตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพได้					

ลำดับ ที่	ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
5	ท่านสามารถบอกอาการแสดงที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพได้					
6	ในกรณีที่มีคนได้รับอุบัติเหตุท่านสามารถ ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้					
7	ท่านสามารถตัดสินใจได้ถูกต้องว่า อาการเจ็บป่วยใดที่ต้องส่งไปรักษาที่ สถานีนอนามัย					
8	ท่านสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วย ความคล่องแคล่ว					
9	ท่านสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแล สุขภาพตนเองได้					
10	ท่านสามารถเป็นแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวที่ดีได้					
11	ท่านสามารถหาความรู้เพิ่มเติมในการ ดูแลสุขภาพอนามัยได้					
12	ท่านสามารถทำให้ครอบครัวเป็นตัวอย่าง ของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้					
13	ท่านสามารถหาวิธีการใหม่ ๆ ที่เป็น ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพได้					
14	ท่านสามารถปฏิเสธเมื่อถูกชวนให้ทำใน สิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพของท่าน					
15	ท่านสามารถเสนอวิธีการแก้ไขปัญหา สุขภาพอนามัยในหมู่บ้านได้					
16	ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา สุขภาพอนามัยในหมู่บ้านได้					
17	ท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านให้เข้าร่วม กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพอนามัยใน หมู่บ้านได้					

ลำดับ ที่	ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
18	เมื่อท่านต้องประสานงานกับคนอื่น ท่านสามารถพูดให้คนอื่นเข้าใจ ความต้องการของท่านได้					
19	ท่านสามารถทำงานที่กลุ่มมอบหมายได้ สำเร็จ					
20	ท่านกล้าตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาใน หมู่บ้านได้					
21	ท่านสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมี ความสุข					
22	ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจาก ชาวบ้านหรือหน่วยงานต่าง ๆ มาช่วยใน การพัฒนาหมู่บ้านได้					
23	ท่านสามารถให้ความช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ที่เจ็บป่วยด้วยความเมตตา					
24	ท่านสามารถให้ความร่วมมือในการพัฒนา หมู่บ้านด้วยความเต็มใจ					
25	ท่านสามารถมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคล โดยทั่วไป					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

1. การสรุปผลการประเมินความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ผลการประเมินการพึงตนเองด้านสาธารณสุขของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. การสรุปผลการประเมินความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวชี้วัดและเกณฑ์	เป้าหมาย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
หมวดที่ 1 สุขภาพดี			
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามเกณฑ์บริการและฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์	80	100	100
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดและการตรวจหลังคลอดจากแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ หรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว	95	100	100
3. หญิงตั้งครรภ์ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ซึ่งมีผลให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม	95	100	100
4. เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 4 เดือนแรกติดต่อกัน	80	100	86
5. เด็กอายุที่ต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด โปลิโอ หัดเยอรมัน คางทูม ด้บบอกเสบชนิดบี ครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	95	100	100
6. ทารกแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างเหมาะสม และเพียงพอตามวัย ซึ่งมีผลทำให้มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน	80	71	70

ตัวชี้วัดและเกณฑ์	เป้าหมาย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
7. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้กินอาหารถูกต้อง ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ มาตรฐาน	90	93	65
8. เด็กวัยประถมศึกษาได้รับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคฉี่หนู โรค คอตีบ บาดทะยัก โปลิโอ และวัคซีนรวมครบตามตาราง สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	100	100	100
9. คริวเรือนไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ ไม่ทำให้สุกด้วยความร้อน	90	85	74
10. คริวเรือนไม่เป็นโรคขาดสารไอโอดีน	60	100	100
11. คริวเรือนได้กินอาหารควบคุมที่มี คุณภาพ ปกติ และ ได้มาตรฐาน อ.ย.	85	75	72
12. คริวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย	60	91	62
13. คริวเรือนมีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพคงทน ถาวร สามารถอยู่อาศัยต่อไปได้อีก อย่างน้อย 5 ปี	95	96	86
14. คริวเรือนมีและใช้ส้วมที่ถูกหลัก สุขาภิบาล	95	96	97
15. คริวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับการบริโภค เพียงพอตลอดปี 5 ลิตรต่อคนต่อวัน	95	100	100
16. คริวเรือนมีการจัดบ้านเรือนและบริเวณ บ้านให้เป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ	60	45	41
17. คริวเรือนไม่ถูกรบกวนจากเสียง ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละออง กลิ่นเหม็น หรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะและ สารพิษ	95	100	97

ตัวชี้วัดและเกณฑ์	เป้าหมาย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
หมวดที่ 3 ศึกษาถ้วนทั่ว			
18. เด็กอายุ 2-5 ปี ได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง	90	100	100
19. เด็กที่มีอายุครบตามเกณฑ์การศึกษาภาคบังคับได้เข้าเรียนการศึกษาภาคบังคับ	100	100	100
20. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับได้เข้าศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	98	90	68
21. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับและไม่ได้ศึกษาต่อได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพต่าง ๆ ตามกำหนด	80	100	100
22. คนในครัวเรือนอายุ 14-50 ปี อ่านและเขียนภาษาไทยได้	99	100	100
23. ครัวเรือนได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	95	100	100
24. ครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	80	100	100
หมวดที่ 4 ครอบครัวยุคใหม่			
25. คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15-44 ปี ใช้บริการคุมกำเนิด	77	93	91
26. ครอบครัวมีความอบอุ่น	90	100	91
27. ครัวเรือนมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและมีการป้องกันอย่างถูกวิธี	100	100	85
28. ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	100	100	100
หมวดที่ 5 รายได้มาก			
29. ครัวเรือนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 20,000 บาทต่อปี	70	78	83

ตัวชี้วัดและเกณฑ์	เป้าหมาย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
หมวดที่ 6 อยากร่วมพัฒนา			
30. คริวเรือนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล	90	95	100
31. คนในคริวเรือนไปใช้สิทธิเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย	90	99	95
32. คริวเรือนได้เข้าร่วมกิจกรรมในการบำรุงรักษาสาธารณสมบัติและการพัฒนาอื่น ๆ	95	100	100
หมวดที่ 7 พาสู่คุณธรรม			
33. คริวเรือนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	90	100	100
34. คนในคริวเรือนไม่ติดสุรา	90	99	91
35. คนในคริวเรือนไม่ติดบุหรี่	90	87	63
36. คริวเรือนเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีศิลปวัฒนธรรมประจำท้องถิ่น	90	100	100
37. คนสูงอายุ และคนพิการได้รับการดูแลจากคนในคริวเรือนหรือชุมชน	90	100	100
หมวดที่ 8 บำรุงสิ่งแวดล้อม			
38. คริวเรือนได้เข้าร่วมทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ	90	100	100
39. คริวเรือนได้ร่วมทำกิจกรรมการป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อม	90	100	100

2. ผลการประเมินการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน กลุ่มทดลอง

ตัวชี้วัด	การดำเนินการ/กิจกรรม	คะแนน ที่ได้
ตัวชี้วัดที่ 1 องค์กร/กำลังคน		
1) ในหมู่บ้านมีผู้นำที่ หลากหลายในการพัฒนา	- มี อสม. ผู้นำที่จัดตั้งโดยราชการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้านและกลุ่มที่ประชาชนจัด ตั้งเอง ได้แก่ กลุ่มออมทรัพย์ และ สสมช.	2 คะแนน
2) นอกจากผู้นำในข้อ 1 แล้ว ในหมู่บ้านมีบุคคลอื่น ๆ ที่มีความรู้ (ผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญ) ในด้านต่าง ๆ เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา	- มีแพทย์แผนโบราณแต่ไม่ได้ร่วมกิจกรรม	1 คะแนน
3) ลักษณะกลุ่มคน/องค์กร ส่วนใหญ่ในชุมชนที่ ดำเนินกิจกรรมการพัฒนา	- เป็นองค์กรที่ราชการจัดตั้งและผู้นำชุมชนมี ส่วนร่วมในการจัดตั้ง	1 คะแนน
4) วัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง กลุ่มคน องค์กรส่วนใหญ่ ในชุมชน	- เพื่อแก้ปัญหาของชุมชนด้านสุขภาพและ ความยากจน เช่น กลุ่มออมทรัพย์ เพื่อจัดหา เงินทุน เพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ และนำไปพัฒนาชุมชนด้านต่าง ๆ ภายในท้องถิ่น	1 คะแนน
5) ลักษณะการประสานงาน ระหว่างกลุ่มคน องค์กรใน หมู่บ้าน	- มีการประสานงานสม่ำเสมอ และดำเนินงาน ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	2 คะแนน
6. เครือข่ายการพัฒนาของ กลุ่มคน องค์กรในหมู่บ้าน กับหน่วยงานอื่นภายนอก หมู่บ้าน	- ไม่มีเครือข่ายกับหมู่บ้านอื่น และหน่วยงานต่าง ๆ	0 คะแนน
	รวมตัวชี้วัดที่ 1	7 คะแนน

ตัวชี้วัด	การดำเนินการ/กิจกรรม	คะแนน ที่ได้
ตัวชี้วัดที่ 2 ทุน 1) การระดมทุนที่ใช้ในการ แก้ปัญหาสาธารณสุข 2) แหล่งที่มาของทุนที่ใช้ใน การพัฒนา 3) การจัดการที่จะให้เกิด การหมุนเวียนของทุน 4) การนำผลประโยชน์จาก กองทุนไปใช้ในการพัฒนา ด้านสาธารณสุข	- มีการจัดตั้งกองทุนในหมู่บ้าน เป็นกลุ่มออมทรัพย์ มีการแบ่งปันผลกำไรเพื่อพัฒนาชุมชนด้านต่าง ๆ - ได้รับการจัดสรรจากราชการ ได้แก่ งบประมาณ การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน 7,500 บาท - มีการระดมทุนภายในหมู่บ้านเพื่อตั้ง กลุ่มออมทรัพย์ - มีการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกชุมชน คือ โครงการจัดสวัสดิการชุมชนเร่งด่วนเพื่อผู้ยาก ลำบาก - มีการจัดการเพื่อให้เกิดการหมุนเวียน และมี การออกของของทุน โดยให้สมาชิกกู้ยืมเงินไปใช้ ในการประกอบอาชีพ ในอัตราดอกเบี้ยต่ำ - มีการปันผลเงินและนำบางส่วนไปพัฒนาชุมชน ด้านต่าง ๆ รวมทั้งด้านสาธารณสุข	1 คะแนน 2 คะแนน 2 คะแนน 2 คะแนน
	รวมตัวชี้วัดที่ 2	7 คะแนน
ตัวชี้วัดที่ 3 การบริหารจัดการ 1) ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เพื่อใช้ ในการพัฒนาชุมชน 2) การนำข้อมูลมาใช้ ประโยชน์เพื่อการพัฒนา 3) แผนงาน/โครงการกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาของหมู่บ้าน	- มีเฉพาะข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของหมู่บ้าน - ไม่มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ - เป็นแผนงานที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้จัดทำให้ เช่น โครงการรณรงค์ทางด้านสุขภาพอนามัยต่าง ๆ	0 คะแนน 0 คะแนน 0 คะแนน

ตัวชี้วัด	การดำเนินการ/กิจกรรม	คะแนน ที่ได้
4) การดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้	- มีการจัดกิจกรรมตามแผนงานที่กำหนด เช่น การรณรงค์การกำจัดขยะ และแจกทรายอะเบท แต่ไม่มีการติดตามประเมินผล	1 คะแนน
5) การนำทรัพยากรของชุมชน อันได้แก่ วัตถุคิปปัญญา และธรรมชาติของท้องถิ่น มาใช้ประโยชน์ต่อส่วนร่วม	- ไม่มีการนำทรัพยากรมาใช้ให้เป็นประโยชน์	0 คะแนน
6) การจัดสรรผลประโยชน์ของชุมชน	- ได้ประโยชน์เฉพาะกลุ่มผู้ดำเนินการ	0 คะแนน
รวมตัวชี้วัดที่ 3		1 คะแนน
ตัวชี้วัดที่ 4 กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน 1) มีแหล่งความรู้ในชุมชน 2) วิธีการถ่ายทอดความรู้ในชุมชน 3) กลุ่มเป้าหมายที่รับการถ่ายทอดความรู้ในชุมชน	- มีแต่ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ เช่น ความรู้แพทย์แผนไทย สมุนไพร - เมื่อมีข่าวสารซึ่งส่วนมากเป็นข่าวสารทางราชการ จะแจ้งทางหอกระจายข่าว ส่วนกลุ่มบ้านเรือนที่ห่างไกลจะฝากข้อความไปบอก - เป็นการแจ้งข่าวสารของทางราชการ กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนในหมู่บ้าน	1 คะแนน 0 คะแนน 0 คะแนน
รวมตัวชี้วัดที่ 4		1 คะแนน
ตัวชี้วัดที่ 5 การมีส่วนร่วมของชุมชน 1) กลุ่มบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ มีความหลากหลาย	- กลุ่มบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ และผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม.	0 คะแนน

ตัวชี้วัด	การดำเนินการ/กิจกรรม	คะแนน ที่ได้
2) สัดส่วนของประชาชนที่ เข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมการพัฒนา	- การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรม การพัฒนา เมื่อมีการแจ้งการจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรณรงค์โรคไข้เลือดออก จะมีประชาชน ให้ความร่วมมือมากกว่าร้อยละ 75	2 คะแนน
3) ระดับการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการดำเนิน กิจกรรมการพัฒนา	- ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนิน กิจกรรมการพัฒนาเป็นการร่วมทำกิจกรรมเท่านั้น	0 คะแนน
	รวมตัวชี้วัดที่ 5	2 คะแนน

สรุปคะแนนการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนกลุ่มทดลอง

ตัวชี้วัดที่ 1	7 คะแนน	ผ่านเกณฑ์	ควรพัฒนาและรักษาภาพ
ตัวชี้วัดที่ 2	7 คะแนน	ผ่านเกณฑ์	ควรพัฒนาและรักษาภาพ
ตัวชี้วัดที่ 3	1 คะแนน	ควรปรับปรุง	
ตัวชี้วัดที่ 4	1 คะแนน	ควรปรับปรุง	
ตัวชี้วัดที่ 5	1 คะแนน	ควรปรับปรุง	
คะแนนรวม	17 คะแนน	อยู่ในเกณฑ์การพึ่งตนเองได้ในระดับต้น	ควรปรับปรุง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. การประเมินการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน กลุ่มควบคุม

ตัวชี้วัด	การดำเนินการ/กิจกรรม	คะแนน ที่ได้
ตัวชี้วัดที่ 1 องค์กร/กำลังคน		
1) ในหมู่บ้านมีผู้นำที่ หลากหลายในการพัฒนา	- มี อสม. และผู้นำที่จัดตั้งโดยราชการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน	1 คะแนน
2) นอกจากผู้นำในข้อ 1 แล้ว ในหมู่บ้านมีบุคคลอื่น ๆ ที่มีความรู้ (ผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญ) ในด้านต่าง ๆ เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา	- มี แต่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (หมอนวดแผนโบราณ)	1 คะแนน
3) ลักษณะกลุ่มคน/องค์กร ส่วนใหญ่ในชุมชนที่ ดำเนินกิจกรรมการพัฒนา	- เป็นองค์กรที่จัดขึ้นโดยราชการ และผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดตั้ง	1 คะแนน
4) วัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง กลุ่มคน องค์กรส่วนใหญ่ ในชุมชน	- เพื่อแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ ของชุมชน ได้แก่ การแก้ ปัญหา การรับบริการด้านสุขภาพโดยการพัฒนา ศสมช. และมีการพัฒนาต่อเนื่องโดยการขอ สมทบทุนจากกองทุนชุมชนในการสร้าง ศสมช. สามารถเป็นแบบอย่างแก่ชุมชนอื่นได้	2 คะแนน
5) ลักษณะการประสานงาน ระหว่างกลุ่มคน องค์กรใน หมู่บ้าน	- มีการประสานงานสม่ำเสมอ และดำเนินงาน ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	2 คะแนน
6. เครือข่ายการพัฒนาของ กลุ่มคน องค์กรในหมู่บ้าน กับหน่วยงานอื่นภายนอก หมู่บ้าน	- มีเครือข่ายเฉพาะกับหน่วยงานสาธารณสุขและ กองทุนชุมชน	2 คะแนน
	รวมตัวชี้วัดที่ 1	9 คะแนน

ตัวชี้วัด	การดำเนินการ/กิจกรรม	คะแนน ที่ได้
ตัวชี้วัดที่ 2 ทูบ 1) การระดมทุนที่ใช้ในการ แก้ปัญหาระยะสั้น 2) แหล่งที่มาของทุนที่ใช้ใน การพัฒนา 3) การจัดการที่จะให้เกิด การหมุนเวียนของทุน 4) การนำผลประโยชน์จาก กองทุนไปใช้ในการพัฒนา ด้านสาธารณสุข	- ไม่มีการระดมทุน - มีเงินของส่วนราชการ ได้แก่ งบประมาณการ พัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน 7,500 บาท - มีการแสวงหาและการสนับสนุนจากองค์กร ภายนอกชุมชน คือ กองทุนชุมชนในการก่อสร้าง ศสมช. - มีการจัดการเพื่อให้เกิดการหมุนเวียน โดยนำเงิน ไปซื้อยามาจัดจำหน่ายแก่ประชาชนในหมู่บ้าน ในราคาถูก - มีการแบ่งปันกำไรที่ได้จากการขายยาแก่ กลุ่ม อสม. ที่มาให้บริการ เดือนละ 300 บาท	0 คะแนน 1 คะแนน 2 คะแนน 1 คะแนน
	รวมตัวชี้วัดที่ 2	4 คะแนน
ตัวชี้วัดที่ 3 การบริหาร จัดการ 1) ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เพื่อใช้ ในการพัฒนาชุมชน 2) การนำข้อมูลมาใช้ ประโยชน์เพื่อการพัฒนา 3) แผนงาน/โครงการกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหามุมบ้าน	- มีเฉพาะข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของหมู่บ้าน เป็นข้อมูลปัจจุบัน - ไม่มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ - มีแผนงานในการดำเนินงานตามโครงการ ศสมช. และการให้บริการด้านสุขภาพ ผู้ดำเนินงานคือ อสม. และผู้นำในชุมชน คือ ผู้ใหญ่บ้าน และ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ให้ความร่วมมือ	0 คะแนน 0 คะแนน 1 คะแนน

ตัวชี้วัด	การดำเนินการ/กิจกรรม	คะแนน ที่ได้
4) การดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้	- มีการจัดกิจกรรมการให้บริการสุขภาพอนามัยทุกวัน ตั้งแต่เวลา 18.00 – 20.00 น. แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผลของกิจกรรม	1 คะแนน
5) การนำทรัพยากรของชุมชน อันได้แก่ วัตถุประสงค์ ภูมิปัญญา และธรรมชาติของท้องถิ่น มาใช้ประโยชน์ต่อส่วนร่วม	- ไม่มีการนำทรัพยากรมาใช้ให้เป็นประโยชน์	0 คะแนน
6) การจัดสรรผลประโยชน์ของชุมชน	- การจัดสรรผลประโยชน์ มีค่าตอบแทนการให้บริการด้านสุขภาพแก่ อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มดำเนินการเท่านั้น	0 คะแนน
รวมตัวชี้วัดที่ 3		2 คะแนน
ตัวชี้วัดที่ 4 กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน		
1) มีแหล่งความรู้ในชุมชน	- มีแต่ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ เช่น ความรู้แพทย์แผนโบราณ สมุนไพร	1 คะแนน
2) วิธีการถ่ายทอดความรู้ในชุมชน	- เมื่อมีข่าวสารซึ่งส่วนมากเป็นข่าวสารทางราชการ จะแจ้งทางหอกระจายข่าว ส่วนกลุ่มที่อยู่ไกลจะฝากข้อความไปบอก	0 คะแนน
3) กลุ่มเป้าหมายที่รับการถ่ายทอดความรู้ในชุมชน	- เป็นการแจ้งข่าวสารของทางราชการ กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนในหมู่บ้าน	0 คะแนน
รวมตัวชี้วัดที่ 4		1 คะแนน
ตัวชี้วัดที่ 5 การมีส่วนร่วมของชุมชน		
1) กลุ่มบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ มีความหลากหลาย	- กลุ่มบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ และผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และ อสม.	0 คะแนน

ตัวชี้วัด	การดำเนินการ/กิจกรรม	คะแนน ที่ได้
2) สักส่วนของประชาชนที่ เข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมการพัฒนา	- การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรม การพัฒนา เมื่อมีการแจ้งการจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรณรงค์โรคไข้เลือดออก จะมีประชาชน ให้ความร่วมมือมากกว่าร้อยละ 75	2 คะแนน
3) ระดับการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการดำเนิน กิจกรรมการพัฒนา	- ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนิน กิจกรรมการพัฒนาเป็นการร่วมทำกิจกรรมเท่านั้น	0 คะแนน
	รวมตัวชี้วัดที่ 5	2 คะแนน

สรุปคะแนนการพึงตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน กลุ่มควบคุม

ตัวชี้วัดที่ 1	9 คะแนน	ผ่านเกณฑ์	ควรพัฒนาและรักษาสภาพ
ตัวชี้วัดที่ 2	4 คะแนน	ผ่านเกณฑ์	ควรพัฒนาและรักษาสภาพ
ตัวชี้วัดที่ 3	2 คะแนน	ควรปรับปรุง	
ตัวชี้วัดที่ 4	1 คะแนน	ควรปรับปรุง	
ตัวชี้วัดที่ 5	2 คะแนน	ควรปรับปรุง	
คะแนนรวม	18 คะแนน	อยู่ในเกณฑ์การพึงตนเองได้ในระดับต้น	ควรปรับปรุง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของประชาชน

“การพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน” หมายถึง การที่ชุมชนมีความสามารถในการดำเนินงานสาธารณสุขของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยการระดมสรรพกำลังจากภายในและภายนอกชุมชน การบริหารจัดการงานสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน โดยชุมชนในที่นี้หมายถึง หมู่บ้านในเขตชนบทและชุมชนที่อยู่ในเขตเมือง

ตัวชี้วัดการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน

เครื่องชี้วัดการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน ถือเป็นเครื่องมือที่จะใช้ในการประเมินความเข้มแข็งของชุมชน มิได้เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และเป็นแนวทางที่จะใช้บอกจุดเด่น ข้อจำกัด และทิศทางการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน ซึ่งจะเน้นการประเมินในเชิงคุณภาพของตัวชี้วัดนั้น มากกว่าการวัดในเชิงปริมาณของกิจกรรมโดยแบ่งออกเป็น 5 ตัวชี้วัดหลัก ได้แก่

1. องค์กร/กำลังคน หมายถึง กลุ่มคน องค์กร บุคคลของชุมชนที่รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมการพัฒนาของชุมชน โดยเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ด้านต่าง ๆ รวมตัวกันเป็นองค์กรด้วยกระบวนการของชุมชนเอง มีอุดมการณ์ร่วมกัน และมีวัตถุประสงค์ขององค์กร เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง องค์กรมีความร่วมมือกันวางแผนดำเนินงานร่วมกัน และมีเครือข่ายของความร่วมมือช่วยเหลือกันทั้งภายในและภายนอกชุมชน
2. ทุน หมายถึง มีทุนที่ใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานในหมู่บ้าน ซึ่งหมายรวมถึงทุนที่เป็นเงิน ความรู้ ภูมิปัญญา วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติต่าง ๆ โดยชุมชนจะต้องมีการระดมทุนด้วยวิธีการต่าง ๆ และมีการบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทุน และนำผลประโยชน์ไปใช้เพื่อการพัฒนาในชุมชน
3. การบริหารจัดการ หมายถึง ชุมชนมีการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาในชุมชน โดยต้องมีการนำข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมาใช้ประโยชน์ มีการวางแผน และดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการของชุมชน โดยมีการนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้อย่างคุ้มค่า มีการเพิ่มคุณค่าของทรัพยากร หรือจัดการเพื่อทดแทนทรัพยากรที่นำมาใช้ และจัดสรรประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงเป็นธรรม
4. กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน หมายถึง ชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้และถ่ายทอดความรู้สู่สมาชิกในชุมชน โดยต้องมีการใช้ประโยชน์จากแหล่งความรู้ในหมู่บ้าน มีกิจกรรม

การถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มบุคคลที่หลากหลายทั้งภายในชุมชนเอง และถ่ายทอดสู่ชุมชนอื่น

5. การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาต่าง ๆ ของหมู่บ้าน ด้วยจิตสำนึกของความเป็นเจ้าของ โดยเป็นกลุ่มบุคคลที่หลากหลาย และเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ การร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมประเมินตรวจสอบ

คำแนะนำในการใช้และแบบประเมิน

1. ส่วนประกอบของแบบประเมิน

แบบประเมินการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของตัวชี้วัด จำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนเท่ากับ 0 ถึง 2 คะแนน คะแนนเต็มรวมทั้งสิ้น 44 คะแนน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 : มีกลุ่มคน องค์กร บุคคลของชุมชนที่รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมการพัฒนาชุมชน ประกอบด้วย คำถาม 6 ข้อ คิดเป็น 12 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 2 : เป็นทุนที่ใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานในหมู่บ้าน ประกอบด้วย คำถาม 4 ข้อ คิดเป็น 8 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 3 : มีการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานในชุมชน ประกอบด้วย คำถาม 6 ข้อ คิดเป็น 12 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 4 : มีกระบวนการเรียนรู้และถ่ายทอดความรู้สู่สมาชิกในชุมชน ประกอบด้วย คำถาม 3 ข้อ คิดเป็น 6 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 5 : ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาต่าง ๆ ประกอบด้วย คำถาม 3 ข้อ คิดเป็น 6 คะแนน

2. การใช้แบบประเมิน

2.1 แบบประเมิน 1 ชุด ใช้สำหรับ 1 หมู่บ้าน

2.2 ผู้ทำหน้าที่ในการประเมินคือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน

2.3 ความถี่ในการประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (เดือนมิถุนายน – กรกฎาคม)

2.4 วิธีการประเมินให้ใช้กระบวนการกลุ่ม เช่น การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประเมินร่วมตัดสินใจเลือกคำตอบโดยการทำเครื่องหมาย / ลงในช่องสี่เหลี่ยม ที่ตรงกับความเป็นจริง

2.5 ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อคำถาม ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ ระดับ 0 ระดับ 1 และระดับ 2

2.7 การวิเคราะห์และสรุปผล

นำคะแนนที่ได้จากแบบประเมินมาสรุปลงในแบบสรุปผลการประเมินแล้ววิเคราะห์

1) การวิเคราะห์การพึงตนเองในแต่ละตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1 : องค์กร/กำลังคน

ต่ำกว่า 6 คะแนน ควรปรับปรุง

ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ควรพัฒนาและรักษาสภาพ

ตัวชี้วัดที่ 2 : ทูณ

ต่ำกว่า 4 คะแนน ควรปรับปรุง

ตั้งแต่คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ควรพัฒนาและรักษาสภาพ

ตัวชี้วัดที่ 3 : การบริหารจัดการ

ต่ำกว่า 6 คะแนน ควรปรับปรุง

ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ควรพัฒนาและรักษาสภาพ

ตัวชี้วัดที่ 4 : กระบวนการเรียนรู้

ต่ำกว่า 3 คะแนน ควรปรับปรุง

ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ควรพัฒนาและรักษาสภาพ

ตัวชี้วัดที่ 5 : การมีส่วนร่วมของชุมชน

ต่ำกว่า 3 คะแนน ควรปรับปรุง

ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ควรพัฒนาและรักษาสภาพ

2) การวิเคราะห์การพึงตนเองในภาพรวม

ต่ำกว่า 22 คะแนน หมายถึง พึงตนเองได้ระดับต้น (ควรปรับปรุง)

ตั้งแต่ 22-24 คะแนน หมายถึง พึงตนเองได้ระดับที่ดี

(ควรพัฒนาและรักษาสภาพ)

อย่างไรก็ตาม ในการวิเคราะห์ภาพรวมของการพึงตนเองต้องให้ความสำคัญกับคะแนนในแต่ละตัวชี้วัดด้วย โดยในการคิดคะแนนรวมว่าผ่านเกณฑ์หรือไม่นั้น จะต้องดูจากคะแนนของตัวชี้วัดย่อยทุกตัวว่าผ่านเกณฑ์ด้วย มิใช่มีคะแนนสูงเพียงตัวใดตัวหนึ่งใน ขณะที่ตัวอื่นตกเกณฑ์

3. การกำหนดแผนการแก้ปัญหาของหมู่บ้าน

หลังจากวิเคราะห์ระดับการพึงตนเองของหมู่บ้านจากคะแนนที่ได้แล้ว ผู้ร่วมประเมินหรือพิจารณาตัวชี้วัดในแต่ละข้อที่ได้คะแนนต่ำกว่า 2 แล้วร่วมกันกำหนดแผนการแก้ปัญหาของหมู่บ้าน เขียนลงในช่องแผนการแก้ปัญหาของหมู่บ้าน แล้วใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านต่อไป



ภาคผนวก ง

- 1.โครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ของกระทรวงสาธารณสุข
- 2.โครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มควบคุม
- 3.ผลการดำเนินการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข

หลักการและเหตุผล

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสามารถพึ่งตนเองได้ตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานง่ายๆ ที่เหมาะสมในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ยุทธวิธีการดำเนินงานดังกล่าว ได้แก่

1. การสนับสนุนให้ประชาชนได้ใช้ความสัมพันธ์ความผูกพันทั้งในระดับครอบครัว และในระดับชุมชน เป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแก่บุคคลในครอบครัวและชุมชน อย่างต่อเนื่องยั่งยืน
2. การส่งเสริมและพัฒนาประชาชนให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นและเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

ในส่วนของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา อสม. เป็นผู้มีบทบาทอย่างสูงในระดับหมู่บ้าน โดยแต่ละคนมีขอบเขตรับผิดชอบประมาณ 8-15 หลังคาเรือน เพื่อสร้างเครือข่ายการประสานความร่วมมือกับชุมชนในแต่ละครอบครัว แต่จากการติดตามพบว่ามีปัญหาในการขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในระดับประชาชน ซึ่งในแต่ละครอบครัวควรมีสมาชิกของครอบครัวที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกับ อสม. และเจ้าหน้าที่ตามธรรมชาติของวิถีชีวิตครอบครัวไทยในแต่ละครอบครัวควรมีสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัว ซึ่งกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่นี้ก็คือ “แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว” นั่นเองและการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยในสิ่งที่ถูกที่ควรแก่บุคคลเหล่านี้ ก็จะเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของครอบครัวตนเองได้อย่างเป็นจริงมากขึ้น ทั้งยังมีส่วนในการที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะป็นปัจจัยเสริมให้ประชาชนในทุกครอบครัวมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้นั่นเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทุกครอบครัวมีบุคคลอย่างน้อย 1 คน ที่

1. มีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ก็สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และนำส่งสถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมได้ทัน่วงที
3. เป็นทรัพยากรของท้องถิ่น ที่จะร่วมมือกันในการพัฒนาชุมชนทางด้านสาธารณสุข และอื่น ๆ

เป้าหมาย

ปี 2542 ตำบลละ 1 หมู่บ้าน ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน และขยายให้ครอบคลุมเต็มทุกพื้นที่ภายใน 5 ปี

ความหมาย

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักของครอบครัวในการดูแล จัดการด้านสุขภาพอนามัยให้แก่บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อที่จะทำให้ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จึงเป็นบุคคลที่มีอยู่แล้วในแต่ละครอบครัว ซึ่งจะเป็ใครก็ได้ เช่น พ่อ แม่ ลูก ป้า น้า อา พี่น้อง ที่เป็นสมาชิกของครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว ความพร้อมและความเต็มใจของผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนั้นๆ หนึ่ง เนื่องจากแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่อบุคคลทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความคลาดเคลื่อนของความรู้จึงอาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากแหล่งผู้ให้และตัวผู้รับ จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาความรู้และทักษะของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนี้ให้ถูกต้องเพียงพอ และเหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกในครอบครัวกรณีที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถอ่านออกเขียนได้มีความสนใจใฝ่รู้และมีเวลาเพียงพอสำหรับการเรียนรู้ และการทำหน้าที่ดังกล่าว จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้แกนนำเหล่านี้สามารถรับรู้ได้ดีมากขึ้นและสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ

บทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่

1. เป็นแกนหลักสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกในครอบครัว
2. เป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ให้แก่สมาชิกในครอบครัว
3. เป็นผู้ประสานงานของครอบครัว ในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาและการพัฒนา

สาธารณสุขของครอบครัวและชุมชน

แนวทางการพัฒนา

1. การเตรียมชุมชน ในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเริ่มทำความเข้าใจกับ อสม. ให้เข้าใจเกี่ยวกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ดีเสียก่อน หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะต้องร่วมกับ อสม. ที่ดูแลรับผิดชอบประจำละแวกบ้าน/พื้นที่การพิจารณาว่าในแต่ละหลังคาเรือนมีใครบ้างที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพคนในครอบครัวสำหรับเจ้าหน้าที่ และ อสม. ที่คุ้นเคยกับชุมชนก็สามารถที่จะรู้ได้โดยง่ายว่าใครบ้างที่เป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพของครอบครัว หรือก็คือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เจ้าหน้าที่และ อสม. จะประสานและสร้างความร่วมมือต่อไป นอกจากนี้จะต้องรู้ว่าเป็นใครแล้ว อสม. และเจ้าหน้าที่จะต้องรู้ดีว่าสถานะทางสุขภาพอนามัยของครอบครัวที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนนั้นเป็นอย่างไรบ้าง แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความรู้มากน้อยเพียงใดและต้องการจะเรียนรู้อะไรเพิ่มเติมเพื่อใช้สำหรับการวางแผนและการดำเนินงานพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัวในระยะต่อไป

2. การถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สามารถที่จะเรียนรู้หรือรับรู้ความรู้ข่าวสารทางสาธารณสุขได้จากแหล่งต่าง ๆ ในหลายรูปแบบ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบประจำละแวกบ้าน/พื้นที่จะเป็นสื่อบุคคลหลักที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว รวมทั้งจะต้องคอยดูแล ติดตาม ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในทุกครอบครัวของละแวกบ้าน/พื้นที่ที่รับผิดชอบมีความรู้และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสม นอกเหนือจากการถ่ายทอดความรู้โดยตรงจาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็ควรจัดหาสื่ออื่น เช่น สิ่งพิมพ์ให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อใช้ในการเรียนรู้เอง และจะต้องให้คำชี้แนะแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งความรู้อื่น ๆ เช่น รายการสุขภาพทางโทรทัศน์และวิทยุ คอสมิกสุขภาพในหนังสือพิมพ์ วารสาร

และห้องสมุดต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ ที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถจะค้นคว้าได้ด้วยตนเอง (ตั้งรูป) ทั้งนี้เพราะการเรียนรู้ที่หลากหลาย ต่อเนื่อง และเป็นธรรมชาติ จะช่วยให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดีมากยิ่งขึ้น



แหล่งและวิธีการถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

3. การสร้างเครือข่ายแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะเป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการร่วมมือกับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขของท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. จะต้องเข้าไปประสานความร่วมมือกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเหล่านี้อย่างเสมอภาค ทั้งถึง และต่อเนื่อง ซึ่งก็จะเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชนขึ้น

เนื้อหาความรู้

ความรู้พื้นฐานที่จำเป็น สำหรับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคล
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลการเจ็บป่วยเบื้องต้น
3. ความรู้เกี่ยวกับแหล่งความรู้ และแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็น

4. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ที่ครอบครัวสามารถมีบทบาทร่วมกับชุมชน

การสนับสนุนการดำเนินงาน

เพื่อให้การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด กระทรวงสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานดังนี้

1. ส่วนกลาง ให้การสนับสนุนกับจังหวัดในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้แก่

1.1 การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในรูปแบบต่างๆ เช่นการประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด การติดตามและนิเทศงาน

1.2 ด้านวิชาการ เอกสาร ความรู้ ข้อมูล และสื่อต่างๆ ที่กรม/กองต่างๆ ให้การสนับสนุน

1.3 งบประมาณ ได้แก่ งบประมาณของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหมวดเงินอุดหนุนที่สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน (หมวด 800) และหมวดค่าใช้สอยฯ (หมวด 300) ที่สนับสนุนจังหวัด รวมทั้งงบประมาณที่จังหวัดได้รับการสนับสนุนจากกรม/กองต่างๆ ในการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชน

2. ระดับจังหวัด ให้การสนับสนุนแก่พื้นที่ในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้แก่

2.1 การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในรูปแบบต่างๆ เช่น การประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/ตำบล การติดตามและนิเทศงาน

2.2 ด้านวิชาการ การสนับสนุนเอกสาร ความรู้ ข้อมูล และสื่อต่างๆ ที่ได้รับจากกรม/กองต่างๆ และที่ผลิตขึ้นเอง

2.3 งบประมาณ ได้แก่ งบประมาณที่ได้รับจากสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เงินหมวดอุดหนุน (หมวด 800) ที่สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน และหมวดค่าใช้สอยและวัสดุ (หมวด 300) ที่สนับสนุนจังหวัด และรวมถึงงบประมาณที่จังหวัดได้รับการสนับสนุนจากกรม/กองต่างๆ ในการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชน

การติดตามประเมินผล

ประกอบด้วย

1. การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวใน

2. การรายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน แบบ ง. 302 ให้แก่สำนักงาน
คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน

3. การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพอนามัย (Health Literacy) ของแกนนำสุขภาพ
ควรมีการดำเนินงานในระยะต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มควบคุม

วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างและพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้อย่างเหมาะสม

เป้าหมาย

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในหมู่บ้าน 10 บ้านชั้นใหม่ จำนวน 74 คน

วิธีดำเนินงาน

ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ

1. ผู้บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนระดับอำเภอ ที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ระดับตำบล และคณะกรรมการชมรม อสม. เพื่อชี้แจงนโยบายการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล พิจารณาคัดเลือกหมู่บ้านที่มีความพร้อมในการดำเนินงานและจัดทำแผนงานและงบประมาณร่วมกับ อสม.
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับตำบล ร่วมกันพิจารณาแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และได้กำหนดขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้
 - 3.1 จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในบทบาทของผู้ถ่ายทอดความรู้และหลักสูตรการอบรม มีแนวทางดำเนินงานดังนี้
 - ขออนุมัติโครงการจากสาธารณสุขอำเภอ
 - ประชุมวิทยากรพี่เลี้ยง ซึ่งเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ เพื่อชี้แจงแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. และบทบาทของวิทยากรพี่เลี้ยง
 - คัดเลือกผู้เข้าอบรมเป็นตัวแทน อสม. หมู่บ้านละ 2 คน ตำบลละ 3 หมู่บ้านรวม อสม. ที่เข้าอบรมหมู่บ้านละ 6 คน ใช้ระยะเวลาในการอบรม 2 วัน

- เนื้อหาในการอบรม ประกอบด้วย เนื้อหาด้านวิชาการ ได้แก่ ศิลปะการสื่อสาร เพื่อความประทับใจ เส้นทางผู้วิทยากร การใช้ไมโครโฟน การฝึกพูด การเขียนโครงการ และ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมส่งเสริมความตระหนักในคุณค่าของตนเอง กิจกรรมส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และกิจกรรมร่วมสร้างสติปัญญาใจ

4. ดำเนินการอบรมตามแผน

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลร่วมกับ อสม. ที่ผ่านการอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในบทบาทของผู้ถ่ายทอดความรู้ระดับตำบล จำนวน 6 คน ร่วมกันพิจารณาเนื้อหาในการอบรม และวางแผนแนวทางในการจัดการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
2. เนื้อหาในการอบรมประกอบด้วยปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคท้องร่วง และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การใช้สมุนไพร อาหารหลัก 5 หมู่ ระยะเวลาในการอบรม 1 วัน
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อสม. และคณะกรรมการหมู่บ้านร่วมกันคัดเลือกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หลังคาเรือนละ 1 คน จำนวน 74 คน เข้ารับการอบรมการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
4. ดำเนินการอบรมตามแผน

ขั้นตอนที่ 3 การติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

1. การติดตามและประเมินผล อสม. ในฐานะผู้ถ่ายทอดความรู้ โดยการประเมินจากการสังเกตและซักถาม อสม. เมื่อสิ้นสุดการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และซักถามผู้เข้าอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
2. การติดตามและประเมินผลแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยการซักถามและสังเกตพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

1. กิจกรรมและวัตถุประสงค์การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในบทบาทผู้ถ่ายทอด

กิจกรรม	วัตถุประสงค์
<p>วันที่ 1</p> <p>1. พิธีเปิดการอบรมแบบมีส่วนร่วม</p> <p>2. ประธาน อสม. กล่าวต้อนรับผู้เข้าอบรม</p> <p>3. กิจกรรมการทำสมาธิ</p> <p>4. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมแนะนำตนเอง - กิจกรรมทายนิตยจากรูปภาพ <p>5. กิจกรรมส่งเสริมความตระหนักในคุณค่าของตนเอง โดยการเลือกของใช้แล้ว 4 ชนิด และแบ่งกลุ่มวิเคราะห์</p> <p>6. กิจกรรมจัดกลุ่มโดยใช้เพลง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลมพัดมพัด เพื่อนรัก แมลง <p>7. กิจกรรมเกมส์บอกรับ</p> <p>8. ศิลปะการสื่อสาร เพื่อสร้างความประทับใจ</p>	<p>อสม. มีความรู้สึกร่วมในกิจกรรม เกิดพลังใจและความศรัทธา และเป็นจุดสร้างความรู้สึกถึงแบบอย่างในการดำเนินกิจกรรมอันเป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม</p> <p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี และสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง</p> <p>เพื่อให้ อสม. เตรียมใจและได้ประเมินความเชื่อในความสามารถของตนเองก่อนรับการอบรม</p> <p>อสม. ได้เปิดตนเอง ได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ได้ฝึกความกล้าแสดงออกและได้ฝึกพูด</p> <p>อสม. ได้รู้จักตนเองและผู้ที่อยู่รอบข้างได้เรียนรู้ที่จะปรับตนเองเพื่อทำงานร่วมกับผู้อื่นได้</p> <p>อสม. เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ได้เห็นคุณลักษณะที่ดีในตนเอง อันจะนำมาใช้เพื่อการพัฒนาตนเองต่อไป และเป็นการส่งเสริมการทำงานเป็นกลุ่ม</p> <p>เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศ และส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และกล้าแสดงออก</p> <p>เพื่อสร้างเจตคติที่ดีในบทบาทของการถ่ายทอดข้อมูลของ อสม. และมองเห็นปัจจัยที่อาจมีผลทำให้การสื่อสารสู่ผู้อื่นไม่เกิดประสิทธิภาพ</p> <p>อสม. มีความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารที่ถูกต้อง นำไปใช้ได้ เป็นการสร้างพื้นฐานเบื้องต้นสู่การเป็นวิทยากรที่มีคุณภาพต่อไป</p>

กิจกรรม	วัตถุประสงค์
9. กิจกรรมเพลงสามัคคี	เพื่อสร้างบรรยากาศและส่งเสริมความกล้าแสดงออก
10. เส้นทางสู่วิทยากร	อสม. ได้เรียนรู้และเข้าใจในการพัฒนาตนเองสู่การเป็น นักพูดที่ดี สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารในชุมชนของ ตนเองได้ เป็นการสร้างแรงจูงใจในการแก้ไขจุดบกพร่อง และได้พัฒนาจุดที่ดีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น
11. การใช้ไมโครโฟน	เพื่อให้ อสม. มีความรู้และฝึกทักษะที่ถูกต้องในการใช้ ไมโครโฟน
12. กิจกรรมให้ที่บ้านเพื่อการ ฝึกพูด วันที่ 2	เพื่อให้ อสม. ได้เตรียมความพร้อมและได้ฝึกการพัฒนา ตนเองในการพูดในที่ชุมชน
1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพลงสามัคคี	เพื่อสร้างบรรยากาศเตรียมพร้อม
2. กิจกรรมเกมส์ตอบโดยไม่ ต้องถาม	เพื่อให้ อสม. เกิดการเรียนรู้และข้อคิดในการสื่อสารที่ดี การตรวจสอบข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลจาก การสื่อสารที่ผิดพลาด
3. กิจกรรมการฝึกพูด	เพื่อให้ อสม. ฝึกความกล้าแสดงออก ฝึกทักษะในการพูด และการใช้ไมโครโฟน รู้จุดที่ตนเองควรปรับปรุงเพื่อให้ การพูดมีความสมบูรณ์มากขึ้น
4. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพลงสายเอว โดยการทำท่า ประกอบ	เพื่อสร้างความตื่นตัว และฝึกความกล้าแสดงออก
5. กิจกรรมเกมส์ต่อกระดาษสี โดยการแบ่งกลุ่มตามตำบลของ ตนเอง เพราะจะต้องร่วมงาน และวางแผนในชุมชนร่วมกัน ต่อไป	เพื่อให้ข้อคิดในการทำงานในชุมชนที่ควรมีแผนการทำงาน มีการเตรียมการ และควรร่วมกันคิดและมีความสามัคคี และร่วมมือกันในชุมชน

กิจกรรม	วัตถุประสงค์
6. การเขียนโครงการ	เพื่อให้ อสม. ได้มีความรู้และสามารถเขียนโครงการได้อย่างถูกต้อง และนำไปใช้ในการดำเนินงานในชุมชนของตนเองได้
7. กิจกรรมร่วมสร้างสัญญาใจ โดยการแจกกระดาษรูปหัวใจ คนละ 1 อัน ทำกิจกรรมเปิดใจ และสัญญาใจ 1. ความรู้สึกต่อการอบรม 2. ความตั้งใจที่จะนำสิ่งที่ได้ จากการอบรมนี้ไปใช้อย่างไร	เพื่อประเมินผลการอบรม และบอกส่วนขาดของกิจกรรมที่ อสม. ต้องการและนำมาจัดกิจกรรมต่อไป ให้ อสม. ได้เกิดแรงจูงใจในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาตนเองได้ และเพื่อให้ อสม. เกิดความรู้สึกร่วม ความรู้สึกผูกพันและเกิดพันธกิจร่วมกันต่อไป ด้วยความคิดและความต้องการของ อสม. เอง
8. พิธีปิดการอบรม - ตัวแทน อสม. ขอบคุณวิทยากร - ตัวแทนผู้จัดอบรมขอบคุณ อสม. และทีมวิทยากรพี่เลี้ยง - ประธานกล่าวปิดการอบรม - พิธีอำลา - ตัวแทนวิทยากรมอบเทียนแห่ง หัวใจแก่ อสม. ทุกคน บอกความหมายและฝากกลอน ก่อนจาก - ร่วมร้องเพลงคำสัญญา	เพื่อสร้างความสามัคคีและสร้างความรู้สึกผูกพันต่อกัน เป็นการกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงานอันเพื่อที่จะพัฒนาตนเองและชุมชนต่อไป เพื่อให้ อสม. ตระหนักในคุณค่าของตนเองที่สามารถสร้างประโยชน์แก่ส่วนรวมได้ในบทบาทของ “อสม.”

2. สรุป กิจกรรมและวัตถุประสงค์การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มควบคุม

กิจกรรม/วิธีการ	วัตถุประสงค์
1. พิธีเปิดการอบรม โดยตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	- เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน และผู้เข้าอบรมเกิดความรูสึก ร่วมในการเข้ารับการอบรม
2. หัวหน้าสถานีอนามัย กล่าวต้อนรับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรมบทบาทแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และแนะนำวิทยากร	- เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจวัตถุประสงค์ของการอบรมและบทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
3. การบรรยายเรื่อง สมุนไพร - การบรรยายเรื่อง โรคไข้เลือดออก โดย อสม. - การบรรยายเรื่อง โรคท้องร่วง โดย อสม. - การบรรยายเรื่อง การโภชนาการ โดย อสม.	- เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้สมุนไพรในการรักษาสุขภาพ และการส่งเสริมการปลูกสมุนไพรในชุมชน - เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การดูแลรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก - เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การดูแลรักษา และการป้องกันโรคท้องร่วง - เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับอาหารหลัก 5 หมู่ ชนิดของอาหาร ประโยชน์ และกลุ่มคนที่ควรได้รับอาหารในระยะต่าง ๆ - เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความมั่นใจว่าเนื้อหาการอบรมที่ได้รับการถ่ายทอดจาก อสม. มีความครอบคลุมและถูกต้อง และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
4. เมื่อสิ้นสุดการบรรยายแต่ละเรื่อง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย จะสรุปเนื้อหาและเปิดโอกาสให้ ผู้เข้าอบรม ซักถาม	

กิจกรรม/วิธีการ	วัตถุประสงค์
5. แจกเอกสารประกอบการอบรม คู่มือหมอชาวบ้าน	- เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อไป
6. พิธีปิดการอบรม โดยตัวแทนจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลพบุรี ตัวแทน อสม. กล่าวขอบคุณ	- เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงบทบาทและหน้าที่ของ ของตนเอง และกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติตาม บทบาทและหน้าที่ดังกล่าว

3. ผลการดำเนินการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มควบคุม

ผลการดำเนินการแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มควบคุมสามารถสรุปขั้นตอน
ต่างๆ ได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

1. การประสานความร่วมมือระหว่างระดับอำเภอ ระดับตำบล และคณะกรรมการ
อสม. เป็นไปตามขั้นตอน มีการประชุมเพื่อเตรียมการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการ
ถ่ายทอดความรู้ ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. การจัดทำหลักสูตรการอบรม เป็นการบูรณาการความรู้ด้านการพัฒนาศักยภาพ
ของ อสม. ทั้งด้านการถ่ายทอดความรู้ การตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง การทำงานเป็นทีม
โดยเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนผู้รับผิดชอบโครงการ และผู้เกี่ยวข้องได้ศึกษารูปแบบการจัด
การอบรมตามประสบการณ์ของตนเอง และมีประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และทำ
หน้าที่เป็นวิทยากรหลักและวิทยากรพี่เลี้ยง การเตรียมการใช้เวลา 3 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม –
มีนาคม 2543

3. ดำเนินการอบรม 2 วัน ณ ศาลาวัดบ้านดงน้อย มี อสม. เข้าร่วมอบรม จำนวน 40 คน
มีวิทยากรหลักและวิทยากรพี่เลี้ยง จำนวน 10 คน

4. งบประมาณในการอบรม ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการอบรมจาก
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ งบประมาณค่าอาหารและเบี้ยเลี้ยงการเดินทางของผู้เข้าอบรมจาก
งบประมาณการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน

5. การประเมินผลโครงการอบรม ผู้เข้าอบรมมีความสนใจให้ความร่วมมือในการ
ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในเกณฑ์ดีมาก และบรรยากาศในการอบรมทุกคนให้ความร่วมมือมีความสุข
และได้รับความสนุกสนาน การประเมินผลจากผู้เข้ารับการอบรมในเรื่องความพึงพอใจในด้าน
เนื้อหา วิธีการ สถานที่ อาหาร วัสดุอุปกรณ์ และวิทยากร อยู่ในเกณฑ์ดีมาก

ขั้นตอนที่ 2

1. การเตรียมการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในปีงบประมาณ 2543 สถานีอนามัยได้พิจารณาคัดเลือกหมู่บ้านที่มีความพร้อมในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 3 ตำบล และได้จัดงบประมาณเพื่อดำเนินการดังกล่าวจากงบประมาณพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานของตำบล จำนวน 3,150 บาท เพื่อเป็นค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม และค่าอาหารผู้เข้าอบรม

2. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยร่วมกับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมการพัฒนาศักยภาพของ อสม. จำนวน 6 คน คัดเลือกเนื้อหาในการอบรม โดยพิจารณาจากปัญหาสุขภาพในชุมชนโรคประจำถิ่น และแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีเนื้อหาในการอบรมประกอบด้วย สมุนไพร โรคไข้เลือดออก โรคท้องร่วง และการโภชนาการ

3. การจัดการอบรม เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลนิคมสร้างตนเอง และอสม. เป็นวิทยากรผู้ถ่ายทอดความรู้ โดยมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ดำเนินรายการ และอำนวยความสะดวก

4. ดำเนินการอบรม 1 วัน ณ ศาลาวัดชัยใหม่ มีผู้เข้าอบรมในฐานะแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 64 คน สำหรับจำนวนที่ขาดไปจะดำเนินการ อบรมซ่อมเสริมร่วมกับหมู่บ้านอื่น ๆ ในภายหลัง มีวิทยากร จำนวน 10 คน

5. การประเมินผลโครงการอบรม ผู้เข้าอบรมมีความสนใจและให้ความร่วมมือดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยายามให้กำลังใจวิทยากรที่เป็น อสม. แต่การซักถามและร่วมอภิปรายมีน้อย

ขั้นตอนที่ 3

การติดตามและประเมินผล โดยการซักถามผู้เข้าอบรมหรือชาวบ้านชัยใหม่ พบว่าส่วนมากมีความรู้สึกพึงพอใจ และคิดว่าการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน



ภาคผนวก จ

1. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
2. รายนามผู้ช่วยวิทยากร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ บุญสุยา
ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งโรจน์ พุ่มรีว
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา ตันสกุล
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นายเมธี จันท์จากรุณ
สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
5. นายองอาจ สิทธิเจริญชัย
วิทยาลัยผู้บริหารสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อลิศรา ชูชาติ
ภาควิชามัธยมศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน
ภาควิชาสัตตศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ช่วยวิทยากร

1. น.ส.อำไพ วรรณเชษฐ์อิศรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
2. น.ส.บุญสืบ โสโสม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
3. น.ส.สมหมาย วงษ์กระสันต์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
4. น.ส.สุนทรีย์ คำเพ็ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
5. น.ส.กนกอร ชาวเวียง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
6. นางราตรี สมนึก โรงเรียนสามแยกมาเจริญ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี
7. น.ส.พรชิตา เวียงสงค์ นักวิชาสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

ประวัติผู้วิจัย

นางเยาวดี สุวรรณาคะ เกิดวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2500 ที่อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาล อนามัย และผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ในปีการศึกษา 2522 การศึกษาปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปีการศึกษา 2524 การศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีการศึกษา 2526 การศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีการศึกษา 2532 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2539 ปัจจุบันรับราชการที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย