

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนตามนโยบาย 60. อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วม
2. การส่งเสริมสุขภาพ
3. องค์การบริหารส่วนตำบล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การมีส่วนร่วม

##### 1.1. ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม ได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาในด้านต่างๆ ดังนั้น ความหมายจึงขึ้นอยู่กับ แนวความคิดและสถานการณ์ นักวิชาการและนักพัฒนาได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน และได้นำเสนอแนวคิดของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

โคเฮนและอัฟฮอฟ(Cohen & Uphoff, 1980) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

สายทิพย์ สุกดีพันธ์ (2534) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน ในความหมายลึกซึ้งที่สุดมิได้หมายถึงเมื่อรัฐกำหนดโครงการอะไรขึ้นมาประชาชนก็ร่วมกันทำ แต่ทั้งนี้ต้องอยู่บนเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลงการทำงานกลไกการพัฒนาของรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงหมายถึง การคืนอำนาจในการกำหนดการพัฒนาให้แก่ประชาชนอย่างน้อยที่สุด ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการริเริ่มวางแผน และดำเนินการในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่และอนาคตของเขา

Caayupan ให้คำนิยาม การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการที่ผู้ได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนามีโอกาส มีส่วนในการแสดงความรู้สึก บ่งบอกความต้องการและ

ประสานสิ่งเหล่านี้ทั้งหมด เพื่อวางแผนดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ตามสถานที่ และวิธีที่ผู้รับประโยชน์คิดไว้ โดยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานพัฒนาน้อยที่สุด

เสน่ห์ จามริก (อ้างใน ประเทือง วงษ์แจ้ง, 2541) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ได้หมายความว่า คึงประชาชนเข้าร่วมกิจกรรม ตามที่นักวิชาการ หรือองค์การพัฒนาตั้งขึ้น แท้จริงแล้วต้องให้ชุมชนมีกิจกรรม และวิธีดำเนินการของเขาเองในชุมชน

นอกจากนี้การมีส่วนร่วมอาจเริ่มต้นจากการพัฒนามาจากข้างล่างแทนวิธีการพัฒนาจากนโยบายเบื้องบน จุดเริ่มต้น คือ การกระจายอำนาจของการวางแผนจากส่วนกลางไปเป็นการวางแผนส่วนภูมิภาค (อภิชัย พันธเสน, 2539)

นิตยา นันทขว้าง (2545) ได้สรุปไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมใน การคิดริเริ่ม ร่วมตัดสินใจวางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการ และควบคุมการใช้ทรัพยากร เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนของพวกเขาเอง

จากความหมายของการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่เกิดจากความสมัครใจ ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่และอนาคตของชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าว จะเริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การลงทุนและการปฏิบัติงาน รวมถึงการติดตามและประเมินผลงานของกิจกรรมที่ได้ดำเนินมาตั้งแต่ต้น ซึ่งการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว จะต้องมีส่วนร่วมร่วมกันในการที่จะแก้ไขปัญหา ส่งเสริม หรือพัฒนา ที่นำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประชาชนในชุมชนและเกิดจิตสำนึกรับผิดชอบร่วมกัน

## 1.2.ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงการพัฒนา จะต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมด้วยเสมอ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะทำให้บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ หรือการดำเนินงานได้รับสวัสดิการที่ดีขึ้น (Cohen & Uphoff, 1980) และการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนร่วมในการทำงาน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกเกี่ยวข้องกับผูกพันกับงานหรือองค์กรในหลายๆสถานการณ์ การมีส่วนร่วมทำให้เกิดความคิดได้มากกว่า เนื่องจากเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระดมความคิด และร่วมอภิปรายกัน เปิดโอกาสให้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล และประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทำให้การต่อต้านลดลง ในขณะที่เดียวกัน ถ้าเกิดการยอมรับกันมากขึ้นผลการปฏิบัติงานดีขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจต่องานมากขึ้น (เอกชัย กี่สุขพันธ์, 2538)ซึ่งคาฮิลล์ (Cahill, 1996) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจและการยอมรับซึ่งกันและกันมีผลต่อการมีส่วนร่วม

ของบุคลากร การมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีความเกี่ยวข้อง การแบ่งปัน และการมีส่วนร่วม ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งไม่สามารถแยกจากกันได้ (Hill 1971, McEwen et al. 1983, Brownlea 1987, Sinclair 1993 อ้างใน Cahill, 1996)

ประมาณ ตัณฑิกุล (2538) ได้ทำการศึกษา กระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการ ศึกษาและพัฒนาของชุมชนชนบทในจังหวัดลำพูน ด้วยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ได้ข้อสรุป ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและ ความต้องการของชุมชน ก่อให้เกิดทางเลือกอันหลากหลายของกิจกรรม เพราะในแต่ละท้องถิ่นมี สภาพปัญหาและความต้องการตลอดจนศักยภาพแตกต่างกัน ซึ่งหากประชาชนหรือชุมชนได้มี ส่วนร่วมในงานการศึกษาและพัฒนาแล้ว ย่อมตอบสนองความต้องการของชุมชน ช่วยพัฒนา คุณภาพของคนในชุมชน ให้มีความพร้อมที่จะพัฒนาท้องถิ่น และชีวิตความเป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้นด้วย การทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบคิด วิธีการทำงานอยู่ตลอดเวลา ทำให้ท้ายที่สุด ประชาชนและชุมชนจะสามารถยืนหยัดอยู่บนพื้นฐานของตนเองได้

### 1.3 แนวคิดการมีส่วนร่วม

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา (People Participation for Development) ได้รับการยอมรับ และใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการพัฒนา กระบวนการของการมี ส่วนร่วมมิได้ขึ้นอยู่กับการริเริ่มหรือการวางแผน โดยรัฐ แต่ความสำเร็จนั้นอยู่ที่ประชาชนในชุมชน ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการอย่างเป็นอิสระ (จรัญญา วงษ์พรหม, 2536) จากการศึกษาของ บารมี ชุนนิรงค์ (2541) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการประมงหมู่บ้าน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์สูงสุด รองลงมาเป็นการมีส่วนร่วมในการประสานงาน ประชาสัมพันธ์ การปรึกษาหารือกับเพื่อนเกษตรกรและการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงปลาตามลำดับ จะ เห็นได้ว่า การกำหนดนโยบายและแผนงานการพัฒนามักถูกกำหนดโดยรัฐบาลในลักษณะของการ กำหนดลงมาจากเบื้องบน (Top – down policy) และที่ผ่านมามีประสบการณ์กับความล้มเหลวเนื่องจาก ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือหากปฏิบัติได้ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ กำหนดนโยบายและโครงการพัฒนาต่างๆ ไม่เข้าใจปัญหาของพื้นที่อย่างแท้จริง (พิทยา สุวคันธ์, 2540) ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาใดๆ ก็ตามในปัจจุบันจะต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของคน ในชุมชน จะเห็นได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ที่ทุกๆด้าน เน้นการมี ส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา

ปรัชญา เวสารัชช์ (2528) ได้เสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ครอบคลุม ประเด็นสำคัญต่อไปนี้ คือ

1.การมีส่วนร่วมของประชาชน ควรครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชน และสังคมได้ร่วมกิจกรรม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาและมีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนา และเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

2.การมีส่วนร่วมเป็นความสมัครใจและเป็นประชาธิปไตย ในกรณีการเอื้อให้เกิดความพยายามพัฒนา การแบ่งปันผลประโยชน์การพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน การตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย กำหนดนโยบาย การวางแผน และดำเนินโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

3.การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ว่าจะเป็นระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติ จะช่วยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ประชาชนลงทุนลงแรงกับประโยชน์ที่ได้รับ

4.การมีส่วนร่วมมิได้เป็นเพียงเทคนิควิธีการ แต่เป็นปัจจัยในการประกันให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเอื้อประโยชน์ต่อประชาชน

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527) ใน ทวีทอง พงษ์วิวัฒน์ (2527) กล่าวถึง การมีส่วนร่วม เกิดจากแนวคิดสำคัญ 3 ประการ คือ

1.ความสนใจ และความห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจ และห่วงกังวล ส่วนบุคคลซึ่งบังเอิญพ้องต้องกัน กลายเป็นความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม

2.ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกัน ที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ผลักดันให้มุ่งไปสู่การรวมกลุ่ม วางแผน และลงมือกระทำร่วมกัน

3.การตกลงร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่ม หรือชุมชนไปในทิศทางที่พึงปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันนี้ ต้องรุนแรงมากพอที่จะกระทำให้เกิดแนวความคิดริเริ่ม กระทำการที่สนองตอบความเห็นของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

#### 1.4 กระบวนการมีส่วนร่วม

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้น ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนและต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ที่จะกำหนดปัญหาและความต้องการด้วยตัวเอง โดยเฉพาะในขั้นตอนของการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยมีนักพัฒนาหรือนักวิชาการจากภายนอกเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ (นิตยา นันทขว้าง, 2545)

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527) ได้สรุปขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชากรไว้ 4 ประการ ได้แก่

- 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ
- 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
- 3) การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
- 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

อคิน รพีพัฒน์ (2527 อ้างใน บรรเจิดพร หาญแก้ว, 2549) ได้จำแนกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมมี 4 ขั้นตอน คือ

1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา กำหนดสาเหตุของปัญหา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชน และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหา

2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผนการพัฒนาแก้ไข้ปัญหา เป็นขั้นที่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการ และแนวทางการดำเนินงานตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้

3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมการพัฒนาตามแผน เป็นขั้นตอนที่มีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วมบริหารประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

4) การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลงานของกิจกรรมการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่เข้าร่วมประเมินว่า การพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด ซึ่งในการประเมินอาจปรากฏในรูปของการประเมินย่อย เป็นการประเมินผลก้าวหน้าเป็นระยะๆ หรือกระทำในรูปของการประเมินผลรวม ซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปรวบยอด

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen&Uphoff,1980) ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ดังนี้

1.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นการเน้นการแสดงออกทางด้านความคิดทั่วไป และความคิดอย่างมีระบบ ที่จะได้ร่วมกันประเมินถึงทางเลือกที่เป็นไปได้ ในการนำการตัดสินใจนั้นลงไปปฏิบัติ ควรเป็นการตัดสินใจตั้งแต่ต้น เนื่องจากถ้าได้ร่วมคิดตั้งแต่การค้นหาความต้องการที่แท้จริง รวมไปถึงการหาแนวทางร่วมกันที่จะวางแผนเริ่มทำกิจกรรม หลังจากนั้นก็จะมีการร่วมตัดสินใจ ว่ามีความต้องการดำเนินการตามแผน แล้วก็มาร่วมกันตัดสินใจในการที่จะนำไปดำเนินการ ซึ่งแผนที่กำหนดนี้ควรต้องสัมพันธ์กับการที่องค์กรต่าง ๆ ในชุมชนได้เห็นความสำคัญ และสนับสนุนด้วย ส่วนรายละเอียดของการได้มา ซึ่งการตัดสินใจในการจัดทำแผน อาจมาจากหลายๆ วิธีการ หรือมีรายละเอียดเพิ่มเติม เช่น มาจากการประชุมกลุ่ม เพื่อให้คนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ รวมไปถึงมีการเลือกผู้นำด้วย

2.การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการปฏิบัติ โดยเฉพาะในสังคมชนบท สามารถมีได้ 3 ด้านได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร ซึ่งสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น ร่วมในการสละแรงกาย ร่วมเงินทุน วัสดุอุปกรณ์ การให้ข้อมูล



ข่าวสาร และยังเป็น การค้นหาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนอีกด้วย รวมทั้งมีการร่วมในการบริหารจัดการ และการประสานงานเป็นวิธีที่ทำให้คนเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยเข้าร่วมกิจกรรม โครงการต่าง ๆ ทั้งเป็นสมาชิกและมีบทบาท เป็นผู้ประสานงานโครงการทั้งภายในและภายนอกกลุ่ม นอกจากนี้การเข้าร่วมในการปฏิบัติในโครงการอาจจะมาจากการถูกชักชวน และมีการเข้าร่วมโดยสมัครใจเพราะมีความเห็นว่ามีประโยชน์จริง

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เป็นขั้นตอนที่ ประชาชนนำแผนกิจกรรมโครงการไปปฏิบัติแล้วได้รับผลประโยชน์จากการผลการดำเนินงานนั้น ซึ่งผลประโยชน์จะเกิดในด้านต่างๆเช่น ผลประโยชน์ในด้านวัตถุอันได้แก่ ผลผลิตต่างๆจากการทำโครงการเงินรายได้ และผลประโยชน์ในด้านสังคม ได้แก่ สิ่งที่เป็นสาธารณประโยชน์ การให้บริการต่างๆ ในชุมชน นอกจากนี้แล้วการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพราะการรับผลประโยชน์ในส่วนบุคคลซึ่งเป็นสิ่งที่มีความต้องการเมื่อเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มหรือสมาชิกองค์กร สิ่งที่ได้รับประโยชน์อาจได้แก่ อำนาจทางสังคม และการเมืองรวมไปถึงการได้คุณค่าแห่งตน เกียรติยศ ความเชื่อถือ และเป็นผู้มีประสิทธิภาพ

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และวัดผลของการดำเนินงาน รวมทั้งการค้นหาข้อดี ข้อบกพร่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาของการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป นอกจากนี้การติดตามประเมินผลมีบทบาทสำคัญและมีความจำเป็นที่จะช่วยให้การดำเนินงาน โครงการประสบผลสำเร็จตามที่ตั้งไว้แต่เริ่มแรก ทั้งยังสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ ได้เกิดการเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด

### 1.5. ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน

ลักษณะของการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา โดยทั่วไปนั้น ประชาชนอาจเข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจ(Decision making)ว่าจะทำอะไร เข้าร่วมในการนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementation) โดยเสียสละทรัพยากรต่างๆ เช่น แรงงาน วัสดุ เงิน หรือร่วมมือในองค์กร หรือกิจกรรมเฉพาะด้าน เข้าร่วมในผลประโยชน์(Benefits)ที่เกิดจากการพัฒนา และร่วมในการประเมินผลโครงการ(Evaluation) (โคเฮน และอ็พฮอฟ อังใน ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2542)

อุทัยวรรณ กาญจนกามล (2544 อังใน สุกลักษณ์ ต้นดีวัฒนากุล, 2547) ได้อธิบายถึงบันได 8 ขั้น ของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน (ดัดแปลงจาก Amstein, 1971) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บันได 8 ขั้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน

ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power)	ประชาชนควบคุม (Citizen control)	ประชาชนสามารถควบคุมโครงการพัฒนาสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์
	ได้รับมอบอำนาจ (Delegate power)	ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจในโครงการเป็นส่วนใหญ่
	ได้เข้าร่วมเป็นภาคีกับรัฐ (Partnership)	ประชาชนอยู่ในฐานะหุ้นส่วนและมีส่วนได้ส่วนเสียประชาชนได้ร่วมคิดร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมตัดสินใจร่วมทำงาน
ระดับการมีส่วนร่วมพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism)	เป็นตัวแทนไม้ประดับ (Placation)	ผู้นำชุมชนบางคนถูกดึงเข้าร่วมโครงการในฐานะเป็นตัวแทนแต่เพียงในนาม ไม่มีส่วนร่วมในการวางแผน ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ
	เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultation)	รัฐตรวจสอบความคิดเห็นจากประชาชนเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ดำเนินโครงการ แต่ไม่ให้ร่วมรับผิดชอบ
	ได้ข่าวสาร (Information)	ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ให้ปฏิบัติตามโครงการ
ระดับการไม่มีส่วนร่วม (Degree of Non-Participation)	ได้รับการเยียวยา (Therapy)	มีการเข้าถึงและสื่อสารทางเดียว เพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล อาทิ การให้สุขศึกษาเป็นกลุ่ม
	ประชาชนถูกเชิดถูกจัดแจง (Manipulation)	ประชาชนถูกเกณฑ์แรงงานถูกจัดตั้งถูกเรียไร ถูกร้องขอให้ทำตามคำสั่งจากผู้มีอำนาจ หรือขอความร่วมมือ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาสุขภาพที่เนนการโดยรัฐ Arnstein ได้ระบุถึงพิสัยระดับการมีส่วนร่วมโดยจัดระดับการมีส่วนร่วมไว้ 3 ระดับ รวม 8 ขั้น ดังนี้

### ระดับที่ 1 ของการมีส่วนร่วม (Degree of Non-Participation)

ขั้นที่ 1 ประชาชนถูกจัดแจง ให้ความร่วมมือกับโครงการพัฒนาสุขภาพของรัฐตาม ประสงค์ที่ทางราชการร้องขอ หรือทำตามคำสั่ง มีการสั่งการลงมาจากหน่วยงานราชการระดับสูงสู่ ระดับล่างให้ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือ เช่น เกณฑ์แรงงาน ให้ร่วมบริจาคการเรียไร หรือ จัดตั้งกลุ่มเพื่อให้ความช่วยปฏิบัติการทางจิตวิทยาสื่อมวลชน

ขั้นที่ 2 ประชาชนได้รับการเยียวยา โดยให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับเฉพาะในกลุ่ม กิจกรรมสุขศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์จะควบคุม หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การเข้ารับการอบรม หรือการสอนสุขศึกษาเพื่อให้ประชาชนทำตาม ตั๊กฎหรือสุขบัญญัติโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมชุมชน และเศรษฐกิจสังคมของท้องถิ่นที่มีธรรมชาติ จัดว่าเป็น“การเยียวยา”แบบหนึ่ง บันใด 2 ขั้นแรกนี้ แท้จริงแล้วถือว่าไม่ได้ให้โอกาสแก่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมแต่อย่างใด

### ระดับที่ 2 ของการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism)

ขั้นที่ 3 คือการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือการประชาสัมพันธ์โครงการ

ขั้นที่ 4 ประชาชนอยู่ในฐานะผู้ให้คำปรึกษา โครงการ และให้ความเห็นเกี่ยวกับการ ดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ขั้นที่ 5 รัฐเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนบางคนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในเชิงปรึกษาหารือ แต่ไม่ให้อำนาจในการตัดสินใจ อาร์สไตน์ อธิบายระดับการมีส่วนร่วมแบบนี้ว่า เป็นการมีส่วนร่วมแบบ “แบบพระอันดับ” หรือแบบฉาบฉวย

### ระดับที่ 3 ของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power)

ขั้นที่ 6 โดยชุมชนเป็น “ผู้ริเริ่ม/ ผู้กระทำ” เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนเป็นผู้ กำหนดเอง และหน่วยงานภายนอกเป็น “ผู้สนับสนุน” เท่านั้น หรือองค์กรชุมชนได้มีโอกาสได้เข้า เป็นภาคีในการดำเนินงานร่วมกับรัฐ มีโอกาสได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกัน โดยทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐต่างเคารพในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระยะกำหนด หาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนาให้กับชุมชน สามารถพัฒนา หรือแก้ปัญหาของพวกเขาเองได้ หรือแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเองในแต่ละท้องถิ่นซึ่งแตกต่างกัน

ขั้นที่ 7 เป็นการมอบอำนาจให้ไปดำเนินการตามโครงการ ที่มีพันธสัญญาร่วมกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่รัฐมั่นใจในความสามารถของประชาชนว่า มีความพร้อมที่จะดำเนินการ

ขั้นที่ 8 มีการเปิดโอกาสให้เข้าไปร่วมควบคุมดูแลในฐานะ ผู้ตรวจสอบ ผู้ร่วม กำหนดไว้แต่แรก หรือไม่ตรวจสอบความโปร่งใสของการดำเนินงาน และดูแลในเรื่องความมี



ประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโครงการร่วมกัน การให้โอกาสดังกล่าวถือว่าประชาชนมีพลังสามารถเข้าไปดูแลควบคุมโครงการพัฒนาสุขภาพอย่างจริงจังและถือเป็นการมีส่วนร่วม “แบบอุดมคติ” (อุทัยวรรณ กาญจนกมล, 2541)

ในส่วนของ ปธาน สุวรรณมงคล (2527) กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในกานตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการ
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในผลประโยชน์

Lee. J. Cary อ้างใน ปรีชาดิ วลัยเสถียร และคณะ(2543) นอกจากลักษณะของการมีส่วนร่วมดังรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น ยังมีผลการศึกษายอีกส่วนหนึ่งที่กล่าวว่าลักษณะของการมีส่วนร่วม โดยแบ่งตามบทบาท และหน้าที่ของผู้เข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1. เป็นสมาชิก (Membership)
2. เป็นผู้เข้าประชุม (Attendance at Meeting)
3. เป็นผู้บริจาคเงิน (Financial contribution)
4. เป็นกรรมการ (Membership on committees)
5. เป็นประธาน (Leader)

ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ ยงยุทธ บุราสิทธิ์ (2533) ที่ได้กล่าวว่า ลักษณะของการมีส่วนร่วมมีหลายระดับ คือ เป็นสมาชิก เป็นสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม เป็นสมาชิกที่ช่วยบริจาคเงิน เป็นกรรมการ และเป็นประธานกรรมการ

นอกจากนี้ จินตนา ทองรอด (อ้างในปรีชาดิ วลัยเสถียร และคณะ(2529) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในโครงการข่าวน้ำฝนในเขตเกษตรล้ำหลังของชานาศึกษาเฉพาะกรณี หมู่บ้านหนองเส้า ตำบลแม่เปา กิ่งอำเภอเมืองราช จังหวัดเชียงราย พบข้อสังเกตว่าลักษณะของการมีส่วนร่วมประชาชน ส่วนใหญ่จะเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะของการใช้แรงงาน การร่วมออกเงินมากกว่าการแสดงความคิดเห็น หรือให้ข้อเสนอแนะในเรื่องที่เป็นประโยชน์ โดยผลการศึกษานั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งสามารถจัดลำดับจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ 1) ร่วมในการสละเงิน 2) ร่วมสละแรงงาน 3) ร่วมในการประชุม 4) ร่วมสละวัสดุอุปกรณ์ 5) ร่วมในการวางแผน 6) ร่วมแสดงความคิดเห็น 7) ร่วมชักชวนชาวบ้าน 8) ร่วมรับผิดชอบ หรือ ควบคุมการดำเนินการ 9) ร่วมติดตามผลการดำเนินงาน

จากลักษณะของการมีส่วนร่วมข้างต้นบางส่วนจะครอบคลุมถึงกระบวนการของการมีส่วนร่วม และยังมีอีกส่วนหนึ่งที่กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วม โดยแบ่งตามอำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม กล่าวโดยสรุปลักษณะของการมีส่วนร่วม อาจแบ่งโดย

1) การสนับสนุนทรัพยากร คือ การสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือการช่วยทำกิจกรรม คือ การเข้าร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล

2) อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือ เป็นผู้นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิก ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมนี้แสดงถึงระดับอำนาจของผู้เข้าร่วม จึงมีการโต้แย้งว่าการมีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการพัฒนาความสามารถของประชาชนเป็นเพียงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมเพียงบางส่วน เพราะหลายกรณีประชาชนไม่มีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจ ทางออกที่ควรเป็น คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ประชาชน (ปรีชาติ วัลย์เสถียร และคณะ, 2543)

### 1.6. ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม

โคเฮน และอัฟฮอฟท์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้กล่าวถึงบริบทของการมีส่วนร่วมว่า ในการพิจารณา การมีส่วนร่วมของบุคคล มีปัจจัยหลายประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความรู้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อาชีพ รายได้ การสนับสนุนของครอบครัว และสถานภาพทางสังคม จากการศึกษาของ ประเทือง วงษ์แจ้ง (2541) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเรื่องโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อาชีพ รายได้ การสนับสนุนของครอบครัว และสถานภาพทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเรื่องโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน กิตติ คันธา (2536) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านในการพัฒนาชนบท พบว่าการเป็นสมาชิกกลุ่มสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทของกรรมการหมู่บ้าน

องค์ประกอบสำคัญภายในชุมชนที่มีส่วนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน (ถนัด ไบยา, 2541) ได้แก่

1.การติดต่อสื่อสารที่ดี แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2.มีตัวแทนที่เหมาะสมมีตัวแทนกลุ่มต่างๆ อย่างครบถ้วนเพื่อให้เกิดความหลากหลายในความคิด ความสนใจ ความต้องการ และหลากหลายความร่วมมือ เป็นต้น

3.ข้อมูลข่าวสารที่ดีในการตัดสินใจ เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ ชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องกับพื้นฐานของชุมชน ตลอดจนตั้งคำถามเพื่อการแสวงหาข้อมูลในการตัดสินใจ

#### 4.มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

5.มีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากร ทั้งทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากผลการพัฒนา

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน การเพิ่มบทบาท และการมีส่วนร่วมของบุคคลหรือชุมชนจะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะภาครัฐและภาคเอกชน ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคลด้วยการเตรียมความพร้อมให้กับบุคคล รวมทั้งสร้างกลไกช่องทางที่เอื้ออำนวย และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของบุคคล โครงการจัดทำข้อมูลข่าวสารและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลนโยบายสาธารณะ

ไพบูรณ์ เจริญทรัพย์ (2534) กล่าวถึงปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ด้านนักพัฒนา ต้องมีความรู้ มีความเข้าใจในเนื้อหาและกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของประชาชน
2. ด้านประชาชน ต้องเป็นผู้ตัดสินใจเริ่มกิจกรรมของตนเอง
3. การได้รับการสนับสนุนจากภายนอกในด้านต่างๆ เช่น เทคนิควิทยากร ข้อมูลข่าวสาร การประสานงาน และอุปกรณ์ที่จำเป็น

ส่วนปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา คือ กลไกของรัฐทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติ โยโครงสร้างของระบบราชการจะต้องเอื้ออำนวย และเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา และผลการศึกษาส่วนใหญ่ในประเด็นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (ปริชาติ วัลย์เสถียร และคณะ, 2543) ดังนี้

1. การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่
2. การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน
3. การได้รับการอบรม การศึกษาดูงาน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร
4. การมีความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการทำงาน

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำงานพัฒนา แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยด้านกลไกของรัฐ โดยในการกำหนดนโยบายของภาครัฐ จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมในท้องถิ่น สนับสนุนกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม สร้างช่องทางในการเข้ามีส่วนร่วมของ

ประชาชน โดยระบบต่างๆของข้าราชการจะต้องเอื้ออำนวย และเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมถึงมีการติดตามประเมินผล และการให้การสนับสนุนในภายหลัง

2. ปัจจัยด้านประชาชน ประชาชนจะต้อง มีความรู้ ความเข้าใจ และมีประสบการณ์ในการทำงาน เป็นผู้ที่ต้องตัดสินใจ ริเริ่มกิจกรรม และรับผลประโยชน์ เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม หรือผู้นำท้องถิ่น มีการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ หรือหน่วยงานอื่นๆ และได้รับการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน และรับข้อมูลข่าวสารต่างๆอย่างต่อเนื่อง

3. ปัจจัยด้านนักพัฒนา นักพัฒนาต้อง ศึกษาชุมชน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และได้เรียนรู้สภาพแวดล้อมในทุกๆด้านในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาของกระบวนการมีส่วนร่วม ค้นหาผู้ที่มีศักยภาพ ซึ่งจะ เป็นผู้กระตุ้นให้ชาวบ้านแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในงานพัฒนา รวมกลุ่มชาวบ้านเพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหา เป็นผู้สนับสนุนด้านการศึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร วิทยาการใหม่ๆ มีความจริงใจ มีความผูกพันกับท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนเชื่อถือ ศรัทธา และดำเนินงานพัฒนาที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น

4. ปัจจัยจูงใจ การได้รับผลประโยชน์จากการได้เข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา และโครงการพัฒนาตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

#### 1.7. การวัดระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ศศิธร ไชยประสิทธิ์ (2544) ได้กล่าวถึง การวัดระดับการเข้าร่วมของชุมชน โดยพิจารณาจาก

1. ระดับของการให้โอกาสร่วมตัดสินใจ และให้คำแนะนำ
2. ปริมาณและระยะเวลาที่คนในชุมชนอุทิศให้กับกิจกรรมที่จะมุ่งสู่เป้าหมาย
3. การเข้าร่วมของบุคคลที่เป็นตัวแทนหรือผู้นำของกลุ่มต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน
4. ระดับของการรับรู้และ/ หรือการบรรลุถึงการเป็นเจ้าของชุมชนท้องถิ่น
5. ความพึงพอใจในขบวนการมีส่วนร่วมนั้นๆ
6. ความยั่งยืนหรือการประสบความสำเร็จในระยะยาว

Rifkin และคณะ(1988) พิจารณาการมีส่วนร่วมอย่างเป็นพลวัตใน 5 มิติ

1.การประเมินความจำเป็นและความต้องการ(Need Assessment)ต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2.ประเมินลักษณะการนำและภาวะผู้นำของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Leadership)

3.ประเมินลักษณะองค์กรของชุมชน หรือลักษณะของภาคีท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Organization)

4.ประเมินการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ของชุมชน ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ (Resource mobilization)

5.ประเมินกระบวนการจัดการการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Management process)

สำหรับวิธีการวัดระดับการมีส่วนร่วมนั้น จะเป็นการจัดลำดับ จากการไม่มีส่วนร่วมจนถึงการมีส่วนร่วมมากที่สุด (ศุภลักษณ์ ตันติวัฒนากุล,2547) ดังนี้

- 1 = ไม่มีส่วนร่วม
- 2 = มีส่วนร่วมน้อย
- 3 = มีส่วนร่วมปานกลาง
- 4 = มีส่วนร่วมมาก
- 5 = มีส่วนร่วมมากที่สุด

### 1.8.การมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน

จากแนวคิดของการมีส่วนร่วมที่เป็นที่ยอมรับว่าในปัจจุบันการมีส่วนร่วม ได้รับการยอมรับและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการพัฒนา กระบวนการของการมีส่วนร่วมได้ขึ้นอยู่กับการริเริ่มหรือการวางแผนโดยรัฐ แต่ความสำเร็จนั้นอยู่ที่ประชาชนในชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการอย่างเป็นอิสระ เน้นการทำงานในรูปกลุ่ม หรือองค์กรชุมชน ที่มีวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมอย่างชัดเจน พลังกลุ่มจะเป็นปัจจัยสำคัญทำให้งานพัฒนาต่างๆ ให้บรรลุสำเร็จตามความมุ่งหมาย นอกจากนี้การพัฒนาจำเป็นต้องมีการรวมพลังในลักษณะเบญจภาคี ได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ และประชาชนเพื่อร่วมกันในการแก้ไขปัญหาของท้องถิ่นและจากการที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ เพราะเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพประชาชน จึงได้ขยายการรณรงค์สร้างสุขภาพตามกรอบ 6 อ.ได้แก่อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรควยา โดยเพิ่มเรื่องการดำเนินงานด้านอบายมุขอีกหนึ่งเรื่องหนึ่ง ซึ่งการดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว ไม่สามารถผลักดันนโยบายการสร้างสุขภาพคนไทยให้ครอบคลุมมิติต่างๆได้ทุกด้าน ดังนั้นจึงเน้นกลวิธีการมีส่วนร่วมโดยชุมชนในพื้นที่ และมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนด้านวิชาการต่างๆ โดยที่เป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ คือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การป้องกันโรคของประชาชนและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งการจะพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จให้



ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ จะต้องดึงผู้นำให้เข้ามามีส่วนร่วม และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ เจมส์ ค็อกซ์ ปิ่นทอง (เจมส์ ค็อกซ์ ปิ่นทอง, 2527) และโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) นำมาประยุกต์ และแบ่งลักษณะของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

ดังนั้น จากการให้นิยามของผู้ศึกษา การมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนตามนโยบาย 60. ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา หมายถึง การที่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สำรวจปัญหา และหาสาเหตุของปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และเข้าร่วมประชุมเพื่อแก้ปัญหา
- 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม หมายถึง การที่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลได้ร่วมประชุมแสดงความคิดเห็น หรือเสนอแนะในการวางแผนเพื่อพัฒนาด้านสาธารณสุขโดยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดแนวทาง และวิธีการที่จะทำในแต่ละกิจกรรม
- 3) การมีส่วนร่วมในการลงทุนดำเนินการและการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเข้าร่วมกิจกรรมในแผนพัฒนาสาธารณสุข ร่วมสมทบทุนทรัพย์หรือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินตามกิจกรรมที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้
- 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลงาน หมายถึง การที่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ได้มีการมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้า ความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม ติดตามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และเข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็นในการปรับปรุงหาแนวทางดำเนินงานต่อไป

## 2. การส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นงานหนึ่งในงานสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการกระทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี และมีสิทธิได้รับการส่งเสริมสุขภาพ โดยเท่าเทียมกันเพื่อให้มีสุขภาพดีสามารถดำเนินชีวิต หรือดำรงอยู่ได้อย่างปกติ และต่อเนื่องโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพถือเป็นกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการกันอย่างแพร่หลาย แต่เดิมการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ทำในกลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานโภชนาการ งานอนามัยโรง

เรียน แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม มีผลทำให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขมากขึ้น จึงทำให้เกิดกิจกรรมใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพ (ปฐมรัตน์ ศักดิ์ศรี, 2546)

## 2.1.ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่ชุมชนกระทำเมื่ออยู่ในขณะที่ไม่เจ็บป่วย องค์การอนามัยโลก (1986 อ้างใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2541) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะคนให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลทำให้คนมีสุขภาพดีขึ้น

ประเวศ วะสี(2541)ได้ให้ความหมาย การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลและกลุ่มบุคคล จะต้องสามารถป้องกันและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

กรีน และครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) ได้ให้ความหมายของ การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อก่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสถานการณ์การดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำหรือการปฏิบัติเหล่านั้นอาจเป็นในระดับบุคคล ชุมชน หรือกลุ่มบุคคลก็ตาม การปฏิบัติหรือการกระทำเหล่านั้นย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชนโดยรวม

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้ความหมายของ การส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมและยกระดับความเป็นปกติสุขหรือความผาสุกของชีวิต และศักยภาพในด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี ไม่นั่นเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพ มุ่งที่จะส่งเสริมภาวะสุขภาพในทางบวก คือมีสุขภาพดีและมีชีวิตที่ปกติสุข ซึ่งจะแตกต่างไปจากการป้องกันโรคที่ระบุไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่มุ่งลดโอกาสและหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องและเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคล

คาร์ (Kar, 1983) ได้ให้ความหมายของ การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการกระทำของบุคคล และสังคมที่ทำให้เกิดวิวัฒนาการของการอยู่ดีมีสุขและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตนเอง สังคม และรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในทางบวก โดยการมีสุขภาพที่ดี ไม่นั่นเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพ มุ่งที่จะสร้างเสริมภาวะสุขภาพในทางบวก คือการมีสุขภาพที่ดีและการมีชีวิตที่ปกติสุข

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ(2541)ให้ความหมายว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวน

การส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเพิ่มพูนสมรรถภาพในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น เพื่อเพิ่มระดับความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ให้มีสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

ตามนิยามคำจำกัดความที่ได้จากการประชุม ณ กรุงออตตาวา “Ottawa Charter ในปี ค.ศ.1986 ได้สรุปว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการของการทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มพลังอำนาจในการควบคุมและปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง”(วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ชุมชน สามารถเพิ่มสมรรถนะในการพัฒนาตนเอง ให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจากอันตรายต่างๆ

## 2.2. กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ

ประเทศไทยได้ผลักดันนโยบายและการดำเนินงานต่างๆ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) จนประสบความสำเร็จและมีความคืบหน้าไปมาก กล่าวคือ

1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ได้มีการผนึกกำลังระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่าง ๆ เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การรณรงค์ลดการบริโภคสุรา การตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ การออกกฎหมายเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่เพิ่ม เพื่อตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ(สสส.)การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่และทรัพย์สินจากอุบัติเหตุบนท้องถนน การขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

2) ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environment) ได้มีการดำเนินงาน “เมืองน่าอยู่” (Healthy City) ที่ยึดหลักการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของประชาชนทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อนำไปสู่สำนึกความเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) สำนึกต่อส่วนรวม (Social conscience)และความร่วมมือ (participation) อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่

3) ด้านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Community Strengthening) ได้มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานมากกว่า 2 ทศวรรษ จนเกิดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็งจนปัจจุบันมีสมาชิกทั่วประเทศกว่า 8 แสนคน และได้มีการขยายตัวของพัฒนาการที่เป็นการเรียนรู้ จากการปฏิบัติจริงตามปรัชญาของ“เศรษฐกิจพอเพียง” ในพระบาท

สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่มีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล ความมีระบบ ภูมิคุ้มกันตัวเอง การใช้ความรู้และการมีคุณธรรมจริยธรรม

4) ด้านการส่งเสริมพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development) มีการปฏิรูปการศึกษาของชาติ และขยายโอกาสทางการศึกษาเพื่อยกระดับการศึกษาของคนในชาติ ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 รวมทั้งมีการฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จนเป็นที่รู้จักทั่วโลกเรื่องการนวดแผนไทย และการตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับความสำคัญในการพัฒนาภูมิปัญญาไทยไปสู่ระดับสากลต่อไป

5) ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Reorientation) มีการกำหนดและประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้า และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 รองรับการทำงานให้ยั่งยืนที่ยึดหลักการ “การสร้างสุขภาพ” นำ “การซ่อมสุขภาพ” โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ปี พ.ศ. 2545 เป็นปีเริ่มต้นแห่งการรวมพลังสร้างสุขภาพตามกรอบการรณรงค์ 5 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และโรคภัย หรือการลดโรคสำคัญๆ ซึ่งมีกิจกรรมระดับชาติในการรณรงค์ให้ประชาชนหันมาใส่ใจสร้างสุขภาพอย่างเป็นธรรมชาติ เช่น กิจกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ ซึ่งจัดต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2548 กิจกรรมการรณรงค์อาหารปลอดภัย (Food Safety) ที่มีการดำเนินงานอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งรัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งอาหารปลอดภัย

ในปี พ.ศ.2548 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เตรียมดำเนินนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่งขยายการรณรงค์สร้างสุขภาพตามกรอบ 6 อ. โดยเพิ่มเรื่องการดำเนินงานด้านอบายมุขอีกหนึ่งเรื่องหนึ่ง ซึ่งการดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว ไม่สามารถผลักดันนโยบายการสร้างสุขภาพคนไทยให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ได้ทุกด้าน ดังนั้น คนไทยทุกคนทุกภาคส่วน จึงมีส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้เกิด “เมืองไทยแข็งแรง” : ซึ่งได้มีการประกาศกฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์ (พรรณภา ผึ้งผดุง และคณะ, 2549)

### 2.3. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ.

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ใช้นโยบาย 6 อ. ในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง ดังนี้ คือ อ.ที่ 1 อาหาร อ.ที่ 2 ออกกำลังกาย อ.ที่ 3 อารมณ์ อ.ที่ 4 โรคภัย อ.ที่ 5 อนามัยสิ่งแวดล้อม และอ.ที่ 6. คือ อบายมุข (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

## ตารางที่ 2 แนวทางการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ด้านสาธารณสุข

### ปีงบประมาณ 2549

เป้าหมาย	ตัวชี้วัดหมู่บ้าน/ตำบลความสำเร็จ >90%	ตัวชี้วัดอำเภอ/จังหวัดความสำเร็จ >90%	ทางสู่เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)
ออกกำลังกาย	1. ร้อยละ 60 ของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที		
อาหาร	2. ร้อยละ 75 ของร้านอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิดในทุกตำบล(ได้รับป้ายทอง)(ระดับตำบล) 3. ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานท้องถิ่น	1. ร้อยละ 80 ของตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อขั้นพื้นฐาน 2. ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตอาหาร 54 ประเภทได้รับมาตรฐานตาม GMP	
อาารมณ์	4. ร้อยละ 55 ของผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE 5. ร้อยละ >50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน	3. ร้อยละ 80 ของคนพิการที่ได้รับการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในด้านต่างๆ 4. ร้อยละ 97.5 ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ระดับจังหวัด)	
อโรคลยา	6. ร้อยละ 80 ของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการตรวจเต้านม 7. ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์ (ระดับตำบล) 8. ร้อยละ 60 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวาน ตามมาตรฐาน	5. อัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุจราจรทางบกลดลงไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร 5.1 อัตราตายด้วยอุบัติเหตุจราจรทางบก <= อัตราตายปี 2548 (ระดับจังหวัด) 6. อัตราไข้เลือดออกไม่เกิน 79 ต่อแสนประชากร 6.1 อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่า 20% ของ คำนวณฐานของจังหวัด 5 ปีซ้อนหลัง (2543-2547) 7. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 7 ต่อแสนประชากร (ระดับจังหวัด)	
อนามัยสิ่งแวดล้อม	9. ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 1 แห่ง/ตำบล (ระดับตำบล) 10. ร้อยละ 80 ของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ระดับตำบล) 11. ร้อยละ 100 ของโรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ระดับตำบล)		
อบาามุข	12. ร้อยละ 100 ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี	8. ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและเครื่องดื่มที่มีระบบปรับอากาศจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ถูกต้องตามกฎหมาย	

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ธันวาคม 2548



### การส่งเสริมสุขภาพประชาชนตามนโยบาย 6 อ.

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบาย ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เพื่อนำไปสู่ เมืองไทยแข็งแรง ดังนี้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

#### ออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อลาย และทำให้เกิด การใช้พลังงาน การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรงและช่วยให้บุคคลมี ประสิทธิภาพต่อการทำงานสูงสุด (คำรง กิจกุลศล, 2544) การส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง รูปร่างสมส่วน การออกกำลังกายยังส่งผล ต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะหัวใจและหลอดเลือด สามารถลดอัตราการเกิดโรคและลดความรุนแรง ของโรค มีผลทำให้ จิตใจแจ่มใส โดยเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล รวมทั้งความชอบความสะดวก ของแต่ละบุคคล และมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (นัยนา หนูนิล, 2543) โดยที่ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ของการออกกำลังกายของคนไทยทุกกลุ่มอายุ ทุกวัย วัน ละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข, 2548)

#### อาหาร

ส่งเสริมให้ประชาชน บริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยรับ ประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารแต่พอดี มีประโยชน์ต่อร่างกาย รู้จักเลือกซื้อ อาหารที่ปลอดภัย ไม่มีสารปนเปื้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เนื่องจากอาหารช่วยหล่อเลี้ยงร่างกาย รวมทั้งช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ จึงต้องได้รับสารอาหารที่เพียงพอ และมีคุณภาพดี จะส่งผลให้ มีการเจริญเติบโตสมวัย มีพัฒนาการที่เหมาะสม นอกจากนี้การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ยังเป็น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และ โรคมะเร็ง เป็นต้น(กอง โภชนาการ, 2543)

#### อารมณ์

อารมณ์ เป็นสภาวะทางจิตใจที่มีผลมาจากการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นทั้งภายในและ ภายนอก สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ใจ สิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ ความร้อน สี แสง เสียง ฯลฯ ประชาชนต้องมีการปรับตัวในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมที่ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทั้งภาวะปกติและไม่ปกติ หากมีการปรับตัวหรือจัดการกับอารมณ์ต่อสิ่ง กระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ในสภาพแวดล้อมต่างไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดความเครียด และอาจทำ ให้มีผลต่อสุขภาพจิตได้

กองสุขภาพจิต (2541) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นความกระวนกระวายใจ เนื่องจากสถานการณ์อันไม่พอใจเกิดขึ้น ความปรารถนาไม่ได้รับการตอบสนอง หรือผิดพลาดไปจากเป้าหมายที่ต้องการ เมื่อเกิดความเครียด ควรหาทางผ่อนคลาย เพื่อช่วยให้จิตใจสงบสามารถเลือกปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมได้หลายวิธี เช่น ทบทวนสาเหตุของความเครียดโดยอาจพิจารณาด้วยตนเอง หรือปรึกษากับคนใกล้ชิดที่ไว้วางใจ มีการออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาที่ตนเองถนัดเหมาะสมกับวัย และสภาพแวดล้อม รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ในขณะที่เครียดอาจทำให้มีอาการท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อยจึงควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย นอนหลับให้เพียงพอ ทำงานอดิเรกที่ตนชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ หรือสะสมสิ่งของที่ตนเองชอบ หากความสนุกสนานเพลิดเพลิน หรือเปลี่ยนบรรยากาศ เช่น การท่องเที่ยว ฟังเพลง การฝึกตนเองให้มีอารมณ์ขัน การทำสมาธิ หรือวัด ฟังเทศน์ สวดมนต์ เป็นต้น (มธุลดา จันทสิทธิ์, 2540)

### อโรคยา

ปัญหาการดำเนินชีวิตในสังคมก่อให้เกิดความเครียด ทั้งสุขภาพ ภายใจ ต้องเผชิญปัญหา มลพิษและสิ่งแวดล้อมต่างๆตลอดเวลาทั้งในอาหาร อากาศ น้ำ สิ่งของ เครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน จนทำให้ขาดการดูแลเอาใจใส่ตนเอง และสมาชิกในครอบครัว การมีวัฒนธรรมการกินแบบ ตะวันตก เช่น อาหารประเภทไขมันสูง อาหารจานด่วน กรรมพันธุ์ อายุมุม ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไร้เชื้อ และโรคเรื้อรัง ได้แก่โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง อุบัติเหตุ ฯลฯ (กองสุขภาพจิต, 2548) ดังนั้น จึงควรมีการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อการเฝ้าระวังการเกิดโรค ซึ่งการตรวจสุขภาพ หมายถึง การตรวจเช็คสุขภาพขณะที่ยังรู้สึกปกติดี ทั้งนี้เนื่องด้วยมีโรคหลายชนิดที่ในระยะเริ่มแรกอาจไม่ปรากฏอาการ เช่น โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ดังนั้นการส่งเสริมและปลูกฝังให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยเน้นให้ประชาชนและกลุ่มเป้าหมายมีการดูแลเฝ้าระวังโรค ดังนี้

1. ประชาชนสตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป เฝ้าระวังมะเร็งเต้านม โดยการตรวจการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง
2. ประชาชนกลุ่มอายุ 40 ปี ขึ้นไป ควรตรวจเช็คความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. ประชาชนกลุ่มอายุ 40 ปี ขึ้นไป ควรตรวจเช็คระดับน้ำตาลในปัสสาวะหรือในเลือดเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
4. ประชาชนทุกครัวเรือน ต้องช่วยกันควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทั้งในบ้าน ชุมชน โรงเรียน เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

### อนามัยสิ่งแวดล้อม

การจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล อย่างถูกต้องเหมาะสมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ตามหลักสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และเสริมสร้างให้มีจิตสำนึกที่จะช่วยกันดูแลสภาพแวดล้อม โดยเริ่มจากในบ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน ในชุมชนให้น่าอยู่ และปราศจากพาหะนำโรค เพื่อลดโรค หรือลดอุบัติเหตุ ควรช่วยกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อขจัดโรคไข้เลือดออก เป็นต้น .

### อบายมุข

ปัญหาที่เกิดจาก สุรา บุหรี่ การพนัน ยาเสพติด เป็นปัญหาทางสังคมและสุขภาพที่พบมากในปัจจุบัน โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันแรกที่หล่อหลอมพฤติกรรมต่างๆ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวมีปัญหาในเรื่องของอบายมุข จะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชญากรรม และการเกิดอุบัติเหตุ (อรนุช ดวงเบ็ญ, 2549) ดังนั้นการรณรงค์ให้งดสุรา บุหรี่ สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ บุหรี่และสุราทำลายสุขภาพของผู้บริโภคจนทำให้เกิดโรคร้ายได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคตับแข็ง โรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ การพนันทำให้สูญเสียเงินทอง บั่นทอนสุขภาพทางกาย ใจ และทางจิตวิญญาณ การพนันเป็นการกระทำที่ผิดศีลธรรมและกฎหมายอีกด้วย ส่วนการสำส่อนทางเพศ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายชนิด รวมทั้งโรคเอดส์ที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ อบายมุขทั้งหลายเป็นสาเหตุนำไปสู่การปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม ทำให้รัฐต้องสูญเสียรายได้ไปกับการดูแลสุขภาพและการแก้ไขปัญหากลุ่มเหล่านี้ จึงควรช่วยกันหามาตรการในการป้องกันและให้ความร่วมมือกับภาครัฐในการควบคุมปัญหาดังกล่าว

## 3. องค์การบริหารส่วนตำบล

### 3.1. หลักการเกี่ยวกับองค์การบริหารส่วนตำบล

รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่น ภายหลังจากเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์เข้าสู่ระบอบประชาธิปไตย ได้มีความพยายามที่จะกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น ตามวิธีทางที่ย่อมจะมีในระบอบนี้ ในปัจจุบันองค์การปกครองท้องถิ่นหรือราชการส่วนท้องถิ่นของประเทศไทยมี 5 รูปแบบได้แก่เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เมืองพัทยา กรุงเทพมหานคร และองค์การบริหารส่วนตำบล แต่ละองค์การมีโครงสร้างการบริหารอำนาจหน้าที่ และระบบงานแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกฎหมายการปกครองท้องถิ่นขององค์กรนั้นๆ แต่มีปรัชญาและหลักการการจัดตั้งองค์การเช่นเดียวกัน คือ การกระจายอำนาจการปกครองให้

ประชาชนในท้องถิ่นมีอำนาจอิสระในการปกครอง และบริหารงานในส่วนท้องถิ่นโดยประชาชนเอง โดยพิจารณาถึงขีดความสามารถของประชาชนในท้องถิ่นที่จะดำเนินการได้ (สถาบันนโยบายศึกษาสมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2533) และได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายขององค์การบริหารส่วนตำบลไว้ดังนี้

องค์การบริหารส่วนตำบล หมายถึง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบลที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลพุทธศักราช 2537 ตามประกาศกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบล พุทธศักราช 2538 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2538 ( ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ และคณะ, 2540)

### 3.2 โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

กระทรวงมหาดไทยได้ออกคำสั่งที่ 222/2499 ลงวันที่ 8 มีนาคม 2499 ให้ทุกจังหวัดจัดตั้งสภาตำบล และในเวลาต่อมาได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนตำบล พ.ศ. 2499 ให้จัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลขึ้น เป็นหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นครั้งแรก(ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, 2540)

สมัยรัฐบาลชวน หลีกภัย พ.ศ. 2537 องค์การบริหารส่วนตำบลได้ถูกจัดตั้งเป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่นขึ้นอีกครั้ง ซึ่งได้มีการปรับปรุงระเบียบการบริหารราชการระดับตำบลอีกครั้งหนึ่ง และประกาศพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 111 ตอนที่ 153ก ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2537 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2538 เพื่อยกฐานะสภาตำบลที่มีรายได้ไม่รวมเงินอุดหนุนในปีงบประมาณที่ล่วงมาติดต่อกัน 3 ปี เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าปีละ 150,000 บาท ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบลมีฐานะเป็นนิติบุคคล สามารถบริหารงานท้องถิ่น กำหนดนโยบาย ตัดสินใจจัดทำแผนพัฒนาตำบล ทำนิติกรรมที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โอน สงวนหรือระงับซึ่งสิทธิในทางกฎหมายด้วยตนเองได้อย่างอิสระ ภายใต้ที่กฎหมายกำหนด พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดอำนาจและหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลไว้ 3 ลักษณะ คือ (ดำรง วัฒนา และคณะ, 2544)

- 1.หน้าที่ทั่วไป ได้แก่ การพัฒนาตำบลทั้งในทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม
- 2.หน้าที่ ที่ต้องกระทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล เช่น การจัดให้มีและบำรุงทางน้ำ และทางบก รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะประโยชน์ รวมทั้งการกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูล ป้องกันโรค และควบคุมโรคติดต่อ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ส่งเสริมการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม ฯลฯ

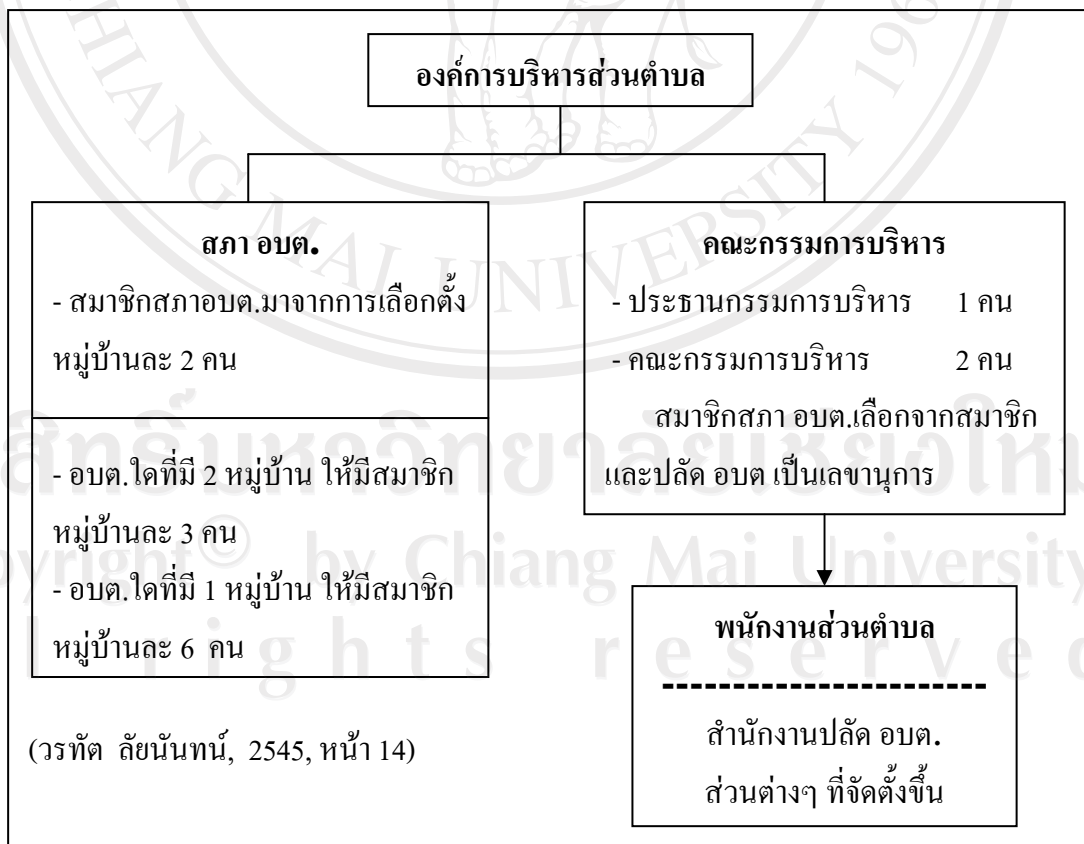
- 3.หน้าที่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลอาจดำเนินการได้ตามความจำเป็น เช่นการจัดให้มีน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภค และการเกษตร จัดให้มีและบำรุงการไฟฟ้าหรือแสงสว่าง โดยวิธีอื่นเหล่า

นี้เป็นต้น (ดำรง วัฒนา และคณะ, 2544)

พระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537ได้กำหนดจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนที่จะให้ องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นฐานสำหรับพัฒนาไปสู่การปกครองในรูปแบบเทศบาล องค์การบริหารจึงประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1.สภาองค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่เปรียบเสมือนฝ่ายนิติบัญญัติ มีสมาชิกซึ่งเป็นสมาชิกจากการเลือกตั้งหมู่บ้านละ 2 คน มีหน้าที่เห็นชอบแผนพัฒนาตำบล ร่างข้อบังคับตำบล ร่างข้อบังคับงบประมาณรายจ่ายประจำปี และควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน ของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล

2.คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลมีสมาชิก 3 คน ซึ่งสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล เลือกจากสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลทั้งหมด และมีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นเลขานุการ คณะกรรมการบริหารทำหน้าที่เสมือนฝ่ายบริหารสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่บริหารงาน จัดทำแผนพัฒนาตำบล งบประมาณรายจ่ายประจำปี รายงานผลการปฏิบัติงานต่างๆ ตามกฎหมาย (โกวิทย์ พวงงาม และปรีดี โชติช่วง, 2544)ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1





โครงสร้างบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ จะมีเพียง 3 ฝ่ายได้แก่ 1) สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่รับผิดชอบงานบริหารทั่วไป ด้านเจ้าหน้าที่บุคลากร ด้านสวัสดิการของพนักงานส่วนตำบลและลูกจ้างขององค์การบริหารส่วนตำบล ด้านการประชุม ด้านการตราข้อบังคับตำบล ด้านนิติกร ด้านการพาณิชย์ รัฐพิธี ประชาสัมพันธ์ จัดทำแผนการ พัฒนาตำบล ฯลฯ 2) ฝ่ายการคลัง มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการเงินของ องค์การบริหารส่วนตำบล และ 3) ฝ่ายการโยธา มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านโครงสร้างพื้นฐานของตำบล ทั้งนี้ยกเว้นองค์การบริหารส่วนตำบลชั้น 1 เท่านั้นที่มีส่วนสาธารณสุขด้วย (ธีรพงศ์ แก้วหาญ, 2542) และผลจากการเตรียมการการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเตรียมการรับรองการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยคณะกรรมการกลางพนักงานส่วนตำบล (ก.อบต.) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล มี 3 ระดับ คือ ระดับใหญ่ ระดับกลาง และระดับเล็ก รวมทั้งกำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง มีส่วนราชการเพิ่มขึ้นจาก 3 ส่วน มิได้ตามสภาพความเป็นจริงขององค์การบริหารส่วนตำบล และหนึ่งในส่วนราชการที่สามารถจัดตั้งได้ทุกองค์การบริหารส่วนตำบล คือ ส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (สถิตย์ ฉัตรแก้วชูไทย อังใน คณะสาธารณสุขศาสตร์, 2544)

ด้านกรอบอัตรากำลังพนักงานส่วนตำบลนั้น จำนวนมากน้อยต่างกันตามขนาด หรือลำดับชั้นของ องค์การบริหารส่วนตำบลที่ยึดปริมาณงานและรายได้เฉลี่ยต่อปีที่จัดหาได้ขององค์การบริหารส่วนตำบล เป็นเกณฑ์ ทั้งนี้ไม่รวมเงินอุดหนุนจากรัฐบาล (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญและคณะ อังใน สุทธิหญิง ฝอยทอง, 2545) ดังนี้

ชั้น 1 องค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีปริมาณงานและรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 20 ล้านบาทขึ้นไป มีกำลังอัตรากำลัง 21 ตำแหน่ง (18 สายงาน 21 อัตรากำลัง)

ชั้น 2 องค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีปริมาณงานค่อนข้างมากและรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 12 - 20 ล้านบาท มีกำลังอัตรากำลัง 12 ตำแหน่ง (10 สายงาน 12 อัตรากำลัง)

ชั้น 3 องค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีปริมาณงานปานกลางและรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 6 - 12 ล้านบาท มีกำลังอัตรากำลัง 6 ตำแหน่ง (6 สายงาน 6 อัตรากำลัง)

ชั้น 4 องค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีปริมาณงานค่อนข้างน้อยและรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 3 - 6 ล้านบาท มีกำลังอัตรากำลัง 4 ตำแหน่ง (4 สายงาน 4 อัตรากำลัง)

ชั้น 5 องค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีปริมาณงานน้อยและรายได้เฉลี่ยต่อปีไม่เกิน 3 ล้านบาท มีกำลังอัตรากำลัง 3 ตำแหน่ง (3 สายงาน 3 อัตรากำลัง) (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ และคณะ อังใน สุทธิหญิง ฝอยทอง, 2545)

### 3.3. รายได้ขององค์การบริหารส่วนตำบล

ด้านรายได้ องค์การบริหารส่วนตำบล มีรายได้โดยแบ่งตามแหล่งที่มา ได้ดังนี้

1. รายได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลจัดเก็บเอง ได้แก่ภาษีบำรุงท้องที่ ภาษีโรงเรือนและที่ดิน ภาษีป้าย อากรการฆ่าสัตว์และค่าธรรมเนียม รวมถึงผลประโยชน์อื่นๆอันเกิดจากการฆ่าสัตว์

2. รายได้จากส่วนราชการอื่นจัดเก็บ และจัดสรรให้ องค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ภาษี และค่าธรรมเนียม รถยนต์และล้อเลื่อน ค่าธรรมเนียมตามกฎหมายว่าด้วยน้ำบาดาล เงินภาษีอากร ประทานบัตรใบอนุญาตและอาญาบัตรตามกฎหมายว่าด้วยการประมง ค่าภาคหลวงและค่าธรรมเนียมตามกฎหมายว่าด้วยป่าไม้ และค่าธรรมเนียมจดทะเบียนสิทธิ และนิติกรรมตามประมวลกฎหมายที่ดิน ค่าภาคหลวงแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่ และค่าภาคหลวงปิโตรเลียม เงินที่เก็บตามกฎหมายว่าด้วยอุทยานแห่งชาติในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล และรายได้จากการที่ องค์การบริหารส่วนตำบล ออกข้อบังคับเพื่อเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น ไม่เกินร้อยละสิบของภาษีอากรและค่าธรรมเนียมประเภทใด ประเภทหนึ่งหรือทุกประเภท ดังต่อไปนี้ คือภาษีธุรกิจเฉพาะตามประมวลรัษฎากรซึ่งสถานประกอบการตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายสุรา ตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ซึ่งร้านสุราตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตในการเล่นการพนันตามกฎหมายว่าด้วยกาพนันซึ่งสถานที่เล่นพนันตั้งอยู่ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบล

3. รายได้จากเงินอุดหนุนจากรัฐบาล โดยตรง ได้แก่ โครงการของหน่วยงานราชการในระบบ กนก. และ โครงการเฉพาะกิจอื่นๆ

4. รายได้อื่นๆ ได้แก่ รายได้จากทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนตำบล รายได้จากสาธารณูปโภคขององค์การบริหารส่วนตำบล รายได้จากกิจการที่เกี่ยวกับการพาณิชย์ขององค์การบริหารส่วนตำบล รายได้จากค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และค่าปรับ ตามที่กฎหมายกำหนด เงินและทรัพย์สินอื่นที่มีผู้อุทิศให้ รายได้อื่นที่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐจัดสรรให้ และเงินกู้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลกู้จากกระทรวง ทบวง กรม องค์การหรือนิติบุคคลต่างๆ โดยได้รับจากสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และเป็นไปตามระเบียบของกระทรวงมหาดไทย (โกวิทย์ พวงงาม และปรีดี โชติช่วง, 2544)

### 3.4. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนตำบล

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่มีส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง คือ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน คือ กรุงเทพมหานคร เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การ

บริหารส่วนตำบล ลักษณะภารกิจที่ถ่ายโอนเป็นภารกิจ ที่ซ้ำซ้อน รัฐเข้าไปดำเนินการในท้องถิ่น และมีรูปแบบการ และมีรูปแบบการถ่ายโอน คือให้ท้องถิ่นดำเนินการเองหรือท้องถิ่นร่วมกันดำเนินการ มีขอบเขตการถ่ายโอนดังนี้ งานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในระดับการรักษาและป้องกัน ได้แก่ สถานีอนามัย ให้ถ่ายโอนให้เทศบาล เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนตำบล(องค์การบริหารส่วนตำบลชั้น 3 ชั้น 4 และชั้น 5 เวลาการถ่ายโอนขึ้นอยู่กับคณะกรรมการเป็นผู้พิจารณาในพื้นที่) โรงพยาบาลชุมชนถ่ายโอนให้เทศบาล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ให้ถ่ายโอนให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรืออาจให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการร่วมกับเทศบาลในเขตพื้นที่ ระยะเวลาที่ 1 ปีงบประมาณ 2544-2545 และถ่ายโอนงานสถานีอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบลชั้น 1 และชั้น 2 ระยะเวลาที่ 2 ปีงบประมาณ 2545-2549 ยังคงมีการถ่ายโอนงานสถานีอนามัย และโรงพยาบาลให้ท้องถิ่นตามความสมัครใจ และความพร้อมของท้องถิ่น ระยะเวลาที่ 3 ปีงบประมาณ 2547-2553 การถ่ายโอนงานสถานีอนามัยและโรงพยาบาลให้ท้องถิ่นทั้งหมดบุคลากร โอนมาสังกัดท้องถิ่นทั้งหมด (เมธี จันทรจักรภรณ์, 2543)

##### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนตามนโยบาย 60. ผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการมีส่วนร่วม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2546) ได้ทำการศึกษายาทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการส่งเสริมสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์และกลยุทธ์ทางเพชมิติ พบว่า บทบาท อบต. กับการส่งเสริมสุขภาพในสายตาของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารมองว่า อบต. มีศักยภาพในการพัฒนาชุมชนในทุกด้าน แต่ในส่วนของการพัฒนาสุขภาพ อบต. ยังขาดความรู้อยู่มาก ต้องมีพี่เลี้ยง พัฒนาการของ อบต. ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ต้องค่อยเป็นค่อยไป ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ อบต. โดยตรงได้แก่ ปลัด อบต. มองว่าอบต. ขาดความรู้ ไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพ ไม่มีทิศทางและแนวคิดด้านการพัฒนาสุขภาพ

นิตยา นันทขำวง (2545) ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุข อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้พื้นฐานด้านการพัฒนางานสาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งทำให้เห็นว่าเป็นพื้นฐานในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขที่ดีร่วมกันได้ ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขจึงควรเร่งศึกษา บทบาท อำนาจ ของอบต. การเข้าร่วมจัดทำแผนงานด้านสาธารณสุข การพิจารณาองค์ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในด้านสาธารณสุขต่อบุคลากร อบต. เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เป็นแผนปฏิบัติงานหนึ่งของการพัฒนาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

สาโรจน์ สมัยคำ (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเลย พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเลย ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.29

อดิศร วงศ์คงเดช (2541) ศึกษาการสนับสนุนการพัฒนาด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 17 แห่ง และบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 187 คน พบว่า การจัดทำแผนพัฒนางานสาธารณสุขและ การจัดสรรงบประมาณ ไม่มีโครงการกิจกรรมด้านสาธารณสุขอยู่ในแผนพัฒนาตำบลทั้ง 17 แห่ง มีงบประมาณที่สนับสนุนด้านสาธารณสุขโดยตรงเพียง ร้อยละ 0.2 ของงบประมาณเพื่อการพัฒนาทั้งหมด โดยโครงการพัฒนาส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนั้นยังพบไม่มากนัก และโดยทั่วไปแล้วบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลยังคงเน้นในเรื่องของโครงสร้างพื้นฐานเป็นหลัก แต่ในงานส่งเสริมสุขภาพยังไม่ชัดเจนเท่าไร ถึงแม้ว่า ได้มี การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วก็ตาม ซึ่งมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล และบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มเข้ามาจึงกลายเป็นเรื่องที่ยังใหม่อยู่ ทำให้การมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงไม่ชัดเจนที่ควร

## 6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนตามนโยบาย 60. โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล โดยประยุกต์แนวคิดของ เจมส์คีย์ ปิ่นทอง (เจมส์คีย์ ปิ่นทอง, 2527) และโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนดำเนินกิจกรรม การลงทุนและการปฏิบัติงาน และการติดตามและประเมินผลงาน ของกิจกรรมนโยบายส่งเสริมสุขภาพ 60. ได้แก่ กิจกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ อโรครยา อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข เพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน และเพื่อมุ่งเน้นการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในชุมชน

