

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน ได้ทำการศึกษาเฉพาะกรณีบ้านแม่ต้า หมู่ที่ 1 ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอสรุปได้ 3 ส่วน คือ

- 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน
- 4.2 กระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
- 4.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

#### 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

##### 4.1.1 ประวัติความเป็นมาหมู่บ้าน

อำเภอเสริมงาม เป็นอำเภอหนึ่งในจำนวน 13 อำเภอของจังหวัดลำปาง ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตก ห่างจากตัวจังหวัด ระยะทางประมาณ 45 กิโลเมตร มีเขตติดต่อทางทิศเหนือติดกับอำเภอห้างฉัตร ทิศใต้ติดอำเภอสบปราบและอำเภอเถิน ทิศตะวันออกติดอำเภอเกาะคา ทางด้านทิศตะวันตกติดกับอำเภอแม่ทาและอำเภอทุ่งหัวช้างจังหวัดลำพูน แบ่งการปกครองออกเป็น 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลเสริมซ้าย เสริมขวา เสริมกลางและตำบลทุ่งงาม ชุมชนส่วนใหญ่ตั้งอาศัยอยู่ริมฝั่งแม่น้ำสำคัญ 3 สาย คือ ลำน้ำแม่เถียง ต้นกำเนิดจากขุนแม่เถียงหล่อเถียงพื้นที่ตำบลเสริมขวา ลำน้ำแม่เสริมต้นน้ำจากขุนแม่เสริมไหลผ่านตำบลเสริมกลาง และลำน้ำแม่ต้าไหลผ่านตำบลเสริมซ้าย แม่น้ำทั้งสามสายไหลมาบรรจบกันในเขตตำบลทุ่งงามและไหลลงสู่แม่น้ำวัง ณ บ้านสบต้า อำเภอเกาะคา

ประวัติความเป็นมาของหมู่บ้านแม่ต้า จากการสนทนากับอดีตผู้ใหญ่บ้านซึ่งอาศัยในหมู่บ้านที่นานที่สุด เป็นที่เคารพนับถือของชุมชน ภูมิสำเนาเดิมอยู่บ้านนาไผ่ อพยพติดตามครอบครัวมานูกเบิกที่ดินเพื่อทำไร่ ทำนาที่บ้านแม่ต้า ขณะนั้นอายุ 5 ปี (ประมาณ พ.ศ. 2478) สภาพเป็นป่าทึบ แหล่งอาหารอุดมสมบูรณ์ สัตว์ป่ามากมายหลายชนิด สภาพเป็นแหล่งต้นน้ำแม่ต้า เป็นที่ลาดเชิงเขาเหมาะสำหรับ

การทำไร่ ที่ราบบางสวนขุดทำนา สร้างบ้านพักชั่วคราวตามไร่ของตนเอง ประมาณ 6-7 หลัง ต่อมา ประมาณปี พ.ศ. 2493 ครูบาขาวปี วัดพระบาทผาหนาม อำเภอเถิน จังหวัดลำพูน ได้นำชาวบ้านตัดถนนสาย ลี้-เสริมงาม สร้างสำนักสงฆ์แม่คำ ทำให้มีชาวบ้านจากหมู่บ้านในเขตตำบลเสริมชัยและตำบลใกล้เคียงอพยพเข้ามาจับจองพื้นที่ที่ทำกินสร้างอยู่อาศัยถาวรเป็นชุมชน เช่น บ้านนาจะลา บ้านสบแม่ทำ บ้านนาไผ่ บ้านนาเดา เป็นต้น บ้านแม่คำเป็นชื่อที่ตั้งตามชื่อของแม่น้ำ ที่เรียกกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษเดิมเป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งของบ้านนาจะลา หมู่ที่ 9 ตำบลเสริมชัย ในปี พ.ศ.2520 กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศแต่งตั้งหมู่บ้านแม่คำ หมู่ที่ 15 ตำบลเสริมชัย ต่อมาได้มีการแบ่งแยกตำบลเสริมชัยออกเป็นอีกตำบลหนึ่งคือ ตำบลเสริมกลาง จึงได้มีการเรียงลำดับหมู่บ้านใหม่ ดังนั้น บ้านแม่คำ จึงได้เป็นหมู่ที่ 1 ของตำบลเสริมชัย เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2527 สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ พร้อมด้วยสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี ได้เสด็จเยี่ยมชาวบ้านวัดบ้านเหล่ายาว หมู่ที่ 4 ตำบลเสริมกลาง อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ในโอกาสนั้นได้เสด็จไปทอดพระเนตรสภาพหมู่บ้านและทรงเยี่ยมเยียนชาวบ้านบ้านแม่คำในวันนั้นโดยไม่มีหมายกำหนดการ หลังจากนั้นมิโครงการพัฒนาบ้านแม่คำ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างศูนย์ศิลปาชีพบ้านแม่คำ กิจกรรมประกอบด้วย กลุ่มทอผ้า กลุ่มเครื่องปั้นดินเผา(เขรามิค) โรงงานแกะสลักไม้ ฯลฯ ให้แก่ชาวบ้านประกอบเป็นอาชีพจนถึงปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่า หมู่บ้านแม่คำเป็นแหล่งทรัพยากรที่อุดมสมบูรณ์ การรวมตัวเป็นชุมชนเกิดจากการอพยพของชาวบ้านในหมู่บ้านใกล้เคียงเข้ามาเพื่อขยายแหล่งทำมาหากิน การรวมกลุ่มโดยชักชวนกันในกลุ่มเครือญาติ ในยุคเริ่มต้นพัฒนาการของหมู่บ้านมีลักษณะเหมือนกับสภาพหมู่บ้านทั่วไปของชนบทไทยที่จำนวนสมาชิกของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ที่ดินสำหรับปลูกบ้านและทำการเกษตรมีจำนวนเท่าเดิม ทำให้ต้องขยายพื้นที่ทำกินและปลูกบ้านเรือนอาศัย ต่อมาโครงสร้างของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงและสลับซับซ้อนมากขึ้น หลังจากที่เริ่มโครงการพัฒนาบ้านแม่คำและก่อตั้งศูนย์ศิลปาชีพแม่คำแบบแผนการดำรงชีวิตทำให้คนในชุมชนทำกิจกรรมร่วมกันมีโอกาสพบกันมากขึ้น

#### 4.1.2 ลักษณะทั่วไปของชุมชน

ลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นหมู่บ้านที่ตั้งอยู่บนที่ราบระหว่างเชิงเขา มีเนื้อที่ทั้งหมด 3,500 ไร่ เพื่อการอยู่อาศัยกระจุกกระจายใน 4 หมู่บ้าน จำนวน 525 ไร่ อาณาเขตดังนี้

- ทิศเหนือ จด บ้านสบแม่ทำ หมู่ที่ 2 บ้านนาจะลา หมู่ที่ 3 ตำบลเสริมชัย อำเภอเสริมงาม
- ทิศใต้ จด บ้านแม่บอนเหนือ หมู่ที่ 1 ตำบลบ้านปวง อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน และ

บ้านแม่ถอด อำเภอเถิน จังหวัด ลำปาง

- ทิศตะวันออก จด บ้านแก่น หมู่ที่ 7 และบ้านดง หมู่ที่ 2 ตำบลนายาง อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง

- ทิศตะวันตก จด บ้านโป่งแดง หมู่ 5 ตำบลทุ่งหัวช้าง อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน  
หมู่บ้านแม่ต้า ตั้งอยู่ในเขตป่าต้นน้ำ มีแหล่งอาหารและทรัพยากรที่อุดมสมบูรณ์ มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอเถิน อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง และอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน เป็นหมู่บ้านตั้งอยู่ห่างไกลจากหมู่บ้านอื่น ซึ่งลักษณะดังกล่าวต้องอาศัยความสัมพันธ์ทางระบบเครือข่าย การสร้างความสามัคคีเป็นปึกแผ่นปกครองตนเองภายในหมู่บ้าน เป็นสิ่งที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนในกระบวนการพัฒนาหมู่บ้าน

สำหรับลักษณะโครงสร้างของประชากรของหมู่บ้าน ประชากรในหมู่บ้านมีจำนวนทั้งสิ้น 560 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า เด็กอายุแรกเกิดจนถึง 5 ปี จำนวน 36 คน(ร้อยละ 6.43) กลุ่มอายุอายุ 6-14 ปี จำนวน 93 คน(ร้อยละ 16.61) กลุ่มที่มีอายุ 15-25 ปี จำนวน 110 คน(ร้อยละ 19.64) อายุ 26-45 ปี จำนวน 197 คน(ร้อยละ 35.18) กลุ่มอายุ 46-60 ปี จำนวน 63 คน(ร้อยละ 11.25) สำหรับอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 61 คน(ร้อยละ 10.89) จะเห็นได้ว่า หมู่บ้านนี้เริ่มต้นจากการรวมตัวเป็นชุมชนที่อพยพมาในระยะเวลาไม่นานมากนัก ลักษณะประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ร้อยละ 66.07 เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาครอบครัวและพัฒนาหมู่บ้าน สัดส่วนภาวะพึ่งพิงต่อวัยแรงงาน 1 : 2 แสดงว่าโดยเฉลี่ยประชากรวัยแรงงาน 2 คน ดูแลประชากรวัยพึ่งพิง 1 คน

#### 4.1.3 โครงสร้างบริการพื้นฐานทางสังคมของชุมชน

บ้านแม่ต้า ตั้งอยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอเสริมงาม 22 กม. และห่างจากอำเภอเมืองลำปาง 67 กม. มีถนนสายอำเภอเสริมงาม - อำเภอเถิน ผ่านกลางหมู่บ้าน เดิมสภาพถนนเป็นทางเกวียนต่อมาปี 2527 กรมทางหลวงได้สร้างถนนลาดยาง มีรถยนต์โดยสารรับจ้างขนาดเล็กสายลำปาง - เถิน ให้บริการในช่วงกลางวัน แต่ยังไม่มียานยนต์โดยสารรับจ้างภายในหมู่บ้าน ทุกหลังคาเรือนใช้บริการของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค วัดซึ่งเป็นศูนย์รวมของจิตใจและพิธีกรรมทางศาสนาในหมู่บ้าน 1 แห่ง จัดสร้างโดยครูบาขาวปี แห่งวัดพระบาทผาหนามพร้อมด้วยพุทธศาสนิกชน เมื่อปี พ.ศ. 2493 ปัจจุบันมีพระที่จำวัด 1 รูป วัดนี้ตั้งอยู่หมวดบ้านแม่ต้าใต้ การบริการทางด้านการศึกษาและสาธารณสุขในชุมชนจากสถานีอนามัยแม่ต้าซึ่งตั้งอยู่หมวดบ้านแม่ต้าใต้ สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2528 ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน นอกจากนี้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน 1 แห่ง ตั้งอยู่หมวดบ้านนาลำม สามารถให้บริการประชาชนในเขตหมวดบ้านนาลำมและดงไม้ฮ้าง ดำเนินการโดย อสม.

และเป็นจุดบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เปิดบริการทุกวันจันทร์ พุธ เสาร์ เวลา 17.00 น. ถึง 19.00 น. เริ่มดำเนินการมาในปี พ.ศ.2539 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา ไม่มีเงินค่าตอบแทน กรรมการ ศสมช. ทำให้การบริการไม่ต่อเนื่อง ทางด้านการศึกษามีโรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 1 แห่ง สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2528 ปัจจุบันมีนักเรียนทั้งหมด 72 คน ประกอบด้วย ระดับประถมศึกษา 59 คน และระดับอนุบาล 13 คน ครู 7 คน ทางด้านการรักษาความสงบเรียบร้อยสถานีตำรวจภูธรอำเภอ เสริมงามตั้งป้อมตำรวจ เพื่อให้บริการประชาชน 1 แห่ง สำหรับร้านค้า มีร้านค้าขายของชำ จำนวน 5 ร้าน เป็นร้านเอกชน จำนวน 4 ร้าน ร้านกลุ่มสหกรณ์ของชาวบ้านบ้านแม่คำ จำนวน 1 ร้าน ซึ่งได้รับการสนับสนุนเงินทุนหมุนเวียนจากศูนย์ ศิลปอาชีพบ้านแม่คำ ทางด้านแหล่งน้ำเพื่อใช้ประโยชน์ มีบ่อ บาดาลสาธารณะ จำนวน 3 บ่อ จำนวนบ่อน้ำดื่มสาธารณะ จำนวน 3 บ่อ ระบบน้ำประปาในหมู่บ้าน เป็นระบบประปาภูเขาที่ไม่มีระบบปรับปรุงคุณภาพน้ำ สภาพน้ำขุ่น ดกตะกอนโดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน และน้ำไม่เพียงพอในฤดูแล้ง จึงไม่สามารถใช้ดื่มได้ จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มชาวบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้บริการน้ำดื่มจากบริษัทของเอกชน จากการประเมินผลของสถานีอนามัยแม่คำสรุปว่า ชุมชนมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอตลอดปีทุกหลังคาเรือน แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการซื้อน้ำเพื่อการบริโภค

จากการข้อมูลโครงการพัฒนาบ้านแม่คำ ในเขตหมู่บ้านมีพื้นที่ทั้งหมด ประมาณ 3,500 ไร่ จำแนกเป็นพื้นที่ราบประมาณ 2,100 ไร่ เป็นพื้นที่ชายเขาประมาณ 1,400 ไร่ จำนวนพื้นที่ที่ชาวบ้านจับจองเป็นพื้นที่ทำกินทั้งหมดของชาวบ้านแม่คำที่ได้รับการออกเอกสาร สทก. จากกรมป่าไม้ จำนวน 199 แปลง เป็นพื้นที่ทั้งสิ้น 525 ไร่ 1 งาน 58 ตารางวา เนื่องจากพื้นที่ทางการเกษตรส่วนใหญ่มีลักษณะที่ราบเชิงเขา แหล่งน้ำเพื่อการเกษตรใช้น้ำจากลำห้วยต่างๆ และน้ำฝน น้ำทางเกษตรจากอ่างเก็บน้ำบ้านแม่คำ สำนักงานชลประทานที่ 2 สร้างอ่างเก็บน้ำขนาดเล็ก 4 แห่ง ฝ่ายทดน้ำ 4 แห่ง ฝ่ายผันน้ำ 1 แห่ง

#### 4.1.4 โครงสร้างทางด้านเศรษฐกิจของชุมชน

จากการข้อมูลโครงการพัฒนาบ้านแม่คำ การประกอบอาชีพของประชาชน ส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ เช่น ปลูกข้าวไร่ และถั่วลิสง รองลงมาทำงานในศูนย์ศิลปอาชีพแม่คำ เช่น การทอผ้า การทำเครื่องปั้นดินเผา การแกะสลัก แปลงสาริตการเกษตร ปศุสัตว์โครงการพัฒนาบ้านแม่คำ ฯลฯ และการรับจ้างทั่วไปในการสร้างรายได้เสริม รายได้โดยเฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 1,200 - 2,000 บาท/ปี จากการสังเกตในหมู่บ้านจะมีลักษณะบ้านเรือนส่วนใหญ่สร้างด้วยไม้ สภาพคงทนถาวร เครื่องอำนวยความสะดวก เช่น ตู้เย็น โทรทัศน์ จักรยานยนต์ เป็นต้น จากการสอบถามข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลที่เป็นรายรับที่เป็นเงินสดต่อเดือน โดยไม่รวมผลผลิตทางการเกษตร สินทรัพย์และ

อื่นๆ ที่ไม่อยู่ในรูปเงินสด ประเด็นนี้เคยเป็นปัญหาระหว่างชาวบ้านกับ อสม. ในการสำรวจข้อมูล จปฐ. เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาโครงการเงินกู้เพื่อแก้ไขความยากจน(กขคจ.)

#### 4.1.5 สภาพทางสังคมและวัฒนธรรมชุมชน

หมู่บ้านแม่ต้า เป็นหมู่บ้านที่ก่อตั้งขึ้นมาจากการอพยพของผู้คนจากหมู่บ้านในเขตตำบล เสริมชัยและตำบลใกล้เคียง มีพื้นฐานความสัมพันธ์ทางระบบเครือญาติ ประเพณีและวัฒนธรรมเดียวกัน เข้ามาตั้งรกราก ทำการบุกเบิกพื้นที่ทำกิน กลุ่มใหญ่มาจากบ้านนาไผ่ นาจะลา สบแม่ท่าและบ้านนาเดา หมู่บ้านเหล่านี้มีเขตติดต่อใกล้เคียงกัน บางส่วนมีความสัมพันธ์ระบบเครือญาติจากการแต่งงาน การอพยพเข้ามาอยู่ในหมู่บ้านสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ใน 3 ช่วง คือ ระยะเวลาแรกเข้าไปทำไร่ ทำนา และหาของป่า แยกย้ายปลูกบ้านเรือนชั่วคราวในไร่ของตนเอง การพักอาศัยยาวนานในฤดูฝนทำการเกษตร ในช่วงฤดูร้อนล่าสัตว์และหาของป่า โดยที่ยังมีบ้านเรือนอาศัยในหมู่บ้านเดิม ระยะเวลาที่สองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493 เมื่อมีการตัดถนนเสริมงาม - ลี้ และสร้างวัดแม่ต้า ได้มีการอพยพมาตั้งรกรากสร้างบ้านที่มั่นคงถาวร ชักชวนในกลุ่มญาติเดียวกัน ผู้ที่ไม่มีที่ทำกินของตนเองและผู้ที่ต้องการขยายที่ทำกิน ตลอดจนผู้ที่ตั้งใจทำบุญ มีจิตศรัทธาในครูบาชาวนปี นอกจากนี้กลุ่มที่เข้ามาตัดไม้ขาย รับจ้างเลื่อยไม้ ระยะเวลาที่มีประมาณ 20 หลังคาเรือน จนถึงการประกาศตั้งหมู่บ้าน ระยะเวลาที่สาม เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในหมู่บ้านนับตั้งแต่มีการตั้งศูนย์ศิลปาชีพแม่ต้า โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริในสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ เพื่อส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวบ้านในหมู่บ้าน ชาวบ้านในหมู่บ้านใกล้เคียงที่มีที่ทำกิน ในเขตบ้านแม่ต้าและกลุ่มที่ต้องการเข้าร่วมประกอบในโครงการย้ายเข้ามาสร้างบ้านอยู่ใหม่ เข้ามาตั้งร้านค้าในหมู่บ้าน มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามโครงการพัฒนาบ้านแม่ต้า การพัฒนาหลาย ๆ ด้านพร้อมกัน โดยเฉพาะการประกอบอาชีพมีลักษณะที่สำคัญได้แก่ กลุ่มทำงานในศูนย์ศิลปาชีพทางด้านเซรามิก ทอผ้า การแกะสลัก การทำงานภาคสนามในแปลงสาธิตการเกษตร การเลี้ยงสัตว์ ลักษณะการทำงานเป็นประจำที่มีเวลาและรายได้มั่นคงแน่นอน ลักษณะชุมชนเป็นแบบชุมชนชนบทผสมสังคมเมืองหรือสังคมอุตสาหกรรม กิจกรรมชุมชนมักใช้เวลาตอนเย็นหรือวันอาทิตย์ กลุ่มต่อมา ทำงานอิสระของตนเองไม่ทำงานในศูนย์ศิลปาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตประจำวันจากอาชีพเกษตรกรรมแบบยังชีพเป็นการทำเกษตรกรรมแผนใหม่ ซึ่งโครงการพัฒนาบ้านแม่ต้าได้ส่งเสริมอาชีพและเงินทุน ตลอดจนการรวมกลุ่มอาชีพที่รวมทำงานเป็นกลุ่ม ภายในหมู่บ้าน

จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ของคนในหมู่บ้านมีลักษณะปฐมภูมิ คือ มีความใกล้ชิดสนิทสนมช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะช่วยเหลือกันทางสังคม เป็นวัฒนธรรมชุมชนได้แก่ การลงแขกทำนา

การสร้างบ้านใหม่ งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้น ถึงแม้ว่าบ้านยังมีข้อจำกัดในเรื่องระยะทางในการติดต่อสัมพันธ์ด้วยลักษณะการกระจายตั้งบ้านเรือนระหว่างกลุ่มหมวดบ้าน หลังจากที่มีโครงการพัฒนาบ้านแม่ต้าและตั้งศูนย์ศิลปาชีพ ความสัมพันธ์ของชาวบ้านมีความใกล้ชิดกันมากขึ้นจากการทำงานในศูนย์ศิลปาชีพ โครงการพัฒนาบ้านแม่ต้า การรวมกลุ่มประกอบอาชีพในลักษณะกลุ่มต่าง ๆ เป็นโอกาสดีในการแลกเปลี่ยนข่าวสารทางด้านสุขภาพอนามัยและการแก้ไขปัญหาด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

#### 4.1.6 รูปแบบการปกครองของชุมชน

พื้นที่หมู่บ้านแบ่งออกเป็น 4 หมวดบ้าน ได้แก่ หมวดแม่ต้าได้ จำนวน 57 หลังคา เป็นหมวดบ้านกลุ่มใหญ่ที่สุดของหมู่บ้านเป็นศูนย์รวมของหมู่บ้าน เป็นสถานที่ตั้งของวัด โรงเรียน ศูนย์ประสานงานโครงการพัฒนาบ้านแม่ต้า ศูนย์ศิลปาชีพ สถานีอนามัย ป้อมตำรวจของสถานีตำรวจภูธรอำเภอเสริมงาม ศูนย์สาธารณสุขตลาด หมวดดินคอย ตั้งอยู่ห่างจากหมวดบ้านแม่ต้าได้ 2 กิโลเมตร มีจำนวน 33 หลังคา หมวดนาถ่าม ตั้งอยู่ห่างจากหมวดบ้านแม่ต้าได้ 2.5 กิโลเมตร มีจำนวน 37 หลังคา หมวดดงไม้ฮ้าง ตั้งอยู่ห่างจากหมวดบ้านแม่ต้าได้ 5 กิโลเมตร มีจำนวน 26 หลังคา รวม 153 ครอบครัว

การจัดตั้งองค์กรในชุมชน บ้านแม่ต้าเริ่มจากกลุ่มคนที่เข้ามาบุกเบิกทำไร่ ทำนา ล่าสัตว์และหาของป่าเพียง 6-7 หลังคา ต่อมาได้มีการขยายสมาชิกจากการอพยพเข้ามาในกลุ่มเครือญาติแต่ละกลุ่ม ผู้ที่ไม่มีที่ทำกินเป็นของตนเองและผู้ที่ต้องการขยายที่ทำกิน นามสกุลที่สำคัญเช่น ดวงสุภา เรือนแก้ว ไชยเมืองชื่น กำแก่น เป็นต้น เมื่อมีการแต่งงานระหว่างกลุ่มจึงเกิดความสัมพันธ์ในระบบเครือญาติซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการควบคุมสมาชิกในสังคม ในอดีตการบริหารจัดการทรัพยากร การรักษาความสงบเรียบร้อย การปกครองในหมู่บ้านใช้ระบบเครือญาติและเป็นผู้อาวุโส ผู้ที่คนเคารพนับถือมาเป็นผู้ นำ เพื่อที่สามารถเป็นทั้งที่พึ่งทางใจและความมั่นคงในชีวิตประจำวัน การตัดสินใจการกระทำที่รุนแรงต่อกันจึงเกิดขึ้นน้อย ผู้นำหลายคนจึงอยู่ในตำแหน่งนานหลายปี บางคนดำรงตำแหน่งจนเกษียณอายุ การควบคุมสังคมตามระบบเครือญาติที่เข้มแข็งโดยผู้อาวุโส การสร้างวัดเพื่อพิธีกรรมทางศาสนาเป็นจุดศูนย์กลางกลมเกลียวจิตใจสมาชิกในชุมชนแล้ว ในหมู่บ้านยังมีการควบคุมสมาชิกและจัดระเบียบสังคมจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ผีบ้านผีเรือนแต่ละครอบครัว เจ้าพ่อคอยจงเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือในตำบลเสริมชัย ตั้งศาลในหมู่บ้านเรียกว่าหอเจ้าที่ สำหรับการบนบานศาลกล่าวและแก้บน

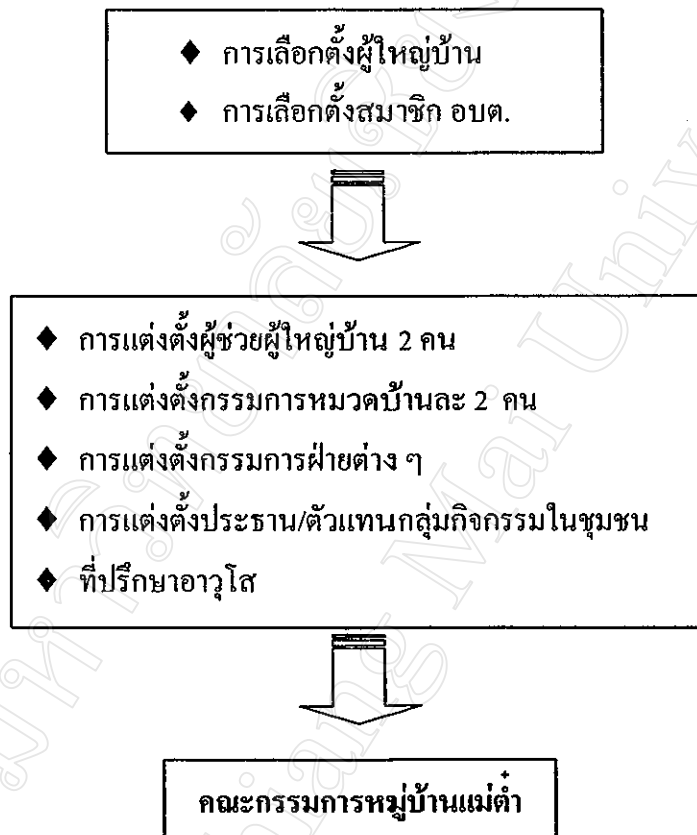
ต่อมามีการพัฒนาทางด้านคมนาคมสะดวก หมู่บ้านติดต่อดูสารกับสังคมภายนอกมากขึ้นมีผลต่อเนื่องถึงการพัฒนาคูณภาพชีวิต การดำเนินการโครงการพัฒนาบ้านแม่ต้า ก่อตั้งศูนย์ศิลปาชีพเพื่อ

ส่งเสริมอาชีพชาวบ้าน ส่วนราชการหรือหน่วยงานเข้ามาประจำในหมู่บ้านโดยเจ้าหน้าที่จากสำนักพระราชวัง เจ้าหน้าที่กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี หน่วยงานทางการทหารจากกองทัพภาคที่ 3 สถานีอนามัยบริการทางการแพทย์สาธารณสุข สถานีตำรวจอำเภอเสริมงามจัดตั้งป้อมตำรวจในหมู่บ้าน พัฒนาการในการพัฒนาชุมชนเจ้าหน้าที่ส่งเสริมทางการเกษตรและสหกรณ์ และวิทยาการพัฒนา กลุ่มอาชีพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานและกลุ่มต่าง ๆ ที่เข้ามาเป็นบางครั้งบางคราว ในช่วงเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา ลักษณะทางสังคมและการดำรงชีวิตของชาวบ้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ดังอดีตผู้ใหญ่บ้านบอกว่า “เมื่อก่อนเวลามีปัญหาในหมู่บ้านจะไปหาคนเฒ่าคนแก่หรือแก่บ้าน แต่เดี๋ยวนี้เวลามีปัญหา ชาวบ้านจะไปหาแก่บ้านหรือตำรวจที่ป้อม เมื่อก่อนเวลาเจ็บป่วยก็ฮิบยาเมืองหรือไปหาหมอเมืองเดี๋ยวนี้จะไปหาหมออนามัย” (ในอดีตเวลามีปัญหาในหมู่บ้าน จะให้ผู้นำที่ชาวบ้านเคารพนับถือหรือผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ตัดสินใจ ปัจจุบันจะให้ผู้ใหญ่บ้านหรือตำรวจเป็นผู้ดำเนินการ เดิมหากเจ็บป่วยจะปรุงยาแผนโบราณใช้เอง หรือไปหาหมอพื้นบ้าน ปัจจุบันจะใช้บริการของสถานีอนามัย)

ตั้งแต่ชุมชนรวมตัวกันปกครองกันเองนับถือผู้เฒ่าผู้แก่ให้การสั่งสอนตักเตือนให้มีความสงบเรียบร้อย ต่อมาได้มีการจัดแบ่งเขตปกครองโดยประกาศกระทรวงมหาดไทยตั้งหมู่บ้านแม่ต้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา เป็นเวลา 24 ปี เลือกตั้งผู้ใหญ่บ้านคนแรกจนถึงปัจจุบัน จำนวน 6 คน การจัดโครงสร้างองค์กรในหมู่บ้านได้มีการพัฒนารูปแบบมาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากชาวบ้านตั้งบ้านเรือนมีลักษณะการกระจายเป็นกลุ่ม 4 หมู่บ้าน ระยะทางระหว่างหมู่บ้าน 2 – 5 กิโลเมตร การแบ่งเขตเพื่อปกครองระดับปฐมภูมิ เรียกว่าป้อมหรือคุ้ม โดยมีหัวหน้าป้อมจากการเลือกกันเอง เพื่อรองรับการสร้างเครือข่ายทางสังคม เช่นกิจกรรมทางศาสนา งานทำบุญเทศกาลที่สำคัญการจัดกลุ่มเวียนกันถวายภัตตาหารในช่วงฤดูแล้ง การพัฒนาหมู่บ้าน กิจกรรมทางกลุ่มอาชีพ และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในชุมชน ในระดับหมู่บ้านการจัดโครงสร้างคณะกรรมการหมู่บ้านมี 3 ลักษณะ กล่าวคือ กลุ่มแรก เป็นผู้ที่มาจากการเลือกตั้งตามระเบียบของทางราชการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 2 คน กลุ่มที่สอง คัดเลือกและแต่งตั้งโดยผู้ใหญ่บ้าน ได้แก่ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน และกลุ่มสุดท้าย เป็นกรรมการที่มาจากการคัดเลือกและแต่งตั้งจากชุมชน ได้แก่ กรรมการหมู่บ้านจากหมวดกลุ่มบ้านละ 2 คน กรรมการสาธารณสุข กรรมการศึกษา กรรมการวัด กรรมการประชาคมหมู่บ้าน กรรมการเงินกองทุนแก้ไขความยากจน(กขคจ.) กรรมการน้ำประปา กลุ่มผู้ใช้น้ำอ่าง กลุ่มรักษาป่า กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ คณะกรรมการที่มาจากการคัดเลือกและแต่งตั้งโดยสมาชิกของกลุ่ม ได้แก่ กองทุนออมทรัพย์หมู่บ้าน ร้านค้าสวัสดิการ กรรมการศูนย์เด็ก กลุ่มแม่บ้าน

กลุ่มเยาวชน กลุ่มผลิตกล้วยฉาบ กลุ่มเลี้ยงสุกร กลุ่มแกะสลัก เป็นต้น จากการเลือกตั้งและแต่งตั้งคณะกรรมการหมู่บ้าน ดังแผนภูมิดังนี้

แผนภูมิ 2 โครงสร้างคณะกรรมการหมู่บ้านแม่คำในปัจจุบัน



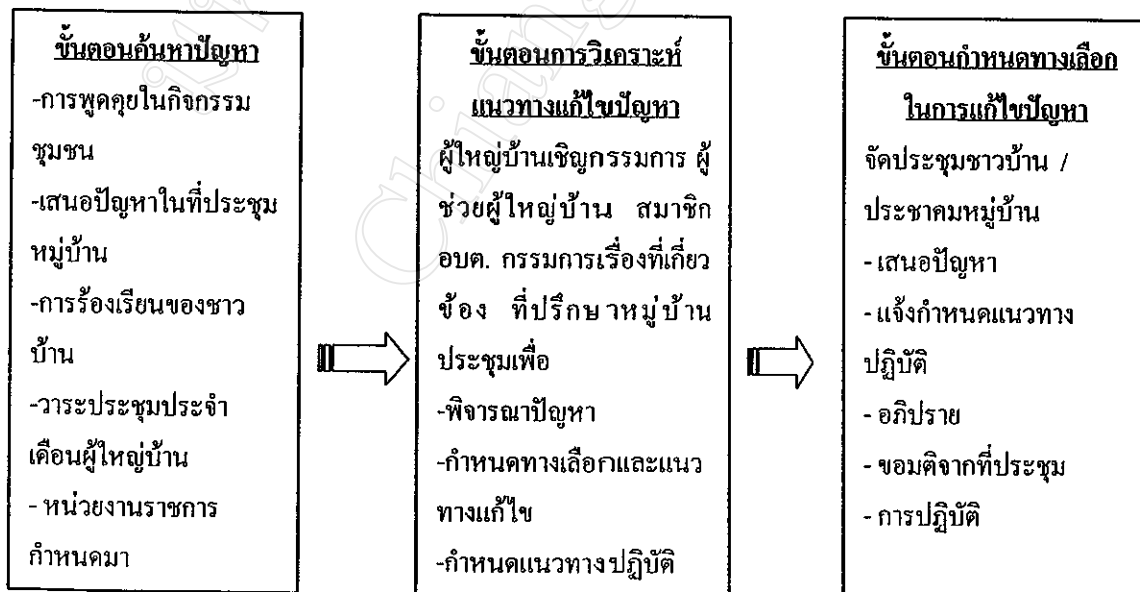
จากแผนภูมิที่ 2 การจัดโครงสร้างองค์กรคณะกรรมการหมู่บ้านแม่คำในปัจจุบัน มีลักษณะคล้ายกับโครงสร้างของหมู่บ้านโดยทั่วไปที่จัดตามระเบียบของทางราชการ โดยเพิ่มเติมบทบาทของกลุ่มของตัวแทนของหมวดกลุ่มบ้านละ 2 คน ที่เป็นเครือข่ายทางสังคมเดิม การแต่งตั้งประธานหรือตัวแทนของกลุ่มกิจกรรมทางสังคมให้มีบทบาทในองค์กรชุมชน ทำให้โครงสร้างองค์กรของชุมชนมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการสนทนากลุ่มกรรมการบางคนอาจทำหน้าที่หลายบทบาท



#### 4.1.7 การแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน

การแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน การค้นหาและแก้ไขปัญหาหมู่บ้านแม่ตำ พบว่า คณะกรรมการและชาวบ้านจะมีการค้นหาเริ่มจากสิ่งใกล้ตัวในชีวิตประจำวัน โดยการพูดคุยกับเพื่อนบ้านในโอกาสต่าง ๆ และอาจมีการจัดทำหนังสือร้องเรียน ในเรื่องที่ได้รับการเดือดร้อนในรอบปีที่ผ่านมา หลังจากนั้นมีการนำเสนอและแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ในการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน นอกเหนือจากการแก้ไขปัญหาแล้ว หมู่บ้านยังต้องรับงานนโยบายของทางราชการ เช่น การรณรงค์หมู่บ้านปลอดยาเสพติด การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ การเสนอโครงการต่อสภาองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) กองทุนของทางราชการ เช่น กองทุนแก้ไขความยากจน (กขคจ.) กองทุนหมู่บ้านละหนึ่งล้านบาท เป็นต้นเข้ามาดำเนินการ การดำเนินการในขั้นตอนต่อมาผู้ใหญ่บ้านจะเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น และแกนนำคนสำคัญประมาณ 15 คนมาประชุมกันก่อน เพื่ออภิปรายปัญหาแนวทางการแก้ไขและกำหนดแนวทางปฏิบัติหรือข้อตกลง หลังจากนั้นจึงเรียกประชุมชาวบ้านทั้งหมดมาประชุมหรือประชาคม นำเสนอปัญหาพร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติหรือข้อตกลง ให้ชาวบ้านทั้งหมดลงมติจากเสียงส่วนใหญ่ว่าจะรับหรือไม่ หากไม่รับมติ ก็จะปรับปรุงแนวทางและหาข้อยุติ เป็นข้อตกลงของหมู่บ้านและนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป การประชุมหรือประชาคมหมู่บ้านโดยปกติจัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง ดังแผนภูมิ 3

แผนภูมิที่ 3 กระบวนการแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน



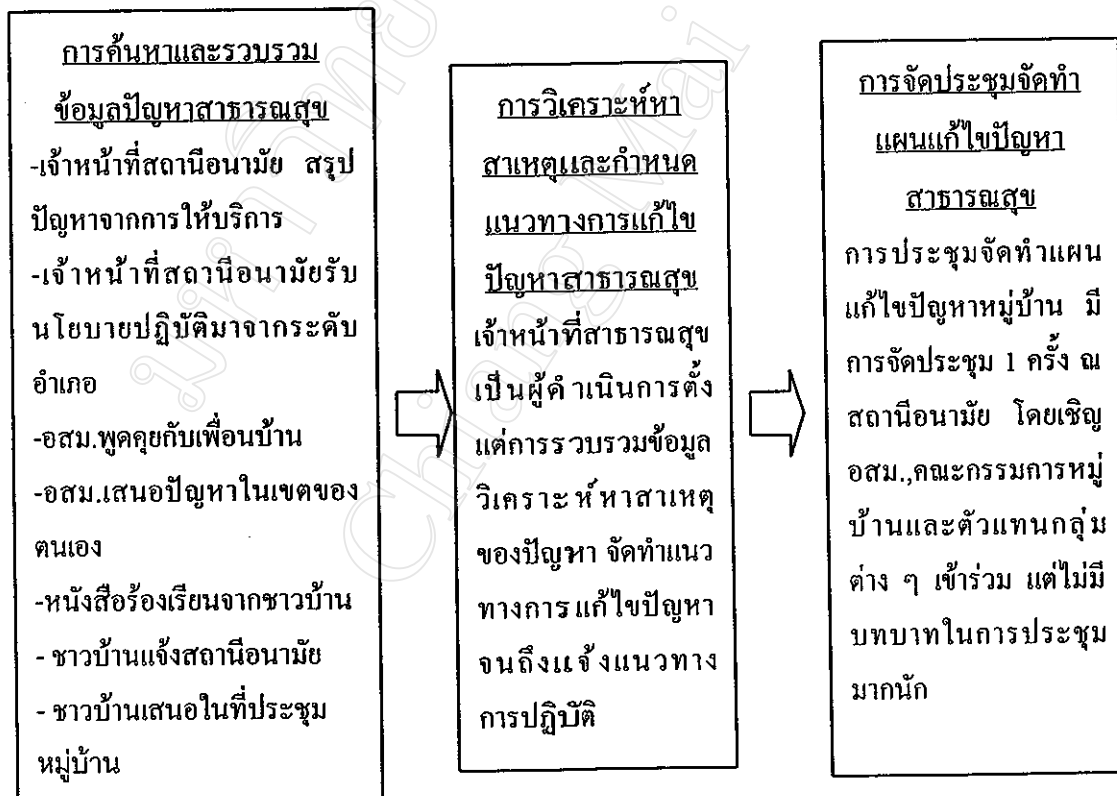
จะเห็นได้ว่ากระบวนการแก้ไขปัญหามาของหมู่บ้านแม่ตำนั้น เริ่มต้นการค้นหาคำถามถูกกำหนดจากภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ การเสนอของคณะกรรมการหมู่บ้าน ชาวบ้านและหนังสือร้องเรียนของผู้ที่ได้รับความเดือดร้อน ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญและแนวทางแก้ไข ปัญหา เป็นบทบาทของคณะกรรมการหมู่บ้าน สมาชิกอบต.เป็นผู้เขียนแผนงานที่ส่งให้ส่วนราชการ และองค์กรท้องถิ่น สำหรับชาวบ้านเป็นผู้ที่ตัดสินใจ ดำเนินการตามแผนและรับผลประโยชน์ โดยผู้นำชุมชนให้เหตุผลว่า ถ้าหากชาวบ้านเข้ามามีบทบาทในขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแนวทางแก้ไขจะทำยุ่งยากใช้เวลานาน ไม่สามารถหาข้อสรุปได้ ในบางกิจกรรมไม่มีการประชุมชาวบ้านทั้งหมด คณะกรรมการหมู่บ้านจะมอบหมายให้กรรมการตัวแทนของกลุ่มหมวดบ้านดำเนินการประชุมกันเอง เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องสภาพทางภูมิศาสตร์และการคมนาคม

#### 4.2 กระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

กระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านสามารถสรุปได้ 3 ขั้นตอนสำคัญ คือ ขั้นตอนแรก การรวบรวมและการค้นหาคำถามสาธารณสุขในชุมชน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ส่วนใหญ่ยังบอกว่าในเขตของตนเองไม่มีปัญหาสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ปกติการสำรวจปัญหาสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ โดยการพูดคุยกับเพื่อนบ้านในโอกาสต่าง ๆ มีเพียงครั้งเดียวที่มีชาวบ้านนำหนังสือร้องเรียนเรื่องฟาร์มเลี้ยงไก่ ส่งกลิ่นเหม็นและแมลงวันรบกวน สำหรับการประเมินสถานะสุขภาพตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานในกระบวนการ จปฐ. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ผู้ใหญ่บ้านและคณะกรรมการหมู่บ้านมอบให้ อสม.เป็นผู้สำรวจหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบของตนเอง สรุป จปฐ.1 ในเขตตนเองส่งให้สถานีอนามัย เมื่อสำรวจและสรุปทุกเขตเรียบร้อยแล้ว สถานีอนามัยแม่ตำรวบรวมสรุปแต่ละเขตสรุปเป็นภาพรวมของหมู่บ้านส่งให้พัฒนาชุมชน ข้อมูลจากจปฐ.ไม่มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินปัญหาสาธารณสุข มีเพียงครั้งเดียวที่คณะกรรมการหมู่บ้านใช้เป็นเกณฑ์ประเมินรายได้ตามโครงการพิจารณากองทุนแก้ไขความยากจน(กขคจ.) จะเห็นได้ว่าในขั้นตอนนี้ คณะกรรมการหมู่บ้านไม่มีบทบาทในการค้นหาและรวบรวมปัญหาสาธารณสุข อสม.มีบทบาทในการเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รวบรวมทั้งหมด รวมทั้งข้อมูลจากการให้บริการสุขภาพ งานได้รับมอบหมายจากระดับอำเภอ ขั้นตอนที่สอง การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแม่ตำเป็นผู้วิเคราะห์และนำเสนอปัญหาสาธารณสุข ให้แนะนำแนวทางแก้ไขต่าง ๆ การรณรงค์ทางสาธารณสุข ในการประชุม อสม.ประจำเดือน การประชุมคณะกรรมการหมู่บ้านและใน

การประชามคมหมู่บ้าน และขั้นตอนสุดท้าย การจัดประชุมจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างเป็นทางการในหมู่บ้าน 1 ครั้ง ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ประธานกลุ่มแม่บ้าน ประธานกลุ่มหนุ่มสาว ประธานกองทุนเอดส์หมู่บ้าน จัดประชุมตอนต้นปีงบประมาณ 2544 การจัดทำแผน/โครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขจึงเป็นบทบาทสำคัญของสถานีอนามัยแม่คำ สำหรับการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขมีเพียงเรื่องยาเสพติดที่เป็นนโยบายเร่งด่วนของทางราชการตามโครงการหมู่บ้านปลอดยาเสพติด จัดประชามคมหมู่บ้านที่มีชาวบ้านเข้าร่วมประชุมทุกหลังคาเรือน ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการอภิปรายปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถกำหนดข้อตกลง มาตรการต่าง ๆ ของหมู่บ้านเกี่ยวกับยาเสพติด รวมทั้งตั้งกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมกำกับการใช้ยาเสพติดในหมู่บ้าน

แผนภูมิ 4 กระบวนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข



โดยสรุปหมู่บ้านแม่ตำไม้ได้ใช้ประโยชน์ของข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐาน(จปฐ.) เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินสุขภาพอนามัย กระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ประกอบด้วย ขั้นตอนแรก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแม่ตำไม้เป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากการสถานบริการสาธารณสุข อสม.และชาวบ้าน ขั้นตอนต่อมาเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา และขั้นตอนสุดท้าย เป็นการจัดประชุมจัดทำแผนโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเชิญคณะกรรมการหมู่บ้าน องค์กรชุมชนเข้าร่วมประชุม บทบาทในการประชุมจัดทำแผนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้นำเสนอทั้งหมด คณะกรรมการหมู่บ้าน องค์กรชุมชนเป็นเพียงรับทราบและนำไปปฏิบัติ

ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน จากการสนทนากลุ่มพบว่า ในการค้นหาปัญหาคณะกรรมการหมู่บ้านไม่มีบทบาทและทราบข้อมูล จปฐ. เมื่อนำมาข้อมูลมาเป็นเกณฑ์พิจารณาในโครงการแก้ไขความยากจน(กขคจ.)มีความเห็นว่ามี ความคลาดเคลื่อนในเรื่องรายได้ของครัวเรือน การจัดประชุมประชาคมหมู่บ้านบางครั้งจัดในช่วงเวลากลางคืน ชาวบ้านไม่สะดวกในการเข้าร่วมประชุม การเสนอปัญหาในที่ประชุมไม่ได้รับการตอบสนอง นอกจากนี้คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขที่ชาวบ้านตั้งขึ้นไม่ได้แสดงบทบาทของตนเอง

ในการสนทนากลุ่ม ได้เสนอแนวคิดของการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ในอนาคตเสนอให้ผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในกระบวนการสำรวจ จปฐ. กรรมการทุกฝ่ายและทุกครัวเรือนให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

#### 4.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

จากการเก็บข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ทำให้ทราบกระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน เริ่มต้นการค้นหาปัญหาถูกกำหนดจากภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ การเสนอของคณะกรรมการหมู่บ้าน ชาวบ้านและหนังสือร้องเรียนของผู้ที่ได้รับความเดือดร้อน ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญและแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นบทบาทของคณะกรรมการหมู่บ้าน สมาชิกอบต.เป็นผู้บันทึก เขียนแผนงานที่ส่งให้ส่วนราชการและส่วนที่เกี่ยวข้อง สำหรับชาวบ้านเป็นผู้ที่ตัดสินใจ ดำเนินการตามแผนและรับผลประโยชน์ สำหรับกระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ประกอบด้วย ขั้นตอนแรก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแม่ตำไม้เป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากการสถานบริการสาธารณสุข อสม.และชาวบ้าน ต่อมาเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา และขั้นตอนสุดท้าย เป็นการจัดประชุมจัดทำแผนโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเชิญคณะกรรมการหมู่บ้าน องค์กรชุมชนเข้าร่วมประชุม บทบาทในการประชุมจัดทำแผน

เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้นำเสนอทั้งหมด คณะกรรมการหมู่บ้าน องค์การชุมชนเป็นเพียงรับทราบ และนำไปปฏิบัติ จะเห็นได้ว่า การจัดทำแผนแก้ไขปัญหาของหมู่บ้านคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้มีบทบาทดำเนินการทุกขั้นตอน แต่การจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกขั้นตอน ในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน บทบาทของผู้นำชุมชนได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และประธานหรือตัวแทนของกลุ่มทางสังคม มีความแตกต่างกับประชาชนทั่วไปในทุกขั้นตอน รูปแบบและกระบวนการดังกล่าวมาสร้างแบบสอบถามสำหรับผู้นำชุมชนและแบบสอบถามสำหรับประชาชนศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

#### 4.3.1 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในกระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 24 คน (ผู้นำที่มาจากการเลือกตั้ง/แต่งตั้ง 5 คน อสม. 15 คนและกลุ่มทางสังคม 4 คน) ผลการศึกษาดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชน จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้ที่อายุน้อยที่สุด 16 ปี ที่อายุมากที่สุด 56 ปี และมีอายุโดยเฉลี่ย 33 ปี กลุ่มอายุส่วนใหญ่ ระหว่าง 27- 36 ปี ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 16 – 26 ปี ร้อยละ 29.1 เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า เพศหญิงมีมากกว่าเพศชายสองเท่า คือ ร้อยละ 66.7 และ 33.3 ระดับการศึกษาของผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา ร้อยละ 45.8 มีผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 8.4 สำหรับสถานภาพสมรสของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.5 และที่มีสถานภาพโสดเพียงร้อยละ 12.5 การประกอบอาชีพของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ถึงร้อยละ 50 รองลงมาได้แก่ทำงานอยู่ในศูนย์ศิลปาชีพแม่คำ ประมาณร้อยละ 33.3 ราย เมื่อพิจารณาได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวของผู้นำชุมชน พบว่า มีผู้นำชุมชนมีรายได้เฉลี่ย 2,826.25 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำ ที่สุด 1,000 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยสูงที่สุด 10,000 บาทต่อเดือน สำหรับการจัดกลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 1,000 – 2,800 บาทต่อเดือน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 รองลงมารายได้เฉลี่ย 2,801 – 4,600 บาทต่อเดือน ร้อยละ 25.0 ดังตาราง 1

## ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้นำชุมชน

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. กลุ่มอายุ		
16 - 26 ปี	7	29.1
27 - 36 ปี	9	37.5
37 - 46 ปี	4	16.7
47 - 56 ปี	4	16.7
รวม	24	100.0
Mean = 33.0 S.D. = 11.1 Minimum = 16 Maximum = 56		
2. เพศ		
ชาย	8	33.3
หญิง	16	66.7
รวม	24	100.0
3. ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	11	45.8
ประถมศึกษา	11	45.8
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	8.4
รวม	24	100.0
4. สถานภาพสมรส		
โสด	3	12.5
คู่	21	87.5
รวม	24	100.0

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้นำชุมชน (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพหลัก		
รับจ้างทั่วไป	12	50.0
ศูนย์ศิลปาชีพพิเศษ	8	33.3
เกษตรกรรม	2	8.3
ค้าขาย	1	4.2
อื่น ๆ (แกะสลัก)	1	4.2
รวม	24	100.0
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
1000 - 2,800	15	62.4
2,801 - 4,600	6	25.0
4,601 - 6,400	2	8.4
6,401 - 10,000	1	4.2
รวม	24	100.0
Mean = 2,826.25	S.D. = 1,951.39	
Minimum = 1,000	Maximum = 10,000	

ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในกระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

ตาราง 2 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในกระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน

กิจกรรมการมีส่วนร่วม(n = 24) (คะแนนเฉลี่ย)	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เคยร่วมหรือมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน จปฐ.1(4.0)	14	58.4	5	20.8	5	20.8
2. เคยมีส่วนร่วมหรือร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้าน(4.0)	13	54.2	8	33.3	3	12.5
3. ปฏิบัติตามแผน เป็นผู้ดำเนินงานตามกิจกรรมหรือแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้าน(4.0)	11	45.8	10	41.7	3	12.5
4. เคยประชุมคณะกรรมการหมู่บ้านร่วมกับสถานีอนามัยจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย(4.0)	10	41.7	11	45.8	3	12.5
5. เคยเสนอหรือแจ้งปัญหาสุขภาพอนามัยในการประชุมชาวบ้านหรือประชาคมหมู่บ้าน (3.9)	9	37.5	11	45.8	4	16.7
6. เคยเสนอ/แจ้งปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้านให้ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้รับผิดชอบ เช่น อสม. อบต. กรรมการหมู่บ้าน สถานีอนามัย และอื่น ๆ (3.8)	8	33.3	12	50.0	4	16.7



ตาราง 2 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในกระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน(ต่อ)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม(n = 24) (คะแนนเฉลี่ย)	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. เคยแจ้งกิจกรรมหรือแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบ(3.8)	10	41.7	10	41.7	4	16.6
8. เคยมีส่วนร่วมกำหนดกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนในหมู่บ้านที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย(3.7)	7	21.2	12	50.0	5	20.8
9. เคยพูดคุยกับเพื่อนบ้านในชุมชนเรื่องปัญหาสุขภาพอนามัย(3.6)	6	25.0	14	58.3	4	16.7
10. เคยร่วมกำหนดวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้าน(3.6)	8	33.3	10	41.7	6	25.0
11. เคยมีส่วนร่วมกำหนดแหล่งเงินทุน หรืองบประมาณที่ต้องใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย(3.5)	10	41.6	7	29.2	7	29.2

จากตาราง 2 ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมกิจกรรมในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับการมีส่วนร่วมมาก รองลงมาระดับการมีส่วนร่วมปานกลางในกิจกรรม การพูดคุยกับเพื่อนบ้านในชุมชนเรื่องปัญหาสุขภาพอนามัย การมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมกำหนดกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนในหมู่บ้านที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหา และ การมีส่วนร่วมกำหนดแหล่งเงินทุน หรืองบประมาณที่ต้องใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรม พบว่า ผู้นำชุมชนที่มีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน จปฐ.มากถึงร้อยละ 58.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.8 ทางด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้านมากร้อยละ 54.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 ผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินงานตามกิจกรรมหรือแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านมากถึงร้อยละ 41.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.8 ผู้ที่เคยเข้าประชุมคณะกรรมการหมู่บ้านร่วมกับสถานีอนามัยจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย มีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 41.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 45.8 การเสนอหรือแจ้งปัญหาสุขภาพอนามัยในการประชุมชาวบ้านหรือประชาคมหมู่บ้าน มีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 33.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 มีการเสนอหรือแจ้งปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้านให้ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนินการแก้ไข ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 มีส่วนร่วมแจ้งกิจกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบ มีส่วนร่วมทั้งมากและปานกลาง ร้อยละ 41.7 มีส่วนร่วมกำหนดกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนในหมู่บ้านที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย ระดับปานกลางถึงร้อยละ 50.0 นอกจากนี้พูดคุยกับเพื่อนบ้านในชุมชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 ผู้นำชุมชนได้ร่วมกำหนดวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 41.7 สุดท้ายการมีส่วนร่วมกำหนดแหล่งเงินทุน หรืองบประมาณที่ต้องใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย มีส่วนร่วมมากร้อยละ 41.6

#### 4.3.2 การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จำนวน 31 คน ผลการศึกษาดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของประชาชน

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. กลุ่มอายุ		
25 - 34 ปี	13	41.9
35 - 44 ปี	10	32.3
45 - 54 ปี	6	19.4
55 ปีขึ้นไป	2	6.4
รวม	31	100.0
Mean = 38.0 S.D. = 10.0 Minimum = 25 Maximum = 67		
2. เพศ		
ชาย	27	87.1
หญิง	4	12.9
รวม	31	100.0
3. ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	2	6.5
ประถมศึกษา	21	67.7
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	25.8
รวม	31	100.0
4. สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.5
คู่	29	93.5
รวม	31	100.0

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของประชาชน (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	20	64.5
ศูนย์ศิลปอาชีพพิเศษ	6	19.4
เกษตรกรรม	5	16.1
รวม	31	100.0
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
1,401 - 2,300	15	48.4
500 - 1,400	6	19.4
2,301 - 3,200	6	19.4
3,201 - 4,100	2	6.4
4,101 - 5,000	2	6.4
รวม	31	100.0
Mean = 2,219.5	S.D. = 1,183.9	
Minimum = 500	Maximum = 5,000	

จากตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประเภทประชาชน จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้ที่อายุน้อยที่สุด 25 ปี อายุมากที่สุด 67 ปี อายุโดยเฉลี่ย 38 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.0 การจัดกลุ่มอายุส่วนใหญ่ ระหว่าง 25- 34 ปี ร้อยละ 41.9 รองลงมา กลุ่มอายุ 35 – 44 ปี ร้อยละ 32.3 จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย ร้อยละ 87.1 และ เพศหญิงร้อยละ 12.9 ระดับการศึกษาของประชาชน พบว่าส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.7 รองลงมาเป็นผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 25.8 มัธยมศึกษาเพียงร้อยละ 6.5 สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างประเภทประชาชน พบว่า สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.5 และสถานภาพสมรสโสดเพียงร้อยละ 6.5 อาชีพหลักของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 64.5 รองลงมาทำงานอยู่ในศูนย์ศิลปอาชีพแม่คำ ร้อยละ 19.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวของประชาชนในหมู่บ้าน พบว่า ประชาชนในกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้เฉลี่ย 2,219.5 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำที่สุด 500 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยสูงที่สุด 5,000

บาทต่อเดือน สำหรับการจัดกลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มี รายได้เฉลี่ยระหว่าง 1,401 – 2,300 บาทต่อเดือน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4 รองลงมารายได้เฉลี่ย 500 – 1,400 และ 2,301 – 3,200 บาทต่อเดือน ร้อยละ 19.4

ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
1. เคยร่วมพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนเมื่อพบปัญหาสุขภาพอนามัย (n = 31)	25	80.6
2. เคยเสนอ/แจ้งปัญหาสุขภาพอนามัยด้วยวาจาหรือทำหนังสือร้องเรียน		
2.1 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (n = 31)	23	74.2
2.2 อสม. (n = 31)	13	41.9
2.3 ผู้ใหญ่บ้าน (n = 31)	4	12.9
2.4 สมาชิก อบต. (n = 31)	1	3.2
3. เคยเข้าร่วมประชุมหรือประชาคมหมู่บ้าน (n = 31)	22	71.0
3.1 เคยเสนอหรือแจ้งปัญหาสุขภาพอนามัยในที่ประชุมหรือประชาคมหมู่บ้าน (n = 22)	10	45.5
3.2 ในที่ประชุมหรือประชาคมได้นำข้อเสนอนามาพิจารณาเพื่อแก้ไข (n = 10)	6	60.0
4. เคยมี อสม. มาสำรวจ จปฐ. ในบ้าน (n = 31)	27	90.0
5. อสม. เคยแจ้งข้อมูล จปฐ. ข้อที่ตกเกณฑ์แต่ละหลังคา (n = 31)	24	85.7
6. อสม. เคยแจ้งหรือแนะนำเรื่องปัญหาสุขภาพอนามัยที่จะต้องทำการแก้ไขในหมู่บ้าน (n = 31)	27	87.1

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน(ต่อ)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
7. เคยทราบปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้าน(n = 31)	22	71.0
8. เคยทราบมีการประชุมจัดทำแผนหรือโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้าน(n = 31)	23	74.2
9. เคยทราบกิจกรรมหรือแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้าน(n = 31)	25	80.6
10. เคยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้าน(n = 31)	24	77.4

จากตาราง 4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านพบว่า เคยมี อสม.มาสำรวจ จปฐ.ในบ้าน ร้อยละ 90.0 อสม. เคยแจ้งหรือแนะนำเรื่องปัญหาสุขภาพอนามัยที่จะต้องทำการแก้ไขในหมู่บ้าน ร้อยละ 87.1 อสม.เคยแจ้งข้อมูล จปฐ.ข้อที่ตกเกณฑ์แต่ละหลังคา ร้อยละ 85.7 ว่า เคยร่วมพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนเมื่อพบปัญหาสุขภาพอนามัย ร้อยละ 80.6 เคยรับทราบกิจกรรมหรือแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้าน ร้อยละ 80.6 เคยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้าน ร้อยละ 77.4 เคยทราบมีการประชุมจัดทำแผนหรือการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในหมู่บ้าน ร้อยละ 74.2 เคยทราบปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 71.0 เคยเข้าร่วมประชุมหรือประชาคมหมู่บ้านร้อยละ 71 ในการเข้าร่วมประชุมหรือประชาคมหมู่บ้านได้แสดงความคิดเห็นหรือเสนอปัญหา ร้อยละ 45.5 และการได้แสดงความคิดเห็นหรือเสนอปัญหาดังกล่าวที่ประชุมหมู่บ้านนำมาพิจารณา ร้อยละ 60.0 สำหรับโดยทั่วไป การเสนอ/แจ้งปัญหาสุขภาพอนามัยด้วยวาจาหรือทำหนังสือร้องเรียนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่า ประชาชนเสนอ/แจ้งปัญหาต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ร้อยละ 74.2 รองลงมา อสม.ร้อยละ 41.9 และผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 12.9 ตามลำดับ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ทำให้ทราบกระบวนการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน ประกอบด้วย ขั้นตอนแรก การรวบรวมข้อมูลค้นหาปัญหาสาธารณสุข ขั้นตอนต่อมาการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา และสุดท้ายการจัดประชุมจัดทำแผนบทบาทของผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้านมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประชุมจัดทำแผน ในลักษณะการ

เข้าร่วมประชุมเพื่อรับทราบมากกว่าการระดมความคิดเห็นเพื่อหาข้อสรุป และเป็นผู้ปฏิบัติตามแผน สำหรับประชาชนมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติตามแผนและรับผลประโยชน์จากแผน ไม่มีบทบาทในกระบวนการจัดทำแผนดังกล่าว เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนของการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม พบว่า มีส่วนร่วมมากในขั้นตอนการประชุมจัดทำแผนแก้ไขปัญหา รองลงมามีส่วนร่วมปานกลางในกิจกรรมการค้นหาปัญหา การกำหนดแนวทาง กลุ่มเป้าหมาย และแหล่งทรัพยากรในการดำเนินการ ซึ่งมีความสอดคล้องกัน สำหรับประชาชนถึงแม้ว่าจะไม่มีบทบาทในกระบวนการจัดทำแผน แต่มีการรับทราบและแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพอนามัย มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน