

การศึกษารูปแบบหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ของชุมชน อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

เกรียงศักดิ์ รณัสวานนท์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ศึกษารูปแบบจำลองของการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ใน ๓ หมู่บ้านของตำบลไทรย้อย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์, การสนทนากลุ่ม, การจัดเวทีประชาคมแกนนำสุขภาพที่คัดเลือกแบบเจาะจงหมู่บ้านละ ๑๐ คน จำนวน ๓๐ คน, และกลุ่มตัวอย่างตัวแทนครัวเรือนสุ่มแบบง่ายหมู่บ้านละ ๕๐ คน จำนวน ๑๕๐ คน.

ผลการศึกษาแสดงว่า แกนนำสุขภาพมีบทบาทเป็นผู้นำการพัฒนา, ควบคุมกำกับแผนงาน/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับหมู่บ้าน, ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน, และติดตามประเมินผล. ในด้านการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทุกหมู่บ้านมีชมรมสร้างสุขภาพหมู่บ้านละ ๑ ชมรม, ร้อยละ ๘๐ ของครัวเรือนปลูกผักพื้นบ้านบริโภคเอง, ตรวจไม่พบสารปนเปื้อนในร้านอาหาร, มีชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านละ ๑ ชมรม. หลังการดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ ๑๐๐ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < .๐๐๑$).

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมร้อยละ ๔๕.๓ ออกกำลังกายทุกสัปดาห์ ๆ ละ ๓ วัน ครั้งละ ๓๐ นาที, ร้อยละ ๘๘ ล้างมือก่อนและหลังกินอาหาร, ร้อยละ ๘๔ เลือกซื้อสารปรุงแต่งอาหารโดยสังเกตรสชาติและเครื่องหมาย อย., ร้อยละ ๑๕.๓ กำจัดทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์, ร้อยละ ๑๑.๓ เป็นสมาชิกหมู่บ้านนัมเบอร์วัน, ไม่พบผู้เสพยาบ้า, ร้อยละ ๘๘ ในหนึ่งปีที่ผ่านมาได้วัดแรงดันเลือด, กลุ่มตัวอย่างสตรีร้อยละ ๖๓.๓ ไปตรวจหาเซลล์มะเร็งเชิงคอมดลูก และร้อยละ ๕๓.๑ ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง. จากผลการศึกษาได้แสดงว่าการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนควรมีการส่งเสริมและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานของทุกองค์กรและภาคประชาชน, และหน่วยงานภาครัฐต้องสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารแผนการสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้าน.

คำสำคัญ: รูปแบบหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract On Establishing a Community-participation Model Health-promoting Village in Denchai District, Phrae Province

Kriangsak Tanauswanont*

*Somdej Phrayuparaj Hospital Denchai, Phrae Province

This was a participatory-action-research study aimed at examining a model health-promoting village, using community participation, conducted in three villages in Denchai district, Phrae Province. The health-leading teams comprised 10 specifically selected persons from each village, a total of 30 persons; representative villagers were 50 residents

*โรงพยาบาลสมเด็จพระราชเด่นชัย จังหวัดแพร่ ๕๔๑๑๐



selected by simple random sampling from each village, a total of 150 respondents. Data were collected by interviews, group discussion, and health leading-team conferences. Results of the study revealed that health leading-teams were the leaders of developing, controlling the plans and activities of health promoting villages and coordination with other organizations. Health-promoting activities in the villages were as follows: 80 percent of the villagers planted and consumed local vegetables, meaning that there was no chemical contamination in food; there was one elderly social group in each village; because of project implementation, the health knowledge of villagers was improved to 100 percent, which was statistically significant.

With regard to health problems, 49.3 percent of the villagers undertook regular physical exercise for 30 minutes per day thrice a week; 88 percent washed their hands before and after eating; 84 percent brought food substances approved by the Food and Drug Administration as certified by labels and symbols; 75.3 percent eradicated mosquito breeding sites; 73.3 percent were members of the "To Be Number One Club", which works against amphetamine addiction 88 percent had their blood pressure measured within one year; 63.3 percent of the female villagers had had a pap smear examination; and 93.7 percent had performed breast examinations by themselves. Based on the results of the study, the author suggests that community health promotion should be promoted and models of implementation should be developed with the support of every organization and civil society concerned. Government authorities should support community participation in the management of health-promoting plans of the villages.

Key words: health-promoting village, community participation

ภูมิหลังและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทการทำงานด้านสุขภาพให้ครอบคลุมการรักษาพยาบาล, การส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย. ระบบสุขภาพที่ผ่านมาเป็นระบบการจัดการด้านสุขภาพที่เน้นการรักษาพยาบาลมากกว่ากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีการตั้งรับมากกว่ากิจกรรมเชิงรุก ทำให้ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพโดยประชาชนไม่ได้ผลเท่าที่ควร. ถึงแม้ว่าจะมีการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพได้ด้วยตนเอง แต่ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นยังเป็นการจัดการโดยหน่วยงานภาครัฐ ประชาชนยังเป็นผู้รับบริการและยังอยู่ในภาวะพึ่งพิงบริการภาครัฐอยู่ ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการระบบสุขภาพด้วยตนเอง. จากบทเรียนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมามีให้นโยบายด้านสาธารณสุขในการบริหารจัดการเปลี่ยนแปลงไป โดยให้ความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบหรือ

การพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งจะเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและพัฒนาองค์ประกอบต่าง ๆ ไปพร้อม ๆ กัน. ระบบสุขภาพที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการตัดสินใจในการบริหารจัดการสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อนำไปสู่มิติใหม่ในการดูแลสุขภาพของคนไทยที่เรียกว่า "ระบบสุขภาพภาคประชาชน"^(๑). ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนต้องดำเนินงานสุขภาพแบบบูรณาการโดยไม่แยกสุขภาพออกจากวิถีชีวิตของคนในชุมชน และสอดคล้องกับบริบททั้งด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนต้องตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนด้านสุขภาพโดยกลุ่มประชาชน และมีการประสานเครือข่ายการดำเนินงานระหว่างชุมชนด้วยกัน กอปรกับกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย "เมืองไทยสุขภาพดี" โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างสุขภาพ เพื่อให้เกิดชมรมสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนหนึ่งชมรมต่อ ๑

หมู่บ้าน โดยมีตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ๕ ด้าน หรือ ๕ อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย, อาหาร, อารมณ์, อโรคยา และอนามัยสิ่งแวดล้อม, พร้อมกับกำหนดเป้าหมายใน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ เป็นปีของการสร้างสุขภาพ โดยกำหนดให้ปี ๒๕๔๗ บรรลุเป้าหมายหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๘๐, ตำบลสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๕๐, อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๕๐, และจังหวัดสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๒๕^(๒).

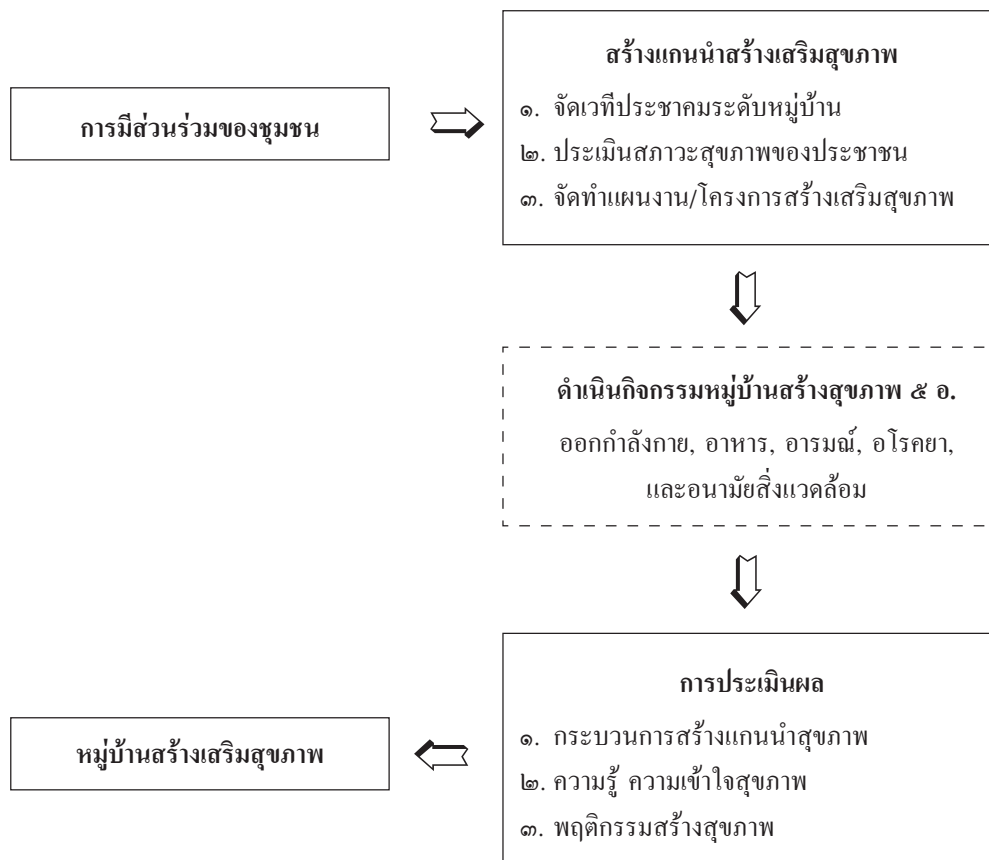
การสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมาของสถานื่อนามัยอำเภอเด่นชัย ได้ดำเนินการด้านสุขภาพสู่ชุมชนตามกิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐานโดยมี อสม.เป็นแกนนำ. การวิเคราะห์สถานะสุขภาพเบื้องต้น พบว่าประชาชนยังพึ่งพาระบบสุขภาพที่จัดโดยภาครัฐเป็นส่วนใหญ่. การดำเนินงานในชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน จึงทำให้ผลการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ดีเท่าที่ควร คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ

เด่นชัยในฐานะหน่วยงานที่มีบทบาทในการสนับสนุนทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการแก่สถานื่อนามัยในสังกัด ได้ให้ความสำคัญของการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้นโยบายเมืองไทยสุขภาพดีสู่การปฏิบัติในระดับหมู่บ้านได้บรรลุตามวัตถุประสงค์. ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษารูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดตำบล หมู่บ้าน/ ชุมชนที่เข้มแข็งในการจัดการด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง.

กรอบแนวคิดในการวิจัย (ดูจากแผนภูมิตี่ ๑)

ระเบียบวิธีศึกษา

ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (participatory action research: PAR) เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของ



แผนภูมิตี่ ๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย



สถานีอนามัยปากปาน ๓ หมู่บ้าน คือ หมู่ ๑, หมู่ ๗ และหมู่ ๙ ตำบลไทรย้อย, อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่. คัดเลือกแกนนำสุขภาพแบบเจาะจงหมู่บ้านละ ๑๐ คนรวมเป็น ๓๐ คน ตามคุณสมบัติต่าง ๆ คือ เป็นผู้นำชุมชน, ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข, สมาชิก อบต., ตัวแทนเยาวชน, ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ และตัวแทนกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน โดยทุกคนเป็นผู้มีความรู้, สามารถถ่ายทอดความรู้ได้, เสียสละ, ประชาชนในหมู่บ้านให้การยอมรับและศรัทธา และสุมแบบง่ายได้กลุ่มตัวอย่างตัวแทนครัวเรือนหมู่บ้านละ ๕๐ คน รวม ๑๕๐ คน. ระยะเวลาการดำเนินงาน เดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๗.

อุปกรณ์การวิจัย ได้แก่

- แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ๓ ส่วน. ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ตำแหน่งในหมู่บ้าน และการรับรู้กิจกรรมสร้างสุขภาพ. ส่วนที่ ๒ ความรู้ ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพจำนวน ๓๕ ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ ๕ อ. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรควยา และอนามัยสิ่งแวดล้อม). การให้คะแนนตอบถูกได้ ๑ คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ ๐ คะแนน. คะแนนแบบสอบถามอยู่ระหว่าง ๐-๓๕ คะแนน. การแปลความหมายของคะแนนได้กำหนดเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับดี หมายถึงคะแนนรวมร้อยละ ๘๐, ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนรวมอยู่ในช่วงร้อยละ ๗๐-๗๙.๙, และระดับต่ำ หมายถึงคะแนนรวมร้อยละ ๗๐ ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมการสร้างสุขภาพของประชาชนจำนวน ๒๓ ข้อ คำถามเกี่ยวกับ ๕ อ. เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ. แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน และได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยในตำบลอื่น.

- แบบติดตามผลการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการหมู่บ้านสร้างสุขภาพ.

- แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการเมืองไทยแข็งแรง.

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน คือ

- **ขั้นเตรียมการ**ชี้แจงนโยบาย กระบวนการดำเนินงาน และระบบรายงานแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มิวิจัย, ผู้นำชุมชน และ อสม. เตรียมวิทยากรกระบวนการโดยจัดประชุมฝึกเจ้าหน้าที่เป็นวิทยากร, กำหนดหลักสูตรสัมมนาแกนนำสุขภาพระดับหมู่บ้าน, กำหนดคุณสมบัติแกนนำสุขภาพ และจัดทำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.

- **ขั้นดำเนินการ** จัดสัมมนาแกนนำสุขภาพตามหลักสูตรการสร้างแกนนำ ๒ วัน. กระบวนการสัมมนาแกนนำสุขภาพประกอบด้วย ๑) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาสุขภาพ, ๒) การกำหนดวิสัยทัศน์สุขภาพ, ๓) การนำวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติ, ๔) การกำหนดตัวชี้วัดการสร้างเสริมสุขภาพระดับหมู่บ้าน, ๕) การกำหนดแผนงาน/ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับหมู่บ้าน และการดำเนินแผนงาน/โครงการสร้างสุขภาพระดับหมู่บ้านสู่การปฏิบัติ.

- การประเมินผล ติดตามผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมโดยการสนทนากลุ่มแกนนำสุขภาพระดับหมู่บ้าน, การสัมภาษณ์ประชาชนก่อน-หลังการดำเนินงานโครงการ และการรายงานผลงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง.

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายกระบวนการสร้างแกนนำสุขภาพ และผลการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป. สถิติใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าทดสอบ ที.

ผลการศึกษาและวิจารณ์

การสร้างแกนนำหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ

จัดเวทีประชาคมแกนนำสุขภาพหมู่บ้านจำนวน ๓๐ คน สัมมนาทำหลักสูตรโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ใช้เวลา ๒ วัน. เนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย การเรียนรู้สถานการณ์สุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน, การกำหนดวิสัยทัศน์แบบมีส่วนร่วม, การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์, การกำหนดตัวชี้วัดผลงาน และการจัดทำแผนปฏิบัติงานสร้างสุขภาพระดับหมู่บ้าน.

การสัมมนาได้ทำให้ผู้ร่วมสัมมนาทราบสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรค

เอชไอวีระยะเอดส์, วัณโรค, อุบัติเหตุ, และส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ, ปวดศีรษะ, ปวดกล้ามเนื้อและข้อ, โรคเบาหวาน และวัณโรค. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทุกหมู่บ้านมีกลุ่มออกกำลังกาย, กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเยาวชน โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. ในหมู่บ้านที่ศึกษาไม่มีโรงงาน แต่มีปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพจิต คือ เหตุรำคาญกลิ่นเหม็นจากการเลี้ยงสุกร. โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหา คือ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเอชไอวี, โรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง. ประชาชนในหมู่บ้านเริ่มมีความคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น, มีความเชื่อการใช้สมุนไพรโดยเฉพาะการใช้สมุนไพรดอกเหล้า, มีนิสัยชอบดื่มสุราที่บ้าน และเบียร์.

สรุปวิสัยทัศน์ของหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ "มีสุขภาพดี มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอนามัย, ไม่ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้, มีการออกกำลังกาย, บริโภคอาหารสะอาดปลอดภัย, อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี". ต่อจากนั้นได้จัดทำแผนงาน/โครงการและตัวชี้วัดผลงานสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพแบ่งออกเป็น ๕ กลุ่มกิจกรรมและตัวชี้วัด. สรุปแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพระดับหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙ จำนวน ๑๑ โครงการ ดังนี้ ๑. โครงการอาหารสะอาดปลอดภัย, ๒. โครงการอบรมเยาวชน (ค่าย) ป้องกันยาเสพติด, ๓. กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ, ๔. กิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น, ๕. โครงการควบคุมป้องกันไข้เลือดออก, ๖. โครงการแอโรบิกเพื่อสุขภาพ, ๗. โครงการแข่งขันฟุตบอลระหว่างหมู่บ้าน, ๘. โครงการไม้เท้าป่าบุญมี, ๙. โครงการบ้านน่าอยู่, ๑๐. โครงการแก้ไขปัญหาเหตุรำคาญจากการเลี้ยงสุกร, และ ๑๑. การกำจัดขยะ.

การดำเนินกิจกรรมหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับหมู่บ้านทั้ง ๓ หมู่บ้าน ได้นำเสนอโครงการ ดังนี้

๑. โครงการอาหารสะอาดปลอดภัย อสม. มีบทบาทในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนปลูกผักพื้นบ้านใช้บริโภคในครอบครัว. แกนนำสุขภาพได้ประสานเจ้าหน้าที่เกษตรที่รับผิดชอบตำบลไทรย้อย จัดอบรมเกษตรกรให้มีความรู้การผลิตปุ๋ย

อินทรีย์ใช้เอง และการผลิตจุลินทรีย์ ไม่ใช่สารเคมี. ชาวบ้านร้อยละ ๘๐ ทำสวนครัวปลูกผักพื้นบ้าน. อสม. ได้รับการสาธิตการตรวจสอบเนื้อมันในอาหาร อาทิ การตรวจสอบเอร็กซ์โดยสถานีอนามัยสนับสนุนชุดตรวจสอบ. ปัจจุบัน อสม. สามารถตรวจหาสารเอร็กซ์ได้เอง และได้ตรวจร้านอาหาร ๓ ร้าน, แผงลอย ๙ แห่ง. อาหารที่ตรวจ คือ ลูกชิ้น, ถั่วงอก ฯลฯ

๒. โครงการอบรมเยาวชน (ค่าย) ป้องกันยาเสพติด แกนนำสุขภาพประสานงานกับ อบต. จัดทำโครงการ และของงบประมาณจาก อบต. จัดค่ายหลักสูตร ๓ วันเพื่อสร้างเจตคติที่ดีและให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องสารเสพติดแก่เยาวชน ร่วมกับการพัฒนาชมรมทูนิ่มเบอร์วันระดับหมู่บ้าน.

๓. กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล. ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และมีกิจกรรมร่วมกันเดือนละครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำการตรวจสุขภาพเบื้องต้นคือการชั่งน้ำหนัก, วัดแรงดันเลือด และสาธิตการออกกำลังกาย. หลังจากตรวจสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมตามที่ชมรมกำหนดไว้.

๔. กิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น เป็นกิจกรรมที่ชุมชนจัดให้แก่ผู้ติดยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนรักษาและผ่านการรักษาแล้ว โดยได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่ครอบครัว. มีผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัด ๔๓ คน. ทางหมู่บ้านได้จัดกิจกรรมคืนคนดีสู่สังคม โดยเชิญผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดและผู้ปกครอง มาพร้อมกัน เพื่อแสดงความรู้สึกที่ดีต่อกัน เป็นการพัฒนาความคิดเกี่ยวกับการสร้างความอบอุ่นในครอบครัว. มีวิทยากรที่มีประสบการณ์และครอบครัวตัวอย่าง มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้, ทำพิธีบายศรีสู่ขวัญ และจัดทำพิธีคืนคนดีให้แก่สังคม เป็นกิจกรรมที่ได้รับการยอมรับจากประชาชนเป็นอย่างดี.

๕. โครงการควบคุมป้องกันไข้เลือดออก ในรอบ ๓ ปีที่ผ่านมาไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในทั้ง ๓ หมู่บ้าน. ทุกครัวเรือนมีส่วนร่วมในการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย, มีการณรงค์ให้ทุกครัวเรือนกำจัดลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์. แกนนำสุขภาพได้มอบหมายให้ อสม. เป็นผู้รับผิดชอบในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



และ อบต. ได้รับการสนับสนุนทรายกำจัดลูกน้ำและพ่นสารเคมีหมอกควัน.

๖. *โครงการแอโรบิกเพื่อสุขภาพ* ประชาชนทั้ง ๓ หมู่บ้าน ได้ใช้ลานกีฬาของสถานีอนามัยปากปานเป็นสถานที่ออกกำลังกาย, มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการกลุ่มออกกำลังกาย ปัจจุบันมีสมาชิกออกกำลังกายจำนวน ๔๖ คน, มีกิจกรรมเต้นแอโรบิกทุกวัน ๆ ละ ประมาณ ๓๐ นาที.

๗. *โครงการแข่งขันฟุตบอลระหว่างหมู่บ้าน* แขนงนำสุขภาพประสานงานกับ อบต. ไทรย้อย จัดโครงการแข่งขันกีฬาฟุตบอลระดับตำบล โดยการรวมกลุ่มหมู่บ้านและมีการแข่งขันในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ซึ่งเป็นช่วงเหมาะกับชาวบ้านที่ว่างจากการทำนา ทำไร่. โครงการนี้สอดคล้องกับแผนพัฒนาด้านสุขภาพของ อบต. ไทรย้อย. ทาง อบต. ได้สนับสนุนงบประมาณค่าอาหาร และรางวัลสำหรับนักฟุตบอล.

๘. *โครงการไม้เท้าป่าบุญมี* แขนงนำสุขภาพประสานงานกับชมรมผู้สูงอายุตำบลไทรย้อย ทำโครงการร่วมกับสถานีอนามัยไทรย้อยซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน จัดอบรมแกนนำผู้สูงอายุหมู่บ้านละ ๕ คน เพื่อเป็นผู้นำออกกำลังกายการรำไม้เท้าป่าบุญมี ให้แก่ผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในหมู่บ้าน. แขนงนำสุขภาพได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายโดยการรำไม้เท้าป่าบุญมีอย่างต่อเนื่อง. กิจกรรมนี้ชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้รับผิดชอบ.

๙. *โครงการบ้านนาอยู่* แขนงนำสุขภาพระดับหมู่บ้านเสนอโครงการและได้รับงบประมาณจาก อบต. ไทรย้อย. โครงการนี้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานของ อบต. ไทรย้อย พ.ศ. ๒๕๔๗. ผลงานคือ ชาวบ้านทุกครัวเรือนรับทราบกิจกรรมโครงการจากผู้นำชุมชนทั้ง ๓ หมู่บ้าน โดยให้ทุกครัวเรือนทำความสะอาดเก็บเศษภาชนะเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย. มี อสม. เป็นผู้นำในการพัฒนาตามละแวกบ้านของตนเองและสำรวจลูกน้ำยุงลายพร้อมกันไปด้วย. อสม. ได้ประสานงานกับโรงเรียนเพื่อให้เกิดกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยนักเรียนทุกคนช่วยกันเก็บเศษวัสดุ มูลฝอยตามท้องถนน แล้วนำไปกำจัดรวมกัน. ในช่วงเดือนพฤษภาคมเป็นต้นไปทางโรงเรียนได้ร่วมทำกิจกรรมทุกวันศุกร์ของทุกสัปดาห์.

สำหรับครัวเรือนจะมี อสม. เป็นผู้กระตุ้นให้ทุกครัวเรือนทำความสะอาด เพื่อให้สอดคล้องกับโครงการหมู่บ้านน่ามองของ อบต. และประธานกลุ่มเสนอให้มีการประกวดบ้านน่าอยู่และคุ่มดีเด่นขึ้น โดย อบต. สนับสนุน งบประมาณเป็นเงินรางวัลแก่บ้านน่าอยู่และคุ่มดีเด่น ซึ่งมีการประกวดในเดือนกันยายน ๒๕๔๗.

๑๐. *โครงการแก้ปัญหาเหตุรำคาญจากการเลี้ยงสุกร* แขนงนำสุขภาพระดับหมู่บ้านทั้ง ๓ หมู่บ้านได้ร่วมกันเสนอโครงการผ่าน อบต. และ อบต. ประกาศข้อบังคับให้ผู้ประกอบการฟาร์มหมู/ไก่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ เกี่ยวกับการป้องกันเหตุรำคาญ. นอกจากนี้แกนนำสุขภาพได้ประสานงานกับเกษตรตำบลให้แนะนำการใช้สารจุลินทรีย์กำจัดกลิ่นมูลสุกร เช่น นำมาล้างคอกสุกร, นำมาผสมอาหารให้สุกรกิน ซึ่งช่วยแก้ปัญหาในระดับหนึ่ง. ผลการดำเนินโครงการมีเจ้าของฟาร์มสุกร ๖ คนได้รับการแนะนำจากเกษตรตำบล และได้นำวิธีการดังกล่าวไปใช้ลดกลิ่นมูลสุกรได้ดี.

๑๑. *การกำจัดขยะ* แขนงนำสุขภาพและ อสม. ประสานงานกับกลุ่มแม่บ้านของทุกหมู่บ้านให้ปรับปรุงครัวให้ถูกสุขลักษณะ ๗ ประการ ตามมาตรฐานของกรมอนามัย ได้แก่ มีถังขยะมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะ ไม้รั้วซีเมนต์, การกำจัดน้ำโสโครกจากห้องครัว, มีฝาชี/ตู้เก็บอาหารที่มิดชิด สามารถป้องกันแมลงวันและสัตว์ทะเล, มีการใช้สารปรุงแต่งที่ปลอดภัย ไม่มีสิ่งเจือปนโดยใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมาย อย., การเก็บภาชนะที่ถูกต้อง เช่น ซ้อน ส้อม ตะเกียบโดยเอาด้ามที่ถือไว้ข้างบน, เขียงไม้แตก มีการเก็บที่ถูกต้อง. สำหรับการจัดการขยะมูลฝอยทางแกนนำสุขภาพเสนอให้ อบต. บริหารจัดการเป็นกิจกรรมบริการของ อบต. โดยเสนอให้ภาคเอกชนเป็นผู้รับสัมปทาน และ อบต. จัดถังขยะกลางไว้หน้าบ้าน ให้ทุกครัวเรือนนำขยะในบ้านมาทิ้งลงถังขยะกลาง เพื่อภาคเอกชนจะได้นำไปกำจัดต่อไป. นอกจากนี้แกนนำสุขภาพได้เสนอให้ทุกครัวเรือนมีการคัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง เพราะขยะบางประเภทสามารถนำกลับมาใช้ได้หรือนำไปขายได้. โครงการนี้ อบต. เป็นผู้ดำเนินการ.

การประเมินผล

๑. กระบวนการสร้างแกนนำ

การดำเนินงานหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพใช้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยการจัดสัมมนาแกนนำสุขภาพของหมู่บ้าน ที่คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กล่าวมาข้างต้น. แกนนำสุขภาพมีบทบาทในการขับเคลื่อนให้เกิดกลุ่ม/ชมรม สร้างเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย, ชมรมผู้สูงอายุ, กลุ่มเยาวชน ดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดร่วมกัน. สำหรับหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข, พัฒนาการ, เกษตรตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล.

จุดสำเร็จของการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพ *ประการแรก* คือ การคัดเลือกแกนนำสุขภาพที่มีความรู้ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ เป็นที่ยอมรับและศรัทธาจากประชาชนในหมู่บ้าน เพราะแกนนำสุขภาพถือว่าเป็นสัญลักษณ์บุคคล เป็นที่ความเคารพและเชื่อถือศรัทธาของประชาชน^(๓) เป็นกำลังหลักในการพัฒนาสุขภาพให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และต้องดำเนินการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง^(๔). *ประการที่ ๒* คือโครงการที่เกิดขึ้นจากการร่วมคิดของแกนนำสุขภาพจะต้องได้รับการตอบสนองจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผลผสมผสานร่วมกับกิจกรรมของชุมชนที่ดำเนินอยู่แล้ว เช่น การรวมกลุ่มเพาะเห็ด, การทำหมอนไม้ปืบ เป็นบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมต่างๆ ของหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกันและยังเกี่ยวข้องกับการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ^(๕) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ร่วมกัน^(๖). *ประการที่ ๓* คือ ผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้น เป็นผู้จัดเวทีการพูดคุยในวันประชุมประจำเดือน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะต้องมีการประชุมติดตามผลงานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละครั้ง ซึ่งผลการศึกษาของดวงจันทร์ หุ่นดี และคณะ^(๗) ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ ก็พบว่า อสม. เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ และมีบทบาทมากที่สุดทุกขั้นตอน ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล, วิเคราะห์ปัญหา, ตัดสินใจวางแผนแก้ปัญหา, ดำเนินการตามแผนและประเมินผล. รองลงมาคือ

ตารางที่ ๑ กลุ่มตัวอย่าง ๑๕๐ คน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักและการรับรู้กิจกรรมสร้างสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๗๑	๔๗.๓
หญิง	๗๙	๕๒.๗
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า ๒๑	๖	๔.๗
๒๑-๓๐	๑๐	๖.๗
๓๑-๔๐	๔๐	๒๖.๗
๔๑-๕๐	๔๘	๓๒.๐
๕๑-๖๐	๓๕	๒๓.๓
๖๑ ปีขึ้นไป	๑๐	๖.๗
สถานภาพครอบครัว		
สมรส	๑๑๕	๗๖.๗
โสด	๑๖	๑๐.๗
ม่าย/หย่า/แยก	๑๙	๑๒.๗
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	๑๒๖	๘๔.๐
มัธยมต้น	๑๑	๗.๓
มัธยมปลาย/ ปวช.	๑๒	๘.๐
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	๖๘	๔๕.๓
เกษตรกร	๕๐	๓๓.๓
แม่บ้าน	๑๘	๑๒.๐
ค้าขาย/ รับจ้างเอกชน	๑๑	๗.๔
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	๓	๒.๐
การรับรู้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง*		
การป้องกันควบคุมไข้เลือดออก	๑๔๔	๙๖.๐
กลุ่มออกกำลังกาย	๑๑๐	๗๓.๓
การตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง	๑๐๗	๗๑.๓
การบริโภคอาหารที่ปลอดภัย	๑๐๕	๗๐.๐
การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน	๙๔	๖๒.๗
การตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูก	๘๙	๕๙.๓
และมะเร็งเต้านม		
การป้องกันยาเสพติด	๗๓	๔๘.๗

หมายเหตุ *นับซ้ำ (ผู้ตอบบางคนตอบมากกว่าหนึ่งข้อ)



กลุ่มผู้นำชุมชน.

กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ลงสู่ระดับหมู่บ้านแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ กิจกรรมตามแผนงาน/โครงการสร้างสุขภาพที่ดำเนินการโดยชุมชน และกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ไปให้บริการในชุมชน เช่น การตรวจหาเซลล์มะเร็งคอมดลูก, การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ และการจัดประชาคมสุขภาพระดับหมู่บ้าน. รูปแบบที่ได้ดำเนินการที่ผ่านไปถึงถือว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสม เพราะกิจกรรมที่เกิดขึ้นในระดับหมู่บ้านเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีการมอบบทบาทหน้าที่ให้แกนนำสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการที่กำหนด โดยใช้สื่อชุมชนที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้าน เช่น หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน, เวทีการประชุมประจำเดือนของผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน และการประชุมของกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่ม อสม. คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน.

๒. การประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ

ลักษณะกลุ่มตัวแทนคนหมู่บ้าน (ตารางที่ ๑) กลุ่มตัวอย่าง ๑๕๐ คน เป็นผู้หญิงร้อยละ ๕๒.๗ ผู้ชายร้อยละ ๔๗.๓, ร้อยละ ๓๒ มีอายุอยู่ในช่วง ๔๑-๕๐ ปี, ร้อยละ ๒๖.๗ อายุ ๓๑-๔๐ ปี, ร้อยละ ๘๔ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา,

ร้อยละ ๑๕.๓ ระดับมัธยมศึกษา, และร้อยละ ๔๕.๓ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และร้อยละ ๓๓.๓ มีอาชีพเกษตรกรรม. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุด คือ การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก รองลงมาคือกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกาย และกิจกรรมการตรวจคัดกรอง.

ความรู้ ความเข้าใจสุขภาพ (ตารางที่ ๒ และ ๓) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนโครงการระดับดี ร้อยละ ๔๖.๗ และระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๓.๓. หลังการดำเนินโครงการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีร้อยละ ๑๐๐. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < ๐.๐๐๑$).

๓. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

- ออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๔๙.๓ ออกกำลังกายทุกสัปดาห์ ๆ ละ ๓ วัน นาน ๓๐ นาที, ร้อยละ ๒๔.๗ และ ๒๑.๓ ออกกำลังกายบางสัปดาห์ ไม่แน่นอน และออกกกำลังกายทุกสัปดาห์แต่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๓ วัน นาน ๓๐ นาทีตามลำดับ และร้อยละ ๙๒ ของกลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตหรือลักษณะการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน

ตารางที่ ๒ ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ ความเข้าใจ	ก่อนดำเนินงาน		หลังดำเนินงาน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	๗๐	๔๖.๗	๑๕๐	๑๐๐.๐
ระดับปานกลาง	๘๐	๕๓.๓	๐	๐.๐

ตารางที่ ๓ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่าง

	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	ค่า p
ก่อนดำเนินงาน	๒๗.๗	๓.๔	- ๑๗.๑๓๕	<๐.๐๐๑
หลังดำเนินงาน	๓๑.๐	๑.๗		

ตารางที่ ๔ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ออกกำลังกาย		
ทุกสัปดาห์ ๆ ละ ๓ วัน ๆ ละ ๓๐ นาที	๗๔	๔๕.๓
ไม่แน่นอน	๓๒	๒๔.๓
อาหาร*		
ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังกินอาหาร	๑๓๒	๘๘.๐
ซื้อผักจากตลาดสด	๑๐๑	๖๗.๓
ผักปลูกไว้กินเอง	๕๖	๖๔.๐
ซื้อสารปรุงแต่งอาหารในครัวเรือนโดยใช้หลัก ๓ ป.	๑๕๐	๑๐๐.๐
ซื้ออาหารสังเกตฉลาก และ เครื่องหมาย อย.	๑๒๖	๘๔.๐
ใช้เลือดออก*		
ป้องกันโดยนอนกางมุ้งตอนกลางวัน	๘๗	๕๘.๐
กำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์	๑๑๓	๗๕.๓
โรคเบาหวาน		
เป็นโรคเบาหวาน	๑๓	๘.๗
พบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	๑๓	๑๐๐.๐
โรคความดันโลหิตสูง		
ได้รับการตรวจวัดแรงดันเลือดในรอบ ๑ ปี	๑๓๒	๘๘.๐
เป็นโรคความดันโลหิตสูง	๕๕	๓๖.๗
พบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	๕๕	๑๐๐.๐
มะเร็งคอมดลูกและมะเร็งเต้านม (๗๕ คน)		
ในรอบ ๒ ปีได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งคอมดลูก	๕๐	๖๓.๓
ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง	๗๔	๙๓.๓
อารมณ์		
สมาชิกในครอบครัวเป็นสมาชิกทูปีนัมเบอร์วัน	๑๑๐	๗๓.๓
สมาชิกในครอบครัวเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	๑๑๐	๗๓.๓
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพ (๑๑๐ คน)	๑๐๒	๙๒.๗
อนามัยสิ่งแวดล้อม		
บริโภคน้ำสะอาดโดยซื้อน้ำบรรจุขวดดื่ม	๘๐	๕๓.๓
กำจัดมูลฝอยด้วยตนเองทุกวัน	๘๗	๕๘.๐

หมายเหตุ *นับซ้ำ (ผู้ตอบบางคนตอบมากกว่า ๑ ข้อ)



ได้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายนานกว่า ๓๐ นาที.

- **อาหาร** กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๘๘ ล้างมือก่อนและหลังบริโภคอาหารทุกครั้ง. ร้อยละ ๖๗.๓ ซื้อผักจากตลาดสด, ร้อยละ ๖๔ ปลูกไว้กินเอง. ร้อยละ ๘๔ เลือกซื้อสารปรุงแต่งอาหารที่มีฉลากและเครื่องหมาย อย. และร้อยละ ๑๐๐ เลือกซื้ออาหารโดยใช้หลัก ๓ ป.

- **อโรคยา** กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๕๘ มีการป้องกันไม่ให้ยุ่งกีดด้วยวิธีนอนกางมุ้งตอนกลางวัน, ร้อยละ ๑๖ ใช้ยาพ่นฆ่าตัวแกุง่าย, ร้อยละ ๑๒ ทายากันงู, ร้อยละ ๗๕.๓ กำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์ โดยใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ เปลี่ยนน้ำ กำจัดแหล่งที่มีน้ำขัง. ผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ ๘.๗ มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยการไปพบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๓๖.๗ ปฏิบัติตนถูกต้อง. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๘๗.๓ แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวตรวจเชลล์มะเร็งปากมดลูก. กลุ่มตัวอย่าง สตรีได้รับการตรวจหาเชลล์มะเร็งปากมดลูกร้อยละ ๖๓.๓ และตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเองร้อยละ ๙๓.๗.

- **อารมณ์** ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีการเสพติดยาบ้า และร้อยละ ๗๓.๓ เป็นสมาชิก ทุ บี้ นัมเบอร์วัน, ร้อยละ ๗๓.๓ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ, และร้อยละ ๙๒.๗ ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านไป.

- **อนามัยสิ่งแวดล้อม** กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๕๓.๓ ในหมู่บ้านดื่มน้ำขวดบรรจุเสร็จ, ร้อยละ ๓๗.๓ และ ๙.๓ ดื่มน้ำประปาหมู่บ้าน และบ่อน้ำตื้น ตามลำดับ. คริวเรือนร้อยละ ๕๘ กำจัดมูลฝอยทุกวัน, ร้อยละ ๓๐ กำจัดไม่เป็นเวลา และร้อยละ ๑๒ กำจัดวันเว้นวัน.

รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๔.

ข้อเสนอแนะ

๑. นโยบายสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่นำไปปฏิบัติในระดับหมู่บ้าน ต้องมีการบูรณาการและประสานงานกับทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อให้ทราบนโยบายและแนวทาง

การดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งจะมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานและการประสานงานในระดับหมู่บ้านอย่างยั่งยืน.

๒. ควรนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ประชาชนอยู่ดีมีสุข ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐบาลในปัจจุบัน โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชนและเน้นให้ชุมชนร่วมกันคิด วิเคราะห์ปัญหาชุมชนด้วยตัวเอง และกำหนดแนวทางการพัฒนาที่เชื่อมโยงความคิดของชุมชนกับแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

๓. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ภาคีรัฐอื่น ๆ และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตลอดจนผู้นำชุมชน ควรได้รับการพัฒนาแนวความคิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม และเทคนิค บทบาทการเป็นวิทยากรกระบวนการ.

๔. ควรพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารระดับหมู่บ้านให้เหมาะสมและเป็นปัจจุบัน เพื่อให้แกนนำสุขภาพได้ทราบผลของการพัฒนาสุขภาพและแนวโน้มของสถานการณ์ ตลอดจนปัญหาสุขภาพที่จะเกิดในอนาคต เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแผนงาน/โครงการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ.

๕. แผนงาน/โครงการด้านสุขภาพจะเกิดผลเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่การจัดทำกิจกรรม การสนับสนุนงบประมาณ และการควบคุมกำกับกิจกรรม ตามเป้าหมายตามวัตถุประสงค์แผนงาน/โครงการนั้น ๆ และ/หรือการผลักดันให้เกิดคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบลขึ้น จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชนที่เป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์ปรีดา ดีสุวรรณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำ. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยที่สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานศึกษาวิจัย. เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนไทรน้อย, เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยปากป่าน, แกนนำสุขภาพระดับหมู่บ้าน และประชาชนทุกท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ความหมายระบบสุขภาพภาคประชาชน. [online]. 2546. [cited 2004 Jan 9]; Available from: URI: <http://www.e-san.org/people/people003.htm>
๒. วัลลภ ไทยเหนือ. แนวทางการปฏิบัติงาน (Healthy Thailand) ๒๕๔๗. [online]. 2547. [cited 2004 April]; Available from: URI: http://healthdata.moph.go.th/main_html/07_47/Healthythailand2004/5CHe
๓. เสาวนีย์ สีสองสม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บ้านกิ้วพร้าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่; ๒๕๔๑.
๔. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์. เอกสารเขียนเล่มประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพภาคีสภาพตำบล ตามโครงการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือปี ๒๕๔๖, พิมพ์ครั้งที่ ๒. นครสวรรค์; ๒๕๔๖.

๕. สุรีย์พร เลิศวัชรสกุล. การศึกษาสถานการณ์จัดสรรงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานแนวใหม่ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ ๒๕๔๓; ๑๓ : ๓๐-๓.
๖. ถนัด ไนยา. ชุมชนมีส่วนร่วมเรื่องเก่าในวันใหม่ของการพัฒนาสาธารณสุข.วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ ๒๕๔๑; ๑๑: ๗-๑๑.
๗. ดวงจันทร์ หุ่นดี. การศึกษาสถานการณ์บริหารจัดการงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานแนวใหม่ปี ๒๕๔๑. วารสารสาธารณสุขพิษณุโลก ๒๕๔๓; ๑: ๒-๑๐.

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

๑. พลัญฑ์พล วัชรวงศ์วาน. การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย : คำแถลงการณ์อัลมาดาถึงนโยบายเมืองไทยแข็งแรง. ธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๕๐; ๗:๖-๘๔.
๒. สุรศักดิ์ บุรณตรีเวชย์. การศึกษาเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๕๐; ๗:๒๑๕-๔๕.