

งานวิจัยเรื่อง

การพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา

โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

**Reproductive's Potential Devenlopment to Promote AIDS Protection in
Tambon Level in Songkhla Province by Using Community Participation**

Model of Health Promotion



งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองทุนพัฒนาการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2550

หัวข้อวิจัย การพัฒนาศักยภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกัน โรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา
โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อผู้วิจัย นายเทพกร พิทยาภินันท์

คณะ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

สถาบัน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันเอดส์ในระดับตำบลในจังหวัดสงขลา การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยประยุกต์กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือหญิงวัยเจริญพันธุ์ตั้งแต่อายุ 15 – 45 ปี ในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา จำนวน 278 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบทดสอบ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ มีขมิ้มเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบค่าที ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย และสัมภาษณ์ (Focus group) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่า ก่อนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ย 4.61 ($\bar{X} = 4.61$) หลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.57 ($\bar{X} = 5.57$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่า ก่อนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ย 2.97 ($\bar{X} = 2.97$) หลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.15 ($\bar{X} = 3.15$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่า ก่อนการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ย 2.86 ($\bar{X} = 2.86$) หลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.03 ($\bar{X} = 3.03$) เมื่อเปรียบเทียบ

เลข 815#	1081026
วันที่	
เลขบัญชี	616.9497
	751

พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การดำเนินงานโดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพพบว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนโดยชุมชนคิดเอง ทำเอง บริหารจัดการเองโดยอาศัยองค์ความรู้และศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนจึงทำให้กลุ่ม และกิจกรรมนั้นเกิดความยั่งยืนและสามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

การนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ มาดำเนินงานพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในระดับตำบล ประสบผลสำเร็จ เห็นได้จากเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์เพิ่มขึ้น



Research **Reproductive's Potential Development to Promote AIDS Protection
in Tambon Level in Songkhla Province by Using Community Participation
Model of Health Promotion**

Name **Mr. Teppagone Pittayapinune**

Faculty **Science and Technology**

Institute **Songkhla Rajabhat University**

Year **2007**

Abstract

The research objective was to study the development of AIDS-preventive capability in reproductive females in the context of district (tambon) level of Songkhla. The subjects, which were 278 reproductive females of age 15 to 45 from Pa-shing district, amphur Chana, Songkhla, are randomly selected. The quantitative data were collected via questionnaires and analyzed by statistical methods: percentile, median, standard deviation and T-test. The qualitative information was obtained through the small group seminars and in-depth interviews. The results were as follow;

Before joining the anchor network program, reproductive females in Pa-shing had the knowledge of AIDS, attitude, in sexual relation and AIDS, and AIDS-preventive skills and behaviors average scores (\bar{X}) of 4.61, 2.97, and 2.86 respectively. After the program, the average scores increased to 5.57, 3.15, and 3.03 respectively. The differences in all of three scores were by the statistical significance of .05.

The qualitative study revealed that promoting positive healthcare behaviors can be done effectively by employing the community involvement, which is encouraging the members to think, work, and organize by themselves using the internal community knowledge and strength. This approach will make the groups and activities in the community sustainable and operational.

Therefore, applying the community involvement in promoting AIDS-preventive capability of reproductive females in district level was successful, evidently by the increasing number of reproductive female with the proper knowledge, attitude, and behaviors in preventing AIDS.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดีจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ที่สนับสนุนอุดหนุนทุนวิจัย รองศาสตราจารย์ชาญชัย เรืองขจร ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้กำลังใจในการทำวิจัยจนสำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ถุติดาว ช่างสาน คุณนิคย์ ทองเพชรศรี ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบเครื่องมือเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณหัวหน้าสถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลป่าชิง องค์การบริหารส่วนตำบลป่าชิง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน ตำบลป่าชิง ที่กรุณาประสานงานในระดับตำบล จนงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลจะนะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนะ ที่อนุเคราะห์นักวิชาการช่วยงานวิจัยจนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ อาจารย์ และนักศึกษา เสด็จสุขชุมชน โปรวกรรมวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ที่ให้ความช่วยเหลือและปรารถนาดีกับผู้วิจัยตลอดมา จึงทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูตาแก่บิดา มารดา และครู-อาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

เทพกร พิทยาภินันท์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	(3)
กิตติกรรมประกาศ.....	(4)
สารบัญ.....	(5)
สารบัญตาราง.....	(7)
สารบัญแผนภูมิ.....	(8)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ.....	10
ความหมายของพฤติกรรม.....	15
การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อการทำงานโรคเอดส์.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	20
รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	56
สรุปผลการวิจัย.....	56
อภิปรายผลการวิจัย.....	58
ข้อเสนอแนะ.....	60
บรรณานุกรม.....	61
ภาคผนวก.....	68
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	69
ภาคผนวก ข กำหนดการ ตารางการประชุมอบรม.....	84
ภาคผนวก ค รายชื่อแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์.....	86
ภาคผนวก ง รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ.....	88
ประวัติผู้วิจัย.....	89

สารบัญชาราย

ตาราง		หน้า
1	จำนวนร้อยละของผู้นำชุมชน.....	48
2	ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้นำชุมชน.....	48
3	แสดงจำนวนร้อยละของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์.....	50
4	ผลการประเมินความมั่นใจในความสามารถของแกนนำ ก่อนการอบรมพัฒนา.....	50
5	ผลการประเมินความมั่นใจในความสามารถของแกนนำ หลังการอบรมพัฒนา.....	52
6	ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในความสามารถของแกนนำ ก่อนและหลังการอบรมพัฒนา.....	53
7	แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์แยกตามช่วงอายุ.....	54
8	ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่อง โรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย.....	54
9	ผลการเปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมแกนนำ.....	55
10	ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ของเครือข่ายแกนนำก่อนและหลังการเข้าร่วมเครือข่าย.....	55

สารบัญแนภูมิ

แนภูมิ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
2	ความหมายของสุขภาพหรือสุขภาพะ 4 มิติ.....	11
3	Mind map ความหมายของสุขภาพ.....	12
4	ความหมายของสุขภาพหรือสุขภาพะที่ตรงข้ามกับสุขภาพ หรือทุกขภาวะ.....	14
5	การปฏิรูปสุขภาพ 3 ระบบ.....	15
6	ขั้นตอนกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน.....	25
7	ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน.....	28



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์เป็นปัญหาสำคัญของทุกวงการ กล่าวคือ ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสาธารณสุข การเมืองสังคม และเศรษฐกิจ นอกจากผลกระทบทุกด้านดังกล่าวแล้ว ยังพบทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว ไม่พัฒนาและกำลังพัฒนาเช่น สหรัฐอเมริกา (Levi,2000) ออฟริกา (Frew & Bernhardt,2003) และประเทศไทย (Koetsawang & Auamkul,1997) ซึ่งในประเทศที่พัฒนาอย่างสหรัฐอเมริกาแม้ว่า ปัจจุบันอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จะลดลงเมื่อเทียบกับอดีตก็ตาม แต่ก็ยังนับว่ามีปัญหาอยู่ไม่น้อย โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 40,000 รายต่อปี ทำให้เกิดคำถามเกี่ยวกับความสำเร็จในการป้องกันและการดำเนินงานเอดส์เกิดขึ้นตามมา (Levi,2000) สำหรับในประเทศไทยเช่นเดียวกัน แม้จะยอมรับว่าประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในความพยายามป้องกันโรคเอดส์ แต่ยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 30,000 รายต่อเนื่องกันในแต่ละปี (Department of Communicable Disease Control,2001) หรือมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละวันอย่างน้อย 70 ราย (วิภา และคณะ,2548) ฉะนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงของประเทศไทย เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ ตลอดจนหน่วยงานภาคประชาชนทั้งหลาย เช่น ผู้นำชุมชน ต่างได้พยายามระดมสมองเพื่อหาทางป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์มาหลากหลายวิธีตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ดังตัวอย่างการวิจัยในชุมชนเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมให้สุขศึกษาเรื่องโรคเอดส์แก่ผู้นำชุมชน ที่ปรากฏผลวิจัยว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนสามารถเป็นแกนนำในการให้ความรู้แก่แม่บ้านในเขตที่รับผิดชอบ โดยเมื่อทดสอบทางสถิติก่อนและหลังให้สุขศึกษา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (Thassri, Wijitsopha & Suwan,2006) หรือการวิจัยในสถาบันการศึกษาเรื่อง การจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเอดส์ และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์สำหรับนักศึกษาพยาบาล: ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลให้ปรับปรุงหลักสูตรให้มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับโรคเอดส์และให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการวิธีการให้คำปรึกษา (ทัศนยา สุปรานี และกรองการณัจน์,2542) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเอดส์ในบรรดาการศึกษาที่ผ่านมาจากอดีตปรากฏว่า ประเด็นการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรชุมชนระดับตำบลให้เข้มแข็งแบบยั่งยืนเพื่อส่งเสริมงานป้องกันโรคเอดส์ในปัจจุบันยังมีไม่มากและทั่วถึงเท่าที่ควร ทั้งๆ ที่เป็นนโยบายหลักสำคัญของการกระจายอำนาจจากส่วนกลางลงสู่ท้องถิ่นของรัฐบาล โดยมี

กรอบแนวคิดก็คือ พยายามส่งเสริมให้บุคลากรระดับตำบลของชุมชนได้มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาเอดส์ของท้องถิ่นในประเทศ ทั้งนี้เริ่มตั้งแต่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์เอดส์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของตนเอง วางแผน ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลเพราะเป็นที่ประจักษ์และยอมรับทั่วไปว่า หากให้บุคลากรในท้องถิ่นเป็นผู้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์แล้ว น่าที่จะให้ได้ผลดีมากกว่าการทำงานของเจ้าหน้าที่ทางภาครัฐตามลำพังเช่น ในอดีต อย่างไรก็ตามมีบางจังหวัดในประเทศไทยที่ได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวไปดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์บ้างแล้ว ตัวอย่างเช่นจังหวัดพิษณุโลกที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ตั้งแต่ปี 2531 จนถึง 2539 โดยเน้นการสร้างแกนนำในระดับต่างๆ ทั้งในกลุ่มข้าราชการสาธารณสุข และส่วนราชการอื่น ๆ ตลอดจนแกนนำชาวบ้าน แกนนำในโรงงาน แกนนำในโรงเรียน และสถานเริงรมย์ต่างๆ (รุ่งกานต์ พลเดช และทวีศักดิ์, 2540)

นอกจากกรอบแนวคิดของการพัฒนาบุคลากรในท้องถิ่นให้มีความเข้มแข็งของประเทศไทยดังตัวอย่างข้างต้นแล้ว กรอบแนวคิดนี้ยังเป็นที่นิยมและยอมรับในการทำงานของต่างประเทศเช่นเดียวกัน เช่นองค์การสหประชาชาติ ได้พยายามให้ชุมชนมีบทบาทและส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมต่างๆ (Rifkin, 1990) หรือในมาดากัสการ์ (Madagascar) ซึ่งยอมรับว่าการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าด้วยกัน (Lanquette, Noelson, Ramamonijisoa, Jacobson & Jacobson, 2003) ฉะนั้น กล่าวโดยสรุปการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่รัฐ เอกชน องค์กรต่างๆ และประชาชน จึงเป็นแนวทางสำคัญหนึ่งที่ช่วยแก้ไขปัญหาคำสั่งของหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศและประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก

สำหรับปัญหาเอดส์ทางภาคใต้ หากพิจารณาถึงสถิติที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน แม้ว่าดูเหมือนจะไม่รุนแรงและมากเท่ากับภาคอื่น ๆ ของประเทศ เช่นภาคเหนือ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548; สุรพงษ์ และรัตน, 2548) ดังตัวอย่างจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่คลอดในปี พ.ศ. 2544-2546 จำนวน 1,989 ราย ซึ่งพบว่ามียุุมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสงขลา เป็นอันดับสอง รองจากจังหวัดเชียงใหม่ คือคิดเป็นร้อยละ 30.1 (สุรพงษ์ และรัตน, 2548) หรือแม้แต่อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลาจะมีแนวโน้มลดลงดังตัวอย่าง ระหว่าง พ.ศ. 2541-2547 คิดเป็น 51.86 42.96 43.88 43.43 22.30 21.05 และ 14.58 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) แต่ปรากฏว่า ยังมีสถิติบางส่วนที่หน่วยงานภาครัฐไม่ได้รับการรายงานข้อมูลที่แท้จริง เพราะปัญหาเอดส์กับภาคใต้ยังไม่เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไปในชุมชนเหมือนอย่างภาคเหนือ ฉะนั้นจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ มักพยายามปิดบังผู้อื่นเพื่อไม่ให้ตนเองและครอบครัวได้รับผลกระทบตามมา

นอกจากเอดส์ในภาคใต้โดยเฉพาะที่จังหวัดสงขลายังเป็นปัญหารุนแรงและเร่งด่วนดังกล่าวแล้วหากบุคคลที่เกี่ยวข้องละเลย ขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญ และลดความ

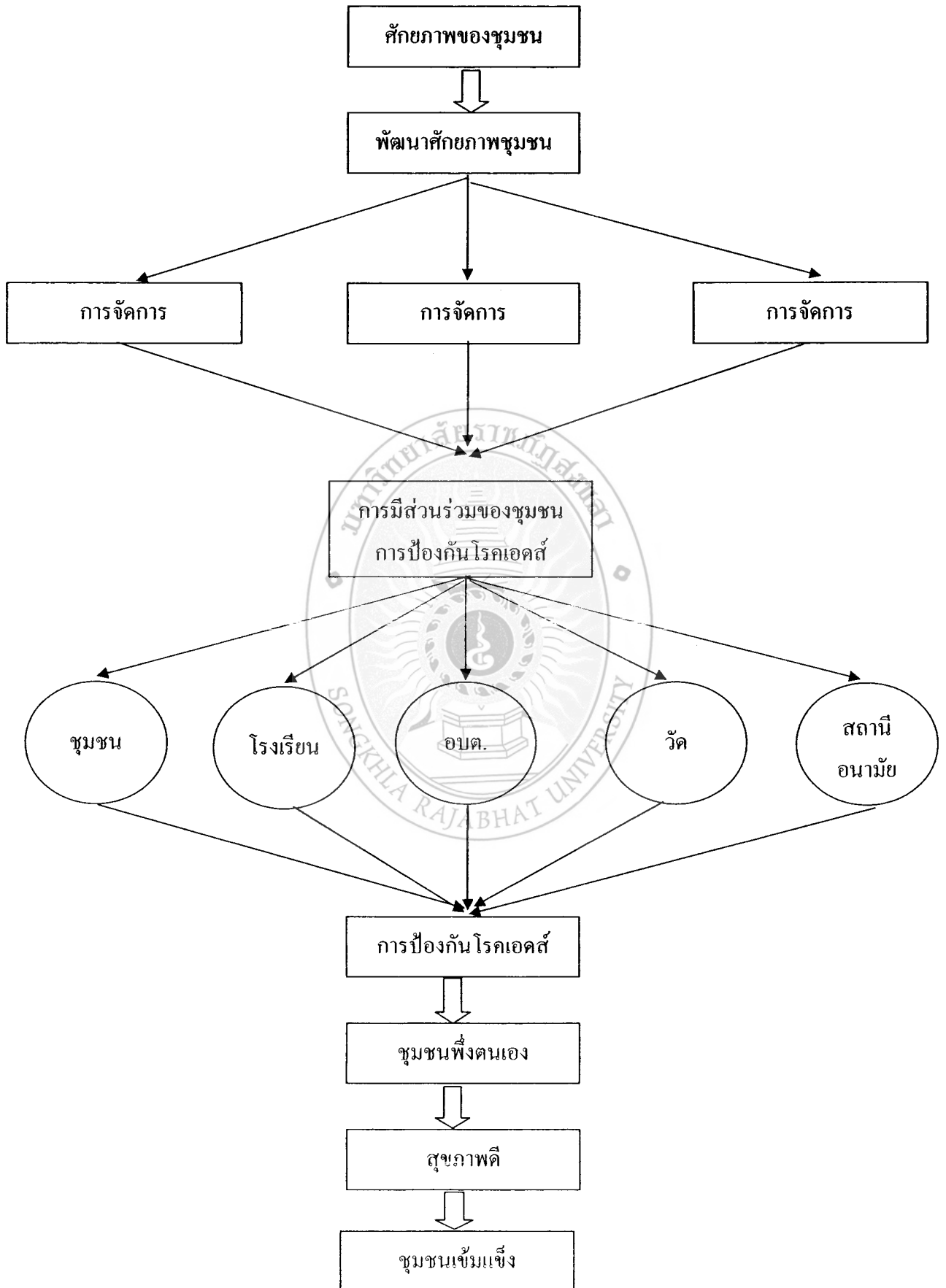
พยายามหาทางป้องกันปัญหาเอดส์ในภาคตั้งแต่เริ่มแรก อนาคตภาคใต้อาจประสบกับปัญหาเอดส์ที่รุนแรงมากกว่าภาคเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสงขลาเป็นจังหวัดหนึ่งใน 10 ลำดับของประเทศที่มีผู้ให้บริการทางเพศและสถานบริการทางเพศสูงสุด (พรพรรณ และคณะ, 2548) ฉะนั้นเพื่อให้จังหวัดสงขลาซึ่งเป็นเมืองใหญ่และสำคัญเมืองหนึ่งในภาคใต้ของประเทศมีปัญหาระบาดของโรคเอดส์ลดลงหรือหมดสิ้นไปในอนาคต การพัฒนาศักยภาพของชุมชนโดยให้บุคลากรในท้องถิ่นทุกภาคส่วนหรือที่เรียกว่าระดับรากหญ้าสามารถทำงานป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นนับเป็นประเด็นที่ควรศึกษาและสนับสนุน ดังข้อเสนอแนะในการทำงานเรื่องเอดส์ของประสิทธิ์และเพ็ญประภา (2545) ที่กล่าวถึงให้ส่งเสริมดังกล่าวเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญหนึ่งของการลดอัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ และช่วยให้การทำงานเรื่องเอดส์เป็นระบบที่มีข้อมูลน่าเชื่อถือและครบถ้วนในกระบวนการทำงาน

จากข้อมูลสถานการณ์เอดส์และผลการศึกษาวิจัยข้างต้น โดยเฉพาะปัญหาการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกอันเนื่องจากหญิงวัยเจริญพันธุ์ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำอย่างไรจึงให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในระดับตำบลเกิดความรู้และป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อเอดส์ มีความรู้เกิดขึ้นมาจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกในตำบล โดยมีผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอและจังหวัดเป็นผู้ให้การสนับสนุนคำแนะนำและการช่วยเหลือเมื่อต้องการ หญิงวัยเจริญพันธุ์ในระดับตำบลจะมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเอดส์จำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ที่ควรศึกษาวิจัยควรเป็นพื้นที่ที่ผู้นำชุมชนและชุมชนเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์ ให้ความร่วมมือในการพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์กล่าวโดยสรุปการพัฒนาศักยภาพให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงทำให้เกิดความยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันเอดส์ ระดับตำบลในจังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังต่อไปนี้

1. เพื่อประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระดับตำบล
2. ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันโรคเอดส์
3. เสริมสร้างระดับความมั่นใจของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ผ่านการอบรมแกนนำเพื่อให้สามารถป้องกันโรคเอดส์ในระดับตำบล



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระดับตำบล จังหวัดสงขลา หลังการดำเนินงานสูงกว่าก่อนการดำเนินงาน
2. แกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ระดับตำบลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานป้องกันโรคเอดส์หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตของเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนาศักยภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์และมุ่งศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ในตำบลป่าชิง อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา จำนวน 1,190 คน
 - 2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ในตำบลป่าชิง จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 278 คน
3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่

 - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
 - 3.2 เจตคติเกี่ยวกับเพศและเอดส์
 - 3.3 พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์
 - 3.4 รูปแบบการพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบผลการพัฒนาศักยภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในการดูแลสุขภาพและป้องกันเอดส์ที่อาจนำไปใช้ในชุมชนอื่น ๆ ได้ โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ด้านการสาธารณสุข หญิงวัยเจริญพันธุ์มีศักยภาพในการดูแลตนเองและดูแลผู้อื่นในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้
3. ได้แนวทางในการส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์

4. ใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดทิศทาง / มาตรการในการดำเนินงานโดยการเฝ้าระวัง และป้องกันเอดส์โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

นิยามศัพท์

การพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง การใช้กระบวนการพัฒนาให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมป้องกัน โรคเอดส์

ศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 – 45 ปี มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมป้องกัน โรคเอดส์

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง รูปแบบการรวมกลุ่มของคนในชุมชนเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน โรงเรียน วัด องค์กรบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย และหน่วยงานภายนอก

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยบทบาทของเจ้าหน้าที่ บทบาทของประชาชนในชุมชน

ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันหรือต่างพื้นที่ก็ได้ แต่มีความสนใจร่วมกัน มีความสัมพันธ์กัน มีการทำงานร่วมกันและมีพื้นฐานอย่างเดียวกันในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาหญิงวัยเจริญพันธุ์ในชุมชน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ หมายถึง ความหมาย สาเหตุของโรคเอดส์การแพร่ติดต่อของเชื้อระยะเวลาอาการของโรค การป้องกันและการรักษาการวินิจฉัยของโรค

เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ หมายถึง ความรู้ที่นึกคิดและความเชื่อในเรื่องค่านิยมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อเอดส์

พฤติกรรมป้องกัน โรคเอดส์ หมายถึง การปฏิบัติตัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกัน โรคเอดส์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาจากการสังเกต สอบถาม สัมภาษณ์ และข้อมูลเอกสาร เพื่อศึกษาเรียนรู้สภาพทั่วไปของชุมชน ตลอดจนรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้แบ่งประเด็นศึกษาต่างๆ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
3. ความหมายของพฤติกรรม
4. การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อการทำงานโรคเอดส์
5. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
6. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ (กรมควบคุมโรคติดต่อ.2532.1)

ความหมาย เอดส์ มาจากคำในภาษาอังกฤษ คือ AIDS ย่อมาจาก Acquired Immunity Deficiency Syndrome

โรคเอดส์ หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่องทำให้ร่างกายอ่อนแอ เป็นสาเหตุให้ติดเชื้อ เกิดโรคแทรกซ้อนและโรคฉวยโอกาสได้ง่าย

สาเหตุของโรคเอดส์

เชื้อไวรัสชนิดหนึ่งซึ่งเรียกโดยย่อว่า HIV มาจากคำว่า Human Immuno Deficiency Virus เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายคน จะไปทำลายเซลล์ที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป

การแพร่ติดต่อของโรคเอดส์

โรคเอดส์ติดต่อได้ 3 ทางคือ

1. การแพร่ทางเพศสัมพันธ์ คือติดต่อได้โดยการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งหมายรวมถึงเพศสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิงตามปกติ หรือ ชายกับชาย และหญิงกับหญิง
2. การแพร่ของเลือด และผลิตภัณฑ์จากเลือด คือ
 - การใช้กระบอกฉีดยา และเข็มฉีดยาที่ปนเปื้อนเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

- การรับเลือดที่มีเชื้อเอดส์

- การรับอวัยวะของผู้ติดเชื้อเอดส์

3. การแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก เชื้อเอดส์สามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อประมาณ 1 ใน 3

ปัจจุบันมีข้อมูลยืนยันได้ว่า เชื้อเอดส์จะไม่แพร่โดยการรับประทานอาหารร่วมกัน การอยู่ร่วมกัน การใช้ห้องน้ำร่วมกัน การสัมผัสโอบกอด

อาการของโรคเอดส์ แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptotic HIV Infection) ระยะนี้มีอาการปวดศรี มีไข้ดำ อาการคล้ายไข้หวัด อาการเหล่านี้จะหายภายใน 1-2 สัปดาห์ ระยะนี้ถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการแสดงแต่สามารถแพร่เชื้อเอดส์ไปสู่ผู้อื่นได้

2. ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex) ระยะนี้จะมีอาการต่อมน้ำเหลืองโต นานเกิน 1 เดือน น้ำหนักตัวลดลง เหงื่อออกมากตอนกลางคืน เหนื่อยอ่อนเพลีย มีฝ้าขาวที่ลิ้นและเชื้อเมือกในปาก ท้องเสียเรื้อรัง มีอาการของโรคเรื้อรัง

3. ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) ระยะนี้ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลาย ทำให้เกิดการติดเชื้อ เกิดโรคแทรกซ้อน และโรคฉวยโอกาสของระบบต่าง ๆ ได้ ทั้งระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหมุนเวียนของโลหิต ระบบต่อมน้ำเหลืองมีอาการมะเร็งของหลอดเลือด

การวินิจฉัยโรคเอดส์

การวินิจฉัยโรคเอดส์แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. การวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอดส์หรือไม่ โดยใช้การตรวจน้ำเหลืองหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอดส์ด้วยวิธีอีไลซ่า (ELISA) ผู้ที่ตรวจพบว่าผลเลือดเป็นบวก (HIV Positive) จะต้องตรวจซ้ำเพื่อยืนยันโดยวิธีเวสต์เทิร์น บลอต แอสเส (Western blot assay) การวินิจฉัยจะต้องทำในห้องปฏิบัติการตามโรงพยาบาล หรือสถาบันทางการแพทย์

2. การวินิจฉัยภาวะบกพร่องของภูมิคุ้มกัน โดยใช่วิธีการทางห้องปฏิบัติการ เช่น การนับจำนวนเซลล์ และการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง

3. การวินิจฉัยว่ามีโรคฉวยโอกาสหรือโรค ที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคเอดส์หรือไม่ โดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ การเพาะเชื้อ หรือด้วยวิธีการอื่น ๆ (กรมควบคุมโรคติดต่อ.2532:12-13)

การทดสอบเลือดเอดส์ ในการตรวจเลือดอาจได้ทั้งผลบวกและผลลบเทียม ซึ่งอาจมีผลกระทบมากมายต่อผู้ทดสอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผลทดสอบออกมาเป็นบวก บางคนถึงกับฆ่าตัวตาย ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดจึงควรที่จะมีการให้คำปรึกษาแนะนำก่อน และหลังจากการทดสอบทุกครั้ง (สมาคมพัฒนาประชากร และชุมชน.2536 : 68)

การรักษาโรคเอดส์

แนวทางในการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยโรคเอดส์ มี 3 วิธี (กรมควบคุมโรคติดต่อ.

2538 : 4-5)

1. การให้ยาด้านไวรัส (Antiretro viral Therapy) ได้แก่ AZT,d4T,ddl ddC, 3TC, Saquinavir
 2. การรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นแนวทางรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อให้สามารถมีกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากในปัจจุบันมีการให้ยาสำหรับป้องกัน เช่น การให้ยา Isoniazid รักษาวัณโรค เป็นต้น ส่วนอาการแทรกซ้อนต่างๆ ก็ให้รักษาตามอาการ

3. การส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อ

3.1 การให้โภชนบำบัด ให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ

3.2 การส่งเสริมให้ออกกำลังกายและพักผ่อน

3.3 การดูแลสุขภาพจิตใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด และสร้างสมดุลทางจิตและสังคม

3.4 การดูแลรักษาด้วยทางเลือกอื่น เช่น สมุนไพร และการแพทย์แผนไทยต่าง ๆ

การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (ครุณี รุจกรกานต์และคณะ.2538:8-9)

การป้องกัน โรคเอดส์ สามารถป้องกันได้โดย

1. มีเพศสัมพันธ์กับคู่วิถีของคนเพียงคนเดียว
2. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในกรณีที่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น
3. พยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือ กลุ่มเสี่ยง
4. งดการฉีดยาเสพติดเข้าเส้น ถ้าวางไม่ได้อย่าใช้เข็ม และกระบอกฉีดร่วมกับผู้อื่น
5. อย่ารับบริการฝังเข็ม สักผิวหนัง หรือเจาะหูด้วยเข็มที่ไม่สะอาด หรือไม่ได้ฆ่าเชื้อ
6. อย่าใช้แปรงสีฟัน มีดโกน หรือของใช้ที่ทำให้เกิดรอยถลอกบนผิวหนังร่วมกับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือกลุ่มเสี่ยง

7. กลุ่มสมรสควรตรวจเลือดก่อนแต่งงาน และก่อนมีบุตร

การควบคุมโรคเอดส์ ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายโดยมีแนวทาง ดังนี้

1. เรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับโรคเอดส์จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ให้มากที่สุด
2. พูดคุยเรื่องโรคเอดส์และป้องกันการแพร่ระบาดกับคนในครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน
 เมื่อมีโอกาส
3. ป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี อย่างเคร่งครัด

4. พยายามให้กำลังใจผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี ให้ลดจำนวนคู่นอน เลิกยาเสพติด และงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงและชายขายบริการ
5. ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์เท่าที่จะทำได้
6. อย่าเชื่อข่าวลือใด ๆ ทั้งสิ้น นอกจากข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ามีข้อสงสัยใด ๆ ควรสอบถามแพทย์ หรือ ที่โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์กระทรวงสาธารณสุข

คำแนะนำสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ มีคำแนะนำดังนี้

1. ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดเว้นการดื่มเหล้า และสูบบุหรี่
3. พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ
4. หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่อับชื้น หรือในที่แออัด
5. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
6. หญิงที่มีเชื้อไวรัสเอดส์แล้วไม่ควรตั้งครรภ์ มีบุตร
7. งดบริจาคโลหิต อวัยวะ และน้ำอสุจิ

(กรมควบคุมโรคติดต่อ.2535 : 20-21)

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพ (Health) หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น

Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease and infirmity. (ประเวศ วะสี.2543 : 8)

สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ และมีคุณภาพทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกออกจากวิถีชีวิตไม่ได้ จึงดำรงอยู่บนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ก.2545 : 5)

ระบบสุขภาพในเชิง Conceptualization ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ Physical health (สุขภาพกาย) Mental health (สุขภาพจิต) Social health (สุขภาพสังคมหรือการปรับตัวเข้ากับสังคม) และ Spiritual health หรือ Moral health (สุขภาพจิตวิญญาณ) (เกษม วัฒนชัย.2546 : 6-7) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้ง 4 มิติ จึงประกอบไปด้วย

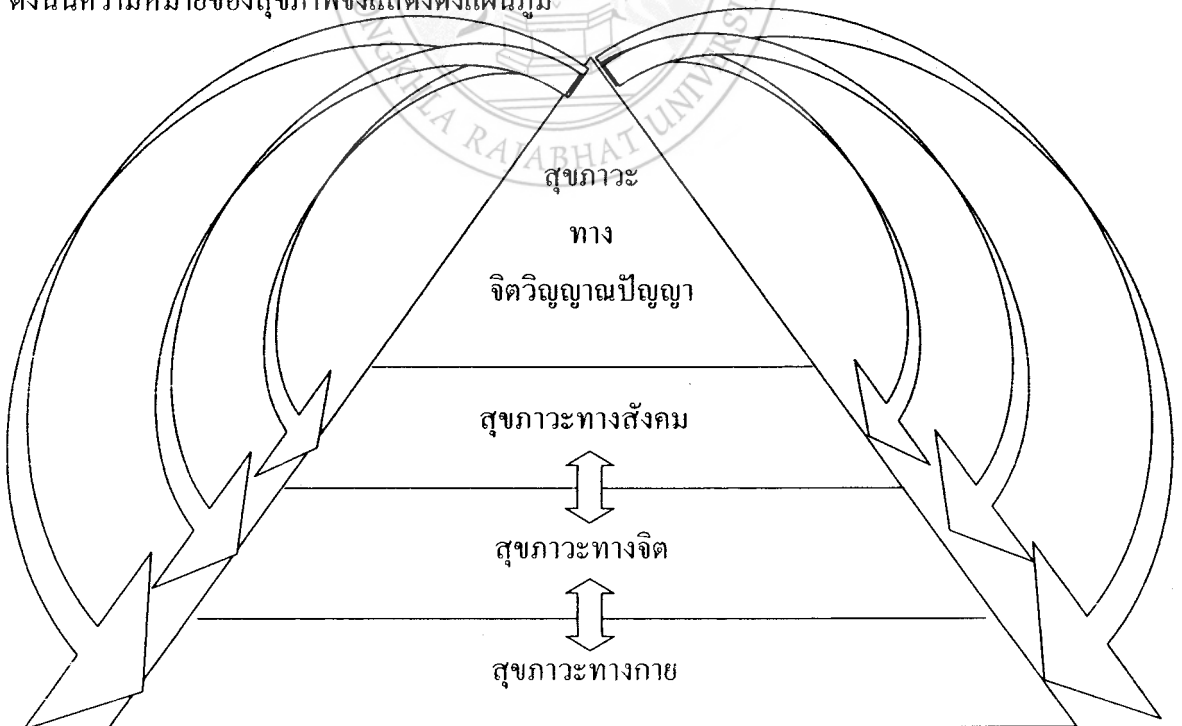
1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจ หรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย และมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

2) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ไม่เครียด ไม่วิตกกังวล สามารถคิดการงานและตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้อื่น ได้อย่างเป็นปกติ

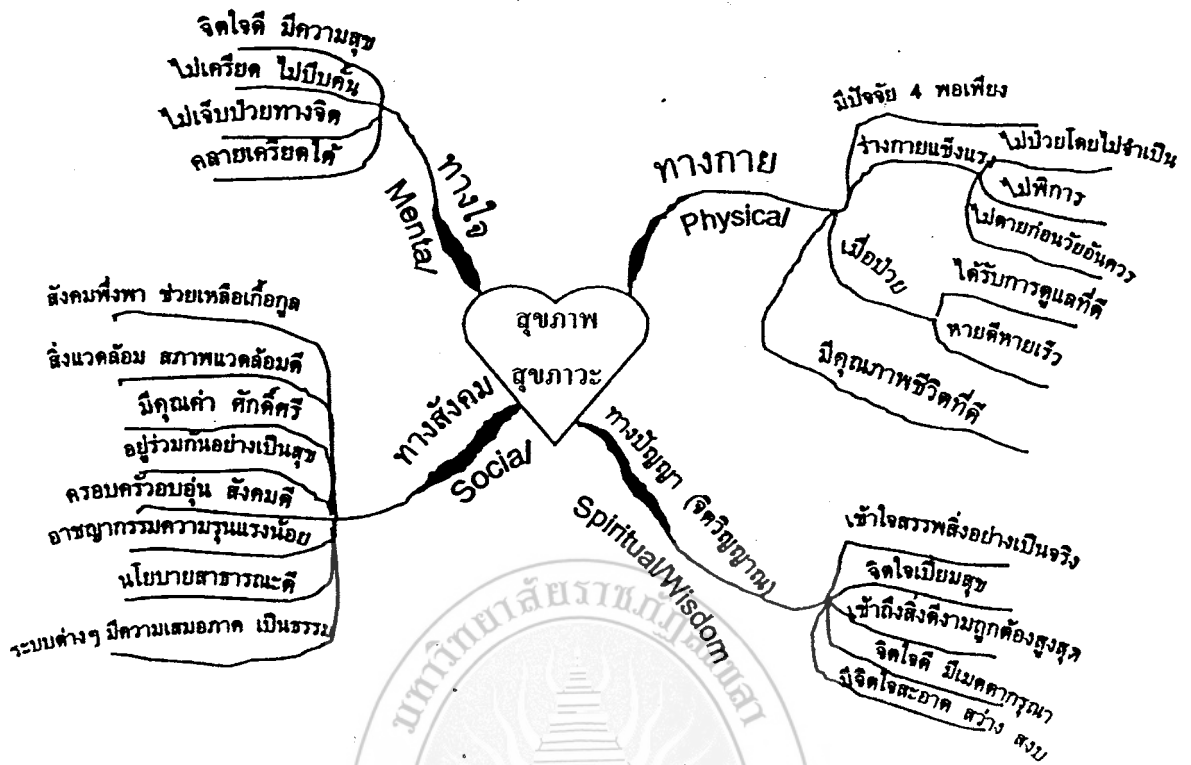
3) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ และมีความเป็นประชาสังคม

4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่มุ่งแต่สร้างความสุขให้กับตนเอง แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์มีความหลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความอ่อนคลายอย่างยิ่ง จึงมีผลดีต่อสุขภาพทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม

จากความหมายของสุขภาพสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของบุคคลที่มีความสมดุล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงสัมพันธ์กับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย บุคคลที่มีสุขภาพดีย่อมอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นความหมายของสุขภาพจึงแสดงดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 2 ความหมายของสุขภาพหรือสุขภาวะ 4 มิติ



แผนภูมิที่ 3 Mind map ความหมายของสุขภาพหรือสุขภาพะ 4 มิติ

สุขภาพจึงเป็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ปัจจัยต่าง ๆ ในสังคม จึงส่งผลกระทบต่อการมีสุขภาพดีของบุคคลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางตรงหรือทางอ้อมก็ตาม ปัจจัยและลักษณะของผลกระทบที่มีต่อภาวะทางสุขภาพมีดังนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2546 : 2-3)

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ (Health Determinants)

- 1) ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม
- 2) ปัจจัยทางกายภาพ เช่น สภาพแวดล้อมของชุมชนที่มีปัญหาเกี่ยวกับมลภาวะเป็นพิษ
- 3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น รายได้ ความยากจน ความมั่นคง
- 4) ปัจจัยทางสังคม เช่น การมีศักดิ์ศรี การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการ พัฒนาชุมชน และสังคม
- 5) ปัจจัยทางการเมือง เช่น ความเป็นธรรม ความยุติธรรม ความเสมอภาคในการดำรงชีวิต

ลักษณะผลกระทบทางสุขภาพ

ลักษณะผลกระทบทางสุขภาพมี 5 ลักษณะด้วยกัน ดังนี้

1) ผลกระทบในแง่บวก คือ สุขภาพดีขึ้นในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน ผลกระทบในแง่ลบ คือ สุขภาพเสื่อมลงในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน

2) ผลกระทบที่แสดงออกถึงสภาพวิถีชีวิต คือ มีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีสภาพจิตใจที่อ่อนล้า ภาวะความแปรปรวนทางจิต ปัญหาอาชญากรรม โรคและความผิดปกติต่างๆ ไปจนถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือการเสียชีวิตด้วยเหตุอันพึงหลีกเลี่ยงได้

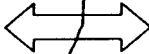
3) ผลกระทบเฉียบพลัน คือ ผลกระทบที่ทำให้สุขภาพเสื่อมลงในทันที เช่น การได้รับพิษ ผลกระทบซ่อนเร้น คือ ผลกระทบที่มีได้แสดงอาการในทันที แต่อาจมีการสะสมในร่างกายหรือจิตใจเป็นเวลานานกว่าจะทราบผลกระทบที่ชัดเจน เช่น การเกิดมะเร็ง ความเครียด

4) ผลกระทบระยะสั้น สามารถรักษาหรือฟื้นฟูให้หายได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว หรือผลกระทบระยะยาว (ผลกระทบเรื้อรัง) เป็นผลกระทบที่ไม่สามารถบำบัดเพื่อฟื้นฟูได้ในระยะเวลานั้นๆ หรือไม่อาจฟื้นฟูได้เลย

5) ผลกระทบทางตรง คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการนั้น โดยตรง เช่น ผลกระทบจากการปล่อยมลพิษทางอากาศ ผลกระทบทางอ้อม คือ ผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่กำหนดสุขภาพหรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การสร้างพื้นที่สาธารณะในชุมชน ทำให้ชุมชนและครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น ส่งผลให้การติดยาเสพติดลดลงและผลกระทบสะสม คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการหลายอย่างร่วมกัน เช่น การเกิดโรคมลพิษในเขตเมือง เนื่องจากมลภาวะจากการจราจร

สุขภาพเป็นเรื่องที่กว้าง เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม อย่างเช่นครอบครัวที่พ่อแม่พ่อแม่ไม่ได้ร่ำรวยมั่งคั่งอะไร แต่พ่อแม่ลูกได้อยู่กันพร้อมหน้า ได้ล้อมวงกินข้าวด้วยกัน มีความอบอุ่นร่วมทุกข์ร่วมสุข ช่วยเหลือเกื้อกูล มีจิตสาธารณะ มีชีวิตเชื่อมโยงสัมพันธ์อยู่กับชุมชน ไม่ได้มุ่งกอบโกยเอาเปรียบใครต่อใคร แม้บางครั้งอาจเจ็บไข้ได้ป่วยบ้าง หรือสมาชิกบางคนมีโรคประจำตัวบ้าง แต่ก็นับว่าเป็นครอบครัวที่มีสุขภาพดีหรือมีสุขภาพที่ดีได้

สุขภาพจึงเป็นเรื่องของคน ของครอบครัว ของชุมชน และของสังคม เป็นเรื่องของ "การอยู่เย็น- เป็นสุข" ซึ่งเป็นสถานะที่ตรงกันข้ามกับทุกขภาพ หรือการ "อยู่ร้อน – นอนทุกข์" ซึ่งได้แสดงความหมายของสุขภาพหรือสุขภาพที่ดีตรงข้ามกับทุกขภาพหรือทุกขภาวะ ดังแผนภูมิ

สุขภาวะ & สุขภาวะ - ทุกภาพ & ทุกภาพ	
คน	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>สุขภาพดี & มีคุณภาพชีวิต</p> <p>“อยู่เย็น – เป็นสุข”</p> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">  </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>ป่วย & ตาย ด้วยเหตุไม่สมควร</p> <p>เครียด บีบคั้น</p> <p>เห็นแก่ตัว</p> <p>อ่อนแอ แดกแยก</p> <p>ล้มสลาย</p> <p>ตัวใครตัวมัน</p> <p>สิ่งแวดล้อม & สภาพแวดล้อมแย่</p> <p>“อยู่ร้อน – นอนทุกข์”</p> </div> </div>
ครอบครัว	
ชุมชน	
สังคม	

แผนภูมิที่ 4 ความหมายของสุขภาพหรือสุขภาวะที่ตรงข้ามกับทุกภาพหรือทุกภาวะ

สังคมไทยเกิดกระบวนการปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปเพื่อสุขภาพหรือสุขภาวะ เพื่อนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับสังคมไทย จึงเกิดมีโครงการต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการชวนคนไทยออกกำลังกายขนานใหญ่ เป็นการเริ่มระดับปฏิบัติ แต่ควรนำไปให้ถึงการปฏิรูประบบ และปฏิรูปทิวเรื่องสุขภาพให้กว้างขวางขึ้น ดังนั้นการปฏิรูประบบสุขภาพจึงเป็นกระบวนการปฏิรูป 3 ระดับไปพร้อม ๆ กัน คือ ความคิด ระบบ โครงสร้าง และพฤติกรรมวิถีชีวิต ซึ่งรายละเอียดดังนี้

ระดับที่หนึ่ง คือ การปฏิรูปความคิดเรื่องสุขภาพ ให้คนไทยได้คิดมองใหม่ว่าเรื่องสุขภาพก็คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการ และไม่มีโรคเท่านั้น สุขภาพดีสร้างขึ้นได้ไม่ต้องรอให้เสียสุขภาพก่อนแล้วจึงไปหาหมอเพื่อรักษาเยียวยา คนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะสุขภาพดีโดยตระหนักว่าทุกคน ทุกครอบครัว ทุกชุมชน และทุกองค์กร ต่างก็มีหน้าที่ต้องช่วยกันสร้างสุขภาพที่ดีร่วมกัน

ระดับที่ 2 คือ การปฏิรูประบบโครงสร้าง กลไก มาตรการ กติกาต่างๆ ในสังคมเพื่อให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพได้จริง โดยกำหนดว่าให้จัดทำ “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ” ให้เสร็จภายใน 3 ปี เริ่มตั้งแต่สิงหาคม 2543 ถึง 2546 เพื่อให้เป็นกฎหมายหลักในการกำหนดทิศทางโครงสร้างและกลไกของระบบสุขภาพ

ส่วนการปฏิรูป ระดับที่ 3 นั้น คนไทยทุกคนสามารถลงมือทำได้ทันที ก็คือ การปฏิรูปพฤติกรรมที่ไม่ดี ซึ่งอาจทำลายสุขภาพตัวเอง เช่นการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น เพื่อช่วยสร้างสุขภาพที่ดีของเราเอง อันจะส่งผลให้ครอบครัวไทย ชุมชนและสังคมประเทศชาติมีความมั่นคงเพราะประชาชนมีสุขภาพดีกันถ้วนหน้า (อำพล จินดาวัฒนะ 2546 : 3)



แผนภูมิที่ 5 การปฏิรูประบบสุขภาพ 3 ระบบ

ความหมายของพฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

พฤติกรรม (Behavior) ได้มีผู้ให้ความหมายหลายลักษณะดังต่อไปนี้

ศรียา นิยมธรรม และประภัสสร นิยมธรรม (2519 : 1) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกใด ๆ ที่ผู้สังเกตเห็นได้ หรือ อาจเห็นได้จากเครื่องมือที่นักทดสอบนำมาใช้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 15) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การเกิดความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น

ลีทริโซค วรานูสันติกุล (2529: 9-11) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมหมายถึง ปฏิกริยาทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกมาภายนอก พฤติกรรมภายในอาจมีทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมนามธรรม เช่น ปฏิกริยาของอวัยวะภายในร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด เจตคติมักจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถเห็นได้ชัด ส่วนพฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกริยาที่คนเราแสดงออกตลอดเวลาของการดำรงชีวิตเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้ผู้อื่นมองเห็นทั้งจากวาจาและการกระทำ

โกลเดนสัน (Goldenson. 1984 : 90) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมไว้ว่าเป็นการกระทำหรือตอบสนองการกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคล และเป็นไปอย่างมีจุดมุ่งหมายสังเกตเห็นได้ หรือเป็นกิจกรรมกรรมกรกระทำต่างๆ ที่ได้ผ่านการใคร่ครวญมาแล้ว หรือเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว

จากแนวความคิดของพฤติกรรมที่กล่าวมานั้น สรุปความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรมหมายถึง การกระทำหรือการตอบสนองของมนุษย์ต่อสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใด หรือมีสิ่งกระตุ้นต่างๆ โดยการกระทำนั้นเป็นไปโดยมีจุดมุ่งหมายและเป็นไปอย่างใคร่ครวญมาแล้ว หรือเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว ไม่ว่าสิ่งมีชีวิตและบุคคลอื่นสามารถสังเกตการณ์กระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม พฤติกรรมมีองค์ประกอบทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ (Bloom, 1975 : 65-197)

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่าเป็นด้านความรู้ หมายถึง การมีประสบการณ์เกี่ยวกับข้อเท็จจริงหรือหลักการต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการศึกษาหรือการตรวจสอบ ความรู้นี้จัดเป็นความสามารถด้านสติปัญญา จำแนกออกได้ดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะและความสามารถทางสติปัญญาในระดับแรก รู้ว่าผู้อื่นสื่อสารมาอย่างไร และสามารถที่จะนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมาใช้ให้ประโยชน์

1.3 การนำไปประยุกต์ (Application) คือ ความสามารถที่จะนำความรู้ความเข้าใจจากกฎเกณฑ์และวิธีดำเนินการต่างๆ ของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะนำองค์ประกอบหรือส่วนต่าง ๆ เข้ามารวมกันเพื่อเป็นภาพลักษณ์ที่สมบูรณ์เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วน แล้วจัดรวมกันเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้น

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจว่าจะด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้ หรือกำหนดขึ้นด้วยตนเองก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (Affective Domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำให้อุณหภูมิในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคุณ การเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติแบ่งชั้นตอน ดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่า มีเหตุหรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีที่จะรับและการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดการตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วยความยินยอม ความพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และนำไปพัฒนาให้เป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบ และผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

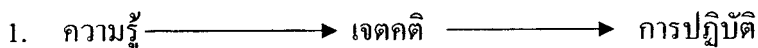
2.4 การจัดกลุ่มค่านิยม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านี้ ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิดและจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากมากไปที่สุด ไปถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแนวทางของการปฏิบัติ และแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขา กำหนด

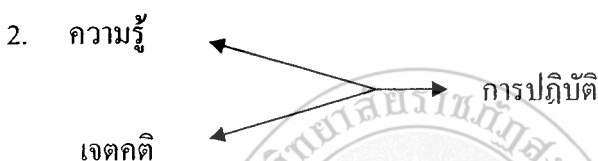
3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย หรือความรู้ ความคิด และพฤติกรรมด้านเจตคติเป็น

ส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่ประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ สามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ได้เป็น 4 ลักษณะ คือ (Schwartz. 1975 : 65)



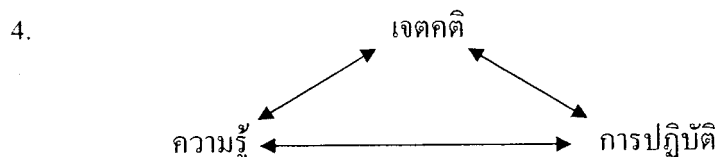
เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ ดังนั้น ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติและเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ



ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้และเจตคติต่างกันทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์



ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

ในด้านสุขภาพนั้นเจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีได้ ซึ่งจะทำให้เกิดสุขภาพดีได้ และเจตคติมีบทบาทสำคัญในเรื่องการปฏิบัติ เพราะถ้าคนเรามีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับ จะช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้หรือปฏิบัติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน

การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อการทำงานโรคเอดส์

การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อการทำงานโรคเอดส์ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคั้งนี้คือ คน ความรู้ และทรัพยากร โดยองค์ประกอบดังกล่าวต้องมีกระบวนการเรียนรู้ การจัดการและการพัฒนาเกิดขึ้นจึงจะช่วยให้การทำงานเอดส์ประสบความสำเร็จได้ ดังตัวอย่างการศึกษาในประเทศไทยมีผลงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานโรคเอดส์ เช่นในภาคใต้ตอนล่างปรากฏว่าปัญหาและอุปสรรคของการทำงานโรคเอดส์ในระดับตำบลที่สำคัญประการหนึ่ง คือ เจ้าหน้าที่ขาดความเชี่ยวชาญเรื่องโรคเอดส์ ส่วนระดับจังหวัดและอำเภอเองมีปัญหาที่ต้องรับผิดชอบงานหลายอย่าง และงานเอดส์ไม่ได้อยู่ในนโยบายเร่งด่วน (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา, 2547) นอกจากการทำงานเอดส์ของภาคใต้ดังกล่าวแล้ว รุ่งกานต์ พลเดช และทวีศักดิ์ (2540) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ.2531-2539 พบว่า จังหวัดพิษณุโลกสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ตลอดตั้งแต่ปี 2531 จนถึง 2539 โดยเน้นการพัฒนากำลังพลให้มีความรู้จริงและมีทัศนคติที่เหมาะสม ทั้งนี้ต้องสร้างแกนนำในระดับต่างๆ ทั้งในกลุ่มข้าราชการสาธารณสุข และส่วนราชการอื่น ๆ ตลอดจนแกนนำชาวบ้าน แกนนำโรงงาน แกนนำในโรงเรียน และสถานเริงรมย์ต่างๆ สำหรับในจังหวัดขอนแก่น ชวนชม วีรสิทธิ์ และสุกรี (2539) ได้ศึกษาทวิวิธีป้องกันโรคเอดส์สำหรับครอบครัวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า เพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สู่สถาบันครอบครัว ควรมีรูปแบบในการให้ความรู้โดยจัดอบรมเป็นกลุ่ม มีวิทยากรที่มีความรู้มาบรรยายพร้อมมีภาพสไลด์หรือวีดิทัศน์ที่เกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ให้ดูประกอบ สำหรับในแหล่งท่องเที่ยว เช่นมาเก๊า เตือนใจ เทพยสุวรรณ (2539) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในแหล่งท่องเที่ยว และให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางานป้องกันโรคเอดส์ไว้ 4 ประเด็นคือ (1) ควรศึกษาข้อมูลลักษณะของประชากรที่เกี่ยวข้องในแหล่งท่องเที่ยว (2) ควรศึกษาเชิงประเมินผลประสิทธิภาพของการผลิตสื่อและกระจายสื่อ รวมถึงช่องทางการกระจายสื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย (3) จัดทำแผนดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคเอดส์เพื่อให้มีประเมินผลที่เป็นรูปธรรมและ (4) ศึกษาผลกระทบของการให้ข้อมูลข่าวสารโรคเอดส์ต่อเศรษฐกิจของมาเก๊าโดยรวม

ทำนองเดียวกันในต่างประเทศ เริ่มตั้งแต่องค์การสหประชาชาติที่นำเสนอการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมต่างๆ ดังคำกล่าวที่ว่า “การพัฒนาความสามารถของตนเองและสังคมโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน นับเป็นองค์ประกอบสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพ” (Rifkin, 1990:2) นอกจากนี้ยังมีผลงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ อีกดังตัวอย่างเช่น ลาโนเอทและคณะ (Lanouette, Noelson, Ramamonijisao,

Jacobson&Jacobson, 2003) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ความตระหนักและการปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ใน มาดากัสการ์ ผลสรุปว่า การให้ความรู้ใด ๆ ที่เกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทั้งทาง ภาครัฐและเอกชนเข้าด้วยกัน นอกจากนี้ ลีวี (Levi,2000) ได้เน้นถึงความเข้มแข็งของชุมชนที่ จะต้องช่วยแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยเรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีตมาเป็นข้อมูลประกอบการแก้ไข ปัญหาในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีส่วนใน บางกลุ่มของบางประเทศ เช่น อาหรับและอิหร่าน พบว่า ยังขาดแคลนให้ความรู้หรือการจัด โปรแกรมให้ความรู้เรื่องเพศและการเจริญพันธุ์แก่กลุ่มคนช่วงอายุ 10 – 24 ปี (DeJong, jawad, Mortagy & Shepard, 2005) สำหรับจากการศึกษาในประเทศเวียดนามที่พบว่า แม้จะมีการให้บริการ ทางสุขภาพจากบุคลากรทางสาธารณสุข แต่กลุ่มผู้หญิงที่ให้บริการทางเพศชายที่จะได้รับคำแนะนำ หรือช่วยเหลือจากกลุ่มเพื่อนด้วยกันมากกว่า นอกจากนี้ นโยบายและ โปรแกรมต่าง ๆ ที่มี จำเป็นต้องเลือกยุทธวิธีที่ช่วยเหลือกลุ่มผู้หญิงที่ให้บริการทางเพศด้วย (Rrshing, Watts & Rushing, 2005) สำหรับการทบทวนระยะต่าง ๆ ในการทำงานรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ มีรายงานจากประเทศ แมกซิโก ของเทพิชิน (Tepichin,2000) ที่ประกอบด้วย 4 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 (พ.ศ.2528-2532) เป็นการแจกเอกสารที่เป็นคำถามคำตอบที่ช่วยเพิ่มการตระหนักเรื่อง โรคเอดส์ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2532- 2535) เป็นการรณรงค์โดยใช้โปสเตอร์ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2535-2537) เป็นการรวมกันระหว่างข้อความ ต่าง ๆ ทั้งในประเด็นของพ่อแม่ผู้หญิงและความเห็นอกเห็นใจของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ และระยะที่ 4 (พ.ศ.2539-2543) เป็นการรณรงค์สำหรับกลุ่มวัยรุ่นทั้งนี้ โดยให้พ่อแม่และครูคอยเป็นผู้ให้ความ ช่วยเหลือ

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือว่าเป็นหลักการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน เป็นกิจกรรม พื้นฐานในการพัฒนาต่าง ๆ เป็นทางเลือกที่ช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ แม้จะมีการกล่าวถึงการมี ส่วนร่วมของประชาชนและมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้้อย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่สามารถทำให้ ประชาชนพึ่งตนเองได้ และชุมชนไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงมีผู้เสนอแนวคิดของการ มีส่วนร่วมไว้มากมาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการ รวมทั้งชุมชนที่อยู่อาศัย โดยเน้นในเรื่องการพัฒนาความรู้ความสามารถของประชาชน ในการพัฒนา ชุมชนของตนเอง ซึ่งมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยดังนี้

1. การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวมาใช้ ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพใน ชุมชนได้ดีเท่ากับการดูแลตนเอง

2. การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่สอดคล้อง หรือไม่เป็นที่ยอมรับในชุมชน ก่อให้เกิดการสูญเสียเปลืองเงินมาจากประชาชนไม่มารับบริการ

3. ชุมชนมีทรัพยากรมากมายทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ กำลังคนสามารถนำมาใช้ซึ่งจะทำให้ชุมชนยอมรับและเข้าถึงการบริการ

4. ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะมีผลต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ของตนเอง

การมีส่วนร่วมของชุมชนจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้หลายประการ กล่าวคือ ชุมชนตระหนักถึงปัญหาของตนเอง มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาได้ใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในการร่วมกิจกรรม ร่วมตัดสินใจ ตลอดจนได้นำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชน ทำให้รู้สึกว่าเป็นเจ้าของ ก่อให้เกิดการพึ่งตนเอง มีความสามัคคีในกลุ่มและนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ปรัชญา เวสารัชช (2528) ได้ให้แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าควรครอบคลุมประเด็นสำคัญต่อไปนี้ คือ

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน ควรครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและสังคมได้ร่วมกิจกรรม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาและเกิดประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

2. การมีส่วนร่วมเป็นความสมัครใจและเป็นประชาธิปไตย ในกรณีต่อไปนี้

2.1 การเอื้อให้เกิดความพยายาม

2.2 การแบ่งปันผลประโยชน์ของการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

2.3 การตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย กำหนดนโยบาย การวางแผนและดำเนินโครงการ

พัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

3. การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ว่าจะเป็นระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติจะช่วยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ประชาชนลงทุนลงแรงกับประโยชน์ที่ได้รับ

4. การมีส่วนร่วมมิได้เป็นเพียงเทคนิค วิธีการ แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเอื้อประโยชน์ต่อประชาชน

อคิน รพีพัฒน์ (2531) ได้ให้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนใน 3 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในช่วงจังหวะเวลาต่าง ๆ ของกิจกรรม ต่อไปนี้

1.1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา

1.2 การมีส่วนร่วมในการค้นหาและพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหา

1.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา

1.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา

2. การมีส่วนร่วมที่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไข อาทิเช่น ความเกรงใจ ถูกบีบบังคับ มีสิ่งจูงใจ เฉพาะหน้า มีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและกิจกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวกับตนและชุมชน

3. การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่ปรารถนา นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังเกิดจากความศรัทธา ความเกรงใจ และอำนาจบังคับ

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2534) ให้แนวคิดการมีส่วนร่วมไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรค (participation as a mean) หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรค วิธีการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่วางไว้ก่อนแล้ว เปรียบเสมือนเรือที่ต้องหาคนลากจูง คนที่ลากจูงตั้งเป้าหมายไว้และจูงให้ชุมชนมีส่วนร่วม

2. การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายประสงค์ (participation as a an end) หมายถึง เป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะทำให้เกิดการพึ่งพาได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในการวางแผนแก้ไขปัญหาและร่วมทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำนั้น แม้โครงการจะสิ้นสุดลงแล้วก็ตาม แต่การมีส่วนร่วมก็จะยังคงคงอยู่ตลอดไปทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืน เปรียบเสมือนเรือที่ไม่ต้องมีการลากจูงเพราะชุมชนได้ตั้งเป้าหมายไว้ร่วมกัน

กรรณิการ์ พงษ์สนธิ (2543) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการให้โอกาสประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา

ฮาร์โรลด์ เอฟ คอฟแมน (Harold F.Kaufman.1949) กล่าวว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดครอบครัว อาชีพ รายได้ และความยาวนานในการอาศัยอยู่ในท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน

เฮย์ จี โดแนลด์ (Hay G.Donald. 1951) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือสถานภาพทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางอาชีพ และที่อยู่อาศัย โดยบุคคลผู้มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำจะเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนน้อยกว่าบุคคลผู้มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูง

จอห์น เอ็ม โคะเฮน และ นอร์แมน ที อัฟฮอร์ฟ (John M. Cohen and Narman T. Uphoff. 1980) ได้ให้กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท 3 มิติ และ 2 บริบทดังนี้

1. มิติ dimensions ประกอบด้วย 3 มิติ คือ

1.1 มีส่วนร่วมอะไรบ้าง ซึ่งแบ่งเป็นส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการ โดยทางใดทางหนึ่ง เช่นการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ การบริหารกิจกรรม หรือการประสานงานการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินการ

1.2 มีส่วนร่วมกับใครบ้าง ได้แก่การมีส่วนร่วมกับชาวบ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ทางราชการ นักพัฒนาเอกชน ทั้งนี้ให้พิจารณาคุณลักษณะของผู้เข้ามามีส่วนร่วมในเรื่อง เพศ สถานภาพ ครอบครัว อาชีพและรายได้

1.3 การมีส่วนร่วมอะไรบ้าง ได้แก่ การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจหรือถูกบังคับ รูปแบบของการมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มพลังประชาชนหรือเป็นเพียงการคิดต่อสัมพันธ์กับนักพัฒนาเท่านั้น

2. บริบท (contexts) แบ่งออกเป็น 2 บริบท คือ

2.1 ลักษณะของโครงการ โดยพิจารณาจากลักษณะของสิ่งนำเข้าว่ามีความซับซ้อนทางเทคโนโลยีเพียงใด ลักษณะของประโยชน์ที่ได้รับ (ความเร็วหรือซ้ำที่ได้รับประโยชน์)และเงื่อนไขที่ต้องกำหนด เช่น การเข้าถึงบริหาร โครงการ ความยืดหยุ่น โครงการ เป็นต้น

2.2 สภาพแวดล้อมของกิจกรรมตามโครงการ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางกายภาพและธรรมชาติ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางการเมือง เป็นต้น

กลาสทา ทวี ไวท์ (Alastair T. White, 1982) ได้ให้คำจำกัดความว่า การมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 มิติด้วยกัน คือมิติที่หนึ่งคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าอะไรควรทำและทำอย่างไร มิติที่สองมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา การลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจ และมิติที่สามมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ ที่เกิดจากการดำเนินงาน ประการที่สี่ ที่น่าจะพิจารณา คือการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

บาติโล (Bartillo อังโน นำชัย ทนุผล, 2543) ได้ให้ทัศนะว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของประชาชนนั้นจะต้องเป็นการมีส่วนร่วมที่ประชาชนมีอิสรภาพและความเต็มใจในการเข้าร่วม มิใช่การมีส่วนร่วมเพราะเกรงใจหรือการถูกขอร้องจากเจ้าหน้าที่ หรือผู้มีอำนาจอันไม่ใช่รูปแบบของการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริง

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการพัฒนา ที่เน้นความสำคัญให้ประชาชนเป็นผู้มีบทบาทในการตัดสินใจด้วยตนเองในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของชุมชน เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ค้นหาปัญหาและสาเหตุการวางแผนการตัดสินใจ การดำเนินงาน การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการจัดสรรผลประโยชน์ร่วมกัน การที่ประชาชนได้มีโอกาสร่วมคิดร่วมทำด้วยตนเอง ที่จะนำชุมชนไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป การพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งยั่งยืนได้นั้นต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในชุมชนร่วมมือร่วมใจกันจึงจะประสบความสำเร็จได้ ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน มีดังนี้

อกิน รพีพัฒน์ (2531 : 49) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนามี 5 ระดับ คือ

1. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การพิจารณาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา
3. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหา และพิจารณาแนวทางวิธีการในการแก้ปัญหา
4. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา
5. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมการพัฒนา

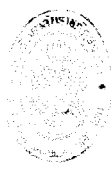
สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2546 : 24) สรุปกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนดังนี้

1. ร่วมรับผลประโยชน์ แต่ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ
2. มีส่วนร่วมในด้านแรงงาน เช่น วัสดุ อุปกรณ์ ทรัพยากรอื่นๆ
3. มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม แต่ไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ของโครงการ
4. มีส่วนร่วมในการกำกับ ติดตาม และประเมินผล
5. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และกิจกรรมการมีส่วนร่วมในระดับนี้จะเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เพราะชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง

WHO / UNICEF (1978 : 41 – 49) ได้เสนอ รูปแบบของกระบวนการ มีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผลและประการสำคัญ คือ ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง
2. การดำเนินกิจกรรม ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมทางการเงิน
3. การใช้ประโยชน์ โดยประชาชนต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้
4. การได้รับประโยชน์ โดยประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน

จอห์นเอ็ม โคเฮนและนอร์แมน ที อัฟฮอฟฟ์ (John M.Cohen and Norman T.Uphoff 1980 :213-218) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ



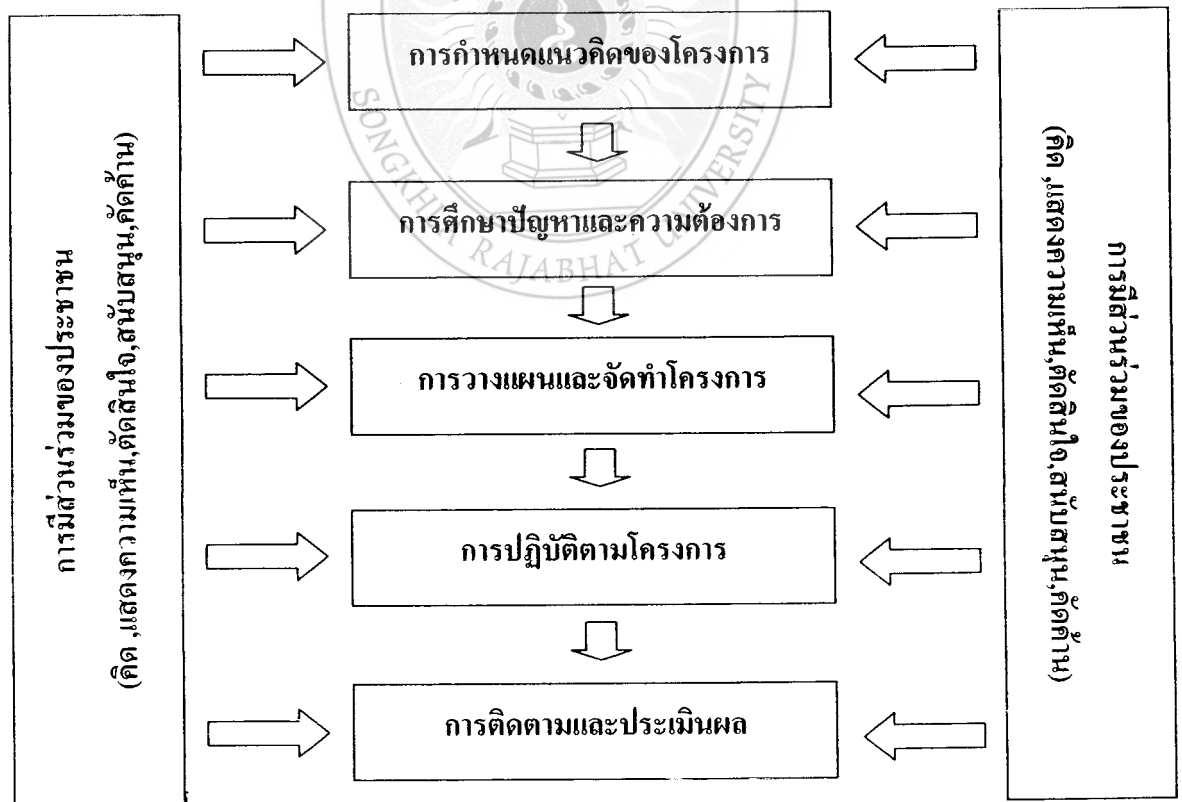
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย การริเริ่ม ตัดสินใจ
ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจปฏิบัติการ

2. การมีส่วนร่วมการปฏิบัติ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนทรัพยากร
การบริหาร การประสานความร่วมมือ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ประกอบด้วยผลประโยชน์ด้านวัสดุ ด้าน
สังคม และบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนเป็นผู้มีความสำคัญที่สุดในการ
ร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ดังนั้นประชาชนต้องเข้าไปมีส่วน
ร่วมในทุกขั้นตอนของการแก้ปัญหา ไม่ว่าจะเป็นการค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน
วางแผนแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติตามแผน และประเมินผลงานเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาดัง ๆ ที่เกิดขึ้น
ได้ทันที กระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นการกระตุ้น ให้ประชาชนเกิดจิตสำนึกที่จะรับผิดชอบต่อ
ชุมชนร่วมกัน สรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้ (ทะนงศักดิ์ คุ้มใจน้ำ. 2546 :81)



แผนภูมิที่ 6 ขั้นตอนกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

ที่ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ ด้วยตนเอง ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ย่อมส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งทางปัญญา กล่าวคือ กล่าวทำ จนสามารถพึ่งตนเองได้ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลายระดับ มีความแตกต่างกันไปตามสภาพของชุมชน โครงสร้างการดำเนินงานของรัฐ ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ความศรัทธาของประชาชนต่อคนของรัฐ ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น

ริฟกิน (Rifkin, 1990 อ้างใน ณรงค์ ฌ เชียงใหม่.2545:3) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากโครงการ (People Participate in the Benefits of the Programs)

ในกรณีการรับผลประโยชน์ดังกล่าวแล้ว ไม่ได้หมายความว่าจำเป็นต้องตอบแทนเป็นเงินสดเท่านั้น แต่หมายความว่าสมาชิกในชุมชนเป็นผู้รับบริการ โดยหน่วยงานของรัฐเป็นผู้จัดให้ ซึ่งเป็นระดับเบื้องต้นที่สุด เป็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ประชาชนรับบริการด้านการรักษาพยาบาล การรับภูมิคุ้มกันโรค การบริการอื่นๆ

ระดับที่ 2 ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมเป็นบางส่วน (People Participate in Program Activities)

เป็นการมีส่วนร่วมเพิ่มเติมจากระดับที่ 1 โดยที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้านแรงงาน เงิน และอื่น ๆ ซึ่งจัดได้ว่าเป็นความร่วมมือแบบมีส่วนร่วม (Active) แต่ชุมชนก็ยังไม่ได้ร่วมงานอย่างแท้จริง

ระดับที่ 3 ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมต่างๆ (People Participate in Implementation Programs)

ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น แต่เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของโครงการยังถูกกำหนดโดยผู้จัดทำนโยบาย หรือแผนงาน

ระดับที่ 4 ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับและประเมินผล (People Participate in Monitoring and Evaluation Programs)

เป็นการมีส่วนร่วมในการกำกับติดตามตรวจสอบและประเมินการดำเนินโครงการว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ เพียงใด แต่ประชาชนยังไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของโครงการ

ระดับที่ 5 ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน (People Participate in Planning programs)

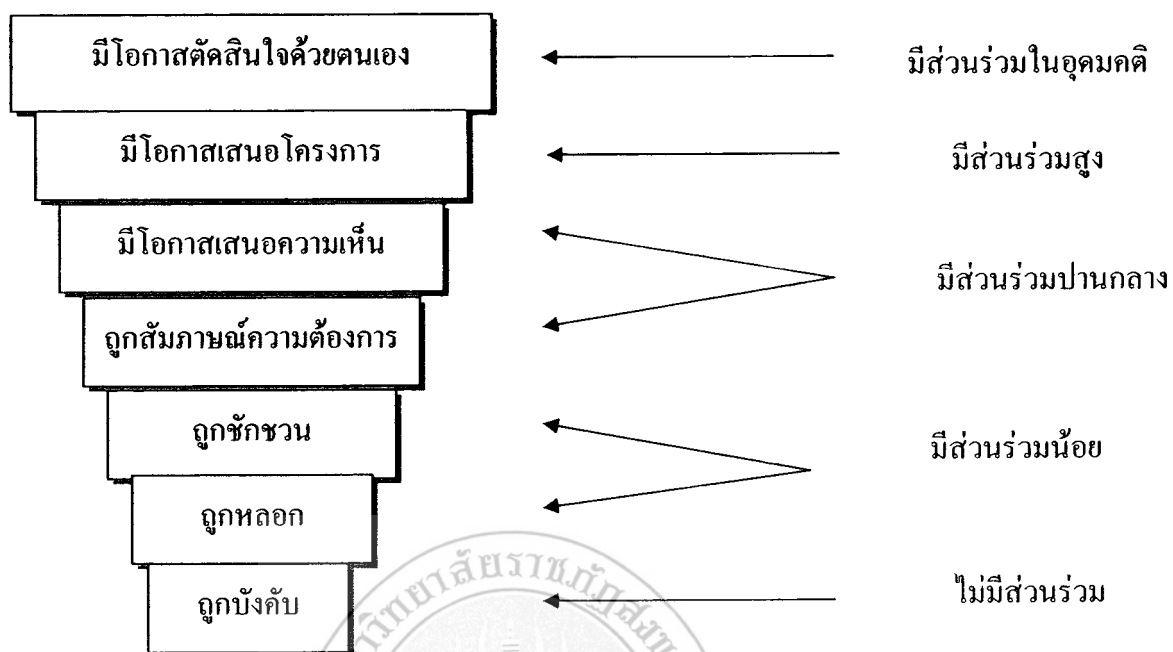
เป็นระดับสุดยอดของการมีส่วนร่วม สมาชิกของชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ในระดับนี้ประชาชนดำเนินการเองทั้งหมด โดยมีหน่วยงานของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน อันจะมีผลทำให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน

หนังสือพหุติกรรมสุขภาพ (อ้างในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2546 :23)

ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ออกเป็น 8 ระดับ คือ

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. No participation | ไม่มีการมีส่วนร่วม |
| 2. Information | มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร |
| 3. Consultation | มีส่วนร่วมในการร่วมปรึกษาหารือ |
| 4. Consensus building | มีส่วนร่วมในการสร้างประชาคมติ |
| 5. Decision making | มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ |
| 6. Risk sharing | มีส่วนร่วมในระดับของการร่วมรับความเสี่ยง |
| 7. Partnership | มีส่วนร่วมในระดับของการเป็นหุ้นส่วน |
| 8. Self management | มีส่วนร่วมถึงระดับการจัดการได้ด้วยตนเอง |

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความแตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่ระดับพื้นฐาน คือ ประชาชนเป็นผู้รับผลประโยชน์จากการบริการของรัฐ โดยที่ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ เป็นลักษณะการพึ่งพา ต่อมาประชาชนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ร่วมแรงงาน เงิน ทรัพยากรอื่น ๆ เป็นลักษณะความร่วมมือแบบมีส่วนร่วม จากนั้นประชาชนเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมในการควบคุมกำกับกิจกรรม การมีส่วนร่วมในระดับนี้ถือว่าประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น แต่รัฐเป็นผู้กำหนดนโยบาย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ส่วนระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือ ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ กำหนดนโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการพัฒนา ควบคุม กำกับ ประเมินผลกิจกรรม โดยประชาชนเองทั้งหมด อำนาจอยู่ที่ประชาชน การมีส่วนร่วมในระดับนี้จึงทำให้ชุมชนเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ หน่วยงาน องค์กรของรัฐต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดในการพัฒนาในอดีตที่รัฐเป็นผู้หยิบยื่นความช่วยเหลือให้กับประชาชนมาโดยตลอด มาเป็นการพัฒนาแนวใหม่ที่สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนได้โดยการพึ่งตนเองเป็นหลัก ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้ (ทงนงศักดิ์ กุ่มไข่น้ำ. 2546 : 78)



แผนภูมิที่ 7 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน ละเอียดย่อย และเปราะบาง ดังนั้นการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาความสามารถของประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น การทำประชาพิจารณ์ การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีชาวบ้าน จักต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น

1. บทบาทและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ ความกระตือรือร้นในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่จักต้องเชื่อมั่นว่าประชาชนสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ประชาชนสามารถคิดเองได้ และตัดสินใจเองได้ เจ้าหน้าที่จักต้องไม่ครอบงำความคิดของประชาชน ต้องไม่แสดงอำนาจข่มขู่ประชาชน ต้องแสดงให้เห็นว่ามีความสามารถและความรับผิดชอบสูง และจักต้องสร้างศรัทธาให้ประชาชนเชื่อถือ

2. ระบบบริหารราชการ ได้แก่ ระบบบริหารราชการ กฎหมายและระเบียบการต่างๆ เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือไม่ เช่น การดำเนินงานของหน่วยงานราชการต้องการเห็นผลในระยะสั้น หรืออำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ส่วนกลาง เมื่อสั่งการไปก็ไม่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของชุมชนการมีส่วนร่วมก็ไม่เกิดขึ้น

3. ชุมชน ได้แก่ การจัดระเบียบทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ฯลฯ ซึ่งจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างมาก ชุมชนแต่ละชุมชนมีปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมแตกต่างกันบางชุมชนมีการรวมตัวกันง่ายและเสียสละช่วยเหลือกัน ชุมชนนั้นก็จะมีโอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วมได้ง่ายกว่า

ชุมชนที่ต่างกันต่างอยู่ เอารัดเอาเปรียบและมุ่งผลประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ชุมชนที่มีปัญหาที่ยังมีวิธีการหรือกระบวนการในการจัดองค์กรชุมชนที่จะช่วยให้ชุมชนรวมตัวกันได้

โดยทั่วไปผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมมักจะมีอยู่ 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ประชาชน โดยประชาชนต้องเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหา หรือพัฒนากิจกรรมนั้น ๆ
2. ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่นมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม
3. เจ้าหน้าที่ของรัฐ จะต้องมีความรับผิดชอบ กระตือรือร้น สนใจ และให้ความสำคัญ ของปัญหา มีการดำเนินการและติดตามตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนให้ประชาชน ดำเนินการ

ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน ไม่ว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องเปิดใจกว้างยอมรับและมีความเชื่อมั่น ในศักยภาพของชาวบ้านในการแก้ปัญหาและตัดสินใจด้วยตนเอง ปราศจากการชี้นำทางความคิดต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนคิดเอง ทำเอง และแก้ปัญหาเอง การยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา จึงเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนา ส่งเสริมให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ โดยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากหน่วยงาน องค์กร เจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อเป็นปัจจัยเกื้อหนุนในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนนโยบายของรัฐ กฎระเบียบต่างๆ เล็กค่านายตการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมพัฒนาต้องสร้างความตระหนักให้ประชาชน เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เกิดจากการร่วมกันคิด ร่วมกันแก้ปัญหา ภายใต้เงื่อนไขปัจจัยของแต่ละชุมชนที่มีความแตกต่างกัน

สิ่งที่สำคัญในการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ ความจริงใจ ความเสียสละ และความสามัคคีของคนในชุมชน การที่จะทำให้ชุมชนเกิดจิตสำนึกร่วมกันได้นั้นต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน เพื่อจะได้เป็นสิ่งกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดการพัฒนา ในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนานั้น นักพัฒนาต้องมียุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน เน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และใช้กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยมีอำนาจที่เกิดจากการรวมพลังของประชาชนเป็นเครื่องมือในการทำงาน

นเรศ สงเคราะห์สุข (2541 : 113 – 114) ได้สรุปประสบการณ์การทำงานเป็นยุทธศาสตร์ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ 2 ด้านด้วยกัน คือ

1. การจัดกระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมสามารถทำได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้

- การจัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านเพื่อทำความเข้าใจ และเรียนรู้ร่วมกัน
ในประเด็นต่างๆ
- การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มองค์กรต่างๆ ภายในชุมชนและ
ระหว่างชุมชน
- การจัดทัศนศึกษาดูงาน และการเชิญผู้มีประสบการณ์มาให้ข้อคิดเห็นและ
แลกเปลี่ยนแนวคิด และประสบการณ์
- การจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะด้านต่างๆ
- การลงมือปฏิบัติจริง
- การถอดประสบการณ์ และสรุปบทเรียนจะนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการ
ทำงานที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. การพัฒนาผู้นำและเครือข่าย เพื่อให้ผู้นำเกิดความมั่นใจในความรู้ หรือความสามารถ
ที่มีอยู่ จะช่วยให้ผู้นำริเริ่มกิจกรรม การแก้ไขปัญหา หรือกิจกรรมการพัฒนาได้ โดยการ

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำ ทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชนจะช่วยทำให้เกิด
การเรียนรู้ที่กว้างและชัดเจนขึ้น
- สนับสนุนให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง จะทำ
ให้เกิดกระบวนการจัดการและการจัดองค์กรร่วมกัน

นอกจากนี้ อเนก นากะบุตร (2536 : 66 – 68) ได้กล่าวถึงยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของ
ประชาชน ในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในรูปขององค์กร กลุ่มเครือข่าย ซึ่งมี 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 กระบวนการพัฒนา “เกษตรกรปัจเจก”

ในท้องถิ่นจะมีเกษตรกรที่มีลักษณะ “ปัญญาชน” ที่มีความสามารถในการวิเคราะห์
ค้นคิด ลองทำ และสรุปบทเรียนจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ผสมผสานกับความรู้เทคโนโลยีจากภายนอก
และนำเข้าไปจากนักพัฒนาโดยการดูงาน เสนวนาเพื่อให้เกิดการวิเคราะห์ ตัดสินใจ ลงมือทำจากการ
ลองผิดลองถูก

ระดับ 2 กระบวนการพัฒนาองค์กร / กลุ่มระดับหมู่บ้าน

นักพัฒนาจะเป็นผู้กระตุ้นให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้ โดยการจัดเวทีวิเคราะห์ปัญหาใน
หมู่บ้าน และกระจายไปสู่หมู่บ้านข้างเคียง กระบวนการวิเคราะห์ของกลุ่มชาวบ้านจะก่อให้เกิดการ
จัดตั้งคณะกรรมการ การแบ่งบทบาทความรับผิดชอบ และการจัดตั้งรับรองกฎระเบียบของชุมชน
ในด้านต่างๆ

ระดับ 3 กระบวนการพัฒนาเครือข่าย และองค์ระหว่างหมู่บ้าน

การยกระดับการจัดการองค์กรของชาวบ้าน โดยให้การเชื่อมโยงองค์กร 2 ระดับเป็นเครือข่าย เพื่อร่วมกันจัดการและแก้ปัญหาในระดับที่กว้างขึ้น

อาจกล่าวได้ว่ายุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกระบวนการสร้างจิตสำนึก และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนตระหนักถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและการให้อำนาจแก่ประชาชน ให้มีความสามารถในโครงการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ยากจน หรือผู้เสียเปรียบในชุมชน มีพื้นฐานคือกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการกลุ่ม ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม เริ่มต้นจากการพัฒนาระดับปัจเจก เพื่อให้ชาวบ้านมีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การตัดสินใจแก้ปัญหา หลังจากนั้นชาวบ้านจะรวมกลุ่มกัน เพื่อแก้ไขปัญหาชุมชนของตน และมีการเชื่อมโยงกลุ่มต่างๆ เป็นเครือข่ายเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับท้องถิ่น ซึ่งทำให้มีพลังในการต่อรองมากยิ่งขึ้น ในทุกระดับของการพัฒนาองค์กรจะต้องมีการจัดการกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้นำเครือข่าย โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดทำศึษาคุณภาพ การจัดฝึกอบรม การลงมือปฏิบัติ และสรุปบทเรียนอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมนั้น ก่อให้เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่หลากหลายและแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพและสภาพปัญหาของแต่ละชุมชน โดยการสนับสนุนจากภาครัฐและหน่วยงานองค์กรเครือข่ายต่างๆ แต่สิ่งที่สำคัญ คือ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นต้องเกิดจากแนวคิดของคนในชุมชนเอง มิใช่กำหนดมาจากหน่วยงานภายนอก ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่สนองต่อความต้องการของชุมชน นำไปปฏิบัติได้และสามารถแก้ปัญหาให้กับชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่องสุขภาพ ก็เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมที่ชุมชนได้ให้ความสำคัญ เพราะสุขภาพเป็นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในการพัฒนาสุขภาพมีความจำเป็นต่อหารูปแบบให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาแบบยั่งยืนและสามารถพึ่งตนเองได้ โดยอาศัยรูปแบบต่อไปนี้ คือ (รัชนีพร ภูกร.2537)

1. การสำรวจและการใช้ผลสำรวจความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาของชุมชนเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์คือการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะยาวหากสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการสำรวจ จปฐ. และการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เป็นเครื่องมือสำคัญในการระดมความร่วมมือในการวางแผนแก้ไขปัญหาของตนเองโดยกลุ่มประชาชนในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ตลอดจนการระดมทุนในชุมชน การดำเนินงาน จปฐ. ที่ผ่านมาเป็นเพียงการร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน คือประชาชนได้รับการชี้แจงให้รับรู้ และยอมรับสภาพปัญหาและนำไปสู่ความจำเป็นที่ต้องแก้ไข จากการศึกษาพบว่า คณะกรรมการหมู่บ้านมิได้นำผลสำรวจ จปฐ. ไปใช้ในการวางแผน

หมู่บ้าน นอกจากนี้ยังขาดความรู้ความสามารถที่จะนำผลสรุปไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาหมู่บ้านทั้งนี้อาจเนื่องจากขาดแรงจูงใจหรือไม่เห็นความสำคัญของงาน เพราะไม่มีอำนาจในการบริหารจัดการ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเนื้อหาหรือสิ่งที่สมควรได้รับการพัฒนา เพราะเนื้อหาทุกอย่างกำหนดมาจากส่วนกลาง (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ.2531)

2. การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเฉพาะเรื่องเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของชุมชน เพราะต้องการระดมความร่วมมือจากทุกครัวเรือนในชุมชนและจะต้องมีการจัดตั้งกลุ่มบุคคลขึ้นดูแล บริหารจัดการ เพื่อให้กองทุนนั้นสามารถแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขได้ตามที่ต้องการ ความเหมาะสมกับสภาพปัญหา เศรษฐกิจ ตลอดจนพื้นฐานการร่วมมือและการรวมตัวของประชาชนในชุมชน อาทิเช่น กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน กองทุนโภชนาการ กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน และกองทุนพัฒนาสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นต้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การใช้ประโยชน์ของประชาชนในกิจกรรมกองทุนยามีน้อย เนื่องจากกิจกรรมกองทุนยาและวิธีการดำเนินงาน ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแนวคิดและวิธีการปฏิบัติของประชาชนในโครงการของกองทุนเวชภัณฑ์ เป็นการมีส่วนร่วมที่ถูกสร้างขึ้น โดยรูปแบบกิจกรรมที่กำหนดโดยสาธารณสุข ตั้งแต่การให้ชุมชนยอมรับการวางแผนขึ้น โดยรูปแบบกิจกรรมและความคุ้มค่าประเมินผล

3. การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน (ศสมช.) เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีการร่วมมือกัน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหา ศสมช. จะเป็นศูนย์กลางที่จะพัฒนาบุคลากรของชุมชนให้มีความรู้และความเข้าใจในด้านสุขภาพอนามัยมากยิ่งขึ้น เป็นสถานที่ๆเจ้าหน้าที่สามารถให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ดำเนินงานใน ศสมช. ได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันประชาชนก็สามารถร่วมกลุ่มบริหารจัดการและดูแลให้บริการใน ศสมช. เพื่อแก้ไขปัญหาชุมชนจากการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน เกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของ ประพันธ์ บรรลุมงคลปี (2531) พบว่าสาเหตุของการเข้ามามีส่วนร่วมกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ คือ การมีความรู้ความเข้าใจในงานสาธารณสุข และปัญหาที่ไม่เข้าร่วมคือไม่มีเวลาเพราะต้องใช้เวลาในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จำเป็น ชาญชัย (2537) ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงประโยชน์และความสำคัญของการมี ศสมช. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ศสมช. มีมากในด้านการปฏิบัติ ส่วนด้านการร่วมคิดการตัดสินใจ การติดตามและประเมินผลจะมีน้อย เพราะไม่ได้เข้าร่วมตั้งแต่ต้น ที่ได้เข้าร่วมเพราะประชาชนส่วนใหญ่เกรงใจเจ้าหน้าที่มากกว่า นอกจากนี้ประชาชนยังมีความเข้าใจว่า ศสมช. เป็นที่จำหน่ายยาเม็ดคุมกำเนิด วัคซีน ความดัน โลหิต ยาขยายสามัญประจำบ้าน และชั่งน้ำหนักเด็กเท่านั้น และประชาชนบางคนเข้าใจว่า ศสมช. คือ ที่ทำการของ อสม. (วราภรณ์ สระมัจฉา.2541)

4. การจัดตั้งผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกลุ่มชุมชนและบุคคล การคัดเลือกและฝึกอบรม ผสส./อสม. เป็นการสร้างกลุ่มประชาชนที่มีความรู้ ความสามารถด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน โดยให้ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจและความสามารถที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน โดยให้ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจและความสามารถที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อสม. มีพื้นฐานการศึกษาต่ำจึงได้รับความเชื่อถือจากประชาชนน้อยในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัย ทำให้ อสม. ไม่มั่นใจในบทบาทหน้าที่ของตน บางคนไม่มั่นใจในภูมิความรู้ทักษะที่จะนำไปถ่ายทอดให้กับประชาชนและเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม. ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความสามารถในการพิจารณาเหตุและผลได้ดีกว่า และมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่การให้บริการตามตารางปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. ส่วนใหญ่จะทำงานคนเดียว บางกลุ่มไม่เคยประชุมร่วมกันเลย (วารสาร สส. ๒๕๔๑)

รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านสุขภาพนั้น เป็นรูปแบบที่เน้นในด้านการดูแลสุขภาพ โดยประชาชนในชุมชนเป็นผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นเพียงร่วมกิจกรรม ไม่ได้ร่วมคิดวิเคราะห์วางแผน หรือกำหนดกิจกรรมด้วยตนเอง ประชาชนจึงไม่ได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง กิจกรรมที่เกิดขึ้นจึงไม่สอดคล้องกับความต้องการ และสภาพบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน มีรูปแบบเหมือนกันทั่วประเทศ กิจกรรมจึงไม่มีความยั่งยืนและขาดความต่อเนื่องประชาชนขาดความสนใจเกิดความรู้สึกว่ามีเจ้าของกิจกรรม แต่ที่เข้าร่วมเพราะผลประโยชน์หรือบางทีเกรงใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนให้ความสำคัญในเรื่องการประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ จึงทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

(Community Participation Model of Health Promotion)

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทาง สำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและเกื้อหนุนให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้านแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบเนื่องจากสุขภาพนั้นเป็นองค์รวมที่มาจากส่วนประกอบหลาย ๆ ประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุน ชัยยัง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องอาศัยความ

ร่วมมือและการระดมพลังจากทุกฝ่าย ในการดูแลสุขภาพของตนเองและการปรับปรุงสังคมด้านต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และอื่น ๆ โดยใช้กลยุทธ์การถ่ายโอนอำนาจจากรัฐมาสู่ประชาชน ให้มีพลังอำนาจที่จะดูแลสุขภาพ และจัดการกับชุมชนของตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและความเป็นไปได้ในแต่ละท้องถิ่น โดยคำนึงถึง ระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกันของชุมชน และเน้นการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนอย่างเต็มที่

การประชุมแพทยศาสตร์ (2542) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพจึงเสนอแนะระบบบริการสุขภาพ ที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 3 ประการ คือ

1. การสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชน ในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เพราะความเข้มแข็งของประชาชน และชุมชน จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น

2. การจัดบริการในชุมชน (community-based health services) เป็นบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุดและ

3 การประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนา โยกายเพื่อสุขภาพ (public health policy) ที่จะมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ

บทบาทของประชาชน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพต่อตนเอง และชุมชน โดยประชาชนจะต้องเห็นคุณค่า และผลของสิ่งแวดล้อม ต่อภาวะสุขภาพ ช่วยกันรักษา และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การรวมตัวกันของชุมชน เพื่อออกกำลังกาย การณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด การณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุและการจัดโครงการ โรงเรียนสุขภาพดี ที่ทำงานสุขภาพดี หรือชุมชนสุขภาพดี เป็นต้น องค์กรชุมชน จึงต้องมีการพัฒนาโครงสร้าง และกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีความคิดสร้างสรรค์ และตระหนักในสุขภาพของชุมชน และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำหน้าที่ให้ความรู้ และสนับสนุนให้เกิดทักษะ การส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิด การส่งเสริมพลังอำนาจชุมชน ที่สนับสนุนให้ชุมชนเกิดความสำนึก และพันธสัญญาต่อส่วนรวม และการเสริมสร้างให้ชุมชนลงมือทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นการสะสมความรู้และประสบการณ์ จากการปฏิบัติจริง (learning by doing) และเป็นกระบวนการเรียนรู้ แบบปฏิสัมพันธ์ (interactive learning process) โดยเริ่มตั้งแต่ การสร้างทีมงานเขียน โครงการ จัดทำแผนดำเนินงานควบคู่ไปกับกระบวนการสะท้อนความรู้สึก เป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน ซึ่งมีส่วนเกื้อหนุนขององค์กรชุมชน ให้มีความแข็งแกร่งและมั่นคงยิ่งขึ้น สำหรับการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

1. ขั้นตอนการสร้างทีมงาน มีการจัดการดังนี้ การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในสาขาต่าง ๆ เช่น ครู พัฒนาชุมชน เกษตร ชุมชน และองค์กรต่างๆ ในชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่นการทำบุญทอดกฐิน ปลูกต้นไม้ในชุมชน งานวันเด็กของโรงเรียน งานบวช และงานศพ เป็นต้น เพื่อแสดงออกถึงความจริงใจ ที่มีต่อชาวบ้านในชุมชน และถ้าหากเป็นคนในท้องถิ่น และสามารถพูดภาษาท้องถิ่นก็จะยิ่งเป็นการดี ที่จะทำให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคยกับชาวบ้านมากขึ้นจนกลายเป็นความไว้วางใจ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสถานีนอมนัมย

การสร้างแกนนำของชาวบ้าน หรือ “ทีมส่งเสริมสุขภาพชุมชน” ด้วยการจัดประชุมอาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน หรือกลุ่มอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งชาวบ้าน เพื่อเปิดกว้างให้กับคนในชุมชนทุกคน ได้เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะ อาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น จึงต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ ของโครงการ บทบาท และความสำคัญของแกนนำชาวบ้าน คือ ต้องเป็นผู้มีความสมัครใจ เสียสละ สามารถอุทิศเวลาให้กับส่วนรวมได้ และที่สำคัญต้องมีความสนใจในเรื่องของสุขภาพ ทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ ของคนในชุมชนสามารถกระตุ้น ชักจูงชาวบ้านให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพ และยินดีร่วมมือกันแก้ไขปัญหาของชุมชนและเป็นผู้นำในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนได้

การให้ความรู้แก่กลุ่มแกนนำชาวบ้าน เพื่อให้กลุ่มแกนนำได้เกิดแนวคิด เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและเป็นพื้นฐานในการทำงานต่อไป

2. ขั้นตอนการสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน สามารถทำได้หลายรูปแบบ แต่ในที่นี้ขอเสนอด้วยวิธีการ ใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem based) ในการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาชุมชน โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมสำรวจชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้รู้สภาพของปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ตั้งแต่การสร้างแบบสำรวจ การกำหนดพื้นที่ และทีมงานสำรวจ การสำรวจ และการนำข้อมูลมาสรุป และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นที่ปรึกษา ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล การระบุปัญหา และสาเหตุของปัญหา โดยกลุ่มแกนนำเป็นผู้นำเสนอข้อมูล ที่ได้จากการสำรวจต่อที่ประชุมชาวบ้าน และเปิดโอกาสให้ชาวบ้านเสนอความคิดเห็น และปัญหาเพิ่มเติม เพื่อสรุปออกมาเป็นปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง และนำปัญหาสำคัญมาค้นหาสาเหตุ สำหรับเป็นแนวทางในการแก้ไขต่อไป และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้วยการให้ที่ประชุมร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตามความรุนแรงและความต้องการของชุมชนเพื่อนำมาวางแผนต่อไป

3. ขั้นตอนการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ชาวบ้านร่วมกันเสนอความคิด และกำหนดกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ บนพื้นฐานของชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งการกำหนดกิจกรรมและวางแผนนั้น ไม่จำเป็นต้องทำให้เสร็จสิ้นในครั้งเดียว แต่อาจกำหนดอย่างค่อยเป็นค่อยไปที่ละกิจกรรม เช่น การทอดผ้าป่าสามัคคีเพื่อจัดหาทุนมาใช้ในการดำเนินงาน การจัดตั้งชมรมสุขภาพชุมชน การนวดแผนไทย การส่งเสริมการปลูกต้นไม้ และสมุนไพรในชุมชน ส่งเสริมการผลิตและบริโภคข้างซ้อมมือ และกิจกรรมวันผู้สูงอายุ เป็นต้น เพราะเมื่อสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรม ทีมงานจะได้นำประเด็นข้อเสนอด่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนงานกิจกรรมต่อไป

4. ขั้นตอนการดำเนินการของชุมชน โดยจัดตั้งกลุ่มทำงานของแต่ละกิจกรรม และดำเนินงานตามแผน โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นผู้ให้การสนับสนุน และช่วยประสานงาน ให้คณะทำงานสามารถดำเนินการได้ และมีการประชุม และประเมินผลการทำงานเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงแผนงานอย่างต่อเนื่อง

5. ขั้นตอนการประเมินผลและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง หลังจากการดำเนินงานไปแล้ว 1 ปี ควรมีการประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน ในประเด็นต่าง ๆ เช่น อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากน้อยเพียงใด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของชุมชนเกิดขึ้นหรือไม่ และจัดทำรายงานการประเมินผล พร้อมทั้งชี้แจงและเผยแพร่ให้ชาวบ้านได้รับทราบถึงผลการดำเนินงาน เพื่อให้ชาวบ้านดำเนินงานต่อไปได้อย่างมั่นใจ

บทบาทของเจ้าหน้าที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพ

การแสดงออกของเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีส่วนทำให้ชาวบ้านเกิดความรู้ และจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพและรู้จักแสวงหาความรู้ เพื่อการตัดสินใจ และปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และชุมชน ดังมีบทบาทดังต่อไปนี้

1. สร้างความมั่นใจให้กับชุมชน การให้ชาวบ้านเกิดความมั่นใจนั้น นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการร่วมงานกับชุมชน เพราะทำให้ชาวบ้านเกิดความไว้วางใจที่จะทำงานร่วมกันต่อไป วิธีการที่ช่วยให้ชาวบ้านเกิดความเข้าใจและไว้วางใจ คือ การแสดงออกถึงความจริงใจ ที่ต้องการดูแลสุขภาพชาวบ้าน อย่างสม่ำเสมอ

2. เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ชุมชน เป็นการเสริมสมรรถนะ (enabling) ให้ชาวบ้านสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง รู้จักคิด รู้จักแก้ปัญหา โดยมีเจ้าหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่

การให้ข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อสุขภาพคนในชุมชน เช่น การประชุมชี้แจง การจัดอบรม และประกาศทางหอกระจายข่าว เป็นต้น

การพัฒนาการทำงานเป็นทีม ด้วยการกระตุ้นให้ชาวบ้านร่วมกันคิด และร่วมกันลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Community Action) โดยยึดหลักการพึ่งตนเอง (Self Reliance) และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom)

การพัฒนาทักษะสุขภาพตนเอง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะสุขภาพให้แก่ชาวบ้านในวันพบกลุ่มของสมาชิก ชมรมส่งเสริมสุขภาพ อาทิ การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเล่าประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการฝึกออกกำลังกาย นั้งสมาธิ หรือการผลิตนมถั่วเหลือง เป็นต้น

การศึกษาดูงาน โดยการนำชาวบ้านไปดูงานตามเครือข่ายต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มออกทรัพย์ หมู่บ้านดีเด่นในเรื่องต่างๆ เช่น การผลิตสมุนไพร การผลิตข้าวซ้อมมือ หรือการบริหารจัดการ เป็นต้น เพื่อการเรียนรู้ ทำให้ชาวบ้านเกิดความรู้ แนวคิดและกำลังใจในการทำงาน พัฒนาชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป

3. ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพชุมชน เป็นการช่วยให้ชุมชนเรียนรู้การอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมได้ อย่างเกื้อกูล และสมดุล ทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ของทุกคน ดังเช่น

การส่งเสริมอาชีพที่เอื้อต่อไปสุขภาพ เช่น การผลิตนมถั่วเหลือง การนวดแผนไทย การปลูกและผลิตสมุนไพรในชุมชน และการผลิตข้าวซ้อมมือ เป็นต้น

การส่งเสริมการปลูกป่าสวนผสม โดยการแนะนำให้ปลูกต้นไม้ยืนต้น ไม้ผล และสมุนไพรผสมผสานกันไป เพราะนอกจากจะเป็นการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และเป็นแหล่งของพืชสมุนไพรแล้วยังช่วยเพิ่มรายได้ให้แก่ครอบครัวได้ ทั้งระยะสั้น โดยการขายพืชสมุนไพร และในระยะยาว การปลูกไม้ยืนต้นเปรียบเสมือน “ต้นไม้บ้านอายุชีวิต” ไว้ใช้จ่ายยามแก่เฒ่าได้ด้วย เนื่องจากการขายต้นไม้ขนาดใหญ่จะมีราคาสูงมาก

การส่งเสริมสัมพันธภาพ และมิตรไมตรีที่ดีต่อกันภายในชุมชน เป็นการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมด้านสังคม โดยเน้นให้ชุมชนเห็นถึงความสำคัญ “ความสัมพันธ์” ซึ่งสามารถช่วยให้เกิดพลังในการทำงานและแก้ปัญหาได้ทุกอย่าง ให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

4. ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ โดยส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยการผสมผสานความรู้ ทางด้านการแพทย์มาให้เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น และการกระตุ้นให้ชาวบ้านมาร่วมคิด และทำกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น การเปิดบริการแพทย์แผนไทย การนวด การอบ และการจำหน่ายยาสมุนไพร เป็นต้น

5. ประสานความร่วมมือ โดยการประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งใน และนอกชุมชน

เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ชมรมสุขภาพต่าง ๆ คลินิกแพทย์แผนไทย และชุมชนเครือข่ายต่าง ๆ ที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาชุมชน สำหรับเป็นที่ศึกษาดูงาน และเป็นที่ปรึกษา ให้กับองค์กรในชุมชน

บทบาทของเจ้าหน้าที่สุขภาพดังกล่าว เป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้ชาวบ้านเกิดความมั่นใจ และรู้สึกว่าเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพให้อิสระ และยอมรับในความคิดของตน จึงเกิดบรรยากาศของการปรึกษาหารือร่วมกัน เพื่อการสร้างพลังอำนาจ และความแข็งแกร่งแก่ชุมชน นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของเจ้าหน้าที่สุขภาพจากการมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลเป็นการดูแล และส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมโดยการผสมผสานความรู้ ทางด้านการแพทย์ ให้เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมคิด ร่วมทำกับชาวบ้านมากขึ้น ทำให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้จากการได้รับการแก้ไข ให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี โดยการพูดคุย และการให้กำลังใจ จนเกิดเป็นความรู้สึกที่ดี และ เอื้ออาทรต่อกัน ทำให้เกิดพลังในการแก้ปัญหาชุมชนให้ลุล่วงไปได้

บทบาทของประชาชนในชุมชน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนเป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบของชาวบ้านต่อการดูแลสุขภาพของชุมชน ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม คือ สัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ และการยอมรับซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแสดงออกถึงความจริงใจของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ก็มีผลทำให้ชาวบ้านอยากเข้าร่วมในโครงการ ด้วยความสมัครใจ บรรยากาศในการทำงานร่วมกันจึงเป็นไปอย่างราบรื่น ดังตัวอย่างกิจกรรมต่อไปนี้

1. การทอดผ้าป่าสามัคคีเพื่อสุขภาพ เพื่อหาเงินทุนมาดำเนินงานเพื่อสุขภาพต่อไป และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน เนื่องจากเป็นงานบุญทำให้ชาวบ้านให้ความร่วมมือ ทั้งการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมทุนทรัพย์ ใ้งานบรรลุเป้าหมาย เพราะนอกจากชาวบ้านจะได้รับความสนุกสนานรื่นเริงจากการจัดงานแล้ว รายได้จากการร่วมทำบุญยังสามารถนำมาเป็น “กองทุนสุขภาพชุมชน” ในการนำมาพัฒนาชุมชนด้านสุขภาพต่อไปอีกด้วย

2. ชมรมส่งเสริมสุขภาพชุมชน สำหรับผู้สูงอายุ หรือผู้สนใจสุขภาพได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ และดูแลสุขภาพ มีอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยวัดความดันโลหิต และร่วมกิจกรรม การสวดมนต์ไหว้พระ และนั่งสมาธิ การให้ความรู้สุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมบันเทิงต่าง ๆ เช่น ร้องเพลง รำวง เป็นต้น

3. ส่งเสริมการบริโภคและผลิตนมถั่วเหลืองในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ชาวบ้านได้ดื่มนมถั่วเหลืองอย่างทั่วถึง ด้วยการส่งเสริมการปลูกถั่วเหลือง และสอนวิธีการทำนมถั่วเหลือง บริโภคในครอบครัว พร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้กับชาวบ้าน ผู้ที่สนใจทำอาชีพเสริม ทำให้ชุมชนสามารถมีนมถั่วเหลืองให้กับเด็กที่ขาดสารอาหาร ทั้งผู้สูงอายุได้บริโภคในราคาที่ถูกลง

4. ส่งเสริมการนวดแผนไทย เพื่อช่วยลดปัญหาการปวดเมื่อยกระดูก และกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุและชาวบ้านทั่วไป ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิต การนวดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของชาวบ้าน แทนการรับประทานยาแก้ปวด หรือยาสมุนไพรที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้น การจัดอบรมการนวดให้คนในชุมชน เพื่อมาเปิดให้บริการนวด แก่ชาวบ้านในชุมชน จึงน่าจะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาการบริโภทยาที่เกินความจำเป็นของชาวบ้านลงได้

5. ส่งเสริมการปลูกและใช้สมุนไพรในชุมชน โดยเริ่มต้นจากการแปรรูปสมุนไพร ที่มีวัตถุดิบมากในชุมชน เช่น ขมิ้น และฟ้าทลายโจร อัดแคปซูล ชี้ผึ้งไพล เป็นต้น พร้อมกับการส่งเสริมให้ปลูกสมุนไพรเหล่านั้นควบคู่ไปกับไม้ยืนต้น และไม้ผล เป็น "สวนผสม" และมีการขุดบ่อเลี้ยงปลาในสวนด้วย จากนั้นควรนำคณะทำงานไปดูงานที่ต่าง ๆ เช่น ศูนย์การแพทย์แผนไทย หรือหมู่บ้านอื่น ๆ ที่ประสบความสำเร็จในการผลิตสมุนไพร ทำให้กลุ่มสามารถพัฒนาการผลิตสมุนไพรให้ดีขึ้น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีส่วนร่วมในการควบคุมความสะอาด และช่วยประชาสัมพันธ์ เป็นการส่งเสริมการใช้สมุนไพร และช่วยให้ชาวบ้านบางคนมีอาชีพเสริม และมีรายได้เพิ่มขึ้น

6. กิจกรรมวันผู้สูงอายุ ควรจัดเป็นงานประเพณีประจำปีของชุมชนในวันสงกรานต์ เนื่องจากเป็นวันครอบครัว ลูกหลานได้มีโอกาสแสดงมุทิตาจิตแก่ญาติผู้ใหญ่ และให้เด็กกลุ่มหลังของชุมชนได้เห็นประเพณีสงกรานต์ที่ดีงาม จะได้สืบทอดต่อกันไป โดยเชิญชวนให้ชาวบ้านนำปิ่นโตมาถวายพระ และรับพร และเชิญผู้สูงอายุทุกท่านมาให้ลูกหลานได้รดน้ำเพื่อแสดงมุทิตาจิต และขอพรจากท่าน พร้อมทั้งมอบของที่ระลึกต่างๆ ทำให้เด็ก ๆ ภายในชุมชนได้เห็นตัวอย่างประเพณีสงกรานต์ที่ดีงาม มิใช่การสาดน้ำใส่กันอย่างที่ปรากฏตามท้องถนนต่าง ๆ

การมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพชุมชนนั้น เจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมความร่วมมือ ซึ่งจะเห็นว่า กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มิได้มุ่งเน้นแต่เพียงการแก้ปัญหาสุขภาพเท่านั้น หากเป็นการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา และประชาชนเองก็เป็นตัวจักรสำคัญในการร่วมดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้น ทั้งในส่วนของประชาชน และเจ้าหน้าที่สุขภาพจึงต้องมีการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (Community Learning) เพราะเมื่อเกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยน และเรียนรู้จนเป็นวงจรต่อเนื่องไม่รู้จบ ทำให้เกิดพลังมหาศาลในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในสังคม ผลที่ได้จะทำให้บุคคลสามารถนำความรู้ไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหา ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตต่อไป และที่สำคัญควรมีการพัฒนาแนวคิดที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อ ที่ว่าบุคคลมีศักยภาพ และสามารถเรียนรู้ที่จะดูแลและพึ่งพิงตนเองได้ เพราะจะเป็นหนทางไปสู่การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง และคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชนต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสุธี พุทฺหมนตรี (2538) ศึกษาเรื่อง “ศักยภาพขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน” ผลการวิจัยพบว่า องค์กรชุมชนบ้านแม่ลาน้อย ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มผู้นำศาสนา กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มผู้นำอาชีพต่าง ๆ เป็นองค์กรชุมชนที่มีศักยภาพในการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน เนื่องจากมีองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดความพร้อมในด้านเวลาและจิตใจ คือ เป็นองค์กรชุมชนที่มีผู้นำที่เข้มแข็ง เสียสละ สนใจปัญหา และต้องการแก้ปัญหาชุมชน รวมทั้งเป็นองค์กรชุมชนที่มีอำนาจเครือข่ายในชุมชน การได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่า มีประสบการณ์ในการศึกษาและการพัฒนาในชุมชนดีพอควร และมีระบบเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลและองค์กรทั้งในและนอกชุมชน

การพัฒนารูปแบบกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรชุมชนให้มีศักยภาพในการเป็นแกนนำดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชนนั้น ควรเป็นรูปแบบและกระบวนการเรียนรู้เป็นกลุ่ม แบบมีส่วนร่วมที่จะแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ซึ่งกันและกัน และเป็น การเปิดโอกาสให้มีการระดมความคิดเห็นของทุกคน ในการเสนอภาพปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน การวิเคราะห์สาเหตุปัญหาและการเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องมีการยอมรับ มีการเห็นใจและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว รวมทั้งเป็นการเรียนรู้และควบคุมพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ซึ่งกันและกัน

เอกสุธี พุทฺหมนตรี (2538) ได้ศึกษาศักยภาพของชุมชนในการดำเนินงานโรคเอดส์และการศึกษาการพัฒนา รูปแบบ และกระบวนการสร้างเสริมศักยภาพ ชุมชนในการเป็นแกนนำการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยองค์กรผู้นำ ชุมชน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรชุมชนให้มีศักยภาพในการดำเนินงานโรคเอดส์ในชุมชน ควรเป็นรูปแบบและกระบวนการเรียนรู้เป็นกลุ่มแบบมีส่วนร่วมที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การระดมความคิดเห็นของปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน การวิเคราะห์สาเหตุปัญหาและร่วมเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ มีการยอมรับและมีความเห็นใจผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์

นารินาถ กิตติเกษมศิลป์ (2539) ศึกษาเรื่อง “การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ผ่านสื่อพื้นบ้านเพลงซอ” ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนเปิดรับสื่อในเรื่องต่างๆ ไปจากสื่อโทรทัศน์เป็นประจําสูงสุด ส่วนพฤติกรรมการรับสื่อด้านโรคเอดส์นั้น ประชาชนจะให้ความสนใจสื่อเฉพาะกิจประเภทนันทนาการ โปสเตอร์ และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย ประการสำคัญ การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร โรคเอดส์โดยผ่านสื่อพื้นบ้านประเภทเพลงซอนั้น ประชาชนส่วนใหญ่เคยได้รับฟังและ

รับชมการใช้สื่อเพลงขอเพื่อประโยชน์ในการบันเทิง การให้ข้อมูลข่าวสารเฉพาะกิจ เช่น การรณรงค์ประชาธิปไตย การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรวมทั้งการให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเอดส์ด้วย

รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์, พลเดช ปิ่นประทีป และทวิศักดิ์ นพเกษร (2540) ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ.2531 – 2539 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพจากเอกสารจำนวน 30 ชิ้น การสังเกตและการสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จำนวน 25 คน พบว่าการพัฒนากำลังคน ให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการสร้างทัศนคติที่ดี ต่อผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยการสร้างแกนนำในระดับต่าง ๆ การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มแกนนำโดยการกระตุ้นให้เกิดการประสานงานและสนับสนุน การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้านซึ่งเป็นศักยภาพของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

พนิดา จิระไพศาลพงศ์ (2540) ได้ศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ตำบลบางโจลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล ต่อการควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนนั้น มีความสัมพันธ์กับการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์และการเห็นด้วยของผู้นำชุมชนต่อการแก้ปัญหาโรคเอดส์และเสนอแนะการจัดอบรมสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์เพื่อมิให้มีเจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแนะนำกับชุมชนรวมทั้งการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้กับประชาชนเพื่อส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ปณิธา รื่นบันเทิง (2542) ศึกษาเรื่อง “กลยุทธ์การสื่อสาร อันนำไปสู่การก่อตัวเป็นชุมชนพัฒนาของชุมชนมุสลิมกุฎีขาว แขวงวัดกัลยาณ์ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร” ผลการวิจัยพบว่าวิวัฒนาการของชุมชนสามารถแบ่งได้เป็น ๓ ระยะคือ ๑.) ระยะของการก่อตัว ๒.) ระยะเริ่มต้นการพัฒนา ๓.) ระยะที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัจจัยที่ส่งผลทำให้ชุมชนเกิดการก่อตัวเป็นชุมชนพัฒนา สามารถแยกได้เป็น ๒ ลักษณะคือ ๑.) ปัจจัยภายในชุมชน คือ สภาพชีวิตความเป็นอยู่ลักษณะทางกายภาพ และแนวคิดการพัฒนาของคนในชุมชน ๒.) ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความเจริญเติบโตของสังคมเมือง และการได้รับความสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรภายนอกชุมชน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา (Research and Development) มุ่งศึกษาพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยใช้กระบวนการทำงานของศักยภาพในชุมชนที่มีการรวมตัวเป็นแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์แล้วผู้วิจัยจึงเข้าไปในพื้นที่เป้าหมายด้วยตนเอง ร่วมกับแกนนำในชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการสร้างทีมงาน

ดำเนินการสร้างทีมงานโดยการประสานกับเครือข่ายในระดับอำเภอ คือ สาธารณสุขอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ในระดับตำบล คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย ครู และตัวแทนชุมชน กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อจัดตั้งเครือข่ายในระดับอำเภอและตำบล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการสร้างความรู้ตระหนัก

ดำเนินการจัดตั้งแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ จำนวน 25 คน และร่วมกับชุมชนเก็บข้อมูลจากการประเมินผลก่อนดำเนิน โครงการกับกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยเจริญพันธุ์ตามกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

ดำเนินการวางแผนพัฒนาศักยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการใช้กระบวนการพัฒนาให้มีศักยภาพพอไปดำเนินการพัฒนา ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินการของชุมชน

โดยชุมชนกับแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ดำเนินการตามกิจกรรมที่มาจากกระบวนการระดมความคิดของชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นตอนการประเมินผล

โดยการติดตามประเมินผลแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์และกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยประเมินด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมป้องกันเอดส์หลังการดำเนินงานเพื่อเปรียบเทียบถึงผลก่อนดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระดับตำบล จังหวัดสงขลา
 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระดับตำบล จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2549
 จำนวน 278 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ของยามานะ (Yamane, 1973
 : 725) ตามสูตรดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อกำหนด n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แทนประชากร

N = จำนวนประชากรทั้งหมด (1,190)

e = ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (0.05)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการสร้างเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวม
 ข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพ โดยมีวิธีการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องปัจจัยบุคคลและพฤติกรรมของหญิงวัยเจริญพันธุ์
 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. ดำเนินการสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์
 และสมมุติฐานของการวิจัย และตรวจสอบคุณภาพดังนี้
 - ตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้ว
 คณะผู้วิจัยนำมาแก้ไขอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้ หลังจากนั้นปรับปรุงจนได้แบบสอบถามฉบับ
 สมบูรณ์

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ใช่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
 จำนวน 40 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้ความเที่ยงดังนี้ แบบวัดเจตคติ เท่ากับ
 0.76 แบบวัดพฤติกรรมและทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอดส์เท่ากับ 0.78 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
 จัดพิมพ์เป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

3. สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ตัวแปรและนิยามปฏิบัติการ

1. ตัวแปรต้น : รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์
2. ตัวแปรตาม : ศักยภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์
3. นิยามปฏิบัติการ : พัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2550 – ธันวาคม 2550 ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ตั้งแต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 สงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนะ โรงพยาบาลจะนะ สถานีอนามัยตำบลป่าชิง และองค์การบริหารส่วนตำบลป่าชิง ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีผู้วิจัยในพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ในการพัฒนาแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่จะเป็นเวลาในราชการจันทร์ – ศุกร์ ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์และการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ระยะแรก เตรียมชุมชน

ผู้วิจัยเลือกพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในพื้นที่ตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยมีเหตุผลดังนี้ คือ ชุมชนตำบลป่าชิง มีทุนเดิมทางสังคมที่คนในชุมชนมีความตื่นตัวในเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะผู้นำชุมชนอย่างเช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสถานีอนามัยมีความเข้มแข็งในการพัฒนาสุขภาพชุมชนและดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งแรกจากกลุ่มตัวอย่าง 278 คน ในตำบลป่าชิง

ในการเตรียมชุมชนผู้วิจัยและหน่วยงานในพื้นที่ คือ สถานีอนามัยตำบลป่าชิงและได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 สงขลา โรงพยาบาลจะนะ ได้จัดประชุมผู้นำชุมชนในตำบลป่าชิง คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทั้ง 9 หมู่บ้าน ตัวแทน อบต. ประชาชน อสม. ตำบลป่าชิง ตัวแทนโรงเรียนในพื้นที่จำนวน 3 โรงเรียน โดยจัดขึ้นในวันที่ 2 มีนาคม 2550 ในการประชุมดังกล่าวเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินงานของโครงการทั้งหมดทุกขั้นตอน

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการประชุมผู้นำชุมชนคือจากการประเมินเจตคติของผู้นำชุมชนต่อโครงการและการป้องกันเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินเจตคติของผู้นำชุมชนต่อการทำโครงการวิจัยเรื่อง“การพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลาโดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ”

ในการดำเนินการในระยะแรกขอความร่วมมือให้ผู้นำชุมชนคัดเลือกแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ จำนวน 25 คน เพื่อเข้ารับการอบรมการเป็นแกนนำ

ระยะที่ 2 พัฒนาศักยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ประชุมผู้นำชุมชนในระยะแรกแล้ว ทำให้ทราบเจตคติของผู้นำชุมชนต่อโครงการวิจัยและได้กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ 25 คนแล้ว จึงดำเนินการจัดประชุม อบรม กลุ่มแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในระหว่างวันที่ 18 –19 เมษายน 2550 ในการพัฒนาแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังอบรมพัฒนาศักยภาพโดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์เรื่องความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกัน โรคเอดส์

ได้ทราบความมั่นใจของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการพัฒนาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 แกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์พัฒนาเครือข่าย

หลังจากแกนนำได้รับการพัฒนาแล้วก็ลงไปในพื้นที่สร้างและพัฒนาเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 - 10 คน ผู้วิจัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดตาม นิเทศ และพัฒนาโดยการทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 20 มิถุนายน 2550 และวันที่ 30 สิงหาคม 2550

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ
2. ประเมินกิจกรรมด้วยการสนทนากลุ่ม สังเกต สัมภาษณ์แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา
3. วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยใช้คำร้อยละค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(Content Analysis)

4. วิเคราะห์เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและโรคเอดส์ พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ โดยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อคำถามที่มีข้อความเชิงบวก มีเกณฑ์ 5 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึงระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึงระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึงระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึงระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด

ข้อคำถามที่มีข้อความเชิงลบ มีเกณฑ์ 5 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึงระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึงระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึงระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึงระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึงระดับน้อยมาก

5. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยใช้การทดสอบแบบไม่อิสระ (t-test Dependent)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าร้อยละ (Percent)
2. ค่าเฉลี่ย (Mean)
3. ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
4. การทดสอบแบบไม่อิสระ (t – test Dependent)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในระดับตำบลในจังหวัดสงขลา โดยการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลสรุปการประชุมผู้นำชุมชนในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ตอนที่ 2 ผลสรุปการดำเนินการอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและการป้องกันเอดส์ พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการได้รับและการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

3.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

3.2 ผลการเปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

3.3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลสรุปการประชุมผู้นำชุมชนในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลาการประชุมผู้นำชุมชนในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยเรื่อง“การพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ” โดยใช้กลุ่มตัวอย่างหญิงวัยเจริญพันธุ์ในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา พร้อมทั้งประเมินเจตคติผู้นำชุมชนต่อโครงการ

ข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชน

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามตำแหน่งหน้าที่

ลำดับ	ตำแหน่งหน้าที่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	ผู้ใหญ่บ้าน	4	20.00
2.	อสม.	7	35.00
3.	อื่น ๆ	8	40.00
4.	ไม่ทราบ	1	5.00
	รวม	20	100.00

จากตาราง 1 ผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ร้อยละ 35.00 และผู้ใหญ่บ้านร้อยละ 20.00 ไม่ทราบตำแหน่งร้อยละ 5 อื่น ๆ ร้อยละ 40.00 ซึ่งมาเป็นอันดับหนึ่ง

ตาราง 2 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้นำชุมชนในการทำโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกัน โรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ (N=20)

ลำดับ	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1.	การมีผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ในชุมชนถือเป็นเรื่องปกติ	2.95	1.538	ปานกลาง
2.	การป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์เป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคนในชุมชน	4.65	0.489	มากที่สุด
3.	โรคเอดส์เป็นเรื่องของพฤติกรรมส่วนบุคคลชุมชนไม่สามารถช่วยได้	3.45	1.395	ปานกลาง
4.	การแพร่ระบาดของเอดส์เป็นปัญหาสำคัญและมีผลกระทบต่อชุมชนทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม	4.15	1.226	มาก
5.	การแนะนำความรู้เรื่อง โรคเอดส์ให้กับชุมชนเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยป้องกัน โรคเอดส์ในชุมชน	4.80	0.523	*มากที่สุด
6.	ท่านรู้สึกพอใจและภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการป้องกันเอดส์ในชุมชน	4.60	0.503	มากที่สุด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
7.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันเอดส์อยู่เสมอ	4.40	0.754	มาก
8.	ท่านมีความตั้งใจที่จะจัดกิจกรรมณรงค์ป้องกันเอดส์ในชุมชนของท่าน	4.60	0.503	มากที่สุด
9.	ท่านสามารถที่จะชักชวนเพื่อนบ้านหญิงวัยเจริญพันธุ์มาเป็นแกนนำรณรงค์ป้องกันเอดส์ในชุมชนได้	4.30	0.571	มาก
10.	ท่านยินดีให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่มาช่วยรณรงค์ป้องกันเอดส์ในชุมชน	4.75	0.444	มากที่สุด
รวม		4.26	0.371	มาก

จากตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้นำชุมชนต่อโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะรายการการแนะนำความรู้เรื่องโรคเอดส์ให้แกชุมชนเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยป้องกันโรคเอดส์ในชุมชนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.80$) และในภาพรวมมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.26$)

ตอนที่ 2 ผลสรุปการดำเนินงานอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ก่อนที่จะให้แกนนำไปหาเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 : 10 คน ผู้วิจัยได้จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำโดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อให้แกนนำมีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์
2. เพื่อให้แกนนำมีแนวทางและสามารถไปพัฒนาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นเครือข่าย

จำนวน 10 คน ให้มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

หลังจากอบรมพัฒนาแล้วแกนนำไปปฏิบัติงานพัฒนาหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้มีความรู้ให้เกิดเจตคติและให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในระหว่างการดำเนินงานของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้วิจัยได้ติดตามและจัดทำกลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 2 ครั้ง

สรุปผลการแต่ละกิจกรรมได้ดังนี้

1. การอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์สรุปผลโครงการเปรียบเทียบผล

การประเมินก่อนและหลังการอบรม โดยใช้แบบสอบถามแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์เรื่องความมั่นใจ
ในความสามารถของตนเองในการแนะนำเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์ดังกล่าว

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์แยกตามหมู่บ้าน
(N=25)

ลำดับ	หมู่บ้าน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.	บ้านป่าชิง	4	16.00
2.	บ้านทุ่งพระ	4	16.00
3.	บ้านมะปราง	3	12.00
4.	บ้านท่าคลอง	2	8.00
5.	บ้านไร่	1	4.00
6.	บ้านคอนไฟ	1	4.00
7.	บ้านสะลูด	2	8.00
8.	บ้านหัวดินเหนือ	4	16.00
9.	บ้านหัวดินใต้	4	16.00
	รวม	25	100.00

1.1 ผลการประเมิน ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำเครือข่ายหญิง
วัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ก่อนได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

ตาราง 4 ผลการประเมินความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำ
เครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ก่อนได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ (N=23)

ลำดับ	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1.	ท่านมีความเชื่อว่างค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ ท่านมีอยู่เป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของ ของโรคเอดส์ในหมู่บ้าน	3.00	1.044	ปานกลาง
2.	ท่านสามารถให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันเอดส์แก่บุคคลอื่นได้อย่างถูกต้อง	2.86	0.757	ปานกลาง
3.	ท่านสามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่หญิงวัยเจริญ พันธุ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้	3.08	0.792	ปานกลาง

ตาราง 4 (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
4.	ท่านสามารถเผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอดส์แก่เพื่อนบ้านได้อย่างถูกต้อง	2.78	0.599	ปานกลาง
5.	ท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ให้ลดหรือเลิกพฤติกรรมดังกล่าว	2.34	0.884	น้อย
6.	ท่านมีความมั่นใจที่จะจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในหมู่บ้านของท่าน	2.52	0.994	ปานกลาง
7.	ท่านมีความมั่นใจที่จะชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์การป้องกันโรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์	2.60	0.891	ปานกลาง
8.	ท่านสามารถช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่มารณรงค์เพื่อป้องกันเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้	3.13	0.814	ปานกลาง
9.	ท่านสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้อย่างถูกต้อง	2.26	0.864	น้อย*
10.	ท่านมีความมั่นใจในการเป็นแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์	3.04	0.705	ปานกลาง
	รวม	2.76	0.539	ปานกลาง

จากตาราง 4 ค่าเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถของแกนนำในการแนะนำเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพเกือบทุกรายการอยู่ในระดับปานกลาง มีรายการท่านสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้อย่างถูกต้องอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.26$) และรายการท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ให้ลดหรือเลิกพฤติกรรมดังกล่าวได้อยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกัน ($\bar{X} = 2.34$) โดยภาพรวมมีความมั่นใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.76$)

1.2 ผลการประเมินความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์หลังได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

ตาราง 5 ผลการประเมินความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำ
เครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์หลัง ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ (N=23)

ลำดับ	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1.	ท่านมีความเชื่อว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ท่าน มีอยู่เป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของ โรคเอดส์ในหมู่บ้าน	3.17	0.716	ปานกลาง
2.	ท่านสามารถให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน เอดส์แก่บุคคลอื่น ได้อย่างถูกต้อง	2.91	0.668	ปานกลาง
3.	ท่านสามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่หญิงวัยเจริญ พันธุ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้	3.13	0.757	ปานกลาง
4.	ท่านสามารถเผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ เอดส์แก่เพื่อนบ้าน ได้อย่างถูกต้อง	3.04	0.705	ปานกลาง
5.	ท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอดส์ให้ลดหรือเลิกพฤติกรรมดังกล่าวได้	2.60	0.656	ปานกลาง
6.	ท่านมีความมั่นใจที่จะจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อป้องกัน การติดเชื้อเอดส์ในหมู่บ้านของท่าน	2.91	0.668	ปานกลาง
7.	ท่านมีความมั่นใจที่จะชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วม กิจกรรมรณรงค์การป้องกันโรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญ พันธุ์	2.95	0.928	ปานกลาง
8.	ท่านสามารถช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่มารณรงค์เพื่อ ป้องกันเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้	3.30	0.973	ปานกลาง
9.	ท่านสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการป้องกันการ ติดเชื้อเอดส์ได้อย่างถูกต้อง	2.95	0.638	ปานกลาง
10.	ท่านมีความมั่นใจในการเป็นแกนนำหญิงวัยเจริญ พันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์	3.34	0.714	ปานกลาง*
	รวม	3.03	0.487	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถของแกนนำในการแนะนำเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์หลังเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพทุกรายการอยู่ในระดับปานกลาง รายการท่านมีความมั่นใจในการเป็นแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.34$) ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.03$)

1.3 ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ก่อนและหลังการได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในความสามารถของตนเองก่อนและหลังการอบรมพัฒนา

ความมั่นใจการแนะนำ	N	\bar{X}	SD.	t
ก่อนการได้รับการอบรม	23	2.76	0.539	-3.121*
หลังการได้รับการอบรม	23	3.03	0.487	

* P < .05

จากตาราง 6 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการแนะนำเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อป้องกันเอดส์ของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ มีคะแนนหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

2. สันทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

เป็นกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนงาน ที่มีการนิเทศติดตามให้ความช่วยเหลือต่อแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่แกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ไปให้คำแนะนำให้คำปรึกษากับเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 : 10 คน โดยจัดให้มีการสนทนากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 3 เดือน มีการกำหนดวัน เวลา และประเด็นของการสนทนาอย่างชัดเจน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาคือข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานถ่ายทอดสิ่งที่ได้รับการอบรมไปสู่เครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยกำหนดหัวข้อในการสนทนา ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์

เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์

พฤติกรรมการป้องกันเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์

การพัฒนาศักยภาพ

ผู้วิจัยและคณะได้ทำการสังเกตการณ์ พบว่า แกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ กล่าวพูดกล้าแสดงออกความคิดเห็นและมีความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้และโน้มน้าวให้เครือข่ายมีความรู้

และมีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันเอดส์และมีพฤติกรรมกำป้องกันโดยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์การถ่ายทอดความรู้ โดยการประชุมกลุ่มย่อยหรือพูดคุยเป็นการส่วนตัว เยี่ยมบ้านและในช่วงวันสำคัญของหมู่บ้าน แกนนำมีความเชื่อมั่นในการเป็นแกนนำไปแนะนำถ่ายทอดให้แก่เครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 : 10 คน

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเอดส์ เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการได้เข้ารับและการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์แยกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
15 – 25 ปี	96	34.50
26 – 35 ปี	99	35.60
36 – 45 ปี	83	29.90
รวม	278	100.00

3.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการได้รับและเข้าร่วมเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการได้เข้าร่วมเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

	N	\bar{X}	SD.	t
ก่อนเข้าร่วม	278	4.615	1.282	
หลังเข้าร่วม	278	5.579	1.591	-7.890*

* $P < .05$

จากตาราง 8 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ มีคะแนน หลังการเข้าร่วมเครือข่ายสูงกว่าก่อนการเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

3.2 ผลการเปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

	N	\bar{X}	SD.	t
ก่อนเข้าร่วม	278	2.975	0.378	-4.947*
หลังเข้าร่วม	278	3.159	0.502	

* P < .05

จากตาราง 9 พบว่า เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ เครือข่ายมีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับเพศและเอดส์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกับแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

3.3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

	N	\bar{X}	SD.	t
ก่อนเข้าร่วม	278	2.862	0.621	3.155*
หลังเข้าร่วม	278	3.036	0.633	

* P < .05

จากตาราง 10 พบว่า พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมเครือข่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ เครือข่ายมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมเครือข่ายกิจกรรมกับแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาการพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลาโดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพได้สรุปผลตามลำดับขั้นตอนและผลการพัฒนาศักยภาพได้ดังนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันเอดส์ในระดับตำบลในจังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้

1. เพื่อประเมินความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระดับตำบล
2. ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันโรคเอดส์
3. เสริมสร้างระดับความมั่นใจของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ผ่านการอบรมแกนนำเพื่อให้สามารถป้องกันโรคเอดส์ในระดับตำบล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ หญิงวัยเจริญพันธุ์ตั้งแต่อายุ 15- 45 ปี จำนวน 278 คน ในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเอดส์ แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับเพศและเอดส์แบบสอบถามพฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. สรุปการประชุมผู้นำชุมชนในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา การประชุมผู้นำชุมชนในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์ในจังหวัดสงขลาโดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ สรุปผลดังนี้

ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้นำชุมชน พบว่า ผู้นำชุมชนมีความคิดเห็นต่อโครงการวิจัยอยู่ในระดับมาก โดยมีรายการการแนะนำความรู้เรื่องโรคเอดส์ให้กับชุมชนเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันโรคเอดส์ในชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.80$)

2. ผลสรุปการดำเนินงานอบรมพัฒนาศกยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในตำบลป่าชิง จังหวัดสงขลา สรุปผลการประเมินความมั่นใจดังนี้

2.1 ผลการประเมินความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนการอบรมพัฒนาศกยภาพพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง มีรายการท่านสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้อย่างถูกต้องอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.26$) รายการท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ให้เลิกพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.34$)

2.2 ผลการประเมินความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์หลังการอบรมพัฒนาศกยภาพพบว่าอยู่ในระดับปานกลางไม่มีรายการใดอยู่ในระดับน้อยและมีรายการท่านมีความมั่นใจในการเป็นแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.34$)

2.3 ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำเครือข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ก่อนและหลังการได้รับการอบรมพัฒนาศกยภาพพบว่าก่อนได้รับการอบรมพัฒนาศกยภาพมีความมั่นใจในการแนะนำเครือข่ายค่าคะแนนเฉลี่ย 2.76 หลังการได้รับการอบรมพัฒนาศกยภาพมีความมั่นใจในการแนะนำเครือข่ายคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.03

เมื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการแนะนำเครือข่ายเพื่อป้องกันเอดส์ก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศกยภาพพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและการป้องกันเอดส์ พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันโรคเอดส์

3.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่าก่อนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนค่าเฉลี่ย 4.61 หลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.57 เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของเครือข่ายหญิงวัยเจริญ

พันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผลการเปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่าก่อนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนค่าเฉลี่ย 2.97 หลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.15 เมื่อเปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3.3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่า ก่อนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ย 2.86 หลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.03 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. การประชุมผู้นำชุมชนในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา การประชุมผู้นำชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอโครงการวิจัยให้กับผู้นำชุมชนรับทราบวัตถุประสงค์และกิจกรรมของโครงการเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นที่ยอมรับของชุมชน ผลปรากฏว่า ผู้นำชุมชนเห็นด้วยและยอมรับว่าชุมชนควรได้รับการแนะนำในเรื่องความรู้ เจตคติและพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 – 45 ปี ในตำบลป่าชิง ทั้งยังแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือของชุมชนในโครงการวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้นำชุมชนเกิดความตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อเอดส์และมองเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์

2. การดำเนินงานพัฒนาศักยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์ในตำบลป่าชิง จังหวัดสงขลา การประเมินการพัฒนาแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยภาพรวมพบว่าได้รับผลสำเร็จในการพัฒนาโครงการอบรมให้แกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้มีความมั่นใจในการไปถ่ายทอดแนะนำขยายผลไปสู่เครือข่ายที่เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้เกิดความรู้เรื่อง โรคเอดส์ โฉมหน้าทำให้เกิดเจตคติในการป้องกัน โรคเอดส์พร้อมทั้งแนะนำในการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์

หลักสูตรที่ใช้ในการอบรมพัฒนาเน้นให้แกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีทักษะการแนะนำและเข้าใจกระบวนการ โน้มน้าวชักจูงเช่นการไปจัดประชุมกลุ่มย่อยการไปเยี่ยมบ้าน โดยภาพรวมแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความมั่นใจในการไปแนะนำและโน้มน้าวเครือข่ายที่เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์

ผลสำเร็จข้างต้นอาจเป็นเพราะแกนนำส่วนมากมีหน้าที่ดำเนินงานด้านสุขภาพอยู่ก่อนแล้วคือทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์คือความสามัคคีในกลุ่มแกนนำมีความช่วยเหลือเอื้ออาทรและมีความผูกพันจึงเกิดการรวมตัวจัดตั้งกลุ่มแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ของตำบลป่าชิงขึ้น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมต่อไป

3. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและการป้องกันเอดส์ พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันโรคเอดส์

พบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์หลังจากการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ และเอดส์ พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ ทั้งนี้เป็นเพราะแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้ถ่ายทอดความรู้ เจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการอบรมพัฒนาให้เครือข่ายโดยใช้กิจกรรมหลากหลาย ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การพบปะพูดคุยให้คำปรึกษา การสร้างเจตคติให้ตระหนักว่าเอดส์เป็นปัญหาใกล้ตัว ค่านิยมในเรื่องเพศและให้เกิดความเห็นใจผู้ติดเชื้อ การเยี่ยมบ้านหญิงวัยเจริญพันธุ์ เสี่ยงตามสาย จากกิจกรรมดังกล่าวของแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติเกี่ยวกับเพศและเอดส์ ทักษะและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ เอกสุธี พุทมนตร์ (2538) กล่าวว่าไว้ว่าการดำเนินงานโรคเอดส์ในชุมชนนั้นองค์ประกอบที่สำคัญคือความพร้อมในด้านเวลา จิตใจ องค์กรชุมชน ผู้นำที่มีความเข้มแข็ง ชุมชนมีความเสียสละ สนใจปัญหาและมีความต้องการแก้ไขปัญหาของชุมชนพร้อมกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ชุมชนมีส่วนร่วมมาตั้งแต่ต้นจึงทำให้ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของหญิงวัยเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้นและยังสอดคล้องกับทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (อ้างในสุภาณี รุ่งเรืองศรี, 2537) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นต้องขึ้นอยู่กับผู้นำเพราะภาวะผู้นำนั้นเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการขยายการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันเอดส์ในชุมชนยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เอกสุธี พุทมนตร์ (2538) พบชุมชนนั้นควรเน้นรูปแบบและกระบวนการเรียนรู้เป็นกลุ่มแบบมีส่วนร่วมที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันมีการระดมความคิด มีการ

วิเคราะห์ปัญหาเอดส์ และต้องมีการเสนอทางเลือกในการแก้ไขเอดส์ในชุมชนจะเห็นว่าผล การศึกษาจะเป็นแนวทางเดียวกับการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการ ป้องกันเอดส์ในจังหวัดสงขลาโดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง การศึกษาครั้งนี้อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ

4. การดำเนินงานโดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนโดยชุมชนคิดเอง ทำเอง บริหารจัดการเอง โดยอาศัยองค์ ความรู้และศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน จึงจะทำให้กลุ่มและกิจกรรมนั้นเกิดความยั่งยืนและสามารถ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

การนำรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จเห็นได้จาก เครื่องข่ายหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกัน โรค เอดส์เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวารี สุขุมลวรรณ (2546:31) พบว่า การพัฒนา ชุมชนนั้นต้องสร้างโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มและ เครื่องข่ายต่าง ๆ ร่วมกันเพื่อการพึ่งตนเองและสร้างค่านิยมการรวมกลุ่มช่วยเหลือเกื้อกูลกันใน ชุมชน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. วิทยากรให้การอบรมควรเน้นวิทยากรในเรื่องเทคนิคการถ่ายทอดและกระบวนการพัฒนา ด้านสุขภาพ
2. กิจกรรมและสื่อที่ใช้ในการถ่ายทอดสู่เครือข่ายแกนนำควรจัดทำสำเร็จรูปให้แกนนำ
3. ควรติดตามและกระตุ้นให้กลุ่มแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ป้องกันเอดส์ในระดับตำบล มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ศึกษาใน กลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. 2548. รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย 2547. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ. 2543. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไข ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนบ้านถวาย หมู่ 2 และบ้านสารภี หมู่ 4 ตำบลขุนคอง อำเภอขุนคอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกษม วัฒนชัย. 2546. “การผลิตบุคลากรสุขภาพให้สอดคล้องรับกับการปฏิรูปสุขภาพ”. การปฏิรูป การศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ : หลักสูตรและการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : กระทรวง สาธารณสุข.

ควบคุมโรคติดต่อเขต 9 พิษณุโลก สำนักงาน. 2539. แผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ เขต 9 พ.ศ. 2539 – 2540 และคู่มือปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อในภาคสนาม. พิษณุโลก : โรงพิมพ์รัตนสุวรรณ 3.

ควบคุมโรคติดต่อ กรม. 2532. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ศูนย์ป้องกันและ ควบคุมโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

จำเริญ ไยชิง และคณะ. 2547. การสื่อสารในระดับชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ใน จ.เชียงราย.

ชวนชม สกนธวัฒน์, วีรสิทธิ์ ไตรย์ และสุกรี สุนทรภา. 2539. กลวิธีป้องกันโรคเอดส์สำหรับ ครอบครัวยุคใหม่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารโรคเอดส์, 8,(1), 19-25.

ณรงค์ ณ เชียงใหม่. 2545. “การมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”. วารสารภูมิแล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. 23 (พฤษภาคม – ธันวาคม) : 3.

ครุณี รุวกรกานต์ และคณะ. 2537. การสร้างหลักสูตรอบรมเยาวชนให้เป็นผู้ดำเนินการณรงค์ป้องกัน การติดเชื้อเอดส์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- เดือนใจ เทพยสุวรรณ. 2539. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในแหล่งท่องเที่ยว. วารสารโรคติดต่อ, 22, (2) 169-173.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุข”. เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1. (12 – 15 กันยายน)
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา”. บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทองศักดิ์ คุ่มไข่น้ำ. 2546. การศึกษากับการพัฒนาชุมชน. ขอนแก่น : ศรีภักดิ์ออฟเซ็ท.
- ทัศนยา บุญทอง, สุปราณี อัครเสวี และกรรณกาญจน์ สังคาศ. 2542. การจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเอดส์ และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์สำหรับนักศึกษาพยาบาล: ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวารสารโรคติดต่อ, 11, 70-83.
- นารีนารถ กิตติเกษมศิลป์. 2539. “การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ผ่านสื่อพื้นบ้านเพลงขอ” นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นเรศ สงเคราะห์สุข. 2541. จากแนวคิด...สู่การปฏิบัติ เลี้ยวหนึ่งของประสบการณ์พัฒนาแบบมีส่วนร่วมบนพื้นที่สูง. เชียงใหม่ : โครงการพัฒนาที่สูง ไทย – เยอรมัน.
- นำชัย ทนุผล. 2543. การพัฒนาธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงนิเวศในชุมชนบ้านโป่ง ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ : รายงานผลการวิจัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- ปณิธา รื่นบันเทิง. 2542. “กลยุทธ์การสื่อสารอันนำไปสู่การก่อตัวเป็นชุมชนมุสลิมกุฎีขาว แขวงวัดกัลยาณ์ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร”. นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปรัชญา เวรวัชช์. 2528. การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท : รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประพนธ์ ปิยรัตน์. 2534. บทบาทและภาระหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ประเวศ วัชชี. 543. “สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์”. เอกสารประกอบการสัมมนาภูมิปัญญาชาวบ้าน : ทางออกในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาชุมชน. นครสวรรค์.
- ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และเพ็ญประภา ศิวโรจน์. 2545. การประเมินโครงการเครือข่ายการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว. กรุงเทพฯ : เจเอสการพิมพ์.
- พรพรรณ บุรณสัจจะ และคณะ. 2548. สถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทยปี พ.ศ.2548. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- รชนีพร ภู่อพร. 2537. การพัฒนาสุขภาพในชุมชน. พิษณุโลก : ภาควิชาวิทยาศาสตร์เพื่อสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยครูพิบูลสงคราม.
- รุ่งกานต์ สรลัมพ์, พลเดช ปิ่นประทีป และทวีศักดิ์ นพเกษร. 2540. รูปแบบการพัฒนาสุขภาพชุมชนในการป้องกันและแก้ปัญหาโรคเอดส์ จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ.2531 – 2539. วารสารการสาธารณสุข. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม.
- วารภรณ์ สระมัจฉา. 2541. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วสุธร ตันวัฒนกุล. 2547. **สุขภาพ อนามัยชุมชนและกระบวนการพัฒนา**. ชลบุรี : คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศรียา นิยมธรรม และประภัศร นิยมธรรม. 2519. **โปรแกรมการเรียนวิชาจิตวิทยา**. กรุงเทพฯ :
เซนทรัลเอ็กซ์เพรสศึกษาการพิมพ์.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบัน. 2546. “สภาพปัญหาของแม่น้ำปิงกับภาวะสุขภาพของ
ชุมชน”. เอกสารประกอบการสัมมนา, เชียงใหม่.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์. 2546. **คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน**.
กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ทบวงมหาวิทยาลัย. 2538. **โครงการเอดส์และเพศศึกษาใน
โรงเรียนมัธยมศึกษา**. กรุงเทพฯ : ทบวงมหาวิทยาลัย.

สุรพงษ์ ล้อมอรุณ และรัตนา วงศ์ไชย. 2548. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในหญิง
ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อได้รับยา AZT ร่วมกับ NVP จังหวัดเชียงราย
อุบลราชธานี เพชรบุรี และสงขลา พ.ศ. 2544-2546. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรค
เอดส์ประเทศไทย 2547 (หน้า 1-9). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สุวารี สุขุมลววรรณ. 2546. “การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพ โดย
ใช้กระบวนการแผนแม่บทชุมชน บ้านหนองบอน ตำบลบ่อควางทอง อำเภอบ่อทอง
จังหวัดชลบุรี”. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
สถาบันพระบรมราชชนก. กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์การพิมพ์.

สิทธิโชค วรานุสันติกุล. 2539. **จิตวิทยาการจัดการพฤติกรรมมนุษย์**. นครปฐม : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยศิลปากร.

อภินันท์ รพีพัฒน์, ม.ร.ว. 2531. **ปัญหาการพัฒนาชนบท บทเรียนจากกรณียกกระบัตร โครงการพัฒนาชนบท
ลุ่มน้ำแม่กลอง**. ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อเนก นาคะบุตร. 2536. **จุดเปลี่ยนการพัฒนาชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชนไทย**. กรุงเทพฯ : สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

อำพล จินดาวัฒนะ. 2546. “การสร้างเสริมสุขภาพไม่มีเส้นขนาน”. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง “จุดร่วม จุดต่าง” : การเสริมสร้างสุขภาพบนเส้นขนาน.

เอกสุธี ยูหมนตรี. 2538. “ศักยภาพขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์”. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการศึกษานอกระบบ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bloom, Benjamin S. (ed). 1975. *Taxonomy of Education Objective Hand Book I : Cognitive Domain*. New York : David McKay Company Inc.

Cohen, John M. and Uphoff, Norman T. 1980. “Participation’s Place in Rural Development : Seeking Clarity Through Specificity” *World Development*. 8 : pp. 213 – 218.

DeJong. Jawad, R., Mortagy I., & Shepard, B. 2005. The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran. *Iran. Reproductive Health Matters*, 13,(25), 45-49.

Department of Communicable Disease control, 2001. *Projection for HIV/AIDS in Thailand : 2000-2020*. Department of Communicable Disease control, Ministry of Public Health.

Donald, Hay G. 1951. *Social Agricultural of Individuals in Four Rural. Community of the Northeast*, Rural Sociology.

Frew, P., & Bernhard, J.M. 2003. Focusing on HIV/AIDS in Africa American. *Journal of Public Health*, 93,(11), 1809.

Goldenson, Robert M.1984. **Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry**.New York : Longman Inc.

Kaufman, Harold F.1949. **Participation Organize Activities in Selected Kentucky localities Agricultural Experiment Station Bulletins.**

Koetsawang, S., & Auamkul, N. 1997. HIV and women in Thailand : Severity and services.**International Journal of Gynecology and Obstetrics**, 58, 121 – 127.

Lanouette, N.M., Noelson, R., Ramamonijisoa, A., Jacobson, S & Jacobson,J.M.2003. HIV and AIDS related Knowledge, awareness, and practices in Madagascar. **American Journal of Public Health**,93(6), 917 – 919.

Levi , J. 2000. The public health challenges of the HIV epidemic.**American Journal of Public Health**,9(7), 1023 – 1024.

Rifkin, S.B. 1990. Community participation in maternal and child and child health/family planning programmes : An analysis based on case study materials. **Geneva: World Health Organization.**

Rushing, R., Watts, C & Rushing, S. 2005. Living the reality of forced sex work: Perspectives from young migrant women sex workers in northern Vietnam. **Journal of Midwifery and Women's Health**, 50(4), 41-44.

Thassri,J., Thassri, s., Wifitsopha, S & Suwan, S. 2006. The development of an AIDs education training program for community leaders. **Thai Journal Nursing Research**, 10,144-153.

Tepichin, G.H. 2000. Awareness campaigns:Experience in Mexico. **Vaccine**,1890-92.

White, Alastair T.1982. **The community participations a discussion of the agreement.**

United Nations Children's Fund.

WHO / UNICEF.1978. **Report of the International Conference on Primary Healthcare.**New

York : N.P.Press.1978.

Yamane, Taro. 1973. **Statics : An Introductory Analysis.** 3 d ed. Singapore : Haper Internation.





ภาคผนวก ก – ง

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์
ในระดับตำบล

แบบสอบถามทั้งหมดมีจำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องวัยเจริญพันธุ์และการป้องกันเอดส์	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและการป้องกันเอดส์	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมทางเพศและการป้องกันเอดส์	จำนวน 10 ข้อ

โปรดตอบคำถามทุกข้อโดยการทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าคำตอบ หรือเติม

ข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง และความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ

15 – 25 ปี

26 – 35 ปี

36 – 45 ปี

2. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย

หย่าร้าง

แยกกันอยู่

3. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่น ๆ

4. จำนวนเงินรายได้ที่ได้รับโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

5. แหล่งที่มาของรายได้หรือเงินที่ได้รับเพื่อใช้จ่ายในแต่ละเดือน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

พ่อ-แม่

ญาติ

ทำงาน (โปรดระบุชนิดของงาน).....

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. ความพอเพียงของรายได้หรือเงินที่ได้รับเพื่อใช้จ่ายในแต่ละเดือน

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | พอเพียง มีเหลือเก็บ | <input type="checkbox"/> | พอเพียง แต่ไม่เหลือเก็บ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่พอเพียง | <input type="checkbox"/> | ไม่พอเพียง เป็นหนี้ / กู้ยืม |

7. ปัจจุบัน ท่านพักอาศัยอยู่กับใครบ้าง

- | | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | พ่อ | <input type="checkbox"/> | แม่ | <input type="checkbox"/> | ญาติผู้ใหญ่ |
| <input type="checkbox"/> | พี่น้อง | <input type="checkbox"/> | เพื่อน / คนรู้จัก | <input type="checkbox"/> | คู่รัก |
| <input type="checkbox"/> | คนเดียว | | | | |

8. สถานภาพสมรสของบิดามารดา

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | คู่และอยู่ด้วยกัน | <input type="checkbox"/> | คู่แต่แยกกันอยู่ |
| <input type="checkbox"/> | หม้าย (บิดาเสียชีวิต) | <input type="checkbox"/> | หม้าย (มารดาเสียชีวิต) |
| <input type="checkbox"/> | หย่าร้าง | <input type="checkbox"/> | บิดาและมารดาเสียชีวิต |

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องวัยเจริญพันธุ์และการป้องกันเอดส์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ตรงข้อคำตอบที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถาม

1. โรคเอดส์ติดต่อทางใด

- ก. เพศสัมพันธ์ รับประทานเลือด ใช้สารเสพติด
 ข. เพศสัมพันธ์ การถ่ายเลือด การสัมผัสสกอตริด
 ค. เพศสัมพันธ์ ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เสพสารเสพติด
 ง. เพศสัมพันธ์ การติดต่อจากแม่สู่ลูก ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

2. ถ้ามารดาติดเชื้อเอดส์ จะส่งผลกระทบต่อเด็กในครรภ์อย่างไร

- ก. เด็กไม่ติดเชื้อเอดส์
 ข. เด็กติดเชื้อเอดส์แน่นอน
 ค. เด็กเกิดมาน้ำหนักน้อย และเสียชีวิตทันที
 ง. เด็กมีโอกาสติดเชื้อเอดส์และไม่ติดเชื้อเอดส์

3. พฤติกรรมในข้อใดที่อาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้มากที่สุด

- ก. ขาวจูบแบบจูบคัมกับผู้หญิงสำส่อน
 ข. แดงรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ
 ค. ดำไปเที่ยวหญิงบริการ โดยสวมถุงยางอนามัย
 ง. เขียวรับประทานอาหารที่พ่อครัวเป็นเอดส์ถูกมีดบาดและเลือดหยดลงในอาหาร

4. เพื่อป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเอดส์แพร่กระจายไปสู่ผู้อื่น ควรให้คำแนะนำอย่างไรแก่ผู้ติดเชื้อ
- ไม่ควรอยู่ร่วมบ้านกับผู้อื่น
 - ไม่ใช่ภาชนะร่วมกับผู้อื่น
 - มีเพศสัมพันธ์ได้แต่ต้องใช้ถุงยางอนามัย
 - ควรแยกตัวมาอยู่คนเดียวเพื่อให้ชีวิตสงบ
5. ท่านจะไม่ติดเชื้อเอดส์จากพฤติกรรมในข้อใด
- ทำผลและเล็บที่ร้านเสริมสวย
 - เจาะหูและสักผิวหนังตามแฟชั่น
 - ช่วยห้ามเลือดให้ผู้ประสบอุบัติเหตุ
 - บริจาคโลหิตและอวัยวะให้แก่ผู้อื่น
6. ท่านควรจะทำอย่างไรถ้าสงสัยว่าอาจติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์
- รีบกินยา เอ แชนด์ ที ในขนาดสูงทันที
 - รีบไปรับยาเสริมภูมิคุ้มกันและฉีดวัคซีนป้องกัน
 - รีบไปตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ทันทีหลังมีเพศสัมพันธ์
 - ไปตรวจเลือดหลังมีเพศสัมพันธ์ 3 เดือน ต่อมาตรวจซ้ำอีกครึ่งหนึ่ง
7. ข้อใดเป็นวิธีป้องกันการติดเชื้อเอดส์ที่ดีที่สุด
- ไม่สำส่อนทางเพศ
 - ฉีดวัคซีนป้องกันทุกปี
 - ตรวจเลือดทุก 3 เดือน
 - ไม่คบหาสมาคมกับผู้ติดเชื้อเอดส์
8. ถุงยางอนามัยที่ดีควรมีคุณสมบัติอย่างไร
- ผลิตภายในประเทศ ราคาไม่แพง
 - ผลิตจากต่างประเทศ ราคาแพง
 - ไม่หมดอายุ และไม่มีรอยฉีกขาด
 - มีกลิ่นและสีสันต่างๆ ที่ทันสมัยเป็นที่นิยม
9. เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหมายถึงข้อใด
- ควรสวมถุงยางอนามัยครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
 - การรับประทานยาคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์
 - การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ
 - ควรสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงขณะมีประจำเดือน

10. ข้อใดเป็นข้อเท็จจริงสำหรับการรักษาผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบัน

- ก. รักษาให้หายได้ด้วยยาสมุนไพร
- ข. รักษาให้หายได้ด้วยยาแผนปัจจุบัน
- ค. รักษาให้หายได้ด้วยการฉีดวัคซีน
- ง. ไม่มียารักษาให้หายได้ ต้องดูแลและสุขภาพให้แข็งแรง



ตอนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและเอดส์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องการประเมินที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. วัยรุ่นสมัยนี้ใครไม่เคยมีประสบการณ์ทางเพศถือว่าไม่ทันสมัย					
2. การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องของความรับผิดชอบ					
3. การพกถุงยางอนามัยเป็นสิ่งที่น่าละอาย แสดงว่าเป็นคนสำส่อนทางเพศ					
4. ผู้ขายบริการทางเพศเท่านั้นที่แพร่เชื้อเอดส์					
5. ผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์สามารถอยู่ในสังคมกับคนทั่วไปได้ตามปกติ					
6. ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ควรได้รับความทุกข์เพราะไม่คบหาสมาคมด้วย					
7. ถ้าเพื่อนของท่านติดเชื้อหรือป่วยเป็นเอดส์ ท่านจะไม่คบหาสมาคมด้วย					
8. ก่อนแต่งงานควรไปตรวจเลือดทั้งสองฝ่าย					
9. ควรมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างกลุ่มเพื่อนหรือคนรักโดยไม่ต้องสวมถุงยางอนามัย เนื่องจากไม่มีโอกาสติดเชื้อเอดส์					
10. การเที่ยวกลางคืนตามสถานบันเทิงมี การเสพของมีนเมา อาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้					

ตอนที่ 4 พฤติกรรมและทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องการประเมินที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อรักหรือสามีหากรู้ว่าคู่อรักหรือสามีไปเที่ยวโสเภณีมา					
2. เมื่อมีความต้องการทางเพศท่านมักช่วยตัวเองเพื่อผ่อนคลายความต้องการ					
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถให้คู่อรักหรือสามีใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์หากรู้ว่าคู่อรักหรือสามีไปเที่ยวโสเภณีมา					
4. ท่านมีการพูดคุยกับบุคคลอื่นในหมู่บ้านเกี่ยวกับเรื่องเอดส์					
5. ทุกครั้งที่ท่านเข้าตัดผมและเสริมสวยท่านตรวจสอบความสะอาดของเครื่องมือก่อนเสมอ					
6. ท่านไปศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอดส์จากสถานีอนามัย โรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ เสมอ					
7. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมฝึกอบรมโครงการเกี่ยวกับเอดส์					
8. ท่านมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์					
9. ท่านให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์กับเพื่อนและคนอื่น ๆ					
10. ก่อนแต่งงานท่านไปรับการตรวจเลือดทั้งสองฝ่าย					

แบบสอบถามแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

เรื่อง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำเครือข่ายวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์

ตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ก่อนการอบรม

หลังการอบรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าคำตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ

15 – 25 ปี

26 – 35 ปี

36 – 45 ปี

2. การศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมต้น

มัธยมปลาย / ปวช.

อนุปริญญา / ปวส.

ปริญญาตรี

อื่น ๆ (ระบุ).....

3. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย

หย่า

แยกกันอยู่

4. ศาสนา

พุทธ

อิสลาม

อื่น ๆ (ระบุ).....

5. อาชีพ

ทำนา / ทำไร่ / ทำสวน

รับจ้าง

ค้าขาย

อื่น ๆ (ระบุ).....

6. จำนวนบุตร / ธิดาของท่าน.....คน

7. ตำแหน่งหน้าที่ในหมู่บ้าน

อสม.

อบต.

สมาชิกกลุ่ม.....

ไม่มี

ส่วนที่ 2 ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการแนะนำเครือข่ายวิทยุชุมชนเพื่อ
ป้องกันเอดส์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความมั่นใจของท่าน

รายการ	ระดับความมั่นใจ				
	มั่นใจมาก ที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจ	มั่นใจ น้อย	ไม่มั่นใจ
1. ท่านมีความเชื่อว่างค์ความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ที่ท่านมีอยู่เป็นส่วนหนึ่งในการ ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ใน หมู่บ้าน					
2. ท่านสามารถให้คำแนะนำความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันเอดส์แก่บุคคลอื่นได้ อย่างถูกต้อง					
3. ท่านสามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ เครือข่ายวิทยุชุมชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอดส์ได้					
4. ท่านสามารถเผยแพร่ความรู้เรื่องการ ป้องกันการติดเชื้อเอดส์แก่เพื่อนบ้านได้ อย่างถูกต้อง					
5. ท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านที่มี พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ให้ลด หรือเลิกพฤติกรรมดังกล่าวได้					
6. ท่านมีความมั่นใจที่จะจัดกิจกรรม รณรงค์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ใน หมู่บ้านของท่าน					
7. ท่านมีความมั่นใจที่จะชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์การป้องกันโรค เอดส์ในเครือข่ายวิทยุชุมชน					

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

รายการ	ระดับความมั่นใจ				
	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจ	มั่นใจน้อย	ไม่มั่นใจ
8. ท่านสามารถช่วยเหลือเจ้าหน้าที่มา รณรงค์เพื่อป้องกันเอดส์ในหญิงวัยเจริญ พันธุ์ได้					
9. ท่านสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการ ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้อย่างถูกต้อง					
10. ท่านมีความมั่นใจในการเป็นแกนนำ หญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์					

ความต้องการของท่านเพื่อสร้างความมั่นใจในการเป็นแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินเจตคติของผู้นำชุมชน

ความคิดเห็นในการนำโครงการ “การพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ” มาดำเนินการในตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ..... ปี
3. การศึกษา 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา 3. ปริญญาตรี
 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. ตำแหน่งหน้าที่ในตำบลป่าชิง
 1. กำนันตำบล,ผู้ใหญ่บ้าน 2. อสม.
 3. อื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นในการนำโครงการมาดำเนินการในตำบลป่าชิง

คำแนะนำ โปรดอ่านข้อความแล้ว / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ ข้อ	รายการ	ความคิดเห็น					หมายเหตุ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
1	การมีผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ในชุมชนถือเป็นเรื่องปกติ						
2	การป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์เป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคนในชุมชน						
3	โรคเอดส์เป็นเรื่องของพฤติกรรมส่วนบุคคลชุมชนไม่สามารถช่วยได้						

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	รายการ	ความคิดเห็น					หมายเหตุ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
4	การแพร่ระบาดของเอดส์เป็น ปัญหาสำคัญและมี ผลกระทบต่อชุมชนทั้งด้าน เศรษฐกิจและสังคม						
5	การแนะนำความรู้เรื่องโรค เอดส์ให้กับชุมชนเป็น แนวทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกัน โรคเอดส์ในชุมชน						
6	ท่านรู้สึกพอใจและภูมิใจ ที่ได้มีส่วนร่วมในการ ป้องกันเอดส์ในชุมชน						
7	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการป้องกันเอดส์อยู่ เสมอ						
8	ท่านมีความตั้งใจที่จะจัด กิจกรรมรณรงค์ป้องกัน เอดส์ในชุมชนของท่าน						
9	ท่านสามารถที่จะชักชวน เพื่อนบ้านหญิงวัยเจริญพันธุ์ มาเป็นแกนนำรณรงค์ ป้องกันเอดส์ในชุมชนได้						
10	ท่านยินดีให้ความร่วมมือ กับเจ้าหน้าที่ที่มาช่วย รณรงค์ป้องกันเอดส์ใน ชุมชน						

ข้อเสนอแนะ ต่อการนำโครงการมาดำเนินการในพื้นที่ตำบลป่าชิง



แนวประเด็นคำถามการทำ Focus Group
แกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์ในตำบลป่าชิง อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา
วันที่ 30 สิงหาคม 2550 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลป่าชิง

ควรเป็นประเด็นคำถามปลายเปิด

1. จากประสบการณ์ที่ท่านอยู่ในชุมชนนี้มานาน ท่านคิดว่าชุมชนของท่านยังต้องการพัฒนา
ด้านสุขภาพเรื่องใดบ้าง
2. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในเครือข่ายของท่าน ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร
3. ท่านคิดว่าเครือข่ายของท่านมีการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากพฤติกรรมเสี่ยงอย่างไร
4. ท่านคิดว่าเครือข่ายของท่านมีความต้องการวิธีใดในการป้องกันเอดส์
5. ท่านใช้วิธีการอย่างไร ในการให้เครือข่ายมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการป้องกัน
เอดส์
6. วิธีที่ดีที่สุดในการรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ท่านคิดว่าควรใช้
วิธีการอย่างไร
7. ในฐานะที่ท่านเป็นกลุ่มแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ ท่านคิดว่าท่านควรมีบทบาทอย่างไรใน
การแก้ไขปัญหาเอดส์
8. มีปัญหาและข้อเสนอแนะอะไรบ้างต่อทีมงานวิจัย
- 9.

แผนผังการนั่งของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

นาง...	1	M	8	นาง...
นาง...	2	เทป	7	นาง...
นาง...	3	4	5	นาง...
		นาง...	นาง...	

N

หมายเหตุ M (Moderator) คือผู้ดำเนินการสนทนา

N (Noteaker) คือ ผู้บันทึกการสนทนา

แบบบันทึก

ประเด็นคำถามที่ 1

.....

.....

.....

.....

.....

ประเด็นคำถามที่ 2

.....

.....

.....

.....

.....

ประเด็นคำถามที่ 3

.....

.....

.....

.....

.....

ประเด็นคำถามที่ 4

.....

.....

.....

.....

.....



ประเด็นคำถามที่ 5

ประเด็นคำถามที่ 6

ประเด็นคำถามที่ 7



ประเด็นคำถามที่ 8

ภาคผนวก ข

กำหนดการประชุม

ผู้นำชุมชนตามโครงการ

การพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลาโดยใช้รูปแบบ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

วันที่ 2 มีนาคม 2550 ณ สถานีอนามัยบ้านป่าชิง ตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

.....
วันที่ 2 มีนาคม 2550

08.30 น. – 09.00 น.

ลงทะเบียน

09.00 น. – 09.30 น.

แนะนำคณะวิจัย/คณะทำงาน

09.30 น. – 11.00 น.

องค์ความรู้เรื่องโรคเอดส์/สถานการณ์โรคเอดส์ในอำเภอจะนะ

โดย นางบุญราศรี ช่างเหล็ก จากโรงพยาบาลจะนะ

11.00 น. – 12.00 น.

ผลกระทบจากเอดส์ต่อชุมชน

โดย นายนิคย์ ทองเพชรศรี จาก ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12

12.00 น. – 13.00 น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน

13.00 น. – 14.00 น.

บทบาทของชุมชนในการส่งเสริมป้องกันเอดส์

โดย นายจักรวธ แคล้วอาวุธ จาก สสอ.ควนเนียง

14.00 น. – 15.00 น.

วัตถุประสงค์การวิจัย/แนวทางการดำเนินงานวิจัย

โดย นายเทพกร พิทยาภินันท์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ

สงขลา

15.00 น. – 15.30 น.

แนวทางการคัดเลือกแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์

โดย นายเทพกร พิทยาภินันท์

นางบุญราศรี ช่างเหล็ก

15.30 น. – 16.30 น.

อภิปรายทั่วไป

หมายเหตุ รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มระหว่างการประชุม

เวลา 10.30 น. – 10.45 น. / 14.30 – 14.45 น.

ตารางการจัดอบรมแก่นำวิทยากรวิทยากรเพื่อป้องกันเหตุ
ระหว่างวันที่ 18 - 19 เมษายน 2550

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลจนะ อำเภอจนะ จังหวัดสงขลา

วันที่	เวลา	08.30 - 10.30 น.	08.30 - 10.30 น.	12.00 - 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน	08.30 - 10.30 น.	08.30 - 10.30 น.
18 เม.ย. 50		ความรู้เรื่องโรคเอดส์และ สถานการณ์เอดส์ในอำเภอจนะ โดยนางสาวกิติสาร สุวรรณรัตน์ รพ.จนะ	ทักษะกระบวนการปฏิบัติงาน ชุมชน โดยนางบุญราศรี ช่างเหล็ก นางสาวกิติสาร สุวรรณรัตน์ รพ.จนะ		ทักษะกระบวนการปฏิบัติงาน ชุมชน โดยนางบุญราศรี ช่างเหล็ก นางสาวกิติสาร สุวรรณรัตน์ รพ.จนะ	ทักษะกระบวนการปฏิบัติงาน ในชุมชน (ต่อ)
19 เม.ย. 50		ทักษะการโน้มน้าวใจการป้องกัน เอดส์ในกลุ่มหญิงวัยรุ่น โดยนางสาวกาญจน์กมล สุวิทยรัตน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา	ทักษะการโน้มน้าวใจการป้องกัน เอดส์ในกลุ่มหญิงวัยรุ่น (ต่อ)		ทักษะการให้สุศึกษาเป็น รายบุคคลและรายกลุ่ม โดยนายนิคค์ ทองเพชรศรี ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12	การวางแผนการปฏิบัติงานใน ชุมชน โดยนายเทพกร พิทยภินันท์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ สงขลา

ภาคผนวก ค

รายชื่อแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในโครงการวิจัย
การพัฒนาศักยภาพภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์ ในจังหวัดสงขลา
โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ลายเซ็น	เบอร์โทรศัพท์
1	นางพัชนี แก้วทอง	147/1 ม.1		084-694843
2	นางสด ไชยเพชร	127 ม.1		
3	นางอนงค์ หมัดหัต	114/2 ม.1		086-2898372
4	นางวรรณุช หมัดหัต	98 ม.1		
5	นางอุทัย มณี	42/4 ม.1		089-5966674
6	นางหนูกิ่ง มณี	4/1 ม.2		
7	นางสมปอง มัคคะโน	14 ม.2		
8	นางสีนวล นวลหนู	8/3 ม.2		
9	นางซ้อดีเยาะ หมัดโสะ	9/2 ม.3		
10	นางอาดีเก๊ะ เอียดหวัง	5/1 ม.3		
11	นางอีเอ เอียดหวัง	10 ม.3		
12	นางสีดีอามีเนาะ ตาเท	6 ม.4		087-3925503
13	นางวรรณนิดา หนีมา	28/1 ม.4		086-9567535
14	นางวาสนา ทองเอียด	11/1 ม.5		089-9752799
15	นางสาวสุพรรณิ บัวทอง	1 ม.6		
16	นางฤทัย เหาะหัน	19/3 ม.7		087-2883270
17	นางอมรรัตน์ เทอดไทย	38/1 ม.7		086-2890057
18	นางเสาะ ขริดาไอ้	3/1 ม.8		087-3979950
19	นางสะหน๊ะ เถาะหมาน	9/3 ม.8		087-3991276
20	นางสุไรดา ลือโมะ	43 ม.8		
21	นางรอมิยะ ขริดาไอ้	2 ม.8		
22	นางรอปิยะ จิตคำริ	16/2 ม.9		089-1984593

รายชื่อแกนนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในโครงการวิจัย
การพัฒนาศักยภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันเอดส์ ในจังหวัดสงขลา
โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ลายเซ็น	เบอร์โทรศัพท์
23.	นางมารศรี เอียดเต๊ะ	39 ม.9		089-9768117
24.	นางรอกีเยาะ หมะไบ	47/5 ม.9		083-5120982
25.	นางบารีเยาะ โื้อะสา	87 ม.9		084-8567127



ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ชาญชัย เรืองขจร ประธานโปรแกรมวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
2. อาจารย์ฤดีดาว ช่างसान อาจารย์ประจำโปรแกรมวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
3. นายนิศย์ ทองเพชรศรี นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นายเทพกร พิทยาภินันท์

วัน เดือน ปีเกิด 18 พฤษภาคม 2499

วุฒิการศึกษา

วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีการศึกษาที่จบ
1. ปริญญาตรีการศึกษาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร	2522
2. ปริญญาตรีศึกษาศาสตร์ บัณฑิต	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	2530
3. ปริญญาโทการศึกษา มหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร	2533

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

อาจารย์ ระดับ 8 โปรแกรมวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ตั้งแต่ 15 สิงหาคม 2547