

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการศึกษา เรื่องการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน ของหัวหน้าครัวเรือนในตำบลฝายหลวง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้นำเสนอในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

- |           |   |
|-----------|---|
| ส่วนที่ 1 | ลักษณะทั่วไปของตำบลฝายหลวง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์  |
| ส่วนที่ 2 | ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  |
| ส่วนที่ 3 | อัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ของหัวหน้าครัวเรือนใน<br>งานสาธารณสุขมูลฐาน   |
| ส่วนที่ 4 | ลักษณะการมีส่วนร่วม ของหัวหน้าครัวเรือนในงาน<br>สาธารณสุขมูลฐาน   |
| ส่วนที่ 5 | ความสัมพันธ์ของอายุ การศึกษา และรายได้ของหัวหน้า<br>ครัวเรือนกับการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน   |
| ส่วนที่ 6 | พฤติกรรมสุขภาพของครัวเรือนในเรื่อง<br>- การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในบ้าน<br>- การดูแลที่พักอาศัย<br>- การจัดเก็บขยะมูลฝอย<br>- น้ำดื่ม น้ำใช้<br>- การใช้โถ่งน้ำ |

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © Chiang Mai University

All rights reserved

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของตำบลฝายหลวง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

สภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบ และภูเขา มีพื้นที่ 83 ตารางกิโลเมตร จำนวนประชากร 57,814 คน ประกอบด้วยหลักทำสวนทุเรียน, ลางสาด, ปลูกหอมแดง, ทำไม้กวาด, และทำผ้าหม่นวม

ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข

มีกองทุนสุขภาพอยู่ใน 7 หมู่บ้านคือ หมู่ 2,3,4,5,6,7,8 กองทุนโภชนาการ อยู่ใน 3 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 1,2,5 และมีกองทุนบัตรสุขภาพ จำนวน 3 กองทุนอยู่ใน หมู่ที่ 4,5,8 นอกจากนั้นยังมีกองทุนแปรงสีฟัน ในโรงเรียนทุกโรงเรียนและในหมู่บ้านอีก 5 แห่ง คือหมู่ที่ 1,3,4,5,7 มีโรงเรียน ประถมศึกษา 5 โรงเรียน จำนวนนักเรียนทั้งหมด 655 คน

จากข้อมูลการเจ็บป่วยตำบลฝายหลวง ปีงบประมาณ 2534 พบว่า มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออก 28/100,000 ประชากร ใช้มาลาเรีย 55/100,000 ประชากร เป็นโรคตับอักเสบอัตรา 28/100,000 ประชากรและเป็นหัดอัตรา 55/100,000 ประชากร นอกจากนี้ยังพบว่าอายุแรกเกิดถึง 5 ปี มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 86.8 มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 13 และขาดสารอาหารระดับ 2 ร้อยละ 0.2 งานวางแผนครอบครัว มีอัตราครอบคลุมร้อยละ 97 งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีอัตราความครอบคลุมร้อยละ 62 มีน้ำสะอาดบริโภคเพียงพอครอบคลุมร้อยละ 95.7 ที่รองรับขยะประจำบ้านครอบคลุมร้อยละ 79.8 มีสิ่งแวดล้อมที่สะอาดครอบคลุมทุกหลังคาเรือน

ชาวบ้านตำบลฝายหลวง มีที่นั้งยามเจ็บป่วยค่อนข้างสมบูรณ์ กล่าวคือ มีสถานีอนามัย 2 แห่ง ได้แก่ ตำบลฝายหลวงมีสถานีอนามัย 2 แห่ง คือ

1. สถานีอนามัยตำบลฝายหลวง ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 มีเจ้าหน้าที่หญิง 2 คน
2. สถานีอนามัยบ้านท่งลับแล ตั้งอยู่หมู่ที่ 7 มีเจ้าหน้าที่ชาย 1 คน

นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน โดยมีสัดส่วนดังนี้ สัดส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อประชากรต่อหลังคาเรือนเท่ากับ 1 : 892 : 176 และ สัดส่วนของผู้สื่อข่าวสาธารณสุขต่อประชากรต่อหลังคาเรือนเท่ากับ 1 : 56 : 11

## ส่วนที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ หัวหน้าครัวเรือนของตำบลฝายหลวง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 180 คน มีลักษณะทั่วไปดังนี้

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>ลักษณะทั่วไป</b>		
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	170	94.4
หญิง	10	5.6
รวม	180	100.0
<b>2. อายุ (ปี)</b>		
20-29	10	5.6
30-39	55	30.6
40-49	53	29.4
50-59	52	28.8
60-69	10	5.6
รวม	180	100.0

อายุเฉลี่ย 44.53 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.24)

## ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>3. สถานภาพสมรส</b>		
โสด	4	2.2
คู่	167	92.8
หม้าย, หย่า, แยก	9	5.0
รวม	180	100.0
<b>4. การศึกษา</b>		
จบการศึกษา ต่ำกว่า ป.4	3	1.7
ป.4-ป.7	152	84.4
สูงกว่า ป.7	25	13.9
รวม	180	100.0
<b>5. อาชีพ</b>		
เกษตรกรรวม	132	73.4
รับจ้าง	17	9.4
รับราชการ	17	9.4
ค้าขาย	14	7.8
รวม	180	100.0
<b>6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)</b>		
1 คน	3	1.7
2 คน	2	1.1
3 คน	36	20.0

## ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
4 คน	56	31.1
5 คน	34	18.9
6 คน	26	14.4
7 คน	12	6.7
8 คน	9	5.0
9 คน	1	0.6
11 คน	1	0.6
รวม	180	100.0
จำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยเฉลี่ย 4.67 คน (SD. = 1.59)		
7. จำนวนบุตรของกลุ่มตัวอย่าง (คน)		
ไม่มีบุตร	5	2.8
มีบุตร 1 คน	5	22.8
2 คน	41	30.6
มากกว่า 2 คน	79	43.8
รวม	180	100.0
8. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว		
เหลือเก็บ	28	15.6
พอกินพอใช้	117	65.0
มีหนี้สิน	35	19.4
รวม	180	100.0

## ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
9. รายได้ของครอบครัว (บาทต่อปี)		
ต่ำกว่า 10,000	12	6.7
10,000 - 20,000	43	23.9
20,001 - 30,000	50	27.8
30,001 - 40,000	26	14.4
40,001 - 50,000	20	11.1
มากกว่า 50,000	29	16.1
รวม	180	100.0

รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย 38,255.56 บาทต่อปี

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน. = 31193.24

มัธยฐาน 30,000 บาท

พิสัย 195,000.00 บาท

รายได้ต่ำสุด 5,000 บาท

รายได้สูงสุด 200,000 บาท

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

## 10. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของครอบครัว. (บาทต่อปี)

ไม่เสียค่าใช้จ่าย	61	33.9
เสียค่าใช้จ่าย		
- ต่ำกว่า 500	70	38.9
- 501 - 1000	32	17.8
- สูงกว่า 1000	17	9.4
รวม	180	100.0

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 522.67 บาทต่อปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 712.24)

มัธยฐาน 300.00 บาท

พิสัย 4970.00 บาท

ค่าต่ำสุด 30.00 บาท

ค่าสูงสุด 5,000 บาท

ตามตาราง 2 กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นหัวหน้าครัวเรือนของตำบลฝายหลวง อำเภอ  
ลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 180 คน เป็นเพศชายร้อยละ 94.4 ที่เหลือเป็นเพศหญิง  
มีอายุเฉลี่ย 44.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.24) สถานะภาพสมรสเป็นคู่เกือบทั้งหมดคิด  
เป็นร้อยละ 92.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 7 คิดเป็น  
ร้อยละ 84.4 รองลงมาคือ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 คิดเป็นร้อยละ 13.9 ที่เหลือมี  
จำนวนร้อยละ 1.7 จบการศึกษาต่ำกว่าชั้นปีที่ 4 การประกอบอาชีพของครัวเรือนนั้น ส่วนใหญ่  
คิดเป็นร้อยละ 73.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อีกร้อยละ 9.4 มีอาชีพรับจ้างและ  
รับราชการมีจำนวนเท่ากัน ที่เหลือมีอาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 7.8 ขนาดของครอบครัวกลุ่ม  
ตัวอย่างโดยเฉลี่ย 4.67 คน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.59) จำนวนสมาชิกในครอบครัว  
สูงสุด 11 คน คน และต่ำสุด 1 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตร มากกว่า 2 คน คิดเป็น

ร้อยละ 43.8 มีบุตร 2 คน คิดเป็นร้อยละ 30.6 มีบุตร 1 คน คิดเป็นร้อยละ 22.8 และพบว่าไม่มีบุตรร้อยละ 2.8 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 65 มีหนี้ร้อยละ 19.4 และมีเงินเหลือเก็บร้อยละ 15.6 รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย 38,255.56 บาทต่อปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 31,193.24) โดยมีรายได้สูงสุด 200,000 บาทต่อปี ต่ำสุด 5,000 บาทต่อปี ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของครอบครัว โดยเฉลี่ย 522.67 บาทต่อปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 712.24)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved



## ส่วนที่ 2 อัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ของหัวหน้าครัวเรือนในงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น พบว่าการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ทั้ง 4 ขั้นตอนคือ การมีส่วนร่วมในองค์ประกอบ ใดองค์ประกอบหนึ่งจะต้องมีความร่วมมือทุกขั้นตอน ต่อไปนี้คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ในแต่ละองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความแตกต่างกันไปจากการศึกษาพบว่า ในบางองค์ประกอบ กิจกรรมการมีส่วนร่วมเกิดจากภรรยาหรือบุตรของหัวหน้าครัวเรือน โดยหัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในการรับรู้ ตัวอย่างเช่นงาน โภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นต้องอาศัยความเหมาะสมของฐานะ ในสังคม เป็นเครื่องช่วยในการทำกิจกรรม

และเนื่องจากการศึกษา ครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อวัดสถานภาพการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับครอบครัว จำเป็นต้องศึกษากระแสของการมีส่วนร่วมที่เกิดจากครัวเรือนโดยบุคคลอื่นด้วย เพื่อการประเมินเสถียรภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และทำการศึกษาค่ามีส่วนร่วมในมุมมองที่กว้างขึ้น ดังนั้นการนำเสนอจึงนำเสนอใน 2 ลักษณะ คือ

- การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน และ
- การมีส่วนร่วมของครัวเรือน

ตาราง 3 อัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ของหัวหน้าครัวเรือนในงานสาธารณสุขมูลฐาน และช่วงความเชื่อมั่น 95%

กิจกรรม	การมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ของหัวหน้าครัวเรือน		ช่วงความเชื่อมั่น 95%
	จำนวน	ร้อยละ (n=180)	
งานสุขศึกษา	121	67.2	60.9-73.5
งานควบคุมโรคติดต่อ	110	61.1	53.7-68.5
งานจัดหายาที่จำเป็น ฯ	110	61.1	53.7-68.5
งานอนามัยแม่และเด็ก	62	34.4	27.9-40.9
งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	74	41.1	34.2-48.0
งานโภชนาการ	92	51.1	44.2-58.0
งานรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ	45	25.0	19.4-30.6
งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	132	73.3	67.2-79.4
งานสุขภาพจิต	63	35.0	28.3-41.7
งานทันตสาธารณสุข	43	23.9	17.3-29.5

จากการศึกษาอัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ของหัวหน้าครัวเรือน ในงานสาธารณสุข  
 มวลฐาน ตามตาราง 3 พบว่า

หัวหน้าครัวเรือน มีส่วนร่วมที่สมบูรณ์มากที่สุดในงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม คือ มี  
 ส่วนร่วมที่สมบูรณ์ทั้ง 4 ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาคืองานสุขภาพจิตเป็นร้อยละ  
 67.2 ส่วนงานควบคุมโรคติดต่อและงานจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน หัวหน้าครัวเรือนมี  
 ส่วนร่วมที่สมบูรณ์เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 61.1 งานโภชนาการคิดเป็นร้อยละ 51.1 ส่วนงาน  
 สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานสุขภาพจิต งานอนามัยแม่และเด็ก งานรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ  
 ในท้องถิ่น งานทันตสาธารณสุข มีส่วนร่วมแตกต่างกันคิดเป็นร้อยละ 41.1, 35.0, 34.4,  
 25.0 และ 23.9 ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 Copyright © by Chiang Mai University  
 All rights reserved

ตาราง 4 อัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ของครัวเรือน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สาธารณสุขมูลฐาน 10 องค์ประกอบ	ร้อยละของการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ของครัวเรือน				
	ผู้มีส่วนร่วม				
	รวม	หัวหน้าครัวเรือน	ภรรยา	บุตร	
	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
- งานสุขศึกษา	132	73.3	91.7	7.5	0.8
- งานควบคุมโรคติดต่อ	121	67.2	90.9	8.3	0.8
- งานจัดหายาที่จำเป็น ฯ	122	67.8	90.2	8.2	1.6
- งานอนามัยแม่และเด็ก	74	41.1	83.8	13.5	2.7
- งานสร้างภูมิคุ้มกันโรค	88	48.9	84.1	12.5	3.4
- งานโภชนาการ	126	70.0	73.0	23.8	3.2
- งานรักษาพยาบาล ฯ	47	26.1	95.7	4.3	0
- งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	141	78.3	93.6	4.9	1.4
- งานสุขภาพจิต	63	35.0	100.0	-	-
- งานทันตสาธารณสุข	43	23.9	100.0	-	-

ตามตาราง 4 อัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ของ "ครัวเรือน" ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในมุมมองที่กว้างขึ้นคือ มองในภาพรวมถึงกระแสของการมีส่วนร่วมที่ออกมาจากแต่ละครัวเรือน ถ้ารวมถึงการมีส่วนร่วมของภรรยาและบุตรด้วย จะพบว่าอัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ในแต่ละกิจกรรมสูงขึ้น งานสุขศึกษามีอัตราส่วนร่วมที่สมบูรณ์เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 67.2 เป็นร้อยละ 73.3 งานควบคุมโรคติดต่อเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 61.1 เป็นร้อยละ 67.2 งานจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน งานอนามัยแม่และเด็กและงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีอัตราส่วนที่สมบูรณ์เพิ่มขึ้นจาก 61.1, 34.4, 41.1 เป็น 67.8, 41.1 และ 48.9 ตามลำดับ งานโภชนาการ เป็นงานที่มีอัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์เพิ่มขึ้นสูงมากที่สุด คือ จากร้อยละ 51.1 เป็นร้อยละ 70.0 ส่วนงานรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ในท้องถิ่นและงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม พบว่าสูงขึ้นเข้ากันจากร้อยละ 25.0 และ 73.3 เป็นร้อยละ 26.1 และ 78.3 ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

### ส่วนที่ 3 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

การศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมนั้น ได้ศึกษาในแต่ละองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่ามีลักษณะการมีส่วนร่วมแตกต่างกัน ดังนี้ คือ

#### การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ในงานสุขศึกษา

การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสุขศึกษา สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นมีหลายอย่าง คือ หอกระจายข่าว ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน ศูนย์ข้อมูลข่าวสารประจำหมู่บ้าน ชบวนการถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ มักมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน จากการเข้าไปศึกษาในชุมชนพบว่า สิ่งเร้าให้เกิดการมีส่วนร่วมที่ได้ผลดี คือ "ศูนย์ข้อมูลข่าวสารประจำหมู่บ้าน" ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ

1. ใช้เทคโนโลยีที่มีในหมู่บ้านและมีประจำทุกหมู่บ้านเหมือนกัน
2. เป็นศูนย์รวมของกิจกรรมหลายอย่างของชุมชน

การศึกษาจึงมุ่งเน้นไปที่ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โดยวิเคราะห์มิติของการมีส่วนร่วมได้

ดังนี้คือ

มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา โดย "เข้าร่วมปรึกษาหารือเรื่องสุขภาพ"

มีส่วนร่วมในการวางแผน โดย "ช่วยดำเนินงานศูนย์ข้อมูลข่าวสาร"

มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดย "ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพแก่บุคคลอื่น"

มีส่วนร่วมในการประเมินผล โดย "ได้รับความรู้จากศูนย์ข้อมูลข่าวสาร"

ตาราง 5 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานเสขศึกษา

ลักษณะการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ชั้นตอน)	121	67.2
มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์	40	22.4
ไม่มีส่วนรวม	19	10.4
รวม	180	100.0

ตามตาราง 5 พบว่าลักษณะการมีส่วนร่วมในงานเสขศึกษาของหัวหน้าครัวเรือน หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ทุกชั้นตอนร้อยละ 67.2 มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 22.4 และมีร้อยละ 10.4 ที่ไม่มีส่วนร่วม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ตาราง 6 มติการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสุศึกษา

จากหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 180 คน

มติของการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	144	80.0
มีส่วนร่วมในการวางแผน	149	82.8
มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	141	78.3
มีส่วนร่วมในการประเมินผล	151	83.9
ไม่มีส่วนร่วม	19	10.4

ตามตาราง 6 หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาร้อยละ 80.0

มีส่วนร่วมในการวางแผนร้อยละ 82.8 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานร้อยละ 78.3 มีส่วนร่วม

ในการประเมินผลร้อยละ 83.9 และร้อยละ 10.4 ไม่มีส่วนร่วม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved



### การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น

การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานควบคุมโรคติดต่อในหมู่บ้านสิ่งที่เป็นรูปธรรม และเห็นได้ชัด ในการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น ในหมู่บ้านที่ผ่านมาก็คือการควบคุมโรคติดต่อที่เกิดจากยุง มิติของการมีส่วนร่วมในองค์ประกอบ<sup>๕๔</sup>คือ

- มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา โดย "สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุง"
- มีส่วนร่วมในการวางแผน โดย "การประชุมวางแผนการกำจัดยุง"
- มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดย "การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง"
- มีส่วนร่วมในการประเมินผล โดย "ติดตามข่าวการเป็นโรคที่เกิดจากยุง"

ตาราง 7 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น

ลักษณะการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ขั้นตอน)	110	61.1
มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์	54	30.0
ไม่มีส่วนร่วม	16	8.9
รวม	180	100.0

ตามตาราง 7 พบว่าหัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในงานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่นอย่างสมบูรณ์ (4 ขั้นตอน) ร้อยละ 61.1 และร้อยละ 30.0 มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์ที่เหลือไม่มีส่วนร่วมร้อยละ 8.9

ตาราง 8 มิติการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น

จากหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 180 คน

มิติการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	120	66.7
มีส่วนร่วมในการวางแผน	140	77.8
มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	163	90.6
มีส่วนร่วมในการประเมินผล	158	87.8
ไม่มีส่วนร่วม	16	8.9

ตามตาราง 8 หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในงานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่นมีส่วนร่วมน้อยที่สุดในทุกขั้นตอน พบว่ามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ร้อยละ 66.7 และวางแผน ร้อยละ 77.8 ตามลำดับ ส่วนขั้นตอนในการดำเนินงานมีส่วนร่วมสูงถึงร้อยละ 90.6 และในการประเมินผล มีส่วนร่วมร้อยละ 87.8 ไม่มีส่วนร่วมร้อยละ 8.9

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

### การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ในงานจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

ยาที่จำเป็น เป็นปัจจัยสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน แม้ว่ายาไม่อาจซื้อสุภาพที่ดีได้ แต่ยาที่ช่วยชีวิตและช่วยประหยัดเงินได้หากรู้จักใช้ การใช้ยาที่ไม่ระวังนอกจากจะทำให้สูญเสียทรัพยากรที่หายากที่อาจนำไปซื้ออาหารที่มีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพแล้ว การใช้ยาที่ผิดพลาดยังทำให้เกิด "โรคจากยา" ได้อีกด้วย เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวโดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน จึงมีการจัดตั้ง "กองทุนยา" ในหมู่บ้านขึ้น โดยให้ชาวบ้านบริหารจัดการกันเอง โดยมีการซื้อ - ขายหุ้นในหมู่บ้าน ตั้งคณะกรรมการและมีการประเมินผลแบ่งผลกำไร การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ในการจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน จึงมีขั้นตอน ดังนี้คือ

- มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา โดย "ระบุปัญหาการจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้"
- มีส่วนร่วมในการวางแผน โดย "เป็นสมาชิกกองทุนยา"
- มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดย "ซื้อยาจากกองทุนยา"
- มีส่วนร่วมในการประเมินผล โดย "ร่วมประชุมสรุปผลการดำเนินงาน"

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ตาราง 9 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

ลักษณะการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ชั้นตอน)	110	61.1
มีส่วนร่วม ไม่สมบูรณ์	50	27.8
ไม่มีส่วนร่วม	20	11.1
รวม	180	100.0

ตามตาราง 9 พบว่าหัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ชั้นตอน) ร้อยละ 61.1 มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์ร้อยละ 27.8 และร้อยละ 11.1 พบว่า ไม่มีส่วนร่วม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

พิมพ์  
362.10425

๒๕๖๖

ตาราง 10 มติการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน  
จากหัวหน้าครัวเรือน จำนวน 180 คน

มติการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	122	67.8
มีส่วนร่วมในการวางแผน	148	82.2
มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	151	83.9
มีส่วนร่วมในการประเมินผล	114	63.3
ไม่มีส่วนร่วม	20	11.1

ตามตาราง 10 หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.8 แต่มีส่วนร่วมค่อนข้างสูงในการวางแผนและการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 82.2 และ 83.9 ตามลำดับ ในการประเมินผลพบว่ามีส่วนร่วมร้อยละ 63.3 และพบว่าไม่มีส่วนร่วม ร้อยละ 11.1

### การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานอนามัยแม่และเด็ก

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ในการดูแลสุขภาพของมารดา เพื่อให้บริการดูแลก่อนคลอด ได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับการดูแลเป็นพิเศษ จะช่วยให้ลดปัญหาทางด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นอย่างมาก หัวหน้าครัวเรือนจะมีส่วนที่ช่วยส่งเสริมผลักดันให้สมาชิกในครัวเรือนเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ มาพบเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเจ้าหน้าที่ ไม่ต้องคอยติดตาม ดังนั้น การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน จะมีขั้นตอนดังนี้คือ

- มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา โดย "ช่วยให้ข้อมูลหญิงมีครรภ์"
- มีส่วนร่วมในการวางแผน โดย "รับรู้แผนปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่"
- มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดย "ส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์มาฝากครรภ์"
- มีส่วนร่วมในการประเมินผล โดย "ประเมินผลน้ำหนักทารกได้"

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ตาราง 11 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานอนามัยแม่และเด็ก

ลักษณะการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ข้อตอน)	62	34.4
มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์	68	37.8
ไม่มีส่วนร่วม	50	27.8
รวม	180	100.0

ตามตาราง 11 พบว่าในงานอนามัยแม่และเด็ก หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ข้อตอน) เพียงร้อยละ 34.4 และมีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์ร้อยละ 37.8 ที่เหลือร้อยละ 27.8 พบว่าไม่มีส่วนร่วม

ตาราง 12 มติการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานอนามัยแม่และเด็ก  
จากหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 180 คน

มติการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	79	43.9
มีส่วนร่วมในการวางแผน	88	48.9
มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	102	56.7
มีส่วนร่วมในการประเมินผล	98	54.4
ไม่มีส่วนร่วม	50	27.8

ตามตาราง 12 พบว่า หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมค่อนข้างต่ำในทุกขั้นตอน โดยพบว่า  
ในการค้นหาปัญหา วางแผน การดำเนินงานและการประเมินผลมีส่วนร่วมเป็นร้อยละ  
43.9 48.9 56.7 และ 54.4 ตามลำดับ และพบว่าร้อยละ 27.8 ไม่มีส่วนร่วม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved



## การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค นั้นเป็นที่รู้จักกันมานานแล้วว่าเปรียบเสมือนอาวุธที่มีประสิทธิภาพและประหยัดที่สุดในการป้องกันโรค กลุ่มเป้าหมายของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คือเด็กอายุ 0 - 1 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งผู้ใหญ่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะครอบคลุมได้นั้น หัวหน้าครัวเรือนจะต้องมีส่วนร่วมเป็นอย่างมาก ในอันที่จะผลักดันสมาชิกในครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค บทบาทการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนจึงมีดังนี้คือ

- มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา โดย "ช่วยให้ข้อมูลเด็กอายุ 0 - 1 ปี"
- มีส่วนร่วมในการวางแผน โดย "รู้วันเวลาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่"
- มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดย "ส่งเสริมให้เด็กอายุ 0 - 1 ปี รับประทาน"
- มีส่วนร่วมในการประเมินผล โดย "รู้ว่าในหมู่บ้านไม่มีโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน"

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ตาราง 13 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ลักษณะการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ขั้นตอน)	74	41.1
มีส่วนร่วม ไม่สมบูรณ์	62	34.5
ไม่มีส่วนร่วม	44	24.4
รวม	180	100.0

ตามตาราง 13 พบว่า หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค  
ค่อนข้างน้อย โดยพบว่า มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ทั้ง (4 ขั้นตอน) คิดเป็นร้อยละ 41.1 และ  
ร้อยละ 34.5 พบว่ามีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 24.4 พบว่า ไม่มีส่วนร่วม

ตาราง 14 มติการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

จากหัวหน้าครัวเรือน 180 คน

มติการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	82	45.6
มีส่วนร่วมในการวางแผน	93	51.7
มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	131	72.8
มีส่วนร่วมในการประเมินผล	115	63.9
ไม่มีส่วนร่วม	44	24.4

ตามตาราง 14 พบว่า หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาเพียงร้อยละ 45.6 มีส่วนร่วมในการวางแผนค่อนข้างน้อยคิดเป็นร้อยละ 51.7 แต่มีส่วนร่วมมากในการดำเนินงานร้อยละ 72.8 มีส่วนร่วมในการประเมินผลรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 63.9

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

### การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานโภชนาการ

ภาวะโภชนาการที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งและเป็นรากฐานของควมมีสุขภาพดี แต่แบบแผนการบริโภคในชนบทซึ่งประชากรมีระดับรายได้ต่ำ มักขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและสังคมของท้องถิ่นนั้น ๆ โดยทั่วไปสมาชิกทุกคนในครอบครัวจะรับประทานอาหารร่วมกัน โดยไม่มีการจัดหาอาหารโปรตีน หรือสารอาหารโปรตีนหรือสารอาหารที่สำคัญอื่น ๆ เพิ่มเติมพิเศษให้แก่เด็กที่กำลังเจริญเติบโต หญิงมีครรภ์หรือหญิงที่คลอดลูกใหม่ ๆ การเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโตเป็นกลวิธีหนึ่งทางสาธารณสุขมูลฐานในการป้องกันภาวะทุพโภชนาการ กลุ่มเป้าหมายคือเด็กอายุ 0 - 5 ปี ดังนั้น ในทุกครัวเรือนหัวหน้าครัวเรือนจะเป็นแรงสำคัญในการผลักดันให้เกิดกิจกรรมนี้จากครอบครัวสู่ชุมชน การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน จึงมีขั้นตอนดังนี้ คือ

- มีส่วนร่วม ในการค้นหาปัญหา โดย "พาบุตรหลานไปชั่งน้ำหนัก "
- มีส่วนร่วม ในการวางแผน โดย "รู้แผนปฏิบัติงานเชิงน้ำหนัก"
- มีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน โดย "ดูสาริตอาหารเพื่อนำไปปฏิบัติ"
- มีส่วนร่วม ในการประเมินผล โดย "รู้ภาวะโภชนาการของบุตรหลาน"

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ตาราง 15 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานโภชนาการ

ลักษณะการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ขั้นตอน)	92	51.1
มีส่วนร่วม ไม่สมบูรณ์	26	14.6
ไม่มีส่วนร่วม	62	34.3
รวม	180	100.0

ตามตาราง 15 พบว่า ในงานโภชนาการหัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 51.1 มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 14.6 และไม่มีส่วนร่วมร้อยละ 34.3

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ตาราง 16 มิติการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานโภชนาการ

จากหัวหน้าครัวเรือน 180 คน

มิติการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วม ในการค้นหาปัญหา	103	57.2
มีส่วนร่วม ในการวางแผน	112	62.2
มีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน	105	58.3
มีส่วนร่วม ในการประเมินผล	105	58.3
ไม่มีส่วนร่วม	62	34.3

ตามตาราง 16 หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วม ในงานโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ทุกขั้นตอนโดยพบว่าร้อยละ 57.2 มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ร้อยละ 62.2 มีส่วนร่วมในการวางแผน ร้อยละ 58.3 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและร้อยละ 58.3 มีส่วนในการประเมินผล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ในท้องถิ่น

คนส่วนใหญ่มักจะเข้าใจกันว่าการได้รับบริการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วย มีความสำคัญกว่าการรักษาให้มีสุขภาพดีโดยไม่ต้องเจ็บป่วย ด้วยเหตุนี้เองคนส่วนใหญ่ ซึ่งเจ็บป่วยและได้รับการรักษาให้หายป่วย เมื่อกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิม เขาก็กลับป่วยใหม่อีกวนเวียนอยู่เช่นนี้เป็นวงจรที่ไม่สิ้นสุด ดังนั้นการที่จะตัดวงจรนี้ให้ขาดออกไปได้จะต้องมีการลงมือทำอะไรบางอย่าง เพื่อให้มีตารางไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี โดยอาศัยความร่วมมือจากทุก ๆ คนและทุกฝ่าย สิ่งสำคัญประการหนึ่งก็คือ ทุกคน ทุกครอบครัวและทุกชุมชน ควรมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดเพื่อปรึกษาปัญหาพร้อมกันทั้งในเรื่องสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชน ทำการวางแผนงานร่วมกัน เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และหามาได้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด การมีสุขภาพดีมีคุณภาพชีวิตถือเป็นภาระกิจของทุกคน หากทุกคนมีสุขภาพดีการไปโรงพยาบาลและสถานเอนามัยจะค่อย ๆ น้อยลงและน้อยลงตามลำดับครอบครัวและชุมชนจะเดินทางไปในเส้นทางสายตรงที่ราบรื่นสู่คุณภาพชีวิตที่ดี มีกำลังผลิตให้แก่ขบวนการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมของบ้านเมืองได้เป็นอย่างดี เพื่อให้การดำเนินงานรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ในท้องถิ่นครอบคลุมประชากรให้มากที่สุด ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประชาชนเป็นผู้คัดเลือก และดำเนินการฝึกอบรมให้มีความรู้ ความสามารถในการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ในท้องถิ่น (ตามเกณฑ์คู่มือการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกระทรวงสาธารณสุข) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่เกิดในหมู่บ้านได้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานรักษาพยาบาลโรคต่าง ๆ ในหมู่บ้านมีดังนี้คือ

มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา โดย "รู้ปัญหาการเจ็บป่วยของคนในหมู่บ้าน"

มีส่วนร่วมในการวางแผน โดย "ปัญหาการเจ็บป่วยสามารถแก้ไขได้โดย..."

มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดย "เมื่อเจ็บป่วยรับบริการจากอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน."

มีส่วนร่วมในการประเมินผล โดย "รู้ผลการรักษา"

ตาราง 17 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ  
ในท้องถิ่น

ลักษณะการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ชั้นตอน)	45	25.0
มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์	120	66.7
ไม่มีส่วนร่วม	15	8.3
รวม	180	100.0

ตามตาราง 17 พบว่า หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานรักษาพยาบาล  
โรคง่าย ๆ ในท้องถิ่นอย่างสมบูรณ์ (4 ชั้นตอน) คิดเป็นร้อยละ 25 มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์คิด  
เป็นร้อยละ 66.7 และไม่มีส่วนร่วมร้อยละ 8.3



ตาราง 18 มิติการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานรักษายาบาลโรคง่าย ๆ ในท้องถิ่น  
จากหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 180 คน

มิติการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	114	63.3
มีส่วนร่วมในการวางแผน	78	43.3
มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	155	86.1
มีส่วนร่วมในการประเมินผล	161	89.4
ไม่มีส่วนร่วม	15	8.3

ตามตาราง 18 หัวหน้าครัวเรือนที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการค้นหาปัญหาคิดเป็นร้อยละ 63.3 มีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนคิดเป็นร้อยละ 43.3 แต่มีส่วนร่วมมากในการดำเนินงานและการประเมินผลคิดเป็นร้อยละ 86.1 และ 89.4 ตามลำดับ และไม่มีส่วนร่วมร้อยละ 8.3

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

### การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม

อนามัยดีเริ่มที่บ้าน การดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทุกคนในครอบครัวที่ต้องใช้ความพยายามทุกทาง เพื่อจะทำให้บ้านเป็นที่อยู่ที่มีความสุขและมีความปลอดภัย บทบาทการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสุขภาพสิ่งแวดล้อมมีดังนี้คือ

- มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา โดย "สำรวจบ้านที่ถูกละเลย"
- มีส่วนร่วมในการวางแผน โดย "ร่วมประชุมวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน"
- มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดย "ดูแลรักษาบ้านเรือนให้ถูกละเลย"
- มีส่วนร่วมในการประเมินผล โดย "ร่วมประชุมสรุปผลการพัฒนาหมู่บ้าน"

#### ตาราง 19 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม

ลักษณะการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ 4 ขั้นตอน	132	73.3
มีส่วนร่วม ไม่สมบูรณ์	31	17.3
ไม่มีส่วนร่วม	17	9.4
*รวม	180	100.0

ตามตาราง 19 หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในงานสุขภาพสิ่งแวดล้อมอย่างสมบูรณ์ทั้ง (4 ขั้นตอน) ร้อยละ 73.3 มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์ทุกขั้นตอนร้อยละ 17.3 และไม่มีส่วนร่วมร้อยละ 9.4

ตาราง 20 มติการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม  
จากหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 180 คน

มติการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	139	77.2
มีส่วนร่วมในการวางแผน	152	84.4
มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	156	86.7
มีส่วนร่วมในการประเมินผล	154	85.6
ไม่มีส่วนร่วม	17	9.4

ตามตาราง 20 พบว่าหัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในงานสุขภาพสิ่งแวดล้อมค่อนข้างมากทุกขั้นตอนในการค้นหาปัญหาพบว่ามีร้อยละ 77.2 มีส่วนร่วมในการวางแผนร้อยละ 84.4 และในการดำเนินงานมีร้อยละ 86.7 ในการประเมินผลร้อยละ 85.6 ไม่มีส่วนร่วมร้อยละ 9.4

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

### การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสุขภาพจิต

สุขภาพจิตชุมชน (community mental health) คือ การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะการเจ็บป่วยทางจิตใจ อารมณ์ให้แก่ประชาชนในชุมชน โดยวิธีการป้องกันลดและขจัดสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจและอารมณ์ ป้องกันความพิการและให้การฟื้นฟู โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. ลดอัตราการเกิดผู้ป่วยใหม่ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยประเภทใด
2. ลดอัตราผู้ป่วยเจ็บที่มีอยู่แล้วในชุมชน
3. ลดความพิการที่เกิดจากการเจ็บป่วยนั้น โดยการให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างรีบด่วน (สุวนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว 2527 : 265)

งานสุขภาพจิตเป็นเรื่องโดยตรงของบุคคลทุก ๆ คน พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของชาวบ้านในชนบท เช่น การทะเลาะวิวาทกันระหว่างสมาชิกในหมู่บ้านและสมาชิกในครอบครัว การติดสิ่งเสพติด เป็นโรคลมชักปัญหาอ่อนที่สร้างเสริมความเดือดร้อน ปัญหาการเจ็บป่วยของคนพิการ การเล่นการพนัน การลักขโมยทรัพย์สิน ภาวะผลผลิตทางการเกษตรต่ำ ภาวะไม่มีงานทำ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลไม่ดีต่อสุขภาพจิต ดังนั้น ในฐานะที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนจึงควรมีส่วนร่วมในงานสุขภาพจิต ดังนี้

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา | โดย "รู้ปัญหาสุขภาพจิตของคนในหมู่บ้าน"               |
| มีส่วนร่วมในการวางแผน     | โดย "รู้ว่าปัญหาสุขภาพจิตสามารถแก้ไขได้"             |
| มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน  | โดย "ดูแลระมัดระวัง ไม่ให้มีปัญหาสุขภาพจิตภายในบ้าน" |
| มีส่วนร่วมในการประเมินผล  | โดย "เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี"                      |

ตาราง 21 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสุขภาพจิต

ลักษณะการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ขั้นตอน)	63	35.0
มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์	117	65.0
รวม	180	100.0

ตามตาราง 21 พบว่าในงานสุขภาพจิต หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ขั้นตอน) คิดเป็นร้อยละ 35.0 มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 65

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ตาราง 22 มติการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสุขภาพจิต

จากหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 180 คน

มติการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	75	41.90
มีส่วนร่วมในการวางแผน	150	83.80
มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	178	99.44
มีส่วนร่วมในการประเมินผล	174	99.66

ตามตาราง 22 หัวหน้าครัวเรือนที่มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาค่อนข้างน้อยคิดเป็นร้อยละ 41.90 แต่มีส่วนร่วมมากในการวางแผนคิดเป็นร้อยละ 83.80 ในการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 99.44 มีส่วนร่วมในการประเมินผลคิดเป็นร้อยละ 99.66

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

### การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานทันตสาธารณสุข

ทันตสุขภาพที่ดีคือการไม่เป็นโรคในช่องปาก และอวัยวะในช่องปากทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ อวัยวะเหล่านี้ได้แก่ ริมฝีปาก ฟัน เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม ต่อมในเพดานปากและทอนซิล ปัจจุบันคนไทยเป็นโรคในช่องปากค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจปี 2527 พบว่าประชาชนเป็นโรคฟันผุร้อยละ 72 โรคเหงือกอักเสบร้อยละ 98 จึงถือได้ว่าโรคในช่องปากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศ จึงได้มีการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยโรคในช่องปากของประชาชน ทำการดำเนินงานทันตสาธารณสุขโดยอบรมเพิ่มขีดความสามารถให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล เพื่อให้ทันตสาธารณสุขเบื้องต้น ในชุมชนของตนได้ พร้อมทั้งสนับสนุนชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุข โดยจัดตั้งกองทุนแปรงยาสีฟันในหมู่บ้าน (กองทุนสาธารณสุข 2527) การดูแลรักษาอนามัยช่องปากด้วยการแปรงฟัน เป็นกิจกรรมพื้นฐานของการดูแลรักษาอนามัยช่องปาก เพราะนอกจากจะมีส่วนช่วยควบคุมและป้องกันโรคเหงือกและฟันผุแล้ว ยังเป็นวิธีที่ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองด้านทันตสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี บทบาทของหัวหน้าครัวเรือนในงานทันตสาธารณสุข เป็นเรื่องโดยตรงของบุคคล ดังนั้นการมีส่วนร่วมในงานทันตสาธารณสุขของหัวหน้าครัวเรือนจึงมีดังนี้คือ

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา | โดย "รับการตรวจฟันจากเจ้าหน้าที่"                              |
| มีส่วนร่วมในการวางแผน     | โดย "ซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟัน จากกองทุนในหมู่บ้าน"                |
| มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน  | โดย "มีการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตั้งแต่เช้าและก่อนนอน" |
| มีส่วนร่วมในการประเมินผล  | โดย "เป็นบุคคลที่ไม่มีปัญหาสุขภาพฟัน" ( ประเมินโดยการตรวจ )    |

ตาราง 23 ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานทันตสาธารณสุข

ลักษณะการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ขั้นตอน)	43	23.9
มีส่วนร่วม ไม่สมบูรณ์	132	73.3
ไม่มีส่วนร่วม	5	2.8
รวม	180	100.0

ตามตาราง 23 พบว่า หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (4 ขั้นตอน) ในงานทันตสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 23.9 มีส่วนร่วมไม่สมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 73.3 และไม่มีส่วนร่วม คิดเป็นร้อยละ 2.8



ตาราง 24 มิติการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานทันตสาธารณสุข  
จากหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 180 คน

มิติการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา	78	44.57
มีส่วนร่วมในการวางแผน	73	41.71
มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	155	88.57
มีส่วนร่วมในการประเมินผล	118	67.43

ตามตาราง 24 หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมน้อยในการค้นหาปัญหาและการวางแผน คิดเป็นร้อยละ 44.57 และ 41.71 ตามลำดับ แต่มีส่วนร่วมมากในการดำเนินงานคิดเป็น ร้อยละ 88.57 ในการประเมินผลมีส่วนร่วมปานกลางคิดเป็นร้อยละ 67.43

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ส่วนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ, การศึกษา, รายได้ของครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสาธารณสุขมูลฐาน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ของครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ได้ทำการศึกษาโดยใช้คะแนนรวมของการมีส่วนร่วม (คะแนน) กับอายุจริง (ปี) และรายได้ของครอบครัว (บาท) พิจารณาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

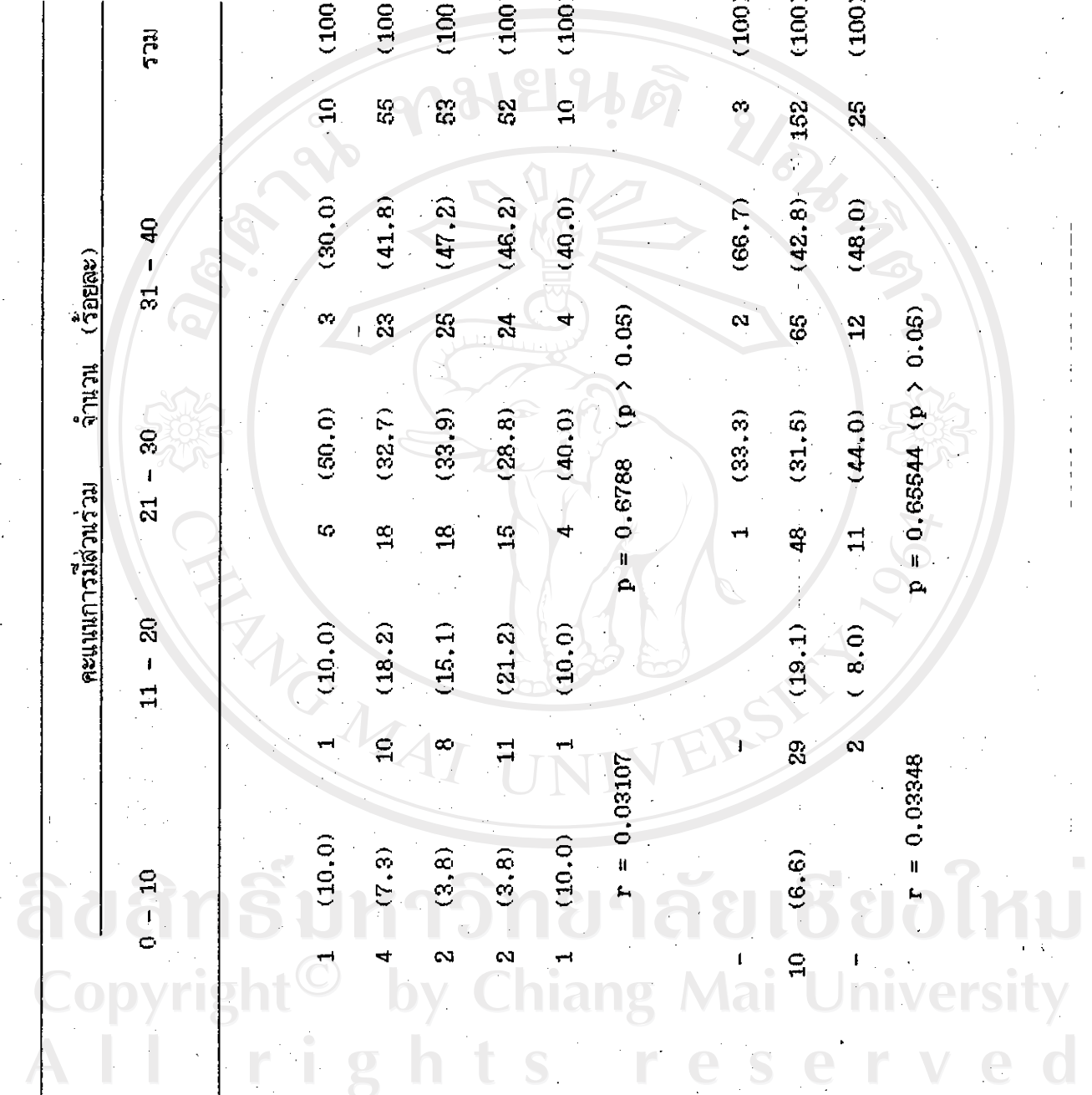
และหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน โดยใช้คะแนนรวมของการมีส่วนร่วม (คะแนน) กับระดับการศึกษา ซึ่งเป็นการวัดแบบเรียงอันดับความสัมพันธ์ (ranking scale) พิจารณาหาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

การศึกษาได้ทำการศึกษาและแสดงใน 3 ลักษณะ คือ

- 4.1 แสดงค่าจำนวน ร้อยละของการมีส่วนร่วมแจกแจงตามกลุ่มอายุ การศึกษา และรายได้ รายละเอียดในตาราง 25
- 4.2 แผนภาพแสดงการกระจาย (scatter diagrams) ของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรรายละเอียดในภาพ 3, 4 และ 5
- 4.3 แสดงค่าความสัมพันธ์ของกลุ่มอายุ การศึกษา และรายได้ กับการมีส่วนร่วมในแต่ละองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน พร้อมทั้งผลรวมทั้ง 10 องค์ประกอบรายละเอียดในตาราง 26

ตาราง 25 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในงานตาม อายุ การศึกษาและรายได้

ลักษณะทางด้าน	คะแนนการมีส่วนร่วม จำนวน (ร้อยละ)			
	0 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40
ประชากรศาสตร์				
อายุ (ปี)				
20 - 29	1 (10.0)	1 (10.0)	5 (50.0)	3 (30.0)
30 - 39	4 (7.3)	10 (18.2)	18 (32.7)	23 (41.8)
40 - 49	2 (3.8)	8 (15.1)	18 (33.9)	25 (47.2)
50 - 59	2 (3.8)	11 (21.2)	15 (28.8)	24 (46.2)
60 - 69	1 (10.0)	1 (10.0)	4 (40.0)	4 (40.0)
	$r = 0.03107$		$p = 0.6788$	$(p > 0.05)$
การศึกษา				
ต่ำกว่า ป. 4	-	-	1 (33.3)	2 (66.7)
ป.4 - ป.7	10 (6.6)	29 (19.1)	48 (31.5)	65 (42.8)
สูงกว่า ป.7	-	2 ( 8.0)	11 (44.0)	12 (48.0)
	$r = 0.03348$		$p = 0.65544$	$(p > 0.05)$



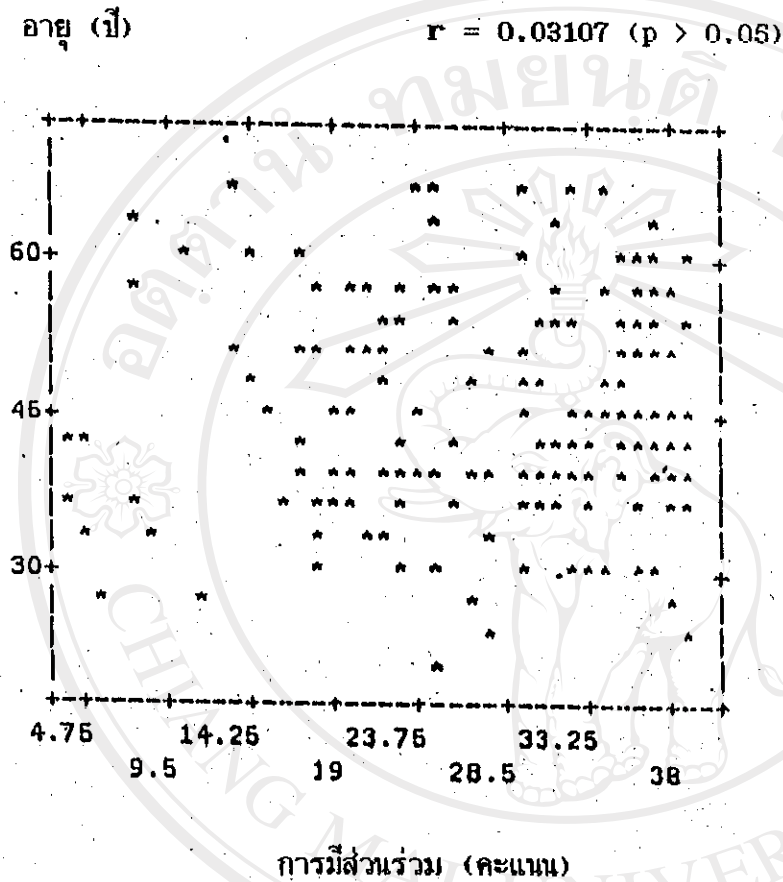
ตาราง 25 (ต่อ)

ลักษณะทางต้น ประชากรศาสตร์	คะแนนการมีส่วนร่วม จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	0 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	
รายได้ (บาท/ปี)					
ต่ำกว่า 10,000	-	1 ( 8.3)	3 (25.0)	8 (66.7)	12 (100)
10001 - 20000	10 (6.6)	29 (19.1)	48 (31.5)	65 (42.8)	152 (100)
20001 - 30000	2 (4.0)	12 (24.0)	16 (32.0)	20 (40.0)	50 (100)
30001 - 40000	1 (3.9)	3 (11.5)	9 (34.6)	13 (50.0)	26 (100)
40001 - 50000	3 (15.0)	4 (20.0)	5 (25.0)	8 (40.0)	20 (100)
มากกว่า 50000	-	1 ( 3.4)	12 (41.4)	16 (55.2)	29 (100)

$r = 0.1859$

$p = 0.01241 (P < 0.05)$

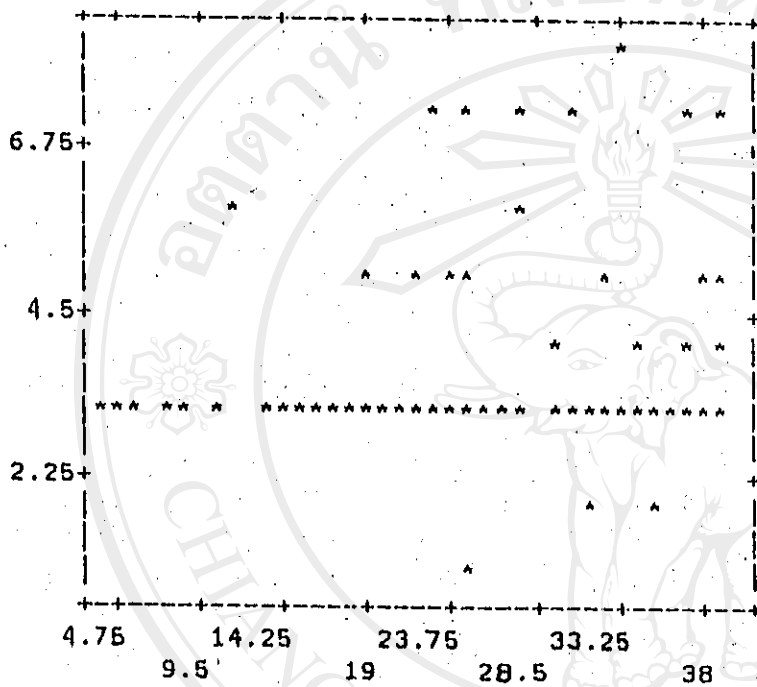
ตามตาราง 25 พบว่า อายุและการศึกษาช่วงใดก็ตาม การมีส่วนร่วมเป็นไปในลักษณะคล้ายคลึงกัน ยกเว้น รายได้ พบว่า รายได้  
สูงมีแนวโน้มว่ามีส่วนร่วมมาก



ภาพ 4 แสดงการกระจาย (scatter diagrams) ของความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการมีส่วนร่วม ในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยรวม ของหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 180 คน

ตามภาพ 4 พบว่าอายุของหัวหน้าครัวเรือนกับการมีส่วนร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน ตัวแปรต้นทั้ง 2 มีค่าสหสัมพันธ์ที่เข้าใกล้ศูนย์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ  $0.03107$  ( $p > 0.05$ )

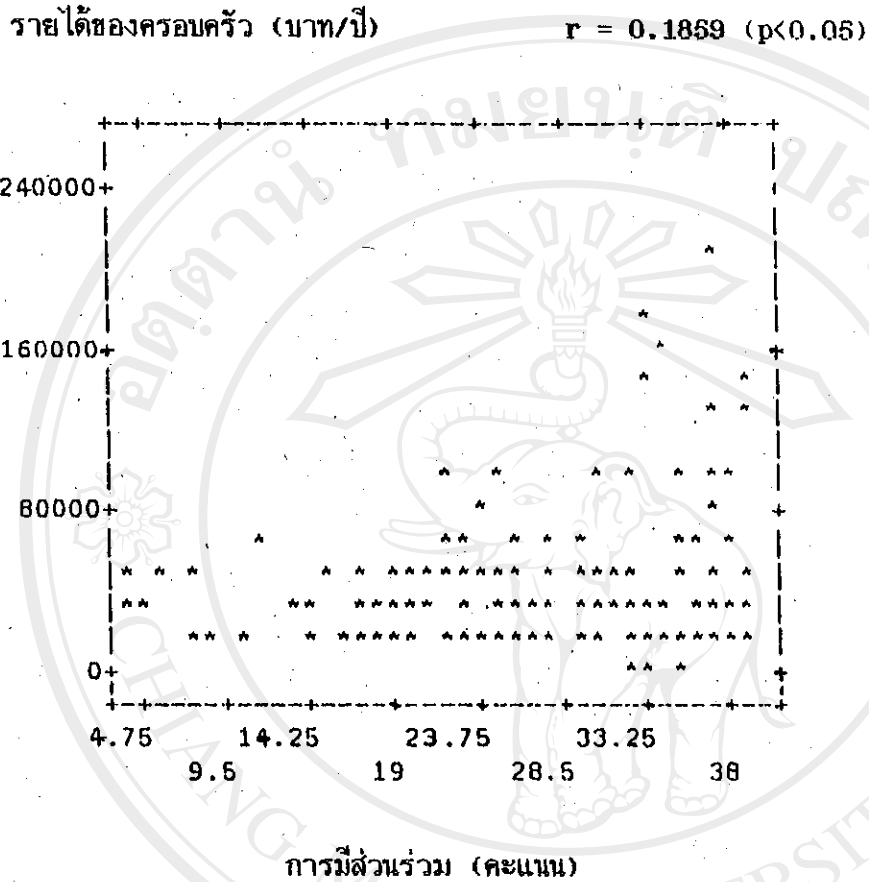
ระดับการศึกษา

 $r = 0.0348$  ( $p > 0.05$ )

การมีส่วนร่วม (คะแนน)

ภาพ 5 แสดงการกระจาย (scatter diagrams) ของความสัมพันธ์ระหว่าง  
การศึกษากับการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยรวม ของหัวหน้า  
ครัวเรือน จำนวน 180 คน

ตามภาพ 6 พบว่าการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม  
ในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน เท่ากับ  $0.03348$   
( $p > 0.05$ )



ภาพ 6 แสดงการกระจาย (scatter diagrams) ของความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขุขฐาน โดยรวม ของหัวหน้าครัวเรือน จำนวน 180 คน

ตามภาพ 6 พบว่ารายได้ของครอบครัวกับการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กัน ในลักษณะค่อนข้างต่ำและมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ  $0.1859$  ( $p < 0.05$ ) รายได้ของครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น การมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขุขมูลฐานจะเพิ่มเข้าด้วย

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา และรายได้กับการมีส่วนร่วมในงาน  
สาธารณสุขมูลฐาน ของหัวหน้าครัวเรือน

งานสาธารณสุขมูลฐาน	ค่า r (ก)	ค่า r (ข)	ค่า r (ค)
	อายุกับการมีส่วนร่วม	การศึกษากับการมีส่วนร่วม	รายได้กับการมีส่วนร่วม
งานสุขศึกษา	.0413	.1128	.1433
งานควบคุมโรคติดต่อ	.0260	.0821	.111
งานด้านจัดหายา	.0375	-.0165	.0884
งานอนามัยแม่และเด็ก	.0064	.0586	.1615
งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	.1564	-.0396	.1197
งานโภชนาการ	.0496	.0521	.1408
งานรักษาพยาบาลโรคง่าย	-.0259	.0557	.096
งานสุขภิบาลสิ่งแวดล้อม	.0189	.0421	.1171
งานสุขภาพจิต	-.0335	-.0008	-.0779
งานทันตสาธารณสุข	-.1699	.2735 <sup>***</sup>	.1977 <sup>**</sup>
โดยรวม	0.03107 (p = 0.6788)	0.03348 (p = 0.65544)	0.1859 <sup>*</sup> (p = 0.01241)



## หมายเหตุ

- r ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
- ก สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
- ข สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน
- \* มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $P < 0.05$
- \*\* มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $P < 0.01$
- \*\*\* มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $P < 0.001$

ตามตาราง 26 พบว่า การมีส่วนร่วมในงานทันตสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) และระดับรายได้ ( $P < 0.01$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้ของครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสาธารณสุขมูลฐานโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

### ส่วนที่ 5 การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของครัวเรือน

การศึกษาการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสาธารณสุขมูลฐานแก่การศึกษาถึงขบวนการ (process) ของงานสาธารณสุขมูลฐาน หากมองในผลลัพธ์ (out. part.) ที่เกิดขึ้นของแต่ละครัวเรือน โดยการสังเกตสภาพแวดล้อม ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้คือ

- การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในบ้าน
- การดูแลที่พักอาศัย
- การจัดเก็บขยะมูลฝอย
- การใช้เตาต้ม
- การใช้โถ่งน้ำ

ตาราง 27 พฤติกรรมสุขภาพของครัวเรือนจากการสังเกตสภาพแวดล้อม

ลักษณะที่สังเกต	จำนวน	ร้อยละ
การมียาที่จำเป็นชนิดใดชนิดหนึ่งไว้ใช้ในบ้าน		
- ไม่มียา	120	66.77
- มียาอย่างน้อยหนึ่งชนิด	60	33.0
รวม	180	100.0
ชนิดของยาที่มีไว้ใช้ในบ้าน		
- พาราเซตามอล	56	31.1
- ยาใส่แผล	41	22.8
- ยาแก้ไอ	15	8.3
- ยาธาตุ	10	5.6
- ยาเขียว	6	3.3

ตาราง 27 (ต่อ)

ลักษณะที่สังเกต	จำนวน	ร้อยละ
<b>การดูแลที่พักอาศัยให้ถูกหลักสุขาภิบาล*</b>		
สะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย	33	18.3
ได้ถูกบ้านแขวนผ้าเช็ดตัว	130	72.2
ได้ถูกบ้านเลี้ยงสัตว์	17	9.4
รวม	180	100.0
<b>การจัดเก็บขยะมูลฝอย</b>		
สม่ำเสมอ	165	81.7
ไม่สม่ำเสมอ	15	8.4
รวม	180	100.0
<b>น้ำดื่ม</b>		
ประปาหมู่บ้าน	124	68.9
บ่อน้ำบาดาลสูบน้ำโยก	56	31.1
รวม	180	100.0
<b>การใช้โถ่ง</b>		
- มีฝาปิด	114	63.3
- ไม่มีฝาปิด	66	36.7
รวม	180	100.0

หมายเหตุ

\* ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

ตามตาราง 27 จากการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพภายในครัวเรือนของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

การมียาที่จำเป็นไว้ใช้ในบ้าน มีครัวเรือนที่มียาไว้ใช้เมื่อยามจำเป็นอย่างน้อยหนึ่งชนิดร้อยละ 33 ชนิดของยาที่มีไว้ใช้ประจำบ้าน มียาพาราเซตามอลร้อยละ 31 ยาใส่แผลร้อยละ 22.7 ยาแก้ไอร้อยละ 8.3 ยารักษาโรคร้อยละ 5.5 ยาเขียวร้อยละ 3.3

ความสะอาดของบ้านพักอาศัย พบว่า บ้านเรือนสะอาดเรียบร้อย ถูกสุขลักษณะตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 18.3 ได้ดูบ้านเรือนเป็นทีเก็บผักหญ้าร้อยละ 72.2 ได้ดูบ้านเลี้ยงสัตว์ร้อยละ 9.4 การจัดเก็บขยะมูลฝอยภายในบ้าน ทำส้วมเสมือร้อยละ 81.7 และจัดเก็บไม่ส้วมเสมือร้อยละ 8.4

การใช้น้ำดื่ม ดื่มน้ำประปาร้อยละ 68.9 ดื่มน้ำจากบ่อน้ำบาดาลสูบน้ำโยกร้อยละ 31.1

การใช้โถ่งน้ำในบ้าน พบว่า มีโถ่งน้ำทุกหลังคาเรือนและมีฝาปิดเรียบร้อยคิดเป็นร้อยละ 63.3

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved