

รายงานการวิจัย

เรื่อง

**การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน  
ในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี**

**กรณีศึกษาบ้านค่ายรวมมิตร หมู่ที่ 8**

**ตำบลทุ่งนุ้ย อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล**

โดย

**อุดม พานทอง**

**บัญชา มาลินี**

**ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการวิจัยจาก  
สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล  
ปีงบประมาณ 2535**

## บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี  
: กรณีศึกษาบ้านค่ายรวมมิตร หมู่ที่ 8 ตำบลทุ่งนุ้ย อำเภอกวนกาหลง  
จังหวัดสตูล

การวิจัยเรื่องนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชาชน มีวัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปีขึ้นในชุมชน อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งมีการศึกษาเพียงชุมชนเดียวคือ บ้านค่ายรวมมิตร หมู่ที่ 8 ตำบลทุ่งนุ้ย อำเภอกวนกาหลง จังหวัดสตูล ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2534 ถึงเดือนมิถุนายน 2536 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นผ่าน เพื่อเป็นการปรับตัวและศึกษาความคิดซึ่งกันและกัน ในขั้นนี้ ได้ทำการศึกษาข้อมูลทั่วไปของชุมชน ของมารดาเด็กกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนแบบแผนการเลี้ยงดู และการมีส่วนร่วมของทั้งระดับครอบครัว และชุมชนที่ดูแลเด็ก รวมทั้งปัญหาของเด็ก ในขั้นตอนนี้ ต้องพยายามค้นหาศูนย์รวมของชุมชนให้พบ

2. ขั้นการรวมกลุ่ม เป็นการดำเนินการ โดยอาศัยกิจกรรมการเฝ้าระวังทางโภชนาการ คือการชั่งน้ำหนัก ซึ่งเคยมีแต่ขาดหายไป เป็นสื่อกลาง เพื่อทำให้เกิดการกระจาย ไปตามละแวกต่างๆ ของชุมชนอย่างครอบคลุม ในขั้นนี้ ทำให้เห็นศักยภาพ และความสนใจของชุมชน จนก่อให้เกิดแนวทางในการพัฒนา ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็ก ได้อย่างครอบคลุม

3. ขั้นการพัฒนาผู้นำ จากความต่อเนื่องของขั้นตอนที่ 2 เกิดเป็นการทำงานในรูปของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก บ้านค่ายรวมมิตร ซึ่งกรรมการมีทั้งเด็กวัยเรียน สตรี และผู้นำชุมชนเดิม ในขั้นนี้เกิดกิจกรรมการให้การศึกษานำและลงมือดำเนินกิจกรรม รวมทั้งกำหนดเป้าหมาย และกระจายกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกละแวก มีจำนวนเด็กซึ่งมารับการชั่งน้ำหนักจำนวนเพิ่มขึ้น การดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้ เกิดความไว้วางใจ จนสามารถทราบประเด็นสำคัญหลายอย่างของชุมชนได้ เกี่ยวกับโครงสร้างอำนาจ และแนวทางในการทำงานร่วมกับชุมชนต่อไป

4. ขั้นการถอยตัว การดำเนินงาน 2 ปีเต็ม ช่วยให้เกิดกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ชุมชนแต่ละละแวก เริ่มสะท้อนปัญหาความต้องการที่หลากหลาย ผู้นำกล่าววิพากษ์

วิจารณ์ และแสดงความคิดเห็นมากขึ้น แต่ชุมชนยังต้องการคนกลาง ที่จะทำ  
หน้าที่เป็นผู้ประสานงาน สำหรับดำเนินการต่อไป

ในทุกขั้นตอน ของการดำเนินการดังกล่าว จะต้องประกอบด้วย

" การวางแผน ----> การลงมือปฏิบัติ ----> การสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อ

ประเมินผล " โดยมีการส่งต่อไปโดยตลอด เพื่อช่วยกันสะท้อน เป็นการเรียนรู้

ของทั้งผู้วิจัย และประชาชนที่ร่วมโครงการ เพื่อผลประโยชน์สูงสุดที่สุขภาพที่ดี

ของกลุ่มเป้าหมายคือ เด็กอายุ 0-6 ปี การที่จะเสริมสร้างให้ประชาชนกลุ่มใดใน

ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หรือดูแลสุขภาพกันเองนั้น ควร

พิจารณาถึงบทบาทของสมาชิกครอบครัว และชุมชนที่มีอยู่เดิมด้วยว่า ใครเป็นผู้ทำ

หน้าที่นั้นๆ โดยตรงเช่น การดูแลสุขภาพเด็ก บทบาทหลักจะเป็นของมารดาและ

พี่ๆ ของเด็ก ซึ่งเป็นผู้ดูแลโดยตรง ควรให้การศึกษารายละเอียด สำหรับ

คณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ต้องพัฒนาศักยภาพ ในแง่ของ

การประสานงาน หรือประชาสัมพันธ์ ให้เกิดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อก่อให้เกิดการ

พัฒนาองค์ความรู้ สำหรับสมาชิกในชุมชนต่อไป

## สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 1</b>	<b>บทนำ</b>
	1
	ความเป็นมาและเหตุผลของการวิจัย
	1
	วัตถุประสงค์
	2
	ขอบเขตของการวิจัย
	2
<b>บทที่ 2</b>	<b>การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง</b>
	3
	แนวคิดแบบแผนสุขภาพ
	3
	แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน
	4
<b>บทที่ 3</b>	<b>ระเบียบวิธีและการดำเนินการวิจัย</b>
	8
	ประชากรเป้าหมาย
	8
	แผนการดำเนินการวิจัย
	9
	1. ขั้นตอนเตรียมการ
	9
	2. การเก็บรวบรวมข้อมูล
	9
	3. เครื่องมือ
	10
	4. การวิเคราะห์ข้อมูล
	10
	5. การดำเนินการ
	10
	6. การประเมินผล
	11
<b>บทที่ 4</b>	<b>การวิเคราะห์และอภิปรายผล</b>
	12
	1. ขั้นผ่าน
	12
	1.1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน
	13
	1.2 ข้อมูลทั่วไปของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-6 ปี
	15
	1.3 แบบแผนการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี
	16
	1.4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ เด็ก 0-6 ปี
	21

## สารบัญ(ต่อ)

หน้า

### บทที่ 4 (ต่อ)

1.5 พฤติกรรมของมารดา ในการดูแลสุขภาพเด็ก  
ด้านโภชนาการ 26

1.6 ปัญหาสุขภาพของเด็ก 0-6 ปี 27

2. ชั้นการรวมกลุ่ม 28

3. ชั้นการพัฒนาผู้นำ 29

4. ชั้นการถอนตัว 33

บทที่ 5 **สรุปและข้อคิดเห็น** 35

ข้อคิดเห็นในการดำเนินงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมของ  
ประชาชน 37

เอกสารอ้างอิง 39

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและเหตุผลของการวิจัย

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ชีวิตจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาในทุกขั้นตอนของการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง และระยะที่สำคัญที่สุดคือเด็ก 0-6 ปี เพราะวัยนี้เป็นวัยที่พัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม จริยธรรม และบุคลิกภาพเป็นไปอย่างรวดเร็ว และมีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวเข้าสังคมเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต (จันทร์วิภาณี เกษมสันต์, 2530) และปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการ คือ พันธุกรรม ร้อยละ 60 และสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 40 (รัชนิ ลาสโรจน์, 2530) โดยในเด็กเล็กช่วง 3 ปีแรก พบว่า สมอมีการพัฒนาถึงร้อยละ 80-90 ของผู้ใหญ่ (สิทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ และคณะ, 2532) ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก และจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอย่างใกล้ชิดได้แก่ ความรู้หรือการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ขนาดของครอบครัว และจำนวนบุตรที่มี ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว วัฒนธรรมความเชื่อต่าง ๆ ของครอบครัวและชุมชนอันมีผลสืบเนื่องมาแต่บรรพบุรุษ และส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของการแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมแล้ว ประสิทธิภาพเจ็บป่วย ความผิดปกติด้านร่างกาย จิตใจ ความสนใจของเด็กต่อสิ่งแวดล้อมก็มีผลด้วย

การวิจัยครั้งนี้ ต้องการที่จะเรียนรู้วิธีการเสริมสร้าง ให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่องเพื่อคุณภาพชีวิตของเด็กในที่สุดโดยใช้กระบวนการวิจัย ซึ่งจากการสำรวจภาวะโภชนาการ ของประชาชนในจังหวัดสตูลโดยฝ่ายโภชนาการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 9 (2533) พบว่า ขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 25.77 ระดับ 2 ร้อยละ 0.93 ระดับ 3 ร้อยละ 0.015 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจเป็นพิเศษสำหรับการพัฒนาสุขภาพของเด็กในพื้นที่นี้ เพราะภาวะโภชนาการเป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งของความมีคุณภาพชีวิตของประชาชนและเป็นจุดเริ่มต้น ที่ทำให้เกิดความสนใจพื้นที่ดังกล่าว

## วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี ขึ้นในชุมชนอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่ต้องการให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยกำหนดพื้นที่ดำเนินการ 1 หมู่บ้าน คือ บ้านค่ายรวมมิตร ตำบลทุ่งนุ้ย อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล ซึ่งดำเนินการระหว่าง กรกฎาคม 2534 ถึง มิถุนายน 2536

## บทที่ 2

### การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดแบบแผนสุขภาพ

จากความเชื่อที่ว่าบุคคลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่ ขึ้นกับความปกติหรือผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ดังแนวคิดของ Gordon (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ : 2523) การวิจัยครั้งนี้ได้นำมาประยุกต์ตามความหมาย ดังกล่าว เพียง 7 แบบแผน เนื่องจากบางแบบแผน เด็กยังไม่สามารถให้ข้อมูลได้และต้องการใช้เป็นกรอบสำหรับประเมินบางแบบแผน ที่สะดวกในการพูดคุย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลต่อเด็ก เป็นการรับรู้สุขภาพและการมีชีวิตรอยู่อย่างปกติสุข พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่กระทำเป็นประจำ รวมทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพในขณะนั้น
2. แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม เป็นการได้รับอาหารและน้ำเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกาย อุปนิสัยการรับประทานอาหารและน้ำ อาหารเสริมบำรุงร่างกาย
3. แบบแผนการขับถ่ายของเสีย เป็นการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย การรับรู้ต่อการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย รวมทั้งสถานที่ในการขับถ่าย
4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายหรือการเล่น ของเล่น สถานที่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย
5. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน เป็นการนอนหลับพักผ่อนในช่วง 1 วัน อันหมายถึง สถานที่นอนและบรรยากาศการนอน
6. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพของครอบครัวและชุมชน เป็นบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กกลุ่มเป้าหมาย และการให้ความช่วยเหลือทางสังคม
7. แบบแผนความเชื่อและค่านิยมของผู้ดูแล เป็นความคาดหวังในการเลี้ยงเด็กและสุขภาพของเด็ก รวมทั้งความคาดหวัง ความต้องการบริการสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่



## แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า เป็นการที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตน ในการจัดการและควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจ และสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรี ในฐานะสมาชิกของสังคม ในการมีส่วนร่วม ประชาชนได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญา ซึ่งแสดงออกในรูปการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตตนเอง อย่างเป็นตัวของตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเป็นทั้งวิธีการและเป้าหมาย ส่วนไพรัตน์ เดชชรินทร์ (2527) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่รัฐบาลให้การส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนทั้งในรูปต่าง ๆ ได้มีส่วนร่วมดำเนินการร่วมกัน กลุ่มสังคมศาสตร์สาธารณสุข (2525) ได้ให้ความหมายในมิติของการเกี่ยวข้องกับอำนาจ เป็นการสร้างประชาธิปไตย คืนอำนาจแห่งการพัฒนาให้แก่ประชาชน ในกระบวนการนี้อย่างน้อยที่สุด ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินการเรื่องทั้งปวง อันมีผลต่อการปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และอนาคตของพวกเขา ซึ่งเป็นไปได้ ก็ต่อเมื่อประชาชนได้อำนาจ ได้ทรัพยากรของพวกเขากลับคืนมา นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527) ได้นำเสนอว่า เป็นการเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าว เป็นเหตุเร้าให้การกระทำบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม ทั้งกับทำให้เกิดความรู้สึกว่า ร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย และลือชัย ศรีเงินยวง (2528) มองการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งแสดงถึงเนื้อหา บทบาทของชุมชนในกิจกรรม หรือโครงการพัฒนา ซึ่งมีลักษณะของการเข้าร่วมคือ มีส่วนในการตัดสินใจริเริ่ม วางแผนดำเนินการ การใช้ประโยชน์ รวมถึงการควบคุมและประเมินผลโครงการ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนจะเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและอารมณ์ในการกระตุ้นให้ทำกิจกรรม เพื่อเป้าหมายของบุคคลหรือกลุ่ม ที่สำคัญจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจและมีอำนาจในการตัดสินใจ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องมีความพร้อมด้านทรัพยากรด้วย การมีส่วนร่วมเป็นทั้งวิธีการและเป้าหมายซึ่งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรเน้นกระบวนการทางการศึกษาให้เกิดกระบวนการ

เรียนรู้ เพื่อพัฒนาการรับรู้และขีดความสามารถในการคิดของประชาชน สำหรับ  
ขั้นตอน ที่ทำให้เกิดการพัฒนาของระบบความคิดเป็นดังนี้ ( กาญจนานันท์ แก้วเทพ :  
2532 )

1. การรู้จัก
2. การเข้าใจ
3. การประยุกต์
4. การวิเคราะห์
5. การสังเคราะห์
6. การตัดสินใจ

การที่จะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบความคิดของแต่ละขั้น จนถึงขั้นร่วม  
ตัดสินใจได้ ผู้วิจัย หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะต้องส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนและ  
สร้างโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนในการดำเนินการร่วมกัน เพราะในสถานการณ์  
กลุ่มจะเป็นเหตุเร้าให้ได้กระทำ อันนำไปสู่การพัฒนาในระดับบุคคลและครอบครัว  
อย่างน้อยที่สุดก็มีส่วนในการใช้ประโยชน์ การควบคุมและประเมินผล เพื่อช่วยให้  
เกิดการตัดสินใจในขั้นตอนริเริ่มใหม่ ในการพัฒนากิจกรรมอันเกิดจากประชาชนเอง  
มากยิ่งขึ้น ซึ่งมีผลการศึกษา พบว่า ผลการดำเนินงานของกองทุนฯ และ เวชภัณฑ์  
ประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน  
ในขั้นตอนของการประเมินผลมากที่สุด รองลงมาคือ การดำเนินการ การริเริ่มและ  
การวางแผนตามลำดับ โดยมีทิศทางของความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงบวกทั้งหมด  
( อุดม ชิตมณี : 2530 )

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของประชาชนมากน้อยระดับใดได้อาศัยแนวคิดของ  
Arnstein ( อ้างใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ : 2529 ) จัดการมีส่วนร่วมออกเป็น  
8 ลักษณะ ดังนี้

1. ประชาชนเป็นผู้รองรับคำสั่ง
2. ประชาชนเป็นผู้รับบริการ
3. ประชาชนได้รับคำบอกเล่า

4. ประชาชนได้รับการปรึกษาหารือ
5. ประชาชนได้เข้าร่วมบางส่วนในโครงการ
6. ประชาชนและหน่วยงานของรัฐมีส่วนร่วมในโครงการเท่า ๆ กัน
7. ประชาชนมีส่วนควบคุมบางส่วน
8. ประชาชนควบคุมเองทั้งหมด

### เกณฑ์การพิจารณา

- 1, 2 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อยมากหรือไม่มีเลย
- 3, 4, 5 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง
- 6, 7, 8 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับสูง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่จัดขึ้นในครั้ง นี้ มุ่งเน้นให้เป็นกระบวนการเพื่อการศึกษาก่อนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาระบบความคิดของประชาชนและผู้วิจัยเอง โดยผู้วิจัยเองจะต้องเคารพและยอมรับภูมิปัญญาท้องถิ่น รู้จักและเข้าใจประชาชนในเชิงชีวิตให้มาก เพื่อจะได้ทราบคำอธิบายปรากฏการณ์ตามแนวคิดของประชาชนได้มากที่สุด ช่วยให้เข้าใจในระบบคิดของเขา อันจะเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ความรู้ และปรับทิศทางของการทำงานได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น โดยมุ่งการทำให้ประชาชนได้ค่อย ๆ พัฒนาศักยภาพในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่ง กมลลา บาซินท์ ( 2525 ) ได้แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ

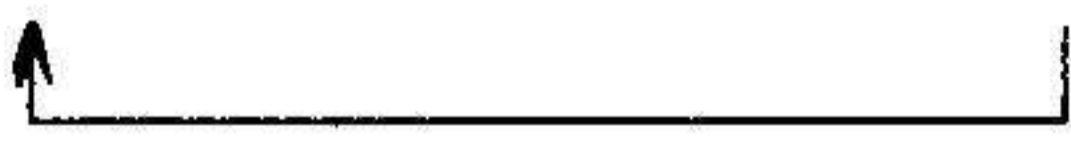



1. ขั้นผ่าน
2. ขั้นการรวมกลุ่ม
3. ขั้นการพัฒนาผู้นำ
4. ขั้นการถอนตัว

ดังนั้นการพัฒนาให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ วางแผน ลงมือปฏิบัติใช้ประโยชน์ ควบคุม และประเมินผล จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความแตกฉานในการคิด ด้วยการรับรู้และลงมือปฏิบัติรวมทั้งได้รับประโยชน์และ

บทเรียนอันเป็นข้อมูล สำหรับการพัฒนาต่อไป การดำเนินการจะต้องเป็น Action-Reflection-action สลับกันไป โดยลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่ต้องทำให้เกิดขึ้น คือ

1. การมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจวางแผน
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ
3. การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการควบคุมและประเมินผล
5. ประชาชนคิดปรับปรุงและวางแผนเอง
6. ประชาชนปฏิบัติเอง
7. ประชาชนควบคุมประเมินผลและจัดสรรผลประโยชน์กันเอง

ขั้นตอนการดำเนินการ สามารถนำเสนอโดยสรุปได้ ดังนี้

1. **ขั้นผ่าน**      -->Plan--->Action-->Reflection  

2. **ขั้นการรวมกลุ่ม** -->Plan--->Action -->Reflection  

3. **ขั้นพัฒนาผู้นำ** -->Plan--->Action-->Reflection  

4. **ขั้นการถอนตัว** -->Plan--->Action -->Reflection  


### บทที่ 3

#### ระเบียบวิธีและแผนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งค้นหาและให้การศึกษาแก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน เพื่อเสริมสร้างให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการแสวงหาวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อการพัฒนาสุขภาพของเด็ก

#### ประชากรเป้าหมาย

1. ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี ในระดับชุมชน เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน, ผลส., อสม. และอาสาสมัครอื่น ๆ
2. มารดาที่มีลูกอายุ 0-6 ปี จำนวน 56 คน ซึ่งมีเด็กทั้งสิ้น 76 คน
3. ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี ในระดับครอบครัว เช่น พ่อ ย่า ยาย เด็กในวัยเรียนที่ต้องเกี่ยวข้อง

เนื่องจากเป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม อย่างน้อยที่สุดประชาชนต้องได้รับคำบอกเล่าหรือปรึกษาหารือในการดำเนินการต่างๆ หลังจากได้พิจารณาเลือกพื้นที่แล้ว ผู้วิจัยได้นำร่างโครงการเข้าร่วมปรึกษาหารือกับคณะกรรมการหมู่บ้าน โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้

1. เด็กในหมู่บ้านมีปัญหสุขภาพอะไรบ้าง
2. ใครบ้างเป็นผู้ที่ดูแลเด็กอายุ 0-6 ปี
3. ต้องการให้คุณภาพชีวิตของเด็กอายุ 0-6 ปี เป็นเช่นใด

คำตอบที่ได้รับ คือ

1. ปัญหสุขภาพของเด็กในหมู่บ้านส่วนใหญ่ คือ เป็นหวัด
2. ผู้ที่ดูแลเด็กอายุ 0-6 ปี คือ มารดาและพี่ ๆ ซึ่งโตกว่าและอยู่ในวัยเรียน
3. คุณภาพชีวิตของเด็กอายุ 0-6 ปี ที่ต้องการไม่สามารถให้รายละเอียดได้ เมื่อได้รับคำตอบแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากที่ประชุม ในการไปสัมภาษณ์รายละเอียดต่าง ๆ จากมารดาของเด็กทุกคนตามบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุด

สำหรับเด็กในโรงเรียนซึ่งมีส่วนในการเลี้ยงน้องด้วย ทางคณะกรรมการหมู่บ้านจะประสานกับโรงเรียนให้ดำเนินการประกวดเรียงความ เรื่อง การเลี้ยงน้องของฉัน โดยมีคณะกรรมการหมู่บ้าน 2 คนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมเป็นกรรมการตัดสิน นับว่าเป็นกิจกรรมแรกที่จะประชาสัมพันธ์โครงการไปยังครอบครัว และเป็นวิธีการที่ช่วยให้การสร้างสัมพันธ์ภาพของผู้วิจัยกับครอบครัว เป็นไปอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น และได้กำหนดแผนดำเนินงาน ร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้านดังนี้

### แผนการดำเนินการวิจัย

#### 1. ขั้นเตรียมการ

ประสานงานกับครูใหญ่โรงเรียนบ้านค่ายรวมมิตร เพื่อปรึกษาหาแนวทางส่งเสริมให้นักเรียนซึ่งมีบทบาทในการดูแลน้องที่บ้าน สามารถแสดงออกถึงบทบาทที่ได้ทำอยู่และเพื่อประชาสัมพันธ์กิจกรรมไปสู่ครอบครัว โดยการจัดประกวดเรียงความในนักเรียน

#### 2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 การเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างความสัมพันธ์ สังเกตสภาพแวดล้อมภายในและนอกบ้าน พร้อมบันทึกภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนให้การช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาสุขภาพตามอาการ

2.2 การสัมภาษณ์มารดาและผู้ดูแลเด็ก เช่น ย่า ยาย หมอตำแย ประธานกลุ่มแม่บ้าน, อสม. และผู้ใหญ่บ้าน พร้อมถ่ายทำสไลด์

2.3 การประกวดเรียงความจากนักเรียนโรงเรียนบ้านร่วมมิตร ซึ่งมีบทบาทในการดูแลน้อง

2.4 สังเกตกิจกรรมการซึ่หน้าหนักของอาสาสมัคร เพื่อเฝ้าระวังภาวะทางโภชนาการและกิจกรรมอื่น ๆ ของหมู่บ้าน

2.5 การประชุมร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน ผสส. อสม. และกลุ่มอาสาสมัครที่เกิดขึ้น

### 3. เครื่องมือ

- 3.1 แบบสัมภาษณ์มารดา หมอตำแย และคณะกรรมการหมู่บ้าน ผส.อสม.
- 3.2 ประเด็นคำถามในการประชุมกลุ่ม
- 3.3 สมุดบันทึก
- 3.4 กล้องถ่ายรูปและฟิล์ม
- 3.5 กระดานและปากกา สำหรับใช้ในการประชุมกลุ่ม

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณเป็นร้อยละและค่าเฉลี่ย โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ด้วยตนเอง รวมทั้งการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อ

4.1 ค้นหาแบบแผนการดูแลสุขภาพ ที่จะทำให้เห็นความเชื่อมโยงของปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก

4.2 ค้นหาผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กในครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาสุขภาพเด็ก 0-6 ปี

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลแต่ละครั้ง จะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มาวิเคราะห์ และแปลผลร่วมกับคณะกรรมการโดยจัดในรูปของการประชุมกลุ่มพร้อมๆ ร่วมกันวางแผนสำหรับการดำเนินการแก้ปัญหา ดำเนินการและประเมินผลร่วมกัน ดังนั้นการดำเนินงานจึงเป็นในรูปแบบของ การประชุมกลุ่ม ลงมือปฏิบัติ ประชุมกลุ่ม เพื่อคิดค้นกิจกรรมร่วมกัน แล้วปฏิบัติอีกเป็นกิจกรรมที่สลับกันไป ซึ่งตลอดโครงการที่ผ่านมา มีการประชุมกลุ่มทั้งสิ้น 6 ครั้ง และลงมือปฏิบัติ 5 ครั้ง

### 5. การดำเนินการ

ดำเนินกิจกรรมร่วมกันตามแนวทางข้อตกลงจากที่ประชุม สิ่งสำคัญที่เน้น คือ การใช้เทคโนโลยี ทรัพยากร และกิจกรรมที่เหมาะสมกับชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้จากกันและกัน ในขั้นแรกใช้กิจกรรมชั่งน้ำหนักเป็นสื่อ ยึดหยุ่นให้มีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ รวมทั้งจัดกลุ่มพูดคุยให้ความรู้ และตอบปัญหาในการเลี้ยงดูเด็ก

## 6. การประเมินผล

### 6.1 วิธีการ

6.1.1 การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการรับรู้ และความคิดเห็นของประชาชน ต่อการดำเนินงานนำมาเป็นข้อมูลในการประชุม

6.1.2 การประชุมของคณะกรรมการหมู่บ้าน ผลส. อสม. และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปผลการดำเนินงานร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เป็นการสรุปบทเรียน และหาแนวทางในการดำเนินการร่วมกันต่อไป

### 6.2. เครื่องชี้วัด

เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี

### 6.3. เกณฑ์การประเมิน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดย

6.3.1 สามารถค้นหาปัญหาและติดตามปัญหาได้ถูกต้องและเหมาะสม

6.3.2 สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้ถูกต้องและเหมาะสม

6.3.3 สามารถวางแผนดำเนินการพัฒนาสุขภาพของเด็กได้ถูกต้อง และ

เหมาะสม

6.3.4 สามารถติดตาม กำกับ ประเมินผล การพัฒนาสุขภาพเด็กได้ถูกต้องและเหมาะสม



## บทที่ 4

### การวิเคราะห์และอภิปรายผล

การเสริมสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี ในครั้งนี้ แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นผ่าน
2. ขั้นการรวมกลุ่ม
3. ขั้นการพัฒนาผู้นำ
4. ขั้นการถอนตัว

มีรายละเอียดในการดำเนินงานดังนี้

#### 1. ขั้นผ่าน

เมื่อได้นำร่างโครงการ เข้าปรึกษาคณะกรรมการหมู่บ้านเพื่อร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงาน และได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยในพื้นที่แล้ว ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลชุมชน ดังต่อไปนี้

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน
- 1.2 ข้อมูลทั่วไปของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-6 ปี
- 1.3 แบบแผนการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี
- 1.4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี
- 1.5 พฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กด้านโภชนาการ
- 1.6 ปัญหาสุขภาพของเด็ก 0-6 ปี

ได้นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มา ให้คณะกรรมการหมู่บ้าน ผลส. และ อสม. ตรวจสอบพร้อมกันช่วยกันอภิปรายผล เพื่อช่วยให้เห็นสภาพต่างๆ กระจ่างชัดมากยิ่งขึ้น โดยมอบข้อมูลที่จัดหมวดหมู่เรียบร้อยแล้ว ให้คณะกรรมการผู้ที่ที่ประชุมเห็นว่า อ่านหนังสือได้คล่อง เป็นผู้นำไปศึกษา และร่วมกับผู้วิจัยนำเสนอต่อที่ประชุมพร้อมทั้งได้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของเด็กด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

บ้านค่ายรวมมิตร เป็น 1 ในจำนวน 9 หมู่บ้าน ของตำบลทุ่งน้ยม อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล ได้แยกออกจากหมู่ที่ 2 บ้านทุ่งน้ยม เมื่อปี 2525 ในขณะนั้นมีจำนวนครัวเรือน 67 หลังคาเรือน ในปัจจุบัน(2535) มีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 97 หลังคาเรือน เป็นไทยพุทธ 42 หลังคาเรือน ไทยมุสลิม 57 หลังคาเรือน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 574 คน ชาย 238 คน หญิง 236 คน ประชาชนในหมู่บ้านส่วนใหญ่ย้ายมาจาก นครศรีธรรมราช นัทลุง และสงขลา ลักษณะครอบครัวร้อยละ 75 เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 3-6 คน

#### ที่ตั้งของชุมชน

ทิศเหนือ จด บ้านคลองแก้ว ตำบลเขาพระ อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา

ทิศใต้ จด บ้านทุ่งน้ยม หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งน้ยม อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล

ทิศตะวันออก จด เขตสวนป่านามาภิไทย(สวนป่าสิริกิติ์)

ทิศตะวันตก จด เขตป่าสงวนแห่งชาติ

#### การแบ่งเขตหมู่บ้าน

แบ่งออกเป็น 4 ละแวก ตามลักษณะที่ตั้งคือ

1. บ้านด่านในดง

2. บ้านปากท้อ

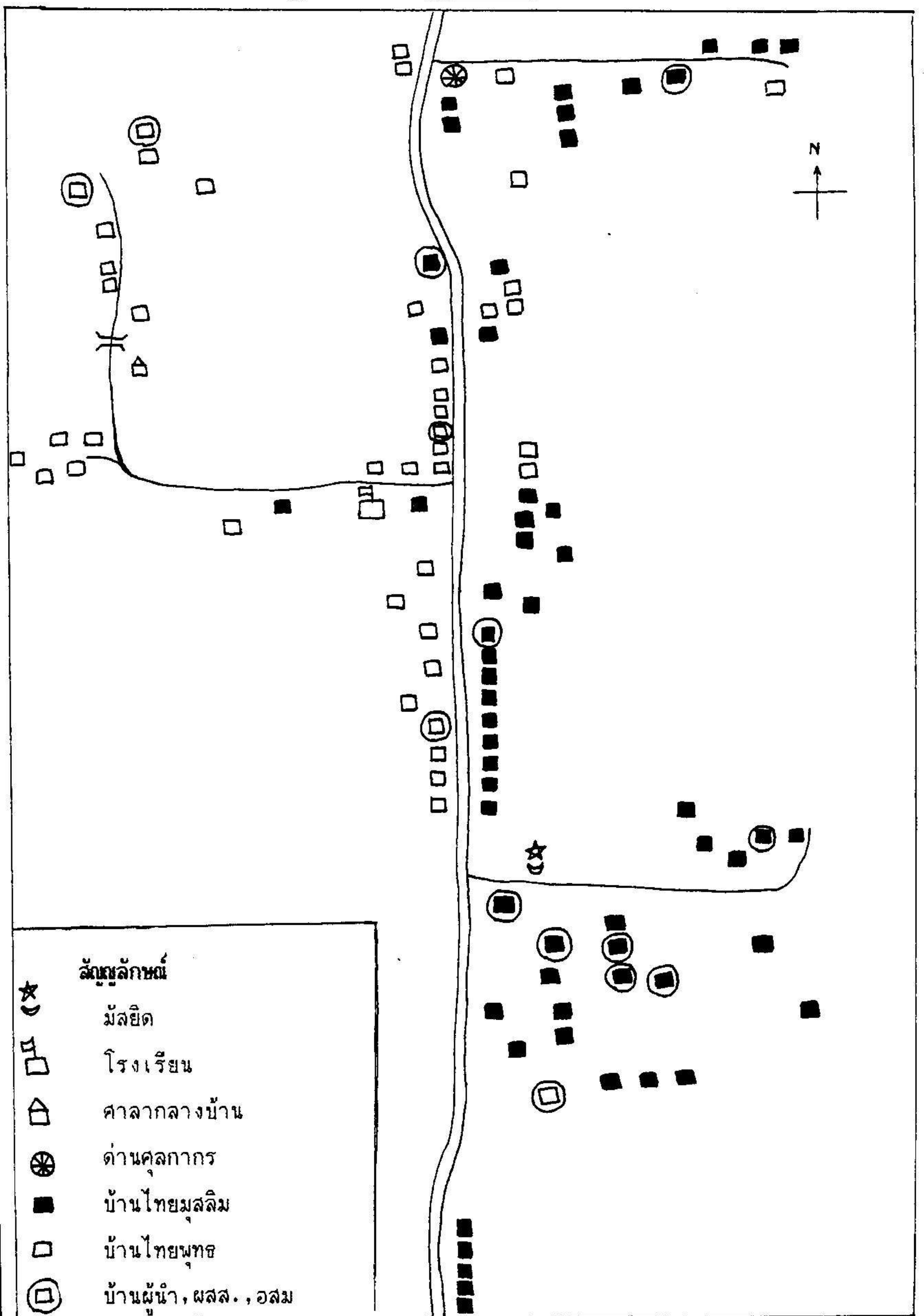
3. บ้านค่าย

4. บ้านไร่ใหญ่

การปกครองมีการรวมหมู่บ้าน ที่ได้รับเลือกจากแต่ละละแวก เป็นผู้รับผิดชอบ ดั่งแผนผังการตั้งบ้านเรือนที่จะแสดงต่อไป

อาชีพส่วนใหญ่คือ การทำสวนยางพารา สวนผลไม้เช่น ทุเรียน ขนุน จำปาตะ ออาชีพรองคือ การสวนผลไม้ไม้ขัดแตะ รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน

# แผนผังการตั้งบ้านเรือนของบ้านค่ายรวมมิตร



- สัญลักษณ์**
- ★ มัสยิด
  - ☐ โรงเรียน
  - ⊡ ศาลากลางบ้าน
  - ⊙ ด้านบุคลากร
  - บ้านไทยมุสลิม
  - ☐ บ้านไทยพุทธ
  - ⊠ บ้านผู้นำ, ผสส., อสม

## 1.2 ข้อมูลทั่วไปของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-6 ปี

ผลจากการเยี่ยมบ้าน และสัมภาษณ์มารดาที่มีบุตรอายุ 0-6 ปี จำนวน 56 คน พบว่ามีอายุอยู่ระหว่าง 16-46 ปี โดยกลุ่มที่มีมากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี รองลงมาคืออายุ 20-24 ปี และ 30-34 ปี 3 ใน 4 นับถือศาสนาอิสลาม การศึกษาสูงสุดของเกือบทั้งหมด คือระดับประถมศึกษา ระยะเวลาของการสมรสครึ่งหนึ่งอยู่ระหว่าง 1-10 ปี และหนึ่งในสี่ อยู่ระหว่าง 11-20 ปี อาชีพส่วนใหญ่คือการทำสวนยางพารา โดยสถานที่ทำส่วนใหญ่อยู่ในหมู่บ้าน และบริเวณข้างเคียง มีน้อยมาก ที่มารดาในกลุ่มนี้มีสถานที่ทำงานอยู่นอกหมู่บ้าน เกือบครึ่งหนึ่งมีจำนวนบุตรเพียง 2 คน และประมาณ หนึ่งในสี่ของมารดาในกลุ่มนี้ มีบุตรจำนวนมากกว่า 4 คน ในระยะการตั้งครรภ์ประมาณหนึ่งในสามได้รับการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครบ 4 ครั้ง มีบางส่วนที่ฝากไม่ครบและไม่ฝากเลย ซึ่งมีจำนวนที่พอๆกัน ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเห็นว่า บุตรทุกคนที่เกิดมาสมบูรณ์ดี ไม่ไปฝากก็ไม่มีปัญหาอะไร บางรายก็ไม่สะดวก ในการเดินทางไปฝากครรภ์ หนึ่งในสามได้ใช้บริการวางแผนครอบครัว โดยวิธีการกินยาและฉีดยาเป็นส่วนใหญ่และบางส่วนก็ทำหมันแล้ว โดยครึ่งหนึ่งของทั้งหมดยังต้องการมีบุตรเพิ่มอีก 1 คน

การที่จะเสริมสร้างให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือชุมชน ในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์นั้นๆ ให้กระจ่าง เพื่อที่จะช่วยให้เข้าใจ และอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ตามแนวความคิดของประชาชนในชุมชน เพื่อจะเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ความรู้ และปรับทิศทางการดำเนินงานให้เหมาะสม กับสภาพชุมชนมากยิ่งขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยเอง และประชาชนในชุมชน ได้ปรับตนเองและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความคุ้นเคย สามารถที่จะร่วมกิจกรรม คิดและดำเนินการพัฒนา ร่วมกันได้ตลอดโครงการ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก 0-6 ปี ซึ่งต้องมีความเกี่ยวข้อง สัมพันธ์ถึงระดับครอบครัวและชุมชน สำหรับชุมชนนี้ให้ความสำคัญค่อนข้างน้อย เพราะกิจกรรมที่เกิดขึ้นแล้ว ได้ขาดความต่อเนื่องลง ดังนั้น จำเป็นต้องหาวิธีการที่จะกระตุ้น ให้ชุมชนเห็นความจำเป็น ที่ต้องร่วมมือกัน ดำเนินการต่อไป จึงได้ศึกษาแบบแผนการดูแลสุขภาพเด็กอันมีรายละเอียดดังนี้

### 1.3 แบบแผนการดูแลสุขภาพเด็ก 0 - 6 ปี

ชุมชนนี้ มีแบบแผนการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปีดังนี้

#### 1.3.1. แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพของผู้ดูแลต่อเด็ก

มารดาส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นบุตรของตนมีภาวะแข็งแรงสมบูรณ์มีเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้นที่บอกว่าบุตรอ่อนแอเจ็บป่วยบ่อย การที่เด็กมีความแข็งแรงไม่เจ็บป่วย คือ เด็กมีสุขภาพดีและให้ความหมายเพิ่มเติมว่า เด็กแข็งแรงจะต้องมีน้ำหนักปกติรับประทานอาหารได้ดีและร่าเริงแจ่มใสเป็นเด็กฉลาด สำหรับเกณฑ์ที่นำมาพิจารณาว่าเด็กมีสุขภาพดีหรือไม่นั้น ส่วนใหญ่บอกว่าเด็กไม่เจ็บป่วย รับประทานอาหารได้ดี ชุขขร่าเริงแจ่มใส น้ำหนักปกติและเพิ่มทุกครั้งที่ตั้งน้ำหนัก รวมทั้งการไม่ร้องกวนด้วย และปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพของเด็ก ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการได้รับอาหารครบทุกหมู่และการเอาใจใส่ของมารดาและสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อเด็ก รวมทั้งการรับประทานอาหารได้ นอนหลับของเด็ก ความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมก็มีผล มารดาส่วนน้อยเท่านั้นที่มีความคิดเห็นว่า ความสุขความอบอุ่นด้านจิตใจ การเล่นและการออกกำลังกายของเด็กจะมีผลต่อสุขภาพของเด็ก

ปัญหาสุขภาพของเด็กที่สำคัญที่สุดตามการรับรู้ของมารดาคือเด็กเป็นหวัด รองลงมาคือ เบื่ออาหาร ปวดท้อง มีมารดาประมาณหนึ่งในสามที่บอกว่าบุตรของตนไม่มีปัญหาสุขภาพ มีเพียง 1 คนเท่านั้นที่มีโรคผิดปกติ คือ เม็ดเลือดแดงแตกง่าย และก็ได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง

อาการที่แสดงให้มารดาทราบว่าเด็กป่วย คือ อาการตัวร้อน ชิม ร้องกวน ไม่ยอมรับประทานอาหาร มีมารดาเพียงส่วนน้อยที่บอกว่า อาการจาม มีน้ำมูก และไอ คือ การเจ็บป่วย และสาเหตุที่เด็กป่วยมารดาส่วนใหญ่บอกว่าเป็นเพราะฤดูกาล โดนแดด ฝน และลม การดูแลเอาใจใส่ไม่ดี สุขภาพของเด็กอ่อนแอเอง เกิดจากยุ่งกััด อาหารการกินไม่สะอาดเพียงพอ บางรายบอกว่าเด็กไม่สบายเนื่องจากแม่รับประทานอาหารไม่ถูก (อาหารแสลง) ทำให้บุตรป่วยและเด็กบางคนหลังถูกจับศีรษะจะไม่สบายทุกครั้ง

การดูแลสุขภาพเด็ก ส่วนใหญ่อาบน้ำวันละ 3 ครั้ง สระผมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง โดยในช่วงที่เด็กยังช่วยตัวเองไม่ได้ (0-1 ปี) มารดาจะทำให้ แต่เมื่อเด็กช่วยตัวเองได้จะให้ทำเองหรือให้พี่ ๆ ที่โตกว่าช่วยดูแล ซึ่งเด็กที่สามารถช่วยตนเองได้เริ่มตั้งแต่อายุ 2 ปี โดยมารดาสังเกตเห็นว่า เด็กทำกิจวัตรประจำวันเองได้ เช่น ตักข้าวเข้าปากได้ ถูขันอาบน้ำ ตักน้ำอาบเองได้ หรือทำตามคำสั่งได้

เด็ก 0-6 ปี ส่วนใหญ่จะมีปัญหาฟันผุ และมารดาจะหาซื้อแปรงสีฟันให้เด็ก เมื่อเด็กแหย่หรือขอแปรงสีฟันจากคนอื่น มีประมาณหนึ่งในสี่ ที่จัดหาแปรงสีฟันให้เด็ก เมื่อฟันน้ำนมเริ่มขึ้น บางรายจัดหาให้ เมื่อฟันน้ำนมขึ้นเต็มปาก หรือสังเกตเห็นเศษอาหารติดฟันเด็ก

เด็กส่วนใหญ่จะได้รับการตรวจสุขภาพทุกครั้ง ตามที่เจ้าหน้าที่นัดนั้น คือ เมื่อไปรับวัคซีนป้องกันโรคตามเกณฑ์อายุ และบางส่วนจะไปเมื่อเด็กเจ็บป่วย มีเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่มีการตรวจสุขภาพปกติปีละ 1 ครั้ง เด็กส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ สำหรับเด็กที่ได้รับไม่ครบ เนื่องจากฉีดแล้วเด็กไม่สบายจึงไม่นำไปรับเมื่อถึงเวลานัด หรือเด็กสบายดีไม่เจ็บป่วยอะไร ไม่จำเป็นต้องฉีดบางรายต้องนำบุตรไปทำงานที่อื่นไม่ได้ไปตามนัดจึงไม่กล้าไป บางรายก็คิดว่าบุตรได้รับวัคซีนครบแล้วซึ่งส่วนใหญ่เป็นเข็มกระตุ้นภายหลังขวบปีแรก

### 1.3.2. แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม

จากการเยี่ยมบ้าน สัมภาษณ์มารดาและซังน้ำหนักรเด็ก 0-6 ปี พบว่ามารดา 56 คน มีบุตรในกลุ่มเป้าหมาย 76 คน เด็กเหล่านี้ มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 59.2 และมีภาวะทุพโภชนาการระดับหนึ่งร้อยละ 40.8 มารดามากกว่าครึ่งหนึ่ง บอกว่าจัดอาหารให้เด็กรับประทานเป็นเวลา นั่นคือ 3 มื้อ คือ มื้อเช้า เกียงเย็น แต่ไม่สามารถระบุเวลาได้ชัดเจน ส่วนใหญ่ขึ้นกับความพร้อมของอาหารแต่ละมื้อ บางครั้งก็ให้เงินเด็กไปซื้อรับประทานเอง โดยเฉพาะมื้อเช้า ซึ่งมารดาต้องออกไปกรีดยาง มารดาเกือบทั้งหมด ให้ความสนใจเด็กและบอกได้ว่าเด็กชอบรับประทานอะไรมีเพียง 1 คนเท่านั้นที่ไม่เคยสังเกต จากอาหารที่มารดาบอก

จะเห็นว่าอาหารที่เด็กชอบ ส่วนใหญ่เป็นอาหารหลักมีคุณค่าทางอาหาร มีเพียง บางส่วนเท่านั้นที่เด็กชอบอาหารมีคุณค่าทางอาหารน้อย การหาซื้ออาหารมากกว่า ครั้งที่ให้เด็กซื้อเองจากร้านขายของชำในละแวกบ้าน เด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับ เงินคนละ 5-10 บาทต่อวัน เมื่อถามถึงการจัดอาหารพิเศษให้เด็กนอกเหนือจาก อาหารหลัก 3 มื้อ มากกว่าครึ่งหนึ่งของมารดาที่จัดให้เด็ก อันได้แก่ นมกล่อง นมข้นหวาน โอวัลติน ไข่และเนื้อสัตว์ บางส่วนก็ให้ขนม ในเด็กเล็กให้ชิลิล็ค การรับรู้ของมารดาต่ออาหารแสลงสำหรับเด็ก มากกว่าครึ่งหนึ่งบอกว่าไม่มีอาหาร แสลง ที่เหลือเป็นอาหารที่ห้าม เพราะป้องกันอาการเจ็บป่วย เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน มะพร้าว ไข่ ปลา แดงโม หอย เวลาเจ็บป่วยก็ไม่ให้รับประทาน น้ำแข็งและเงาะ ไอ งดอาหารมัน น้ำดื่มสำหรับเด็กส่วนใหญ่จะดื่มน้ำฝน น้ำดื่ม ให้ดื่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 1-2 ปี หรือให้ดื่มเฉพาะเวลาเด็กป่วยเท่านั้น มี ส่วนน้อยดื่มน้ำจากบ่อน้ำตื้น

### 1.3.3. แบบแผนการขยับถ่ายของเสีย

ชุมชนนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่งยังไม่มีส้วมใช้ สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีเงินใน การก่อสร้างและกำลังก่อสร้างอยู่ และบางส่วนเป็นบ้านที่อยู่ในสวนยางบอกว่า ไม่จำเป็นต้องมีส้วม บางส่วนเป็นบ้านที่อยู่ไม่ถาวร และก่อสร้างยังไม่แล้วเสร็จ จึงยังไม่สร้างส้วม ดังนั้นการกำจัดอุจจาระของเด็กส่วนใหญ่ จึงเป็นการขุดหลุมฝัง ข้างบ้าน หรือให้เด็กถ่ายข้าง ๆ บ้าน มีส่วนน้อยที่กำจัดอุจจาระเด็กในส้วม

ปัญหาเกี่ยวกับการขยับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะของเด็ก การรับรู้ของมารดา ส่วนใหญ่บอกว่า ไม่มี สำหรับเด็กที่มีบ้าง มากกว่าครึ่งหนึ่งของเด็กที่มีปัญหา จะเป็น การถ่ายเหลว รongลงมาคือ อาการท้องผูก การถ่ายเหลวเป็นอาการซึ่งไม่รุนแรง สามารถหายได้เอง หากไม่หายให้รับประทานใบฝรั่ง หรือต้มต้นสมเสรีจ ชื้อยา จากกองทุนยาฯ และจะไปสถานอนามัย หรือโรงพยาบาลสตูล หากมีอาการมาก สำหรับเด็กที่ท้องผูกจะให้รับประทานข้าว น้ามะเขือเทศ สวนด้วยสบู่ รับประทาน ยาธาตุน้ำขาวตรากระต่ายบิน ยากุมารศรีไทย หากเป็นหลายวันก็จะนำไป โรงพยาบาล เด็กท้องอืดให้รับประทานยาไกรวอเตอร์ ปัสสาวะเหลืองมากไม่ได้ แก้วไขประการใด อาการหายได้เอง

#### 1.3.4. แบบแผนกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเล่นนอกบ้าน อาจจะเป็นบริเวณบ้านข้างเคียงหรือบ้านตนเอง เด็กเล็ก ๆ เท่านั้นที่เล่นในบ้านเป็นส่วนใหญ่ และจากการสังเกตพบว่า เด็กที่เริ่มหัดเดินจะถูกปล่อยให้เล่นอยู่กับเด็กรุ่นพี่ที่มีอายุมากกว่า และเด็กเหล่านี้จะเล่นกับดิน โดยที่เด็กโตกว่าจะดูแลเด็กเล็ก ๆ ซึ่งเป็นบริเวณที่สายตาผู้ใหญ่หรือเด็กโตมองเห็น ของเล่นเด็กเล็ก ๆ มากกว่าครึ่งมารดาบอกว่า จัดหาซื้อให้ เกณฑ์ที่ใช้เป็นอันดับแรก เนื่องจากเด็กร้องกวน และต้องการหรือแย่งของเล่นของเด็กอื่น โดยของนั้นจะต้องไม่เป็นอันตรายต่อเด็ก ราคาไม่แพง เป็นพลาสติก มีเพียง 1 คนเท่านั้นที่บอกว่า เป็นของที่เสริมความคิดสร้างสรรค์ ประเภทของเล่นที่เด็กจัดหาตัวเอง เช่น ไม้ไผ่ใบหญ้า ดิน ก้อนหิน กระจปองนม ถ้วยชามแตกเก่า ๆ ภาชนะที่ทิ้งแล้ว ของใช้ภายในบ้าน ล้อยางรถจักรยานยนต์ ยางรัดของ เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ กาบหมาก (ใบหมาก) สำหรับของเล่นที่จัดทำให้ เช่น รถลากทำจากกระจปองนม ปืนทำจากไม้ไผ่ และดาบซึ่งทำจากไม้ เป็นต้น

#### 1.3.5. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน

การนอนหลับพักผ่อนเป็นเรื่องที่เด็กวัย 0-6 ปี ต้องการ ไม่ว่าจะในเวลากลางวันหรือกลางคืน มารดาส่วนใหญ่บอกว่า เด็กจะนอนในเวลากลางวัน ซึ่งที่นอนส่วนใหญ่ก็คือ เปลผ้าที่ผูกแขวนไว้ อาจเป็นบนบ้าน ในบ้าน ระเบียงบ้าน ใต้ถุนบ้าน ศาลาริมบ้าน บนขนำในสวนยาง โดยเปลจะผูกสูงจากพื้นบ้านประมาณ 1 ฟุต ผ้าจะห่อตัวเด็กให้อบอุ่น เมื่อเดินบนพื้นบ้านจะไม่กระเทือนทำให้เด็กสะดุ้งตื่น หรือเมื่อปลื้สวาะ จะหยดบนพื้น เด็กไม่นอนเปียกแฉะมากนัก บางครั้งก็ใช้ผ้ากันทำเป็นมุ้งได้ มีเด็กส่วนน้อยเท่านั้นที่นอนกางมุ้งในเวลากลางวัน จากการสังเกตพบว่า เด็กใน خوابปีแรกทุกคนจะนอนเปลผ้า ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า บ้านไหนมีเด็กอ่อนบ้านนั้นจะมีเปลแขวนอยู่เสมอ สำหรับการนอนของเด็กในเวลากลางคืนรวมทั้งคนในครอบครัวส่วนใหญ่ใช้มุ้ง ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากพื้นที่นี้เคยเป็นดงมาเลเรียมาก่อนและยังคงมีคนเป็นมาเลเรียอยู่ มีกองทุนมุ้งซึ่งหน่วยมาเลเรียเป็นผู้ให้ความช่วยเหลืออยู่ด้วย



### 1.3.6. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพของครอบครัวและชุมชน

ลักษณะของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกโดยเฉลี่ย 3-6 คน ส่วนใหญ่มารดาของเด็กจะเป็นผู้ดูแลเด็กนานที่สุดในแต่ละวัน แต่จากการสังเกตพบว่า เป็นการดูที่ปล่อยให้เด็กเล่นอยู่ด้วยกันในบริเวณบ้าน มารดาจะทำงานบ้านหรือกิจกรรมอย่างอื่นช่วงเช้ามารดา ไปกรีดยาง จะฝากเด็กเล็กให้เด็กที่โตกว่าคอยดูแล โดยฝากผู้ใหญ่ที่บ้านข้างเคียง ให้ดูแลพร้อมกับบุตรหลานของเขา เพราะมารดาเองก็กรีดยางอยู่ในสวนยางใกล้บ้าน มารดาของเด็กจะเป็นผู้มีบทบาทสูงสุดในการตัดสินใจเกี่ยวกับเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการจัดอาหาร ซื่อเสื้อผ้า การดูแลเมื่อเจ็บป่วย บางส่วนร่วมกันกับพ่อของเด็กในการจัดการกับเด็กน้อยมากที่สุด ปู่ย่ายาย มีบทบาทในการดูแลเด็กในระดับครอบครัวรองลงมา คือ บิดาของเด็ก และเด็กที่โตกว่าซึ่งอยู่ในวัยเรียน มีน้อยมาก ที่มารดาดูแลเด็กเพียงคนเดียว เมื่อบุตรมีอาการเจ็บป่วยบุคคลแรกที่มาตราต้องการความช่วยเหลือคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้บริการกองทุนยา ปู่ ย่า ยายเด็ก ซึ่งอยู่บ้านข้างเคียงและหมอต้าแย

### 1.3.7. แบบแผนความเชื่อและค่านิยมของผู้ดูแลเด็ก

ในที่นี้จะพิจารณาในเรื่องความต้องการของมารดา และค่านิยมที่มีต่อตัวเด็ก ความต้องการของมารดา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่สุขภาพกายคือ เด็กมีร่างกายสมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย มีอาหารดี ๆ ให้เด็กรับประทาน เด็กอยู่ดีกินดีไม่เกเร มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องการรวมทั้งมิติของร่างกาย จิตใจและสังคม มากกว่าครึ่ง เมื่อมีบุตรโตขึ้นต้องการให้รับราชการ มีงานดี ๆ ทำ หรือมีอาชีพเลี้ยงตัวได้ และบางส่วนหวังจะได้พึ่งพาบุตรเมื่อโตขึ้น บางส่วนระบุว่าต้องการให้บุตรเรียนในโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม และในหมู่บ้าน ก็มีโรงเรียนสอนศาสนาในวันเสาร์ อาทิตย์เมื่อถามถึงความต้องการต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐ เกือบครึ่งหนึ่งต้องการให้ไปเยี่ยมที่บ้านเพื่อให้คำแนะนำ มีประมาณหนึ่งในสี่ไม่ต้องการอะไรเลย

#### 1.4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี

สมาชิกในครอบครัวทุกคน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็ก อาจจะเป็น ช่วงใดช่วงหนึ่งหรือตลอดทั้งวัน และในระดับชุมชนเองก็เคยมีกิจกรรมที่ดำเนินการ เกี่ยวข้องกับเด็กอยู่บ้าง การมีส่วนร่วมของประชาชนในที่นี้ขอจำแนกออกได้เป็น 2 ระดับคือ

##### 1. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็ก

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพเด็กในครอบครัวคือ มารดา ซึ่งการทำงานส่วนใหญ่คือ การทำงานในหมู่บ้าน ในที่นี้หมายถึง การออกไปกรีดยางจะไป ตั้งแต่ 4 นาฬิกา ซึ่งเด็กยังหลับอยู่โดยในช่วงนี้จะให้พี่ที่โตกว่านอนเฝ้าไว้ จาก เรียงความของเด็กนักเรียน ความว่า "ตอนเช้า ก่อนไปโรงเรียนฉันจะช่วยแม่ ดูแลน้อง ฉันล้างหน้าและแปรงฟันให้น้องด้วย แล้วก็ทาแป้ง ใส่กางเกงให้น้อง แล้วฉันก็อาบน้ำไปโรงเรียน" จากการสังเกต ช่วงเช้าหลังจากแม่กลับมาให้นม เด็กก็จะให้เงินไว้ซื้อขนมหรืออาหารในร้านข้างบ้านรับประทานไปพลางก่อน เด็ก ช่วง 2 ขวบแรก อาจฝากไว้กับญาติผู้ใหญ่ข้างบ้านดูให้ และหากเป็นเด็กที่อายุ มากกว่า 2 ปี มารดาบอกว่า เด็กช่วยตนเองได้แล้ว เด็กกลุ่มนี้จะเล่นด้วยกัน เมื่อ มารดากลับจากกรีดยางประมาณ 9 นาฬิกา จะหุงหาอาหารสำหรับครอบครัว และ ก็เป็นเวลาที่แม่ค้าซึ่งไปซื้ออาหารสดในตลาดสดนำอาหารมาขายพอดี หลังจาก ประกอบอาหารเสร็จ มารดาจะจัดอาหารให้เด็กรับประทาน ซึ่งเป็นเวลาใกล้เคียง กับที่บิดาทำยางแผ่นเสร็จ จากการสังเกตพบว่า ส่วนใหญ่อาหารมื้อแรกจะเป็นมื้อ เที่ยงหรือใกล้เที่ยง หลังจากรับประทานอาหารเสร็จ จะเป็นเวลาพักผ่อนประมาณ 1-2 ชั่วโมง บางครอบครัวอาจไปทำสวนต่อ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทไปทำสวน ส่วนใหญ่จะ เป็นบิดาของเด็ก

สำหรับบิดาของเด็กก็มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ส่วนใหญ่จะเป็นช่วงเวลาที่ มารดาหุงหาอาหารในมือเย็น โดยบิดาช่วยนำเด็กไปอาบน้ำ ป้อนข้าว หรือไม่ก็นำ เด็กไปเที่ยวเดินเล่น และช่วยทำของเล่นต่าง ๆ ให้เด็ก เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็น เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี เมื่อโตขึ้นจะเล่นด้วยกันกับเด็กที่โตกว่า ซึ่งช่วยดูไม่ให้ น้องได้รับอันตรายจากการเล่น

บทบาทของปู่ ย่า ยาย ที่ดูแลเด็กคือ ช่วงที่บิดามารดาเด็กไปกรีดยาง ซึ่งดูแลอาบน้ำ ป้อนข้าว และไม่ให้เด็ก ๆ เล่นในที่ที่เป็นอันตราย คอยห้ามปรามเมื่อเด็กเล่นทะเลาะวิวาทกัน เมื่อบิดามารดาเด็กกลับจากกรีดยาง ปู่ ย่า ยายของเด็กบางรายจะเข้าไปทำงานในสวน หรือบางรายจะอยู่บริเวณบ้านดูแลเวลาเด็กเล่น ขณะที่มารดาต้องทำงานบ้านอื่น ๆ ในกรณีที่มารดามีอาชีพทำผ้าขัดแตะ ซึ่งจะทำอยู่ที่เฟิงริมถนน บริเวณที่ทำงานจะมีเปลสำหรับเด็กเล็ก ๆ ที่ต้องคอยดูแล ส่วนเด็กที่เข้ากลุ่มเพื่อนได้จะเล่นอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่บริเวณลานบ้าน

เด็กในวัยเรียน ซึ่งมีบทบาทหลักคือ ต้องการไปโรงเรียนแล้ว ก่อนไปโรงเรียนตอนเช้า และตอนเย็นหลังจากเลิกเรียนหรือในวันหยุด จะช่วยมารดาดูแลน้อง จากเรียงความของเด็กในหัวข้อการเลี้ยงน้องของฉันทน์ จำนวน 19 คน สามารถแสดงให้เห็นการมีส่วนร่วมของเด็กวัยเรียนได้ดังนี้

"ข้าพเจ้าพาน้องไปเดินเล่น พอถึงเวลาอาบน้ำข้าพเจ้ากับน้องก็ไปอาบน้ำ แล้วจึงกินข้าว พอน้องร้องข้าพเจ้าให้น้องนอน"

"ข้าพเจ้าเป็นห่วงเรื่องความสะอาดของน้อง ข้าพเจ้าอาบน้ำให้น้องอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ให้น้องกินข้าวอิ่ม ๆ เสมอ ดูแลน้องอย่างใกล้ชิดเมื่อน้องไม่สบาย ข้าพเจ้าคอยสั่งสอนน้องให้เป็นคนดี"

"ข้าพเจ้าช่วยพ่อแม่ให้น้องนอนเปลและร้องเพลงให้น้องฟัง พอตื่นขึ้นมา ข้าพเจ้าพาน้องไปอาบน้ำถูสบู่ สระผม จะพาน้องไปกินนมและกินอาหาร"

"พอน้องตื่นขึ้นมา ผมพาน้องไปอาบน้ำ พออาบน้ำเสร็จผมก็พาน้องไปกินข้าว พอกินข้าวเสร็จก็นั่งพัก พาน้องไปเล่น ขี่จักรยานสามล้อที่พ่อซื้อมาให้ พอตบเที่ยง ผมพาน้องไปหัดอ่านหนังสือและเขียนหนังสือ"

"ฉันรักน้องมากไม่เคยตบตีน้องเลย ฉันอยากให้น้องเรียนสูง ๆ ฉันเลี้ยงน้องมาตั้งแต่เล็กจนโต ฉันสังเกตว่าน้องของฉันพูดได้ชัด เดินได้วิ่งได้ตามอายุ ต่อมาฉันสอนให้น้องเขียน 1-10 และ ก-อ ฉันป้อนข้าวให้น้อง แม่บอกว่าน้องยังกินยังไม่อ้วน"

"น้องเป็นคนไม่เจ็บไข้ได้ป่วย แม่พาน้องไปฉีดวัคซีนได้ 4 ครั้ง ฉันรักน้องฉันมาก เมื่อน้องกลับจากโรงเรียนฉันพาน้องไปเที่ยวเสมอ น้องเป็นคนมีสุขภาพ

แข็งแรงดี เป็นคนฉลาด เช่น อ่าน ก อ ฉันสอนให้น้องอ่านเล่มอ ฉันสอนให้น้องพับกระดาษเป็นรูปต่าง ๆ ฉันไม่พูดคำหยาบให้น้องได้ยินเพราะน้องจะพูดตาม ฉันอาบน้ำให้น้อง ให้น้องนอน ฉันขงนมให้น้อง ฉันซื้อขนมให้น้องกิน น้องต้องการอะไร ฉันจะให้น้องเสมอ"

"วันเสาร์-อาทิตย์ พ่อกับแม่ไปกรีดยาง ฉันจะอยู่บ้านดูแลน้องอย่างเต็มใจ พ่อแม่กลับจากกรีดยางก็ให้น้องกินนม พอน้องกินนมเสร็จแล้วพ่อกับแม่ก็ไปเก็บยาง ฉันจะเลี้ยงน้องให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้"

"ฉันช่วยทำงานบ้านเป็นการแบ่งเบาภาระของพ่อแม่ งานที่ฉันชอบที่สุดคือ การเลี้ยงน้อง ฉันนั่งเฝ้าน้องเมื่อน้องนอนหลับ พอน้องตื่นฉันเรียกแม่ให้มาให้นมน้อง พอน้องอายุได้ 3 ขวบ ฉันป้อนข้าว ป้อนขนมให้น้อง อาบน้ำ ไล่เสื้อผ้าให้น้อง น้องของฉันป่วยเป็นไข้หวัดแม่จึงพาไปหาหมอ พอหายป่วยน้ำหนักตัวน้องก็ลดลง เพราะตอนน้องป่วยน้องไม่ค่อยรับประทานอาหาร"

"น้องทุกคนต้องการความรักความอบอุ่นจากพ่อแม่ พอน้อง 3 เดือนเริ่มให้กินข้าวบดได้ พอ 4 เดือน ให้กินข้าวกับไข่แดงบด 6 เดือน ให้กินเนื้อสัตว์ 7 เดือน ให้กินไข่ขาวได้ 8 เดือน ให้กินผักผลไม้ 9 เดือนถึง 1 ขวบ ให้กินข้าวได้ทั้ง 3 มื้อ ฉันฝึกให้น้องถือแปรงสีฟัน นานไปน้องก็เกิดความเคยชินในการแปรงฟัน แล้วเราควรทำตัวให้เรียบร้อย เพื่อให้น้องเอาเป็นตัวอย่างเพราะเด็กชอบเลียนแบบผู้ใหญ่"

จากข้อความข้างต้นจะเห็นว่า เด็กในวัยเรียนมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี ทั้งในเรื่องอาหารการกิน การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลสุขภาพสะอาด ให้น้อง รวมทั้งการเป็นเพื่อนเล่น เป็นแบบอย่างและสอนน้องให้รู้จักการเล่น จากการสังเกตเด็กกลุ่มนี้จะดูแลน้องไปด้วย ในขณะที่ตนเองก็เล่นไปกับเด็กกลุ่มเดียวกัน และเด็กที่สามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ก็ร่วมในกิจกรรมไปด้วย เด็กวัยเรียนมักจะเล่นแยกกลุ่มตามเพศ ไม่ว่าจะเด็กผู้หญิง หรือผู้ชายก็ต้องดูแลน้องเหมือนกัน ข้อสังเกตที่มารดาบอกว่า ปัญหาสุขภาพเด็กที่เป็นมากคือเป็นหวัด มีน้ำมูกตลอดไม่ว่าจะเป็นฤดูร้อนหรือฝน สาเหตุสำคัญประการหนึ่งเนื่องจากนี้ ๆ เป็นผู้อาบน้ำให้ น้ำเข้าจมูกเข้าปาก มักอาบน้ำที่ริมขอบบ่อ ซึ่งเป็นที่โล่ง อาบน้ำรดศีรษะ หลังอาบน้ำไม่ได้เช็ดตัวให้แห้งทันที จะเดินกลับบ้านไม่สวมเสื้อผ้า

โดยคำบอกเล่า ของมารดาบางรายทราบว่า การที่จัดให้มีการประกวดเรียงความ เป็นสิ่งกระตุ้นให้เด็กวัยเรียนสนใจเรื่องของตัวเองมากขึ้น โดยพยายามค้นคว้าข้อมูล ซึ่งแหล่งสำคัญสำหรับเด็กคือ สมุดบันทึกอนุบาลแม่และเด็ก จึงทำให้เห็นในเรียงความบางคนก็เขียนเป็นคำแนะนำที่ควรปฏิบัติจากสมุดบันทึกเล่มดังกล่าว

จากการสัมภาษณ์ สังเกตและรายละเอียดของเรียงความดังกล่าวที่นำเสนอ จะเห็นได้ว่า ทุกคนในครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก และมารดาจะเป็นผู้มีบทบาทหลักในประเด็นที่ต้องการจัดการ และตัดสินใจภายในครอบครัว โดยที่บิดาจะเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจด้วย ในครอบครัวจำนวนหนึ่งการตัดสินใจ โดยปู่ ย่า ยาย มีบทบาทไม่มากนักเพราะชุมชนนี้ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว แต่ก็มีบางบ้านที่พ่อกันบ้าง ในกรณีช่วยดูแลเมื่อเด็กเล่นรวมกลุ่มกัน

## 2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพเด็ก

กิจกรรมในระดับชุมชนที่ดำเนินการสำหรับเด็กกลุ่มนี้ มีเพียงการชั่งน้ำหนัก เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการทุก 3 เดือน ซึ่งผู้ที่มีบทบาทในการดำเนินการคือ ผสส. และอสม. มีผู้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องอยู่ 3 คน ใน 2 กลุ่มคือกลุ่มบ้านค่ายกับกลุ่มบ้านไร่ใหญ่ เคยมีกองทุนโภชนาการ และจัดเลี้ยงอาหารสำหรับเด็ก แต่ปัจจุบันเงินกองทุน อสม. เป็นผู้ดูแลเพียงผู้เดียว และกิจกรรมก็ไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง จะมีอยู่บ้างคือ การชั่งน้ำหนัก ซึ่งไม่ค่อยได้รับความสนใจเท่าที่ควร จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผสส. อสม. ให้ความเห็นว่าการเป็นคนในพื้นที่ ทำให้ประชาชนมีความ เชื่อถือในความสามารถน้อย หากมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เข้าร่วมประชาชนจะมาร่วมกิจกรรมมากกว่ามีเฉพาะ ผสส. อสม. ดำเนินการเอง มารดาเด็กไม่ได้มีการเตรียมการล่วงหน้าเช่น การไม่นำสมุดบันทึกอนุบาลแม่และเด็กมาด้วย ไม่ได้มีการรวมกลุ่มชั่งน้ำหนักแต่เป็นในลักษณะการเรียกเด็กแต่ละบ้านมาชั่งหรือตามไปซึ่งที่บ้านแล้ว ผสส. อสม. จะบันทึกให้สถานีอนามัย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แปลผลเอง มีมารดาบางคนนำบุตรไปชั่งน้ำหนักที่สถานีอนามัยด้วยตนเองตามนัด ซึ่งกลุ่มนี้มักไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมและอีก 2 กลุ่ม(บ้านปากท่อและบ้านด่านในดง) ก็ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากมีอุปสรรคในเรื่องการเดินทางและไม่ทราบข่าวบางครั้งการส่งข่าวไม่ทั่วถึง การที่ชุมชนมีกิจกรรมเดียว

สำหรับเด็กกลุ่มนี้ คณะกรรมการให้เหตุผลว่าเด็กยังเล็กครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแล หากทางครอบครัวมีกิจกรรมสำหรับเด็กกลุ่มนี้จะเชิญคนในชุมชนเข้าร่วมเช่น การ ขึ้นแปล โคนผมไฟ เป็นต้น

ดังนั้นเมื่อโครงการเริ่มดำเนินการ จึงได้รับการขานรับจากคณะกรรมการ หมู่บ้านและ ผลส. อสม. เพราะชุมชนเองมีความต้องการที่จะแสวงหาแนวทาง สำหรับการพัฒนาสุขภาพของเด็กให้ดีขึ้น และต้องการให้ระดับครอบครัว ได้ให้ความสำคัญกับกิจกรรมการเฝ้าระวังทางโภชนาการของชุมชน โดยแนวคิดพื้นฐาน ของคณะกรรมการหมู่บ้าน ผลส. อสม. ต้องการให้เริ่มต้นจากกิจกรรมที่ชุมชนเคยมี หรือดำเนินการอยู่ แล้วค่อยๆ พัฒนาไป ซึ่งที่ประชุมเห็นว่าการชั่งน้ำหนักของเด็ก ทำให้เห็นปัญหาที่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน คือน้ำหนักที่ชั่งได้เพิ่มขึ้นหรือลดลง ปกติหรือผิดปกติ และสามารถติดตามได้ สำหรับปัญหาเรื่องอื่นๆสามารถแก้ไขได้ หลังจาก รวมกลุ่มมีกิจกรรมเกิดขึ้นแล้ว

กิจกรรมการชั่งน้ำหนักที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตการณ์ครั้งแรกซึ่งจัดขึ้นใน 2 กลุ่ม นั้น ปรากฏว่ามีเด็กมารับการชั่งน้ำหนักทั้งสิ้น 39 คน น้ำหนักปกติ 26 คน ขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 12 คน ระดับ 2 จำนวน 1 คน วันเวลาที่ชั่ง ไม่มีกำหนดการที่แน่นอน ผลส. อสม. จะเป็นผู้ไปตามที่บ้านเด็กบางคนที่มีน้ำหนัก ส่วนใหญ่ไม่ได้นำสมุดบันทึกอนามัยแม่และเด็กมาด้วย ผลส. หรือ อสม. จะทำหน้าที่เป็นผู้ชั่งและบันทึก ไม่ได้ทำการแปลผลบอกแก่มารดา ดังที่กล่าวแล้ว

ผลจากการดำเนินการชั่งน้ำหนักครั้งแรก เมื่อเริ่มดำเนินการโครงการนั้น อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานนัดหมายการชั่งน้ำหนักเด็ก 2 จุดดังกล่าวปรากฏว่ามีเพียงเด็กกลุ่มบ้านค่ายและบ้านไร่เท่านั้น ที่ชั่งอีก 2 จุดไม่ได้ซึ่ง จากการประเมิน ทราบว่าอีก 2 กลุ่มไม่ทราบข่าวว่ามีกิจกรรมการชั่งน้ำหนักเกิดขึ้น ดังนั้นเพื่อให้รับ การชั่งน้ำหนักอย่างทั่วถึง ที่ประชุมจึงพิจารณาให้เพิ่มจุดชั่งน้ำหนักอีก 1 จุดคือ บ้านด่านในดง และจะดำเนินการอีก 3 เดือนต่อไป โดยผู้วิจัยได้ฝากให้ ผลส. อสม. บอกแก่มารดาเด็กว่า ในการชั่งน้ำหนักทุกครั้งให้นำสมุดบันทึกอนามัยแม่และ เด็กมาด้วย

## 1.5 พฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กด้านโภชนาการ

จากผลการศึกษาแบบแผนการดูแลสุขภาพของเด็ก 0-6 ปี พบว่ามารดาที่รู้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กมากที่สุด คือ การได้รับอาหารของเด็กทั้งโดยการดูแลของมารดาให้เด็กได้รับอาหารครบทุกหมู่และการรับประทานอาหารของเด็กเอง ซึ่งในชุมชนเองก็เคยจัดกิจกรรมด้านโภชนาการ อันเป็นกิจกรรมที่มารดาคุ้นเคยและให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กด้านโภชนาการ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นมารดากลุ่มเดียวแต่ในครั้งนี้มีเพียง 53 คน โดยแยกศึกษาพฤติกรรมออกเป็น 3 ด้าน คือ

### 1.5.1 ความรู้ในการดูแลเด็กด้านโภชนาการ

มารดาส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 75 มีความรู้เกี่ยวกับ ความสำคัญของอาหาร อาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ประโยชน์ของการนำเด็กไปซังน้ำหนัก และสถานที่สำหรับซังน้ำหนัก รวมทั้งเมื่อเด็กไปซังน้ำหนักว่า ควรเตรียมเอกสารอะไรไปบ้าง มารดาร้อยละ 50 ถึง 75 ทราบความหมายของการขาดสารอาหาร ผลกระทบของภาวะขาดสารอาหารต่อสุขภาพของเด็กสาเหตุของการขาดอาหาร ระยะเวลาที่ควรนำเด็กไปซังน้ำหนัก ทราบว่ามีคำแนะนำอะไรบ้างในสมุดจดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และสามารถแปลผลจากกราฟน้ำหนักได้ มีมารดาส่วนน้อยที่มีความรู้ในเรื่องวิธีการซังน้ำหนักเด็ก เครื่องชั่งที่ควรใช้ การใช้ประโยชน์ของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ในด้านโภชนาการ การบันทึกผลการซังน้ำหนักและแปลผล ประมาณครึ่งหนึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการขาดสารอาหารและสาเหตุ รวมทั้งกำหนดการในการเฝ้าระวัง

### 1.5.2 ทักษะในการดูแลเด็กด้านโภชนาการ

มารดาเกือบทุกคนเห็นด้วยกับให้บุตรได้รับอาหารที่มีประโยชน์ และเห็นว่าการนำไปซังน้ำหนักเป็นสิ่งที่จำเป็น เป็นสิ่งที่ไม่ยุ่งยากและเป็นประโยชน์ต้องการทราบว่าบุตรมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร และหากทราบว่าบุตรอยู่ในภาวะขาดสารอาหารเป็นปัญหาที่สำคัญจะต้องรีบแก้ไข ซึ่งมารดาเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ทราบว่าบุตรของตนมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร ทักษะในเรื่องนี้ที่มีความเห็นด้วยต่ำที่สุดกว่าทุก ๆ ข้อ คือ เรื่องบะหมี่สำเร็จรูป น้ำอัดลม ลูกอม ไม่มีประโยชน์ นั่นคือยังมีผู้ที่เห็นด้วยประมาณหนึ่งในสาม

### 1.5.3 การปฏิบัติการในการดูแลเด็กด้านโภชนาการ

ยังคงมีบางประเด็นที่มารดาไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ สำหรับการดูแลเด็ก คือ การจัดอาหารแต่ละมื้อให้ครบ 5 หมู่ เปิดโอกาสให้เด็กเลือกอาหารที่ชอบเมื่อเบื่ออาหาร การรับประทานอาหารเสริมนอกเหนือจากอาหารหลัก ไม่ว่าจะเป็นนมหรือถั่วเมล็ดแห้ง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการชั่งน้ำหนักและดูผลการบันทึกการเตรียมอาหารให้เด็กโดยเฉพาะ

## 1.6 ปัญหาสุขภาพของเด็ก 0-6 ปี

จากรายละเอียดของข้อมูลที่ได้ศึกษาดังกล่าว ที่ประชุมได้สรุปเป็นปัญหาของเด็ก 0-6 ปีดังนี้

1.6.1 หวัด เป็นปัญหาที่มารดาตระหนักมาก เพราะเด็กส่วนใหญ่มีน้ำมูกตลอดทั้งปี ไม่ว่าจะเป็นฤดูฝนหรือฤดูร้อนที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเด็กเหล่านี้เล่นด้วยกันทำให้ติดต่อกันได้ จากข้อสังเกตพบว่าเด็กเป็นหวัดในฤดูร้อนมากกว่าฤดูฝนที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากในฤดูร้อนมารดาส่วนใหญ่ออกไปกรีดยางมีเวลาดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดน้อยกว่าในฤดูฝน และสิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ มารดาทราบว่าเด็กป่วยก็ต่อเมื่อเด็กมีอาการตัวร้อนหรือมีไข้ซึ่งแสดงว่าเกิดการติดเชื้อแล้ว ถึงขั้นนี้ทำให้สิ้นเปลืองเงินและเวลาในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

1.6.2 ขาดสารอาหาร ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ได้รับการดูแลในเรื่องอาหารไม่เต็มที่ เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้านแล้วไม่ได้จัดเตรียมอาหารไว้สำหรับเด็กถึงแม้จะให้เงินไว้เด็กก็นำไปซื้อขนม ซึ่งมีคุณค่าทางอาหารน้อยเพราะร้านค้าในหมู่บ้านมีแต่อาหารประเภทขบเคี้ยวจำหน่าย มีกรรมการบางคนบอกว่า "อย่างนี้ต้องทบทวนแม่ค้าจึงจะแก้ปัญหาได้" มารดาบางคนไม่ค่อยสนใจว่าเด็กนำเงินไปซื้ออาหารประเภทใดรับประทาน และบางคนก็ไม่เคยนำเด็กมาชั่งน้ำหนักเลย และจากผลการศึกษา ก็เห็นแล้วว่ามารดายังขาดความรู้ในเรื่องนี้ อยู่บางส่วน

1.6.3 เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากเด็กเล่นกันเองเป็นกลุ่ม บางครั้งก็เล่นในที่ที่ไม่ปลอดภัย เช่น ใกล้กองขยะ ริมถนน ทำให้มีโอกาสถูกกระเบื้องบาด ตะปูตำ และรถชนได้



1.6.4 โรคหนองพยาธิ เนื่องจากในชุมชน ยังไม่มีส้วมใช้ทุกหลังคาเรือน เด็กถ่ายอุจจาระลงดินและเล่นกับดิน ทำให้เป็นพยาธิได้ ถึงแม้บ้านที่มีส้วม เด็กก็ไม่ได้ถ่ายลงส้วม เนื่องจากไม่มีคนดูแลนำเด็กเข้าส้วม ภาชนะทำความสะอาดให้ และปัญหาเรื่องนี้ก็มองหาพยาธิไม่เห็น แต่เด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อาจมีพยาธิจากเรื่องนี้ได้ด้วย

1.6.5 ได้รับภูมิคุ้มกัน ไม่ครบตามเกณฑ์อายุที่ควรได้รับ ส่วนใหญ่จะเป็นเข็มกระตุ้นหลังขวบปีแรก ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากบัตรอนามัยแม่และเด็กหาย ทำให้ไม่ทราบกำหนดวันนัด หรือมีแล้วเด็กไม่สบายจึงไม่ได้นำไป บางคนเลยวันนัดแล้ว ไม่กล้าพาไปกลัวถูกเจ้าหน้าที่ดู นั่นคือมารดาไม่เห็นถึงประโยชน์ของการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุไม่กระจ่าง

จากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าว ที่ประชุมยังคงยืนยันว่า ให้ใช้กิจกรรมการชั่งน้ำหนักเป็นสื่อกลาง ในการที่จะทำให้เกิดการรวมกลุ่มชั่งน้ำหนักเพื่อที่จะเสริมความรู้แก่มารดา ในการแก้ปัญหาต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น

## 2. ชั่งการรวมกลุ่ม

หลังจากการชั่งน้ำหนักครั้งแรกผ่านไป 3 เดือนถัดมา อสม. ทำหน้าที่ ในการนัดหมายมารดา ให้นำบุตรมาชั่งน้ำหนัก โดยแต่ละกลุ่มดำเนินการกันเอง และบอกกำหนดการนัดหมายแก่ผู้วิจัย ในช่วงที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ไปเยี่ยมบ้านและกระตุ้นให้มารดา นำเด็กมาชั่งน้ำหนักตามนัดหมายของ อสม. ปรากฏว่าเด็กได้ชั่งน้ำหนัก 41 คน น้ำหนักปกติ 30 คน ขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 11 คน ในการชั่งน้ำหนักครั้งนี้ ได้จัดทำเทปวัดส่วนสูงแบบง่ายมาใช้ด้วย จากการสังเกตพบว่า อุปกรณ์ที่ใช้ในการชั่งน้ำหนัก มีเพียง 2 เครื่องซึ่งใช้อยู่เป็นประจำ ดังนั้นเมื่อจุดที่ 3 ซึ่งเปิดใหม่ จึงไม่มีอุปกรณ์เป็นของตนเอง ต้องไปยืมกลุ่มอื่นมาใช้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เท่าเทียมกัน ผสส. จึงเรียกร้องขอเครื่องชั่งน้ำหนักไว้ประจำจุด สำหรับที่วัดส่วนสูงแต่ละจุดจัดทำเอง จึงมีเพียงพอ

การรวมกลุ่มซึ่งนำหนักในครั้งนี้นำหน้าทีสถาโนนามัยได้ออกบัตรอนามัยแม่และเด็ก ให้แก่เด็กที่ไม่มีหรือบัตรหายด้วย โดยอาศัยคัดลอกข้อมูลจาก รบ.2.ต.06 และผู้วิจัยเอง ได้ทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำแก่มารดา ในการลงบันทึกน้ำหนักส่วนสูง และแปลผลเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล พร้อมทั้งให้คำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของเด็กในขณะนั้น ซึ่งนับว่าเป็นการสาธิตให้ ผลส.อสม. ได้เห็นถึงกิจกรรมที่ควรทำ

การรวมกลุ่มซึ่งนำหนัก 2 ครั้งที่ผ่านมา มี ผลส.และอสม.ร่วมปฏิบัติงาน 6 คนเป็นผู้ชาย 5 คน และผู้หญิง 1 คน หลังจากซึ่งนำหนักได้มีการประชุมเพื่อประเมินผล ที่ประชุมมีความคิดเห็นว่า งานที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงเด็ก คำแนะนำต่างๆในเรื่องปัญหาการเลี้ยงเด็ก ผู้หญิงจะถนัดและดำเนินการได้ดีกว่าผู้ชาย จึงเสนอให้เพิ่มกลุ่มทำงานที่เป็นผู้หญิง โดย ผลส.และอสม. จะเป็นผู้ไปดำเนินการในการคัดเลือกอาสาสมัครที่เป็นผู้หญิง แต่ละละแวกเอง เนื่องจากเห็นว่าเด็กวัยเรียนก็เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการเลี้ยงน้อง จึงขอความร่วมมือจากครู ให้คัดเลือกนักเรียนที่เลี้ยงน้องเอง และพร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการให้ ซึ่งทางโรงเรียนคัดเลือกนักเรียนให้ได้ 7 คน มีตั้งแต่เด็กเรียนที่เรียนชั้นประถมปีที่ 3 ถึงชั้นประถมปีที่ 6

### 3. ขั้นตอนการพัฒนาผู้นำ

เมื่อได้มีการวางแผนให้เพิ่มผู้หญิงและเด็กวัยเรียนเป็นคณะทำงานแล้ว จึงนัดหมายในการประชุมเพื่อนบปะ ทำความรู้จักกันและหารือถึงแนวทางที่จะทำงานร่วมกัน ปรากฏว่าคณะทำงานประกอบด้วย ผลส. อสม. กลุ่มเดิมและนักเรียนอีก 7 คนสำหรับอาสาสมัครผู้หญิงที่เป็นมารดา ไม่ได้เข้าร่วมประชุม เนื่องจาก ผลส.อสม. ยังไม่ได้ดำเนินการค้นหา ดังนั้นจึงประชุมกันเฉพาะที่มา และเชิญคณะกรรมการหมู่บ้านบางคน เข้าร่วมด้วยรวมทั้งผู้ใหญ่บ้าน ในการประชุมครั้งนี้ เกิดคณะทำงานในรูปของคณะกรรมการคือ "คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กบ้านค่ายรวมมิตร" ขึ้น

ผู้วิจัยได้นำเสนอปัญหา ที่เคยวิเคราะห์กับ ผลส.และอสม. ในครั้งที่ผ่านมา ต่อที่ประชุมและกิจกรรมที่ดำเนินการมาแล้ว เพื่อนำเข้าสู่การกำหนดเป้าหมายคุณภาพชีวิต

เด็กที่ต้องการ หลังจากที่ได้ประชุมได้ มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง จึงกำหนด  
คุณภาพชีวิตเด็กที่ต้องการดังนี้คือ

1. เด็กทุกคนต้องปลอดจากการขาดสารอาหาร
2. เด็กทุกคนได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. เด็กทุกคนปลอดจากโรคหอนอนพยาธิ

ผู้แสดงความคิดเห็นในที่นี้ ส่วนใหญ่จะเป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน พสส. และ  
อสม. ผู้ค้นเคยกับการใช้แบบสำรวจ จปฐ. ซึ่งได้กำหนดความมีคุณภาพชีวิตของเด็ก  
ข้อ 1 และข้อ 2 ไว้ และกิจกรรมเหล่านี้ก็ได้ดำเนินการอยู่ เพียงแต่พัฒนาให้ถึง  
เป้าหมายเท่านั้น รวมทั้งที่ประชุมเห็นว่า ถึงแม้จะกินดี หากมีพยาธิก็คงขาดสาร  
อาหารอีก ดังนั้นจึงควรปลอดจากหอนอนพยาธิด้วย อันจะเกี่ยวข้องกับเรื่องส้วมที่  
กำลังรณรงค์อยู่ การที่เด็กนักเรียนเห็นด้วยกับคุณภาพที่ต้องการ 3 ข้อนี้ เนื่อง  
จากคุ้นเคยกับการนำน้องไปซังน้ำหนักในบางครั้งและจากเรียงความจะเห็นว่า เด็ก  
นักเรียนสนใจเรื่องการนิดยาให้ภูมิคุ้มกันด้วยที่สำคัญที่สุดคือเห็นด้วยตามความคิดเห็น  
ของผู้ใหญ่ ซึ่งได้พูดคุยกันในที่ประชุม

ที่ประชุมเสนอให้จัดเลี้ยงอาหารเด็ก และสาธิตการทำอาหารเสริมเพื่อเป็น  
การชวนเชิญให้มารดาที่ไม่เคยนำเด็กมาซังน้ำหนัก ได้เข้าร่วมกิจกรรมและเป็นการ  
เสริมสร้างบรรยากาศของกิจกรรมในครั้งต่อไป รวมทั้งเปิดจุดการซังน้ำหนักเป็น  
4 จุด ตามละแวกบ้านรวมทั้งกำหนดเวลาที่แน่นอนดังนี้

วันเสาร์สัปดาห์แรกของเดือนเวลา 13.30 น. ซังน้ำหนักเด็กกลุ่มบ้านค่าย

วันเสาร์สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนเวลา 14.00 น. ซังน้ำหนักเด็กกลุ่มบ้านปากท่อ

วันเสาร์สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนเวลา 14.00 น. ซังน้ำหนักเด็กกลุ่มบ้าน

ด่านในดง

วันเสาร์สัปดาห์ที่ 4 ของเดือนเวลา 14.00 น. ซังน้ำหนักเด็กกลุ่มบ้าน

ไร่ใหญ่

ที่กำหนดเป็นวันเสาร์เนื่องจากที่ประชุมต้องการให้ผู้วิจัยเข้าร่วมด้วยเพราะ  
เป็นวันหยุดราชการและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ก็เต็มใจเข้าร่วม

เมื่อได้ปฏิบัติตามแผนดังกล่าว พบว่ามีเด็กมาซังน้ำหนักทั้งสิ้น 58 คน น้ำ  
หนักปกติ 43 คน ขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 15 คน ขาดสารอาหารระดับ

2 จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ได้ติดตามเด็กที่ขาดสารอาหารระดับ 2 อย่างใกล้ชิด โดยให้ยาถ่ายพยาธิและวิตามินรวม เมื่อซ่งน้ำหนักครั้งต่อไปพบว่าขาดสารอาหารระดับหนึ่ง

หลังจากที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กบ้านค่ายรวมมิตร ได้ดำเนินงานร่วมกันมา 1 ครั้ง ผู้วิจัยพบว่า เขาเหล่านั้นยังขาดความเชื่อมั่นในการทำงาน โดยเฉพาะการให้คำแนะนำแก่มารดา จะทำหน้าที่เพียงซ่งน้ำหนักและบันทึกเท่านั้น สำหรับกรรมการที่เป็นเด็กนักเรียนทำหน้าที่ในการกระจายข่าว ตามมารดาถึงบ้าน ให้นำเด็กมาซ่งและคอยช่วยอุ้มเด็ก มี ผลส. บางคน ซ่งน้ำหนักไม่ได้เนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออก และผลส. ที่เป็นผู้หญิง ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกเป็นส่วนใหญ่ จากสภาพการดังกล่าว เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นแก่คณะกรรมการ จึงอบรมให้ความรู้ด้านโภชนาการ โดยแยกกลุ่มระหว่างผู้ใหญ่และเด็ก รวมทั้งได้ค้นหาอาสาสมัครที่เป็นนักเรียนเพิ่มเติม ในกลุ่มที่ ผลส. อ่านหนังสือไม่ออก ได้นักเรียน 3 คน ซึ่งเรียนอยู่ในโรงเรียนอีกตำบลหนึ่ง

จากการที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กบ้านค่ายรวมมิตร ได้ดำเนินกิจกรรมร่วมกันมาแล้ว 1 ครั้ง ในการประชุมประเมินผลและวางแผนครั้งต่อมา ก็มีอาสาสมัครซึ่งเป็นมารดาเด็กในแต่ละละแวกเข้าประชุมด้วย จึงได้คณะทำงานเพิ่มเป็น 24 คน ในการประชุมครั้งนั้น ผู้วิจัยและ อสม. ได้ร่วมกันให้ความรู้ในเรื่องโภชนาการ และการเฝ้าระวังแก่บุคคลกลุ่มนี้อีกครั้ง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความมีคุณภาพชีวิตของเด็กที่ต้องการ การดำเนินงานครั้งต่อไป จะเน้นให้มารดาที่เด็กได้รับภูมิคุ้มกันไม่ครบทุกคน ไปรับบริการที่สถานีอนามัย และเพิ่มกลวิธีบอกเด็ก ซึ่งสามารถรับรู้ได้ให้กระตุ้นบิดามารดาด้วย ซึ่งวิธีนี้นับว่าได้ผล โดยเด็กจะเป็นผู้บอกให้มารดานำตนไปฉีดยาตามนัดหมาย

การซ่งน้ำหนักเด็กใน 4 จุดครั้งที่ 2 ปรากฏว่ามีเด็กมารับการซ่งน้ำหนักทั้งสิ้น 58 คน น้ำหนักปกติ 40 คน ขาดสารอาหารระดับหนึ่งจำนวน 17 คน ขาดสารอาหารระดับ 2 จำนวน 1 คน ซึ่งเด็กกำลังมีอาการปวดฟัน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ให้การรักษาเบื้องต้นตามอาการและแนะนำให้ไปรักษาต่อจากทันตแพทย์

เมื่อได้เข้าไปในชุมชนถึงระยะนี้ ผู้วิจัยได้เห็นถึงความขัดแย้งของโครงสร้างอำนาจชุมชน เพราะเมื่อเลือกสถานที่ประชุมในบางละแวก กรรมการ

บางคนจะไม่เข้าประชุม แต่หากเป็นการประชุมที่โรงเรียนจะเข้าร่วมประชุมทุกคน  
ดังนั้น การพิจารณาหาจุดศูนย์กลางของชุมชนที่ทุกคนสะดวกใจ ที่จะใช้เป็นสถานที่  
ประชุม นับว่าสำคัญยิ่ง และความไม่สะดวกในเรื่องการติดต่อสื่อสารกันภายในชุมชน  
คือประเด็นสำคัญประการหนึ่งในการประสานงาน การคัดเลือกผลส.ที่ได้มาบางคน  
ในชุมชน ซึ่งได้รับความเชื่อถือจากประชาชนในละแวกนั้น แต่ไม่สามารถอ่านหนังสือ  
ออกและเขียนได้ จำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องสร้างให้เกิดทีมงาน ที่มีความสามารถ  
ในการอ่านเขียน โดยที่ ผลส.คนนั้น จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานทำให้เกิดการ  
รวมกลุ่ม แต่ในรายละเอียดของการทำงาน จำเป็นต้องมีผู้ช่วย

นอกจากผู้วิจัย จะทำหน้าที่ในการสังเกตแล้ว ยังทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้และ  
กระตุ้นให้คณะกรรมการทุกคน สามารถดำเนินการและให้คำแนะนำได้ด้วยตนเอง  
สำหรับการชั่งน้ำหนักในแต่ละครั้ง และได้จัดกลุ่มของมารดาให้เกิดบรรยากาศใน  
การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วย

ขั้นการพัฒนาผู้นำ ที่ดำเนินการมี 3 ระดับคือ

1. ผู้นำที่เป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน ผลส. และอสม.
2. ผู้นำที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก บ้านค่ายรวมมิตร
3. มารดาซึ่งเป็นผู้ดำเนินการดูแลสุขภาพเด็กระดับครอบครัว

ในการพัฒนาผู้นำ นอกจากจะช่วยให้เขาสามารถ ดำเนินงานด้วยตนเองได้  
แล้ว ต้องพัฒนาเขา ให้ได้รับการยอมรับจากชุมชนด้วย โดยระยะแรกต้องช่วยให้  
เขารู้ว่า เขาต้องทำอะไร ทำอย่างไรในบทบาทนั้นๆ แล้วก็ให้เขาได้แสดงบท  
บาททั้งหมด โดยที่ผู้วิจัย ทำหน้าที่คอยช่วยเหลือและตรวจสอบ เพื่อให้เขาเกิดความ  
เชื่อมั่น ในการประชุมครั้งหนึ่ง หลายคนในที่ประชุม ได้สะท้อนความรู้สึกว่า  
" การมีคนนอกหรือเจ้าหน้าที่มาร่วมกิจกรรม คนบ้านเราเชื่อถือมากกว่าเพราะ  
พวกเรากันเองเขาเห็นอยู่ทุกวัน สภาพความเป็นอยู่ก็เหมือนกัน เขาไม่ค่อยเชื่อถือ "  
เช่นเมื่อกรรมการบอกผลการชั่งน้ำหนักว่า เด็กขาดสารอาหาร ก็มีคำพูดหัวเราะ  
กลับมาทันทีว่า " เด็กกินทุกอย่าง แต่เล่นทั้งวัน จะให้อ้วนได้อย่างไร " เด็กเหม็น  
ป็นไข้ กินอะไรไม่ได้ มันก็ผอมนั่นแหละ " หรือ " เด็กเบื่ออาหาร ให้อะไรก็ไม่ยอม  
กิน " จากคำพูดเหล่านี้ กรรมการบอกว่า ได้ยินคำพูดแบบนี้แล้ว ทำให้พูดไม่ออก  
ไม่ทราบว่า จะพูดอย่างไรต่อไป เพราะเขารู้ดีอยู่แล้ว

ดังนั้นการที่กรรมการแต่ละคนจะตอบคำถามต่างๆ หรือมีความสามารถในการให้คำแนะนำได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้มากขึ้น และสามารถที่จะประยุกต์ใช้ได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา ตลอดจนความต่อเนื่อง ในการเสริมสร้างความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนได้เห็นแบบอย่างด้วย

ภายหลังการดำเนินโครงการไปได้หนึ่งปี ในช่วงปีแรก ผู้วิจัยเข้าร่วมกิจกรรม ทุกครั้ง ครึ่งปีหลังเข้าไปร่วมกิจกรรม เฉพาะกลุ่มที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ ปรากฏว่าเมื่อถึงกำหนดการซังน้ำหนัก ทุกกลุ่มดำเนินการกันเอง พบว่าจำนวนเด็กที่มารับการซังน้ำหนัก มีจำนวนคงที่ ไม่เพิ่มขึ้นอีกแล้ว ในแต่ละสัปดาห์ จะเริ่มสะท้อนปัญหาความต้องการ ที่แตกต่างกันออกมา เช่น เริ่มพูดถึงการถ่ายพยาธิ การจัดกิจกรรมกำจัดเหาและสาธิตอาหารเสริม หรืออาหารสำหรับเด็กชนิดต่างๆ มีคำถามว่าจะทำอย่างไร จึงจะห้ามร้านค้าในชุมชนจำหน่ายขนมที่คุณค่าทางอาหารน้อย ในร้าน รวมทั้งมีกรรมการบางสัปดาห์ หรือว่า ถ้าต้องการเปิดกองทุนยาฯ ในสัปดาห์อื่นๆบ้าง จะได้หรือไม่ จากการสะท้อนปัญหาความต้องการ ตลอดจนแนวทางการดำเนินการดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ถึงแม้จะเป็นชุมชนเดียว ก็ยังมีปัญหาและความต้องการที่จะพัฒนาแตกต่างกัน

#### 4. ขั้นตอนการถอนตัว

เมื่อพิจารณาถึงความต้องการของชุมชนในแต่ละสัปดาห์ ที่สะท้อนออกมาแตกต่างกัน การดำเนินการต่อไป สามารถที่จะทำได้ตรงปัญหามากขึ้น และชุมชนยังต้องการคนกลาง ที่จะช่วยประสานให้มีการดำเนินการต่อไป ในช่วงการดำเนินการที่ผ่านมา ได้เกิดกองทุนยาฯ สาขาอีกแห่งหนึ่ง ที่บ้านค่ายและบ้านด่านในดง ก็กำลังดำเนินการจัดตั้ง โดยขยายออกไปจากบ้านไร่ใหญ่ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องถอนตัวออก ในขณะที่ผู้นำหรือองค์กรยังไม่เข้มแข็งพอ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ คงสานต่อได้ในบางเรื่อง ที่เป็นงานประจำ แต่คงบ่อยครั้งอย่างที่ดำเนินโครงการอยู่คงไม่ได้ ก่อนที่จะถอนตัวออกได้ มีกิจกรรมในหมู่บ้านใกล้เคียง คณะกรรมการมีแนวคิดที่จะออกร้านขายอาหาร ผู้วิจัย ได้ให้การสนับสนุนเงินทุน โดยคาดว่าจะให้เป็นเงินทุนหมุนเวียนของแต่ละกลุ่ม

ในการจำหน่ายอาหารในครั้งนี สิ่งที่สังเกตเห็นคือการใช้สีในการประกอบอาหาร เรื่องของความสะอาด นับว่ามีหลายประเด็นที่ดำเนินการต่อไปได้ ก่อนปิดโครงการ ผู้วิจัย ได้นำร่างรายงานวิจัย ให้คณะกรรมการบางคนได้อ่าน นำมาวิจารณ์และให้ ข้อคิดเห็นในที่ประชุม ในครั้งนี้มีการแสดงความคิดเห็น กันอย่างกว้างขวาง แตกต่างจากครั้งที่น่าข้อมูลเสนอ รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมสำหรับการอภิปรายผล และเห็นชอบ ให้ผู้วิจัยระบุสถานที่จริงที่ได้ทำการวิจัย ในรายงานการวิจัยด้วย พร้อมกับให้มีข้อคิดเห็น สำหรับการดำเนินการต่อไปคือ

4.1 กลุ่มเป้าหมาย เน้นในเด็ก 1-4 ปี เพราะเด็ก 0-1 ปีมารดา ยังดูแลอยู่อย่างใกล้ชิด เด็ก 5-6 ปี จะเข้าไปอยู่ในความดูแลของโรงเรียนแล้วและให้ ความรู้ในการป้องกันการเจ็บป่วยแก่มารดา ตามฤดูกาล การสาธิตอาหารเสริม ควรรวมเด็กและผู้ปกครอง เพื่อสาธิตและให้ความรู้เป็นกลุ่มใหญ่ ในโอกาสสำคัญ ต่างๆ เช่นวันเด็ก วันแม่ ฯลฯ

4.2 ส่งเสริมให้ทุกละแวก ได้มียาไว้ใช้เพราะห่างจากกองทุนยาและ การติดต่อในหมู่บ้าน คนที่ไม่มีจักรยานหรือจักรยานยนต์ ต้องเดินเท้าไกล สำหรับ ปัญหาของบ้านด่านในดง ที่ต้องการเปิดกองทุนฯ สาขา แต่ยังไม่เปิดไม่ได้ เนื่องจากไม่มีตู้เก็บยา คนขายยังไม่มีความรู้ ซึ่งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านรับ จะสามารถสานต่อ ให้สามารถเปิดดำเนินการได้ต่อไป

4.3 จัดให้มีการศึกษาดูงานในหมู่บ้านเดียวกัน เนื่องจากคณะกรรมการ ทั้งหมด มักดำเนินการเฉพาะในละแวกที่ตนเองรับผิดชอบ ดังนั้นการส่งเสริม ให้เกิดการศึกษาดูงานของแต่ละละแวก ในหมู่บ้านเดียวกัน น่าจะเป็นกลวิธีที่ช่วย ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้กันเอง มีการพึ่งตนเองที่สูงขึ้น และจะช่วยให้เกิด สัมพันธภาพที่ดี ระหว่างประชาชนในหมู่บ้านเดียวกันด้วย

## บทที่ 5

### สรุปและข้อคิดเห็น

โครงการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี : กรณีศึกษาบ้านค่ายรวมมิตร หมู่ที่ 8 ตำบลทุ่งนุ้ย อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล เป็นโครงการวิจัยปฏิบัติการแบบประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งการดำเนินโครงการนี้มีเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพเด็ก 0-6 ปี ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จากผลการดำเนินโครงการ จะเห็นได้ว่าเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในรูปของ "คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กบ้านรวมมิตร" ซึ่งกรรมการประกอบด้วยบุคคลหลายระดับ เช่น ผู้นำของชุมชนเป็นทางการ อันได้แก่ กรรมการหมู่บ้านบางคน ผลส. อสม. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย มารดาหรือสตรีที่มีครอบครัวแล้ว ผู้ที่มีส่วนมากที่สุดสำหรับการตัดสินใจในการดูแลเด็กคือมารดาและเด็กในวัยเรียน ซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในเกือบทุกครอบครัว โดยจำนวนกรรมการมีทั้งสิ้น 24 คน แบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบตามละแวกของตน ตามลักษณะภูมิประเทศของพื้นที่ คือ 4 ละแวกบ้าน ในแต่ละละแวก เมื่อเริ่มมีกิจกรรมซึ่งนำหน้าเด็กจะมีการแบ่งงานกันเองตามความสามารถคือ ผู้ชาย ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้นำเป็นทางการ จะทำหน้าที่นัดหมาย ประชาสัมพันธ์และลงบันทึก เด็กนักเรียนช่วยซึ่งนำหน้า วัตถุประสงค์สูงและดูแลน้องๆ เพื่อเปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กกัน

เหตุผลที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเป็นสื่อกลาง เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่คนในชุมชนเคยดำเนินการ และมารดาส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะวิจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กก็คือ การได้รับประทานอาหารของเด็ก และการเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว และที่ประชุมคณะกรรมการก็ให้ความสำคัญกับภาวะโภชนาการของเด็กเป็นอันดับแรก สำหรับความต่อเนื่องของกิจกรรมก็ต้องรอเวลาในการพิสูจน์ แต่ที่มีขึ้นแล้ว คือกำหนดการที่แน่นอนว่าซึ่งทุก 3 เดือนในวันเสาร์แรกถึงวันเสาร์ที่ 4 ของเดือน ในช่วงข้าย ที่ผ่านมาในขณะที่โครงการดำเนินการอยู่มีกิจกรรมดำเนินการตามกำหนดอย่างต่อเนื่อง ข้อสังเกตที่ได้จากการดำเนินงานโครงการนี้จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการเป็นตัวแทนจากคนเกือบทุกระดับในครอบครัวซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ยกเว้น ย่า ยาย แต่ละคนมีหน้าที่



ต่างกันเมื่อทำกิจกรรมร่วมกัน และคณะกรรมการที่เพิ่มขึ้นได้จากการคัดเลือกของ  
คณะกรรมการที่เป็นทางการของชุมชน ทุกคนพร้อมที่จะเข้าร่วมเมื่อได้รับเชิญแต่  
ปัญหาสำคัญคือยังขาดความเชื่อมั่นในการดำเนินงาน และขาดการยอมรับจากคน  
ในชุมชน ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ในพื้นที่หรือบุคคลภายนอกเข้าไปร่วมด้วย จำเป็น  
ต้องได้รับการฝึกฝนที่มากขึ้น และต้องการการตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง  
จากผลการดำเนินงานของโครงการในระยะที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า ชุมชนมีตัว  
องค์กรเกิดขึ้น สำหรับตัวความรู้ต่างๆ ต้องอาศัยเวลาและจังหวะในการถ่ายทอด  
ให้เป็นไปตามศักยภาพความต้องการ และปัญหาของแต่ละละแวก สิ่งสำคัญในขณะนี้  
คือทำให้เกิดกระบวนการการเรียนรู้ จากการได้กระทำกิจกรรมร่วมกันในรูปของ  
การประชุม การปฏิบัติกิจกรรมการขังน้ำหนัก การสาธิตอาหารสำหรับเด็ก การ  
อบรม และการพูดคุยซักถามต่าง ๆ

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชาชน นับได้ว่าเป็นแนวทางหนึ่ง  
ที่จะสามารถเสริมสร้างการพึ่งตนเองและการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ แต่จะ  
ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง จริงใจและต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงสภาพชุมชนทาง  
ด้านกายภาพ โครงสร้างอำนาจ ปัญหาความต้องการของแต่ละกลุ่มคน โดยใน  
ขั้นแรกผู้วิจัยจะต้องเรียนรู้แบบแผน วิถีชีวิตของคนในชุมชนโดยภาพรวมเพื่อจะได้  
เห็นความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันได้ทั้งชุมชน การเก็บข้อมูล เพียงการสัมภาษณ์และ  
สังเกตอาจไม่เพียงพอ การลงไปทำงานร่วมกับชุมชนและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันจะช่วย  
ให้รู้จักและเข้าใจชุมชนมากยิ่งขึ้น สามารถทำให้ประยุกต์ใช้ความรู้ของผู้วิจัยได้  
เหมาะสมกับชุมชนได้มากขึ้น หากแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานของผู้วิจัยเพื่อเสริม  
สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นผ่าน เพื่อปรับตัวและเรียนรู้ระบบคิดของชุมชน
2. ขั้นรวมกลุ่ม เพื่อให้เกิดตัวองค์กรที่จะผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ลงไป จะ  
ได้ทำงานร่วมกัน
3. ขั้นการพัฒนาผู้นำ เพื่อก่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้จากกันและกัน  
หาแนวทางในการขยายการเรียนรู้และพัฒนาออกไป
4. ขั้นการถอนตัว เมื่อผู้นำชุมชนได้ดำเนินการพัฒนาเป็นวิถีชีวิต และ  
แนวทางการพัฒนา เป็นวิถีชีวิตของชุมชน แสดงว่าชุมชนพึ่งตนเองได้แล้ว บทบาท

ต่อไปของนักวิจัย คือ การขยายเครือข่ายการพัฒนาไปยังชุมชนอื่น ทำให้เกิดการ  
เรียนรู้การพัฒนาที่ขยายกว้างออกไปอีก

ในทุกขั้นตอนดังกล่าวมา ต้องประกอบด้วย Plan-Action-Reflection  
พร้อมสังเกตร่วมกันไป ในทุกขั้นตอนมีการพัฒนาของระบบความคิด การรู้จัก การ  
เข้าใจที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

สำหรับการดำเนินงานในชุมชนบ้านร่วมมิตรนี้ ที่ผ่านมาเป็นขั้นผ่านและขั้น  
การรวมกลุ่ม เกิดขึ้นการพัฒนาผู้นำ แต่ยังได้ผู้นำไม่เด่นชัด ยังไม่เกิดความเชื่อมั่น  
และการยอมรับของคนในชุมชนเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงยังไม่มั่นใจว่าความ  
ต่อเนื่องของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลสุขภาพเด็กจะสามารถ  
ดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่องนานมากน้อยเพียงใด เพราะกระบวนการมีส่วนร่วม  
ยังไม่แข็งพอลักษณะการมีส่วนร่วมที่เกิดคือ ร่วมคิดปรับปรุงและเสนอแนะสำหรับ  
วางแผนดำเนินการต่อไป แต่ยังขาดแกนนำ ที่จะเป็นผู้นำเรื่องนี้ อย่างจริงจัง  
จำเป็นต้องดำเนินการให้ต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาผู้นำอีกสักระยะหนึ่ง พร้อม ๆ กับ  
ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก แล้วค่อยถอนตัวออก เมื่อถึงเวลานั้นผู้วิจัย  
มั่นใจว่า ชุมชนนี้สามารถเป็นข่ายของการเรียนรู้สำหรับหมู่บ้านอื่น ๆ ต่อไปได้

### ข้อคิดเห็นในการดำเนินงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมของประชาชน

1. นักวิจัยที่จะทำการวิจัยปฏิบัติการแบบประชาชนมีส่วนร่วม หากต้อง  
การให้เกิดผลต่อการเสริมสร้างการพัฒนาอย่างจริงจัง จำเป็นต้องรู้จักและเข้าใจ  
ระบบคิดของชุมชนอย่างมาก จึงจะทำให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ ต่อกลุ่ม  
เป้าหมาย

2. ผลของการวิจัย จะเกิดได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ผู้วิจัยต้อง  
พิจารณาขั้นตอนของการพัฒนาเป็นหลัก ไม่จำกัดด้วยเวลา นั่นคือผู้นำมีความเชื่อมั่น  
และเป็นที่ยอมรับของชุมชนและสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานได้ ทั้งกับคนใน  
ชุมชนและบุคคลภายนอกชุมชน จึงพิจารณาถอนตัวออกจากชุมชน

3. การวิจัยปฏิบัติการแบบประชาชนมีส่วนร่วม ไม่ควรดำเนินการโดย  
ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาใดสาขาหนึ่งแต่เพียงลำพัง จำเป็นต้องมีการประสานให้  
เกิดการพัฒนาร่วมกันตามปัญหาความต้องการของชุมชนในขณะนั้นเป็นหลัก ดังนั้นจำเป็นต้อง

มีผู้ประสานงานโครงการ หากมีความเป็นไปได้การพัฒนาให้ผู้ที่มีความสามารถ  
ดำเนินงานในบทบาทนี้ได้จะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน สำหรับบ้านค่ายรวมมิตร  
ยังจำเป็นที่จะต้องมีบุคคลากรจากภายนอก ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานโครงการ เนื่องจาก  
จากความเป็นเอกภาพในกลุ่มผู้นำ ยังไม่เข้มแข็งพอ

4. การวิจัยปฏิบัติการแบบประชาชนมีส่วนร่วมคือ แนวทางการพัฒนารูปแบบ  
หนึ่งที่ทำให้เกิดกระบวนการการเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ องค์ความรู้ระหว่าง  
ผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมายอันก่อให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคม การจัดให้เกิดเครือข่าย  
การเรียนรู้ทั้งผู้วิจัยเองและกลุ่มเป้าหมาย นับว่าจำเป็นและสำคัญ โครงการนี้ที่  
ดำเนินการมาเป็นเพียงจุดเริ่มต้นให้เกิดการพัฒนาเท่านั้น

5. กระบวนการของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ควรจัดโอกาสให้ผู้นำชุมชน  
หรือนักวิจัยในชุมชน ได้เข้ามาร่วมคิดค้นปัญหา ในการร่างโครงการวิจัย ร่วมกับ  
นักวิจัย และบริหารจัดการงบประมาณในรูปแบบของคณะกรรมการด้วย ซึ่งกระบวนการ  
แบบนี้เกิดขึ้นได้ เมื่อโครงการวิจัยโครงการแรกได้สำเร็จลุล่วงไปแล้ว เพราะ  
กิจกรรมที่ผ่านมา จะเป็นบทเรียนให้กับนักวิจัยและชุมชนเอง ที่จะมากำหนด  
ประเด็นความรับผิดชอบร่วมกัน ในการดำเนินการวิจัย

6. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือการศึกษาวิจัยชุมชน ของนักวิจัย  
และชุมชนที่ทำร่วมกัน ทั้งโดยวิธีการประชุมกลุ่ม ร่วมกันคิด วิเคราะห์ วิจัย  
วางแผน รวมทั้งการดำเนินการตามแผนร่วมกัน ร่วมสะท้อนผลของกิจกรรมที่เกิด  
เป็นประสบการณ์ และกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยกัน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับ  
ข้อมูลและระบบคิดของชุมชนให้มาก การเก็บข้อมูลเป็นลักษณะของการแลกเปลี่ยน  
ข้อมูลซึ่งกันและกัน การประชุมกลุ่มเป็นวิธีการ ทำให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน  
ในขณะที่กิจกรรมการพัฒนาหรือดำเนินงาน คือสื่อกลางที่แสดงให้เห็นถึงความเป็น  
เจ้าของ ที่ได้ร่วมกันคิด ร่วมกันทำเพื่อกลุ่มเป้าหมายของงานวิจัยที่กำหนด

## เอกสารอ้างอิง

- กมลลา บาร์ชินเขียน ไผจง ไหลสกุล แปล. (2525). ประสานช่องว่าง.  
กรุงเทพ : เจริญวิทย์การพิมพ์.
- กลุ่มสังคมศาสตร์และสาธารณสุข. (2525). "การมีส่วนร่วมของชุมชน : จุดอ่อน  
ของงานสาธารณสุขมูลฐาน". วารสารสังคมพัฒนา. 6 ( พฤศจิกายน -  
ธันวาคม 2525 ) : 23
- จริยวัตร คมพยัคฆ์ และอุดม คมพยัคฆ์. (2523). อนามัยแม่-เด็กและการ  
วางแผนครอบครัว. กรุงเทพ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จันทร์นิตย์ เกษมสันต์. (2530). หน่วยที่ 1 เด็กไทยวันนี้. เอกสารการสอนชุด  
วิชาสุขภาพเด็ก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพ : หนึ่งใจ  
การพิมพ์.
- ฉลองรัฐ อินทรีย์. (2522). ตำราวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ : อิทินพล  
ของสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก. คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). " การมีส่วนร่วมของชุมชน " . วารสาร  
สุขภาพ. 8 ( เมษายน-มิถุนายน 2528 ) : 65-70.
- ประนอม รอดคำดี. (2531). การพัฒนาสุขภาพเด็ก. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ไพรัช เตชะรินทร์. (2527). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน  
ยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบัน. น. 6-20. การมีส่วนร่วมของประชาชนใน  
การพัฒนา. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิ สาลโรจน์. (2530). หน่วยที่ 3 การอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยทารกใน เอกสาร  
การสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู. กรุงเทพ : โรงพิมพ์สหมิตร  
จำกัด.
- ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 9. (2533). รายงานการสำรวจภาวะโภชนาการ ของ  
ประชาชนในจังหวัดสตูล. (เอกสารโรเนียว)
- สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. (2534). รายงานสรุปการ  
สัมมนา การวิจัยอย่างมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง.  
(เอกสารโรเนียว).

- สุขศรี บุรณเกษิษฐ์. (2530) สุขภาพเด็ก : วัยทารก - วัยเด็ก เรียนทฤษฎี และการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : บริษัทการพิมพ์ จำกัด.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ. (2533). กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีและการนำไปใช้. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- อมร นนทสุต. (2526). นโยบายและแผนงานเพื่อระวางทางโภชนาการของประเทศไทย. เอกสารประกอบการบรรยายพิเศษ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- อรพินท์ สิงห์เดช และ ชอบ คชาอนันท์. (มปป). รายงานการวิจัยสตรีกับการพัฒนาสุขภาพชุมชน ชาวเขาเผ่าเย้า จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2531-2533. (มปท). มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- อุดม ชิตมณี. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของชุมชนกับผลการดำเนินงานของกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช. กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). The action research planner, (3<sup>rd</sup> ed.). Geelong : Deakin University Press.
- Pillitteri, A. (1981). Child health nursing care of the growing family. (2<sup>nd</sup> Ed.). Boston : Little Brown and Company.
- Whaley, L.F. & Wong, D.L. (1982). Essentials of pediatric nursing. St. Louis : The C.V. Mosby Company.