

# บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ สร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่

รัฐวุฒิ สุขมี

สาธารณสุขนิเทศก์ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีรูปแบบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มและองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษา ภาาติเครือข่ายต่างๆ ที่ดำเนินกิจกรรมดังกล่าว จำนวน 450 คน และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) แบบมีโครงสร้าง (structured inter view) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด และผู้ที่ปฏิบัติงานในองค์กรภาาติเครือข่ายที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการในพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 86 คน ในช่วงเวลาเดือนมกราคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2550 โดยมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบความครอบคลุมของข้อมูลที่ต้องการ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มหรือองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 450 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (57.6%) อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี (29.8%) สถานภาพสมรสคู่ (53.6%) อาชีพที่พบมากที่สุดคือ รับจ้าง/กรรมกร (30.0%) ระดับประถมศึกษา (28.4%) ที่สนใจต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคล เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งทุกวัน (91.9%) การมีพฤติกรรมล้างมือทุกครั้งก่อนกินข้าวและหลังเข้าห้องน้ำ (86.9%) ด้านอาหารและโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีผักสดหรือผลไม้ (70.4%) และเห็นว่าไม่ควรกินอาหารที่ใส่สารกันบูด (53.5%) ส่วนที่สนใจต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ (44.7%) เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการออกกำลังกาย โดยการทำงานบ้านและงานอาชีพที่ต้องเคลื่อนไหวที่มีเหงื่อออก (32.7%) เห็นด้วยกับการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และคิดว่าควรเริ่มจากการออกกำลังกายเบาๆ เพิ่มขึ้นจนเหนื่อยแล้วค่อย ๆ ลดลงเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม

ในบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเสริมสร้างสุขภาพ ร้อยละ 52.5 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการไม่รูก้าทำลายสิ่งแวดล้อมและควรสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลป่าไม้ชุมชนที่สาธารณะ และร้อยละ 38.9 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการมีส่วนร่วมในชุมชน ด้วยการเข้าประชุมหมู่บ้านเมื่อมีโอกาส และร้อยละ 31.2 เห็นด้วยอย่างยิ่งที่ควรส่งเสริมผลักดันให้ชุมชนปราศจากมลพิษ ในบทบาทขององค์กรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ความคาดหวังของภาาติเครือข่ายยังต้องการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทในการ การขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงรุก และมีบทบาททั้งบทบาท “ผู้สนับสนุนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี” บทบาท “ผู้กำกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ” รวมทั้งบทบาท “ผู้ประเมิน” และ “ผู้ดำเนินการ”

การสร้างความตระหนักในชุมชนช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ และการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ: บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน

## บทนำ

การพัฒนาาระบบสุขภาพของคนไทย มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 50 ปี แต่เดิมมุ่งเน้นที่การรักษาเป็นหลัก ด้วยแนวคิดที่มุ่งสู่สุขภาพและความรู้ของประชาชนที่ดีขึ้น สิ่งที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการดำเนินการ คือ การปฏิรูปทางความคิดและทบทวนบทบาทที่ผ่านมา เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (paradigm shift) เริ่มในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)<sup>(1)</sup> ที่มุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนทั้งในฐานะบทบาทการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา และผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการพัฒนาที่มุ่งสู่การพัฒนาที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนกระบวนการมาเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงทุกมิติ สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคมให้เกิดขึ้น และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)<sup>(2)</sup> กำหนดให้ “คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาเพราะถือว่าคนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ” แต่ที่ผ่านมากการรับรู้บทบาทหน้าที่ของการดูแลตนเอง ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและคนในชุมชน และการพัฒนาสภาวะแวดล้อมของชุมชนโดยรวม ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพของประชาชนและชุมชนที่ผ่านมายังต้องการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ (capacity building) ของประชาชน ครอบครัว ชุมชนให้เข้มแข็ง มากยิ่งขึ้น อย่างยั่งยืน ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)<sup>(3)</sup> ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ภายใต้แนวปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงให้ความสำคัญกับพื้นที่ วิถีชีวิตชุมชนและสังคมนั้น ๆ ตลอดจนหลักการการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยพัฒนาอย่างเป็นไปตามลำดับขั้นตอนเริ่มต้นจากการมุ่งเน้นการพึ่งพาตนเองและสร้างเครือข่ายการพัฒนาเชื่อมโยงสู่ภายนอก อีกทั้งแนวคิดหลักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)<sup>(4)</sup> “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทาง การพัฒนา

สุขภาพ สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี”

วิวัฒนาการการสร้างสุขภาพ (health promotion) เริ่มจากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ใน พ.ศ. 2529<sup>(5)</sup> การส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักของการสาธารณสุข ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองและดูแลปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะ มาจนถึงปัจจุบัน ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมโลก กระแสโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลกระทบและมีอิทธิพลโดยตรงต่อสุขภาพและรูปแบบการเกิดโรคของประชาชน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การทำให้ต้องมีกฎบัตรกรุงเทพฯว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ (Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World)<sup>(6)</sup> เป็นแนวทางที่จะสร้างกลยุทธ์ใหม่ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นความเข้มแข็งของความเป็นหุ้นส่วนภาคีเครือข่าย สำหรับการสร้างสุขภาพจากภาคส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนที่สอดคล้องวิถีชีวิต วิถีชุมชนผสมผสานการบูรณาการที่จะทำงานแบบเป็นเครือข่ายสนับสนุนซึ่งกันและกันภายใต้เป้าประสงค์เดียวกัน

ด้วยเหตุดังกล่าวการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนา ระบบสุขภาพที่ดีตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ทำงานแบบบูรณาการที่ส่งผลนำไปสู่ชุมชนสุขภาพดีในที่สุด ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี

## วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และวิจัยคุณภาพ (qualitative research) โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล 2 แบบ คือ แบบที่ 1 ข้อมูล

เชิงปริมาณ (quantitative data) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มและองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษา ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่ดำเนินกิจกรรมดังกล่าว จำนวน 450 คน ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ วิธีเก็บข้อมูลแบบที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) แบบมีโครงสร้าง (structured interview) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด และผู้ปฏิบัติงานในองค์กรภาคีเครือข่ายที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 86 คน โดยมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) แสดงค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean)

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบความครอบคลุมของข้อมูลที่ต้องการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2550

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มหรือองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 450 คน เป็นเพศชายร้อยละ 42.4 เพศหญิงร้อยละ 57.6 ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 29.8 รองลงมาช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 24.9 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.6 รองลงมาสถานภาพโสดร้อยละ 34.8 (ตารางที่ 1) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.4 รองลงมาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 22.0 อาชีพที่พบมากที่สุด คือ รับจ้าง/กรรมกร ร้อยละ 30.0 รองลงมาอาชีพค้าขายร้อยละ 20.7 ในกลุ่มตัวอย่างพบว่าความเพียงพอของรายได้ที่สำรวจในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 448 ราย พบว่าโดยส่วนใหญ่ความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 68.5 รองลงมาไม่พอใช้ ร้อยละ 26.1 (ตารางที่ 2)

### 2. ทักษะติดต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ในพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคล การอาบน้ำ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งทุกวัน กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 91.9 และเห็นด้วยกับการมีพฤติกรรมการล้างมือทุกครั้งก่อนกินข้าวและหลังเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 86.9 ในพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 70.4 ในการกินอาหารที่มีผักสดหรือผลไม้ และรองลงมาร้อยละ 53.5 มีทัศนคติต่อพฤติกรรมการบริโภคว่า ไม่ควรกินอาหารที่ใส่สารกันบูด และร้อยละ 21.0 มีทัศนคติว่าไม่ควรดื่มน้ำชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง

ตารางที่ 1 อายุ สถานภาพสมรส เพศของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม

	ชาย	หญิง	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>				
< 20	11	14	25	5.6
20-29	53	81	134	29.8
30-39	43	65	108	24.0
40-49	45	67	112	24.9
50-59	32	28	60	13.3
≥ 60	7	4	11	2.4
<b>รวม</b>	<b>191</b>	<b>259</b>	<b>450</b>	<b>100</b>
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	70	87	157	34.9
คู่	103	138	241	53.6
หม้าย	5	19	24	5.3
หย่า	4	11	15	3.3
แยก	9	4	13	2.9
<b>รวม</b>	<b>191</b>	<b>259</b>	<b>450</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 2 ระดับการศึกษา และอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	17	3.8
ประถมศึกษา	128	28.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	76	16.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	61	13.6
อาชีวศึกษา	11	2.4
อนุปริญญา	58	12.9
ปริญญาตรีและสูงกว่า	99	22.0
รวม	450	100
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกร	57	12.7
รับจ้าง/กรรมกร	135	30.0
ค้าขาย	93	20.7
ข้าราชการ	45	10.0
งานบ้าน	18	4.0
นักเรียน/นักศึกษา	58	12.9
ว่างงาน	18	4.0
อื่น ๆ	26	5.8
รวม	450	100
ความพอใจเพียงรายได้ (n = 448 คน)		
ไม่พอใช้	117	26.1
พอใช้	307	68.5
เหลือเก็บ	24	5.4
รวม	448	100

พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 44.7 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการออกกำลังกายโดยการทำงานบ้าน และงานอาชีพที่ต้องเคลื่อนไหว ที่มีเหงื่อออก และร้อยละ 32.7 มีทัศนคติเห็นด้วยอย่างยิ่งที่ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และคิดว่าการออกกำลังกายควรเริ่มจากการออกกำลังกายเบา ๆ เพิ่มขึ้นจนเหนื่อย แล้วค่อย ๆ ลดเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม

พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.4 เห็นด้วยอย่างยิ่งที่การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี ควรเริ่มจากการมีส่วนร่วมใน

การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่าร้อยละ 81.2 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการให้สัญญาณไฟเลี้ยวรถเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และร้อยละ 61.0 เห็นด้วยอย่างยิ่งที่คิดว่าการป้องกันอุบัติเหตุสามารถป้องกันได้โดยการคาดเข็มขัดนิรภัย และร้อยละ 59.5 มีทัศนคติเห็นด้วยกับการสวมหมวกกันน็อคสามารถป้องกันอุบัติเหตุได้ ส่วนพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่าร้อยละ 81.1 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการทิ้งขยะลงในถังขยะทุกครั้ง ช่วยให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้นอันเป็นการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และร้อยละ 80.6 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการขับถ่ายลงในส้วมซึม

บทบาทการมีส่วนร่วมในชุมชน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพพบว่าร้อยละ 52.5 เห็นด้วยอย่างยิ่งที่จะไม่รुक้าทำลายสิ่งแวดล้อม และควรที่จะสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลป่าไม้ชุมชนที่สาธารณะ และร้อยละ 38.9 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยการเข้าประชุมหมู่บ้านเมื่อมีโอกาส และร้อยละ 31.2 เห็นด้วยอย่างยิ่งที่ควรส่งเสริมผลักดันให้ชุมชนปราศจากมลพิษ

### 3. บทบาทขององค์กรและการมีส่วนร่วมของชุมชน

#### 3.1 บทบาทขององค์กร

ในบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ กรณีจังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2548-2549 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักในการสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพเพื่อดูแลคุ้มครองสุขภาพของประชาชนอย่างมีคุณภาพ และได้มาตรฐาน มุ่งสู่การพัฒนาวิชาการ เป็นศูนย์กลางสารสนเทศด้านสาธารณสุข และสนับสนุนธุรกิจสุขภาพสู่สากล” และกำหนดพันธกิจคือ 1) มุ่งส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพแบบองค์รวมตามมาตรฐาน 2) ปรับโครงสร้างวัฒนธรรม กระบวนการทำงานเพื่อนำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 3) บริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์และมีธรรมาภิบาล 4) ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ 5) ส่งเสริมธุรกิจสุขภาพให้ได้คุณภาพ มาตรฐานและ

**บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่**

**ตารางที่ 3** ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีทัศนคติ ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับต่าง ๆ

	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
<b>ด้านอนามัยส่วนบุคคล</b>			
อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งทุกวัน	91.9	7.6	0.5
ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน	81.7	17.2	1.1
ล้างมือทุกครั้งก่อนกินข้าวและหลังเข้าห้องน้ำ	86.9	11.5	1.6
<b>ด้านอาหารและโภชนาการ</b>			
ควรกินอาหารที่มีผักสดหรือผลไม้	70.4	27.4	2.2
ไม่ควรกินอาหารที่ใส่สารกันบูด	37.3	53.5	9.2
การกินอาหารที่มีรสจัด	20.1	64.4	15.5
ดื่มน้ำชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง	21.0	58.0	21.0
การกินอาหารประเภทลาบดิบ	12.3	51.3	36.4
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>			
ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	32.7	52.0	15.3
สามารถออกกำลังกายได้โดยการทำงานบ้าน/งานอาชีพ ที่ต้องเคลื่อนไหว ที่มีเหงื่อออก หรือจนเหนื่อย	44.7	50.8	4.5
ในแต่ละวันควรใช้เวลาในการออกกำลังกาย อย่างน้อย ครั้งละ 20-30 นาที	27.3	55.6	17.1
ออกกำลังกาย ก่อน/หลังรับประทานอาหาร ไม่น้อยกว่า 30 นาที	21.9	49.3	28.8
ออกกำลังกายควรเริ่มจากการออกกำลังกายเบา ๆ เพิ่มขึ้น จนเหนื่อย แล้วค่อย ๆ ลดเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม	32.7	48.5	18.8
<b>ด้านสุขภาพจิต</b>			
การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ	51.4	44.8	3.8
รู้สึกโกรธเมื่อถูกขัดใจ	18.5	70.7	10.8
ควรปฏิบัติสมาธิในแต่ละวัน	10.1	50.2	39.7
<b>ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ</b>			
การสวมหมวกกันน็อก	59.5	37.1	3.4
การคาดเข็มขัดนิรภัย	61.0	34.0	5.0
การให้สัญญาณไฟเลี้ยวรถ	81.2	10.9	3.9
การขับรถด้วยความเร็วสูง	5.5	56.9	37.6
การขับรถฝ่าไฟแดง	2.8	20.3	76.9
<b>ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</b>			
การทิ้งขยะลงในถังขยะทุกครั้ง	81.1	14.4	4.5
การกำจัดขยะโดยการเผา	34.7	46.9	18.4
การทิ้งสิ่งของลงในแม่น้ำ ลำคลอง	6.8	15.3	77.9
แยกขยะก่อนทิ้ง	37.4	51.3	11.3
การขับถ่ายลงในส้วมซึม	80.6	9.7	9.7

ตารางที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติ ต่อการมีส่วนร่วมในชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพ

การมีส่วนร่วมในชุมชน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
การเข้าประชุมหมู่บ้านเมื่อมีโอกาส	38.9	46.9	14.2
ให้ข้อคิดเห็น/เสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหของชุมชน	21.5	55.1	23.4
ส่งเสริม ผลักดัน ให้ชุมชนปราศจากมลพิษ	31.2	48.5	20.3
มีส่วนร่วมผลักดันการออกกำลังกายในชุมชน	27.1	44.8	28.1
ไม่รู้จัก ทำลายและมีส่วนร่วมในการดูแลป่าไม้ชุมชนที่สาธารณะ	52.5	23.9	23.6

แข่งขันได้ในระดับสากล

ในปี 2550 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริมและสนับสนุนระบบสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน และเครือข่ายบนพื้นฐานปรัชญาความพอเพียง” และกำหนดพันธกิจคือ 1) ส่งเสริมและสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพในเชิงบูรณาการ 2) สร้างวัฒนธรรมสุขภาพให้กับประชาชนบนพื้นฐานปรัชญาความพอเพียง 3) ขับเคลื่อนและแปลงแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ 4) เสริมสร้างขีดสมรรถนะของบุคลากรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและสร้างองค์การการเรียนรู้

### 3.2 บทบาทของชุมชน

บทบาทการสร้างสุขภาพในชุมชน ดำเนินการใน 4 พื้นที่ได้แก่

- 1) บ้านสันกำแพง หมู่ที่ 6 ต.ทรายมูล อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่
- 2) บ้านแม่ฟ้าแดง หมู่ที่ 6 ต.ออนใต้ อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่
- 3) บ้านแม่ชะจาน หมู่ที่ 7 ต.ชี้เหล็ก อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่
- 4) บ้านแม่ใจ หมู่ที่ 7 ต.บ้านเป้า อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่

พบว่าในการศึกษาบริบทของชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่และชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพ และดำเนินการพัฒนา

สุขภาพในชุมชนร่วมกันเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน มีการดำเนินกิจกรรมการจัดเวทีชุมชนและประชาชนในชุมชนและประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวมีการจัดประชุมแกนนำชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการกำหนดแนวทางและกระบวนการการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาและเพื่อพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนสร้างความร่วมมือการดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชนโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย องค์กรและเครือข่ายที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าในกลุ่มเยาวชนมีมุมมองต่อการมีสุขภาพดี “การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การเล่นฟุตบอล แบดมินตัน การเล่นเกม การขี่จักรยาน การเดินแอโรบิกในหมู่บ้าน การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารปลอดภัย” ส่วนในกลุ่มแม่บ้านมองว่า “การมีสุขภาพกายดี สามารถทำได้โดยการออกกำลังกาย” ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุเลือกออกกำลังกายอยู่กับบ้านโดยการยกแขน ยกขาปั่นจักรยานกลางอากาศ

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านสุขภาพจิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าการมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถทำได้โดยการพบปะพูดคุยปรึกษาหารือ เล่าสารทุกข์สุกดิบให้กันฟังโดยจัดให้มีสถานที่พบปะอย่างเป็นทางการหรือสถานที่พบปะที่เกิดขึ้นเอง เช่น ร้านขายของชำ นอกจากนั้นมีมุมมองว่า ควรช่วยเหลือรวมกลุ่มกันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน นอกจากนี้การดำเนิน

งานด้านสังคม มีส่วนทำให้สุขภาพของชุมชนดีขึ้น เช่น การระดมกลุ่มและระดมทรัพยากร การออมทรัพย์ การมีกลุ่มกองทุนต่าง ๆ โดยทั้งนี้มีการกำหนดกติกาของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมและควบคุมปัจจัยแวดล้อมโดยแกนนำในแต่ละกลุ่ม

นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินโครงการต่าง ๆ สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ได้แก่ กลุ่มโครงการด้านสวัสดิการผู้ด้อยโอกาส เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นโครงการสงเคราะห์ผู้ประสบปัญหาต่าง ๆ ได้รับการสนับสนุนจาก อบต. ผลงานที่ดำเนินการผ่านมาได้แก่ การสงเคราะห์คนชรา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้พิการ นอกจากนี้ด้านการสร้างเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า นอกเหนือจากองค์กรภาครัฐ ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงทั้งด้านการบริหาร บริการ วิชาการและสถาบันวิชาการต่าง ๆ แล้ว จังหวัดเชียงใหม่มีกลุ่ม/องค์กร/เครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินงานทั้งในลักษณะมุ่งเน้นประเด็นที่สนใจโดยไม่จำกัดพื้นที่ และดำเนินงานในพื้นที่ ในประเด็นกว้าง ๆ มุมมองของเครือข่ายฯ ต่อการให้ความหมายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพสามารถสรุปได้ 3 ความหมายคือ 1) การสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจในการดูแลภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ชุมชน สังคม ให้อยู่ในสภาวะปรกติ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความเป็นอยู่ที่ดี ความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดี สิ่งแวดล้อมดี อาหารดี 2) การป้องกันและดูแลสุขภาพให้แข็งแรง มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ การเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ 3) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี สร้างแรงจูงใจการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดความเข้มแข็งและความแข็งแรงของแต่ละบุคคล และส่งผลถึงชุมชนด้วย

ในประเด็นความคาดหวังของเครือข่าย ต่อบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ 1) การเป็นศูนย์

ประสานงาน และศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2) บูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง 3) ประชาสัมพันธ์แนวคิดและผลของการดำเนินงานสร้างสุขภาพต่อสังคม 4) สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของชุมชน 5) เป็นผู้นำทางความคิดในการสร้างสุขภาพ เป็นแบบอย่างในการสร้างสุขภาพ 6) พิทักษ์สิทธิและคุ้มครองความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน 7) สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ 8) มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก ซึ่งความคาดหวังต่อบทบาทดังกล่าวมีความหลากหลาย ทั้งที่เป็นด้านนโยบาย ด้านการสนับสนุนการเป็นแม่แบบ ตลอดจนการดำเนินกิจกรรมและการให้บริการ ที่เป็นทั้งบทบาท “ผู้สนับสนุนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี” และบทบาท “ผู้กำกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ” และบางครั้งอาจเป็นบทบาท “ผู้ประเมิน” และ “ผู้ดำเนินการ”

ด้านการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุข ต่อการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข คือ “การดูแลการจัดการสภาวะสุขภาพ การแสวงหาความรู้ การสร้างความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสนับสนุนองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลัก” สำหรับปัจจัยที่ทำให้การสร้างสุขภาพขับเคลื่อนไปได้คือ “ความเข้าใจต่อกระบวนการสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องงบประมาณดำเนินการที่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง การแสดงความคิดเห็นของกลุ่ม/องค์กรต่าง ๆ และการติดตามประเมินผล”

## วิจารณ์

บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างสภาวะที่ดีให้กับประชาชน การที่จะ

ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีระบบและกลไกที่จะทำให้การดำเนินการเกิดความยั่งยืน อันได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จากผลการศึกษาพบว่า บทบาทการมีส่วนร่วมในชุมชนต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 38.9 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการมีส่วนร่วมในชุมชนต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และร้อยละ 31.2 ควรส่งเสริมผลักดันให้ชุมชนปราศจากมลพิษ สอดคล้องกับการศึกษาของ วินัย แก้วมูนิวงศ์<sup>(7)</sup> ที่พบว่า การกระจายอำนาจให้ประชาชนได้มีบทบาท การมีส่วนร่วมในการกำหนดสิ่งที่ต้องการ ทำให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักต่อการแก้ไขปัญหาชุมชนของตนเอง ตลอดจนการวางแผนและการมีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น และสอดคล้องแนวคิดของ ศ.นพ. ประเวศ วสี<sup>(8)</sup> การส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน มีปัจจัย 3 ด้านที่เกี่ยวข้องคือ ความรู้ ความเคลื่อนไหวทางสังคม และความร่วมมือจากภาคการเมืองเป็นองค์ประกอบหลักของความสำเร็จและการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ควรมีการดำเนินการไปพร้อมกันตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงไปจนถึงผู้ปฏิบัติงานจากภาคส่วน องค์กร เครือข่ายทุกภาค ภายใต้เป้าหมายเดียวกันคือ “การสร้างเสริมสุขภาพทุกคน” โดยมีการปฏิบัติบนพื้นฐานของวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่าง กัน ภายใต้แนวทางการดำเนินงานแบบบูรณาการ (integrated approach) ของระบบที่ต้องการขยายแนวร่วมการดำเนินการออกไปให้กว้างขึ้น เป็นการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด และเกิดการพัฒนายั่งยืน

ในประเด็นการพัฒนาองค์กรและภาคี ต่อการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ มีการกำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจไว้อย่างชัดเจนที่จะเป็นศูนย์กลางในการส่งเสริมและสนับสนุนระบบสุขภาพให้มีคุณภาพ มาตรฐานโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายบนพื้นฐานปรัชญาความพอเพียง ซึ่งบทบาทการพัฒนาบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในพื้นที่ที่จะดำเนินนโยบาย

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสม<sup>(8)</sup> ซึ่งในการศึกษาของ Judith Salinas และคณะในปี 2548 พบว่าการสร้างแนวร่วมภาครัฐ มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วน ถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนรู้สึกว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่จำเป็น และเป็นความต้องการที่แท้จริงของประชาชน การให้ความสำคัญกับสิ่งท้าทายใหม่ ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการให้ความสำคัญต่อบทบาทและความรับผิดชอบ โดยเฉพาะการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนในสังคม และการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังที่จะสร้างเป้าหมายร่วมกันทั้ง “สังคมเข้มแข็ง” และ “การมีคุณภาพชีวิตที่ดี”

ในประเด็นพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคล การอาบน้ำให้สะอาด การล้างมือทุกครั้งก่อนกินข้าว และหลังเข้าห้องน้ำ โดยส่วนใหญ่จะเห็นด้วยอย่างยิ่ง และจะมุ่งเน้นการมีสุขภาพที่ดีเริ่มจากตัวเรา ที่จะสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ด้านอาหารและโภชนาการจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งในการมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีผักสดหรือผลไม้ และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ควรกินอาหารที่ใส่สารกันบูด และไม่ควรมีน้ำชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง และด้านออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ตามวิถีชีวิต ที่มีมุมมองว่าการทำงานบ้านและงานอาชีพที่ต้องเคลื่อนไหวจนมีเหงื่อออกเป็นวิธีการออกกำลังกายอย่างหนึ่งในชีวิตประจำวัน และควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas และคณะ<sup>(9)</sup> การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และส่งเสริมสนับสนุนการออกกำลังกายตามถนัดและตามสภาวะของร่างกายแต่ละบุคคลรวมถึงการปฏิบัติตามหลักโภชนาการ เพราะทั้ง 2 กิจกรรมนี้มีผลต่อร่างกาย Lee และ

Paffenbarger<sup>(10)</sup> ศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า การมีกิจกรรมทางกาย เช่น การเดินขึ้นบันได การเล่นกีฬา การมีกิจกรรมสันทนาการ มีผลต่อร่างกายทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดในสมอง (stroke) ได้

### สรุป

บทบาทของการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่ช่วยให้เกิดการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย และสามารถทำได้โดยการสร้างความตระหนักให้กับประชาชนทุกคนให้ชุมชน สามารถเริ่มได้จากการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีจากการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ในสังคม ชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมที่เราอาศัยอยู่ โดยกลวิธีการดำเนินงานที่จะทำให้เกิดสุขภาพดี สามารถทำได้จากการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือ (partnership) เพราะการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ จะต้องอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมของบุคคล/องค์กร/หน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่แปด พ.ศ. 2540 - 2544. กรุงเทพมหานคร : วี เจ พีริ่ง ดิง; 2540.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่เก้า พ.ศ. 2545 - 2549. กรุงเทพมหานคร : วี เจ พีริ่ง ดิง; 2545.

3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบ พ.ศ. 2550 - 2554. กรุงเทพมหานคร : วี เจ พีริ่ง ดิง; 2550
4. Colin Butter. Emerging health issues : the widening challenge for population health promotion. The 6 th Global Conference on health Promotion. Policy and Partnership for Action : Addressing Nation Conference Center. Nonthaburi : Ministry of Public health; 2005.
5. Phoolcharoen W, Evolution and development cycle of Thailand & health systems : from health for all to all for health. The 6th Global Conference on Health Promotion. Policy and Partnership for Action : Addressing the Determinants of Health. 7-11 August 2005; United Nation Conference Center. Nonthaburi : Ministry of Public Health; 2005.
6. Ministry of Public Health. The Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world. The 6th Global Conference on Health Promotion. Policy and Partnership for Action : Addressing the Determinants of Health. 7-11 August 2005; United Nation Conference Center. Nonthaburi : Ministry of Public Health; 2005.
7. วินัย แก้วมณีวงศ์. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน. ชลบุรี: ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง; 2543.
8. Salinas J, Rojas JIC, Harrison D, Lee AV. Whole of government approach to promoting health. The 6th Global Conference on Health Promotion. Policy and Partnership for Action : Addressing the determinants of Health. 7-11 August 2005; United Nation Conference Center. Nonthaburi : Ministry of Public Health; 2005.
9. Thomas RJ, Kottke TE, Brekke MJ, Brekke LN, Brandel CL, Aase LA, et at. Attempts at changing dietary and exercise habits to reduce risk of cardiovascular disease : who's doing what in the community ? *Prer Cardiol* 2002; 5 (3) : 102-8.
10. Lee IM, Paffenbarger RS Jr. Physical activity and stroke incidence : the health alumni health study. *Stroke* 1998; 29 (10) : 2049-54.

**Abstract**    **Role of Community Participation with Respect to New Health Promotion**  
**Rattawut Sukmee**

Office of the Health Inspector-General, Ministry of Public Health

*Journal of Health Science* 2008; 17:995-1004.

Towards the goal for healthy people and healthy community, this research was aimed at studying the role of community participation on health promotion with the new approach. The research applied both qualitative and quantitative methods. For quantitative part, structured questionnaire was applied with 450 leaders and core persons in the community and officials from health and non health sectors who were involved in health promotion work. While in a qualitative part, in depth interview with the structured guideline was applied with 86 health workers and partners who worked on health promotion at sub-district, district and provincial level in Chiang Mai province. This research was conducted during January-July 2007. Descriptive analysis, percentage, means, and standard deviation was used as a statistical method for data analysis. For triangulation, content analysis was used to analyze information obtained from in-depth interview.

Of the total 450 persons who were interviewed with the structured questionnaire, most of the respondents were female (57.6%) aged 20-29 years (29.8%), married (53.6%), laborer/employee (30%) and primary school graduates (28.4%).

It was found that in term of attitude towards promoting healthy behavior through personal hygiene care, they strongly agreed with taking shower at least one time/day (91.9%), hand washing before meal and after using tarlets, (86.9%), vegetable or fruit intake (70.4%), agreed not to avoid-ing food with preservatives (53.5%). For healthy behavior through exercise, 44.7 percent of respon-dents strongly agreed with exercising by doing housework and toiling and 32.7 percent agreed that one should do exercise at least 3 times a week, starting from warm up, peak and cool down before finish an exercise.

For the role of community participation on health promotion, 52.5 percent strongly agreed not to invade and deteriorate environment, in stead community participation in preserving public for-estry area should be promoted; 38.9 percent strongly endorsed community participation and joining with village meeting if there is an opportunity. And 31.2 percent strongly agreed with promoting free pollution in the community.

Finding from in-depth interview also revealed that defining vision and mission of the provin-cial health office (PHO) emphasizing on community participation is necessary. Additionally most of key persons interviewed from both health staffs and partners suggested that it was also important that the provincial health office would move proactively on health promotion work. It is also ex-pected that the PHO's role would cover i) supporting role, ii) directing role, iii) evaluator, and iv) implementer.

In conclusion, the role of health promotion with the new approach that contributing to healthy people is very simple. It can be done through awareness raising with people and community and become part of their routine. Partnership among all involved is a key for success.

**Key words:**    **role of community participation**