

**การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด  
ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย**

**นางสาวนันทริกา มนตรี**

**การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

**พ.ศ. 2553**

**Community Leaders' Participation on Prevention and Solving of Drug Abuse  
Problem in Srakhai Sub-district, Srakhai District, Nongkhai Province**

**Miss Nantarika Montri**

**An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration**

**School of Health Science**

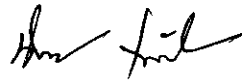
**Sukhothai Thammathirat Open University**

**2010**

หัวข้อการศึกษาคั่นคว่ำอิสระ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหา  
ยาเสพติด ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย  
ชื่อและนามสกุล นางสาวนันทริกา มนตรี  
แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์  
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา

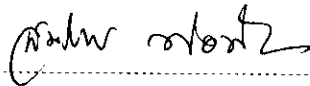
การศึกษาคั่นคว่ำอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2553

คณะกรรมการสอบการศึกษาคั่นคว่ำอิสระ



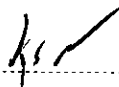
ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์สมโภช รติโอพาร)



(รองศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ผู้ศึกษาได้รับความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ติดตามให้กำลังใจในการศึกษาค้นคว้าอิสระอย่างใกล้ชิด นับตั้งแต่เริ่มต้น จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ อีกทั้งให้ความอนุเคราะห์เป็นประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้ด้วย รวมทั้ง กรุณาให้คำชี้แนะแนวทางในการแก้ไขการนำเสนอรายงานการศึกษา ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความ กรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์สม โภช รัตติโอพาร ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกรรมการ สอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ รวมทั้งกรุณาให้คำชี้แนะแนวทางในการแก้ไขการนำเสนอรายงาน การศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์สัมพันธ์ บัณฑิตเสน นักวิเคราะห์และนโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองคาย อาจารย์ประเสริฐ บินตะคุ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย อาจารย์พิชัย สุขสบาย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือการวิจัย ให้คำชี้แนะ สถิติที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

และขอขอบพระคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย สุกโขทัยธรรมราช เพื่อนนักศึกษา เพื่อนร่วมงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ ทุกคน ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

คุณค่าประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณ บิดา มารดา ครูอาจารย์ และผู้ที่สนใจการศึกษาทั้งหมด รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบต่อไป

นันทริกา มนตรี

พฤศจิกายน 2553

ชื่อการศึกษา คั่นคว้ออิสระ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย

ผู้ศึกษา นางสาวนันทริกา มนตรี รหัสนักศึกษา 2465101596 ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา ปีการศึกษา 2553

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคลและระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้นำชุมชนในตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกคนจำนวน 75 คน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายหมู่บ้านละ 3 คน ในพื้นที่ 15 หมู่บ้าน รวม 45 คน ได้ตัวอย่างทั้งหมด 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยง 0.90 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า (1) ผู้นำชุมชนเป็นเพศชายร้อยละ 51.7 มีอายุเฉลี่ย 45 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบการณ์การเป็นผู้นำชุมชนเฉลี่ย 8 ปี เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่ปกครองมากที่สุด สำหรับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พบว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก สำหรับการมีส่วนร่วมรายด้านพบว่าด้านการตัดสินใจ การปฏิบัติการ และการประเมินผลอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านผลประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง (2) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ และตำแหน่งปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ให้มากขึ้น โดยสร้างขวัญกำลังใจ เบี้ยเลี้ยงค่าตอบแทน ยกย่องชมเชย ประกาศเกียรติคุณ หรืออื่นๆ อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

คำสำคัญ การมีส่วนร่วม ผู้นำชุมชน ปัญหายาเสพติด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
กิตติกรรมประกาศ .....	จ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
ขอบเขตการวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์ .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	8
แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม .....	8
แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาหยาเสพติด .....	20
บทบาทของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาหยาเสพติด .....	25
การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาหยาเสพติดจังหวัดหนองคาย .....	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	36
การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	37
การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล .....	37
สถิติใช้วิเคราะห์ข้อมูล .....	38
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	39
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน .....	39
การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาหยาเสพติดในชุมชน .....	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติคในชุมชน .....	51
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	63
สรุปผลการวิจัย .....	63
อภิปรายผล .....	66
ข้อเสนอแนะ .....	69
บรรณานุกรม .....	71
ภาคผนวก .....	75
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย .....	76
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	79
ประวัติผู้ศึกษา .....	86

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ..... 40
ตารางที่ 4.2	ร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ..... 43
ตารางที่ 4.3	ร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ..... 44
ตารางที่ 4.4	ร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ..... 47
ตารางที่ 4.5	ร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ..... 49
ตารางที่ 4.6	ร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ..... 51
ตารางที่ 4.7	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ..... 52
ตารางที่ 4.8	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ..... 54
ตารางที่ 4.9	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ..... 56
ตารางที่ 4.10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ..... 58
ตารางที่ 4.11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ..... 60



ณ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพเสพติดเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสนใจ และร่วมมือกันหาวิธีแก้ไขปัญหานี้ ทั้งทางป้องกันและปราบปราม รวมทั้งการบำบัดรักษา ทั้งนี้เพราะยาเสพติดเป็นมหันตภัยของประชากรโลก เมื่อบุคคลใดเสพหรือรับเข้าไปในร่างกายซ้ำๆ กันแล้ว ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดเป็นระยะเวลาอันยาวนานติดต่อกัน จะทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ในอำนาจสิ่งนั้น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านการเมืองและความมั่นคงของชาติ

สำหรับประเทศไทยนั้นปัญหาสุขภาพเสพติดยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่รัฐบาลถือเป็นนโยบายที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในทุกพื้นที่ของประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกขณะ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการประเทศ รัฐบาลทุกยุคทุกสมัย การแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ผ่านมาแม้สามารถระดมความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐได้จำนวนมากแต่การขยายตัวของปัญหาดังกล่าว ก็ยังเป็นไปอย่างไม่หยุดยั้ง หากทิศทางของปัญหาสุขภาพเสพติดยังเป็นไปในลักษณะเช่นนี้ ภาวะการณ์ล่มสลายของสังคมและประเทศชาติย่อมบังเกิดขึ้นอย่างแน่นอน ซึ่งนับเป็นวิกฤตทางสังคมของประเทศไทยที่รุนแรงมากที่สุดนับแต่อดีตที่ผ่านมา ความต้องการยุติปัญหาความรุนแรงของยาเสพติด จึงเป็นความต้องการของคนในชาติโดยส่วนรวม เป็นภาวะจำเป็นเร่งด่วนสำหรับพลังทางสังคมที่มีอยู่จะต้องผนึกอุดมการณ์และมีจิตสำนึกร่วมกันเพื่อให้ประเทศไทยรอดพ้นจากวิกฤตการณ์ในครั้งนี้ มาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยส่วนใหญ่แล้วจะเน้นในเรื่องการปราบปรามของเจ้าหน้าที่ของรัฐ แต่ปัญหาสุขภาพเสพติดก็ยังไม่ลดลง ตรงกันข้ามกลับแพร่ระบาดออกไปทุกทิศทุกทางและกระจายออกไปสู่กลุ่มชนทุกระดับ จึงมีการปรับกระบวนการทศน์ในการแก้ไขปัญหานี้ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายในสังคม ให้พนักงานกำลังคนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มุ่งให้ชุมชนและหน่วยงานทุกหน่วยงานช่วยกันสร้างกระแสต่อต้านและกดดันการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ด้วยการจัดระบบบริหารจัดการที่ชัดเจน เข้มแข็ง มีเอกภาพขององค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว สถานศึกษา และชุมชนอย่างเป็นทางการและต่อเนื่อง โดยหน่วยราชการทุกหน่วยให้การประสานร่วมมือและ

สนับสนุน การที่จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด จะต้องเริ่มจากการที่ชุมชนตระหนักในปัญหาว่ามีผลกระทบต่อชุมชน ได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจ และที่สำคัญร่วมใจ จะทำให้คนในชุมชนรู้สึกภูมิใจ รู้สึกรักชุมชนและเป็นเจ้าของ โครงการดำเนินงานต่างๆ ความยั่งยืนและความต่อเนื่องก็จะตามมา การให้ชุมชนมีส่วนร่วมมีลักษณะตรงกันข้ามกับการดำเนินงานที่ผ่านมา ที่มักใช้ระบบสั่งการเป็นส่วนใหญ่ ผลก็คือความไม่ต่อเนื่อง ไม่ยั่งยืน ไม่ผูกพัน ซึ่งการแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการพิจารณาเทคนิควิธีการที่จะทำให้ชุมชนมีความตระหนักและมีส่วนร่วมจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

นโยบายการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมและเข้มงวดเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 ถึงปัจจุบัน นอกจากจะเน้นเรื่องการป้องกันและปราบปรามแล้วการสร้างองค์กรชุมชนให้มีความเข้มแข็งก็เป็นนโยบายที่สำคัญ โดยการสร้าง โอกาสให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และหวังผลสำเร็จขององค์กรหนึ่ง โดยผ่านเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีการจัดตั้งอยู่แล้ว ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกัน การประชุม การศึกษาดูงาน การอบรม เป็นต้น

จากปัญหาข้อบกพร่องที่ผ่านมาซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญจึงเห็น ได้ชัดเจนว่าหากเราใช้วิธีการรูปแบบเดิม ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาก็จะต้องล้มเหลวอีก จึงได้กำหนดกลยุทธ์โดย มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เพื่อจะก่อให้เกิดกระแสสังคม ให้ชุมชนร้องขอแก้ไขปัญหาเองให้ได้ ให้มีการปฏิบัติการจิตวิทยาถึงตัวราษฎรกลุ่มเป้าหมายโดยตรง แยกผู้ไม่เกี่ยวข้องด้วย โครงการครอบครัวสีขาว แยกกลุ่มผู้ค้า-ผู้เสพ โดยมีทางออกให้ด้วยการให้อภัยทางสังคม ให้ประชาชนเป็นผู้ดูแล แล้วเสริมความมั่นคงด้วยการเร่งพัฒนาอาชีพและฟื้นฟูวัฒนธรรมประเพณี ลดจำนวนผู้เสพด้วยการให้ร้องขอเข้ารับการบำบัดรักษา ลดจำนวนผู้ค้ารายย่อยด้วยการให้สมัครใจทำพันธะสัญญาต่อประชาชน จนส่งผลให้ผู้ค้ารายใหญ่ต้องลดจำนวนลง ซึ่งจะสามารถทำลายกลไกการตลาดการค้ายาเสพติดได้ในที่สุด

ปัญหาสุขภาพเสพติดในปัจจุบันยังคงขยายตัวอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและศักยภาพการพัฒนาของประเทศ กระทรวงมหาดไทยจึงถือเป็นภารกิจสำคัญที่จะต้องเร่งแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดให้หมดสิ้นไป โดยได้กำหนดกระบวนการงานในการแก้ไขปัญหามาประกอบด้วย การอำนวยความสะดวก โดยเสริมสร้างสมรรถนะ สร้างกระแสต่อต้านยาเสพติดตรวจสอบข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง โดยการประชาคมวิถีลับ การปราบปราม โดยสนับสนุนการหาข่าว การจับกุมดำเนินคดี รวมทั้งเสริมสร้างบทบาทของเจ้าพนักงาน ฝ่ายปกครองและอาสาสมัครต่างๆ การบำบัดฟื้นฟูโดยนำผู้เสพผู้ติด เข้ารับการบำบัดรักษาเน้นการใช้ชุมชนบำบัดโดยสถาบันศาสนาเพื่อฟื้นฟูด้านจิตใจและอาชีพ ประการสุดท้ายคือการป้องกัน ซึ่งเป็นภารกิจหลักที่มุ่งสร้างภูมิคุ้มกันชุมชนและสังคม เพื่อป้องกันไม่ให้คนเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ซึ่งจะทำให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดสัมฤทธิ์ผลได้อย่างแท้จริง

สำหรับนโยบายของรัฐบาล นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ได้กล่าวถึง ยุทธศาสตร์ “5 รั้วป้องกัน” ในสถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะขยายตัวมากยิ่งขึ้น โดยข้อมูลจาก คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า ตัวเลขผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้น 1.5 แสนคน ซึ่งจากอดีตที่ผ่านมา นโยบายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจะเน้นในเรื่องการปราบปรามเป็นหลัก ในช่วงที่ผ่านมา การใช้ความรุนแรงเข้าปราบปรามปัญหาใด ปัญหาหนึ่ง อาจดูเหมือนจะได้ผลในระยะเวลาอันสั้นๆ แต่สุดท้ายทำให้ปัญหาเกิดความซับซ้อนมากขึ้น ขาดต่อการแก้ไขมากขึ้น

ทั้งนี้เห็นว่าเรื่องของการปราบปรามเป็นสิ่งที่ต้องทำ แต่จะต้องทำค้ำนึ่งถึงหลักกฎหมาย อีกทั้งต้องดึงให้ทุกภาคส่วนมาเกี่ยวข้องมากขึ้น โดยให้ทุกหน่วยงานถือว่าภารกิจการแก้ปัญหายาเสพติดเป็นภารกิจหลักซึ่งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้กำหนด ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดตามนโยบายรัฐบาลนั้น คือ “ยุทธศาสตร์ 5 รั้วป้องกัน” วัตถุประสงค์หลัก เพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด ขจัดความเดือดร้อนประชาชน ยุทธศาสตร์ “5 รั้วป้องกัน” ได้แก่ รั้วชายแดน รั้วชุมชน รั้วสังคม รั้วโรงเรียน และรั้วครอบครัว จังหวัดหนองคาย เป็นจังหวัดชายแดนที่มีพื้นที่ติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและมีความยาวตลอดแนวชายแดน 320 กิโลเมตร ซึ่งประชาชนของทั้งสองประเทศในพื้นที่จะต้องข้ามไปมาหาสู่กันเป็นประจำ บางครั้งจะมีกลุ่มผู้ที่แสวงหารายได้จากสิ่งผิดกฎหมายแอบแฝงไปกับกลุ่มคนเหล่านั้นด้วย

สถานการณ์การนำเข้ายาเสพติดตามแนวชายแดน มีการลักลอบนำเข้ายาเสพติด ปรากฏว่าวสารเพิ่มมากขึ้น ยาเสพติดที่ลักลอบนำเข้าหลัก ได้แก่ ยาบ้า กัญชา และมีแนวโน้มนำเข้ายาเสพติดชนิดใหม่ เช่น โคเคน ไอซ์ โดยยาเสพติดที่นำเข้าส่วนใหญ่ จะถูกลักลอบนำเข้าตามช่องทางธรรมชาติ หมู่บ้านตามแนวชายแดน จุดผ่านแดนถาวร และจุดผ่อนปรน โดยจุดผ่านแดนถาวร ที่มีการนำเข้าสำคัญ คือ ด่านพรมแดนหนองคาย (สะพานมิตรภาพไทย-ลาว) จังหวัดหนองคาย และมีแนวโน้มลักลอบนำเข้ายาเสพติดเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีนักค้ารายย่อยในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น มีการขยายเครือข่ายการค้าจากกลุ่มผู้เสพที่ผันตัวเองมาทำการค้าเพื่อเสพ โดยรับผลต่างของรายได้เพิ่มขึ้นจากการขายแต่ละครั้งและการได้ยาเสพฟรี โดยนักค้าในพื้นที่จะเป็นกลุ่มเยาวชน/นักเรียน/นักศึกษาและกลุ่มผู้ว่างงาน การค้าจะทำในระบบเครือข่าย ให้ลูกหลานทำแทน โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียน นักศึกษา จะหาลูกค้าจากกลุ่มเพื่อนได้ง่าย โดยผู้ค้าจะไปรับยาเสพติดจากจังหวัดชายแดนหรือจังหวัดใกล้เคียงประเทศเพื่อนบ้าน/พื้นที่ภาคเหนือ นำเข้ามาจำหน่ายในพื้นที่ แต่ยังมีนักค้ารายย่อย นอกพื้นที่เข้ามาติดต่อซื้อขายยาเสพติดกับนักค้าในพื้นที่ โดยเป็นนักค้าจากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคใต้ และกรุงเทพฯ ฯ รวมทั้งนักค้านอกประเทศเข้ามามีบทบาทในการจัดส่งยาเสพติดให้กับนักค้า

ในประเทศโดยอาศัยความชำนาญเส้นทาง การมีที่พักในประเทศไทย โดยนักค้าคนนอกประเทศ เป็นทั้งผู้ค้า ผู้ล่าเหยียด และรับจ้างหรือเป็นคนกลางในการติดต่อซื้อขาย รูปแบบการซุกซ่อนลำเลียง ยาเสพติดในยานพาหนะ ซุกซ่อนในสัมภาระและตามร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นคนในหมู่บ้านตามแนว ชายแดน และกลุ่มบุคคลที่เดินทางเข้ามาจาก พื้นที่จังหวัดตอนใน รองลงมาในกลุ่มคนลาว

สถานการณ์การแพร่ระบาดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีผู้เสพยาใหม่ในพื้นที่เพิ่ม มากขึ้นและผู้เสพยาเก่ายังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหามา รวมทั้งสถานการณ์ปัญหาเศรษฐกิจในปัจจุบัน และการคมนาคมที่สะดวกรวดเร็ว ทำให้การซื้อขายยาเสพติดเป็นเรื่องง่าย ผู้เสพยาใหม่ในพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็ก เยาวชน นักเรียน นักศึกษา และกลุ่มคนทำงาน ซึ่งนอกจากเป็นผู้เสพยาแล้ว ยังหันมาเป็นผู้ค้า รายย่อย และรับลำเลียงยาเสพติดเข้าสู่พื้นที่ตอนใน

อำเภอสระใคร เป็นพื้นที่ที่ติดต่อกับเขตพื้นที่อำเภอเมืองและมีถนนสายหลักผ่าน ซึ่งเป็นทางผ่านหรือแหล่งพักพิง ก่อนจะนำส่งไปพื้นที่ต่างๆ และยังมี การแพร่ระบาดในพื้นที่อำเภอ สระใครไม่ต่างจากอำเภออื่น ๆ ที่ติดชายแดน อำเภอสระใครมีผู้เสพยา/ผู้ติดสารเสพติด ถึงแม้จะมีการ ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้ เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดหนองคาย อย่างเข้มข้นก็ตาม จากข้อมูลที่มีประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอ สระใครเข้าสู่ระบบบำบัดรักษา ในปี 2552 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา 18 ราย และในปี 2553 มีผู้เข้ารับ การบำบัดรักษา 8 ราย และยังมีคดีถูกจับกุมในคดีค้ายาเสพติดด้วย

ปัญหายาเสพติดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเพราะยาเสพติดทุกประเภท ถ้าประชาชนได้เสพยาด้วยวิธีสูด คม กิน หรือฉีดเข้าสู่ร่างกาย จะมีส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลกระทบต่อปัญหาครอบครัว ชุมชน ความมั่นคงของประเทศ เป็นปัญหา เกี่ยวเนื่องทางด้านสาธารณสุขด้วย การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัย การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญเพราะผู้นำชุมชน เป็นตัวหลักสำคัญ เป็นผู้ที่ได้รับมอบอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ได้รับการคัดเลือกและการยอมรับจากประชาชน ดังนั้น ในการบริหารงานสาธารณสุขเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน จึงควรส่งเสริม การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ว่าอยู่ในระดับใด ตามแนวความคิดของโคเฮนและอัทซอพฟ์ (1980) ที่มีการแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ประเภท คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของ ผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของภาคประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

## 3. ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของผู้นำชุมชนใน 15 หมู่บ้านของตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ระหว่าง เดือนกันยายน 2553 – เดือน ตุลาคม 2553

## 4. กรอบแนวคิดการวิจัย

### ตัวแปรอิสระ

#### ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- สถานภาพการสมรส
- การศึกษา
- ตำแหน่ง
- ประสบการณ์การเป็นผู้นำ
- การฝึกอบรมเรื่องการแก้ไข  
ปัญหาเสพติด

### ตัวแปรตาม

#### การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนใน การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

- มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ
- มีส่วนร่วมในผลประโยชน์
- มีส่วนร่วมในการประเมินผล

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 5. นิยามศัพท์

5.1. **ผู้นำชุมชน** หมายถึง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ 15 หมู่บ้าน ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย

5.2 **การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด** หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด คือ การปราบปรามแหล่งผลิตและแหล่งค้า การป้องกันและรักษาผู้ติดยาเสพติด และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในผู้ที่ยังเลิกไม่ได้ วัตถุประสงค์แบบสอบถามของผู้นำชุมชน โดยการมีส่วนร่วม มี 4 ประเภท คือ

5.2.1 **การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ** หมายถึง ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาการระบาดของยาเสพติดในชุมชน เพื่อประกอบการตัดสินใจ ร่วมประเมินสาเหตุของปัญหาเสพติดในชุมชน ร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ร่วมตัดสินใจหรือลงความเห็นว่าจะเลือกวิธีการหรือทำโครงการ ร่วมกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

5.2.2 **การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ** หมายถึง ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับผู้ค้า ผู้เสพ แหล่งพักยา นำผู้ติด/ผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ประสานงานการดำเนินงานและร่วมปฏิบัติงาน การร่วมกิจกรรมรณรงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด การจัดค่ายฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติด/ผู้เสพสารเสพติด ร่วมระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ มาช่วยในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

5.2.3 **การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์** หมายถึง ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดไม่ว่าจะเป็นค่าตอบแทน การยอมรับจากเจ้าหน้าที่ และประชาชนในชุมชน การยกย่องชมเชย ได้รับใบประกาศเกียรติคุณจากการดำเนินงาน การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

5.2.4 **การมีส่วนร่วมในการประเมินผล** หมายถึง การมีส่วนร่วมในการติดตามการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่ วัดความสำเร็จของโครงการว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ ค้นหาข้อดีและข้อบกพร่องของการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด เพื่อหาแนวทางแก้ไขให้มีประสิทธิภาพ และประเมินผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นระยะ

### 5.3 ปัจจัยส่วนบุคคล

5.3.1 อายุ หมายถึง อายุนับเป็นปีของผู้นำชุมชน

5.3.2 เพศ หมายถึง เพศชาย เพศหญิงของผู้นำชุมชน

5.3.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยก ของผู้นำชุมชน

5.3.4 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้นำชุมชน

5.3.5 ตำแหน่ง หมายถึง บทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนในชุมชน

5.3.6 ประสบการณ์การเป็นผู้นำ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับตำแหน่งผู้นำในชุมชนจนถึงปัจจุบันของผู้นำชุมชน โดยนับเป็นจำนวนปีเต็มเศษของปีนับเป็น 1 ปี

5.3.7 การฝึกอบรมด้านอาสาสมัคร หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านอาสาสมัครของผู้นำชุมชนใน 3 ปีที่ผ่านมา

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาสาสมัคร

6.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบข้อมูลการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาสาสมัครในพื้นที่ และวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

6.3 เพื่อเป็นแนวทางในงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาขั้นต่อไป โดยนำแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
2. แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
3. บทบาทของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
4. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดหนองคาย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

##### 1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายแง่มุม แตกต่างกันไป แล้วแต่วัตถุประสงค์ เป้าหมายและลักษณะงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้มีนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

ทงศักดิ์ คุ่มไชนะ (2531: 93) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่าเป็นกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ความรู้และความชำนาญ ร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุนการติดตามการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527: 2) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงว่าหมายถึงการที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรี ในฐานะสมาชิกของสังคม และได้พัฒนา

การรับรู้และภูมิปัญญา ซึ่งแสดงออกในรูปของการตัดสินใจในการกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง  
 อย่างเป็นตัวของตัวเอง

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527: 6-7) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า  
 หมายถึงกระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน  
 ทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิและองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามา  
 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกัน ให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบาย  
 การพัฒนาที่กำหนดไว้

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526: 20) ให้ความหมายไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน  
 เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วม  
 ปฏิบัติ การร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันเป็นผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้  
 ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทเพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่  
 ของประชาชนที่ดีขึ้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญาการพัฒนาชุมชนที่ว่ามนุษย์ทุกคน  
 ต่างมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม และเป็น  
 ที่ยอมรับของผู้อื่น พร้อมทั้งจะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชน ขณะเดียวกันต้องยอมรับความจริงที่ว่า  
 มนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ ถ้ามีโอกาส และได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง

วรรณิการ์ ภูมิวงศ์พิทักษ์ (2540: 12) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้  
 การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชน ไม่ว่าจะปัจเจกบุคคลหรือ  
 กลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกันเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงาน โดยการร่วมคิด ร่วมลงมือ  
 ปฏิบัติ ร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และร่วมในการติดตามประเมินผล

องค์การอนามัยโลก (WHO: 1981) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า  
 เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการ  
 ของเขาเองและชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ โคนเน้นหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาความรู้ความสามารถในการ  
 พัฒนาชุมชนของเขาเอง

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาส  
 ให้ประชาชนทั้งระดับบุคคลและกลุ่มบุคคลในชุมชน เข้าไปรับผิดชอบดำเนินงานต่าง ๆ ตั้งแต่การ  
 พิจารณาตัดสินใจ การร่วมคิดแก้ปัญหาการดำเนินการกิจกรรมของชุมชน ร่วมวางแผน ร่วมลงมือ  
 การนำไปปฏิบัติ ร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์และร่วมในการติดตามประเมินผล แต่ทั้งนี้การ  
 มีส่วนร่วมจะต้องขึ้นอยู่ด้วยความเต็มใจที่จะเข้าร่วม และต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม โดยปราศจาก  
 ข้อจำกัดที่มาจากบุคคลภายนอกและเป็นไป เพื่อสนองตอบความต้องการของสมาชิกในชุมชน

ร่วมดำเนินโครงการหนึ่งโครงการใดตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงที่สุดโครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการด้วย

## 1.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ชูชาติ พ่วงสมจิตร (2540) ได้สรุปความสำคัญของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1.2.1 การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอันชอบธรรมของทุกคน ที่เคารพให้การยอมรับและยกย่อง โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการปรับปรุงวิถีชีวิตของเขา

1.2.2 งานพัฒนา เป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องให้คนหมู่มากเหล่านี้ได้สิทธิ์มีเสียงในการแสดงออก

1.2.3 กลยุทธ์ทั้งหลายในการพัฒนายังไม่สามารถส่งผลถึงกลุ่มประชาชน ผู้ด้อยโอกาสและยากจน และในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้กลุ่มคนผู้ได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ในการพัฒนาใหม่ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น

1.2.4 ที่ผ่านมามีพบว่า โครงการจำนวนมากไม่น้อยที่ประสบความสำเร็จ โดยอาศัยวิถีที่ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปการรวมกลุ่มและจัดตั้งองค์กรประชาชน ในขณะที่เดียวกันมีโครงการที่ล้มเหลวเป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่มหรือของของกลุ่มอันเป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้าร่วม เพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของเขาและในขณะที่เดียวกันได้ประโยชน์แก่ส่วนรวมด้วย การมีส่วนร่วมจึงมีความจำเป็น

1.2.5 ประชาชนย่อมรู้ดีว่าตนกำลังต้องการอะไร มีปัญหาอะไร และอยากแก้ปัญหาอย่างไร ถ้าให้โอกาสแก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนา ย่อมช่วยให้สนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า

## 1.3 การจำแนกประเภทการมีส่วนร่วม

ชูชาติ พ่วงสมจิตร (2540: 28-29) สรุปไว้ว่าการมีส่วนร่วมอาจพิจารณาได้ในมิติที่ต่างกัน กล่าวคือ

1.3.1 การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมโดยพิจารณาถึงระดับการอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วม เป็นการจำแนกที่อยู่บนพื้นฐานของความเต็มใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจำแนกเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ความเต็มใจไม่มีการบังคับ และการเข้ามามีส่วนร่วม โดยการถูกบังคับให้เข้าร่วม

1.3.2 การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมตามวิธีการที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ การมีส่วนร่วมโดยตรง เช่น การเข้าร่วมประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมสละ

ร่างกาย ร่วมสหวิทยาการวัสดุ สนับสนุนแรงงาน ออกเสียงคะแนน และการมีส่วนร่วมโดยอ้อม ได้แก่ การมีส่วนร่วมโดยผ่านกลุ่ม และการมีส่วนร่วมโดยการผ่านตัวแทน

1.3.3 การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการวางแผนพัฒนา การจำแนกการมีส่วนร่วมลักษณะนี้จะสัมพันธ์กับขั้นตอนของกระบวนการจัดทำแผนพัฒนา

1.3.4 การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมลักษณะชั้นองค์กร การจำแนกในลักษณะนี้ เป็นการจำแนกตามระดับขององค์กร โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในระดับล่างขององค์กร การมีส่วนร่วมในระดับกลางขององค์กร และการมีส่วนร่วมในระดับสูงขององค์กร

1.3.5 การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมตามความเข้มข้นและความถี่ของกิจกรรม จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ

- 1) การมีส่วนร่วมที่มีความถี่ของกิจกรรมสม่ำเสมอ เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นเมื่อมีการทำกิจกรรมบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ เช่น มีการประชุมกลุ่มทุกสัปดาห์ มีการประชุมและทำกิจกรรมร่วมกันเป็นปกติวิสัย
- 2) การมีส่วนร่วมที่มีกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ เป็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่บ่อยครั้งนัก เช่น มีการจัดประชุมนาน ๆ ครั้ง หรือการมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ที่นาน ๆ ครั้งจึงจะเกิดขึ้น

1.3.6 การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมตามระดับการเข้ามามีส่วนร่วม จำแนกออกเป็น 7 ประเภท เริ่มจากการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วยจากน้อยไปจนมาก ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมโดยการชักนำ
- 2) การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร
- 3) การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ให้การศึกษาหรือ
- 4) การมีส่วนร่วม โดยได้รับสิ่งจูงใจ
- 5) การมีส่วนร่วมเพื่อปฏิบัติภาระหน้าที่
- 6) การมีส่วนร่วมแบบปฏิสัมพันธ์กัน
- 7) การมีส่วนร่วม โดยพลังของประชาชนเอง

หากต้องการให้มีการพัฒนาที่ยั่งยืนแล้ว การมีส่วนร่วมต้องเป็นประเภทที่ 5 ขึ้นไปถึงประเภทที่ 7 กล่าวคือ ประชาชนต้องมีโอกาสเข้าร่วมในการคิดและทำด้วยพลังของกลุ่ม เพื่อสามารถจัดการทรัพยากรต่างๆ และการดำเนินงานให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ (Pretty and other 1955: 62 อ้างใน เบนญมาศ อยู่ประเสริฐ 2544: 297)

#### 1.4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นการแสดงพฤติกรรมที่ปรากฏให้เห็น หรือกลุ่มของพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ และเกี่ยวข้องกับการพัฒนา ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมการมีส่วนร่วมไว้ 6 ประเด็น ดังนี้ (Dusseldrop 1981: 34 อ้างใน เบนจามาต ออยู่ประเสริฐ 2544: 297)

1.4.1 การรวมกลุ่มและเข้าเป็นสมาชิกกลุ่ม

1.4.2 การเข้าร่วมให้ความคิดเห็นต่อกลุ่ม

1.4.3 การเข้าไปร่วมในกระบวนการต่าง ๆ ขององค์กร เช่น อำนวยการประชุม นำคนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกเข้าร่วม นำการสนทนา ช่วยรณรงค์

1.4.4 ทำในสิ่งที่สามารถทำได้ เช่น ให้เงินทุน สนับสนุนแรงงาน และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ช่วยออกความเห็นในด้านต่าง ๆ

1.4.5 การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยออกความเห็นหรือออกเสียงในเรื่องต่าง ๆ เช่น ช่วยกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกลุ่ม กำหนดแนวทางการดำเนิน เพื่อไปถึงเป้าหมาย จัดสรรทรัพยากรที่ขาดแคลน เลือกสรรบุคคลที่เป็นตัวแทนกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่ม และประเมินประสิทธิภาพ การนำโครงการไปสู่การปฏิบัติ

1.4.6 มีส่วนได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินงานกลุ่ม

#### 1.5 วิธีการสร้างการมีส่วนร่วม

การสร้างการมีส่วนร่วมมีส่วนประกอบสำคัญ 3 ส่วน ที่มีผลกระทบต่อกัน คือ แนวทางและวิธีการสร้างการมีส่วนร่วม สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้ร่วมกัน บริบทและการสนับสนุนของสถาบันซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (Pretty.et.al 1955: 62-64 อ้างใน สุรพล ปธานวนิช 2528: 193)

1. แนวทางและการสร้างการมีส่วนร่วม (participatory approaches and methods) ได้แก่การส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น เพิ่มขีดความสามารถของท้องถิ่น ขอมรับในความหลากหลาย และซับซ้อนของกลุ่มสังคมในท้องถิ่น กระตุ้นการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการคิดริเริ่ม และร่วมตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพัฒนา ที่พวกเขาเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์และได้รับผลกระทบ

2. สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ร่วมกัน (interactive learning environment) เป็นสภาพการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการเปิดกว้างรับรู้ การมีเจตคติที่พร้อมแลกเปลี่ยนแบ่งปันและร่วมกันทำแบบ หุ่นส่วน มีความสนใจและความผูกพันซึ่งกันและกัน จึงนำไปสู่การร่วมมือสนับสนุนในการคิดและทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีความเห็นชอบร่วมกัน

3. บริบทและการสนับสนุนของสถาบัน (institutional support and context) ซึ่งหมายถึง สภาพของสถาบันหรือองค์กรที่มีโครงสร้างและการบริหารจัดการแตกต่างกันไป หากสถาบัน

มีโครงสร้างที่กระจายอำนาจ และมีการบริหารจัดการที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ใช้แนวทางและวิธีการเข้ามีส่วนร่วมในทุกส่วนและทุกระดับ ของสถาบันรวมทั้งให้มีการเชื่อมประสานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างสถาบันแล้ว ก็จะมีผลคล่องตัวในการสนับสนุนการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชน มากกว่าสถาบันที่ยังใช้โครงสร้างและวิธีการบริหารที่ไม่กระจายอำนาจ และใช้วิธีสั่งการจากเจ้าหน้าที่ระดับสูงลงสู่ระดับล่าง

การใช้แนวทางและวิธีการเข้ามีส่วนร่วมในท้องถิ่นเพียงอย่างเดียวจะไม่บังเกิดผลเลย หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน และบุคคลไม่มีการเรียนรู้ที่เป็นไปดังข้อ 2 แม้สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้จะสร้างสรรค์ และทุกคนต่างมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันและไม่มีการส่งเสริมสนับสนุนให้ใช้แนวทางและวิธีการเข้าร่วมของประชาชนในการปฏิบัติงานจริงในท้องถิ่นแล้ว การเรียนรู้นั้นก็อยู่ในสภาพเกือบใช้ไม่ได้ และเสื่อมสลายได้ง่ายในเวลาอันสั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือกลุ่ม หากมีความตั้งใจและพยายามใช้สิ่งที่เรียนรู้อยู่ ก็พอมีผลบ้าง แต่ถ้าบุคคลหรือกลุ่มย้ายออกไปจากพื้นที่แล้ว สภาพการเรียนรู้เห็นจะหมดไปจากพื้นที่ด้วย

การสนับสนุนจากสถาบันให้ใช้วิธีการเข้าร่วม จะเป็นเพียงคำพูด และความตั้งใจที่เลื่อนลอย ถ้าไม่มีการแสดงออกให้เห็นชัดในกระบวนการเรียนรู้และการใช้วิธีการเข้ามีส่วนร่วมในท้องถิ่น ตัวอย่างที่ทราบกันดี คือ แม้เจ้าหน้าที่ระดับสูงจะตระหนักในคุณค่าของการใช้วิธีการเข้ามีส่วนร่วม แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการยังคงเคยชินกับการทำงานแบบสั่งการ ก็จะไม่เกิดพฤติกรรม และอาจต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ทำให้การสนับสนุนจากสถาบันไม่บังเกิดผลในทางปฏิบัติแต่อย่างใด

สรุปการสร้างการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชน ต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์ประกอบ ทั้ง 3 ส่วน กล่าวคือ สถาบันต้องสนับสนุนทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการและมีการเชื่อมประสานกับองค์กรอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรท้องถิ่น สภาพการเรียนรู้ต้องเน้นการแก้ไขปัญหา มีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมมือกัน ในการปฏิบัติงานในท้องถิ่น ความรับผิดชอบอยู่ที่ตัวบุคคล ที่ต้องใช้ดุลยพินิจและการไตร่ตรองอย่างรอบคอบมากกว่าจะอยู่ที่ระเบียบวิธีปฏิบัติหรือกฎเกณฑ์ใด ๆ พฤติกรรมและเจตคติของบุคคลต้องมีความเป็นประชาธิปไตย ยินดีรับฟัง และเอื้ออำนวยต่อกระบวนการเรียนรู้และตัดสินใจของประชาชน ไม่ใช่การแนะนำสั่งสอน ในการปฏิบัติงานร่วมกับประชาชน กลุ่มและองค์กรท้องถิ่นจะได้รับการสั่งสอนสนับสนุนให้ทดสอบความคิดและวิธีการอย่างเป็นระบบด้วยความสามารถและศักยภาพของชุมชนที่เป็นไปได้

จะเห็นว่าแนวคิดนี้ เป็นการเน้นความพร้อมในส่วนของฝ่ายองค์กรหรือสถาบัน และเจ้าหน้าที่เป็นหลัก ซึ่งจะอำนวยความสะดวกต่อการสร้างการเข้าร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา แต่ถ้าประชาชนยังไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมแล้ว การมีส่วนร่วมก็คงไม่บังเกิดผลและหลายกรณี อาจเป็นเพียง การให้ความร่วมมือ ในบางขั้นตอนเท่านั้น

ปริศนา โกลละสุต (อ้างใน นิคม บัวบาน 2536 : 24) กล่าวว่า มีพื้นฐานแนวคิด การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดจากความสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. ความสนใจและความห่วงกังวล ส่วนบุคคล ซึ่งบังเอิญพ้องต้องกันกลายเป็น ความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม
2. ความเคียดแค้นและความไม่พึงพอใจร่วมกันที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น ผลักดันให้มุ่งไปสู่การรวมกลุ่มวางแผนและลงมือทำร่วมกัน
3. การตกลงร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่ม หรือชุมชนไปในทิศทางที่พึงปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันที่จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความคิดริเริ่ม กระทำการที่สนองตอบ ความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

ภูมิธรรม เวชชชัย (2527: 34) แนวทางการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาชุมชน มีแนวทางปฏิบัติ คือ

1. ต้องถือว่าชาวบ้านเป็นตัวหลักในการแก้ไขปัญหาของตนเอง องค์กรภายนอก เป็นเพียงตัวกระตุ้นหรือเสริม หรือสนับสนุน
2. กิจกรรมจะต้องเริ่มจากพื้นฐานของชุมชน กล่าวคือ คำนึงถึงวิถีชีวิตที่ดำรงอยู่ในชุมชนทั้งอดีตและปัจจุบัน
3. ต่อปัญหาบางลักษณะ ระดับความรู้ชุมชนอาจจะมีข้อจำกัด ทำให้ไม่ชัดเจน ต่อปัญหาหรือแก้ไขปัญหาไม่ถูกจุด การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงต้องครอบคลุมถึงการกระจาย และการสื่อสารข้อมูลเพื่อพัฒนาความรู้ ชีคความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วย

#### 1.6 ระดับการมีส่วนร่วม

การให้ประชาชนมีส่วนร่วมนั้น สามารถทำได้หลายระดับ ขึ้นอยู่กับรัฐบาลแต่ละยุค ว่าจะให้ความสำคัญต่อประชาชนมากน้อยต่างกัน คือ (คณิงนิง ศรีบัวเอี่ยม และคณะ 2545: 67)

1. ประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจ หมายถึง ให้ประชาชนเข้าจัดการเอง โดยไม่มีการติดต่อกับรัฐบาลก่อน ซึ่งอาจมีการโต้ตอบจากรัฐบาล ตัวอย่างเช่น การตั้งศาลเตี้ย การเดินขบวน การเข้ายึดสถานที่ราชการเพื่อเรียกร้องความเป็นธรรม เป็นต้น

2. ประชาชนและรัฐบาลร่วมกันแก้ปัญหา โดยมีอำนาจเท่าเทียมกัน เช่น โครงการทำความสะอาดหมู่บ้าน การสร้างถนน และการขุดบ่อน้ำในหมู่บ้าน เป็นต้น

3. ประชาชนเป็นที่ปรึกษา หมายถึง รัฐบาลขอความคิดเห็นจากประชาชนและตั้งใจที่จะกระทำตามความคิดเห็นนั้น แต่ก็ยังมีอำนาจที่จะได้รับความเห็นนั้นไปปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อประสานงานระหว่างประชาชนและส่วนราชการ การแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาการประชมกลุ่มย่อยเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเฉพาะกลุ่ม เป็นต้น

4. ประชาชนแสดงความคิดเห็น รัฐบาลให้โอกาสประชาชนได้แสดงความคิดเห็นในบางเรื่อง แต่มักจะไม่นำความคิดเห็นไปปฏิบัติ และยังมีอำนาจที่จะไม่รับฟังความคิดเห็นนั้น ตัวอย่างเช่น การประชุมใหญ่ที่ให้โอกาสประชาชนได้แสดงความคิดเห็น การขอความคิดเห็นในกฎระเบียบที่กำลังจะนำออกมาใช้

5. ประชาชนรับทราบ เป็นการแถลงข่าวสารและ/หรือมติของรัฐบาลให้ประชาชนได้ทราบ ประชาชนอาจมีปฏิกิริยาได้ตอบ หรือ ไม่มีก็ได้ เช่น การแถลงถึงโครงการต่าง ๆ ที่รัฐบาลได้มีมติให้ดำเนินการ การริเริ่มกฎหมายต่างๆ และการเวนคืนที่ดิน เป็นต้น

6. รัฐบาลใช้อำนาจ กล่าวคือ รัฐบาลใช้อำนาจจัดการโดยไม่แจ้งให้ประชาชนทราบล่วงหน้า ตัวอย่างเช่น การสืบสวนจับกุมผู้กระทำความผิดกรณีต่าง ๆ โดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า ทีวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527: 38) แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 7 ระดับ คือ

1. ระดับ 1 ไม่มีส่วนร่วมเลย เป็นลักษณะที่ทางหน่วยงานของรัฐเข้าไปดำเนินการให้ประชาชนทั้งหมด หรือบางครั้งบังคับให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยไม่มีทางเลือกเลยได้ เพราะประชาชนเกรงความผิดที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งเกรงว่าจะต้องสูญเสียผลประโยชน์บางประการ เช่น การถูกปรับ การถูกเพ่งเล็งจากทางราชการ แต่ถ้าหลีกเลี่ยงได้ประชาชนจะไม่เข้ามามีส่วนร่วม

2. ระดับ 2 มีส่วนร่วมน้อยมาก ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพราะมีสิ่งล่อใจหรือผลประโยชน์บางประการที่จะได้รับ เช่น ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการใช้แรงงาน ได้มีโอกาสไปทัศนศึกษานอกสถานที่ การได้ชื่อเสียง เป็นต้น แต่ตัวประชาชนเองไม่ได้มีความเลื่อมใสต่อกิจกรรม ดังนั้น เมื่อไรก็ตามที่ประชาชนเห็นว่าตนเองไม่ได้รับประโยชน์เพียงพอที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ก็จะไม่มีส่วนร่วม

3. ระดับ 3 มีส่วนร่วมน้อยมาก ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพราะถูกชักจูง โดยการโฆษณาประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ที่มุ่งเน้นเห็นถึงผลดีหรือผลประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นและประชาชนไม่ได้มีส่วนเสนอความคิดเห็นใด ๆ ทั้งสิ้น ถ้าประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะได้รับผลประโยชน์ อาจได้รับความร่วมมือต่อไป

4. ระดับ 4 มีส่วนร่วมปานกลาง ทางราชการจะทำการสอบถามประชาชนถึงความต้องการของท้องถิ่นและสภาพข้อเท็จจริงที่เป็นอยู่ จากนั้นทางราชการจะนำข้อมูลที่ได้เหล่านี้ไปทำ



การกำหนดแผนงาน เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตาม ซึ่งแผนงานที่กำหนดขึ้นนี้บางครั้งอาจไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของประชาชนได้

5. ระดับ 5 มีส่วนร่วมค่อนข้างสูง ทางราชการจะมีการยอมรับให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมค่อนข้างสูง โดยเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นต่าง ๆ รวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหาความประสงค์ของประชาชน แต่การตัดสินใจในการกำหนดแผนงานจริง ๆ ยังขึ้นอยู่กับอำนาจหน้าที่ของทางราชการ

6. ระดับ 6 มีส่วนร่วมสูง ทางราชการจะเปิดโอกาสอย่างมากให้ประชาชนแสดงข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีส่วนร่วมจากประชาชน โดยใกล้ชิด การดำเนินการขึ้นอยู่กับมติของประชาชนเองว่าจะแก้ไขปัญหามุมชนอย่างไร

7. ระดับ 7 มีส่วนร่วมในอุดมคติ ประชาชนในท้องถิ่นจะร่วมมือดำเนินการด้วยตนเองโดยตลอด นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินงาน เป็นการอาศัยพื้นฐานความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นเอง จึงได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดีทางราชการเข้ามามีส่วนร่วมในแง่ของความช่วยเหลือหรือสนับสนุนสิ่งที่เกินความสามารถของประชาชนเท่านั้น

### 1.7 รูปแบบการมีส่วนร่วม

ม.ร.ว. อภินันท์ (2527: 49) สรุปรูปแบบการเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนนั้นมีอยู่ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ในการพิจารณาปัญหา และจัดระดับความสำคัญของปัญหา ตลอดจนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา
3. การมีส่วนร่วมในการค้นหา และพิจารณาแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหา ได้แก่ วางแผนโครงการเป็นขั้นตอน นโยบาย วัตถุประสงค์ของโครงการ
4. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา เช่น การดำเนินโครงการซึ่งต้องทำประโยชน์ต่อโครงการ
5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรม เช่น สรุปผลของโครงการว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ อาจจะกระทำระหว่างดำเนินโครงการหรือภายหลังจากโครงการเสร็จสิ้นแล้วก็ได้

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527) ได้กล่าวถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ดังนี้

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมตลอดจนความต้องการของชุมชน

2. ร่วมคิดและสร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน หรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดและแก้ไขปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมลงทุนในกิจกรรม โครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผลและบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1977: 59-78) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมไว้ 4 ประเภท ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นการแสดงออกด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบ หรือกำหนดระบบ โครงการ เป็นการประเมินปัญหา หรือทางเลือกที่จะสามารถเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่ และสาเหตุของปัญหา ซึ่งในขั้นตอนนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

- 1.1 การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น เป็นการเริ่มต้นหาบุคคลในชุมชนและวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการ ในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญและป้องกันความเข้าใจผิดที่อาจเกิดขึ้นและสนองกลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหา ซึ่งบุคคลนั้นสามารถเข้ามาเกี่ยวข้องตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น โครงการทั้งในเรื่องการเงิน การจัดสรรบุคลากร ตลอดจนการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการและสนับสนุนโครงการ

- 1.2 การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ บุคคลนั้นอาจไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงเริ่มต้น แต่ถูกขอร้องให้เข้ามาดำเนินการเมื่อโครงการเข้ามา ความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่า การมีส่วนร่วมตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น ซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในภายหลังนี้ และจัดลำดับความสำคัญของโครงการและวิธีดำเนิน โครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

1.3 การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ เป็นความเกี่ยวข้องในองค์กรเมื่อโครงการเข้ามาหรือมีการเชื่อมโยงโครงการเข้ามา มีการรวมขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับการปฏิบัติกิจกรรมในโครงการ กรอบที่สมาชิกยึดถือ ประกอบด้วย การประชุม เพื่อทำนโยบาย การคัดเลือกผู้นำที่จะมีอิทธิพลต่อองค์กร

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) เป็นการดำเนินงานตามโครงการและแผนงาน และเป็นการก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏ ซึ่งแบ่งได้ 3 ส่วน คือ

2.1 การมีส่วนร่วมในการสละหรือใช้ทรัพยากร สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การร่วมสละแรงกาย การสละเงิน การให้วัสดุอุปกรณ์และการให้คำแนะนำทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากรหลักที่สำคัญนำมาใช้ เพื่อการพัฒนาโครงการ แสดงให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วม สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมนี้ คือ การรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและทำอย่างไร

2.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารโครงการและการประสานงาน สามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงาน โดยการเป็นลูกจ้างหรือสมาชิกทีมที่ปรึกษา หรือเป็นผู้บริหารโครงการ หรือโดยวิธีการจ้างบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ มีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการ หรือการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ และเป็นผู้ประสานงานในโครงการด้วย สำหรับผู้เข้ามาบริหารหรือประสานงานวิธีนี้นอกจากจะเพิ่มความไว้วางใจ ยังช่วยให้เขาเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเองอีกด้วย อีกทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายในและได้รับคำแนะนำ ซึ่งเป็นปัญหา ตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

2.3 การมีส่วนร่วมในการเข้ามาเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมโดยการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ พบว่ามีลักษณะเป็นการบังคับให้เข้าปฏิบัติในโครงการมากที่สุด การมีส่วนร่วมโดยการบังคับให้ปฏิบัติจะต่างจากการให้ความร่วมมือ เพราะการบังคับให้ทำนั้น ผลประโยชน์(benefit) จะไม่ใช่เป็นสิ่งสำคัญ แต่ถ้าเป็นการมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจนั้น จะคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเกิดการมีส่วนร่วมด้วย

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานแล้ว และมีผลในทางเศรษฐกิจ ซึ่งไม่ควรมองข้ามการสังเกตไปเป็นข้อเท็จจริงของการมีส่วนร่วมในการยอมรับความสำคัญของโครงการ ซึ่งการตัดสินใจอาจไม่เกิดขึ้นหรือมีขีดจำกัด การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แบ่งได้ 3 ชนิด คือ

3.1 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ในด้านวัตถุ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน สรุปลงได้ว่าเป็นการเพิ่มการบริโภค รายได้ และทรัพย์สิน เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การสรุปข้อมูล ล้มเหลวได้ ซึ่งควรวิเคราะห์ให้ได้ว่าใครคือผู้มีส่วนร่วมและดำเนินการให้เกิดขึ้น

3.2 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ในด้านสังคม เป็นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น แก่สังคม ความต้องการพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่บริการหรือความพึงพอใจจากสาธารณูปโภค การเพิ่มโครงการพัฒนาโดยใช้รูปแบบการผสมผสานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตจึงจำเป็นต้องมีการกำหนด การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ทั้งในเรื่องปริมาณการแบ่งผลประโยชน์ และคุณภาพบริการ และ ความพึงพอใจ

3.3 ผลประโยชน์ด้านบุคคล เป็นความปรารถนาที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือ ได้รับการคัดเลือกเข้ามา เป็นความต้องการอำนาจทางสังคมและการเมืองโดยผ่านความร่วมมือ ในโครงการ ผลประโยชน์สำคัญที่ได้จากโครงการมี 3 ชนิด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (Political power) และความรู้สึกว่าตนมีประสิทธิภาพ (Sense of efficacy)

การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วย เพราะถ้าอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีความแตกต่างกัน จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการ วางแผนหลักที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วม หากผลที่ออกมาตรงกันข้ามกับโครงการ เมื่อทราบ แล้วว่าทำไม จะได้แก้ไขเพื่อหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผล และวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นการค้นหาข้อดี และข้อบกพร่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไข การทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป และเป็นการประเมินผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นระยะ

จากแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น พอสรุปการมีส่วนร่วมได้ 4 ประเภท ดังนี้ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วม ในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

กล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการของความร่วมมือ เพื่อที่จะหาผลจาก กลุ่มบุคคล ประชาชน และกลุ่มผู้นำต่างๆ ที่มีในชุมชน เพื่อดำเนินกิจกรรมของโครงการต่าง ๆ ใน ชุมชนและรวมถึงโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้วย ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิด และรูปแบบการมีส่วนร่วมของ โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) เนื่องจากได้กล่าวถึง รูปแบบของการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์การมีส่วนร่วมไว้อย่างชัดเจน สามารถนำมาประเมินถึง ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วม

ในการประเมินผล สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้นำชุมชนในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

## 2. แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

### 2.1 แนวคิดทางยุทธศาสตร์

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2545) ได้นำเสนอ คณะรัฐมนตรีเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด โดยบรรจุในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2543 ว่า เนื่องจาก ยาเสพติดเป็นปัญหาใหญ่และมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับนโยบายความมั่นคง การแก้ไขปัญหายาเสพติด มีรูปแบบเฉพาะมีกำหนดระยะเวลาดำเนินการ ในช่วงหนึ่งที่ชัดเจน มีการดำเนินการร่วมกันของ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ จึงให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ รับไปดำเนินการจัดทำแผนหลัก ซึ่งเป็นแผนแม่บทเฉพาะเรื่องการแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อนำไปสู่แผนปฏิบัติการและการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน มีวัตถุประสงค์คือ หยุดการขยายตัว และลดระดับความรุนแรงของปัญหา ไม่ให้ก่อผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ด้วยการดำเนินมาตรการ ต่อกลุ่มผู้ผลิต ผู้ค้า และผู้เสพให้ได้ผล และพัฒนากลไกและกระบวนการทางสังคมให้มีส่วนร่วม และรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหายา

แนวความคิดทางยุทธศาสตร์ได้มองสถานะของปัญหายาเสพติดจากปัญหา อาชญากรรมที่กระทบต่อความปลอดภัย ในชีวิตทรัพย์สิน เป็นปัญหาความมั่นคงที่คุกคามต่อสังคม ของประเทศชาติโดยส่วนรวม จำเป็นต้องเร่งรัดและควบคุมให้ได้ โดยมีเงื่อนไขที่จะยุติสถานการณ์ ปัญหายา ได้แก่ 1) การรวมพลังทางสังคมในการจับเคเลื้อนและหนุนเนื่องการแก้ปัญหายา 2) การรื้อถอน และทำลายโครงสร้างอิทธิพลและผลประโยชน์ของการผลิตและการค้ายาเสพติดทั้งภายในและ ภายนอกประเทศ และ 3) การลดเงื่อนไขในการก่อปัญหายาเสพติด ทั้งเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคม ภายในประเทศที่เอื้อต่อการขยายตัวของปัญหา และเงื่อนไขของการผลิตและนำเข้ายาเสพติดจาก ภายนอกประเทศ โดยมียุทธศาสตร์ในการเปลี่ยนเงื่อนไขเพื่อนำไปสู่การควบคุมและยุติปัญหาที่ ให้ ความสำคัญกับบทบาทของชุมชน มีดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนากลไก กระบวนการทางสังคม และลดเงื่อนไขของการ ก่อปัญหายาเสพติดพัฒนากลไกและกระบวนการทางสังคมให้มีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายา โดยกลไกของครอบครัว ชุมชน และประชาคม ร่วมกับภาครัฐ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 1) ส่งเสริมการควบคุมสถานการณ์ปัญหาเสพติดในพื้นที่ ทั้งในระดับชุมชน/หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยผ่านกลไกการบริหารในแต่ละระดับ ให้มีขีดความสามารถในการติดตามเฝ้าระวัง และดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยกำหนดพื้นที่ปัญหาวิกฤตที่จะต้องดำเนินการเบ็ดเสร็จในการยุติปัญหาด้วยกลไกการจัดการพิเศษของหน่วยงานองค์กรระดับภาคและส่วนกลางเสริมการดำเนินงานของกลไกปกติ 2) ลดจำนวนผู้เสพยาเสพติด ด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทุกรูปแบบ โดยเน้นหนักและให้ความสำคัญต่อการบำบัดรักษาฟื้นฟู และการติดตามดูแล ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนค่านิยม และพฤติกรรมของเยาวชนกลุ่มเสี่ยง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการของหน่วยงาน องค์กร ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนในการร่วมดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติด ให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ทั้งการพัฒนาระบบการอำนวยความสะดวก การพัฒนาข้อมูลและการข่าว การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการมอบอำนาจตามกฎหมาย

## 2.2 กรอบแนวคิดในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

นิภา ฉีสกุล (2544:505-515) กล่าวว่า การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นเรื่องยากเนื่องจากปัจจุบันมนุษย์ต้องอยู่กับความบีบคั้นส่วนตัว เช่น ความเครียด ซึ่งเกิดขึ้นทั่วโลก ที่เรียกว่าเกิดวิกฤติทางสังคม (Social Crisis) ร่วมกับปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก แล้วนำไปสู่ปัญหาหลายอย่างตามมา และจะแก้ปัญหาก็อย่างไม่ได้ ต้องหาทางออกในภาพรวม นั่นคือ การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนต้องเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหายาแบบองค์รวม ทำความเข้าใจกับชุมชน หน่วยงานภาครัฐต้องมีการปรับปรุงแนวคิดและรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกัน ดังนี้

1. รัฐจะต้องปรับแนวคิดในการมองปัญหาและแก้ไขปัญหายา โดยยึดหลักการประชาชนคือเจ้าของปัญหา และเป็นผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหายา โดยทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นผู้สนับสนุน
2. รัฐต้องปรับปรุงทัศนคติ บทบาทและวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐให้เอื้ออำนวยต่อการแก้ปัญหายาของชุมชน
3. รัฐต้องปรับปรุงระเบียบ กฎหมาย ให้เอื้อต่อการดำเนินงานของชุมชน
4. ต้องมีการศึกษาและพัฒนาเทคนิควิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน

5. การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบการสนับสนุนให้เอื้ออำนวยต่อชุมชน หลักการที่มีความสำคัญคือ หลักการประชาชนคือเจ้าของปัญหาและแก้ไขปัญหา ประชาชนหรือชุมชนต้องร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมหาทรัพยากร ร่วมปฏิบัติการ ร่วมคิดตามประเมินผล ในลักษณะ Active จนเกิดการเรียนรู้ในลักษณะที่เรียกว่า Interactive Learning Through Action ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ยั่งยืน

### 2.3 แนวคิดและรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยองค์กรชุมชน

เน้นที่จะให้องค์กรชุมชนตระหนักถึงความสำคัญ และผลกระทบของปัญหายาเสพติดต่อชุมชน และรวมตัวกัน เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด แนวคิดหลัก ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยวิธีนี้ ตามหลักทฤษฎีมี 4 ประการ คือ

1. Community Awareness ชุมชนตระหนักในปัญหายาเสพติด
2. Community Commitment ชุมชนมีเจตนาแน่วแน่ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด
3. Community Participation ชุมชนร่วมแรงร่วมใจในการแก้ไขปัญหายาเสพติด
4. Community Organization การจัดรูปองค์กรชุมชน

โดยนำไปสู่การจัดรูปเครือข่ายชุมชน (Community Network) กล่าวโดยสรุป ชุมชนต้องตระหนักในปัญหายาเสพติด มีเจตนารมณ์ที่แน่วแน่ที่จะร่วมมือในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ผนึกกำลังจัดตั้งขึ้นมาเป็นองค์กรชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของตนเอง และจะต้องประสานความร่วมมือกับชุมชนอื่นผนึกกำลังเป็นเครือข่ายเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน จึงจะสามารถหยุดยั้งการแพร่กระจายของยาเสพติดที่ทำกันอย่างเป็นทางการได้ โดยเชื่อว่าถ้าหากได้นำหลักการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเครือข่ายชุมชนมาใช้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดแล้ว จะสามารถแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้ถึงปัจจัยพื้นฐานและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติดลงได้

การสร้างองค์กรชุมชนให้เข้มแข็ง ส่วนสำคัญอยู่ที่การสร้างโอกาสให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยหวังผลสำเร็จขององค์กรหนึ่งไปสู่อีกหนึ่งโดยผ่านเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีการจัดตั้งอยู่แล้ว ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน การประชุม การศึกษาคูงาน การอบรม เป็นต้น

ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการจัดความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างบทบาทขององค์กรภาครัฐและองค์กรนอกภาครัฐหรือองค์กรชุมชนในกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยทั้งสี่ส่วนยังคงมีบทบาทต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยกัน บนความสัมพันธ์และหลักการที่เหมาะสมตามบทบาทแนวใหม่ที่มุ่งเน้นการขยายกำลังการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้กว้างยิ่งขึ้น พื้นฐานของหลักการดังกล่าวถือเป็นการขยายกำลังในทางยุทธศาสตร์ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในอนาคต ซึ่งมีหลักการและแนวความคิดที่สำคัญ ดังนี้

1. หลักการที่จะให้ชุมชนมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน โดยการเคลื่อนย้ายบทบาทในฐานะศูนย์กลางจากภาครัฐไปสู่องค์กรชุมชนให้มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนของคนได้ หลักการนี้เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและมุ่งเน้นกระบวนการแก้ไขปัญหาจากล่างสู่บน มากกว่าจากบนสู่ล่าง

2. หลักการที่จะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติด เป็นกระบวนการพัฒนาที่เป็นทั้งวิธีการและเป้าหมาย กล่าวคือ การทำให้บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวทาง วิธีการแก้ไขปัญหาเสพติด และในขณะเดียวกัน เป็นการเสริมสร้างกระบวนการรวมกลุ่มของชุมชนในการต่อสู้กับปัญหาเสพติด โดยนัยนี้กิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาเสพติดจึงมีความมุ่งหมาย เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับกระบวนการพัฒนาคนและการรวมกลุ่มในชุมชน

3. หลักการที่จะให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดเป็นการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการ โดยความคิดริเริ่มของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทั้งในด้านปัจเจกบุคคล และภูมิคุ้มกันทางสังคม ซึ่งเป็นการสร้างสภาวะแวดล้อมในชุมชนให้เอื้ออำนวยในการลดปัญหาเสพติดในชุมชน

4. หลักการที่จะให้กระบวนการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการได้ทุกมาตรการของการแก้ไขปัญหาเสพติด ซึ่งประกอบด้วยด้านป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาที่ปรากฏในชุมชน เป็นการแสดงให้เห็นถึงสภาวะไร้ข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

5. หลักการที่จัดความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของภาครัฐกับชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน กล่าวคือ ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในด้านสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมของชุมชนในกระบวนการแก้ไขปัญหาเสพติด รวมทั้งการใช้อำนาจทางกฎหมายเข้าดำเนินการต่อกลุ่มผู้ค้า ส่วนบทบาทของชุมชนควรเป็นบทบาทหลักในฐานะเจ้าของปัญหาที่แท้จริง

6. หลักการที่จะทำให้กิจกรรมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดของชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมผสมผสานในงานด้านต่าง ๆ ของชุมชน ทั้งนี้เพราะการแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างครบวงจรไม่อาจจะกระทำได้ด้วยกิจกรรมด้านเสพติดแต่เพียงประการเดียว หากต้องผสมผสานไปกับการพัฒนาการรวมกลุ่มของชุมชนในด้านต่าง ๆ เช่น งานพัฒนาการรวมกลุ่มเยาวชน (To be Number One) งานพัฒนาทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น ดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องอำนาจประโยชน์กันและกัน และมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาคนเป็นเป้าหมายสำคัญ

หลักการทั้ง 6 ประการ เป็นหลักการสำคัญในมิติใหม่ของการส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยมุ่งเน้นบทบาทให้ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหา และรวมกลุ่ม



เพื่อทำกิจกรรมแก้ไขปัญหาคำด้วยความรับผิดชอบของตน แต่เนื่องจากชุมชนมิได้มองปัญหาอย่างแยกส่วน เช่น หน่วยงานของรัฐที่ต่างก็มีหน้าที่เฉพาะหน่วยออกไป ดังนั้น การผสมผสานงานการแก้ไขปัญหาในทุกปัญหาที่ปรากฏในชุมชน จึงทำให้บทบาทของชุมชนดำเนินไปอย่างกว้างขวางเท่าที่ชุมชนเกิดความตระหนัก

#### 2.4 กระบวนการและขั้นตอนการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยองค์กรชุมชน

มีกระบวนการและขั้นตอนที่สำคัญคือ การเตรียมความพร้อมของชุมชนในการแก้ปัญหา ปัจจัยที่จะชี้ว่าชุมชนมีความพร้อมที่จะแก้ปัญหายาเสพติดหรือไม่นั้น จากการศึกษาพบว่าสามารถพิจารณาได้จากความพร้อมของผู้นำชุมชนต่อการแก้ปัญหาของชุมชนที่พร้อมจะแก้ปัญหานั้น ผู้นำชุมชนไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือกลุ่มผู้นำใหม่ที่จะเกิดขึ้นจะต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญคือ

2.4.1 ผู้นำชุมชนต้องมีความรู้และความตระหนักในปัญหายาเสพติดอย่างแท้จริง รู้ถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นในชุมชนและรู้ถึงผลของปัญหา เกิดจิตสำนึกว่าถ้าไม่แก้ปัญหาแล้วผลจะเป็นอย่างไร มิใช่เกิดจากความคล้อยตาม หรือเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาลตามสถานการณ์ เพราะหากไม่เกิดจากจิตสำนึกที่แท้จริงแล้วพบว่า เมื่อแก้ปัญหาได้ระยะหนึ่ง เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไปหรือเกิดปัญหาอุปสรรคและแรงต่อต้านจากกลุ่มผู้ค้าหรือผู้สูญเสียผลประโยชน์ก็จะเกิดความท้อแท้และเลิกดำเนินงาน ในทางตรงกันข้าม พบว่าชุมชนที่ผู้นำเกิดความตระหนัก เกิดจิตสำนึกที่แท้จริงจะยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาต่างๆจนถึงที่สุด

2.4.2 กลุ่มผู้นำจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางวิธีการที่จะแก้ไขปัญหาคำได้ เกิดกระบวนการการเรียนรู้จากหลักการ วิธีการและประสบการณ์จากชุมชนอื่น ๆ ได้รู้ปัญหาอุปสรรคที่บกพร่องและความล้มเหลวอาจเกิดขึ้น เกิดความรู้ความเข้าใจในวิธีการและสามารถนำมาปรับให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงในชุมชน และมีจิตสำนึกที่จะแก้ปัญหายาเสพติดอย่างแท้จริง นอกจากนั้นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางที่แก้ไขปัญหาคำอย่างถูกต้อง รู้ข้อดี ข้อจำกัดของแต่ละวิธีการ ตลอดจนความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้น จนสามารถที่จะนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและข้อเท็จจริงในชุมชนของตนเอง

2.4.3 ความพร้อมของกลุ่มอาสาสมัคร ในกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติด จำเป็นต้องดำเนินกิจกรรมหลาย ๆ อย่าง เพื่อแก้ไขสาเหตุแต่ละสาเหตุ ที่จะนำไปสู่ การเกิดปัญหา เช่นสาเหตุจากครอบครัว เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมในชุมชนเหล่านี้ เป็นต้น จึงต้องอาศัยกลุ่มอาสาสมัคร หรือกลุ่มที่จะดำเนินกิจกรรม การแก้ปัญหาคำที่จะเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมหลาย ๆ ด้าน จึงจำเป็นที่จะก่อให้เกิดผู้นำชุมชนในการแก้ปัญหาคำที่จะเป็นผู้นำในการแก้ปัญหาคำตลอดจนมีความรู้และทักษะในการทำกิจกรรมในแต่ละเรื่อง เพื่อขจัดสาเหตุ ที่จะนำไปสู่ปัญหายาเสพติด ได้

2.4.4 ความพร้อมของสมาชิกในชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากสมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชน เพื่อก่อให้เกิดพลัง ที่จะต่อสู้กับกลุ่มอิทธิพลหรือกลุ่มผู้สูญเสียผลประโยชน์ และเป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่จะหยุดยั้งกลุ่มอิทธิพลจากยาเสพติด จึงจำเป็นที่จะต้องทำให้สมาชิกในชุมชน เข้าใจถึงโทษพิษภัย และผลกระทบที่เกิดจากปัญหา ตระหนักในปัญหา และที่สำคัญ คือ จะต้องทำให้ชุมชนเกิดเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะจัดปัญหาสุขภาพจิตให้หมดไปจากชุมชนและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือทุกอย่างเพื่อจัดปัญหาดังกล่าว

#### 2.4.5 ขั้นตอนการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

1) สร้างหรือแสวงหาแนวร่วมในการดำเนินการในขั้นตอนที่จะเป็นขั้นตอนการทำความเข้าใจ การให้ความรู้ การสร้าง กระแสชุมชนให้ทุกคนได้ตระหนักถึงพิษภัยของยาเสพติด

2) การรู้จักชุมชนของตนเอง ประกอบด้วย ประการแรก มีการรวมตัวกันเป็นองค์กรชุมชน หัวใจของการพัฒนาแบบยั่งยืนอยู่ที่องค์กรชุมชน (Community Organization) โดยมีกรรมกรที่เป็นรูปธรรม และมีศูนย์ปฏิบัติการชุมชนที่เกิดขึ้น สำรวจ ค้นหา จำแนกพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย จัดทำเป็นทะเบียนกลางผู้ติดยาเสพติดของชุมชน อีกประการหนึ่งคือมีการเตรียมความพร้อม พัฒนาบุคลากร และองค์ความรู้

3) มีการดำเนินการ โดยมองปัญหาในเชิงระบบมีองค์ประกอบหลายอย่างเข้ามาเชื่อมโยงกัน ดังนั้น การจัดการต้องมีความรู้ (Knowledge) และตัวการเรียนรู้ (Learning) การเรียนรู้ทำให้ความรู้มีประโยชน์ ในทุกกิจกรรมของการจัดการและจะต้องประกอบด้วยทั้งความรู้และการเรียนรู้

4) มีการเสริมสร้างชุมชนยั่งยืนและถ่ายทอดเทคโนโลยี

กล่าวโดยสรุป แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนคือ การทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่ ทำให้องค์กรชุมชนตระหนักถึงความสำคัญ และผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตต่อชุมชนและการรวมตัวกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

### 3. บทบาทของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

3.1 แนวความคิดในการดำเนินงานของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต คือ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 7, 2550)

3.1.1 เป็นกลไกหลักในชุมชน เป็นผู้นำจุดประกายสร้างกระแสสังคมให้เกิดปฏิกิริยาเคลื่อนไหวต่อต้านยาเสพติด

3.1.2 ร่วมมือส่วนราชการและองค์กรภาคเอกชนต่าง ๆ ในลักษณะฉันทก้ำลัง ราชฎร์-รัฐ ร่วมใจด้านยาเสพติด ให้ยาเสพติดหมด ไปจากชุมชน

3.1.3 พัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะของประชาคมชุมชนให้เข้มแข็งและมีศักยภาพ ในการจัดการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้วยตนเอง

3.2 หลักการดำเนินงานของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ยึดหลัก 2 ประการ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 7 2550)

3.2.1 หลักการเบื้องต้น ร่วมมือกับภาคราชการและองค์กรเอกชนต่าง ๆ จากภายนอก ชุมชน ในหมู่บ้าน โดยคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้นำเบื้องต้น ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางประสาน ความร่วมมือฉันทก้ำลังจากทุกกลุ่ม ทุกฝ่าย เป็นพลังร่วมกันตามกระบวนการของประชาคมหมู่บ้าน ต่อต้านยาเสพติด ประสานงานสนับสนุนและให้ความร่วมมือกับส่วนราชการหรือองค์กรภาคเอกชน ต่าง ๆ ที่เข้ามาดำเนินกิจกรรมป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในหมู่บ้านทั้งทางตรงและทางอ้อม ตามแผนงาน โครงการของส่วนราชการนั้น ๆ

3.2.2 หลักการระยยะยาว ประชาคมหมู่บ้านต่อต้านยาเสพติด หมู่บ้านต่อต้าน ยาเสพติดตลอดกาล ยึดครอบครัวชุมชนเป็นหลัก ปลุกจิตสำนึกความเป็นคนไทย วัฒนธรรมชุมชน ช่วยตนเอง กลุ่มกิจกรรมทุกส่วนทุกฝ่าย (องค์กรชุมชน) ในหมู่บ้าน เสริมสร้างสมรรถภาพและ ศักยภาพให้ประชาคมหมู่บ้านเข้มแข็ง โดยระดมพลังมวลชนทุกหมู่เหล่าและทรัพยากรทั้งภายใน และภายนอกหมู่บ้าน(พหุภาคี) ร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผนและร่วมกันรับผิดชอบแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งระบบ (ทั้งการป้องกัน การปราบปราม และการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติด ยาเสพติด) โดยประชาคมหมู่บ้านต่อต้านยาเสพติดด้วยพลังประชาคมหมู่บ้านเอง เพื่อให้หมู่บ้าน ปลอดภัยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

### 3.3 บทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2545) กำหนดบทบาท หน้าที่ของผู้นำชุมชนไว้ว่า

3.3.1 ผู้นำชุมชนต้องมีความเสยสละในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

3.3.2 ผู้นำชุมชนต้องเป็นตัวหลักสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

3.3.3 ผู้นำชุมชนและครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชน โดยต้องไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด

3.3.4 ผู้นำชุมชนต้องเผยแพร่ ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือประชาชนกลุ่มที่มีปัญหาเสพติด

3.3.5 ผู้นำชุมชนต้องชักนำ สนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการรักษาและติดตามคุณภาพชีวิตภายหลังการบำบัด

3.3.6 เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย

3.3.7 จัดให้มีเวรยามเฝ้าระวังการจำหน่ายและการเสพยาเสพติด

3.3.8 จัดประชุมร่วมกับประชาชนในการกำหนดแผนงาน กิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดเพื่อให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติตาม

3.3.9 รณรงค์เกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตื่นตัวต่อปัญหาเสพติด

3.3.10 ให้การสนับสนุนช่วยเหลือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ หน่วยงานของทางราชการและเอกชนที่เข้ามาปฏิบัติงานในชุมชน

3.3.11 แจกข้อมูลข่าวสารของผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดแก่เจ้าหน้าที่

3.3.12 มีการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่เป็นระยะ ๆ

สรุปได้ว่า บทบาทของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด คือ เป็นกลไกหลักในชุมชน ร่วมมือกับส่วนราชการและองค์กรภาคเอกชนต่าง ๆ ในชุมชนในลักษณะพหุภาคี และพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะของประชาคมหมู่บ้านให้เข้มแข็ง

#### 4. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดจังหวัดหนองคาย

จังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดชายแดนที่มีพื้นที่ติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและมีความยาวตลอดแนวชายแดน 320 กิโลเมตร ซึ่งประชาชนของทั้งสองประเทศในพื้นที่จะต้องข้ามไปมาหาสู่กันเป็นประจำ บางครั้งจะมีกลุ่มผู้ที่แสวงหารายได้จากสิ่งผิดกฎหมายแอบแฝงไปกับกลุ่มคนเหล่านั้นด้วย ดังนั้นหากไม่มีการสร้างความตระหนักให้กับประชาชนที่อยู่ตามแนวชายแดนให้เกิดความรู้สึกลัวหวงแหนแผ่นดิน อันเป็นที่รักของตนเองแล้ว การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ก็จะลำบากเป็นอย่างยิ่งที่จะให้บรรลุผลสำเร็จได้ ดังนั้นศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดหนองคายจึงจำเป็นต้องมีการปลูกกระแสให้ประชาชนในชุมชนมีจิตสำนึกตระหนักและหวงแหนแผ่นดินอันเป็นที่รักของทุกคนให้ลุกขึ้นมาต่อสู้เพื่อขจัดทุกข์ของชุมชน โดย

วิทยากรกระบวนการเข้าไปให้ความรู้ วิธีการ นำไปแก้ไขปัญหาวิกฤตนั้น ให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน ซึ่งต้องนำผู้นำชุมชน/หมู่บ้านมาเป็นบุคคลตัวอย่าง และนำไปขยายผลในชุมชน/หมู่บ้านของตนเอง พร้อมกระตุ้นประชาชนในชุมชนให้ลุกขึ้นมาปกป้องแผ่นดินของตนเอง สามารถดูแลแก้ไขปัญหาด่าง ๆ และพึ่งตนเองได้ สร้างชุมชนให้เข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

### ระยะที่ 1 การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด

จากการที่รัฐบาลได้มีนโยบายประกาศสงครามขึ้นแตกหักเพื่อเอาชนะยาเสพติดตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ - 30 เมษายน 2546 ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้ เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดหนองคาย ได้มีการเตรียมการเพื่อดำเนินการในด้านการป้องกันและปราบปรามอย่างจริงจัง โดยมีการประชุมวางแผนการดำเนินงาน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบออกเป็นฝ่ายต่าง ๆ และมีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบศูนย์ฯ จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการผู้ผ่านการฝึกอบรมวิทยากรกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เพื่อดำเนินการเชิงรุกต่อหมู่บ้านเป้าหมาย โดยมียุทธศาสตร์ของการดำเนินงานคือ จะต้องดึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้ออกมาทำพันธสัญญาเลิกเกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยใช้อาวุธในการรบ คือ หลักกอธิปไตยธรรมในระยะเร่งด่วน ระยะนี้ ทีมงานวิทยากร ต้องทุ่มเทในการทำงานเป็นอย่างมาก เพราะต้องต่อสู้กับกระบวนการต่อต้านจากคนในหมู่บ้านและชุมชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากบางครอบครัวก็คิดว่าทีมงานวิทยากรจะเข้าไปจับผิดและนำญาติพี่น้องของตนเองเข้าคุกคิดตระวาง ดังนั้นทีมงานวิทยากรต้องมีการเตรียมการวางแผนเข้าดำเนินการในหมู่บ้านเป้าหมาย และให้ชุมชนได้ทราบว่ายานาเสพติดเป็นปัญหาของทุกคนที่จะต้องร่วมกันแก้ไข เมื่อทีมงานได้สร้างความเข้าใจแล้วชุมชนก็ให้การยอมรับให้ความร่วมมือในการเข้ารับการฝึกอบรมซึ่งในหมู่บ้านเป้าหมายแต่ละชุมชนนั้นจะมีประชาชนเข้าร่วมรับการอบรม 80 % ขึ้นไป สำหรับงบประมาณในการดำเนินการนั้น มาจากเงินที่ทางราชการจัดสรรให้และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สำคัญแต่ละชุมชนได้นำดอกผลจากกองทุนหมู่บ้านเข้าร่วมสมทบในการจัดซื้ออาหารสำหรับผู้เข้ารับการฝึกอบรม

### ระยะที่ 2 การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดต่อเนื่อง

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาของการดำเนินงานตามแผนระยะที่ 1 แล้ว ทีมวิทยากรได้รับการตอบรับจากหมู่บ้าน/ชุมชนเป็นอย่างมาก หมู่บ้านต่าง ๆ เห็นความสำคัญที่จะแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงได้มีการร้องขอต่อศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้ เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดหนองคาย ให้เข้าดำเนินการในหมู่บ้านของตนเอง โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลและหมู่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดำเนินการเองทั้งหมด และศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด ได้ส่งชุดวิทยากร

เข้าไปดำเนินการในระยะที่ 2 อีก ซึ่งในระยะที่ 2 นี้ ชุมวิทยากรก็ทำให้หมู่บ้านที่ร้องขอมานั้น มีผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดออกมาทำพันธะสัญญาเพิ่มขึ้นอีก

ในการเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ ทุกครั้งที่มหาวิทยาลัยจะร่วมวางแผนการดำเนินงานทั้งก่อนการอบรม ขณะอบรม และภายหลังการอบรม เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของแต่ละหมู่บ้าน จากการเข้าดำเนินการของชุมวิทยากรในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 นั้น สามารถนำผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมาร่วมทำพันธะสัญญาว่าจะเลิกเกี่ยวข้องกับยาเสพติดและหันมาทำความดีเพื่อแผ่นดินตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน ทีมวิทยากรกระบวนการได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากประชาชนเป็นอย่างยิ่ง และต้องทำงานด้วยความรัก ความตั้งใจจริงพร้อม เสียสละ อุทิศเวลาให้กับราชการเป็นอย่างมาก จึงสามารถได้รับความร่วมมือ เกิดความสามัคคีในชุมชน จนสามารถประกาศเป็นตำบลและอำเภอเอาชนะยาเสพติดได้ในที่สุด

### ระยะที่ 3 การจัดเวทีประชาคมตำบล เพื่อเตรียมชุมชนเอื้ออาทร

หลังจากวันที่ 26 กรกฎาคม 2546 ซึ่งเป็นวันที่จังหวัดหนองคาย ได้ประกาศเป็นจังหวัดปลอดยาเสพติด โดยมี ฯพณฯ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย (นายภูหมะมัตนอร์มะทา) แล้ว ทางจังหวัดหนองคายได้ตระหนักถึงความเป็นอยู่ของประชาชน ต้องอยู่ดีกินดี สังคมมีความเอื้ออาทร จึงได้มีโครงการถักทอเครือข่ายพลังชุมชน พลังแผ่นดิน เพื่อเอาชนะยาเสพติดอย่างยั่งยืน โดยจะต้องได้รับความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับภาคประชาคมในการพัฒนาจังหวัดเพื่อจะได้เป็นชุมชนที่เข้มแข็ง และทีมวิทยากรกระบวนการได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ปฏิบัติการตามหมู่บ้านเป้าหมาย คือ “สร้างสังคม ให้มีความสามัคคีและมีความเอื้ออาทรต่อกัน” ได้ใช้อาวุธในการรบครั้งนี้ คือ “หลักอภิธานิยธรรม”

ในโครงการนี้ ได้นำผู้นำชุมชนในหมู่บ้านเป้าหมาย เข้าร่วมประชุมและดำเนินการพร้อมติดอาวุธทางปัญญาให้กับผู้นำเหล่านั้น ให้สามารถแก้ไขปัญหาในชุมชนของตนเองให้ได้เป็นเบื้องต้น พร้อมสร้างความสามัคคีให้กับชุมชน พึ่งตนเองให้ได้ โดยใช้พลังจากกลุ่มองค์กรเช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มสตรี กลุ่มเยาวชน คณะกรรมการกองทุน คณะกรรมการหมู่บ้าน ฯลฯ ในชุมชนมาเป็นพลังขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยทีมวิทยากรต้องคิดค้นยุทธวิธีต่าง ๆ มาเติมใส่ให้กับผู้นำมากมายหลายด้าน จากผลการปฏิบัติการดังกล่าว กลุ่มผู้นำสามารถนำเทคนิควิธีการ ไปบริหารจัดการในหมู่บ้าน ซึ่งแต่ก่อนขาดความสามัคคี ไม่มีความเอื้ออาทรต่อกัน จนปัจจุบันนี้ชุมชนมีความสามัคคี ช่วยเหลือซึ่งกันและกันมากขึ้น และมีส่วนร่วมแก้ปัญหาดังกล่าว ในชุมชนของตนเอง

**ระยะที่ 4 พลังชุมชน พลังแผ่นดิน เอาชนะยาเสพติด (สร้างความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน)**  
 เมื่อการดำเนินการประกาศสงครามขึ้นแตกหัก จนจังหวัดหนองคายสามารถประกาศเป็นจังหวัดที่ปลอดยาเสพติดไปเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2546 ไปแล้วนั้น เพื่อมิให้ปัญหาเสพติดเข้ามาแพร่ระบาดในพื้นที่ได้อีก จึงได้กำหนดให้มีการรักษาพื้นที่อย่างยั่งยืน โดยชุมชนของตนเอง อำเภอบ่อจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการต่อสู้ครั้งนี้ว่า “พลังชุมชน-พลังแผ่นดิน เอาชนะยาเสพติด” ซึ่งชุมชนจะต้องสอดคล้องดูแลชุมชนของตนเอง และแต่ละหมู่บ้านคัดเลือกผู้ประสานพลังแผ่นดินหมู่บ้านละ 25-30 คน เข้ารับการอบรม ตามโครงการนับถอยหลัง 60 วันของรัฐบาล ซึ่งผู้ประสานพลังแผ่นดินระดับหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่หลัก 5 ประการ คือ

1. การป้องกันกลุ่มเสี่ยง
2. การติดตามดูแลผู้ติด/ผู้เสพ
3. การติดตามผู้ผ่าน โครงการทำความดีเพื่อแผ่นดิน
4. การข่าวที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
5. การดำเนินการหมู่บ้าน/ชุมชนเข้มแข็งเอาชนะยาเสพติด

**ผลการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดหนองคาย**

ตามแผนปฏิบัติการ “5 รั้วป้องกัน ระยะที่ 2” (1 ตุลาคม 2552–31 มีนาคม 2553) ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดหนองคาย (ศตส.จ.นค.) ได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย เป็น ผอ.ศตส.จ.นค. และแต่งตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการ ศตส.จ.หนองคาย เพื่อดำเนินงานบริหารจัดการแบบบูรณาการ

**สรุปผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ 5 รั้วป้องกัน**

#### 1. รั้วชายแดน

เป็นการเน้นการสกัดกั้นการนำเข้ายาเสพติดตามแนวชายแดน จัดกำลังปฏิบัติการลาดตระเวนสกัดกั้นตามแนวชายแดน มาตรการด้านการข่าว มาตรการสกัดกั้นที่ด่านถาวร/จุดผ่อนปรน มาตรการสกัดกั้นตามช่องทางธรรมชาติ (การลาดตระเวนทางน้ำ, การลาดตระเวนทางบก) มาตรการตั้งจุดตรวจจุดสกัดรถยนต์และรถไฟ

#### 2. รั้วชุมชน

เน้นการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนประชาสังคมป้องกันยาเสพติดจากการดำเนินการอย่างจริงจังของการทำประชคมในช่วงปฏิบัติการ Clean & Seal เริ่มตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2553 เป็นต้นมา พบว่า ในพื้นที่ค้นพบผู้ค้า/ผู้จำหน่าย 96 คน และผู้เสพ/ผู้ติดในพื้นที่ 486 คน ได้นำ

เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา รวมทั้งได้ดำเนินการหมู่บ้าน/ชุมชนประกาศเป็นพื้นที่สีขาว จำนวน 132 หมู่บ้าน

การตั้งจุดตรวจ จุดสกัด ในหมู่บ้าน/ตำบล ศตส.อ. ได้ร่วมกับ ชุด ชรบ. , ผู้นำหมู่บ้าน , ผู้ประสานพลังแผ่นดินอาชญาเสพติด ตั้งจุดตรวจ จุดสกัด ในหมู่บ้าน และระหว่างตำบล รวมจุดตรวจ/จุดสกัด 567 แห่ง จำนวน 1,069 ครั้ง

### 3. รั้วสังคม

เน้นการจัดระเบียบสังคมแบบบูรณาการ มีผลการดำเนินการจัดระเบียบสังคมแบบบูรณาการ เพื่อเฝ้าระวังสถานบริการ และลดพื้นที่เสี่ยงในการเผยแพร่สิ่งเสพติด อาชญากรรม และการดำเนินการตามมาตรการกฎหมายกับสถานบริการ สถานบันเทิง ร้านเกม ร้านอินเทอร์เน็ต และแหล่งมั่วสุมต่าง ๆ โดยการออกตรวจสถานบริการในพื้นที่ 17 อำเภอ

### 4. รั้วโรงเรียน

เน้นการสร้างกิจกรรม ภาระงาน เสริมความเข้มแข็งในโรงเรียน สถานศึกษา และให้เยาวชนรุ่นใหม่มีภูมิคุ้มกันต่อต้านยาเสพติด มีผลการดำเนินการ อบรมนักเรียนแกนนำต่อต้านยาเสพติด จำนวน 100 คน

### 5. รั้วครอบครัว

เน้นการดำเนินโครงการครอบครัวสีขาว

#### 5.1 โครงการปราบปรามยาเสพติดรายสำคัญ และลดความเดือดร้อนของประชาชน

เน้นการปราบปรามเครือข่าย/กลุ่มการค้ายาเสพติดที่เชื่อมโยงกับเรือนจำ/ปราบปรามนักค้ายาเสพติดเครือข่ายระดับสำคัญ

#### 5.2 โครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ

เน้นการจัดเวทีประชาคม รณรงค์ และเพิ่มศักยภาพในการค้นหาผู้ใช้ สารเสพติด เพื่อลดจำนวนผู้เสพยาเสพติด พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด

การดำเนินการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด จังหวัดหนองคายได้กำหนดให้มีการบูรณาการ การแก้ไขปัญหาเสพติด และให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขดำเนินการแบบบูรณาการการในด้านการลดผู้เสพ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายได้บูรณาการการดำเนินการด้านการลดผู้เสพ โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด จังหวัดหนองคาย ตามคำสั่งจังหวัดหนองคาย ที่ 2348/2551 ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2551 และผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด จังหวัดหนองคาย ดังนี้



ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทุกระบบ จำนวน 182 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.41 และเพศหญิง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.59 แยกเป็นผู้ป่วยในระบบสมัครใจ จำนวน 39 ราย ผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัด จำนวน 143 ราย

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดเมื่อเปรียบเทียบรายพื้นที่ พบว่าอำเภอเมืองมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มากที่สุด จำนวน 67 ราย แยกเป็นระบบสมัครใจ จำนวน 8 ราย และระบบบังคับบำบัด จำนวน 59 ราย และอำเภอบึงโขงหลงมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา น้อยที่สุดคือ จำนวน 1 รายเป็นผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัด

จังหวัดหนองคาย มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 181 ราย สมัครใจ 39 ราย บังคับ บำบัดไม่ควบคุม 125 ราย ไม่เข้มงวด 17 ราย ส่วนอำเภอสระใคร มีผู้ป่วยที่เข้าบำบัด 8 ราย

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บำรุง ถูงน้อย (2546) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติดในพื้นที่เขตตำบลพลูตาหลวง จังหวัดชลบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและยังพบอีกว่าอายุ และอาชีพของประชาชนที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแตกต่างกัน

ไพบุลย์ ปิ่นวันนชัย (2546) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามยาบ้า ในเขตอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ในภาพรวมประชาชน มีความรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินสาเหตุจากผู้เสพยาบ้า ตำรวจไทย มีความสามารถและประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่มาก และประชาชน ไม่มีประสบการณ์การอบรม ข้อมูลเกี่ยวกับผลร้ายของยาเสพติดจากเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือหน่วยงานอื่นใน โครงการรณรงค์ป้องกัน คัดค้านยาเสพติด/ยาบ้า

เอกพร จุ้ยสำราญ (2546) ศึกษาบทบาทของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการ ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี พบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอยู่ในระดับมาก บังคับด้านรายได้ และความรู้ความเข้าใจของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด

ประมวล ศรีทอง (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติด ศึกษากรณีกิ่งอำเภอคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ในภาพรวมการมีส่วนร่วม

ของประชาชนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากพื้นที่ที่ทำการศึกษามีลักษณะเป็นสังคมชนบทประชาชนอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ตำบล เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ดั้งเดิม ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เกื้อกูลกัน เมื่อมีปัญหาหาสาเหตุคิดแพร่ระบาดและกระทบต่อสังคมหมู่บ้าน ประชาชนในหมู่บ้านจึงตระหนักถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติดร่วมกัน พร้อมร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหา บังคับด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพที่มั่นคง มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ลลิตา ศรีสวัสดิ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด: กรณีศึกษา จังหวัดสระบุรี พบว่า อายุ สมาชิกกลุ่ม ระยะเวลา อาศัยอยู่ในชุมชน และระยะเวลาดำรงตำแหน่งทางสังคมของประชาชนที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมของ ประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

วาทัญญู รุ่งรัมย์ (2547) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและ ปรานปรามยาเสพติด : ศึกษาเฉพาะกรณีสถานีตำรวจภูธรอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า ปัจจัย ที่มีผลต่อการป้องกันและปรานปรามยาเสพติด ได้แก่ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ปัญหา ยาเสพติด ความตระหนักในปัญหายาเสพติด และภาวะผู้นำ

ดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการ ดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาแขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในชุมชนเมือง ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการประชุม ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่าการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อ ระดับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด และการติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่นภายนอก

วุฒิพงษ์ ภักดีกุล (2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัด ขอนแก่น พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพสมรสและตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ ระดับการศึกษา ประสพการณ์ทำงาน อาชีพและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำ แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ มากำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน

ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในพื้นที่ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ซึ่งได้กำหนดตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามในการศึกษา ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส การศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การเป็นผู้นำ การฝึกอบรมเรื่องการแก้ไขปัญหายาเสพติด

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติคของผู้นำชุมชนใน 15 หมู่บ้านของตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1.1 ประชากร (Population)

ประชากรการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใน 15 หมู่บ้าน ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย จำนวน 244 คน

##### 1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

การหาขนาดตัวอย่าง ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนก่อนแล้ว ใช้เกณฑ์โดยกำหนดเป็นร้อยละของประชากรในการพิจารณาครั้งนี้ (ซีรวิติ เอกะกุล 2543) ถ้าขนาดประชากรเป็นหลักร้อย ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 25 ในกรณีนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ขนาดตัวอย่างที่ร้อยละ 50 ได้ขนาดตัวอย่าง 120 คน ส่วนการเลือกตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ศึกษาทุกหน่วยประชากร ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หมู่บ้านละ 5 คน 15 หมู่บ้าน รวม 75 คน

กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งผู้นำชุมชนอื่นด้วย ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย โดยจับสลากเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 3 คน 15 หมู่บ้าน รวม 45 คน

รวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 120 คน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด มีคำถามจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน โดยให้ผู้ตอบประเมินตนเอง เป็นคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยมีคำตอบให้เลือกตอบจำนวน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด แบบสอบถามในส่วนนี้ ประกอบด้วย

- |                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| 2.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ   | จำนวน 5 ข้อ |
| 2.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ | จำนวน 7 ข้อ |
| 2.3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์    | จำนวน 5 ข้อ |
| 2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล  | จำนวน 4 ข้อ |

## 3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างแบบสอบถามใช้วิธีสร้างแบบสอบถามขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เมื่อสร้างแบบสอบถามได้แล้วมีการประเมินคุณภาพเครื่องมือ โดย

3.1 นำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ช่วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

3.2 นำไปทดสอบหาความเที่ยง ความเข้าใจ และความสอดคล้องของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้นำชุมชน ที่ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในหมู่บ้านของตำบลโคกคอน อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่ไม่ได้ถูกสุ่มให้เป็นตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 33 คน แล้วนำไปวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามสูตรของครอนบราซ และทำการปรับปรุงข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงต่อไป ซึ่งผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละด้านมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน จำนวน 22 ข้อ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .54 แล้วนำมาปรับปรุงข้อคำถามที่พบว่าไม่มีข้อบ่งชี้หรือ ก่อหน้าไปใช้ เก็บข้อมูลจริง โดยมีการแก้ไขลดคำถามลงจำนวน 1 ข้อ เหลือคำถามเป็นจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ นำมา หาค่าความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .9039

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม 2553 โดยใช้แบบสอบถามในการ เก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 ทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้นำชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือและ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ทำการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม โดยชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบแบบสอบถามทราบ ขอความร่วมมือในการ ตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับส่วนบุคคล พร้อมนัดวันรับ แบบสอบถามคืนใน 2 สัปดาห์

4.3 นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับการ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

#### 5. การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

##### 5.1 การประมวลผลข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่กำหนดแล้ว นำมาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ลงรหัสตามตัวแปรที่กำหนด จากนั้นประมวลผลด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

##### 5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนการ วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.2.1 แบบสอบถามส่วนที่ 2 วิเคราะห์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม กำหนด เกณฑ์ในการตอบแบบสอบถาม ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วม	ค่าคะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	= 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	= 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	= 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	= 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	= 1 คะแนน

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมาก  
 ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.67 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง  
 ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อย

## 5. สถิติใช้วิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วนำมาลงรหัส นำไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา แสดงลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาเสพติดในชุมชน ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) เป็นค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min)

5.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาเสพติดต่อตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาเสพติดในชุมชน โดยใช้ Chi – Square test โดยกำหนดการมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดของผู้นำชุมชนใน 15 หมู่บ้านของตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย จำนวน 120 คน ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวนทั้งสิ้น 120 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้นำชุมชนทั้งหมด ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน
2. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด

#### 1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนมีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด ดังแสดงในตารางที่ 4.1



ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>	ชาย	62	51.7
	หญิง	58	48.3
	รวม	120	100.0
<b>อายุ</b>	25 – 34 ปี	9	7.5
	35 – 44 ปี	43	35.8
	45 – 54 ปี	56	46.7
	55 – 64 ปี	12	10.0
	รวม	120	100.0
	$\bar{X} = 45.28$ S.D. = 7.40 Min = 25 Max = 64		
<b>สถานภาพสมรส</b>	โสด	9	7.5
	คู่	105	87.5
	หม้าย/หย่า/แยก	6	5.0
	รวม	120	100.0
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>	ประถมศึกษา	55	45.8
	มัธยมศึกษาตอนต้น	19	24.2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	23	19.2
	ปวส./อนุปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	9	7.5
	ปริญญาตรี	4	3.3
	รวม	120	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน</b>		
กำนัน	1	0.8
ผู้ใหญ่บ้าน	14	11.7
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	30	25.0
สมาชิก อบต.	30	25.0
อสม.	45	37.5
รวม	120	100.0
<b>ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน</b>		
1-10 ปี	89	74.2
11-20 ปี	27	22.5
21-30 ปี	4	3.3
รวม	120	100.0
$\bar{X} = 7.66$ S.D. = 6.57 Min = 1 Max = 30		
<b>การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา</b>		
ไม่เคย	12	10.0
เคย	108	90.0
รวม	120	100.0
<b>หน่วยงานที่เคยได้รับความรู้/ฝึกอบรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
เจ้าหน้าที่ปกครอง	84	70.4
เจ้าหน้าที่ตำรวจ	73	61.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	82	67.6
เจ้าหน้าที่ อบต.	18	16.7
ครู	5	4.6
พระภิกษุ	3	2.8
อื่น ๆ	9	7.4

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้นำชุมชน จำนวน 120 คน พบว่า ผู้นำชุมชนเป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.7) และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 48.3) อายุระหว่าง 45 – 54 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.7) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี (ร้อยละ 35.8) มีอายุต่ำที่สุด คือ 25 ปี และอายุสูงที่สุด คือ 64 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 45 ปี ( $\bar{X} = 45.28$  S.D. = 7.40) มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 87.5) รองลงมาโสด (ร้อยละ 7.5) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 45.8) รองลงมา มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 24.2) มีตำแหน่งในชุมชนเป็น อสม. มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและสมาชิก อบต. (ร้อยละ 25.0) ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน 1-10 ปี (ร้อยละ 74.2) รองลงมา 11-20 ปี (ร้อยละ 22.5) มีระยะเวลาสั้นที่สุด คือ 1 ปี และระยะเวลา มากที่สุด คือ 30 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 8 ปี ( $\bar{X} = 7.63$  S.D. = 6.57) ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด (ร้อยละ 90.0) โดยได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่ปกครองมากที่สุด (ร้อยละ 70.4) รองลงมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 67.6) ดังตารางที่ 4.1

## 2. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

### 2.1 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมรายชื่อ ดังนี้

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำแนกรายข้อ (n = 120)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	แปลผล
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด		
1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาการระบาดของยาเสพติดในชุมชน	44.2	41.9	12.4	0.8	0.8	4.28	มาก
2. การประเมินสาเหตุของปัญหาเสพติดในชุมชน	27.1	46.5	24.0	0.8	1.6	3.97	มาก
3. การเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน	39.5	45.0	13.2	2.3	0.0	4.22	มาก
4. การตัดสินใจเลือกวิธีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน	29.5	47.3	18.6	34.7	0.0	4.02	มาก
5. การกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน	23.3	42.6	23.3	10.1	0.8	3.78	มาก

ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับมากทุกข้อ เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาการระบาดของยาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 4.28$  S.D. = 0.77) การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ในชุมชน ( $\bar{X} = 4.22$  S.D. = 0.76) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 4.02$  S.D. = 0.82) การมีส่วนร่วมในการประเมินสาเหตุของปัญหายาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.97$  S.D. = 0.83) การมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.78$  S.D. = 0.95) ดังตารางที่ 4.2

## 2.2 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมรายชื่อ ดังนี้

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำแนกรายชื่อ (n = 120)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	แปลผล
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยที่น้อยที่สุด		
6. บริจาคเงินหรือวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน	16.3	24.0	43.4	10.1	5.4	3.40	ปานกลาง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	แปลผล
	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น		
	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย		
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
7. ระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่น ๆ เช่น รับบริจาคจากประชาชน ในชุมชน ร่วมจัดทำคำป่า เพื่อนำเงินมาใช้ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ในชุมชน	13.2	36.4	35.7	11.6	3.1	3.45	ปานกลาง
8. การแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับผู้ค้า ผู้เสพ แหล่งพักยา ในชุมชนให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทราบ	27.1	47.3	16.3	7.8	1.6	3.91	มาก
9. การนำผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดในชุมชนเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ	27.9	34.9	24.0	7.0	6.2	3.71	มาก
10. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาเสพติดให้กับประชาชนในชุมชน ได้รับทราบ	45.0	32.6	17.8	3.9	0.8	4.17	มาก

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	แปลผล
	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น		
	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย		
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
11.เผยแพร่วามรู้เกี่ยวกับ การป้องกันและแก้ไข ยาเสพติดให้กับ ประชาชนในชุมชน ได้รับทราบ	39.5	37.2	17.1	6.2	0.0	4.10	มาก
12.ประสานงานกับ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการ ดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขยาเสพติด ของชุมชน	29.5	44.2	20.2	6.2	0.0	3.97	มาก

ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านการปฏิบัติการ อยู่ในระดับมาก จำนวน 5 ข้อ เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดให้กับประชาชนในชุมชนได้รับทราบ ( $\bar{X} = 4.17$  S.D. = 0.91) เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดให้กับประชาชนในชุมชนได้รับทราบ ( $\bar{X} = 4.10$  S.D. = 0.90) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขยาเสพติดของชุมชน ( $\bar{X} = 3.97$  S.D. = 0.87) การแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับผู้ค้า ผู้เสพ แหล่งพักยาในชุมชนให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทราบ ( $\bar{X} = 3.91$  S.D. = 0.94) การนำผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดในชุมชนเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ( $\bar{X} = 3.71$  S.D. = 1.13) และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 ข้อ เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่น ๆ เช่น รับบริจาคจากประชาชนในชุมชนร่วมจัดทำผ้าป่า เพื่อนำเงินมาใช้ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

( $\bar{X} = 3.49$  S.D. = 0.97) บริจาคเงินหรือวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข  
ปัญหาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.40$  S.D. = 1.16) ดังตารางที่ 4.3

### 2.3 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วม ในผลประโยชน์

ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการ  
มีส่วนร่วมในผลประโยชน์ จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมรายชื่อ ดังนี้

ตารางที่ 4.4 ร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา  
เสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ จำแนกรายชื่อ (n = 120)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	แปลผล
	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น		
	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย		
	มากที่สุด	มาก	ปาน	น้อย	น้อย		
			กลาง		ที่สุด		
13.ได้รับคำตอบแทนจาก การดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหา เสพติดในชุมชน	11.6	26.4	31.8	18.6	11.6	3.08	ปาน กลาง
14.ได้รับประกาศเกียรติ คุณจากการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหา เสพติดในชุมชน	10.1	35.7	27.9	16.3	10.1	3.19	ปาน กลาง
15.ประชาชนยกย่องในผล การดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหา เสพติดในชุมชน	12.4	35.7	40.3	7.8	3.1	3.51	ปาน กลาง



ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	แปลผล
	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น		
	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย		
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
16. ได้รับการยอมรับจากประชาชนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน	14.0	44.2	34.1	7.0	0.8	3.64	ปานกลาง
17. ได้รับการชื่นชมจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน	15.5	41.9	30.2	8.5	3.1	3.63	ปานกลาง

ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ได้รับการยอมรับจากประชาชนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.64$  S.D. = 0.84) ได้รับการชื่นชมจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.63$  S.D. = 1.07) ประชาชนยกย่องในผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.51$  S.D. = 1.04) ได้รับประกาศเกียรติคุณจากการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.19$  S.D. = 1.14) ได้รับค่าตอบแทนจากการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.08$  S.D. = 1.18) ดังตารางที่ 4.4

## 2.4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมรายชื่อ ดังนี้

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกรายชื่อ (n = 120)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	แปลผล
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นปานกลาง	เห็นน้อย	เห็นน้อยที่สุด		
	18.ติดตามการดำเนินงานของชุมชนว่าเป็นไปตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด	16.3	46.5	32.6	4.7		
19.วัดความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน	14.0	43.4	31.8	10.1	0.8	3.60	ปานกลาง
20.เสนอแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด	18.6	45.0	34.1	1.6	0.8	3.79	มาก

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	แปลผล
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด		
	21. ค้นหาข้อดี ข้อบกพร่องจากการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงแก้ไขแผนงานครั้งต่อไป	30.2	34.1	30.2	4.7		

ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับมาก จำนวน 3 ข้อ เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ค้นหาข้อดี ข้อบกพร่อง จากการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงแก้ไขแผนงานครั้งต่อไป ( $\bar{X} = 3.88$  S.D. = 0.92) เสนอแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ( $\bar{X} = 3.79$  S.D. = 0.79) ติดตามการดำเนินงานของชุมชนว่า เป็นไปตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ( $\bar{X} = 3.74$  S.D. = 0.78) และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 ข้อ คือ วัดความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.60$  S.D. = 0.88) ดังตารางที่ 4.5

#### 2.5 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนรายด้าน

ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมรายด้าน ดังนี้

ตารางที่ 4.6 ร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน จำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 120)

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม			$\bar{X}$	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
ด้านการตัดสินใจ	72.5	27.5	0.0	4.03	มาก
ด้านการปฏิบัติการ	59.2	38.3	2.5	3.76	มาก
ด้านผลประโยชน์	34.2	59.2	6.7	3.35	ปานกลาง
ด้านการประเมินผล	56.7	41.7	1.7	3.70	มาก
การมีส่วนร่วมรวม	59.2	40.0	0.8	3.72	มาก

จากการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน จำนวนรายด้านอยู่ในระดับมาก จำนวน 3 ด้าน เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ( $\bar{X} = 4.03$  S.D. = 0.59) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ( $\bar{X} = 3.76$  S.D. = 0.61) และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ( $\bar{X} = 3.70$  S.D. = 0.56) และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ( $\bar{X} = 3.35$  S.D. = 0.72)

โดยเมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในภาพรวม พบว่า ผู้นำชุมชนมีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.72$  S.D. = 0.50) ดังตารางที่ 4.6

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ใช้การทดสอบไคสแควร์ จากการแบ่งระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของผู้นำชุมชนรายด้านพบว่า บางด้านมีจำนวนของผู้นำที่มีส่วนร่วมระดับน้อย จำนวนน้อยมาก เนื่องจากการใช้สถิติ Chi-square test กำหนดให้จำนวนข้อมูลแต่ละกลุ่มย่อย (cell) ต้องมีจำนวนมากพอ ซึ่งค่าความถี่ที่คาดหวังที่มีจำนวนต่ำกว่า 5

มีต้องไม่เกินร้อยละ 20 ดังนั้นเพื่อให้สามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ได้ จึงทำการรวมกลุ่มที่มีส่วนร่วมระดับปานกลางและน้อยเข้าด้วยกัน ยกเว้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ไม่มีระดับน้อยและการมีส่วนร่วม โดยรวมที่ตัดการมีส่วนร่วมระดับน้อยออก เนื่องจากมีเพียง 1 ราย คงเหลือกลุ่มที่มีการมีส่วนร่วมในระดับมากและระดับปานกลาง

### 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม		รวม	$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง			
<b>เพศ</b>				0.703	0.421
ชาย	47(75.8)	15(24.2)	62(100.0)		
หญิง	40(69.0)	18(31.0)	58(100.0)		
รวม	87(72.5)	33(27.5)	120(100.0)		
<b>อายุ</b>				1.392	0.499
≤ 44 ปี	38(73.1)	14(26.9)	52(100.0)		
45 – 54 ปี	42(75.0)	14(25.0)	56(100.0)		
55 – 64 ปี	7(58.3)	5(41.7)	12(100.0)		
รวม	87(72.5)	33(27.5)	120(100.0)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				0.484	0.758
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	12(80.0)	3(20.0)	15(100.0)		
คู่	75(71.4)	30(28.6)	105(100.0)		
รวม	87(72.5)	33(27.5)	120(100.0)		

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม		รวม	$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง			
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				9.129	0.028*
ประถมศึกษา	44(80.0)	11(20.0)	55(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	21(72.4)	8(27.6)	29(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17(73.9)	6(26.1)	23(100.0)		
ปวส./อนุปริญญาตรีขึ้นไป	5(38.5)	8(61.5)	13(100.0)		
รวม	87(72.5)	33(27.5)	120(100.0)		
<b>ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน</b>				20.796	<0.001**
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	16(100.0)	0(0.0)	16(100.0)		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	22(73.3)	8(26.7)	30(100.0)		
สมาชิก อบต.	13(43.3)	17(56.7)	30(100.0)		
อสม.	36(81.8)	8(18.2)	44(100.0)		
รวม	87(72.5)	33(27.5)	120(100.0)		
<b>ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน</b>				1.391	0.350
1-10 ปี	62(69.7)	27(30.3)	89(100.0)		
> 10 ปี	25(80.6)	6(19.4)	31(100.0)		
รวม	87(72.5)	33(27.5)	120(100.0)		
<b>การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด</b>				0.785	0.508
ไม่เคย	10(83.3)	2(16.7)	12(100.0)		
เคย	77(71.3)	31(28.7)	107(100.0)		
รวม	87(72.5)	33(27.5)	120(100.0)		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุด และตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน และการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ดังตารางที่ 4.7

### 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม		รวม	$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง-น้อย			
<b>เพศ</b>				0.995	0.356
ชาย	34(54.8)	28(45.2)	62(100.0)		
หญิง	37(63.8)	21(36.2)	58(100.0)		
รวม	71(59.2)	49(40.8)	120(100.0)		
<b>อายุ</b>				6.527	0.038*
≤ 44 ปี	32(61.5)	20(38.5)	52(100.0)		
45 – 54 ปี	36(64.3)	20(35.7)	56(100.0)		
55 – 64 ปี	3(25.0)	9(75.0)	12(100.0)		
รวม	71(59.2)	49(40.8)	120(100.0)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				0.399	0.587
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	10(66.7)	5(33.3)	15(100.0)		
คู่	67(58.1)	61(58.1)	105(100.0)		
รวม	71(59.2)	49(40.8)	120(100.0)		

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม		รวม	$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง-น้อย			
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				1.977	0.577
ประถมศึกษา	32(61.5)	23(41.8)	55(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	16(55.2)	13(44.8)	29(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13(56.5)	10(43.5)	23(100.0)		
ปวส./อนุปริญญาตรีขึ้นไป	10(76.9)	3(23.1)	13(100.0)		
รวม	71(59.2)	49(40.8)	120(100.0)		
<b>ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน</b>				3.830	0.280
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	13(81.3)	3(18.8)	16(100.0)		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	16(53.3)	14(46.7)	30(100.0)		
สมาชิก อบต.	17(56.7)	13(43.3)	30(100.0)		
อสม.	25(56.8)	19(43.2)	44(100.0)		
รวม	71(59.2)	49(40.8)	120(100.0)		
<b>ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน</b>				0.495	0.530
1-10 ปี	51(57.3)	38(42.7)	89(100.0)		
> 10 ปี	20(64.5)	11(35.5)	31(100.0)		
รวม	71(59.2)	49(40.8)	120(100.0)		
<b>การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</b>				0.310	0.759
ไม่เคย	8(66.7)	4(33.3)	12(100.0)		
เคย	63(58.3)	45(41.7)	108(100.0)		
รวม	71(59.2)	49(40.8)	120(100.0)		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน และการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ดังตารางที่ 4.8

### 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม			$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง-น้อย	รวม		
<b>เพศ</b>				0.490	0.556
ชาย	23(37.1)	39(62.9)	62(100.0)		
หญิง	18(31.0)	40(69.0)	58(100.0)		
รวม	41(34.2)	79(65.8)	120(100.0)		
<b>อายุ</b>				0.775	0.679
≤ 44 ปี	17(32.7)	35(67.3)	52(100.0)		
45 – 54 ปี	21(57.1)	35(62.5)	56(100.0)		
55 – 64 ปี	3(25.0)	9(75.0)	12(100.0)		
รวม	41(34.2)	79(65.8)	120(100.0)		

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม			$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง- น้อย	รวม		
<b>สถานภาพสมรส</b>				0.429	0.576
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	4(26.7)	11(26.7)	15(100.0)		
คู่	37(35.2)	68(64.8)	105(100.0)		
รวม	41(34.2)	79(65.8)	120(100.0)		
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				5.232	0.156
ประถมศึกษา	23(41.8)	32(58.2)	55(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	11(37.9)	18(62.1)	29(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5(21.7)	18(78.3)	23(100.0)		
ปวส./อนุปริญญาตรีขึ้นไป	2(15.4)	11(84.6)	13(100.0)		
รวม	41(34.2)	79(65.8)	120(100.0)		
<b>ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน</b>				2.765	0.429
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	6(37.5)	10(62.5)	16(100.0)		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	13(43.3)	17(56.7)	30(100.0)		
สมาชิก อบต.	7(23.3)	23(76.7)	30(100.0)		
อสม.	15(34.1)	29(65.9)	44(100.0)		
รวม	41(34.2)	79(65.8)	120(100.0)		
<b>ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน</b>				0.068	0.830
1-10 ปี	31(34.8)	58(69.2)	89(100.0)		
> 10 ปี	10(32.3)	21(67.7)	31(100.0)		
รวม	41(34.2)	79(65.8)	120(100.0)		
<b>การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</b>				0.333	0.541
ไม่เคย	5(41.7)	7(58.3)	12(100.0)		
เคย	36(33.3)	72(66.7)	108(100.0)		
รวม	41(34.2)	79(65.8)	120(100.0)		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน และการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ดังตารางที่ 4.9

### 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม			$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง-น้อย	รวม		
<b>เพศ</b>				0.102	0.854
ชาย	36(58.1)	26(41.9)	62(100.0)		
หญิง	32(55.2)	26(44.8)	58(100.0)		
รวม	68(56.7)	52(43.3)	120(100.0)		
<b>อายุ</b>				5.520	0.063
≤ 44 ปี	32(61.5)	20(38.5)	52(100.0)		
45 – 54 ปี	33(58.9)	23(41.1)	56(100.0)		
55 – 64 ปี	3(25.0)	9(75.0)	12(100.0)		
รวม	68(56.7)	52(43.3)	120(100.0)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				0.078	0.781
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	9(60.0)	6(40.0)	15(100.0)		
คู่	59(56.2)	46(43.8)	105(100.0)		
รวม	68(56.7)	52(43.3)	120(100.0)		

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม			$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง- น้อย	รวม		
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				4.968	0.174
ประถมศึกษา	28(50.9)	27(49.1)	55(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	20(69.0)	9(31.0)	29(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15(65.2)	8(34.8)	23(100.0)		
ปวส./อนุปริญญาตรีขึ้นไป	5(38.5)	8(61.5)	13(100.0)		
รวม	68(56.7)	52(43.3)	120(100.0)		
<b>ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน</b>				5.430	0.143
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	12(75.0)	4(25.0)	16(100.0)		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	14(46.7)	16(53.3)	30(100.0)		
สมาชิก อบต.	20(66.7)	10(33.3)	30(100.0)		
อสม.	22(50.0)	22(50.0)	44(100.0)		
รวม	68(56.7)	52(43.3)	120(100.0)		
<b>ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน</b>				3.694	0.062
1-10 ปี	55(61.8)	34(38.2)	89(100.0)		
> 10 ปี	13(41.9)	17(58.1)	31(100.0)		
รวม	68(56.7)	52(43.3)	120(100.0)		
<b>การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</b>				0.543	0.550
ไม่เคย	8(66.7)	4(33.3)	12(100.0)		
เคย	60(55.6)	48(44.4)	108(100.0)		
รวม	68(56.7)	52(43.3)	120(100.0)		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน และการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ดังตารางที่ 4.10

### 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนในภาพรวมทุกด้าน

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม		รวม	$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง			
<b>เพศ</b>				0.142	0.713
ชาย	38(61.3)	24(38.7)	62(100.0)		
หญิง	33(57.9)	24(40.3)	57(100.0)		
รวม	71(59.7)	48(40.3)	119(100.0)		
<b>อายุ</b>				10.807	0.005**
≤ 44 ปี	31(60.8)	20(39.2)	51(100.0)		
45 – 54 ปี	38(67.9)	18(32.1)	56(100.0)		
55 – 64 ปี	2(16.7)	10(83.3)	12(100.0)		
รวม	71(59.7)	48(40.3)	119(100.0)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				2.357	0.155
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	11(78.6)	3(21.4)	14(100.0)		
คู่	60(57.1)	45(42.9)	105(100.0)		
รวม	71(59.7)	48(40.3)	119(100.0)		

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม		รวม	$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง			
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				3.636	0.304
ประถมศึกษา	36(66.7)	18(33.3)	54(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	17(58.6)	12(41.4)	29(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13(56.6)	10(43.5)	23(100.0)		
ปวส./อนุปริญญาตรีขึ้นไป	5(38.5)	8(61.5)	13(100.0)		
รวม	71(59.7)	48(40.3)	119(100.0)		
<b>ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน</b>				11.172	0.011*
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	15(93.8)	1(6.3)	16(100.0)		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	17(56.7)	13(43.3)	30(100.0)		
สมาชิก อบต.	13(43.3)	17(56.7)	30(100.0)		
อสม.	26(60.5)	17(39.5)	43(100.0)		
รวม	71(59.7)	48(40.3)	119(100.0)		
<b>ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน</b>				0.002	0.965
1-10 ปี	53(59.6)	36(40.4)	89(100.0)		
> 10 ปี	18(60.0)	12(40.0)	30(100.0)		
รวม	71(59.7)	48(40.3)	119(100.0)		
<b>การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต</b>				1.304	0.357
ไม่เคย	9(75.0)	3(25.0)	12(100.0)		
เคย	62(57.9)	45(42.1)	107(100.0)		
รวม	71(59.7)	48(40.3)	119(100.0)		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนของผู้นำชุมชนภาพรวมทุกด้าน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม พบว่า อายุ และตำแหน่งปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน และการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ดังตารางที่ 4.11

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของผู้นำชุมชน ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย โดยสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

1.1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 *กลุ่มประชากรและตัวอย่าง* เป็นผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใน 15 หมู่บ้าน ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย จำนวน 244 คน หาขนาดตัวอย่าง ใช้เกณฑ์ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน โดยกำหนดเป็นร้อยละของประชากรในการพิจารณา ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ขนาดตัวอย่างที่ร้อยละ 50 ได้ขนาดตัวอย่าง 120 คน เลือกตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ศึกษาทุกหน่วยประชากร หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 75 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งผู้นำชุมชนอื่น ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย โดยจับฉลากเลือก หมู่บ้านละ 3 คน จำนวน 45 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 120 คน

1.2.2 *เครื่องมือในการวิจัย* แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน



ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน มีคำถามจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน จำนวนคำถาม 21 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

**1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล** เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม 2553 โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล** หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่กำหนดแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ลงรหัสตามตัวแปรที่กำหนด จากนั้นประมวลผลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

**1.2.5 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด เพื่อแสดงลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้ Chi – Square test โดยกำหนดการมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

### 1.3 ผลการวิจัย

**1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล** พบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.7) มีอายุระหว่าง 45 – 54 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.7) อายุต่ำที่สุด คือ 25 ปี และอายุสูงที่สุด คือ 64 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 45 ปี ( $\bar{X} = 45.28$  S.D. = 7.40) มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 87.5) การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 45.8) ตำแหน่งในชุมชนเป็น อสม. มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน 1-10 ปี (ร้อยละ 74.2) ระยะเวลาสั้นที่สุด คือ 1 ปี และระยะเวลา มากที่สุด คือ 30 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 8 ปี ( $\bar{X} = 7.63$  S.D. = 6.57) ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (ร้อยละ 90.0) โดยได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่ปกครองมากที่สุด (ร้อยละ 70.4)

**1.3.2 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน** พบว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน จำนวนรายด้าน อยู่ในระดับมาก จำนวน 3 ด้าน เรียงจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ( $\bar{X} = 4.03$  S.D. = 0.59) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ( $\bar{X} = 3.76$  S.D. = 0.61) และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ( $\bar{X} = 3.70$  S.D. = 0.56) และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ( $\bar{X} = 3.35$  S.D. = 0.72) เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไข

ปัญหาเสพติดในภาพรวม พบว่า ผู้นำชุมชนมีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.72$  S.D. = 0.50)

### 1.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติดในชุมชน

1) การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุด และตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ด้านการตัดสินใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน และการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2) การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติการ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน และการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

3) การมีส่วนร่วมด้านผลประโยชน์ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน และการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านผลประโยชน์

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน และการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้านการประเมินผล

5) การมีส่วนร่วมในภาพรวมทุกด้าน พบว่า อายุ และตำแหน่งปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน และการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

## 2. อภิปรายผล

2.1 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของผู้นำชุมชน เมื่อพิจารณาในภาพรวมทุกด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.2 อาจเนื่องจากพื้นที่ตำบลสระใครที่ผู้วิจัยศึกษา เป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติด ผู้นำชุมชนจึงเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพจิต และร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว และนอกจากนี้หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องยังให้ความสำคัญและส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนชุมชน มีบทบาทมากขึ้นในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของตนเอง โดยหลักการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต เชื่อว่าถ้าหากคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้ว ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ถึงปัจจัยพื้นฐานและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติดลงได้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 7, 2550) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเอกพร จุ้ยสำราญ (2546) ที่พบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด อยู่ในระดับมาก

2.2 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของผู้นำชุมชน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.5, 59.2 และ 56.7 ตามลำดับ อาจเนื่องจากการมีส่วนร่วมทั้ง 3 ด้านดังกล่าว เป็นบทบาทหลักของผู้นำชุมชน ที่ต้องศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพจิตของพื้นที่ กำหนดแนวทางและดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2545) ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.2 เนื่องมาจากการมีส่วนร่วมด้านดังกล่าวเป็นผลจากการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในชุมชนของผู้นำชุมชน เช่น การได้รับขวัญกำลังใจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการยอมรับของประชาชน ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) ที่พบว่า คณะกรรมการชุมชนเมืองมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในชุมชนเมือง ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการประชุม ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่าการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

## 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของผู้นำชุมชน พบว่า

2.3.1 **อายุ** มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้นำชุมชนกลุ่มอายุ 45–54 ปี และกลุ่มอายุ 44 ปี ลงไป มีสัดส่วนของการมีส่วนร่วมในระดับมาก สูงกว่ากลุ่มอายุ 55 ปี ขึ้นไป อาจเนื่องจากข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำชุมชนในศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุในช่วงดังกล่าว ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีสภาวะร่างกายที่แข็งแรงและมีประสบการณ์ ที่จะสามารถดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประมวล ศรีทอง (2547) ที่พบว่า ปัจจัยด้านอายุ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ลลิตา ศรีสวัสดิ์ (2547) ที่พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และบำรุง ดุญน้อย (2546) ที่พบว่า ประชาชนที่มีอายุแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน

2.3.2 **ระดับการศึกษา** ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนในภาพรวม แต่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้นำชุมชนที่มีระดับการศึกษาปวส./อนุปริญญาตรีขึ้นไป มีสัดส่วนการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด อาจเนื่องจากผู้นำชุมชนที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มัธยมศึกษา มักประกอบอาชีพเกษตรกร ทำงานอยู่ในชุมชน ที่มีเวลาในการมีส่วนร่วมในการประชุมตัดสินใจได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาปวส./อนุปริญญาตรีขึ้นไป ที่อาจต้องไปประกอบอาชีพนอกชุมชน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประมวล ศรีทอง (2547) ที่พบว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) ที่พบว่า ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเมือง ของคณะกรรมการชุมชนเมือง แต่แตกต่างจากการศึกษาของวุฒิพงษ์ ภักดีกุล (2549) ที่พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

2.3.3 **ตำแหน่ง** เป็นผู้นำชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งเป็นกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน มีสัดส่วนของการมีส่วนร่วมในระดับมาก สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 93.8, 60.5, 56.7 และ 43.3 ตามลำดับ อาจเนื่องจากผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งเป็นกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน มีอำนาจและ

หน้าที่ตามกฎหมายรับรอง ส่งผลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสูงกว่าผู้นำกลุ่มอื่น ๆ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพงษ์ ภัคติกุล (2549) ที่พบว่าตำแหน่งในชุมชนของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**2.3.4 เพศ** ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้นำชุมชนทั้งเพศชายและเพศหญิง มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ทั้งในระดับมากและปานกลางมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากผู้นำชุมชนทั้งเพศชายและเพศหญิงสามารถมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนในทุกด้านได้ ใกล้เคียงกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพงษ์ ภัคติกุล (2549) ที่พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน แต่แตกต่างจากการศึกษาของประมวล ศรีทอง (2547) ที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

**2.3.5 สถานภาพสมรส** ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้นำชุมชนที่มีสถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่า/แยกและคู่ มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ทั้งในระดับมากและปานกลางมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากผู้นำชุมชนถูกคัดเลือกเข้ามาในตำแหน่งมีสถานภาพสมรสที่หลากหลาย การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพงษ์ ภัคติกุล (2549) ที่พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรสของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

**2.3.6 ประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน** ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชน กลุ่มระยะเวลา 1-10 ปี และกลุ่มมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ทั้งในระดับมากและปานกลางมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากพื้นที่ตำบลสระใครที่ผู้วิจัยศึกษา เป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติด หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญกับปัญหายาเสพติดมากขึ้นและจริงจัง มีการดำเนินงาน ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนทุกคนในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพงษ์ ภัคติกุล (2549) ที่พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ทำงานของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน แต่แตกต่างจากการศึกษา

ของลลิตา ศรีสวัสดิ์ (2547) ที่พบว่า ประชาชนที่มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งทางสังคมแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดแตกต่างกัน

**2.3.7 การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด** ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้นำชุมชนทั้งในกลุ่มที่เคยและไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ทั้งในระดับมากและปานกลางมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญกับปัญหาเสพติดมากขึ้น และจริงจัง มีการอบรมผู้นำชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาเสพติดอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของดวงเดือน จุลทรานต์ (2548) ที่พบว่า การฝึกอบรมเรื่อง การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเมือง ของคณะกรรมการชุมชนเมือง

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำ ผลวิจัยไปใช้ต่อไป

3.1.1 จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนของผู้นำชุมชน ในภาพรวมส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นในการดำเนินงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ควรเน้นให้ผู้นำชุมชน ดำรงบทบาทด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ขณะเดียวกันควรเพิ่มโอกาสให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมด้านผลประโยชน์ เพิ่มมากขึ้น โดยสร้างขวัญกำลังใจที่เกิดจากการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน เช่น การได้รับเบี้ยเลี้ยง ค่าตอบแทน การยกย่องชมเชย ประกาศเกียรติคุณ หรืออื่น ๆ ทั้งนี้ให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

3.1.2 จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ และตำแหน่งปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มผู้นำชุมชนที่มีอายุต่ำกว่า 55 ปี เป็นแกนนำในการดำเนินงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน และกำหนดบทบาทให้กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน มีเป็นแกนนำในการป้องกัน

และแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ในขณะที่เดียวกันควรหาวิธีการกระตุ้นให้ผู้นำกลุ่มอื่น ๆ เช่น อสม. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการและได้รับการฝึกอบรม ความรู้ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อจะได้เข้าใจแนวทางและมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานอย่างชัดเจน ครอบคลุมและเกิดความต่อเนื่อง

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรทำการศึกษาวิจัยในเรื่องเดียวกันนี้กับประชากรกลุ่มอื่น ไม่ว่าจะเป็น อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน หรือกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้ทราบถึงการมีส่วนร่วม เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหา และวิธีการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น

3.2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของผู้นำชุมชน ในแต่ละพื้นที่ที่จำแนกตามขนาดความรุนแรงของปัญหายาเสพติด เพื่อที่จะ ได้นำข้อมูลมาวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหา และวิธีการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา

3.2.3 ควรมีการศึกษากการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในชุมชนของผู้นำชุมชน ในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาและพัฒนา กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

## บรรณานุกรม



### บรรณานุกรม

- คณิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม และคณะ (2545) รายงานการวิจัยแนวทางการเสริมสร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมทางรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ปัญหาอุปสรรคและทางออก กรุงเทพมหานคร สถาบันพระปกเกล้า
- เฉลิม เกิดโมลี (2543) แนวทางการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย ในเอกสารประกอบการเสวนาวิพากษ์ตัวแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน สถาบันพระปกเกล้า
- ชูชาติ พ่วงสมจิตร (2540) “การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนกับโรงเรียนประถมศึกษาในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา ภาควิชาบริหารการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) “การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเมือง: กรณีศึกษาแขวงหิรัญรุจี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร” ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) ศิลปศาสตรคณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ทงศักดิ์ คุ่มไข่น้ำ (2531) หลักการพัฒนาชุมชน ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา กรุงเทพมหานคร ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- ธีรวุฒิ เอกะกุล (2543) ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นิภา ณีสกุล (2544) การแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ในตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ หน้า 505 – 515 กรุงเทพมหานคร วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง
- นิยม บัวบาน (2536) “การมีส่วนร่วมของแม่บ้านเกษตรกรในการพัฒนาการเลี้ยงสัตว์ ณ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- บำรุง ถุนน้อย (2546) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่เขตตำบลพลูตาหลวง จังหวัดชลบุรี” วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขานโยบายสาธารณะและการบริหารงานบุคคล มหาวิทยาลัยศรีปทุม

- เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ (2544) “การวิจัยการมีส่วนร่วมทางส่งเสริมการเกษตร” ในเอกสารประมวล  
สารคดีวิชาการวิจัยเพื่อส่งเสริมการเกษตร หน่วยที่ 9 นนทบุรี มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมาธิราช สาขาส่งเสริมการเกษตรและสหกรณ์
- ประมวล ศรีทอง (2547) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด:  
ศึกษากรณีกิ่งอำเภอคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์” ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)  
ศิลปศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ไพบุลย์ ปิ่นวัฒน์ชัย (2546) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามยาบ้า  
ในเขตอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร” สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์  
มหาบัณฑิตรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์
- ไพรัตน์ เจริญรินทร์ (2527) นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา  
ปัจจุบันในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา กรุงเทพมหานคร ศูนย์ศึกษา  
นโยบายสาธารณะสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภูมิธรรม เวชยชัย (2527) องค์การพัฒนาเอกชนในประเทศไทย สถานภาพ บทบาท และปัญหา  
กรุงเทพมหานคร คมสัน หุตะแพทย์ (บก.)
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526) หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท กรุงเทพมหานคร  
ไทยอนุเคราะห์ไทย
- ลลิตา ศรีสวัสดิ์ (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไข  
ปัญหาเสพติด : กรณีศึกษาจังหวัดสระบุรี” ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)  
ศิลปศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- วาทัญญู รุ่งรัมย์ (2547) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด :  
ศึกษาเฉพาะกรณีสถานีตำรวจภูธรอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร” ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
(พัฒนาสังคม) ศิลปศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- วรรณิการ์ ภูมิวงศ์พิทักษ์ (2540) “ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของประชาชน  
ในโครงการครอบครัวและชุมชนพัฒนา: ศึกษากรณีชุมชนควงแข เขตประทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคม  
สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- วุฒิพงษ์ ภักดีกุล (2549) “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด  
ของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์  
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น

- ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดหนองคาย (2546) *แนวทางการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานจังหวัดหนองคาย*
- ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดหนองคาย (2553) *ผลการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดหนองคาย สำนักงานจังหวัดหนองคาย*
- สุรพล ปธานวนิช (2528) *การป้องกันปัญหายาเสพติด กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์อักษรไทย*
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2545) *ยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติด กรุงเทพมหานคร ธรรมสาร*
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 7 (2550) *แนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการ ปิงบประมาณ 2551 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 7*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (2553) *การดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดจังหวัดหนองคาย ในเอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดหนองคาย*
- อดิน รพีพัฒน์ (2527) *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย กรุงเทพมหานคร ศักดิ์โสภการพิมพ์*
- เอกพร จุ้ยสำราญ (2546) *“บทบาทของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี” ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์) ศิลปะศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*
- Best, J.W. (1977) *Research in Education* (3<sup>rd</sup> ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice-Hall .
- Cohen Jonh,M.&Uphoff Norton,T. (1977) *Rural development participation : concept and measures for project design, implementation and evaluation* Rural development monograph
- Cohen Jonh,M.&Uphoff Norton,T. (1980) “Participation’s place in rural development : Seeking clarity through specificity” *World Development*. Vol.8 No.3 p.213-235.
- WHO. (1981) *Community Involvement in Health for Primary Health Care* Geneva : WHO.

## ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

## ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

### 1. อาจารย์ประเสริฐ บินตะกู (Mr. Prasert Bintaku)

#### ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2534 ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ป.พนักงานอนามัย)  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
- พ.ศ. 2537 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.)  
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- พ.ศ. 2552 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)

#### สถานที่ทำงาน

สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนวาปี  
หมู่ 11 บ้านรัตนวาปี ตำบลรัตนวาปี อำเภอรัตนวาปี  
จังหวัดหนองคาย 43120  
โทรศัพท์ 0-4241-8233, 08-6225-8231  
โทรสาร 0-4241-8233  
e mail : rutana\_healthcenter@yahoo.com

#### ตำแหน่ง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

**2. อาจารย์พิชัย สุขสบาย****ประวัติการศึกษา**

พ.ศ. 2532

วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2540

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด) มหาวิทยาลัยมหิดล

**สถานที่ทำงาน**

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

**ตำแหน่ง**

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

**ภาคผนวก ข**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**



แบบสอบถามชุดที่.....

## แบบสอบถาม

**เรื่อง** การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของ ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับการวิจัยเพื่อทำรายงานการศึกษาชั้นคว่ำอิสระของนางสาวนันทริกา มนตรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ในระดับปริญญาโท หลักสูตร ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สร้างขึ้นเพื่อศึกษาความคิดเห็นของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ 15 หมู่บ้าน ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ข้อมูลต่าง ๆ ที่ศึกษาในเชิงวิชาการจะไม่มีผลสะท้อนกลับในแง่ลบแก่ท่านผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านได้ให้คำตอบในการตอบแบบสอบถามตามข้อเท็จจริง ทั้งนี้ หวังว่าคงจะได้รับความกรุณาจากท่านเป็นอย่างดี

.....  
แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 สอบถามข้อมูลการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จำนวน 21 ข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง หรือเติมคำในช่องว่าง ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. เพศ ( ) 1. เพศชาย ( ) 2. เพศหญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (เศษของปีนับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย/หย่า/แยก

## 4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

- ( ) 1. ไม่ได้เรียน  
 ( ) 2. ประถมศึกษา  
 ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)  
 ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)/ปวช.หรือเทียบเท่า  
 ( ) 5. ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า  
 ( ) 6. ปริญญาตรี  
 ( ) 7. สูงกว่าปริญญาตรี  
 ( ) 8. อื่น ๆ ระบุ.....

## 5. ตำแหน่งของท่านในปัจจุบัน

- ( ) 1. กำนัน ( ) 2. ผู้ใหญ่บ้าน ( ) 3. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน  
 ( ) 4. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ( ) 5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6. ระยะเวลาที่ท่านเป็นผู้นำชุมชน(รวมทุกตำแหน่ง)ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน.....ปี

7. ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดหรือไม่

- ( ) 1. ไม่เคย (ให้ข้ามไปตอบตอนที่ 2)  
 ( ) 2. เคยได้รับ จำนวน.....ครั้ง (ให้ตอบข้อ 8)

8. ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับความรู้/การฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจากหน่วยงานใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |                             |             |       |
|-----------------------------|-------------|-------|
| ( ) 1. เจ้าหน้าที่ปกครอง    | จำนวน ..... | ครั้ง |
| ( ) 2. เจ้าหน้าที่ตำรวจ     | จำนวน ..... | ครั้ง |
| ( ) 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | จำนวน ..... | ครั้ง |
| ( ) 4. เจ้าหน้าที่ อ.บ.ต.   | จำนวน ..... | ครั้ง |
| ( ) 5. ครู                  | จำนวน ..... | ครั้ง |
| ( ) 6. พระภิกษุ             | จำนวน ..... | ครั้ง |
| ( ) 7. อื่น ๆ ระบุ.....     | จำนวน ..... | ครั้ง |

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน  
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา  
เสพติดในชุมชนของท่านแต่ละกิจกรรมตามความเป็นจริง โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

- เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวทั้งหมด  
เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวเป็นส่วนใหญ่  
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวในบางส่วน  
เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวเป็นส่วนน้อย  
เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว

ข้อที่	กิจกรรมการมีส่วนร่วม	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
1.	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล เกี่ยวกับสภาพปัญหาการระบาดของ ของยาเสพติดในชุมชนของท่าน					
2.	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินสาเหตุ ของปัญหาเสพติดในชุมชนของท่าน					
3.	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอความ คิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ในชุมชนของท่าน					
4.	ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก วิธีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติดในชุมชนของท่าน					
5.	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ ต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ของท่าน					

ข้อที่	กิจกรรมการมีส่วนร่วม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
6.	การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ท่านบริจาคเงินหรือวัสดุ อุปกรณ์ ต่างๆ ของท่านในการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตใน ชุมชนของท่าน					
7.	ท่านมีส่วนร่วมระดมทรัพยากรจาก แหล่งอื่น ๆ เช่น รับบริจาคจาก ประชาชนในชุมชน ร่วมจัดทำผ้าป่า เพื่อนำเงินมาใช้ในการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนของท่าน					
8.	ท่านมีส่วนร่วมในการแจ้งข่าวสาร เกี่ยวกับผู้ค้า ผู้เสพ แหล่งพักยา ในชุมชนของท่านให้หน่วยงาน ที่รับผิดชอบรับทราบ					
9.	ท่านมีส่วนร่วมในการนำผู้เสพ/ผู้ติด ยาเสพติดในชุมชนของท่านเข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพ					
10.	ท่านเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพจิตให้กับประชาชน ในชุมชนรับทราบ					
11.	ท่านเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และแก้ไขยาเสพติดให้กับประชาชน ในชุมชนรับทราบ					

ข้อที่	กิจกรรมการมีส่วนร่วม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
12.	ท่านประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของชุมชน					
13.	การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ท่านได้รับคำตอบแทนจากการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติดในชุมชน					
14.	ท่านได้รับประกาศเกียรติคุณจากการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติดในชุมชน					
15.	ประชาชนยกย่องในผลการดำเนินงาน การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ของท่าน					
16.	ท่านได้รับการยอมรับจากประชาชน จากการดำเนินงานการป้องกันและ แก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน					
17.	ท่านได้รับการชื่นชมจากเจ้าหน้าที่ จากหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด					
18.	การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ท่านติดตามการดำเนินงานของชุมชน ว่าเป็นไปตามแผนการป้องกันและ แก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนของ ท่านมากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	กิจกรรมการมีส่วนร่วม	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
19.	ท่านได้วัดความสำเร็จของการ ดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชนของท่าน					
20.	ท่านได้เสนอแนวทางแก้ไข เพื่อพัฒนาการดำเนินงานการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ของท่าน					
21	ท่านได้ค้นหาข้อดี ข้อบกพร่อง จากการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติดของชุมชนเพื่อนำมาใช้ ปรับปรุงแผนงานครั้งต่อไป					

...ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม...

**ประวัติผู้ศึกษา**

<b>ชื่อ</b>	นางสาวนันทริกา มนตรี
<b>วัน เดือน ปีเกิด</b>	2 ตุลาคม 2506
<b>สถานที่เกิด</b>	อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย
<b>ประวัติการศึกษา</b>	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2532 ประกาศนียบัตรการพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี อุบลราชธานี พ.ศ. 2534 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2553
<b>สถานที่ทำงาน</b>	ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย
<b>ตำแหน่ง</b>	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ