

Scam

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการขจัดปัญหาเสพติด  
จังหวัดสุพรรณบุรี

นายกฤษฎา อินเทียน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาสาธาณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2551

**Factors Affecting to Community Leaders on Participation in Drug Abuse  
Eradication in Suphan Buri Province**

**Mr. Kritsada Intian**

A Thesis 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

2008

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการจัดปัญหาเสพติด  
จังหวัดสุพรรณบุรี  
ชื่อและนามสกุล นายกฤษฎา อินเทียน  
แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์  
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา  
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ  
2. อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัตถ์สุนัน พงศ์มณีคุณ)

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ)

กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์)

กรรมการ

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์  
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา  
สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

วันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2552

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการจัดปัญหาสุขภาพเสพติด  
จังหวัดสุพรรณบุรี

ผู้วิจัย นายกฤษณา อินเทียน ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ (2) อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์  
ปีการศึกษา 2551

### บทคัดย่อ

การวิจัยวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยการติดต่อสื่อสารของผู้นำชุมชน (2) ระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพเสพติด (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพเสพติด และ (4) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพเสพติด

ประชากรที่ศึกษา คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านทุกคน ในพื้นที่ที่ปรากฏข่าวสารยาเสพติด 3 ปีติดต่อกันของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 323 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า (1) ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เป็นชาย มีอายุเฉลี่ย 46.61 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 11,934.37 บาทต่อเดือน มีระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 43.03 ปี มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชนเฉลี่ย 5.05 ปี เคยได้รับความรู้หรือการฝึกอบรมด้านยาเสพติดเฉลี่ย 3.75 ครั้ง และเคยติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับเจ้าหน้าที่ปกครองเฉลี่ย 6.72 ครั้ง (2) การมีส่วนร่วมในการจัดปัญหาสุขภาพเสพติดของผู้นำชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (3) ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน รายได้ การติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลภายนอก อาชีพเกษตรกรกรรม และเพศ มีอิทธิพลร่วมกันในการทำนายการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 19.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (4) ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพเสพติด คือ ขาดการให้ความร่วมมือจากกลุ่มวัยรุ่น ผู้ปกครอง และประชาชนในการจัดปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน โดยมีข้อเสนอแนะ คือ ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่น ผู้ปกครอง และประชาชน และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการจัดปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน

คำสำคัญ การมีส่วนร่วม ผู้นำชุมชน ปัญหาสุขภาพเสพติด

**Thesis title:** Factors Affecting Community Leaders on Participating in Drug Abuse Eradication in Suphan Buri Province

**Researcher:** Mr.Kritsada Intian; **Degree:** Master of Public Health (Public Health Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Warangkana Polprasert, Assistant Professor; (2) Dr.Chawthip Boromtanarat; **Academic year:** 2008

### Abstract

The purposes of this survey research were to study (1) the personal, socio-economic, and communicative factors of community leader; (2) participating level in drug abuse problem eradication of community leader; (3) factors affecting community leaders on participating in drug abuse problem eradication; and (4) problems, obstacles and suggestions of community leaders on participating in drug abuse eradication

This research population was 323 persons, including Kamnan (heads of a sub-district), village headmen, and village headman assistants in the area where narcotic information was recurrently reported for 3 consecutive years in Suphan Buri province. Data were collected by using a questionnaire, with its reliability of 0.89. Descriptive statistics (i.e., frequency, percentage, mean and standard deviation) and a stepwise multiple regression were used for data analyses.

The results revealed that: (1) On average, most community leaders were 46.61 years old, having elementary education level. Their average family income was 11,934.37 baht per month. They have been living in the community for 43.03 years, have been taking current positions in the current community for 5.05 years, have been trained on the narcotic knowledge for 3.75 times, and have coordinated with the state officers for 6.72 times; (2) the drug abuse eradication participation of the community leaders was at a moderate level; (3) length of current position in the community, income, coordination with the third party on drug abuse eradication, being agriculturists, and being males had 19.1% co-influential predictive power of community leaders on participating in drug abuse eradication at 0.05 statistically significant level; (4) major problems and obstacles for community leaders in participating on drug abuse eradication were lack of cooperation on drug abuse eradication from youth, parents, and community members. Suggestions from the study are that a training program for youth, parents, and community members on drug abuse eradication, and the community participation on drug abuse eradication empowerment should be launched.

**Keywords:** Participation, Community leader, Drug abuse

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ติดตามการทำวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิด นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ รวมทั้งได้กรุณาชี้แนะแนวทาง แก้ไขในการนำเสนอรายงานการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.เพชรน้อย ศรีผดุง รอง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี อาจารย์มัญญู ศูนย์สิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนเจดีย์ อาจารย์วิไล แก้วแกมเกษ นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ สถานีอนามัยตำบลคอนคา อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี อาจารย์อำพล ปานเพชร นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ สถานีอนามัยตำบลคอนมะเกลือ อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี และอาจารย์พันตำรวจโทวิเชียร อินเทียน รองผู้กำกับการฝ่ายสอบสวน สถานีตำรวจภูธรกรับใหญ่ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงษ์สวัสดิ์ อาจารย์จิตกรประภา บุญลอย และอาจารย์พรชัย ขุนคงมี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดสุพรรณบุรี ที่กรุณาเปิดอบรมหลักสูตรการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

และขอขอบพระคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

คุณค่าประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณของบิดามารดา ครูอาจารย์ และผู้ที่สนใจการศึกษาทั้งมวล รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพของระบบต่อไป

กฤษฎา อินเทียน

22 มิถุนายน 2552

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	7
สมมติฐานของการวิจัย .....	8
ขอบเขตของการวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	11
ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด .....	12
การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี .....	37
แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม .....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	66
ประชากร .....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	70
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	73
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	73

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	75
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	75
ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม.....	77
ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านการติดต่อสื่อสาร .....	79
ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดในชุมชน.....	82
ตอนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี.....	88
ตอนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการขจัดปัญหาเสพติด.....	98
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	101
สรุปการวิจัย .....	101
อภิปรายผล .....	103
ข้อเสนอแนะ .....	107
บรรณานุกรม .....	109
ภาคผนวก .....	120
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ.....	121
ข แบบสอบถามการวิจัย.....	124
ประวัติผู้วิจัย .....	132



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1	จำนวนประชากรในการศึกษาวิจัย จำแนกรายอำเภอ ..... 66
ตารางที่ 4.1	ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา ..... 76
ตารางที่ 4.2	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม จำแนกตามอาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน ..... 78
ตารางที่ 4.3	ข้อมูลด้านการติดต่อสื่อสาร จำแนกตามการรับความรู้/การฝึกอบรม ด้านยาเสพติด ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ..... 80
ตารางที่ 4.4	ข้อมูลด้านการติดต่อสื่อสาร จำแนกตามการติดต่อประสานงานด้าน ยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ..... 80
ตารางที่ 4.5	ระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด จังหวัดสุพรรณบุรี ..... 83
ตารางที่ 4.6	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด จังหวัดสุพรรณบุรี ..... 84
ตารางที่ 4.7	การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด จังหวัดสุพรรณบุรี ..... 85
ตารางที่ 4.8	การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด จังหวัดสุพรรณบุรี ..... 86
ตารางที่ 4.9	การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด จังหวัดสุพรรณบุรี ..... 87
ตารางที่ 4.10	เมตริกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรอิสระ 9 ตัวแปรที่มีผลต่อการมี ส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการขจัดปัญหาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี ..... 89
ตารางที่ 4.11	ตารางการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของ จังหวัดสุพรรณบุรี ..... 91
ตารางที่ 4.12	ตารางการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของ จังหวัดสุพรรณบุรี ..... 93

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.13 ตารางการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติดของ จังหวัดสุพรรณบุรี .....	94
ตารางที่ 4.14 ตารางการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติดของ จังหวัดสุพรรณบุรี .....	96
ตารางที่ 4.15 ตารางการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี .....	98
ตารางที่ 4.16 ปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติด จังหวัดสุพรรณบุรี .....	99
ตารางที่ 4.17 ข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติด จังหวัดสุพรรณบุรี .....	100

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	7
ภาพที่ 2.1 แผนภูมิแสดงวงจรการติดยาเสพติด .....	21
ภาพที่ 2.2 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ของขั้นตอนการมีส่วนร่วมของ โคอเฮนและอัฟฮอฟฟ์ ...	55

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาอาชญากรรมเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสนใจ และร่วมมือกันหาวิธีการแก้ไข ปัญหา ทั้งการป้องกันและปราบปราม รวมทั้งการบำบัดรักษา ทั้งนี้เพราะอาชญากรรมเป็นมหันตภัยของประชากรโลก เมื่อบุคคลใดเสพรหรือรับเข้าไปในร่างกายซ้ำๆกันแล้ว ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดเป็นระยะเวลานานติดต่อกัน จะทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ในอำนาจเป็นทาสสิ่งนั้น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านการเมืองและความมั่นคงของชาติ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามอาชญากรรม 2550: 1)

สำหรับประเทศไทยนั้นปัญหาอาชญากรรมยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่รัฐบาลถือเป็นนโยบายที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง ทั้งนี้เพราะปัญหาอาชญากรรมที่มีการแพร่ระบาดในทุกระดับของประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกขณะ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยได้กำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยส่วนใหญ่แล้วจะเน้นในเรื่องของการปราบปรามของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ แต่ปัญหายาเสพติดก็ยังไม่ลดลง ตรงกันข้ามกลับแพร่ระบาดออกไปทุกทิศทุกทางและกระจายออกไปสู่กลุ่มชนทุกระดับ จึงมีการปรับกระบวนการในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายในสังคม ให้ผืนีกำลังคนในการป้องกันและแก้ไข มุ่งให้ชุมชนและหน่วยงานทุกหน่วยงานช่วยกันสร้างกระแสต่อต้านและกดดันการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ด้วยการจัดระบบบริหารจัดการที่ชัดเจน เข้มแข็งและมีเอกภาพขององค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว สถานศึกษา และชุมชนอย่างเป็นกระบวนการและต่อเนื่อง โดยหน่วยราชการทุกหน่วยให้การประสานร่วมมือและสนับสนุน การที่จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหายาเสพติด จะต้องเริ่มจากการที่ชุมชนตระหนักในปัญหาว่ามีผลกระทบต่อชุมชน ได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจ และที่สำคัญคือร่วมใจ จะทำให้คนในชุมชนรู้สึกภูมิใจ รู้สึกรักชุมชน และเป็นเจ้าของโครงการดำเนินงานต่างๆ ความยั่งยืนและความต่อเนื่องก็จะตามมา การให้ชุมชนมีส่วนร่วม มีลักษณะตรงกันข้ามกับการดำเนินงานที่ผ่านมา ที่มักใช้ระบบสั่งการ (Top Down) เป็นส่วนใหญ่ ผลก็คือความไม่ต่อเนื่อง ไม่ยั่งยืน ไม่ผูกพัน ซึ่งการแก้ไขปัญหายา

หรือการพัฒนาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการพิจารณาเทคนิควิธีการที่จะทำให้ชุมชนมีความตระหนักและมีส่วนร่วมจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2550: 2)

นโยบายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี พ.ศ.2541 รัฐบาลได้ออกคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 141/2541 เรื่องนโยบายการดำเนินการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด โดยใช้กระบวนการ ราษฎร-รัฐ ร่วมใจต้านภัยยาเสพติด มองว่าผู้ติดยาเสพติดนั้นเป็นผู้ป่วย ซึ่งเน้นให้ราษฎรเข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการจัดตั้งประชาคมหมู่บ้านต่อต้านยาเสพติด ซึ่งประกอบด้วยบุคคลจากองค์กรต่างๆในชุมชนร่วมกัน เช่น ครู พระ ลูกเสือชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ข้าราชการ และองค์กรเอกชน เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข 2543: 48) นโยบายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอีกนโยบายหนึ่งที่มีความน่าสนใจในมิติด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน คือนโยบายด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ซึ่งรัฐบาลได้แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544 กำหนดนโยบายด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเป็นนโยบายเร่งด่วน รวมทั้งได้กำหนดนโยบายด้านยาเสพติดในนโยบายความมั่นคงแห่งรัฐ โดยสนับสนุนกองทัพในการให้ความร่วมมือแก่ส่วนราชการ องค์กร และประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดให้บรรลุอย่างเป็นรูปธรรม และในการกำหนดกลยุทธ์รองรับการกำหนดนโยบายนั้น ปรากฏยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับมิติด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ ยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2545: 3)

นโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรมและเข้มงวดเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 ถึงปัจจุบัน นอกจากจะเน้นเรื่องการป้องกันและปราบปรามแล้ว การสร้างองค์กรชุมชนให้มีความเข้มแข็งก็เป็นนโยบายที่สำคัญ โดยการสร้างโอกาสให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และหวังผลสำเร็จขององค์กรหนึ่ง ไปสู่อีกหนึ่ง โดยผ่านเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีการจัดตั้งอยู่แล้ว ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน การประชุม การศึกษาดูงาน การอบรม เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2537: 1-5)

ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการจัดความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างบทบาทขององค์กรภาครัฐและองค์กรนอกภาครัฐหรือองค์กรชุมชนในกระบวนการแก้ไขปัญหายา โดยทั้งสองส่วนยังคงมีบทบาทต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยกัน บนความสัมพันธ์และหลักการที่เหมาะสมตามบทบาทแนวใหม่ที่มุ่งเน้นการขยายกำลังการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้กว้างยิ่งขึ้น พื้นฐานของหลักการดังกล่าวถือเป็นการขยายกำลังในทางยุทธศาสตร์ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการแก้ไข

ปัญหาสุขภาพเสพติดในอนาคต ซึ่งมีหลักการและแนวความคิดที่สำคัญ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2537: 1-5)

1. หลักการที่จะให้ชุมชนมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน โดยการเคลื่อนย้ายบทบาทในฐานะศูนย์กลางจากภาครัฐไปสู่องค์กรชุมชนให้มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชนของคนได้ หลักการนี้เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และมุ่งเน้นกระบวนการแก้ไขปัญหากจากล่างสู่บน (Bottom-up) มากกว่าจากบนสู่ล่าง (Top-down)

2. หลักการที่จะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด เป็นกระบวนการพัฒนาที่เป็นทั้งวิธีการและเป้าหมาย กล่าวคือ การทำให้บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เป็นแนวทาง/วิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด และในขณะเดียวกันเป็นการเสริมสร้างกระบวนการรวมกลุ่มของชุมชนในการต่อสู้กับปัญหาสุขภาพเสพติด โดยนับนี้กิจกรรมการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดจึงมีความมุ่งหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับกระบวนการพัฒนาคนและการรวมกลุ่มในชุมชน

3. หลักการที่จะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดเป็นการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการ โดยความริเริ่มของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทั้งในด้านปัจเจกบุคคล และภูมิคุ้มกันทางสังคม ซึ่งเป็นการสร้างสถานะสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้ออำนวยในการลดปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน

4. หลักการที่จะให้กระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชนเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการได้ในทุกมาตรการของแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด ซึ่งประกอบด้วยด้านป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาที่ปรากฏในชุมชน โดยนับนี้เป็นการแสดงให้เห็นถึงสถานะไร้ข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านยาเสพติดในชุมชน

5. หลักการที่จะจัดความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของภาครัฐกับชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน กล่าวคือ ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในด้านสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมของชุมชนในกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด รวมทั้งการใช้อำนาจทางกฎหมายเข้าดำเนินการต่อกลุ่มผู้ค้า ส่วนบทบาทของชุมชนควรเป็นบทบาทหลักในฐานะเจ้าของปัญหาที่แท้จริง

6. หลักการที่จะทำให้กิจกรรมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดของชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมผสมผสานในงานด้านต่างๆของชุมชน ทั้งนี้เพราะการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดอย่างครบวงจรไม่อาจจะกระทำได้ด้วยกิจกรรมด้านยาเสพติดแต่เพียงประการเดียว หากต้องผสมผสานไปกับงานพัฒนาการรวมกลุ่มของชุมชนในด้านต่างๆ เช่น งานพัฒนาการรวมกลุ่มเยาวชน (To Be Number one) งานพัฒนาทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น ดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องอำนาจประโยชน์กันและกัน และมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาคนเป็นเป้าหมายสำคัญ

หลักการทั้ง 6 ประการ เป็นหลักการสำคัญในมิติใหม่ของการส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยมุ่งเน้นบทบาทให้ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหา และรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมแก้ไขปัญหาด้วยความรับผิดชอบของตน แต่เนื่องจากชุมชนมิได้มองปัญหาอย่างแยกส่วน เช่น หน่วยงานของรัฐที่ต่างก็มีหน้าที่เฉพาะหน่วยออกไป ดังนั้นการผสมผสานงานการแก้ไขปัญหาในทุกปัญหาที่ปรากฏในชุมชน จึงทำให้บทบาทของชุมชนดำเนินไปอย่างกว้างขวางเท่าที่ชุมชนเกิดความตระหนัก

แนวความคิดในการดำเนินงานของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดในหมู่บ้าน คือ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 7 2550)

1. เป็นกลไกหลักในหมู่บ้าน เป็นผู้นำจุดประกายสร้างกระแสสังคมให้เกิดปฏิกิริยาเคลื่อนไหวต่อต้านยาเสพติด
2. ร่วมมือส่วนราชการและองค์กรภาคเอกชนต่าง ๆ ในลักษณะ (พหุภาคี) ผนึกกำลังราชครู- รัฐร่วมใจด้านยาเสพติด ให้ยาเสพติดหมดไปจากหมู่บ้าน
3. พัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะของประชาคมหมู่บ้านให้เข้มแข็งและมีศักยภาพในการจัดการแก้ไขปัญหาเสพติดในหมู่บ้านด้วยตนเอง

เนื่องจากปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่ไม่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน จึงมีการปกปิดข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลของผู้ค้าและข้อมูลในส่วนของทางราชการ เช่น ข้อมูลการจับกุม การประกาศตนของผู้ที่ติดยาเสพติด และที่สำคัญพบว่าเป็นเรื่องของอิทธิพล ความปลอดภัย เป็นเหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้ผู้นำชุมชนไม่ได้แสดงบทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนได้อย่างเต็มศักยภาพ (ถนัด ไบยา และคณะ 2544: 3)

จังหวัดสุพรรณบุรี ประสบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดมาโดยตลอด โดยยาเสพติดที่พบมากที่สุดที่จังหวัดสุพรรณบุรี คือ ยาบ้า จากข้อมูลและสถิติการจับกุมของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 7 ตั้งแต่ปี 2546 – 2551 พบว่ามีผู้ถูกจับกุม 1,935 คน 851 คน 1,202 คน 1,380 คน 1,124 คน และ 1,318 คน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้เสพ ผู้ติดยา ผู้ค้า ในจังหวัดสุพรรณบุรี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการคมนาคมที่สะดวก ฐานะทางเศรษฐกิจดี เยาวชนพยายามเลียนแบบหรือรับวัฒนธรรม พฤติกรรมของเยาวชนกรุงเทพมหานคร อีกทั้งยังมีการลักลอบนำเข้ายาเสพติดจากทางภาคเหนือเข้าสู่พื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นที่พักรอจำหน่ายให้กับผู้สั่งซื้อก่อนนำส่งมอบต่อไป จึงทำให้ยาเสพติดมีการแพร่ระบาดในจังหวัดสุพรรณบุรีมากขึ้น (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 7 2550: 5) แสดงให้เห็นว่าจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นพื้นที่ที่ยังประสบปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีลักษณะพิเศษทางกายภาพและสังคม คือมีความหลากหลายในมิติของปัญหาเสพติดและองค์กรของประชาชนที่เข้าต่อสู้อัน

ปัญหายาเสพติด ทั้งกลุ่มเป้าหมายผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด รูปแบบและการพัฒนาของกลุ่มผู้ค้ายาเสพติด เป็นแหล่งพักยาเสพติดแห่งหนึ่งที่สำคัญ เพื่อกระจายไปสู่กลุ่มผู้ค้ายาเสพติดและแหล่งชุมชนอื่นในพื้นที่ภาคกลาง นอกจากนี้ยังพบหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ปรากฏข่าวสารยาเสพติด 3 ปีติดต่อกัน ตั้งแต่ปี 2546-2550 ใน 10 อำเภอ 50 ตำบล 91 หมู่บ้านของพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรีอีกด้วย จังหวัดสุพรรณบุรี มีการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในด้านของผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด หัวใจสำคัญ คือ การตัดวงจรการแพร่ระบาดของยาเสพติด ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดต้องได้รับการบำบัดอย่างหายขาด ผู้ค้า ผู้ลี้ภัยต้องได้รับการแก้ไข การดำเนินงานจะต้องประสานความร่วมมือกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหมู่บ้าน ชุมชน ให้สามารถดำเนินการได้อย่างครบวงจร ขณะเดียวกันต้องเสริมสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับกลุ่มที่ยังไม่เคยเข้าไปเกี่ยวข้องกับหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาเสพติด

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีงานวิจัยหลายฉบับที่เสนอเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อาทิ บำรุง ถุน้อย (2546) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่เขตตำบลพลูดาวหลวง จังหวัดชลบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่เขตตำบลพลูดาวหลวง จังหวัดชลบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบอีกว่าอายุและอาชีพของประชาชนที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแตกต่างกัน ประมวล ศรีทอง (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ศึกษากรณีกิ่งอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ในภาพรวมการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากพื้นที่ที่ทำการศึกษามีลักษณะเป็นสังคมชนบท ประชาชนอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ตำบล เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ดั้งเดิม ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เกื้อกูลกัน เมื่อมีปัญหายาเสพติดแพร่ระบาดและกระทบต่อสังคมหมู่บ้าน ประชาชนในหมู่บ้านจึงตระหนักถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติดร่วมกัน พร้อมร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพที่มั่นคง มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาแขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเมือง ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการประชุม ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่าการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ระดับการศึกษา



อาชีพ การได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และการติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่นภายนอก

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในมิติของการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเน้นที่ตัวของผู้นำ/ผู้นำชุมชนอันจะมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการจัดปัญหาเสพติดของชุมชน เป็นผู้ประสานความร่วมมือของทุกฝ่ายในสังคม การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี และศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติดว่าอยู่ในระดับใด ตามแนวคิดของ โคเฮนและอัทซอพ (1980) ที่แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ประเภท คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดปัญหาเสพติดมากขึ้น

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

### 2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี

### 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

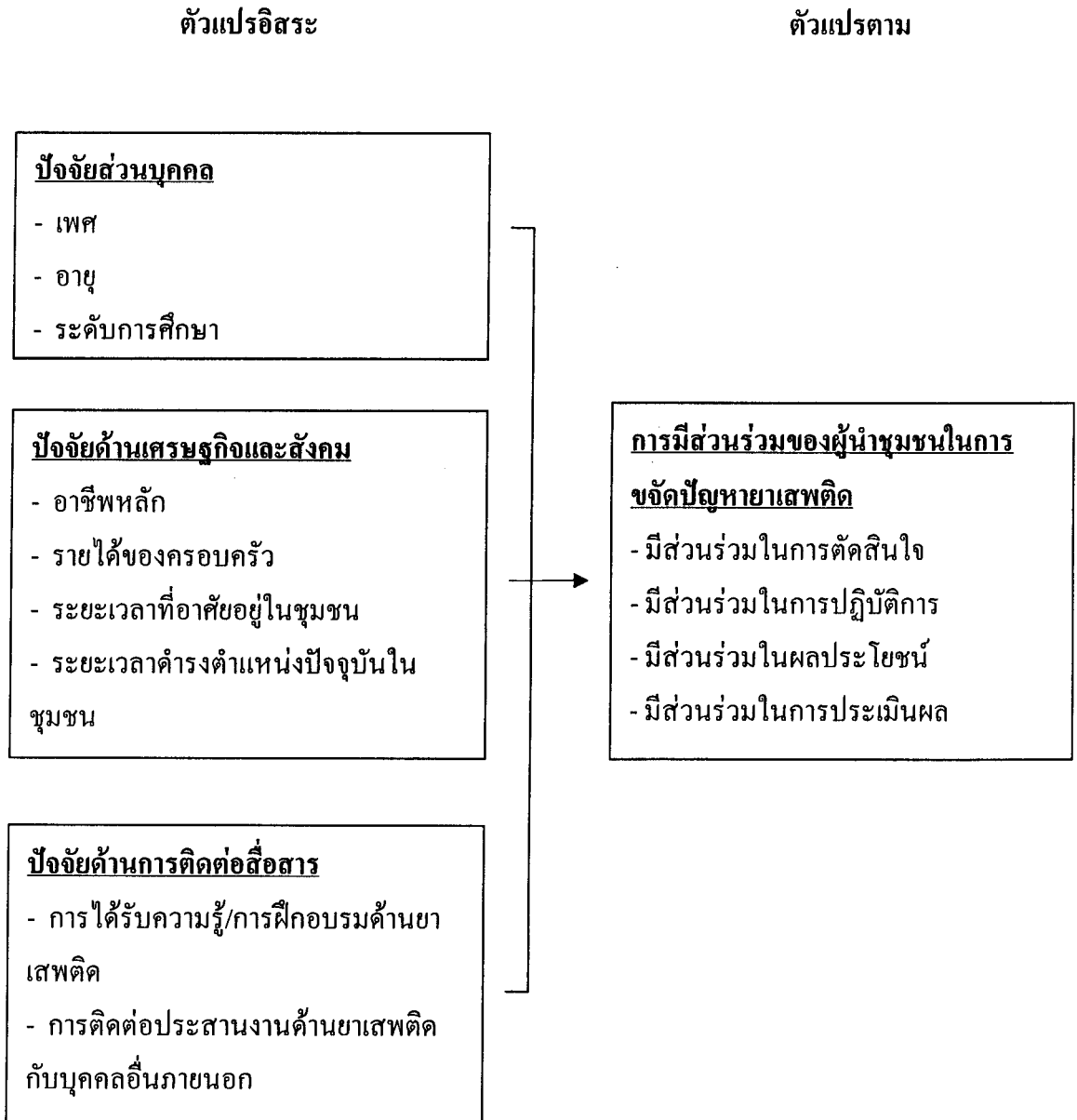
2.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร

2.2.2 เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติด

2.2.3 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติด

2.2.4 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติด

### 3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารมีอิทธิพลร่วมกันในการอธิบายการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี

#### 5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา ในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตเนื้อหาไว้ดังนี้

5.1.1 ศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด ตามแนวคิดของ โคเฮนและอ็พฮอฟ (1980) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

5.1.2 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม

5.2 ขอบเขตด้านประชากร การวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายพื้นที่ที่ปรากฏข่าวเสพติด 3 ปีติดต่อกัน 10 อำเภอ 50 ตำบล 91 หมู่บ้านของจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างปี 2546 – 2550 ใน (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 7 2550) และเพื่อให้ได้รับคำตอบเจาะจงตามประเด็นปัญหาการวิจัย ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีด้วยกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน รวมกลุ่มประชากรทั้งสิ้น 323 คน

5.3 ขอบเขตด้านเวลา ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2551 ถึง เดือนกรกฎาคม 2551

#### 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ยาเสพติด หมายถึง สารเคมีชนิดใดชนิดหนึ่งหรือยา ที่อาจเป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติหรือจากสารสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อบุคคลใดเสพหรือได้รับเข้าไปในร่างกายซ้ำๆ กันแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการกิน ดื่ม สูบ คม เป็นระยะๆ หรือนานติดต่อกันก็ตาม จะทำให้บุคคลนั้นต้องตกเป็นทาสของสิ่งนั้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจหรือจิตใจเพียงอย่างเดียว ต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อยๆ ทำ

ให้สุขภาพของผู้ติดเชื้อโอมิครอน เมื่อถึงเวลาอยากเสพแล้วไม่ได้เสพ จะมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจหรือ เกิดอาการทางจิตใจเพียงอย่างเดียว

**6.2 ปัญหาเสพติด** หมายถึง ปัญหาที่เกิดจากการที่บุคคลเสพหรือรับสารเสพติดแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ในอำนาจเป็นทาสสิ่งนั้นๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านการเมืองและความมั่นคง ของชาติ

**6.3 การขจัดปัญหาเสพติด** หมายถึง การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ การปราบปรามแหล่งผลิตและแหล่งค้า การป้องกันและ รักษาผู้ติดยาเสพติด และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในผู้ที่ยังเลิกไม่ได้

**6.4 ผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด** หมายถึง บุคคลในชุมชนที่ประชาชน เลือกลงหรือให้การยอมรับ เพื่อปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติดในชุมชนของตนเอง ในงานวิจัยนี้ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

**6.5 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน** หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วม ในส่วนของการแสดงความคิดเห็น การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมคิดแก้ไขปัญห การดำเนินการและ กิจกรรมชุมชน ร่วมวางแผน และนำไปปฏิบัติใช้ในชุมชน รวมทั้งมีอำนาจอิสระในการแบ่งปัน ผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนา ให้ผู้นำชุมชนเกิดความพึงพอใจและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ โครงการนั้น จำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมได้ 4 ประเภท คือ

**6.5.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ** หมายถึง ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการ แสดงออกด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบ หรือกำหนดระบบของการดำเนินงาน เป็นการ ประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่จะสามารถเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการขจัดปัญหาเสพติด ของชุมชน โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหาเสพติดโดยมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น ร่วมตัดสินใจในช่วงดำเนินการ และร่วมตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ

**6.5.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ** หมายถึง ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมใน คำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมในการสละแรงกายหรือให้ทรัพยากร การมี ส่วนร่วมในการบริหารโครงการและการประสานงาน และการมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติ ในโครงการ

**6.5.3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์** หมายถึง ผู้นำชุมชนมีส่วนในการได้รับ ผลประโยชน์จากการขจัดปัญหาเสพติด ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ ทางด้านสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล

6.5.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผล ค้นหาข้อดี และข้อบกพร่องของการดำเนินงานขจัดปัญหายาเสพติด เพื่อหาแนวทางแก้ไขให้มีประสิทธิภาพ และประเมินผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นระยะ

#### 6.6 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

6.6.1 ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้นำชุมชน

6.6.2 อาชีพหลัก หมายถึง อาชีพของผู้นำชุมชนที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ

6.6.3 รายได้ หมายถึง รายได้ของผู้นำชุมชนทั้งหมดต่อเดือนโดยไม่หักค่าใช้จ่าย

#### 6.7 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่

6.7.1 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เข้ามาอยู่ในชุมชนจนถึงปัจจุบันของผู้นำชุมชน โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม เศษของปีนับเป็น 1 ปี

6.7.2 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งปัจจุบันในชุมชน หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับตำแหน่งในชุมชนจนถึงปัจจุบันของผู้นำชุมชน โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม เศษของปีนับเป็น 1 ปี

#### 6.8 ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นภายนอก ได้แก่

6.8.1 การได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติดของผู้นำชุมชนในรอบปีที่ผ่านมา

6.8.2 การติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลภายนอก หมายถึง จำนวนครั้งในการติดต่อสื่อสารหรือรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการขจัดปัญหายาเสพติดจากบุคคลภายนอกของผู้นำชุมชนในรอบปีที่ผ่านมา

### 7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมด้านการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการขจัดปัญหายาเสพติด

7.2 เพื่อเป็นแนวทางในงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่วิจัย เพื่อนำมาใช้สำหรับการกำหนดกรอบแนวความคิด หลักการ ทฤษฎี ตัวแปรของการศึกษา รวมทั้งการกำหนดประเด็นคำถามในการสร้างเครื่องมือ รวบรวมข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์และการอภิปรายผลการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด
  - 1.1 ความหมายของยาเสพติด
  - 1.2 ประเภทของยาเสพติด
  - 1.3 ปัญหา ยาเสพติด
  - 1.4 สาเหตุของปัญหา ยาเสพติด
  - 1.5 แนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด
  - 1.6 แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชน
  - 1.7 บทบาทของผู้นำชุมชน ในการขจัดปัญหา ยาเสพติด
2. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี
3. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
  - 2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม
  - 2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
  - 2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
  - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการขจัดปัญหา ยาเสพติด
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 3.1 งานวิจัยภายในประเทศ
  - 3.2 งานวิจัยต่างประเทศ

## 1. ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

### 1.1 ความหมายของยาเสพติด

ความหมายตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2545 ได้ให้ความหมายของ“ยาเสพติด” หมายถึง ยาหรือสารเคมีซึ่งเมื่อเสพหรือฉีดเข้าสู่ร่างกายติดต่อกันชั่วระยะหนึ่งก็จะติด ก่อให้เกิดพิษเรื้อรัง ทำให้ร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมได้แก่ ฝิ่น กัญชา เฮโรอีน ยานอนหลับ สุรา เป็นต้น บางทีก็ใช้ว่า “สารเสพติด”

สิ่งเสพติด ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO : 2000 อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ : 2545) ให้ไว้คือ สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้เสพยาเสพติดจะมีลักษณะอาการ ดังนี้

- 1) มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพยานั้นต่อไปอีกเรื่อยๆ
- 2) มีแนวโน้มที่จะเพิ่มปริมาณของยาเสพติดให้มากขึ้นทุกขณะ
- 3) ถ้าถึงเวลาที่เกิดความต้องการแล้วไม่ได้เสพจะเกิดอาการขาดยา หรืออาการอยากยาโดยแสดงออกในลักษณะต่างๆ เช่น หาว อาเจียน น้ำมูกน้ำตาไหล ทูรนทูราย คลุ้มคลั่ง ขาดสติโมโห ฉุนเฉียว ฯลฯ

- 4) ยาเสพติดนั้นจะทำลายสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายซูบผอมมีโรคแทรกซ้อน และทำให้เกิดอาการทางโรคประสาท จิตใจไม่ปกติ

อุคม จุฑศิริวัชร (2539: 5) ให้ความหมายของยาเสพติดไว้ คือ ยาหรือสารเคมีที่เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีกิน สูบ ฉีด คม หรือวิธีอื่นๆ วิธีใดวิธีหนึ่งติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ดังนี้

- 1) ต้องเสพอยู่เสมอ เพราะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง
- 2) ต้องเพิ่มปริมาณของยาเสพติดให้มากขึ้นเรื่อยๆ
- 3) เมื่อถึงเวลาเสพแล้วไม่ได้เสพ จะมีอาการอยากยา
- 4) สุขภาพทรุดโทรมลง

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2537) ได้ให้ความหมายของยาเสพติด คือ ยาหรือสารเคมี หรือวัตถุชนิดใดๆ ที่อาจเป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติหรือจากการสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยวิธีการกิน คม สูบ ฉีด หรือวิธีใดๆก็ตามเป็นช่วงระยะเวลา หรือนานติดกัน จนทำให้ร่างกายทรุดโทรมหรือตกอยู่ภายใต้อำนาจ หรือเป็นทาสของสิ่งนั้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพียงอย่างเดียว เนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1) ต้องเพิ่มขนาดการเสพมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะเมื่อเสพเข้าสักระยะจะเกิดภาวะคือ ยา ปริมาณยาเดิมไม่สามารถให้มาได้

2) เมื่อถึงเวลาเสพหากไม่ได้เสพจะทำให้เกิดอาการขาดยา ทำให้ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือจิตใจเพียงอย่างเดียว

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2545 ให้ความหมายของยาเสพติด หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องการเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับ ตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มีสารเสพติดให้โทษผสมอยู่

อังกูร ภัทรกร (2544: 1) กล่าวว่า ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารใดก็ตามไม่ว่าจะเป็นสารที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หรือสารที่สังเคราะห์ขึ้น เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าทางใดก็ตาม เมื่อออกฤทธิ์ต่อร่างกายและจิตใจจะทำให้เกิดการเสพติดได้หากใช้สารนั้นเป็นประจำทุกวัน หรือวันละหลายครั้ง ก่อให้เกิดลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ คือ

- 1) เกิดอาการคือยาหรือต้านยา (Tolerance) ต้องใช้สารนั้นในปริมาณสูงขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม
- 2) เกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยาก (Withdrawal) เมื่อใช้สารนั้นเท่าเดิม ลดลงหรือหยุดใช้
- 3) ต้องพยายามทุกวิถีทางในการนำเสนอสารนั้นมาใช้ให้ได้
- 4) เกิดโทษต่อตนเอง ผู้อื่น ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

สรุปความหมายของยาเสพติดได้ว่า หมายถึง สารเคมีชนิดใดชนิดหนึ่งหรือยา ที่อาจเป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติหรือจากสารสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อบุคคลใดเสพหรือได้รับเข้าไปในร่างกาย ซ้ำๆ กันแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการกิน ฉีด สูบ ดม เป็นระยะๆ หรือนานติดต่อกันก็ตาม จะทำให้บุคคลนั้นต้องตกเป็นทาสของสิ่งนั้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจหรือจิตใจเพียงอย่างเดียว ต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อยๆ ทำให้สุขภาพของผู้ติดเสื่อมโทรมลง เมื่อถึงเวลาอยากเสพแล้วไม่ได้เสพ จะมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจหรือ เกิดอาการทางจิตใจเพียงอย่างเดียว

## 1.2 ประเภทของยาเสพติด

1.2.1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2545 แบ่งยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภทคือ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2541: 3)



**ประเภทที่ 1** ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin) อาเซทอร์ฟีน (Acetorphine) เดโซมอร์ฟีน (Desomorphine) เอทอร์ฟีน (Etorphine) เคโทเบบิโดน (ketobebidone)

**ประเภทที่ 2** ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอิน Cocaine) โคเคอีน (Codeine) ผื่นยา (Medicinal Opium)

**ประเภทที่ 3** ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วยตามที่ได้ขึ้นทะเบียนสำหรับยาไว้ เช่น ยาแก้ไอผสมโคเคอีน (Codeine Cough Syrup)

**ประเภทที่ 4** สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic anhydride) อาเซทิลคลอไรด์ (Acetyl chloride)

**ประเภทที่ 5** ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในทุกประเภท 1 ถึง 4 เช่น กัญชา (Cannabis) พืชกระท่อม (Kratom)

**1.2.2 ประเภทของยาเสพติด จำแนกตามคุณสมบัติได้ 5 ประเภท คือ** (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2541: 3)

- 1) ยาเสพติดประเภทฝิ่นและกลุ่มของฝิ่น ยาเสพติดประเภทนี้กดประสาทและสมองอย่างรุนแรง
- 2) ยาเสพติดประเภทยานอนหลับและยาระงับประสาท
- 3) ยาเสพติดประเภทกัญชาและพืชกระท่อม เป็นยาเสพติดตามกฎหมายออกฤทธิ์กดและหลอนประสาท
- 4) ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน เป็นยากระตุ้นระบบประสาทกลาง
- 5) ยาเสพติดประเภทหลอนประสาทและไอระเหย

**1.2.3 ประเภทของยาเสพติด แบ่งตามแหล่งที่มาของยาได้ 2 ประเภท คือ** (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2541: 4)

- 1) ประเภทที่ได้จากธรรมชาติ เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน กัญชา กระท่อม ฯลฯ
- 2) ประเภทที่ได้จากการสังเคราะห์ เช่น เฮโรอีน เซโคบาร์บิทัล แอมเฟตามีน

**1.2.4 ยาเสพติดแบ่งตามลักษณะของการออกฤทธิ์ของยา จำแนกเป็น 4 ประเภท คือ** (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2541: 4-5)

**ประเภทที่ 1** กระตุ้นประสาท (Stimulant) ยาประเภทนี้กระตุ้นประสาทส่วนกลางที่รู้จักกันดี คือ คาเฟอีนในกาแฟ ชา เครื่องดื่มต่างๆ เช่น โคลา แต่คาเฟอีนในปริมาณต่ำเป็นที่ยอมรับของสังคมและไม่มีปัญหาทางการเสพติด แต่ที่จัดเป็นยาเสพติด ได้แก่ ยากระตุ้นสังเคราะห์ เช่น แอมเฟตามีนหรือยาบ้า มีความแรงสูงกว่าอาจทำให้เสพติดได้ ปกติใช้ในทาง

การแพทย์เพื่อรักษาโรคอ้วน โคอเคนเป็นยากระตุ้นขนาดแรงสกัดมาจากใบโคคา เสพแล้วมีอาการ ตื่นเต้นเพิ่มพลังงาน โดยไม่ต้องนอนได้เป็นเวลานาน ดันโคคาพันธุ์อีโรโทรไซลอนปลูกกันมาก ทางด้านตะวันตกของทวีปอเมริกาใต้ วิธีผลิตใช้ปูนขาวคอกูโบโคคาเป็นผงผลึกสีขาว ไม่มีสี ใช้สูบ หรือฉีดเข้าเส้นโลหิตทำให้เกิดความอึดอึด ร่าเร็งเกินขอบเขต ตื่นเต้น กังวล กล้ามเนื้อมีพลังมากขึ้น พุดพล่อดลดความเมื่อยล้า ช่องน้ำยน์ดำขยายโต หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หากใช้มาก อาจถึงเคลิบเคลิ้มสะอึก บ้าคลั่ง สติฟั่นเฟือน หลังจากนั้นจะมีอาการห่อเหี่ยวไม่เบิกบาน และหากใช้ ยามากเกินขนาดการทำงานของระบบหัวใจอาจหยุดมีผลถึงตายได้ บางแห่งนำไปผสมกับเฮโรอีน ทำให้มีฤทธิ์อ่อนลงยานี้เป็นยาเสพติดทางใจ

*ประเภทที่ 2* ยาคนประสาท (Depressant) ยาประเภทนี้ทำให้นอนหลับเช่น บาร์บิทูเรทระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้หัวใจสงบ ลงแต่หากใช้มากทำให้มีอาการติดอ่างชวน เซ ล้มง่าย โมโหง่าย ชอบต่อล้อต่อเถียง หากใช้เกินขนาด หรือรับประทานพร้อมกับสุราจะทำให้ หมดสติถึงเสียชีวิต

*ประเภทที่ 3* ยาที่ทำให้เพ้อคั่งเห็นภาพหลอน (Hallucinagen) ยาประเภทนี้ ทำให้สะอึกตกใจเห็นภาพหลอน สิ่งที่มองเห็นได้ขิ้นไม่ใช่ของจริง ยาจำพวกนี้เป็นเม็ด เป็นผง และ น้ำ เช่น L.S.D 25 ส่วนมากใช้ซุกซ่อนตามก้อนน้ำตาล ลูกกวาด แผ่นกระดาษ หรือผสมในยาแก้ ปวดศีรษะ เช่น แอสไพริน สุรา ผ้า เครื่องเพชร หรือแม้กระทั่งด้านหลังแสตมป์ อาการของคนติดยา ประเภทนี้ ช่องน้ำยน์ดำจะขยายโต สายตาอ่อนต่อแสงกระวนกระวาย นอนไม่หลับ เห็นภาพหลอน และมีอาการร่าเร็งเกินขอบเขต เป็นการติดยาเสพติดทางจิตใจ

*ประเภทที่ 4* ประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน (Mixed) ยาเสพติดชนิดนี้อาจกด กระตุ้นหรือหลอนประสาทร่วมกัน ได้แก่ กัญชา ผู้เสพติดมักจะเกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพ หลวงตา หูแว่ว หรือมีอาการหวาดระแวง ความคิดสับสน ควบคุมตัวเองไม่ได้ และป่วยเป็นโรคจิตใน ที่สุด

**1.2.5 ยาเสพติดที่ใช้กันมากที่สุดในประเทศไทย** ได้แก่ (สำนักงานคณะกรรมการ ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2541: 6)

1) *เฮโรอีน* หมายถึง ยาเสพติดชนิดร้ายแรง ลักษณะเป็นผงสีขาวละเอียด ไม่มีกลิ่น รสขมจัด สกัดจากมอร์ฟีน นิยมเสพโดยละลายน้ำฉีดเข้าเส้นหรือกล้ำ มีความแรง กว่ามอร์ฟีน 4 - 8 เท่า แรงกว่าฝิ่น 80 เท่า

2) *ฝิ่น* หมายถึง ยาเสพติดที่มีลักษณะเป็นยางเหนียวสีน้ำตาลไหม้ หรือสีดำ มีกลิ่นเหม็นเขียว รสขม ได้จากการกรีดผลฝิ่นให้น้ำยางไหลออกมา

3) มอร์ฟิน หมายถึง ยาเสพติดที่สกัดได้จากฝิ่น ลักษณะเป็นผงสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม มักจะทำเป็นก้อน นำเข้าสู่ร่างกายด้วยการละลายบรรจุหลอดฉีดหรือรับประทาน มีฤทธิ์รุนแรงกว่าฝิ่นประมาณ 8 – 10 เท่า

4) กัญชา หมายถึง ยาเสพติดที่เป็นพืชล้มลุกชนิดหนึ่ง ส่วนที่นำมาใช้คือ ส่วนยอดช่อดอกกัญชาตัวเมีย นำมาตากแห้ง บดเป็นผงหยาบๆ หรือหั่นเป็นชิ้นเล็กๆ แล้วนำมาบดเป็นบุหรี่สูบ หรือสูบด้วยกล้องหรือผสมกับอาหาร

5) กระท่อม หมายถึง ยาเสพติดที่เป็นไม้ยืนต้นขนาดกลาง ใบหนาที่ปลคล้ายกระดังงา นำใบมาเสพโดยการเคี้ยวหรือบด ใบที่ตากแห้งจนกรอบบดให้เป็นผงแล้วทำใช้ชงกับน้ำร้อนดื่ม มีรสขม

6) แอมเฟตามีน (ยาบ้า) หมายถึง ยาอันตรายที่เสพแล้วทำให้ติดเป็นนิสัย มีฤทธิ์ในทางกดประสาทโดยเฉพาะประสาทในสมองส่วนซีรีบัต ทำให้ความคิดอ่านฟุ้งไส สมอง และร่างกายไม่มีความเหน็ดเหนื่อย ผลของยาทำให้ตื่นเต้น ใจสั่น มือสั่น ความคิดอ่านเร็ว แต่สมาธิเสีย ทำให้เส้นโลหิตแดงตีบตัน อาจทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น ถ้าใช้ยาชนิดติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้สุขภาพทรุดโทรมจิตเสื่อมอาจถึงขั้นโรคจิต

7) เฮโรอีนหรือเฮโรอีนบิตาล หมายถึง ยาเสพติดที่กดประสาทส่วนกลาง นิยมเรียกกันว่า“เหล้าแห่ง” บรรจุในแคปซูลเล็กๆ สีแดงเข้มหรือสีแสด เสพแล้วจะมีอาการจิตใจหดหู่ มึนซึม หงุดหงิด ขอบรุกราน ทะเลาะ ก้าวร้าวและรุนแรงต่อผู้อื่น และมีความโน้มเอียงที่จะทำร้ายตัวเอง เช่น ใช้มีดกรีดคอ ข้อมือ และท่อนแขนจนถึงขนาดฆ่าตัวตาย

จึงพอสรุปได้ว่า การจำแนกประเภทของยาเสพติดสามารถจำแนกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2545 จำแนกตามคุณสมบัติ จำแนกตามแหล่งที่มา จำแนกตามลักษณะของการออกฤทธิ์ยา และยาเสพติดที่ใช้กันมากที่สุดในประเทศไทย ในการวิจัยครั้งนี้ ยาเสพติด หมายถึง สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ได้แก่ เฮโรอีน ฝิ่น มอร์ฟิน กัญชา ยาบ้า สารระเหย หรือกาว เป็นต้น

### 1.3 ปัญหาเสพติด

ปัญหาเสพติด หมายถึง ปัญหาที่เกิดจากการที่บุคคลเสพหรือรับสารเสพติดแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ในอำนาจเป็นทาสสิ่งนั้นๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านการเมืองและความมั่นคงของชาติ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2550: 1)

สำหรับประเทศไทยนั้นปัญหายาเสพติดยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่รัฐบาลถือเป็นนโยบายที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง ทั้งนี้เพราะปัญหายาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในทุกพื้นที่ของประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกขณะ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านการเมืองและความมั่นคงของชาติ รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยได้กำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยส่วนใหญ่แล้วจะเน้นในเรื่องของการปราบปรามของเจ้าหน้าที่ภาครัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่ปัญหายาเสพติดก็ยังไม่ลดลง ตรงกันข้ามกลับแพร่ระบาดออกไปทุกทิศทุกทาง กระจายออกไปสู่กลุ่มชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย และทุกระดับการศึกษา ด้วยตัวยาที่แปลกใหม่ตามมา จึงมีการปรับกระบวนการทัศนในการแก้ไขปัญหายา โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายในสังคม ให้ผืนีกำลังคนในการป้องกันและแก้ไข มุ่งให้ชุมชนและหน่วยงานทุกหน่วยงานช่วยกันสร้างกระแสต่อต้านและกดดันการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ด้วยการจัดระบบบริหารจัดการที่ชัดเจน เข้มแข็งและมีเอกภาพขององค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว สถานศึกษา และชุมชน อย่างเป็นกระบวนการและต่อเนื่อง โดยหน่วยราชการทุกหน่วยให้การประสานร่วมมือและสนับสนุน การที่จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหายาเสพติด จะต้องเริ่มจากการที่ชุมชนตระหนักในปัญหาว่ามีผลกระทบต่อชุมชน ได้มีโอกาสร่วมคิดร่วมวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจ และที่สำคัญคือร่วมใจ จะทำให้คนในชุมชนรู้สึกภูมิใจ รู้สึกรักชุมชน และเป็นเจ้าของโครงการดำเนินงานต่างๆ ความยั่งยืนและความต่อเนื่องก็จะตามมา การให้ชุมชนมีส่วนร่วม มีลักษณะตรงกันข้ามกับการดำเนินงานที่ผ่านมา ที่มักใช้ระบบสั่งการ (Top Down) เป็นส่วนใหญ่ ผลก็คือความไม่ต่อเนื่อง ไม่ยั่งยืน ไม่ผูกพัน ซึ่งการแก้ไขปัญหายาหรือการพัฒนาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการพิจารณาเทคนิควิธีการที่จะทำให้ชุมชน มีความตระหนักและมีส่วนร่วมจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2550: 2)

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดของประเทศไทยในช่วงแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 รัฐบาลได้กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานขึ้นใหม่ แผนงานและการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดมีการพัฒนาเข้มแข็งขึ้นตามลำดับ เน้นการดำเนินงานที่ต่อเนื่องให้เกิดความยั่งยืน (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ 2550: 3)

เนื่องจากปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ไม่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน จึงมีการปกปิดข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลของผู้ค้าและข้อมูลในส่วนของทางราชการ เช่น ข้อมูลการจับกุม การประกาศตนของผู้ที่ติดยาเสพติด และที่สำคัญพบว่าเป็นเรื่องของอิทธิพล ความปลอดภัย เป็นเหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้ผู้นำชุมชนไม่ได้แสดงบทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนได้อย่างเต็มศักยภาพ (ถนัด ไบยา และคณะ 2544: 3)

สรุปได้ว่าปัญหาสุขภาพเสพติด ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านการเมืองและความมั่นคงของชาติ รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยได้ กำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด รัฐบาลมีมาตรการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดเริ่ม จากการปราบปรามของเจ้าหน้าที่ภาครัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว จนถึงการให้ชุมชนมีส่วนร่วม

#### 1.4 สาเหตุของปัญหาสุขภาพเสพติด

ในการปฏิบัติงานด้านยาเสพติดให้ได้ผลครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด การป้องกันไม่ให้ใช้ยาเสพติด การบำบัดรักษา การฟื้นฟู ตลอดจน การติดตามไม่ให้เกิดกลับไปใช้ยาเสพติดอีกนั้น ผู้รับผิดชอบด้านยาเสพติดจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึง สาเหตุเบื้องต้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้บุคคลเริ่มใช้ยาและใช้ต่อไปเรื่อยๆจนสมองติดยา ซึ่งทำให้ เลิกยาก ต้องใช้ยาในการดำรงชีวิตเกิดภาวะติดยาเสพติดที่แก้ไขยากและใช้เวลานาน จากงานวิจัย หลายแห่งพบว่า การใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่เริ่มในวัยรุ่น จากการอยากรู้อยากลอง มากกว่าการถูก บังคับหรือล่อลวงให้ใช้ โดยเริ่มต้นจากการลองใช้ยาเสพติดที่ถูกกฎหมาย ได้แก่ บุหรี่ เหล้า ซึ่ง ถือเป็นยาเสพติดหน้าด่าน (Gateway Substance) ที่หาซื้อได้ง่ายและการใช้ยาเสพติดนี้จะนำไปสู่ การใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่นต่อไป และจากการสำรวจผู้ใช้ยาเสพติดพบว่าส่วนใหญ่ใช้ยาเสพ ติดมากกว่า 1 อย่าง และจะค่อยๆเปลี่ยนเป็นยาที่มีฤทธิ์แรงและออกฤทธิ์เร็วขึ้น (กระทรวง สาธารณสุข 2545: 9)

สาเหตุของการติดยา สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดด้านชีวจิตสังคม (Bio-Psychosocial) ของบุคคลดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข 2546: 9-12)

##### 1) ด้านชีววิทยา (Biological)

สาเหตุทางกรรมพันธุ์ เช่น โครงสร้างในระบบประสาทที่ผลิตสาร ความสุข (Dopamine) ไม่สมบูรณ์ ทำให้สารความสุขมีน้อยส่งผลให้บุคคลมีความเสี่ยงสูงในการ ลองใช้ยาที่ให้ความรู้สึกรู้สึกมีความสุขหรือมีโอกาสติดยาได้ง่าย

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของสมองที่ได้รับยาเสพติดอย่างสม่ำเสมอ จะแปลงสภาพจากผู้เสพยาเป็นผู้ติดยาและเลิกได้ยาก นับเป็นสาเหตุทางชีวะที่สำคัญที่เรียกว่า “ สมองติดยา ” กล่าวคือ ในสมองมีวงจรความสุข (Pleasure Circuit) เริ่มจากศูนย์สมองส่วน ความสุขซึ่งอยู่ใน Ventral Tegmental (VTA) บริเวณบนสุดของก้านสมองถูกกระตุ้นด้วยยาเสพติด ศูนย์สมองนี้จะส่งสารความสุขออกมา ความสุขที่ได้รับจากการกระตุ้นโดยยาเสพติดนี้จะถูกจดจำ ไว้ที่บริเวณเก็บความทรงจำเกี่ยวกับอารมณ์ (Amygdala) ซึ่งอยู่ในลิมบิก (Limbic System) ความสุขที่เกิดจากการกระตุ้นด้วยยาเสพติดทำให้บุคคลพึงพอใจ ถึงใช้ยาถี่ขึ้น มากขึ้น เพื่อให้เกิด ความสุขนานๆจึงเกิดภาวะติดยา

## 2) ด้านจิตวิทยา (Psychological)

สภาวะทางจิตใจนับเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้ไปใช้ยา และติดยาของบุคคล ได้แก่ ลักษณะอารมณ์ นิสัย บุคลิกภาพ การปรับตัว วิธีการคิดและการจัดการกับปัญหา วิธีแสวงหาความสุข

จากการศึกษาลักษณะทางจิตวิทยาของผู้ใช้ยาเสพติด พบว่าทั้งกลุ่มวัยรุ่น และวัยทำงานมีลักษณะจิตใจและบุคลิกที่ทำให้ใช้และติดยาเสพติดดังนี้

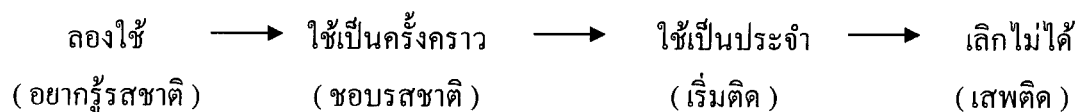
- 1) มีความเบี่ยงเบนทางความคิด ควบคุมตนเองไม่ดี ชอบเสี่ยงโดยไม่มีความคิด คณกลุ่มนี้ชอบลอง ชอบความท้าทายในทางที่ผิด จึงทำให้ใช้และติดยาได้ง่าย
- 2) มีความภูมิใจในตนเองต่ำ ในวัยรุ่นจะพบว่าเป็นเด็กที่ผลการเรียนต่ำ ทำให้ไม่สนใจ หนีเรียนไปคบกับกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดได้ง่าย ในวัยทำงานพบในคนที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว ไม่สู้ชีวิต
- 3) ขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน พุดคุยหรือปรึกษาปัญหาใครไม่เป็น ชอบเก็บปัญหาไว้ตามลำพังและแก้ด้วยตนเอง
- 4) มีความวิตกกังวลง่ายหรือวิตกกังวลสูง พบกับภาวะวิตกกังวลบ่อยๆจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดเพื่อให้รู้สึกดี ผ่อนคลาย หรือมีความกล้า เช่น คนที่ต้องทำงานหนัก ทำงานกับภาวะเสี่ยงต่างๆ
- 5) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ใช้ยาเสพติด เพราะบุคคลเหล่านี้ต้องการความสุขชดเชยในชีวิต ต้องการหลีกเลี่ยงจากความทุกข์ในใจ
- 6) ผู้ที่ป่วยทางจิต ต้องจำแนกให้ได้ว่าใช้ยาเสพติดบางตัวทำให้เกิดอาการทางจิตหรือเป็นโรคจิตอยู่ก่อนแล้วไปใช้ยาเสพติด เพื่อจะได้บำบัดรักษาได้ถูกต้อง
- 7) ความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลต่อยาเสพติด และการควบคุมการใช้ ผู้ติดยาจำนวนมากคิดว่าจะใช้ยาได้อย่างฉลาดโดยเลือกใช้แก้ปัญหาชั่วคราว และคิดว่าจะควบคุมการใช้ได้ แต่พบว่าทำได้ยากซึ่งส่วนหนึ่ง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเวดิงที่กล่าวไว้ข้างต้น

## 3) ด้านสังคม (Social)

สิ่งแวดล้อมตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน ชุมชน ในกลุ่มวัยรุ่น สังคมมีอิทธิพลมากคือ การกำหนดพฤติกรรม มีรายงานวิจัยกล่าวถึงการเริ่มใช้ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย แต่เป็นยาเสพติดด่านหน้า (Gateway substance) พบว่าส่วนใหญ่วัยรุ่นเริ่มจากการเห็นตัวแบบหรืออิทธิพลของครอบครัว เช่น เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่หรือญาติดื่มเหล้าสูบบุหรี่ เด็กก็

มีแนวโน้มใช้ตาม แต่การใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น กัญชา พบว่ากลุ่มเพื่อนเป็นผู้ชักชวนหรือทดลองใช้จากกลุ่มเพื่อน ซึ่งปัจจัยทางด้านสังคมที่สำคัญที่ทำให้ไปใช้และติดยา มีดังนี้

- 1) ความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดคุยกัน การปรึกษาหารือร่วมกันในสิ่งที่เป็นปัญหาหรือหาแนวทางป้องกัน พ่อแม่บางคนไม่คิดว่าลูกของตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ หรือไม่ทราบว่าเคยลองใช้หรือไม่ ตลอดไม่มีการให้ความรู้หรือพูดคุยถึงกลุ่มเพื่อนของลูกที่อาจจะใช้ยาเสพติด
  - 2) รูปแบบการเลี้ยงดู เด็กบางคนรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยเมื่ออยู่บ้าน ไม่มีใครให้ความสำคัญ ไม่เก่ง ไม่ได้แสดงออก จึงไปแสดงออกนอกบ้านโดยเฉพาะไม่ชอบให้ใครทำทนาย เด็กพยายามหาจุดเด่นให้ตนเองในทางที่ผิดโดยการใช้ยา
  - 3) ขาดการฝึกทักษะในการปฏิเสธกับกลุ่มเพื่อน เมื่อเพื่อนชวนจะไม่กล้าปฏิเสธ กลัวการไม่ยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ต้องการเป็นหนึ่งเดียวกับกลุ่มเพื่อน โดยเฉพาะค่านิยมของกลุ่มวัยรุ่นที่ต้องทำอะไรร่วมกัน
  - 4) ทศนคติของพ่อแม่กับการใช้ยาเสพติดของลูก โดยเฉพาะเหล่านูหรี่ คิดว่าให้ลองจะได้รู้จักและคิดว่าเด็กจะไม่ติด หรือพ่อแม่มีทัศนคติต่างกัน เช่น แม่ไม่ห้ามปรามลูกโดยตรง แต่ให้ลูกระวังอย่าให้พ่อเห็นมีฉะนั้นจะเกิดเรื่อง
  - 5) วัยรุ่นมีปัญหาเรื่องการเรียน ทำให้เบื่อ หนีเรียน คบเพื่อนกลุ่มเกเร ใช้ยาเสพติด หรือมีเพื่อนสนิทใช้ยาเสพติด
  - 6) การมีแบบอย่างทางสังคมที่ใช้ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย เช่น กลุ่มคารา นักร้องที่เป็นที่ชื่นชอบของวัยรุ่นหรือการโฆษณาที่แฝงค่านิยมผิดๆ ภาพยนตร์ที่มีตัวเอกใช้ยาเสพติดในการเผชิญปัญหาหรือการแก้ไข้ปัญหา
  - 7) ครอบครัวหรือชุมชนที่มีการใช้ยาเสพติด หรือค้ายาเสพติดอันเนื่องมาจากฐานะทางเศรษฐกิจตกต่ำ ชุมชนที่เน้นวัตถุนิยมทำให้เกิดการเลียนแบบการใช้ชีวิต
  - 8) ชุมชนที่มีความอ่อนแอ ต่างคนต่างอยู่ไม่ร่วมมือกันแก้ปัญหาชุมชน จะเป็นจุดอ่อนทำให้เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติดในแต่ละครอบครัวได้ง่าย
- จากสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้และติดยาเสพติดทั้งด้านชีวะ จิตตะ และด้านสังคม ดังกล่าวแล้วนั้น พบว่าสาเหตุทั้ง 3 ด้าน มีส่วนเกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด จากการหล่อหลอมในครอบครัวและการเรียนรู้จากสังคม และเมื่อเริ่มทดลองใช้ครั้งแรก กลุ่มคนจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะพวกที่มีปัจจัยเสี่ยงมาก ก็จะเปลี่ยนสภาพเข้าสู่วงจรติดยา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 2.1 แผนภูมิแสดงวงจรการติดยาเสพติด (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ 2545: 9)

ในการปฏิบัติงานด้านยาเสพติด จำเป็นต้องศึกษาถึงสาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดรูปแบบกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ตอบสนองต่อสภาพปัญหา (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ 2545: 9)

ยาเสพติดในประเทศไทยมีการแพร่ระบาดรุนแรงในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากมีปัจจัยสนับสนุนหลายประการ ทำให้การแพร่ระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วและเป็นที่ยอมรับกันว่าปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญและส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม รวมทั้งเป็นภัยร้ายแรงต่อเสถียรภาพ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การเมือง การปกครองของทุกประเทศ ทั้งนี้ในยุคโลกาภิวัตน์ซึ่ง เป็นยุคแห่งการสื่อสารที่ไร้พรมแดนคนในสังคม มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ และอื่นๆ ได้อย่างง่ายดาย ประกอบกับผลของการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองได้ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสังคมและนำไปสู่ปัญหาสังคมต่างๆ เช่น ปัญหายาเสพติดสิ่งแวดล้อม อาชญากรรม เป็นต้น ซึ่งปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่เป็นผลมาจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง นั้นมีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข 2546: 13-14)

1) สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติด

จากวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ทำให้เศรษฐกิจชะลอตัวลงธุรกิจขนาดใหญ่หลายแห่งประสบภาวะล้มละลาย จำนวนคนว่างงานเพิ่มขึ้นทำให้ปัญหาความยากจนและช่องว่างระหว่างชนชั้นทวีความรุนแรงขึ้นแ่งนำไปสู่ความขัดแย้งทางสังคมที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาประเทศที่ขาดความสมดุลเนื่องจากมุ่งความเจริญด้านวัตถุมากกว่าด้านจิตใจหรือการพัฒนาคน การพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับเขตเมืองมากกว่าชนบท เพิ่มความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้และความแตกต่างของความเจริญระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ในขณะที่ประชากรไทยส่วนใหญ่ยังคงอาศัยในเขตชนบท ทำให้ปัญหาสังคมที่สะสมมาตั้งแต่ยุคเศรษฐกิจเฟื่องฟูเพิ่มความรุนแรงขึ้นและความซับซ้อนมากขึ้น กลายเป็นปัญหาที่ฝังรากลึกในสังคมไทย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม

การพัฒนาเศรษฐกิจสู่ความเป็นอุตสาหกรรม ร่วมกับกระบวนการทันสมัยและการขยายตัว ของการเมือง ส่งผลให้สังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว วิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงสู่วิถีชีวิตแบบคนเมืองที่เต็มไปด้วยการแข่งขันเพื่อแย่งชิงโอกาส การ



ทำกิจกรรมต่างๆแข่งกับเวลา การใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันอยู่กับสังคมนอกครอบครัว ดำเนินชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ มีการพึ่งพาอาศัยกันและความยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมลดลง คนในสังคมมีความห่างเหินกันมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงค่านิยมสู่ความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualism) และวัตถุนิยมมากขึ้น นอกจากนี้ ความเจริญทั้งหลายที่กระจุกตัวอยู่แต่ในเขตเมืองเป็นปัจจัยให้คนหนุ่มสาวจากชนบทย้ายถิ่นเข้าสู่เมืองเพิ่มขึ้นนำไปสู่ปัญหาสังคมต่างๆเช่น ยาเสพติด ปัญหาชุมชนแออัด เป็นต้น คนในสังคมต้องเผชิญกับแรงกดดันจากการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติด

ความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ อันเป็นผลจากการพัฒนาทำให้คนไทยจำนวนมากยังยากจน ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของค่าครองชีพและความเจริญอย่างรวดเร็วด้านวัตถุ ในขณะที่ความยึดมั่นในประเพณีและศีลธรรมอันดีงานเสื่อมถอยลง ทำให้คนในสังคมขาดที่ยึดเหนี่ยวและเพิ่มโอกาสที่จะเข้าสู่วงจรของยาเสพติด ทั้งในฐานะผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้เสพติด เครือข่ายของขบวนการค้ายาเสพติดขยายวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ โดยมีรายได้จำนวนมาก เป็นสิ่งจูงใจ รวมทั้งค่านิยมแบบวัตถุนิยมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้คนส่วนหนึ่งพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาซึ่งเงินตราหรือสิ่งของเครื่องใช้ราคาแพง โดยไม่คำนึงถึงวิธีการที่จะได้มาซึ่งผลที่ตามมา ทั้งนี้คงเป็นการยากที่จะปฏิเสธว่าคนจนในเมืองจำนวนไม่น้อย ต้องประสบภาวะการว่างงานหรือมีงานทำ แต่ไม่ต่อเนื่อง ประชากรกลุ่มนี้จึงกลายเป็นกลุ่มหรือฐานที่สำคัญของการทำธุรกิจที่ผิดกฎหมาย (รวมถึงการค้ายาเสพติด)

นอกจากนี้รายได้ของครัวเรือนที่ยากจนในเมืองได้รับการประกอบวิชาชีพสุจริตนั้น เป็นรายได้ที่ต่ำมากและไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในทางตรงข้ามการเป็นตัวแทนค้ายาเสพติดสามารถทำรายได้ให้แก่ครัวเรือนมากกว่าวิชาชีพอื่นๆหลายเท่าตัว จึงส่งผลให้มีการเพิ่มจำนวนผู้ค้าเสติดรายย่อยและการพยายามขยายกลุ่มเป้าหมาย(ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด) ยาเสพติดจึงแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็ว

การเปลี่ยนแปลงสู่สังคมทันสมัยร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง โครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายที่มีสมาชิกอยู่รวมกันหลายรุ่นคน เป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยพ่อแม่ และลูกที่ยังไม่สมรสเพิ่มขึ้น ครอบครัวมีขนาดเล็ก ความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นในระบบเครือญาติ เสื่อมคลายลง หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูลูก โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไป กลายเป็นหน้าที่ของสถานเลี้ยงดูเด็ก โรงเรียน เป็นต้น ส่วนในครอบครัวที่ยากจนพ่อแม่ต้องทำมาหาเลี้ยงชีพไม่มีเวลาอบรมเลี้ยงดูลูก รวมทั้งแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการตั้งครรถ์นอกสมรส ตลอดจนการเพิ่มบทบาทในการทำงาน นอกบ้านของผู้หญิงซึ่งเคยมีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูลูก ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับความสนใจเอา

ใจใส่ ขาดความรักความอบอุ่นและแนวโน้มน้ำจะกระทำความผิดในสังคมได้โดยง่าย เด็กเหล่านี้จึงเป็นกลุ่มที่เปราะบางและมีความเสี่ยงสูง ที่จะถูกชักจูงเข้าสู่วงจรของยาเสพติด

## 2) สภาพทางการเมืองกับปัญหาเสพติด

ยาเสพติดนับเป็นภัยต่อความมั่นคงของประเทศชาติ ประการหนึ่ง เพราะการที่ประเทศจะมั่นคงหรืออ่อนแอไม่ก้าวหน้า ย่อมขึ้นอยู่กับปริมาณและคุณภาพของคนเป็นสำคัญ รัฐบาลจึงควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการปราบปราม การป้องกัน การรักษาผู้ติดยา ซึ่งหน่วยงานภาครัฐจะเป็นผู้ดำเนินการเป็นส่วนใหญ่ แต่การขาดเสถียรภาพทางการเมืองอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี

พอสรุปได้ว่าสาเหตุของปัญหาเสพติดเกิดจากตัวผู้เสพ ได้แก่ ด้านชีวะ ด้านจิตตะ และด้านสังคม เกิดจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติดและสภาพทางการเมือง

### 1.5 แนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

กระทรวงสาธารณสุข (2546: 1-21) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของประเทศต่างๆ ทั่วโลกประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ

1) การปราบปรามแหล่งผลิต แหล่งค้า (Supply Reduction) หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงาน ป.ป.ส.กระทรวงกลาโหม

2) การป้องกันและการรักษาผู้ติดยา (Demand Reduction) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ

3) การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในผู้ที่ยังเลิกไม่ได้ (Harm Reduction) หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องคือ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน ป.ป.ส. และฝ่ายกฎหมายที่จะกำหนดหลักเกณฑ์ให้เอื้อต่อกิจกรรมที่จะลดอันตรายจากการใช้ยา ตลอดจนสื่อมวลชนที่จะสามารถสื่อข้อมูลจากการศึกษาวิจัย และการดำเนินการของต่างประเทศที่เป็นประโยชน์ไปสู่สาธารณชนให้เข้าใจและยอมรับผู้ติดยา และช่วยประคับประคองให้เขาเหล่านั้นได้พ้นจากวังวนและอันตรายของของการติดยาเสพติดต่อไป

แม้ว่าจะมีสถานบำบัดเกิดขึ้นหลายแห่งทั่วทุกภาคของประเทศ แต่ก็ไม่เพียงพอและไม่สะดวกต่อการเข้ารับการบำบัด จึงมีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลฝ่ายกาย เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งคลินิกและโรงพยาบาลภาคเอกชน ได้เปิดบริการแบบผู้ป่วยนอก และสามารถจ่ายยาเมธาโดน (Methadone) โดยการกำกับดูแลของแพทย์

นอกจากการบำบัดโดยการถอนพิษยาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกดังกล่าวแล้ว ยังมีการบำบัดในรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community หรือ TC) ซึ่งเป็นการฟื้นฟูร่างกาย

และจิตใจของผู้ติดยาในระยะยาวประมาณ 1 ปี ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์บำบัดต่างๆของกรมการแพทย์และของเอกชนทั้งที่เป็นองค์กรทางศาสนา และที่ไม่เกี่ยวกับศาสนา มีหลักการแตกต่างกันบ้าง บางแห่งจะเน้นขบวนการการกลุ่มเพื่อเรียนรู้ตนเอง สังคม มีระเบียบวินัย บางแห่งเน้นเรื่องการฝึกอาชีพ การทำงานหนัก เป็นต้น เนื่องจากการฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัดต้องใช้เวลานาน และต้องพักรักษาแบบผู้ป่วยใน จึงไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยทุกรายได้ จึงเหมาะสำหรับผู้ติดยาที่เรื้อรัง เคยเลิกหลายครั้งแล้วยังกลับไปติดยา

ปัจจุบันมีความพยายามที่จะปรับช่วงเวลาของการรักษารูปแบบชุมชนบำบัดให้สั้นลง เพื่อให้สามารถบริการแก่ผู้ป่วยจำนวนมากที่รอใช้บริการ แต่ในผู้ป่วยหลายๆ รายต้องการเวลาปรับตัวค่อนข้างนาน จึงจำเป็นต้องปรับเรื่องช่วงเวลาของการรักษาในรูปแบบชุมชนบำบัดให้เหมาะสมกับพัฒนาการของผู้ป่วยแต่ละราย

ดังนั้นเพื่อสนองต่อขนาดของปัญหาที่เพิ่มขึ้น จึงได้มีการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่เรียกว่า จิตสังคมบำบัด (Matrix Program) โดยกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิตได้ร่วมมือกันจัดอบรมเผยแพร่ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถให้บริการและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยยาบ้าซึ่งมีกระจายอยู่ทั่วประเทศ การรักษาโดยวิธีจิตสังคมบำบัดดังกล่าว ต้องได้รับความร่วมมือจากพ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการกระจายบริการให้อยู่ใกล้บ้าน จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย วิธีกายจิตสังคมบำบัดดังกล่าวนี้ เป็นวิธีที่พัฒนามาจากหลายๆ วิธีการ มีการประเมินและพัฒนาเป็นขั้นตอนประมาณ 15 ปี ดังนั้นเมื่อนำมาใช้ในประเทศไทยในช่วงต้นยังพบปัญหาหลายประการ เช่น คนไทยไม่ค่อยยอมแสดงความคิดเห็น ไม่ชอบการมาเข้ากลุ่ม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ทำให้พบว่าการหยุดการรักษากลางคัน (Drop Out) สูง รวมทั้งการยอมรับและการสนับสนุนจากผู้บริหารของโรงพยาบาลต่างๆ เนื่องจากเนื้อหาและคำถาม รวมถึงกิจกรรมต่างๆที่ใช้เป็นรูปแบบของสังคมตะวันตก ผู้ให้การรักษาเองก็ยังไม่รู้สึกคุ้นเคย ยังต้องใช้เวลาเพื่อปรับรูปแบบให้เหมาะกับสังคมไทยมากขึ้น

ในประเทศไทยผู้ป่วยที่มามากจะเป็นครูหรือผู้ปกครองพามา เมื่อเริ่มรู้สึกดีขึ้นในช่วงแรกก็จะหยุดการรักษาก่อนกำหนด ทำให้การรักษาไม่ได้ผล มีตัวอย่างที่ดีที่อำเภอเมืองราชบุรีที่ทางตำรวจได้ให้ความร่วมมืออย่างดีในการติดตามให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มั่นใจว่ารูปแบบจิตสังคมบำบัดสามารถใช้ได้ผลดี หากมีการปรับปรุงเพิ่มความชำนาญของผู้ให้บริการ รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากฝ่ายบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

นอกจากรูปแบบการบำบัดรักษาที่กล่าวมาเบื้องต้นนี้แล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังช่วยอบรมวิทยากร ในการทำค่ายแก่โรงเรียนของกระทรวงศึกษาธิการ ค่ายทหารของเหล่าทัพต่างๆ

ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้แก่กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเสพ ที่เรียกว่า ค่ายวิวัฒน์พลเมือง ซึ่งจะเป็นส่วนเสริมกันในการแก้ไขปัญหายา

อีกทั้งยังมีการบำบัดในรูปแบบบังคับของกรมคุมประพฤติและการบำบัดในระบบผู้ต้องขังของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม และหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร ซึ่งทุกๆส่วนราชการก็มีข้อจำกัดต่างๆ ซึ่งควรช่วยกันศึกษาและเสนอแนะเพื่อให้การบำบัดรักษาเสพติดให้ได้ผลดี ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง เพื่อประชากรของประเทศไทยจะได้พ้นจากทุกข์โทษภัยจากยาเสพติดในอนาคต หรืออย่างน้อยได้ลดอันตรายลงในขณะที่ยังเลิกไม่ได้ (Harm Reduction) ซึ่งผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติดควรเรียนรู้และไปแนะนำกับผู้ติดยาเสพติดทุกคน

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ กาย จิต และสังคม การแก้ปัญหายาจึงไม่สามารถแก้โดยด้านใดด้านหนึ่ง ต้องทำพร้อมกันไปทุกด้าน อีกทั้งต้องทำต่อเนื่อง โดยระดมพลังแผ่นดินทุกส่วน ให้มีความตระหนัก ทำทั้งในด้านการป้องกันกลุ่มเสี่ยง ค้นหาผู้เสพและผู้ติดยา เข้าสู่การรักษาและฟื้นฟู และมีการติดตามหลังการรักษาให้ต่อเนื่อง สนับสนุนการฝึกอาชีพ เพื่อมีความภูมิใจและความมั่นใจ ไม่กลับไปเกี่ยวกับการใช้ยาหรือขายยาในอนาคตต่อไป

จากการปฏิบัติงานด้านยาเสพติดข้างต้น สรุปได้ว่าองค์ประกอบที่จะทำให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดประสบผลสำเร็จ ควรคำนึงถึงปัจจัยดังนี้

- 1) ต้องมีนโยบายในการแก้ไขยาเสพติดที่ชัดเจน ตั้งแต่ระดับรัฐบาลจนถึงระดับจังหวัด อำเภอ
- 2) ต้องมีการจัดโครงสร้างการบริหารงานยาเสพติดที่ชัดเจน และสอดคล้องกันเพื่อให้เกิดการประสานและร่วมมืออย่างต่อเนื่อง
- 3) ต้องมีการมอบหมายบุคลากร และระดมรวมกำลังจากทุกฝ่ายของสังคมมาร่วมแก้ไขปัญหายา
- 4) ต้องมีการจัดสรรงบประมาณและสิ่งสนับสนุนอย่างเหมาะสมและเพียงพอ
- 5) ต้องมีเทคโนโลยีที่ดีในการแก้ไขปัญหายาทุกเรื่องตั้งแต่การป้องกันปราบปราม บำบัดรักษา ลดอันตราย ฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุข (2546: 7) กำหนดกรอบความคิดในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องแยกอุปสงค์ (Demand) ออกจากอุปทาน (Supply) โดยการตัดปัญหา 3 วงจรให้ออกจากกัน คือการควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติด (Supply) การลดความต้องการในกลุ่มผู้ใช้ที่มีอยู่ (Demand) และการป้องกันกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้อง (Potential Demand)

1) ด้านการควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติด มีแนวทางสำคัญในการสร้างความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน การปราบปราม และการควบคุมสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติด

2) ด้านการลดความต้องการตัวยาในกลุ่มผู้เสพ โดยนำกลุ่มผู้ติดเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งในขณะนี้ได้มีการแก้ไขกฎหมายให้ผู้เสพเป็นผู้ป่วยแล้ว ส่วนผู้ที่ยังไม่คิดให้จัดระบบการดูแลที่เหมาะสมรองรับ

3) ด้านการป้องกันกลุ่มผู้ที่ยังไม่เกี่ยวข้อง มีแนวทางสำคัญในการสนับสนุนกิจกรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมและความสนใจของเยาวชนแต่ละกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่มีความสนใจด้าน E.Q. ดังเช่นกิจกรรมด้านกีฬาและดนตรี กับกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีความสนใจด้าน I.Q. ดังเช่นกิจกรรมด้านวิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ เป็นต้น

ปัญหาเสพติดในสังคม ในฐานะที่เราทุกคนเป็นสมาชิกของสังคม การกระทำสิ่งใดก็ตามของแต่ละคน ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสังคมบ้าง ไม่นาน้อย ดังนั้น คนทุกคนในสังคม จึงต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง ก่อนที่จะเกิดปัญหานั้นกับครอบครัวของตนเอง บทบาทของเราท่านทั้งหลายในสังคมพอที่จะแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ (กระทรวงสาธารณสุข 2546:7-8)

### 1) ระดับครอบครัว

หน่วยที่เล็กที่สุดของสังคมก็คือ “ครอบครัว” หากครอบครัวส่วนใหญ่ในสังคมประสบผลสำเร็จคือ สมาชิกทุกคนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ก็จะทำให้สังคมนั้นๆ มีความสงบส่งผลให้สังคมในวงกว้างมีแต่ความร่มเย็น ผู้คนในสังคมไม่มีความขัดแย้ง หรือเอาใจเอาเปรียบกันอยู่ด้วยกันอย่างสงบสุข ส่งผลสะท้อนกลับมาให้กับสมาชิกทุกคนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในครอบครัว เลี้ยงดูลูกได้อย่างเหมาะสม โอกาสที่เด็กจะไปติดยาเสพติดก็จะหมดไป เพราะฉะนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทุกคนที่เป็นพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กๆทุกคน จะต้องมีความรับผิดชอบต่อครอบครัวอย่างถูกต้องเหมาะสมใช้หลักสายกลางในการดำเนินชีวิต (ไม่ต้องถูกระเบียบเข้มงวด ไม่ยืดหยุ่นจนเกินไป) หรือหย่อนยานเกินไป (รักและตามใจลูกมากเกินไป ไม่ฝึกลงในเรื่องระเบียบวินัยหรือไม่มีเวลาแสดงความรักความสนใจลูกเท่าที่ควร เอาแต่ทำงาน ซึ่งถือว่าหย่อนในเรื่องเวลาที่ให้แก่ครอบครัว) ทำตัวอย่างที่ดีให้เห็น ด้วยการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า หรือไม่ใช่ยาเสพติดทุกชนิด

### 2) ระดับชุมชน

เป็นการให้ความสำคัญกับปัญหาของชุมชนที่ร่วมอยู่อาศัย หากปัญหาใดเกิดขึ้นในชุมชนแล้ว สมาชิกต่างช่วยเหลือกันแก้ไขปัญหาดังๆ เสียแต่เนิ่นๆ ก็จะทำให้ปัญหานั้นๆ ลดน้อยลงได้ แต่ถ้าลักษณะต่างคนต่างอยู่ ปัญหา ก็จะเพิ่มขึ้นจนกระทั่งปัญหานั้นอาจจะเกิดกับครอบครัวของตนเองได้ปัญหาเสพติดก็เช่นเดียวกัน หากเกิดขึ้นในชุมชนใดแล้ว สมาชิกใน

ชุมชนให้ความช่วยเหลือกัน เช่น แจงแหล่งที่ค้ายาเสพติดในชุมชนของตัวเอง แนะนำเด็กที่ติดยาให้ไปรับการรักษาให้การยอมรับผู้ป่วยที่กลับจากการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น ก็จะช่วยให้ปัญหาลดความรุนแรงลงได้ ครอบครัวของเราทุกคนก็จะปลอดภัยจากการลักขโมย จี้ ปล้น ทำร้ายร่างกาย โดยผู้ติดยาเสพติด

### 3) ระดับสังคม

ให้ความร่วมมือกับสังคมในวงกว้าง เช่น เข้าร่วมรณรงค์ในงานด้านยาเสพติดที่จัดโดยหน่วยงานของภาครัฐหรือเอกชนทุกครั้งที่มีโอกาส ให้ความร่วมมือกับกฎหมายบ้านเมือง โดยการไม่ค้าขายสินค้าประเภทสารระเหยแก่เด็กอายุต่ำกว่า 17 ปี หรือผู้ที่สงสัยว่าจะนำไปสู่คคม ร่วมบริจาคเงินสนับสนุนกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของหน่วยงานต่างๆ ผู้รักษากฎหมายและทำงานในกระบวนการยุติธรรม ได้แก่ ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา พึ่งปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต มีคุณธรรม จรรยาบรรณ ไม่เห็นแก่อำมิสลินจ้าง แต่เห็นแก่ความสงบสุขของสังคมและประเทศชาติ เป็นต้น

มาตรการของหน่วยงานภาครัฐในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้กำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหายาเสพติดไว้ 6 ประการ คือ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2544: 29-31)

1. แนวคิดเกี่ยวกับมาตรการในการสกัดกั้นยาเสพติดในพื้นที่ชายแดน มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 มาตรการสกัดกั้นและปราบปรามการนำเข้าและส่งออกยาเสพติด เคมีภัณฑ์ สารตั้งต้น และอุปกรณ์การผลิตยาเสพติดทั้งทางบกและทางทะเล

1.2 มาตรการจัดระเบียบ และเสริมสร้างความมั่นคงของหมู่บ้าน/ชุมชนในแนวชายแดน

1.3 มาตรการกดดันเพื่อลดอิทธิพลของฝ่ายตรงข้าม การจัดเจ้าหน้าที่ของปัญหาและการควบคุมสถานการณ์ของยาเสพติดในพื้นที่พิเศษชายแดนและพื้นที่พิเศษตอนใน

2. มาตรการดำเนินงานเพื่อการป้องกันยาเสพติด มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 มาตรการสร้างจิตสำนึกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลให้ลด ละ เลิก ยาเสพติด

2.2 มาตรการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างแนวร่วมต่อต้านยาเสพติด

2.3 มาตรการลดปัจจัยเงื่อนไขสำคัญ

2.4 มาตรการส่งเสริมปัจจัยบวก

2.5 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการป้องกันยาเสพติดภาคประชาชน

2.6 มาตรการวิจัยและพัฒนาทางวิชาการเพื่อการรณรงค์และการป้องกันยาเสพติด โดยการสนับสนุนของมหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. มาตรการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา

3.1 มาตรการป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา

3.2 มาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา

3.3 มาตรการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการดำเนินงานในสถานศึกษา

3.4 มาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญ

3.5 มาตรการส่งเสริมปัจจัยบวก

3.6 มาตรการส่งเสริมให้ประชาชน องค์กรประชาชน ภาคเอกชน สถาบันทางสังคม สถาบันศาสนา และชุมชนมีบทบาทและส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา

3.7 มาตรการวิจัยและพัฒนาทางวิชาการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา

4. มาตรการดำเนินงานเพื่อการปราบปรามยาเสพติดในพื้นที่

4.1 มาตรการปราบปรามทำลายองค์กรอาชญากรรมด้านยาเสพติด ข่ายงานการค้าด้านยาเสพติด และกลุ่มอิทธิพลและกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องในระดับชาติ

4.2 มาตรการปราบปรามเครือข่ายค้ายาเสพติด และอิทธิพลระดับภาคและจังหวัด

4.3 มาตรการปราบปรามแหล่งการค้ายาเสพติดในชุมชน

5. มาตรการดำเนินงานเพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

5.1 มาตรการจัดระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและระบบการส่งต่อ

5.2 มาตรการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและสถานที่

5.3 มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

5.4 มาตรการช่วยเหลือและดูแลผู้ติดยาและผู้ใช้ยาเสพติด

6. มาตรการดำเนินงานการบริหารจัดการเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด

6.1 มาตรการสร้างเอกภาพในการบริหารจัดการและสร้างประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

6.2 มาตรการสร้างระบบสนับสนุนที่เพียงพอและเอื้ออำนวยต่อการทำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ และการดำเนินงานในพื้นที่

พอสรุปได้ว่าแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้แก่ การปราบปรามแหล่งผลิตและแหล่งค้า การป้องกันและการรักษาผู้ติดยา และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในผู้ที่ยังเลิกไม่ได้

### 1.6 แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

#### 1.6.1 กรอบแนวคิดในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

นิภา ธีสกุล (2544: 505-515) กล่าวว่า การดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นเรื่องยากเนื่องจากปัจจุบันมนุษย์ต้องอยู่กับความบีบคั้นส่วนตัว เช่น ความเครียด ซึ่งเกิดขึ้นทั่วโลก ที่เรียกว่าเกิดวิกฤตทางสังคม (Social Crisis) ร่วมกับปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออกแล้วนำไปสู่ปัญหาหลายอย่างตามมา และจะแก้ปัญหาก็จะอย่างไรก็ได้ต้องหาทางออกในภาพรวม นั่นคือ การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนต้องเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม ทำความเข้าใจกับชุมชน หน่วยงานภาครัฐต้องมีการปรับปรุงแนวคิดและรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกัน ดังนี้

- 1) รัฐจะต้องปรับแนวคิดในการมองปัญหาและแก้ไขปัญห โดยยึดหลักการ“ประชาชนคือเจ้าของปัญหา” และเป็นผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญห โดยทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นผู้สนับสนุน
- 2) รัฐต้องปรับปรุงทัศนคติ บทบาทและวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐให้เอื้ออำนวยต่อการแก้ปัญหของชุมชน
- 3) รัฐต้องปรับปรุงระเบียบ กฎหมาย ให้เอื้อต่อการดำเนินงานของชุมชน
- 4) ต้องมีการศึกษาและพัฒนาเทคนิควิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน
- 5) การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบการสนับสนุนให้เอื้ออำนวยต่อชุมชน หลักการที่มีความสำคัญคือ หลักการประชาชนคือเจ้าของปัญหาและแก้ไขปัญห ประชาชนหรือชุมชนต้องร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมหาทรัพยากร ร่วมปฏิบัติการ ร่วมติดตามประเมินผล ในลักษณะ Active จนเกิดการเรียนรู้ในลักษณะที่เรียกว่า Interactive Learning Through Action ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหายที่ยั่งยืน

1.6.2 ขั้นตอนการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน (นิภา ธีสกุล 2544: 505-515)



1) สร้างหรือแสวงหาแนวร่วมในการดำเนินการในขั้นตอนที่จะเป็นขั้นตอนการทำความเข้าใจ การให้ความรู้ การสร้างกระแสชุมชนให้ทุกคนได้ตระหนักถึงพิษภัยของยาเสพติด

2) การรู้จักชุมชนของตนเอง ประกอบด้วย ประการแรก มีการรวมตัวกันเป็นองค์กรชุมชน หัวใจของการพัฒนาแบบยั่งยืนอยู่ที่องค์กรชุมชน (Community Organization) โดยมีกรรมการที่เป็นรูปธรรม และมีศูนย์ปฏิบัติการชุมชนเกิดขึ้น สำรวจ ค้นหา จำแนกพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย จัดทำเป็นทะเบียนกลางผู้ติดยาเสพติดของชุมชน อีกประการหนึ่งคือมีการเตรียมความพร้อม พัฒนานักกลาง และองค์ความรู้

3) มีการดำเนินการ โดยมองปัญหาในเชิงระบบมีองค์ประกอบหลายอย่างเข้ามาเชื่อมโยงกัน หัวใจสำคัญของการดำเนินการคือ การใช้ความรู้เข้าไปสร้างความรู้ ณ จุดต่างๆ ให้เชื่อมโยงกัน ดังนั้น การจัดการต้องมีความรู้ (Knowledge) และตัวการเรียนรู้ (Learning) การเรียนรู้ทำให้ความรู้มีประโยชน์ ในทุกกิจกรรมของการจัดการและจะต้องประกอบด้วยทั้งความรู้และการเรียนรู้

4) มีการเสริมสร้างชุมชนยั่งยืนและถ่ายทอดเทคโนโลยี

**การแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยองค์กรชุมชน** มีสาระสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ (นิภา ธีสกุล 2544: 505-515)

#### 1. องค์ประกอบที่ทำให้เกิดปัญหายาเสพติด

1.1 ตัวบุคคล เมื่อมนุษย์ประสบกับปัญหาอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม จนไม่สามารถที่จะแก้ไขหรือปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงหรือสภาพนั้นได้

ก็จะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม และอาจจะหันไปใช้ยาเสพติดเป็นทางออกในทางแก้ไขปัญหาชีวิต

1.2 ตัวยา โดยตัวของมันเองแล้ว ไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาใดๆเลย ถ้าหากบุคคลไม่ได้ไปหยิบมาใช้ แต่เมื่อบุคคลไปใช้ยา ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลที่ใช้ยา และขึ้นอยู่กับฤทธิ์และขนาดของยาที่ใช้รวมทั้งวิธีใช้

1.3 สิ่งแวดล้อม บุคคลจำเป็นต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น จะต้องปฏิบัติตนให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของสังคม แต่ถ้าบุคคลใดบุคคลหนึ่งไม่สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมของสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ดังนั้นสิ่งแวดล้อมจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในการผลักดันหรือชักจูงให้บุคคลหันไปใช้ยาเสพติดตามความเชื่อของทฤษฎีสังคมจิตวิทยา

(Social Psychological Modal) กล่าวว่า “สิ่งแวดล้อมหรือสังคมเป็นปัจจัยช่วยให้เกิดการใช้จ่ายและช่วยให้เกิดปัญหาอันสืบเนื่องมาจากการใช้จ่าย”

2. แนวคิดและรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยองค์กรชุมชน เน้นที่จะให้องค์กรชุมชนตระหนักถึงความสำคัญ และผลกระทบของปัญหายาเสพติดต่อชุมชน และรวมตัวกันเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด แนวคิดหลัก (key Concept) ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยวิธีนี้ ตามหลักทฤษฎีมี

4 ประการ คือ

- (1) *Community Awareness* ชุมชนตระหนักในปัญหายาเสพติด
- (2) *Community Commitment* ชุมชนมีเจตนาแน่วแน่ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด
- (3) *Community Participation* ชุมชนร่วมแรงร่วมใจในการแก้ไขปัญหายาเสพติด
- (4) *Community Organization* การจัดรูปองค์กรชุมชน

โดยนำไปสู่การจัดรูปเครือข่ายชุมชน (Community Network) กล่าวโดยสรุปชุมชนต้องตระหนักในปัญหายาเสพติด มีเจตนารมณ์ที่แน่วแน่ที่จะร่วมมือในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ก่อตั้งจัดตั้งขึ้นมาเป็นองค์กรชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของตนเอง และจะต้องประสานความร่วมมือกับชุมชนอื่น ผนึกกำลังเป็นเครือข่ายเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน จึงจะสามารถหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่ทำกันอย่างเป็นเครือข่ายและเป็นกระบวนการได้ โดยเชื่อว่าถ้าหากได้นำหลักการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยเครือข่ายชุมชนมาใช้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดแล้ว จะสามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ถึงปัจจัยพื้นฐานและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติดลงได้

การสร้างองค์กรชุมชนให้มีเข้มแข็ง ส่วนสำคัญอยู่ที่การสร้างโอกาสให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยหวังผลสำเร็จขององค์กรหนึ่งไปสู่องค์กรหนึ่งโดยผ่านเครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีการจัดตั้งอยู่แล้ว ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันการประชุม การศึกษาดูงาน การอบรม เป็นต้น

ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการจัดความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างบทบาทขององค์กรภาครัฐและองค์กรนอกภาครัฐหรือองค์กรชุมชนในกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยทั้งสองส่วนยังคงมีบทบาทต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยกัน บนความสัมพันธ์และหลักการที่เหมาะสมตามบทบาทแนวใหม่ที่มุ่งเน้นการขยายกำลังการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้กว้างยิ่งขึ้น พื้นฐานของหลักการดังกล่าวถือเป็นการขยายกำลังในทางยุทธศาสตร์ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในอนาคต ซึ่งมีหลักการและแนวความคิดที่สำคัญ ดังนี้

(1) หลักการที่จะให้ชุมชนมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน โดยการเคลื่อนย้ายบทบาทในฐานะศูนย์กลางจากภาครัฐไปสู่องค์กรชุมชนให้มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชนของตนได้ หลักการนี้เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และมุ่งเน้นกระบวนการแก้ไขปัญหากจากล่างสู่บน (Bottom-up) มากกว่าจากบนสู่ล่าง (Top-down)

(2) หลักการที่จะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด เป็นกระบวนการพัฒนาที่เป็นทั้งวิธีการและเป้าหมาย กล่าวคือ การทำให้บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เป็นแนวทาง/วิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด และในขณะเดียวกัน เป็นการเสริมสร้างกระบวนการรวมกลุ่มของชุมชนในการต่อสู้กับปัญหาสุขภาพเสพติด โดยนัยนี้ กิจกรรมการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงมีความมุ่งหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับกระบวนการพัฒนาคนและการรวมกลุ่มในชุมชน

(3) หลักการที่จะให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดเป็นการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการ โดยความริเริ่มของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทั้งในด้านปัจเจกบุคคล และภูมิคุ้มกันทางสังคม ซึ่งเป็นการสร้างสถานะสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้ออำนวยในการลดปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน

(4) หลักการที่จะให้กระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการได้ในทุกมาตรการของแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งประกอบด้วยด้านป้องกัน ปร่าบปร่าม และบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาที่ปรากฏในชุมชน โดยนัยนี้เป็นการแสดงให้เห็นถึงสถานะไร้ข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านยาเสพติดในชุมชน

(5) หลักการที่จะจัดความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของภาครัฐกับชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน กล่าวคือ ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในด้านสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมของชุมชนในกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งการใช้อำนาจทางกฎหมายเข้าดำเนินการต่อกลุ่มผู้ค้า ส่วนบทบาทของชุมชนควรเป็นบทบาทหลักในฐานะเจ้าของปัญหาที่แท้จริง

(6) หลักการที่จะทำให้กิจกรรมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดของชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมผสมผสานในงานด้านต่างๆของชุมชน ทั้งนี้เพราะการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดอย่างครบวงจร ไม่อาจจะกระทำได้ด้วยกิจกรรมด้านยาเสพติดแต่เพียงประการเดียว หากต้องผสมผสานไปกับงานพัฒนาการรวมกลุ่มของชุมชนในด้านต่างๆ เช่น งานพัฒนาการรวมกลุ่มเยาวชน (To Be Number one) งานพัฒนาทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น ดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องอำนวนยประโยชน์กันและกัน และมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาคนเป็นเป้าหมายสำคัญ

หลักการทั้ง 6 ประการ เป็นหลักการสำคัญในมิติใหม่ของการส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด โดยมุ่งเน้นบทบาทให้ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหา และรวมกลุ่ม

เพื่อทำกิจกรรมแก้ไขปัญหาคด้วยความรับผิดชอบของตน แต่เนื่องจากชุมชนมิได้มองปัญหาอย่างแยกส่วน เช่น หน่วยงานของรัฐที่ต่างก็มีหน้าที่เฉพาะหน่วยออกไป ดังนั้นการผสมผสานงานการแก้ไขปัญหาในทุกปัญหาที่ปรากฏในชุมชน จึงทำให้บทบาทของชุมชนดำเนินไปอย่างกว้างขวางเท่าที่ชุมชนเกิดความตระหนัก

Helen Nowlis (1971) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันเสนอรูปแบบของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนไว้ 4 รูปแบบ ดังนี้ (อ้างใน สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2541: 12-13)

(1) รูปแบบทางศีลธรรมและกฎหมาย (The Legal-Moral Model) รูปแบบนี้ได้เสนอให้แบ่งยาออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่ปลอดภัย และชนิดที่เป็นอันตราย การดำเนินงานป้องกันตามรูปแบบนี้จึงให้ออกกฎหมายลงโทษผู้ที่ทำการผลิต ค้า และเสพยาเสพติดที่เป็นอันตราย นอกจากนั้นยังเสนอแนะให้มีการออกกฎหมายควบคุมการจำหน่ายยา และออกคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายของการใช้ยาที่มีผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม

(2) รูปแบบทางสุขภาพอนามัย (The Public-Health Model) รูปแบบนี้ถือว่ายาเสพติดเปรียบเสมือนโรคภัยไข้เจ็บ หรือเป็นปัญหาทางสุขภาพอนามัยหรือโรคติดต่อเชื้อทั่วไปจึงต้องให้การศึกษ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภัยอันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาให้กับคนในสังคมได้รับรู้ เพื่อเป็นการป้องกัน ส่วนผู้ที่มียาเสพติดก็ให้ดำเนินการบำบัดรักษาโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าทุกคนเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพอนามัยดี กลัวโรคภัยไข้เจ็บ และหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น

(3) รูปแบบทางจิตวิทยาสังคม (The Psycho-Social Model) รูปแบบนี้จะให้ความสำคัญกับตัวคนหรือพฤติกรรมของคนเป็นหลัก โดยเห็นว่าพฤติกรรมใช้ยาของคนเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน จึงต้องศึกษาสาเหตุของการใช้ยาอย่างลึกซึ้ง และถือว่าการติดยาเสพติดเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนของมนุษย์ ดังนั้นในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแนวคิดนี้จึงเสนอแนะให้มีการให้ข่าวสารและให้การศึกษเพื่อเสริมสร้างเจตคติ ปลูกฝังค่านิยมความเชื่อ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไม่ให้หันไปใช้ยาเสพติด ตลอดจนเสนอแนะให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลผลักดันให้คนหันไปใช้ยา ให้ดีขึ้นด้วย

(4) รูปแบบทางสังคมและวัฒนธรรม (The Social-Culture Model) มุ่งปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในสังคม ส่งผลให้การใช้ยาเสพติดลดน้อยลง เช่น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมกลุ่มและองค์กรทางสังคม ควรสนองตอบพื้นฐานความจำเป็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ตลอดจนให้ความสำคัญกับระบบคุณค่าของสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงามของสถาบันต่างๆในสังคม

3. กระบวนการและขั้นตอนการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดโคของค์กรชุมชน มีกระบวนการและขั้นตอนที่สำคัญ คือ การเตรียมความพร้อมของชุมชนในการแก้ปัญหา ปัจจัยที่จะชี้ว่าชุมชนมีความพร้อมที่จะแก้ปัญหาสุขภาพเสพติดหรือไม่นั้น จากการศึกษาพบว่า สามารถพิจารณาได้จากความพร้อมของผู้นำชุมชนต่อการแก้ปัญหาของชุมชนที่พร้อมจะแก้ปัญหานั้น ผู้นำชุมชนไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือกลุ่มผู้นำใหม่ที่จะเกิดขึ้นจะต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญ คือ

(1) ผู้นำชุมชนต้องมีความรู้และความตระหนักในปัญหาสุขภาพเสพติดอย่างแท้จริง รู้ถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นในชุมชนและรู้ถึงผลของปัญหา เกิดจิตสำนึกว่าถ้าไม่แก้ปัญหาลแล้วผลจะเป็นอย่างไร มิใช่เกิดจากความคล้อยตาม หรือเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐตามสถานการณ์ เพราะหากไม่เกิดจากจิตสำนึกที่แท้จริงแล้วพบว่า เมื่อแก้ปัญหาได้ระยะหนึ่ง เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไปหรือเกิดปัญหาอุปสรรค และแรงต่อต้านจากกลุ่มผู้ค้าหรือผู้สูญเสียผลประโยชน์ก็จะเกิดความท้อแท้และเลิกดำเนินงาน ในทางตรงกันข้าม พบว่าชุมชนที่ผู้นำเกิดความตระหนัก เกิดจิตสำนึกที่แท้จริงจะยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาต่างๆจนถึงที่สุด

(2) กลุ่มผู้นำจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางวิธีการที่จะแก้ไขปัญหาได้ เกิดกระบวนการการเรียนรู้จากหลักการ วิธีการ และประสบการณ์การจากชุมชนอื่นๆ ได้รู้ปัญหาอุปสรรคที่บกพร่องและความล้มเหลวอาจจะเกิดขึ้น เกิดความรู้ความเข้าใจในวิธีการและสามารถนำมาปรับให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงในชุมชนของตนเองได้ ผู้นำชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเสพติดของชุมชน และมีจิตสำนึกที่จะแก้ปัญหาสุขภาพเสพติดอย่างแท้จริง นอกจากนั้นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางที่แก้ไขปัญหาอย่างถูกต้อง รู้ข้อดีข้อจำกัดของแต่ละวิธีการ ตลอดจนความล้มเหลวที่อาจจะเกิดขึ้น จนสามารถที่จะนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและข้อเท็จจริงในชุมชนของตนเอง

(3) ความพร้อมของกลุ่มอาสาสมัคร ในกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดจำเป็นต้องดำเนินกิจกรรมหลายๆอย่าง เพื่อแก้ไขสาเหตุแต่ละสาเหตุที่จะนำไปสู่การเกิดปัญหา เช่น สาเหตุจากครอบครัว เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมในชุมชนเหล่านี้ เป็นต้น จึงต้องอาศัยกลุ่มอาสาสมัครหรือกลุ่มที่จะดำเนินกิจกรรม การแก้ปัญหาที่จะเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมหลายๆด้าน จึงจำเป็นที่จะก่อให้เกิดผู้นำชุมชนในการแก้ปัญหาในแต่ละเรื่อง เพื่อช่วยเหลือผู้นำในการแก้ปัญหา ตลอดจนมีความรู้ และทักษะในการทำกิจกรรมในแต่ละเรื่อง เพื่อขจัดสาเหตุที่จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเสพติดได้

(4) ความพร้อมของสมาชิกในชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากสมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชน เพื่อก่อให้เกิดพลังที่จะต่อสู้กับกลุ่มอิทธิพลหรือกลุ่มผู้สูญเสียผลประโยชน์ และเป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่จะหยุดยั้งกลุ่มอิทธิพลจากยา

เสพติด จึงจำเป็นที่จะต้องทำให้สมาชิกในชุมชนเข้าใจถึงโทษพิษภัยและผลกระทบที่เกิดจากปัญหา  
ตระหนักในปัญหา และที่สำคัญคือจะต้องทำให้ชุมชนเกิดเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะขจัดปัญหาเสพ  
ติดให้หมดไปจากชุมชน และพร้อมที่ให้ความร่วมมือทุกอย่างเพื่อขจัดปัญหาดังกล่าว

กล่าวโดยสรุป แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน คือ การทำให้  
ชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่ ทำให้องค์กรชุมชนตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบของปัญหาเสพ  
ติดต่อชุมชน และการรวมตัวกันเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติด

### 1.7 บทบาทของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด

แนวความคิดในการดำเนินงานของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดใน  
หมู่บ้าน คือ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 7 2550)

1. เป็นกลไกหลักในหมู่บ้าน เป็นผู้นำจุดประกายสร้างกระแสสังคมให้  
เกิดปฏิกิริยาเคลื่อนไหวต่อต้านยาเสพติด

2. ร่วมมือส่วนราชการและองค์กรภาคเอกชนต่าง ๆ ในลักษณะ (พหุภาคี) ผนึก  
กำลังราษฎร- รัฐร่วมใจด้านยาเสพติด ให้ยาเสพติดหมดไปจากหมู่บ้าน

3. พัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะของประชาคมหมู่บ้าน ให้เข้มแข็งและมีศักยภาพ  
ในการจัดการแก้ไขปัญหาเสพติดในหมู่บ้านด้วยตนเอง

หลักการดำเนินงานของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดในหมู่บ้าน ยึด  
หลัก 2 ประการ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 7 2550)

#### 1. หลักการเบื้องต้น

ร่วมมือกับภาคราชการและองค์กรภาคเอกชนต่าง ๆ จากภายนอกชุมชน ใน  
หมู่บ้าน โดยคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) เป็นผู้นำเบื้องต้น ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางประสานความ  
ร่วมมือผนึกกำลังจากทุกกลุ่ม ทุกฝ่าย เป็นพลังร่วมกันตามกระบวนการของประชาคมหมู่บ้าน  
ต่อต้านยาเสพติด ประสานงานสนับสนุนและให้ความร่วมมือกับส่วนราชการหรือองค์กร  
ภาคเอกชนต่าง ๆ ที่เข้ามาดำเนินกิจกรรมป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในหมู่บ้านทั้งทางตรง  
และทางอ้อมตามแผนงานโครงการของส่วนราชการนั้น ๆ

#### 2. หลักการระยะยาว

ประชาคมหมู่บ้านต่อต้านยาเสพติด หมู่บ้านปลอดยาเสพติดตลอดกาล ยึด  
ครอบครัวชุมชนเป็นหลัก ปลุกจิตสำนึกความเป็นคนไทย วัฒนธรรมชุมชนช่วยตนเอง กลุ่ม  
กิจกรรมทุกส่วนทุกฝ่าย (องค์กรชุมชน) ในหมู่บ้าน เสริมสร้างสมรรถภาพและศักยภาพให้  
ประชาคมหมู่บ้านเข้มแข็ง โดยระดมพลังมวลชนทุกหมู่เหล่าและทรัพยากรทั้งภายในและภายนอก  
หมู่บ้าน (พหุภาคี) ร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผนและร่วมกันรับผิดชอบแก้ไขปัญหาเสพติดทั้ง

ระบบ (ทั้งการป้องกัน การปราบปราม และการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด) โดยประชาคมหมู่บ้านต่อต้านยาเสพติดด้วยพลังประชาคมหมู่บ้านเอง เพื่อให้หมู่บ้านปลอดยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2545) กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนไว้ว่า

1. ผู้นำชุมชนต้องมีความเสียสละในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
2. ผู้นำชุมชนต้องเป็นตัวหลักสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
3. ผู้นำชุมชนและครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชน โดยต้องไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด
4. ผู้นำชุมชนต้องเผยแพร่ ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือประชาชนกลุ่มที่มีปัญหายาเสพติด
5. ผู้นำชุมชนต้องชักนำและสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลพฤติกรรมภายหลังการบำบัด
6. เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดผ่านสื่อต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย
7. จัดให้มีเวรยามเฝ้าระวังภายในหมู่บ้าน เพื่อเฝ้าระวังการจำหน่ายและการเสพยาเสพติด
8. จัดประชุมร่วมกับประชาชนในการกำหนดแผนงาน กิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพื่อให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติตาม
9. รณรงค์เกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตื่นตัวต่อปัญหายาเสพติด
10. ให้การสนับสนุนช่วยเหลือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ทั้งหน่วยงานของทางราชการและเอกชนที่เข้ามาปฏิบัติงานในชุมชน
11. แจ้งข้อมูลข่าวสารของผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดแก่เจ้าหน้าที่
12. มีการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่เป็นระยะๆ

สรุปได้ว่า บทบาทของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหายาเสพติด คือ เป็นกลไกหลักในชุมชน ร่วมมือกับส่วนราชการและองค์กรภาคเอกชนต่างๆ ในชุมชนในลักษณะพหุภาคี และพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะของประชาคมหมู่บ้านให้เข้มแข็ง

## 2. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี

จังหวัดสุพรรณบุรี มีการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในด้านของผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด หัวใจสำคัญ คือ การตัดวงจรการแพร่ระบาดของยาเสพติด ผู้เสพ ผู้ติดยาต้องได้รับการบำบัดอย่างหายขาด ผู้ค้า ผู้ลำเลียงต้องได้รับการแก้ไข การดำเนินงานจะต้องประสานความร่วมมือกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหมู่บ้าน ชุมชน ให้สามารถดำเนินการได้อย่างครบวงจร ขณะเดียวกัน ต้องเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน สำหรับกลุ่มที่ยังไม่เคยเข้าไปเกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับยาเสพติด ยึดแนวความคิดในการดำเนินงาน คือ “**แก้ปัญหาคงเหลือ สถาปนาความมั่นคง และสร้างความยั่งยืน**” โดยมุ่งแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างตรงเป้าหมาย และมีคุณภาพ โดยนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการแก้ไขปัญหาดังนี้

1) การแก้ปัญหาคงเหลือ โดยการขจัดบุคคลและพื้นที่ที่ยังคงปรากฏปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซ้ำซาก และที่เป็นปัญหาใหม่ ได้แก่ พื้นที่ผลิต พื้นที่นำเข้า-ส่งออก พื้นที่ค้าและแพร่ระบาด พื้นที่เก็บพักยาเสพติด พื้นที่พิเศษ และบุคคลที่เป็นผู้ค้า ผู้เสพยาเสพติด

2) สถาปนาความมั่นคง และสร้างความยั่งยืน โดยการรักษาพื้นที่ที่ควบคุมได้แล้ว มิให้หวนกลับ เน้นการทำงานเชิงคุณภาพในการพัฒนากลไกการเฝ้าระวังให้สามารถแจ้งเตือนและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันทั่วทั้งในพื้นที่ที่สามารถแก้ไขปัญหได้แล้ว การต่อ ยอดการแก้ไขปัญหายาเสพติด กับปัญหาพื้นฐานให้สามารถผนวกเข้าด้วยกัน

โดยมีมาตรการและแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1) มาตรการควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติด (Supply) เน้นหนักในการทำลายโครงสร้างเครือข่ายการค้าที่ยังหลงเหลืออยู่ ตลอดจนผู้มีอิทธิพลที่อยู่เบื้องหลังขบวนการค้ายาเสพติด โดยสืบสวน สอบสวน จับกุม ขยายผล ผู้ค้ายาเสพติด บูรณาการมาตรการทางทรัพย์สิน ควบคุมการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ค้ารายย่อยในชุมชน ดำเนินการต่อเรื่องร้องเรียนของประชาชนอย่างจริงจัง ดำเนินการกับเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและเด็ดขาด โดยหน่วยปราบปรามยาเสพติดทุกหน่วย จัดทำแผนยุทธการปราบปรามกลุ่มการค้ายาเสพติดทั้งในระดับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท จัดให้มีกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพทั้งทางด้านการข่าว การประสานงานตามกระบวนการยุติธรรม ทั้งนี้ ให้ทุกหน่วยปฏิบัติภายใต้กรอบของกฎหมายอย่างเคร่งครัด

2) มาตรการแก้ไขปัญหามันคงและผู้ติดยาเสพติด (Demand) จากข้อมูลการดำเนินงานในปี 2549 พบว่าผู้เสพ/ผู้ติดที่หลงเหลืออยู่ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็น ผู้เสพ/ผู้ติดเรื้อรัง (Hard core) ทั้งที่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาแล้ว แต่กลับไปติดซ้ำ และพวกที่ติดมานานแต่ยังไม่ยอมเข้ารับการ



บำบัดรักษา ดังนั้นมาตรการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาคนกลุ่มนี้ จึงต้องมุ่งเน้นที่การบำบัดในระบบ บังคับบำบัดเป็นหลัก และจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องอย่างครบวงจร โดยจัดทีมค้นหาที่มี ประสิทธิภาพ จัดทำระบบทะเบียนและนำเข้าสู่ข้อมูลตามแบบ บสต. ๑-๕ ให้ครบถ้วน ใช้เครื่องมือ และวิธีการจำแนก/คัดกรองที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแยกผู้เสพ/ติดยา ให้เข้าสู่ระบบอย่างเหมาะสม จัดให้มีสถานบำบัดแบบบังคับบำบัดให้เพียงพอ ด้วยการดึงเอาสถาบัน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันศาสนา หรือองค์กรภาคเอกชนเข้ามาร่วมดำเนินการ สร้างกลไกการติดตาม ช่วยเหลือ ดูแล หลังการบำบัดฟื้นฟูแล้ว ใช้อุปกรณ์/อสม.หรือชุมชนเข้มแข็ง ให้ติดตามช่วยเหลือดูแลและให้ คำปรึกษา เมื่อบุคคลเหล่านี้กลับสู่ชุมชน รวมทั้งช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูให้มีอาชีพ มีงานทำ มี รายได้ เพียงพอที่จะดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข

3) มาตรการป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (Potential Demand) โดยสร้างความตื่นตัวและการมีส่วนร่วมของประชาชนทั่วไปในการเฝ้าระวังดูแลปัญหาเสพติด สร้างภูมิคุ้มกันต้านยาเสพติด ให้แก่ประชาชนทั่วไป กลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษา ส่งเสริม/ สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่ม พัฒนากิจกรรมสร้างสรรค์ จัดระเบียบสังคมเชิงบูรณาการ ด้วยการ เสริมพื้นที่และปัจจัยบวก ควบคุมและขจัดพื้นที่เสี่ยง

4) มาตรการบริหารจัดการอย่างบูรณาการ เน้นการพัฒนาประสิทธิภาพของกลไก กระบวนการปฏิบัติและระบบงานอำนาจการในทุกกระดับ ส่งเสริมให้ภาคประชาชน และท้องถิ่นเข้า มามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยบูรณาการแผนงาน โครงการ และงบประมาณการดำเนินงาน ภายใต้หลักการบริหาร ๔ ป. ได้แก่ โปร่งใส เป็นธรรม ประหยัด และมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง พัฒนา กลไกติดตามประเมินผลจากภายนอก เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของคุณภาพการแก้ไขปัญหามากกว่า ตัวเลขเชิงปริมาณให้ทุกจังหวัด เสริมความเข้มแข็งให้กับกลไกเฝ้าระวังยาเสพติด โดยให้มีผู้แทน ภาคประชาชน เข้ามาร่วมเป็นคณะทำงานเฝ้าระวังในพื้นที่ และจัดระบบรวบรวมข้อมูล จาก หน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมคุมประพฤติ กรมราชทัณฑ์ สถานพินิจและ คู่มครองเด็กและเยาวชน ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และภาคประชาชน เมื่อปรากฏข่าวสาร พื้นที่และ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ให้จังหวัด อำเภอ หรือหน่วยที่เกี่ยวข้อง เข้าดำเนินการตรวจสอบ พิสูจน์ทราบ และแก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา เพื่อมิให้ปัญหาถูกละเลยและ ขยายตัว และเสริมสร้างหมู่บ้าน/ชุมชนให้มีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน และพัฒนาไปสู่การเป็น หมู่บ้านกองทุนแม่ของแผ่นดิน

จึงพอสรุปได้ว่าแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในมิติใหม่ที่สำคัญต้องเกิดจาก บทบาทของสองภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในด้านสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมของ ชุมชนในกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งการใช้อำนาจทางกฎหมายเข้าดำเนินการต่อ

กลุ่มผู้ค้า และในส่วนของบทบาทภาคชุมชนควรเป็นบทบาทหลักในฐานะเจ้าของปัญหาที่แท้จริง ส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสาเหตุ และรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมแก้ไขปัญหาสาเหตุด้วยความรับผิดชอบของตนเอง

### 3. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

#### 3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายแง่มุม แตกต่างกันไป แล้วแต่วัตถุประสงค์ เป้าหมายและลักษณะงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้มีนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

ทงกักดิ์ คุ่ม ไช้หน้า (2531: 93) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ความรู้และความชำนาญ ร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสม และสนับสนุนการติดตามการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2545: 138-139) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ

2. การมีส่วนร่วมทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- 2.1 การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจทางการเมืองโดยประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม ควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนเอง และได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

- 2.2 การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค อาจกล่าวได้ว่าเป็นการคืนอำนาจในการพัฒนาให้แก่ประชาชน ให้ส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง

พัตน์ บุญยรัตน์พันธ์ (2517: 145) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะต้องมีโดยตลอดตั้งแต่มีการวางแผนโครงการ การเสาะสละกำลังแรงงาน วัสดุ กำลังเงิน หรือทรัพยากรใดๆที่มีอยู่ในชุมชน

ยูวัฒน์ วุฒิเมธิ (2526: 20) ให้ความหมายไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันเป็นผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทเพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญาการพัฒนาชุมชนที่ว่ามนุษย์ทุกคนต่างมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น พร้อมทั้งจะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชน ขณะเดียวกันต้องยอมรับความจริงที่ว่ามนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527: 6-7) ได้ให้ความหมายและหลักการสำคัญเรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาว่า หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริมชักนำและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งรูปส่วนบุคคล กลุ่มชน ชมรม สมาคม มูลนิธิและองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกัน

สุรพล จันทราปัดย์ (อ้างใน เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ 2544: 283) สรุปความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆอันมีผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง

อาภรณ์ จันทร์สว่าง (2522: 19) ได้กล่าวไว้ถึงการมีส่วนร่วมว่าเป็นผลจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลง ความเห็นพ้องต้องกันนั้นจะต้องมีมากพอจนเกิดการเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ กล่าวคือ ต้องเป็นการเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมปฏิบัติการนั้น และเหตุผลที่คนเข้าร่วมปฏิบัติการได้จะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดทำโดยกลุ่มหรือนามของกลุ่ม หรือกระทำผ่านองค์กร (Organization) ดังนั้นองค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวทำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ

สำหรับ สหประชาชาติ (1981 อ้างใน ชูชาติ พ่วงสมจิตร 2540: 12) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า เป็นการสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและสมาชิกในสังคมที่กว้างกว่า สามารถเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ และเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนิน

กิจกรรมในการพัฒนา รวมทั้งมีส่วนได้รับผลประโยชน์จากผลของการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกันอยู่ต่อไปได้

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527: 183-186) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Mental and Emotional Involvement) ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (Group Situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้การกระทำ (Contribution) บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น ทั้งยังทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มนั้นด้วย

White (1982: 18) อธิบายความหมายของการมีส่วนร่วมว่า คือ การที่ผู้ได้รับผลประโยชน์หรือมีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนา ได้ใช้ความพยายามร่วมกันในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพัฒนา ด้วยความรู้สึกร่วมกันในความเป็นเจ้าของ (Ownership) หรือหุ้นส่วน เพื่อทำงานหรือโครงการนั้นบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ทุกฝ่ายจะได้รับประโยชน์ร่วมกัน

ปรีศนา โกลละสุต (2534) อ้างใน นิยม บัวบาน (2536: 24) กล่าวว่า มีพื้นฐานแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดจากความสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1) ความสนใจและความห่วงกังวล ซึ่งเกิดจากความสนใจ และความห่วงกังวล ส่วนบุคคล ซึ่งบังเอิญพ้องต้องกันกลายเป็นความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม

2) ความเคียดแค้นและความไม่พึงพอใจร่วมกันที่มีต่อสภาพการณ์ที่เป็นอยู่นั้น ผลักดันให้มุ่งไปสู่การรวมกลุ่มวางแผนและลงมือทำร่วมกัน

3) การตกลงร่วมกันที่จะเปลี่ยนเพลงกลุ่ม หรือชุมชนไปในทิศทางที่พึงปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันที่จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความริเริ่ม กระทำการที่สนองตอบความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

องค์การอนามัยโลก (WHO: 1981) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า “เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ในเรื่องสุขภาพอนามัย และสวัสดิการของเขาเองและชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ โดยเน้นหน้าที่ในเรื่องพัฒนาความรู้ความสามารถในการพัฒนาชุมชนของเขาเอง

สำหรับ เสน่ห์ จามริก (อ้างใน นภา ชมไพบุลย์ 2529: 29) ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่ายและยังอาจเป็นการปูพื้นฐานมั่นคง สำหรับวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองได้ในขั้นปลาย ส่วนจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมได้กล่าวเริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่แต่ละคนมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องและสนใจเป็นเรื่อง ๆ ไป อย่างเช่น เรื่องการศึกษา การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ข้อสำคัญกิจกรรมเหล่านี้จะต้องสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของประชาชน

อคิน รพีพัฒน์ (อ้างใน ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ 2527: 320) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า คือการให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหาเป็นผู้นำทุกอย่าง ซึ่งไม่ใช่การกำหนดจากภายนอก แล้วให้ประชาชนร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หากแต่ทุกอย่างจะต้องเป็นเรื่องของประชาชนคิดขึ้นมา

ยูว์ฒน์ วุฒิเมธิ (2526: 20) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบถึงตัวประชาชนนั่นเอง

กรรณิกา ชมดี (2524: 9) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ความร่วมมือของประชาชน ไม่ว่าจะของตัวบุคคล หรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกันด้วย และเข้ามาร่วมรับผิดชอบเพื่อดำเนินการพัฒนา และเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ

จากความหมายสู่แนวทางการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาชุมชน มีแนวทางปฏิบัติ คือ (ภูมิธรรม เวชยชัย 2527: 34)

- 1) ต้องถือว่าชาวบ้านเป็นตัวหลักในการแก้ไขปัญหาของตนเอง องค์กรภายนอกเป็นเพียงตัวกระตุ้นหรือเสริม หรือสนับสนุน
- 2) กิจกรรมจะต้องเริ่มจากพื้นฐานของชุมชน กล่าวคือคำนึงถึงวิถีชีวิตที่ดำรงอยู่ในชุมชนทั้งอดีตและปัจจุบัน

3) ต่อปัญหาบางลักษณะ ระดับความรู้ของชุมชนอาจจะมีข้อจำกัด ทำให้ไม่ชัดเจนต่อปัญหาหรือแก้ไขปัญหาไม่ถูกจุด การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงต้องครอบคลุมถึงการกระจายและการสื่อสารข้อมูลเพื่อพัฒนาความรู้และขีดความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วย

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์(2528: 44) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า

- 1) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการค้นหาปัญหา วางแผนแก้ปัญหา ดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น รวมตลอดถึงการติดตามประเมินผล
- 2) เป็นกระบวนการซึ่งช่วยให้ประชาชนได้พัฒนาตนเอง จนกระทั่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้
- 3) เป็นกระบวนการซึ่งประชาชนเข้ามามีส่วนควบคุมระบบ และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในส่วนของการคิด การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมคิดแก้ปัญหา การดำเนินการและกิจกรรมชุมชน ร่วมวางแผน จนเป็นผลของการนำไปปฏิบัติ แต่ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องขึ้นอยู่กับความเต็มใจที่จะเข้าร่วม และต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม โดยปราศจาก

ข้อกำหนดที่มาจากบุคคลภายนอก และเป็นไปเพื่อสนองตอบความต้องการของสมาชิกในชุมชน รวมทั้งมีอำนาจอิสระในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนาให้กับสมาชิกด้วยความพึงพอใจและผู้เข้าร่วมมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการด้วย

การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน จึงหมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในส่วนของ การแสดงความคิดเห็น การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมคิดแก้ไขปัญหา การดำเนินการ และกิจกรรมชุมชน ร่วมวางแผน และนำไปปฏิบัติใช้ในชุมชน รวมทั้งมีอำนาจอิสระในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนาให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการนั้น

### 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

#### 3.2.1 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม (ชูชาติ พ่วงสมจิตร 2540)

- 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอันชอบธรรมของทุกคนที่เคารพให้การยอมรับและยกย่อง โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการปรับปรุงวิถีชีวิตของเขา
- 2) งานพัฒนาเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องให้คนหมู่มากเหล่านี้ได้สิทธิ์มีเสียงในการแสดงออก
- 3) กลยุทธ์ทั้งหลายในการพัฒนายังไม่สามารถส่งผลถึงกลุ่มประชาชนผู้ด้อยโอกาสและยากจน และในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้กลุ่มคนผู้ได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ในการพัฒนาใหม่ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น
- 4) ที่ผ่านมามีโครงการจำนวนมากไม่น้อยที่ประสบความสำเร็จ โดยอาศัยวิธีประชาชนมีส่วนร่วมในรูปการรวมกลุ่มและจัดตั้งองค์กรประชาชน ในขณะที่เดียวกันมีโครงการที่ล้มเหลวเป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่มหรือของกลุ่มอันเป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้าร่วมเพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของเขาและในขณะเดียวกันของได้ประโยชน์แก่ส่วนรวมด้วย การมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งจำเป็น
- 5) ประชาชนย่อมรู้ว่าตนกำลังต้องการอะไร มีปัญหาอะไร และอย่างไร แก้ปัญหาอย่างไร ถ้าให้โอกาสแก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนา ย่อมช่วยให้สนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า

### 3.2.2 การจำแนกประเภทการมีส่วนร่วม

ชูชาติ พ่วงสมจิตร (2540: 28-29) สรุปไว้ว่าการมีส่วนร่วมอาจพิจารณาได้ในมิติที่ต่างกัน กล่าวคือ

1) การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมโดยพิจารณาถึงระดับการอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วม เป็นการจำแนกที่อยู่บนพื้นฐานของความเต็มใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจำแนกเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจไม่มีการบังคับ และการเข้ามามีส่วนร่วมโดยการถูกบังคับให้เข้าร่วม

2) การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมตามวิธีการที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ การมีส่วนร่วมโดยตรง (Direct Participation) เช่น การเข้าร่วมประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมสละแรงกาย ร่วมสละเวลา ร่วมสละทรัพยากรวัสดุ สนับสนุนแรงงาน ออกเสียงลงคะแนน และการมีส่วนร่วมโดยอ้อม (Indirect Participation) ได้แก่ การมีส่วนร่วมโดยผ่านกลุ่ม และการมีส่วนร่วมโดยการผ่านตัวแทน (คูลิต เวชกิจ 2535: 13)

3) การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆของกระบวนการวางแผนพัฒนา การจำแนกการมีส่วนร่วมลักษณะนี้จะสัมพันธ์กับขั้นตอนของกระบวนการจัดทำแผนพัฒนา ไพรัชน์ เตชะรินทร์ (2527: 6-7) และเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527: 214) กล่าวถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนปฏิบัติงาน การวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การวางแผนปฏิบัติงาน การยอมรับแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

4) การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมลักษณะชั้นขององค์การ การจำแนกในลักษณะนี้ เป็นการจำแนกตามระดับขององค์การ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในระดับล่างขององค์การ การมีส่วนร่วมในระดับกลางขององค์การ และการมีส่วนร่วมในระดับสูงขององค์การ

5) การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมตามความเข้มข้นและความถี่ของกิจกรรม จำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ

(1) การมีส่วนร่วมที่มีความถี่ของกิจกรรมสม่ำเสมอ เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นเมื่อมีการทำกิจกรรมบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ เช่น มีการประชุมกลุ่มทุกสัปดาห์ มีการประชุมและทำกิจกรรมร่วมกันเป็นปกติวิสัย

(2) การมีส่วนร่วมที่มีกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ เป็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่บ่อยครั้งนัก เช่น มีการจัดประชุมนานครั้ง หรือการมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ที่นานๆ ครั้งจึงจะเกิดขึ้น

6) การจำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมตามระดับการเข้ามามีส่วนร่วม  
จำแนกออกเป็น 7 ประเภท เริ่มจากการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วยจากน้อยไปจนถึงมาก ดังนี้

- (1) การมีส่วนร่วมโดยการชักนำ
- (2) การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร
- (3) การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ให้การศึกษาหารือ
- (4) การมีส่วนร่วมโดยได้รับสิ่งจูงใจ
- (5) การมีส่วนร่วมเพื่อปฏิบัติภาระหน้าที่
- (6) การมีส่วนร่วมแบบปฏิสัมพันธ์กัน
- (7) การมีส่วนร่วมโดยพลังของประชาชนเอง

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

### 3.2.3 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม

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

- 1) การรวมกลุ่มและเข้าเป็นสมาชิกกลุ่ม
- 2) การเข้าร่วมให้ความคิดเห็นต่อกลุ่ม
- 3) การเข้าไปร่วมในกระบวนการต่างๆขององค์กร เช่น อำนวยการประชุม นำคนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกเข้าร่วม นำการสนทนา ช่วยรณรงค์
- 4) ทำในสิ่งที่สามารถทำได้ เช่น ให้เงินทุน สนับสนุนแรงงาน และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ช่วยออกความเห็นในด้านต่างๆ
- 5) การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยออกความเห็นหรือออกเสียงในเรื่องต่างๆ เช่น ช่วยกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกลุ่ม กำหนดแนวทางการดำเนินการเพื่อไปถึงเป้าหมาย จัดสรรทรัพยากรที่ขาดแคลน เลือกรรณบุคคลที่เป็นตัวแทนกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่ม และประเมินประสิทธิภาพ การนำโครงการไปสู่การปฏิบัติ
- 6) มีส่วนได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินงานกลุ่ม



### 3.2.4 วิธีการสร้างการเข้ามามีส่วนร่วม

การสร้างการเข้ามามีส่วนร่วมมีส่วนประกอบสำคัญ 3 ส่วนที่มีผลกระทบต่อกัน คือ แนวทางและวิธีการเข้ามามีส่วนร่วม สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้ร่วมกัน บริบทและการสนับสนุนของสถาบันซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Pretty.et.al. 1995: 62-64 อ้างใน สุรพล ปธานวนิช 2528:193)

1) แนวทางและการเข้ามามีส่วนร่วม (*participatory approaches and methods*) จะส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น เพิ่มขีดความสามารถขององค์กรท้องถิ่น ขอมรับในความหลากหลายและซับซ้อนของกลุ่มสังคมในท้องถิ่น กระตุ้นการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการคิดริเริ่ม และร่วมตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพัฒนา ที่พวกเขาเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์และได้รับผลกระทบ

2) สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้ร่วมกัน (*interactive leaning environment*) เป็นสภาพของการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการเปิดใจกว้างรับรู้ การมีเจตคติที่พร้อมแลกเปลี่ยนแบ่งปันและร่วมกันทำแบบหุนส่วน มีความสนใจและความผูกพันซึ่งกันและกัน จึงนำไปสู่การร่วมมือสนับสนุนในการคิดและทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีความเห็นชอบร่วมกัน

3) บริบทและการสนับสนุนของสถาบัน (*institutional support and context*) ซึ่งหมายถึง สภาพของสถาบันหรือองค์กร ที่มีโครงสร้างและการบริหารจัดการแตกต่างกันไป หากสถาบันมีโครงสร้างที่กระจายอำนาจ และมีการบริหารจัดการที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ใช้แนวทางและวิธีการเข้ามามีส่วนร่วมในทุกส่วนและทุกระดับของสถาบัน รวมทั้งให้มีการเชื่อมประสานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างสถาบันแล้ว ก็จะมีผลคล่องตัวในการสนับสนุนการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน มากกว่าสถาบันที่ยังใช้โครงสร้างและวิธีการบริหารที่ไม่กระจายอำนาจ และใช้วิธีสั่งการจากเจ้าหน้าที่ระดับสูงลงสู่ระดับล่างอยู่

4) การใช้แนวทางและวิธีการเข้ามามีส่วนร่วมในท้องถิ่นเพียงอย่างเดียวจะไม่บังเกิดผลเลย หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน และบุคคลไม่มีการเรียนรู้ที่เป็นไปดังข้อ 2

5) แม้สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้จะสร้างสรรค์ และทุกคนต่างมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน และไม่มีการส่งเสริมสนับสนุนให้ใช้แนวทางและวิธีการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติงานจริงในท้องถิ่นแล้ว การเรียนรู้นั้นก็จะอยู่ในสภาพเกือบใช้ไม่ได้ และเสื่อมสลายง่ายในเวลาอันสั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือกลุ่ม หากมีความตั้งใจและพยายามใช้สิ่งที่เรียนรู้อยู่ ก็พอมิผลบ้าง แต่ถ้าบุคคลหรือกลุ่มย้ายออกไปจากพื้นที่แล้ว สภาพการเรียนรู้เห็นจะหมดไปจากพื้นที่ด้วย

6) การสนับสนุนจากสถาบันให้ใช้วิธีการเข้ามีส่วนร่วม จะเป็นเพียงคำพูด และความตั้งใจที่เลื่อนลอย ถ้าไม่มีการแสดงออกให้เห็นชัดในกระบวนการเรียนรู้และการใช้วิธีการเข้ามีส่วนร่วมในท้องถิ่น ตัวอย่างที่ทราบกันดีคือ แม้เจ้าหน้าที่ระดับสูงจะตระหนักในคุณค่าของการใช้วิธีการเข้ามีส่วนร่วม แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการยังคงเคยชินกับการทำงานแบบสั่งการ ก็จะไม่เกิดพฤติกรรม และอาจต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ทำให้การสนับสนุนจากสถาบันไม่บังเกิดผลในทางปฏิบัติแต่อย่างใด

7) การสร้างการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชน ต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรประกอบ ทั้ง 3 ส่วน กล่าวคือ สถาบันต้องสนับสนุนทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ และมีการเชื่อมประสานกับองค์กรอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรท้องถิ่น สภาพการเรียนรู้ต้องเน้นการแก้ไขปัญหา มีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมมือกันในการปฏิบัติงานในท้องถิ่น ความรับผิดชอบอยู่ที่ตัวบุคคล ที่ต้องใช้ดุลยพินิจและการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ มากกว่าจะอยู่ที่ระเบียบวิธีปฏิบัติหรือกฎเกณฑ์ใดๆ พฤติกรรมและเจตคติของบุคคลต้องมีความเป็นประชาธิปไตย ยินดีรับฟัง และเอื้ออำนวยต่อกระบวนการเรียนรู้และตัดสินใจของประชาชน ไม่ใช่การแนะนำสั่งสอน ในการปฏิบัติงานร่วมกับประชาชน กลุ่มและองค์กรท้องถิ่นจะได้รับการสั่งสอนสนับสนุนให้ทดสอบความคิดและวิธีการอย่างเป็นระบบด้วยความสามารถและศักยภาพของชุมชนที่เป็นไปได้

จะเห็นว่ากรอบแนวคิดนี้เป็นการเน้นความร่วมมือในส่วนของฝ่ายองค์กรหรือสถาบันและเจ้าหน้าที่เป็นหลัก ซึ่งจะอำนวยประโยชน์ต่อการสร้างการเข้าร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา แต่ถ้าประชาชนยังไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมแล้ว การมีส่วนร่วมก็คงไม่บังเกิดผลและหลายกรณีก็อาจเป็นเพียง “การให้ความร่วมมือ” ในบางขั้นตอนเท่านั้น

### 3.2.5 ระดับการมีส่วนร่วม

การให้ประชาชนมีส่วนร่วมนั้น สามารถทำได้หลายระดับ ขึ้นอยู่กับรัฐบาล แต่ละยุคจะให้ความสำคัญต่อประชาชนมากน้อยต่างกัน คือ (คณิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม และคณะ 2545: 67)

1) ประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจ หมายถึง ให้ประชาชนเข้าจัดการเองโดยไม่มี การติดต่อกับรัฐบาลก่อน ซึ่งอาจมีการ ได้ตอบจากรัฐบาล ตัวอย่างเช่น การตั้งศาลเตี้ย การเดินขบวน การเข้ายึดสถานที่ราชการเพื่อเรียกร้องความเป็นธรรม เป็นต้น

2) ประชาชนและรัฐบาลร่วมกันแก้ปัญหา โดยมีอำนาจเท่าเทียมกัน เช่น โครงการทำความสะอาดหมู่บ้าน การสร้างถนน และการขุดบ่อน้ำในหมู่บ้าน เป็นต้น

3) ประชาชนเป็นที่ปรึกษา หมายถึง รัฐบาลขอความคิดเห็นจากประชาชน และตั้งใจที่จะกระทำตามความคิดเห็นนั้น แต่ก็ยังมีอำนาจที่จะได้รับความความคิดเห็นนั้นไปปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อการประสานงานระหว่างประชาชนและส่วนราชการ การแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเฉพาะกลุ่ม เป็นต้น

4) ประชาชนแสดงความคิดเห็น รัฐบาลให้โอกาสประชาชนได้แสดงความคิดเห็นในบางเรื่อง แต่มักจะไม่นำความคิดเห็นไปปฏิบัติ และยังมีอำนาจที่จะไม่รับฟังความคิดเห็นนั้น ตัวอย่างเช่น การประชุมใหญ่ที่ให้โอกาสประชาชนได้แสดงความคิดเห็น การขอความคิดเห็นในกฎระเบียบที่กำลังจะนำออกมาใช้

5) ประชาชนรับทราบ เป็นการแถลงข่าวสารและ/หรือมติของรัฐบาลให้ประชาชนได้ทราบ ประชาชนอาจมีปฏิกิริยาโต้ตอบ หรือไม่ก็ได้ เช่น การแถลงถึงโครงการต่างๆ ที่รัฐบาลได้มีมติให้ดำเนินการ การริเริ่มกฎหมายต่างๆ และการเวนคืนที่ดิน เป็นต้น

6) รัฐบาลใช้อำนาจ กล่าวคือ รัฐบาลใช้อำนาจจัดการโดยไม่แจ้งให้ประชาชนทราบล่วงหน้า ตัวอย่างเช่น การสืบสวนจับกุมผู้กระทำผิดกรณีต่างๆ โดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์(2527: 38) แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ออกเป็น 7 ระดับ คือ

1) ระดับ 1 ไม่มีส่วนร่วมเลย เป็นลักษณะที่ทางหน่วยงานของรัฐเข้าไปดำเนินการให้ประชาชนทั้งหมด หรือบางครั้งบังคับให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยไม่มีทางเลือกเลยได้ เพราะประชาชนเกรงความผิดที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งเกรงว่าจะต้องสูญเสียผลประโยชน์บางประการ เช่น การถูกปรับ การถูกเพ่งเล็งจากทางราชการ แต่ถ้าหลีกเลี่ยงได้ ประชาชนจะไม่เข้ามามีส่วนร่วม

2) ระดับ 2 มีส่วนร่วมน้อยมาก ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพราะมีสิ่งล่อใจหรือผลประโยชน์บางประการที่จะได้รับ เช่น ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการใช้แรงงาน ได้มีโอกาสไปทัศนศึกษาออกสถานที่ การได้ชื่อเสียง เป็นต้น แต่ตัวประชาชนเองไม่ได้มีความเต็มใจต่อกิจกรรม ดังนั้น เมื่อไรก็ตามที่ประชาชนเห็นว่าตนเองไม่ได้รับประโยชน์เพียงพอที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ก็จะไม่มีส่วนร่วม

3) ระดับ 3 มีส่วนร่วมน้อย ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพราะถูกชักจูง โดยการโฆษณาประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ที่มุ่งเน้นเห็นถึงผลดีหรือผลประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่ง

ไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และประชาชนไม่ได้มีส่วนเสนอความคิดเห็นใดๆทั้งสิ้น ถ้าประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะได้รับผลประโยชน์ อาจได้รับความร่วมมือต่อไป

4) *ระดับ 4 มีส่วนร่วมปานกลาง* ทางราชการจะทำการสอบถามประชาชนถึงความต้องการของท้องถิ่นและสภาพข้อเท็จจริงที่เป็นอยู่ จากนั้นทางราชการจะนำข้อมูลที่ได้เหล่านี้ไปทำการกำหนดแผนงาน เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตาม ซึ่งแผนงานที่กำหนดขึ้นนี้บางครั้งอาจไม่ตรงตามความประสงค์ของประชาชนได้

5) *ระดับ 5 มีส่วนร่วมค่อนข้างสูง* ทางราชการจะมีการยอมรับให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมค่อนข้างสูง โดยเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นต่างๆ รวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหาความประสงค์ของประชาชน แต่การตัดสินใจในการกำหนดแผนงานจริงๆยังขึ้นอยู่กับอำนาจหน้าที่ของทางราชการ

6) *ระดับ 6 มีส่วนร่วมสูง* ทางราชการจะเปิดโอกาสอย่างมากให้ประชาชนแสดงข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีส่วนร่วมจากประชาชน โดยใกล้ชิด การดำเนินการขึ้นอยู่กับมติของประชาชนเองว่าจะแก้ไขปัญหามาของชุมชนอย่างไร

7) *ระดับ 7 มีส่วนร่วมในอุดมคติ* ประชาชนในท้องถิ่นจะร่วมมือดำเนินการด้วยตนเองโดยตลอด นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินงาน เป็นการอาศัยพื้นฐานความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นเอง จึงได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดี ทางราชการอาจเข้ามามีส่วนร่วมบางในแง่ของความช่วยเหลือหรือสนับสนุนสิ่งที่เกินความสามารถของประชาชนเท่านั้น

นักวิจัยทางสังคมศาสตร์ได้พยายามสร้างเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน โดยการพัฒนาและดัดแปลงจากผลงานของนักวิจัยก่อนๆ ด้วยการนำเอาองค์ประกอบต่างๆ ที่แตกต่างกัน มาสร้างสเกลวัดการมีส่วนร่วม Kasperson and Breitbat (1974: 3-4 อ้างใน พิพัฒน์ บุญวัตพันธ์ 2539: 15) ได้เสนอการวัดระดับของการมีส่วนร่วม ซึ่งพอสรุปได้ 3 ประการ คือ

1) *การกระทำโดยแต่ละบุคคล* มิใช่เป็นการกระทำโดยกลุ่ม ซึ่งอาจทำให้การวิเคราะห์หรือได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง เพราะการแสดงออกของแต่ละบุคคลในกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นจะเห็นได้ถึงค่านิยม การรับรู้ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ กริยาที่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมก็คือ กริยาที่มีการแสดงต่อผลของการกระทำนั้นโดยตรงของแต่ละบุคคล

2) *ความถี่ของการกระทำ* ซึ่งแสดงออกโดยการร่วมกระทำที่บ่อยครั้ง ระยะเวลาของกิจกรรมที่ยาวนานหรือมีความผูกพัน และมีแรงจูงใจการกระทำ

3) คุณภาพของการเข้าร่วม ซึ่งดูจากผลและผลกระทบของการกระทำในเบื้องต้น เช่น ความรับผิดชอบ การตัดสินใจ การเปิดกว้างยอมรับความสามารถ และความคิดเห็นมีการกระทำที่ประเมิณผล

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยประเมินการมีส่วนร่วมโดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติดออกเป็น 5 ระดับ คือ

1) ระดับ 1 มีส่วนร่วมน้อยที่สุด หมายถึง ผู้นำชุมชนไม่เข้าร่วมกิจกรรมการจัดปัญหาเสพติดเลย

2) ระดับ 2 มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง ผู้นำชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมการจัดปัญหาเสพติดนานครั้ง

3) ระดับ 3 มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง ผู้นำชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมการจัดปัญหาเสพติดเป็นครั้งคราว

4) ระดับ 4 มีส่วนร่วมมาก หมายถึง ผู้นำชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมการจัดปัญหาเสพติดบ่อยครั้ง

5) ระดับ 5 มีส่วนร่วมมากที่สุด หมายถึง ผู้นำชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมการจัดปัญหาเสพติดเป็นประจำ

### 3.3 รูปแบบการมีส่วนร่วม

สุรัสวดี หุ่นพยนต์ (2528: 11) และนภา ชมไพบุลย์ (2529: 16) ได้จำแนกรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะต้อง

- 1) ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ แลพิจารณาแนวทางแก้ไข
- 2) ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข และวางโครงการแก้ปัญหา
- 3) ร่วมปฏิบัติตามโครงการที่วางแผนไว้
- 4) ร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ
- 5) ร่วมประเมินโครงการ

ในทำนองคล้ายคลึงกัน เฉลิม เกิดโมลี (2543 : 3) ได้เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมว่ามี 3 ระดับ คือ

1) ร่วมคิดตัดสินใจ คือต้องทั้งร่วมคิดและต้องมีอำนาจตัดสินใจในระดับที่แน่นอนระดับหนึ่ง

2) ร่วมทำ คือร่วมในขั้นตอนของการดำเนินการทั้งหมด

3) ร่วมสนับสนุน อาจเป็นได้ตั้งแต่ในข่าวสารข้อมูลถึงการสนับสนุนทรัพยากรบริการ

นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นว่าเกิดขึ้นอย่างไร กล่าวคือ การมีส่วนร่วมนั้นเกิดจากเบื้องบน หรือเบื้องล่าง การจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจหรือบังคับ ช่องทางการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นเหล่านั้น เป็นการมีส่วนร่วมโดยปัจเจกชน หรือกลุ่ม มีส่วนร่วมโดยตรงหรือโดยอ้อม มีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ซึ่ง ฉอาน วุฒิชรรมรักษา (2526: 16) ได้แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนิน โครงการ ไว้ 5 ลักษณะคือ

- 1) ชุมชนร่วมกำหนดความต้องการในการพัฒนาที่แท้จริง
- 2) ชุมชนร่วมวางแผนการดำเนินงานอย่างเหมาะสม
- 3) ชุมชนร่วมตัดสินใจ โดยกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหานั้น
- 4) ชุมชนร่วมดำเนินงานตามวิธีทางและแนวทางให้เป็นที่ไปตามโครงการ
- 5) ชุมชนร่วมติดตามผล

ม.ร.ว.อ.คิน รพีพัฒน์ (2527: 49) สรุปรูปแบบการเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชน ในชุมชนนั้นมีอยู่ 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ในการพิจารณาปัญหา และจัดระดับ ความสำคัญของปัญหา ตลอดจนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ
- 2) การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา
- 3) การมีส่วนร่วมในการค้นหา และพิจารณาแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหา ได้แก่วางแผนโครงการเป็นขั้นตอน นโยบาย วัตถุประสงค์ของโครงการ
- 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา เช่น การดำเนิน โครงการซึ่งต้องทำประโยชน์ต่อโครงการ
- 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรม เช่น สรุปผลของโครงการว่า บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ อาจจะกระทำระหว่างดำเนินโครงการหรือภายหลังจาก โครงการเสร็จสิ้นแล้วก็ได้

Castillo (อ้างใน สุพรรณณี ไชยอำพร และสนธิ สมัครการ 2535: 3) สรุปว่า รูปแบบของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง 3 ประการ คือ ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา ประชาชนร่วมปรึกษาหรือเข้ามามีส่วนร่วม และประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะที่สำคัญที่สุด

กรรณิกา ชมดี (2542: 13) สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้ 10 รูปแบบ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมประชุม (*Attendance at Meeting*)
- 2) การมีส่วนร่วมออกเงิน (*Financial Contribution*)

นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นว่าเกิดขึ้นอย่างไร กล่าวคือ การมีส่วนร่วมนั้นเกิดจากเบื้องบน หรือเบื้องล่าง การจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจหรือบังคับ ช่องทางการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นเหล่านั้น เป็นการมีส่วนร่วมโดยปัจเจกชน หรือกลุ่ม มีส่วนร่วมโดยตรงหรือโดยอ้อม มีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ซึ่ง ฉอาน วุฒิชรรมรักษา (2526: 16) ได้แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนิน โครงการ ไว้ 5 ลักษณะคือ

- 1) ชุมชนร่วมกำหนดความต้องการในการพัฒนาที่แท้จริง
- 2) ชุมชนร่วมวางแผนการดำเนินงานอย่างเหมาะสม
- 3) ชุมชนร่วมตัดสินใจ โดยกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหานั้น
- 4) ชุมชนร่วมดำเนินงานตามวิถีทางและแนวทางให้เป็นที่ไปตาม โครงการ
- 5) ชุมชนร่วมติดตามผล

ม.ร.ว.อ.คิน รพีพัฒน์ (2527: 49) สรุปรูปแบบการเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชน ในชุมชนนั้นมีอยู่ 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ในการพิจารณาปัญหา และจัดระดับ ความสำคัญของปัญหา ตลอดจนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ
- 2) การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา
- 3) การมีส่วนร่วมในการค้นหา และพิจารณาแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหานั้น ได้แก่วางแผนโครงการเป็นขั้นตอน นโยบาย วัตถุประสงค์ของโครงการ
- 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้น เช่น การดำเนิน โครงการซึ่งต้องทำประโยชน์ต่อโครงการ
- 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรม เช่น สรุปผลของโครงการว่า บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ อาจจะกระทำระหว่างดำเนินโครงการหรือภายหลังจาก โครงการเสร็จสิ้นแล้วก็ได้

Castillo (อ้างใน สุพรรณิ ไชยอำพร และสนิท สมัครการ 2535: 3) สรุปว่า รูปแบบของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง 3 ประการ คือ ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา ประชาชนร่วมบริจาคหรือเข้ามามีส่วนร่วม และประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะที่สำคัญที่สุด

กรรณิกา ชมดี (2542: 13) สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้ 10 รูปแบบ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมประชุม (*Attendance at Meeting*)
- 2) การมีส่วนร่วมออกเงิน (*Financial Contribution*)

- 3) การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ (Memberships on Committees)
- 4) การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ (Position of leadership)
- 5) การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ (Interviewer)
- 6) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน (Solicitor)
- 7) การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภค (Customers)
- 8) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม (Entrepreneur)
- 9) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน (Employee)
- 10) การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์ (Material Contribution)

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2527) ได้กล่าวถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ดังนี้

- 1) ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมตลอดจนความต้องการของชุมชน
- 2) ร่วมคิดและสร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน หรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
- 3) ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน
- 4) ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
- 5) ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 6) ร่วมการลงทุนในกิจกรรม โครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน
- 7) ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรม ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
- 8) ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผลและบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

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

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นการแสดงออกด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบ หรือกำหนดระบบของโครงการ เป็นการประเมิน



ปัญหาหรือทางเลือกที่จะสามารถเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา ซึ่งในขั้นตอนนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น เป็นการเริ่มค้นหาบุคคลในชุมชน และวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการ ในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญและป้องกันความเข้าใจผิดที่อาจเกิดขึ้นและสนองกลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหา ซึ่งบุคคลนั้นสามารถเข้ามาเกี่ยวข้องกับตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นโครงการทั้งในเรื่องการเงิน การจัดสรรบุคลากร ตลอดจนการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการและสนับสนุนโครงการ

1.2 การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ บุคคลนั้นอาจไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงเริ่มต้น แต่ถูกขอร้องให้เข้ามาดำเนินการเมื่อโครงการเข้ามา ความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่าการมีส่วนร่วมตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น ซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในภายหลังนี้ และจัดลำดับความสำคัญของโครงการและวิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

1.3 การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ เป็นความเกี่ยวข้องในองค์กร เมื่อโครงการเข้ามาหรือมีการเชื่อมโยงโครงการเข้ามา มีการรวมขององค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับปฏิบัติการกิจกรรมในโครงการ กรอบที่สมาชิกยึดถือ ประกอบด้วย การประชุมเพื่อทำนโยบาย การคัดเลือกผู้นำที่จะมีอิทธิพลต่อองค์กร

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

2.1 การมีส่วนร่วมในการสละหรือให้ทรัพยากร สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การร่วมสละแรงกาย การสละเงิน การให้วัสดุอุปกรณ์และการให้คำแนะนำ ทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากรหลักที่สำคัญ นำมาใช้ในการพัฒนาโครงการ แสดงให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วม สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมนี้ คือ การรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและทำอย่างไร

2.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารโครงการและการประสานงาน สามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงาน โดยการเป็นลูกจ้างหรือสมาชิกทีมที่ปรึกษาหรือเป็นผู้บริหารโครงการ หรือโดยวิธีการจ้างบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ มีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการ หรือการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ และเป็นผู้ประสานงานในโครงการด้วย สำหรับผู้เข้ามาบริหารหรือประสานงานวิธีนี้นอกจากจะเพิ่มความไว้วางใจ ยังช่วย

ให้เขาเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเองอีกด้วย อีกทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายในและได้รับคำแนะนำซึ่งเป็นปัญหา ตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

2.3 การมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมโดยการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ พบว่ามีลักษณะเป็นการบังคับให้เข้าปฏิบัติในโครงการมากที่สุด การมีส่วนร่วมโดยการบังคับให้ปฏิบัติจะต่างจากการให้ความร่วมมือ เพราะการบังคับให้ทำนั้น ผลประโยชน์ (benefit) จะไม่ใช่เป็นสิ่งที่สำคัญ แต่ถ้าเป็นการมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจนั้น จะคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเกิดการมีส่วนร่วมด้วย

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานแล้วและมีผลในทางเศรษฐกิจ ซึ่งไม่ควรมองข้ามการสังเกตไปเป็นข้อเท็จจริงของการมีส่วนร่วมในการยอมรับความสำคัญของโครงการ ซึ่งการตัดสินใจอาจไม่เกิดขึ้นหรือมีขีดจำกัด การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แบ่งได้ 3 ชนิด คือ

3.1 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านวัตถุ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน สรุปได้ว่าเป็นการเพิ่มการบริโภค รายได้และทรัพย์สิน เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การสรุปข้อมูลล้มเหลวได้ ซึ่งควรวิเคราะห์ได้ว่าใครคือผู้มีส่วนร่วมและดำเนินการให้เกิดขึ้น

3.2 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ด้านสังคม เป็นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่สังคม ความต้องการพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่ บริการหรือความพึงพอใจจากสาธารณูปโภค การเพิ่มโครงการพัฒนาโดยใช้รูปแบบการผสมผสานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ทั้งในเรื่องปริมาณการแบ่งผลประโยชน์ และคุณภาพบริการและความพึงพอใจ

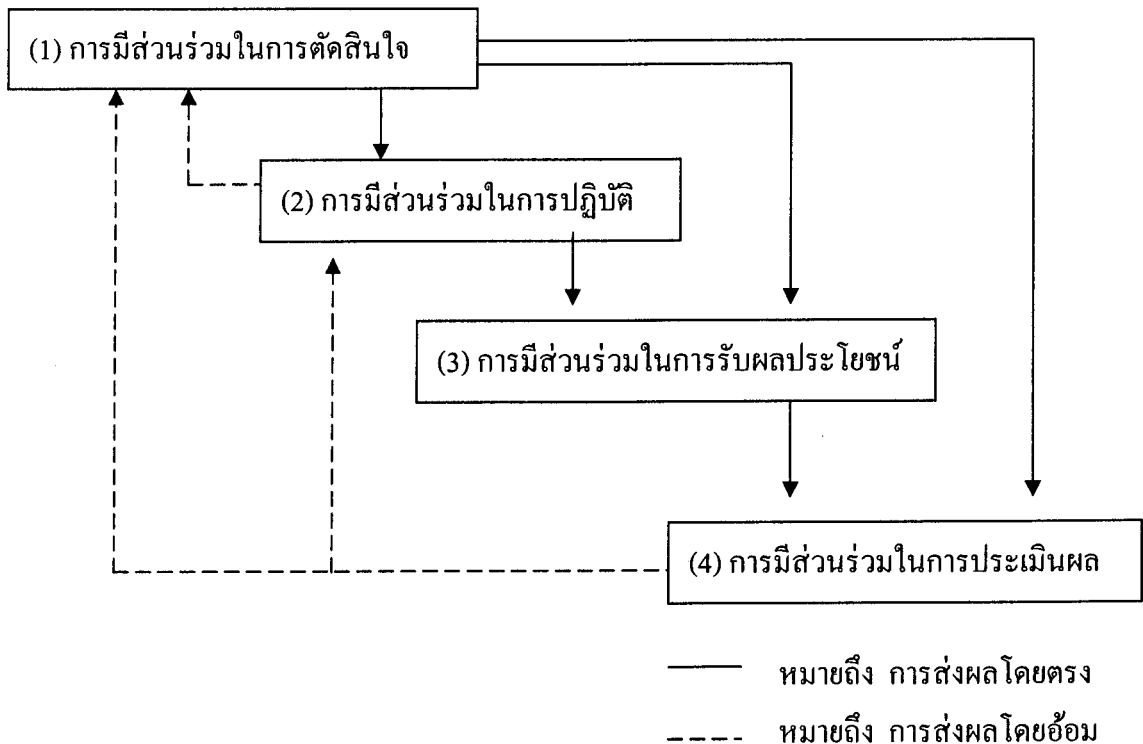
3.3 ผลประโยชน์ด้านบุคคล เป็นความปรารถนาที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือได้รับการคัดเลือกเข้ามา เป็นความต้องการอำนาจทางสังคมและการเมืองโดยผ่านความร่วมมือในโครงการ ผลประโยชน์สำคัญที่ได้จากโครงการมี 3 ชนิด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (Political power) และความรู้สึกว่าตนมีประสิทธิภาพ (Sense of efficacy)

การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วย เพราะถ้าอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีความแตกต่างกัน จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนหลักที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วม หากผลที่ออกมาตรงกันข้ามกับโครงการเมื่อทราบแล้วว่าทำไม จะได้แก้ไขเพื่อหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นการค้นหาข้อดี และข้อบกพร่อง เพื่อหาแนว

ทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป และเป็นการประเมินผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นระยะ

นอกจากนี้ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff 1980) ยังได้แสดงความสัมพันธ์ของขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังที่แสดงไว้ในภาพที่ 2



ภาพที่ 2.2 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ของขั้นตอนการมีส่วนร่วมของ โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff 1980)

จากภาพที่ 2 จะเห็นได้ว่า โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาก ดังจะเห็นได้จากภาพ จุดเริ่มต้นอยู่ที่ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์แสดงเส้นความสัมพันธ์ด้วยเส้นทึบ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และจากการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติจึงส่งผลต่อไปยังการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ในขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจยังมีผลโดยตรงต่อการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลจะส่งผลย้อนกลับถึงการมีส่วนร่วมใน

การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งแสดงให้เห็นด้วยเส้นประ และยังแสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติจะส่งผลย้อนกลับไปยังการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอีกด้วย

จากแนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น พอสรุปการมีส่วนร่วมได้ 4 ประเภท ดังต่อไปนี้

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ
- 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

กล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการของความร่วมมือ เพื่อที่จะหาพลังจากกลุ่มบุคคล ประชาชน และกลุ่มผู้นำต่างๆที่มีในชุมชน เพื่อดำเนินกิจกรรมของ โครงการต่างๆในชุมชน และรวมถึงโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนด้วย ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดและรูปแบบการมีส่วนร่วมของ โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1980) เนื่องจากได้กล่าวถึงรูปแบบของการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ของขั้นตอนการมีส่วนร่วมไว้อย่างชัดเจน สามารถนำมาประเมินถึงระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้นำชุมชนในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

### 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด

การมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลายแบบ ชุมชนแต่ละชุมชนมีลักษณะโครงสร้างที่แตกต่างกันไป ซึ่งทำให้ระดับของการมีส่วนร่วมแตกต่างกันไปด้วย นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับส่วนอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เข้าไปทำงานในชุมชนด้วยที่ทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนแตกต่างกันไป โดยจะกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้ (เพ็ญศรี เปลี้นขำ 2542: 86-87)

1. ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปทำงานในชุมชน ปัจจัยเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ทั้งที่มาจากฝ่ายรัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน จะต้องสร้างเงื่อนไขของบทบาทของตนให้พร้อมที่จะเข้าไปทำงานและให้ประชาชนมีส่วนร่วม ดังนั้น จึงต้องมีทัศนคติและจิตสำนึกที่เหมาะสม ดังนี้

- 1.1 การยอมรับศักดิ์ศรีของประชาชนกับตนเองเท่าเทียมกัน ต้องเลิกความทงตนว่าวิเศษเหนือประชาชน การที่แตกต่างกันก็เนื่องจากประชาชนมีโอกาสน้อยกว่าเท่านั้น

1.2 ความเชื่อและเคารพในตัวประชาชน เป็นความพร้อมที่จะเรียนรู้กับประชาชน

1.3 ความเชื่อในตัวประชาชนที่มีความสามารถ ที่จะพัฒนาได้ ช่วยตนเองและประชาชนได้ ถ้าพวกเขาได้รับโอกาสและการส่งเสริมที่เหมาะสม

1.4 ความเข้าใจความคิดของประชาชน ในลักษณะของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา เมื่อเขารู้สึกว่าเป็นกิจกรรมที่รับประโยชน์ทันที จึงต้องถามประชาชนเพื่อทราบความต้องการของประชาชน

2. ปัจจัยจากบุคคลที่ทำงานด้านการพัฒนาภายในชุมชน บุคคลที่ทำงานด้านการพัฒนาภายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน บุคคลที่มีความคิดริเริ่มในการกระตุ้นให้ประชาชนมีความสนใจในการพัฒนา ซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองต่อไปในอนาคต

3. ปัจจัยเกี่ยวกับการบริหาร ปัจจัยเกี่ยวกับการบริหารเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับการจัดระเบียบราชการ หรือระเบียบขององค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานของรัฐมีลักษณะเป็นการสั่งการ เมื่อเจ้าหน้าที่เข้าไปทำงานในชุมชนก็ต้องอยู่ในระเบียบของการสั่งการ ทำให้การพัฒนาไม่ได้เป็นไปตามหลักการพัฒนา นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ยังไม่มีความสัมพันธ์ในการทำงาน และไม่มีเป้าหมายในการวางแผนร่วมกัน หรือบางครั้งเจ้าหน้าที่ขาดการวางแผนร่วมกับชุมชน ทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ดีนัก

#### 4. ปัจจัยด้านโครงสร้างชุมชน

4.1 ลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนมากน้อยแตกต่างกัน เช่น ถ้าชุมชนใดมีความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ รู้จักกันเป็นญาติพี่น้อง การมีส่วนร่วมจะดีกว่าชุมชนใหม่ที่มีประชาชนมาจากหลายแหล่ง ต่างวัฒนธรรม ฐานะความเป็นอยู่ต่างกัน และความสัมพันธ์จะเป็นแบบทุติยภูมิ แม้ว่าจะมีกลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิแต่ไม่มากนัก ก็อาจเป็นเหตุให้การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ดีเท่าที่ควร

4.2 โครงสร้างประชากร ถ้าชุมชนใดมีโครงสร้างประชากรวัยแรงงานในชุมชน การมีส่วนร่วมอาจจะมีมากกว่าโครงสร้างชุมชนที่มีวัยแรงงานย้ายออกไปทำงานที่อื่นๆ

4.3 ค่านิยมของชุมชน ค่านิยมของชุมชนบางแห่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น ค่านิยมความสันโดษ อาจจะทำให้ต่างคนต่างอยู่ ไม่ค่อยจะช่วยเหลือกัน ค่านิยมบางอย่างก็ช่วยสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การนับถือผู้นำอาวุโสหรือผู้นำในชุมชน ทำให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้นำที่จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้

4.4 วัฒนธรรมในชุมชน วัฒนธรรมในชุมชนอาจจะเอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น ความเห็นอกเห็นใจ การช่วยเหลือผู้อื่น แต่ขนบธรรมเนียมประเพณีบางชุมชนก็มีอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.5 คุณภาพของประชากร ถ้าชุมชนใดประชากรมีคุณภาพดี เช่น ฐานะ รายได้ ระดับการศึกษาและมีทัศนคติที่เห็นประโยชน์ส่วนรวม มีความตื่นตัวในการพึ่งตนเอง ก็จะเป็นสิ่งอำนวยต่อการสร้างให้มีจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.6 โครงสร้างทางอำนาจ โครงสร้างทางอำนาจ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจของกลุ่มในชุมชนนั้น เช่น ผู้นำ ซึ่งโดยทั่วไปในชุมชนมักจะมีฐานะดี มีความรู้และประสบการณ์ต่างๆมากกว่าคนอื่น ถ้าผู้นำได้มองเห็นปัญหาของชุมชนและสร้างประโยชน์ต่อชุมชน ก็จะเป็นผู้นำในการมีส่วนร่วมของประชาชน

4.7 ลักษณะการตั้งถิ่นฐานของชุมชน การตั้งถิ่นฐานของประชาชนในลักษณะที่เป็นกลุ่มจะทำให้ประชาชนได้รู้และทำกิจกรรมร่วมกัน ได้มากกว่าชุมชนที่อยู่กันกระจัดกระจายทั่วไป ซึ่งทำให้การรวมกลุ่มยากกว่า

4.8 ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของชุมชน ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของชุมชน อาจจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนได้เหมือนกัน ถ้าชุมชนที่มีทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่ดี เช่น เป็นชุมชนที่อยู่ในเขตชลประทาน ประชาชนมีการศึกษาดี มีรายได้จากการเกษตรสม่ำเสมอทุกปี ย่อมจะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและความต้องการของชุมชนดีกว่าชุมชนที่มีทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี

ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization 1978: 59-68) อ่างใน พิพจน์ บุญสวัสดิพันธ์ 2539: 9) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม 3 ประการ ได้แก่

1. ปัจจัยของสิ่งจูงใจ จากสภาพความเป็นจริงของชาวชนบทจะเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ทั้งในแง่การร่วมแรง ร่วมทรัพยากรหรืออื่นๆ นั้น จะมีเหตุผล 2 ประการ คือ การมองเห็นว่าตนจะได้ผลประโยชน์ตอบแทนในสิ่งที่ตนทำไปซึ่งถือเป็นเรื่องของกระบวนการกระตุ้นให้เกิดมีสิ่งจูงใจ ประการที่สอง การที่ได้รับการบอกกล่าว หรือชักชวนจากเพื่อน ให้ร่วมโดยมีสิ่งจูงใจเป็นตัวนำ ซึ่งถือเป็นเรื่องของ การก่อให้เกิดมีสิ่งจูงใจ

2. ปัจจัยโครงสร้างของช่องทางในการเข้ามีส่วนร่วม แม้ว่าชาวชนบทเป็นจำนวนมากจะเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนา แต่ก็ไม่อาจจะเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากไม่เห็นช่องทางของการเข้าร่วมหรือเข้าร่วมแล้วก็ไม่ได้รับผลที่คาดหวังไว้ เนื่องจากการเข้ามามีส่วนร่วมกันนั้น มิได้มีการจัดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสม เช่น ภาวะผู้นำ กฎระเบียบ

แบบแผนลักษณะการทำงาน เงื่อนไขการเข้าร่วม เป็นต้น ดังนั้นพื้นฐานทางด้านโครงสร้างของช่องทางในการเข้าร่วม จึงควรมีลักษณะดังนี้

1.1 เปิดโอกาสให้ทุกๆ คน และทุกๆ กลุ่มในชุมชนมีโอกาสเข้าร่วมในการพัฒนาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยการเข้าร่วมอาจจะอยู่ในรูปของตัวแทนหรือการเข้าร่วมโดยตรง

1.2 ควรมีเวลากำหนดที่ชัดเจน เพื่อผู้เข้าร่วมจะสามารถกำหนดเงื่อนไขของตนเองได้ตามสภาพเป็นจริงของคน

1.3 กำหนดลักษณะของกิจกรรมที่แน่นอนว่าจะทำอะไร

3. บังคับอำนาจในการส่งเสริมกิจกรรมของการมีส่วนร่วม โดยปกติที่ผ่านมาในกิจกรรมหนึ่งๆ แม้ว่าประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วม แต่ก็ไม้อาจจะกำหนดเป้าหมาย วิธีการ หรือผลประโยชน์ของกิจกรรม แต่ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดและการจัดสรรของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งไม้อาจจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

นอกจากนี้ ชูเกียรติ ภัยลี (2536:31) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมสามารถแบ่งออกได้ 4 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ
2. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม
3. ปัจจัยทางการสื่อสาร ได้แก่ การติดต่อสื่อสารทั้งการสื่อสารมวลชนและสื่อบุคคล
4. ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สิ่งจูงใจ โอกาส และอำนาจ เป็นต้น

อรอนงค์ ธรรมกุล (2539: 20) ได้กล่าวถึงปัจจัยสำคัญซึ่งผลักดันให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาท้องถิ่น ดังนี้

1. ปัจจัยสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง และความปลอดภัย
2. ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น ได้แก่ การผลักดันจากผู้นำ
3. ปัจจัยที่เป็นรางวัลตอบแทน ได้แก่ ค่าตอบแทนแรงงาน เงินปันผล เป็นต้น
4. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความคาดหวังในประโยชน์ส่วนรวม ความรู้สึกเกรงใจไม่กล้าปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน หรือความรู้สึกว่าเป็นพันธะที่ต้องเข้าร่วมเพื่อให้เกิดความสามัคคี

นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2527) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ

1. มีความเกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจ-อารมณ์ (Ego-involved) และด้านการงาน (Task-involved)

2. มีการประสานงาน เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ของกลุ่ม และมีการติดต่อสื่อสาร ทั่วไประหว่างบุคคลในกลุ่มนั้น

3. มีความรับผิดชอบกับกลุ่ม ทั้งด้านความสำเร็จและความล้มเหลว เป็นความรู้สึกที่ผูกพันกับการทำงานและการเชื่อถือไว้วางใจ

เกียรติศักดิ์ เรืองทองดี (2536) ได้เสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วม 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยของสิ่งจูงใจ
2. ปัจจัยโครงสร้างของโอกาสหรือช่องทางในการเข้าร่วม
3. ปัจจัยด้านอำนาจ

โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff 1977 : 17-19) เสนอบริบทของการมีส่วนร่วมว่า ในการพิจารณาการมีส่วนร่วมจะต้องคำนึงถึงปัจจัยสภาพแวดล้อม ซึ่งมีความซับซ้อนอย่างมากด้วย ได้แก่

1. ปัจจัยทางกายภาพและชีวภาพ
2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ
3. ปัจจัยทางการเมือง
4. ปัจจัยทางสังคม
5. ปัจจัยทางวัฒนธรรม
6. ปัจจัยทางประวัติศาสตร์

นอกจากนี้ โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff 1977 : 59-78) ยังได้เสนอเพิ่มเติมอีกว่า มีบุคคล 4 กลุ่มที่ให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ชนบท ประกอบด้วยประชาชนในท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ของรัฐ และบุคคลภายนอก สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ได้แก่

1. อายุและเพศ
2. สถานภาพในครอบครัว
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพทางสังคม
5. อาชีพ



6. รายได้และทรัพย์สิน
7. ระยะเวลาในท้องถิ่น และระยะเวลาที่อยู่ในโครงการ
8. พื้นที่ดินถือครอง และสถานภาพการทำงาน

จากแนวความคิดที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมทั้งหมด จึงสรุปเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติดได้ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา
2. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน
3. ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด และการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลภายนอก

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 4.1 งานวิจัยภายในประเทศ

มีงานวิจัยหลายชิ้นที่เสนอเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้ ธิติ กิตติวิฑิตคุณ (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านในการพัฒนาชนบท ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมที่แตกต่างกันการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทแตกต่างกัน

จรรยารัตน์ หิรัญชอุณหะ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการวนศาสตร์ชุมชนบนพื้นที่สูงในกลุ่มน้ำห้วยของผาเง อำเภอกองคาภุมิ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมของการวางแผนและปฏิบัติตามโครงการฯ ในระดับค่อนข้างดี โดยมีปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการมีส่วนร่วมต่างๆ ด้านการร่วมวางแผน คือ เพศ รายได้ ด้านการร่วมมือทางสังคม และการได้รับข่าวสาร ด้านการปฏิบัติตามโครงการฯ คือ ระยะเวลาการอยู่อาศัยและการร่วมมือทางสังคม สำหรับการศึกษาศึกษาของประชาชนในท้องถิ่นภายใต้การปรับปรุงระบบ งบประมาณต่างๆ สนับสนุนการรวมกลุ่มและการปรับปรุงการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานภาครัฐ

สมควร สุรภาพพิสิษฐ์ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการปลูกป่าถาวรเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในวโรกาสทรงครองราชย์ปีที่ 50 จังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศและสมาชิกกลุ่มมีผลต่อการมีส่วนร่วมใน

โครงการฯ และพบว่าครัวเรือนที่ได้รับข่าวสารมากจะมีส่วนร่วมในโครงการมากกว่าในครัวเรือนที่ไม่ได้รับข่าวสาร

ชำนาญ พูลพังกา (2543) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ พื้นที่โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ เพื่อทูลเกล้าฯ ถวายแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ ได้แก่ ระยะเวลาในการตั้งถิ่นฐาน การได้รับข่าวสาร และขนาดพื้นที่ถือครอง

สมชาย วิริกรรมย์กุล (2543) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน : กรณีศึกษาป่าชุมชนบ้านโคกสันติสุข ตำบลวังหมี อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อายุ ความคิดเห็นเกี่ยวกับป่าชุมชน อาชีพ ระยะทางจากบ้านถึงป่าชุมชน เพศ สถานภาพในชุมชน การใช้ประโยชน์จากป่าชุมชน การได้รับรู้ข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับป่าชุมชน มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน

เอกพร จุ้ยสำราญ (2546) ศึกษาบทบาทของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี พบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านรายได้และความรู้ความเข้าใจของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ไพบูลย์ ปิ่นวัฒนชัย (2546) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามยาบ้า ในเขตอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ในภาพรวมประชาชนมีความรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินสาเหตุจากผู้เสพยาบ้า ตำรวจไทยมีความสามารถและประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่มาก และประชาชนไม่มีประสบการณ์การอบรมข้อมูลเกี่ยวกับผลร้ายของของยาเสพติดจากเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือหน่วยงานอื่นในโครงการรณรงค์ป้องกันต่อต้านยาเสพติด/ยาบ้า

บำรุง ถุงน้อย (2546) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่เขตตำบลพลูตาหลวง จังหวัดชลบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่เขตตำบลพลูตาหลวง จังหวัดชลบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบอีกว่าอายุและอาชีพของประชาชนที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแตกต่างกัน

วัญญู รุ่งรัมย์ (2547) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด : ศึกษาเฉพาะกรณีสถานีตำรวจภูธรอำเภอเมืองจังหวัดยโสธร พบว่า ปัจจัยที่

มีผลต่อการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้แก่ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ปัญหา ยาเสพติด ความตระหนักในปัญหา ยาเสพติด และภาวะผู้นำ

ลลิตา ศรีสวัสดิ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด : กรณีศึกษา จังหวัดสระบุรี พบว่า อายุ สมาชิกกลุ่มระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน และระยะเวลาดำรงตำแหน่งทางสังคมของประชาชนที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแตกต่างกัน

ประมวล ศรีทอง (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ศึกษากรณีกิ่งอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ในภาพรวมการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากพื้นที่ที่ทำการศึกษามีลักษณะเป็นสังคมชนบท ประชาชนอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ตำบล เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ดั้งเดิม ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เกื้อกูลกัน เมื่อมีปัญหา ยาเสพติดแพร่ระบาดและกระทบต่อสังคมหมู่บ้าน ประชาชนในหมู่บ้านจึงตระหนักถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติดร่วมกัน พร้อมร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหา ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพที่มั่นคง มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาแขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเมือง ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการประชุม ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่าการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และและการติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่นภายนอก

จิตติ ตระกูลเลิศรัตน์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชนในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยที่มีผลหรือก่อให้เกิดความแตกต่างต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน คือ รายได้ของครอบครัว และการได้รับการฝึกอบรมให้ความรู้ด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ และยังพบอีกว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการป่าชุมชนในระดับปานกลาง

#### 4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

เมสัน (Mason 1997: 1540-A) ได้ทำการศึกษาเจตคติของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีต่อการตรวจหาสารเสพติดในโรงเรียน ซึ่งการศึกษาเรียนนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเจต

คติของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีต่อการตรวจหาสารเสพติดเพื่อป้องกันการติดยาเสพติดของเยาวชนในโรงเรียน โดยได้ศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของนักเรียนในเรื่องนี้ คือ เพศ ระดับชั้นที่ศึกษา เชื้อชาติ ประสบการณ์ที่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย การดื่มสุรา ตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพิเศษที่ทางโรงเรียนจัดขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยนักเรียนทั้งชายและหญิงที่เรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2-6 ในโรงเรียนที่อยู่ในนครนิวยอร์ก รัฐหลุยเซียนา ปีการศึกษา 2002-2003 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการตรวจหาสารเสพติดเพื่อป้องกันการติดยาเสพติดในโรงเรียนเป็นเรื่องปกติธรรมดา ตัวแปรด้านเพศ เชื้อชาติ ระดับชั้น ประสบการณ์ที่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย การดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีความคิดเห็นต่อโครงการตรวจหาสารเสพติดในโรงเรียนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้มีส่วนช่วยให้ผู้บริหารและอาจารย์แนะแนวในโรงเรียน นำไปวางแผนหาทางป้องกันเพื่อให้โรงเรียนเป็นโรงเรียนสีขาว ซึ่งจะช่วยให้นักเรียน โรงเรียนและชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการนี้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในโรงเรียนต่อไป

อีเด (Eide 1997: 1386-C) ได้ศึกษาผลการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่นๆในทวีปแอฟริกา จากการสำรวจโครงการส่งเสริมสุขภาพที่อาศัยโรงเรียนเป็นฐานในทวีปยุโรป และจากประเพณีการวิจัยทางจิตวิทยาเชิงวัฒนธรรมต่างๆ การสำรวจที่อาศัยโรงเรียนเป็นฐานแบบภาคตัด จำนวน 2 ครั้ง ได้กระทำในหมู่โรงเรียนมัธยมศึกษาใน 4 จังหวัด ใน ค.ศ.1990 และ 1994 แบบสอบถามการใช้ยาเสพติดของนักเรียนนานาชาติก็นำมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งองค์ประกอบต่างๆจากงานวิจัยอื่นๆ การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน กระทำในปี ค.ศ.1990 จำนวน 2,783 คน และในปี ค.ศ.1994 จำนวน 3,061คน การใช้ยาเสพติดของนักเรียนในประเทศซิมบับเวส่วนใหญ่จำกัดเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ สารเสพติด และกัญชา ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า การใช้แอลกอฮอล์และบุหรี่ยังมีจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับตัวเลขในทวีป ส่วนการใช้กัญชามีจำนวนพอๆกัน และการใช้สารเสพติดอาจจะมากกว่าในระดับของยุโรป การใช้สารเสพติด 2 ประเภทแรกเพิ่มขึ้นตามสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจที่สูงขึ้น นักเรียนจากสถานภาพร่ำรวยมีประสบการณ์มากที่สุดกับยาเสพติดทั้ง 4 ประเภท นักเรียนหญิงมีประสบการณ์น้อยกว่านักเรียนชาย และมีการใช้เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมาก แนวทางวัฒนธรรมท้องถิ่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้บุหรี่ และแอลกอฮอล์ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กัญชาและสารเสพติด

บรู๊ค (Brooke 2002: 1555-B) ได้ศึกษาผลของเชื้อชาติ ชนชาติ การปฏิบัติตัวของผู้ปกครองและการควบคุมแรงกระตุ้นที่มีพฤติกรรมที่สร้างปัญหาและความบั่นป่วนในวัยรุ่นเชื้อสายอเมริกันและแอฟริกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของลักษณะต่างๆ

ดังกล่าวของวัยรุ่นเชิงลบ ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะเชื้อชาติ การปฏิบัติตัวของผู้ปกครอง และการควบคุมแรงกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ผลการศึกษาชี้แนะว่า 1 ใน 3 ของเชื้อชาติ ได้แก่ การต่อต้านคนผิวขาวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ยาเสพติด นอกจากนี้การเรียนรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองในทางบวกมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการใช้ยาเสพติด การควบคุมแรงกระตุ้นที่อ่อนแอมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมที่สร้างปัญหา และความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครอง

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ มากำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหายาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งได้กำหนดตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในการศึกษา ดังนี้

**ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่**

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา
- 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน
- 3) ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด และการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลภายนอก

**ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหายาเสพติด แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ**

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ
- 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากร
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. ประชากร

**ประชากร** ประชากรในการศึกษานี้คือผู้นำชุมชนทุกหน่วยประชากร ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในพื้นที่ 91 หมู่บ้าน 50 ตำบล ของจังหวัดสุพรรณบุรีที่ปรากฏข่าวสารยาเสพติด 3 ปีติดต่อกัน ระหว่างปี 2546-2550 จำนวน 323 คน ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรในการศึกษาวิจัย จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสุพรรณบุรี

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร			รวม
			กำนัน	ผู้ใหญ่บ้าน	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	
1.ดอนเจดีย์	ดอนเจดีย์	ม.3 หนองสระ	1	1	2	4
เจดีย์	สระกระโจม	ม.3 สระกระโจม	1	1	2	4
	หนองสาหร่าย	ม.4 ดอนโพธิ์	0	1	2	3
		ม.2 โศกหม้อ	1	1	2	4

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร			รวม
			กำนัน	ผู้ใหญ่ บ้าน	ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน	
2.ด่านช้าง	ด่านช้าง	ม.3 นาตาปิ่น	1	1	2	4
	นิคมกระเสียว	ม.2 หนองปลากระดี	1	1	2	4
	หนองมะค่าโมง	ม.5 กิโล 2	1	1	2	4
3.เดิมบาง	ยางนอน	ม.3 ยางนอน	1	1	2	4
นางบวช	หัวเขา	ม.10 หัวเขา	1	1	2	4
4.บางปลา ม้า	กฤษณา	ม.1 บางเลน	1	1	2	4
	บางปลาม้า	ม.10 หัวไผ่	1	1	2	4
	บ้านแหลม	ม.5 สุขเกษม	1	1	2	4
	วังน้ำเย็น	ม.2 วังน้ำเย็น	1	1	2	4
5.เมือง	วัดดาว	ม.7 คูบัว	1	1	2	4
	โคกโคเต่า	ม.1 โคกโคเต่า	1	1	2	4
	ดอนกำยาน	ม.1 อู่ยา	1	1	2	4
	ดอนโพธิ์ทอง	ม.5 บึงไผ่แขก	1	1	2	4
	ดลิ่งชัน	ม.3 หนองศาลา	1	1	2	4
	ท่าระหัด	ม.5 โคกหม้อ	1	1	2	4
	บางกุ้ง	ม.1 มะขามเรียง	1	1	2	4
	บ้านโพธิ์	ม.3 โพธิ์ตะวันออก	1	1	2	4
	พิหารแดง	ม.1 พุหลวง	1	1	2	4
	ไร่ใหญ่	ม.2 ดอนทะเล	0	1	2	3
		ม.3 กุฎีทอง	1	1	2	4
		ม.4 ท้ายสนามบิน	0	1	2	3
		ม.6 ท่าบางเจริญ	0	1	2	3
สนามชัย	ม.4 หัวเวียง	1	1	2	4	

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร			รวม	
			กำนัน	ผู้ใหญ่ บ้าน	ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน		
5.เมือง	สระแก้ว	ม.1 เขาคิน	1	1	2	4	
		ม.2 เขาคินวังวน	0	1	2	3	
		ม.3 ท่าเสด็จตะวันออก	0	1	2	3	
		ม.6 ท่าเสด็จตะวันตก	0	1	2	3	
		ม.7 หนองปรือ	0	1	2	3	
		สวนแดง	ม.5 ป่าลำคำ	1	1	2	4
		6.ศรี ประจันต์	ดอนแปรู	ม.1 สามจุ่น	1	1	2
ม.2 บัวประจันต์	0			1	2	3	
ม.5 หนองใหญ่	0			1	2	3	
ม.6 ถั่วพู	0			1	2	3	
ม.7 กระจุกมแบน	0			1	2	3	
ปลายนา	ม.1 รามหางม้า			1	1	2	4
	ม.2 บัวประจันต์			0	1	2	3
	ม.3 หนองอ้ายเกลา		0	1	2	3	
วังน้ำซับ	ม.5 ป่าพระเจ้า		0	1	2	3	
	ม.1 ไร่		ม.1 ไร่	1	1	2	4
			ม.5 สามจุ่น	0	1	2	3
ม.7 หนองอ้อ			0	1	2	3	
วังหว่า	ม.1 ตลาดวังหว่า		ม.1 ตลาดวังหว่า	1	1	2	4
			ม.2 คอนลาน	0	1	2	3
		ม.7 คลองชะโด	0	1	2	3	
		ศรีประจันต์	ม.4 คอนตาล	1	1	2	4
7.สองพี่น้อง	คอนมะนาว	ม.4 คอนมะนาว	1	1	2	4	
		ทุ่งคอก	ม.1 บัวขาว	1	1	2	4
			ม.10 ทุ่งคอก	0	1	2	3



ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร			รวม	
			กำนัน	ผู้ใหญ่ บ้าน	ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน		
7.สองพี่น้อง	บางตาเถร	ม.8 ไร่สัก	1	1	2	4	
		ม.11 ไร่โรงวัว	0	1	2	3	
	บางเลน	ม.1 ในคลอง	1	1	2	4	
		ม.2 ใหม่	0	1	2	3	
		ม.5 บางสาม	0	1	2	3	
8.สามชุก	หัวโพธิ์	ม.11 ดอนไฟไหม้	1	1	2	4	
	กระเสียว	ม.2 โคกหม้อ	1	1	2	4	
		ม.4 ดงนุ่น	0	1	2	3	
	บ้านสระ	ม.2 สระ	1	1	2	4	
		ม.3 หนองหัวร้าง	0	1	2	3	
	ย่านยาว	ม.1 คลองบางขวาง	1	1	2	4	
		ม.2 วังหว่า	0	1	2	3	
		ม.5 วังหิน	0	1	2	3	
		ม.6 ปากคลองบาง	0	1	2	3	
	วังลึก	ขวาง	ขวาง	1	1	2	4
			ม.1 ทุ่งใหญ่	0	1	2	3
			ม.8 วังลาน	0	1	2	3
			ม.10 ทุ่งลานโพธิ์	0	1	2	3
			ม.11 ทุ่งแฝก	0	1	2	3
			ม.12 หนองน้ำใส	0	1	2	3
สามชุก	คะวันตก	ม.14 ท่ากระพี้	1	1	2	4	
		คะวันตก	0	1	2	3	
		ม.1 สามชุก	0	1	2	3	
หนองผักนาก	คะวันตก	ม.2 สามชุก	1	1	2	4	
		ม.5 สะพานขาว	0	1	2	3	
		ม.3 ติบแรด					
		ม.5 หนองผักนาก					

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร			รวม	
			กำนัน	ผู้ใหญ่ บ้าน	ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน		
8.สามชุก	หนองสะเคา	ม.2 คอนไร่	1	1	2	4	
9.หนอง หญ้าไซ	หนองราชวัตร	ม.1 หนองเต่าทอง	1	1	2	4	
10.อุ้มทอง	กระจัน	ม.9 ลานคอนแฝก	1	1	2	4	
		คอนคา	ม.2 คอนคา	1	1	2	4
		บ้านไช้	ม.2 จร้าใหม่	1	1	2	4
	บ้านดอน	ม.11 ฟากห้วย	0	1	2	3	
		ม.3 ยางไทย	1	1	2	4	
		สระพังลาน	ม.10 ตะวันออก	1	1	2	4
		สระยายโสม	ม.3 สระยายโสม	1	1	2	4
			ม.4 ไช้	0	1	2	3
			ม.5 โป่ง	0	1	2	3
		อุ้มทอง	ม.9 รางยาว	0	1	2	3
ม.6 อุ้มทอง	1		1	2	4		
		ม.9 ศรีสรรเพชร	0	1	2	3	
รวม	50 ตำบล	91 หมู่บ้าน	50	91	182	323	

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี เอกสารทางวิชาการ และการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบมีโครงสร้างซึ่งมีคำถามทั้งปลายปิด และแบบปลายเปิด แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบแบบคำตอบเดียว และแบบปลายเปิด ให้เติมคำตอบในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษา

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบแบบคำตอบเดียว และแบบปลายเปิด ให้เติมคำตอบในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในชุมชน และระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน

ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบแบบคำตอบเดียว แบบเลือกตอบหลายคำตอบ และแบบปลายเปิด ให้เติมคำตอบในช่องว่าง จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการรับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด และจำนวนครั้งของการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก

ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด จำนวน 16 ข้อ แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 19 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้แต่ละข้อมีคะแนน 5 ระดับ คือ

เป็นประจำ	เท่ากับ	5 คะแนน
บ่อยครั้ง	เท่ากับ	4 คะแนน
บางครั้ง	เท่ากับ	3 คะแนน
นานครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เคยเลย	เท่ากับ	1 คะแนน

โดยแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ตามแนวคิดการแจกแจงความถี่ของข้อมูล (Data Frequency Distribution)  
(วงเดือน ปันดี และวาทัญญู รุ่งรัศมี 2547 : 1790255)

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น(Class Interval)} &= \frac{\text{พิสัย (Range)}}{\text{จำนวนชั้น (Class)}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.80 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80	หมายถึง	มีส่วนร่วมน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.60	หมายถึง	มีส่วนร่วมน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.61 – 3.40	หมายถึง	มีส่วนร่วมปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.41 – 4.20	หมายถึง	มีส่วนร่วมมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.21 – 5.00	หมายถึง	มีส่วนร่วมมากที่สุด

ตอนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบสามารถตอบคำถามได้อย่างอิสระ จำนวน 1 ข้อ

### 3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อให้การวิจัยมีความถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

**3.1 การตรวจสอบความตรง (Validity)** ได้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด จำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก) เพื่อขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) มีความสอดคล้องและตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

**3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มประชากรที่จะทำการวิจัย (Key group) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้นำชุมชนที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดนครปฐม จำนวน 60 ชุด โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient method) พบว่าความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดปัญหาสุขภาพจิตมีค่าแอลฟา เท่ากับ 0.8884 จากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนที่จะนำไปใช้จริง

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรที่ศึกษา คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน รวม 323 คน โดยใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอนดังนี้

4.1 ประสานงาน กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 10 อำเภอในจังหวัดสุพรรณบุรี

4.2 ขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยในพื้นที่ที่ทำการศึกษา ในการเก็บข้อมูลกับ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

4.3 เก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยได้รับกลับมา จำนวน 323 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

4.4 ตรวจสอบแบบสอบถาม ให้ครบถ้วนถูกต้องทั้งหมดทุกส่วน

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาทำการตรวจให้คะแนน ลงรหัส (Coding) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อใช้บรรยายให้เห็นคุณลักษณะของประชากร ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5.2 สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อใช้วิเคราะห์ข้อมูลและนำไปอ้างอิงคุณลักษณะของประชากร ใช้สถิติในการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression) โดยวิธี Stepwise หาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาสุขภาพเสพติดโดยผู้วิจัย กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีตัวแปรอิสระบางตัวเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ต้องแปลงข้อมูลของตัวแปรนั้นให้อยู่ในรูปตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) จำนวน  $X-1$  ตัว โดยตัวแปรหุ่นจะมีค่าได้เพียง 2 ค่า คือ 0 และ 1 โดยกลุ่มใดมีค่าเท่ากับ 0 ทุกตัวแปร เรียกว่า ตัวแปรอ้างอิง (Reference Variable) ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) ดังนี้

5.2.1 เพศ เพศชาย (1), เพศหญิง (0)

5.2.2 ระดับการศึกษา กำหนดให้ตัวแปรอ้างอิง (Reference Variable) คือ การศึกษาระดับประถมศึกษา และมีตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) 3 ตัวแปร คือ

1) มัธยมศึกษาตอนต้น (1), อื่นๆ (0)

2) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (1), อื่นๆ (0)

3) มัธยมศึกษาอนุปริญญาหรือสูงกว่า (1), อื่นๆ (0)

5.2.3 **อาชีพหลัก** กำหนดให้ตัวแปรอ้างอิง (Reference Variable) คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) 4 ตัวแปร คือ

- 1) เกษตรกรรม (1), อื่นๆ (0)
- 2) รับจ้าง (1), อื่นๆ (0)
- 3) ค้าขาย (1), อื่นๆ (0)
- 4) รับราชการ (1), อื่นๆ (0)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด รวมทั้งศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการขจัดปัญหาเสพติด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 6 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านการติดต่อสื่อสาร

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดในชุมชน

ตอนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตอนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการขจัดปัญหาเสพติด

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ และระดับการศึกษา ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.1 ซึ่งผลการวิจัยพบว่า

**เพศ** ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเป็นเพศชายร้อยละ 88.2 ที่เหลือร้อยละ 11.8 เป็นเพศหญิง

**อายุ** กลุ่มประชากรอายุระหว่าง 41-50 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมา คือ อายุ 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.6 และอายุ 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.4 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาโดยรวมมีอายุเฉลี่ย 46.61 ปี โดยอายุมากที่สุด คือ 67 ปี และอายุน้อยที่สุด คือ 29 ปี

**ระดับการศึกษา** กลุ่มประชากรจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 27.6 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 16.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

N = 323

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	285	88.2
หญิง	38	11.8
<b>รวม</b>	323	100.0
<b>อายุ</b>		
30 ปีหรือต่ำกว่า	4	1.2
31 – 40 ปี	82	25.4
41 – 50 ปี	132	40.9
51 – 60 ปี	102	31.6
61 ปีขึ้นไป	3	0.9
$\bar{X} = 46.61, \text{ S.D.} = 7.89, \text{ Min.} = 29, \text{ Max.} = 67$		
<b>รวม</b>	323	100.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	153	47.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	89	27.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.หรือเทียบเท่า	53	16.4
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	28	8.6
<b>รวม</b>	323	100.0



## ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของประชากร ประกอบด้วย อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.1 ซึ่งผลการวิจัยพบว่า

**อาชีพหลัก** ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักด้านเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 14.9 และอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 13.6 ตามลำดับ

**รายได้ของครอบครัว** ประชากรมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมา คือ 10,001 – 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 25.4 และ 20,001 – 30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 7.1 และเมื่อพิจารณาโดยรวมมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 12,120.12 บาท โดยมีรายได้มากที่สุดคือ 100,000 บาทต่อเดือน และรายได้น้อยที่สุดคือ 2,450 บาทต่อเดือน

**ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน** ประชากรอาศัยอยู่ในชุมชน 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.2 รองลงมาอาศัยอยู่ในชุมชน 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.6 และตั้งแต่ 51 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.7 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาโดยรวมมีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 43.03 ปี โดยมีระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชนนานที่สุด คือ 65 ปี น้อยที่สุด คือ 5 ปี

**ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน** ประชากรมีระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชนน้อยกว่า 3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมา มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน 4 - 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.3 และ 10 - 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.0 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาโดยรวมมีระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชนเฉลี่ย 5.05 ปี โดยมีระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชนนานที่สุด 35 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม จำแนกตามอาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน

N = 323		
ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพหลัก</b>		
เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์)	226	70.0
รับจ้าง	48	14.9
ค้าขาย	44	13.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	0.9
ไม่มีอาชีพ	2	0.6
<b>รวม</b>	323	100.0
<b>รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)</b>		
10,000 บาทหรือต่ำกว่า	205	63.5
10,001 – 20,000 บาท	82	25.4
20,001 – 30,000 บาท	23	7.1
30,001 – 40,000 บาท	7	2.2
40,001 บาทขึ้นไป	6	1.8
— X = 11,934.37, S.D. = 9,284.04, Min. = 2,450, Max. = 50,000		
<b>รวม</b>	323	100.0
<b>ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน</b>		
10 ปีหรือต่ำกว่า	1	0.3
11 – 20 ปี	19	5.9
21 – 30 ปี	17	5.3
31 – 40 ปี	86	26.6
41 – 50 ปี	117	36.2
51 ปีขึ้นไป	83	25.7
— X = 43.03, S.D. = 10.91, Min. = 5, Max. = 65		
<b>รวม</b>	323	100.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

N = 323		
ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน</b>		
3 ปีหรือต่ำกว่า	168	52.0
4 – 6 ปี	101	31.3
7 – 9 ปี	4	1.2
10 – 12 ปี	29	9.0
13 – 15 ปี	6	1.9
16 ปีขึ้นไป	15	4.6
<hr/>		
X = 5.05, S.D. = 4.88, Min. = 1, Max. = 35		
<hr/>		
รวม	323	100.0

### ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านการติดต่อสื่อสาร

ข้อมูลด้านการติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการรับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.3 และจำนวนครั้งของการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.4 ซึ่งผลการวิจัยพบว่า

**การรับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด** ประชากรเคยได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ประชากรได้รับความรู้/การฝึกอบรม 1-2 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมาเคยได้รับความรู้/การฝึกอบรม 3 – 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.3 และเคยได้รับความรู้/การฝึกอบรม 5 – 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.5 ตามลำดับ พิจารณาโดยรวมกลุ่มประชากรได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เฉลี่ย 3.75 ครั้ง และเคยได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มากที่สุด 20 ครั้ง น้อยที่สุด คือ ไม่เคยได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติดเลย

**การติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก** ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประชากรส่วนใหญ่ติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับเจ้าหน้าที่ปกครอง รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเมื่อพิจารณาจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติด พบว่า ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประชากรเคยติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก 1-2 ครั้ง มากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 35.3 รองลงมาเคยติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอกมากกว่า 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.4 และเมื่อพิจารณาโดยรวมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มประชากรเคยติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก เฉลี่ย 6.72 ครั้ง และเคยติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอกมากที่สุด 44 ครั้ง และน้อยที่สุดคือไม่เคยติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอกเลย

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลด้านการติดต่อสื่อสาร จำแนกตามการรับรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

N = 323

การรับรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 6 ครั้ง	18	5.6
5 – 6 ครั้ง	21	6.5
3 – 4 ครั้ง	30	9.3
1 – 2 ครั้ง	202	62.5
ไม่เคยได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด	52	16.1
$\bar{X} = 3.75, S.D. = 4.94, Min. = 0, Max. = 20$		
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลด้านการติดต่อสื่อสาร จำแนกตามการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอกในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

N = 323

การติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก	จำนวน	ร้อยละ
<b>1.เจ้าหน้าที่ปกครอง</b>		
เคยติดต่อ	224	69.3
ไม่เคยติดต่อ	99	30.7
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100.0</b>
<b>2.เจ้าหน้าที่ตำรวจ</b>		
เคยติดต่อ	184	57.0
ไม่เคยติดต่อ	139	43.0
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

N = 323

การติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก	จำนวน	ร้อยละ
<b>3.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</b>		
เคยติดต่อ	202	62.5
ไม่เคยติดต่อ	121	37.5
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100.0</b>
<b>4.เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนตำบล</b>		
เคยติดต่อ	135	41.8
ไม่เคยติดต่อ	188	58.2
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100.0</b>
<b>5.ครู</b>		
เคยติดต่อ	52	16.1
ไม่เคยติดต่อ	271	83.9
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100.0</b>
<b>6.พระภิกษุ</b>		
เคยติดต่อ	36	11.1
ไม่เคยติดต่อ	287	88.9
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100.0</b>
<b>7.เจ้าหน้าที่ ปปส.</b>		
เคยติดต่อ	3	0.9
ไม่เคยติดต่อ	320	99.1
<b>รวม</b>	<b>323</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

N = 323		
การติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก	จำนวน	ร้อยละ
8.จำนวนการติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่นภายนอก		
มากกว่า 6 ครั้ง	95	29.4
5 – 6 ครั้ง	39	12.1
3 – 4 ครั้ง	66	20.4
1 – 2 ครั้ง	114	35.3
ไม่เคยติดต่อประสานงาน	9	2.8
$\bar{X} = 6.72, \text{ S.D.} = 7.99, \text{ Min.} = 0, \text{ Max.} = 44$		
<b>รวม</b>	323	100.0

#### ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดในจังหวัดสุพรรณบุรี แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ประชากรมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดในภาพรวมทั้ง 4 ประเภท ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.30$ ) โดยประชากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจขจัดปัญหาเสพติดในภาพรวม ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.61$ ) และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผลในภาพรวม ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.01$  2.62 และ 3.36 ตามลำดับ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหายาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
ขั้นตอนการร่วมตัดสินใจ	3.61	0.95	มาก	1
ขั้นตอนการร่วมปฏิบัติการ	3.01	0.79	ปานกลาง	3
ขั้นตอนการร่วมรับผลประโยชน์	2.62	0.97	ปานกลาง	4
ขั้นตอนการร่วมประเมินผล	3.36	0.95	ปานกลาง	2
<b>รวมเฉลี่ย</b>	<b>3.30</b>	<b>0.80</b>	<b>ปานกลาง</b>	

เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมจาก 19 หัวข้อคำถาม ผลการศึกษาพบว่า

4.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม กิจกรรมที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบการขจัดปัญหาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.76$ ) ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มประชากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่ำสุด คือ การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด ( $\bar{X} = 3.55$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตจังหวัด  
สุพรรณบุรี

N = 323

การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ	การมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ครั้ง	ไม่ เคย			
1.มีส่วนร่วมเสนอความคิด ในการจัดระบบการจัด ปัญหาสุขภาพจิต	90 (27.9)	96 (29.7)	114 (35.3)	15 (4.6)	8 (2.5)	3.76	0.99	มาก
2.มีส่วนร่วมวิเคราะห์ สภาพปัญหาการระบาดของ ยาเสพติดในชุมชน	80 (24.8)	90 (27.9)	118 (36.5)	23 (7.1)	12 (3.7)	3.63	1.05	มาก
3.มีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุ ของปัญหาสุขภาพจิต	67 (20.7)	109 (33.7)	104 (32.2)	28 (8.7)	15 (4.7)	3.57	1.06	มาก
4.มีส่วนร่วมเสนอความคิด เกี่ยวกับวิธีการดำเนินงาน จัดปัญหาสุขภาพจิต	74 (22.9)	104 (32.3)	85 (26.3)	46 (14.2)	14 (4.3)	3.55	1.12	มาก
5.มีส่วนร่วมกำหนด มาตรการต่างๆเพื่อใช้ใน การจัดปัญหาสุขภาพจิต	79 (24.5)	93 (28.8)	100 (31.0)	32 (9.8)	19 (5.9)	3.56	1.14	มาก

4.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ มีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม กิจกรรมที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการสูงสุด คือ ร่วมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดให้กับประชาชนในชุมชนรับทราบ ( $\bar{X} = 3.71$ ) ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มประชากรมีส่วนร่วมต่ำสุด คือ ร่วมบริจาคเงินในการดำเนินงานจัดปัญหาสุขภาพจิตของชุมชน ( $\bar{X} = 2.82$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7



ตารางที่ 4.7 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดจังหวัด  
สุพรรณบุรี

N = 323

การมีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติการ	การมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ครั้ง	ไม่ เคย			
1.ร่วมสละแรงกายในการ ดำเนินงานขจัดปัญหา เสพติดของชุมชน	77 (23.8)	107 (33.1)	92 (28.5)	36 (11.1)	11 (3.5)	3.63	1.07	มาก
2.ร่วมบริจาคเงินในการ ดำเนินงานขจัดปัญหา เสพติดของชุมชน	24 (7.4)	71 (22.1)	117 (36.2)	44 (13.6)	67 (20.7)	2.82	1.21	ปาน กลาง
3.ร่วมสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆในการ ดำเนินงานขจัดปัญหา เสพติด	36 (11.1)	83 (25.7)	142 (44.0)	25 (7.7)	37 (11.5)	3.17	1.10	ปาน กลาง
4.ร่วมเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติด ให้กับประชาชนรับทราบ	73 (22.5)	114 (35.5)	107 (33.1)	25 (7.7)	4 (1.2)	3.70	0.95	มาก
5.ร่วมเผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับยาเสพติดให้กับ ประชาชนรับทราบ	79 (24.5)	106 (32.9)	107 (33.1)	26 (8.0)	5 (1.5)	3.71	0.98	มาก
6.ร่วมประสานงานกับ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานขจัด ปัญหาเสพติดของชุมชน	73 (22.6)	105 (32.5)	116 (35.9)	22 (6.8)	7 (2.2)	3.67	0.97	มาก

4.3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มีทั้งหมด 4 ข้อคำถาม กิจกรรมที่มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์สูงสุด คือ ได้รับการยอมรับจากประชาชนในการดำเนินงานจัดปัญหาเสพติด ( $\bar{X} = 3.15$ ) ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มประชากรมีส่วนร่วมต่ำสุด คือ ได้รับค่าตอบแทนจากการดำเนินงานจัดปัญหาเสพติด ( $\bar{X} = 2.11$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี

การมีส่วนร่วมใน ผลประโยชน์	การมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	เป็น	บ่อย	บาง	นาน	ไม่			
	ประจำ	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	เคย			
1. ได้รับค่าตอบแทนจาก การดำเนินงานจัดปัญหา ยาเสพติด	12 (3.7)	30 (9.3)	80 (24.8)	62 (19.2)	139 (43.0)	2.11	1.17	น้อย
2. ได้รับประกาศเกียรติคุณ จากการดำเนินงานจัด ปัญหาเสพติด	20 (6.2)	36 (11.1)	101 (31.3)	57 (17.6)	109 (33.8)	2.38	1.23	น้อย
3. ประชาชนยกย่องในผล การดำเนินงานจัดปัญหา ยาเสพติดของท่าน	33 (10.2)	55 (17.0)	121 (37.5)	53 (16.4)	61 (18.9)	2.83	1.22	ปาน กลาง
4. ได้รับการยอมรับจาก ประชาชนในการ ดำเนินงานจัดปัญหา เสพติด	47 (14.6)	76 (23.5)	122 (37.8)	36 (11.1)	42 (13.0)	3.15	1.20	ปาน กลาง

N = 323

4.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีทั้งหมด 4 ข้อคำถาม กิจกรรมที่มีส่วนร่วมในการร่วมประเมินผล คือ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาการดำเนินงานจัดปัญหาเสพติดในชุมชน ( $\bar{X} = 3.45$ ) ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มประชากรมีส่วนร่วมต่ำสุด คือ ประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานจัดปัญหาเสพติดในชุมชนเป็นระยะๆ ( $\bar{X} = 3.30$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	การมีส่วนร่วม (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	เป็น	บ่อย	บาง	นาน	ไม่			
	ประจำ	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	เคย			
1.ค้นหาข้อดีของการดำเนินงานจัดปัญหาเสพติดในชุมชน	46 (14.2)	96 (29.7)	120 (37.2)	47 (14.6)	14 (4.3)	3.35	1.03	ปานกลาง
2.ค้นหาข้อบกพร่องของการดำเนินงานจัดปัญหาเสพติดในชุมชน	48 (14.9)	98 (30.3)	110 (34.1)	53 (16.4)	14 (4.3)	3.35	1.06	ปานกลาง
3.ประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานจัดปัญหาเสพติดในชุมชนเป็นระยะๆ	53 (16.4)	81 (25.1)	112 (34.7)	64 (19.8)	13 (4.0)	3.30	1.09	ปานกลาง
4.วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาการดำเนินงานจัดปัญหาเสพติดในชุมชน	61 (18.8)	92 (28.5)	112 (34.7)	47 (14.6)	11 (3.4)	3.45	1.0	มาก

## ตอนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี

ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้เพื่อทดสอบตัวแปรอิสระ (Independent Variable) จำนวน 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชาย อายุ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน อาชีพเกษตรกร อาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขาย และอาชีพรับราชการ และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ จำนวนครั้งการได้รับความรู้หรือการฝึกอบรมด้านยาเสพติด และจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลภายนอก มีผลต่อตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด 4 ประเภท คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งสถิติที่ใช้ในการทดสอบ คือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นต่อน (Stepwise Multiple Regression) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของกลุ่มตัวแปรอิสระ (multicollinearity) พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวที่ใช้ในการวิจัยไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินกว่า 0.65 ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขของการใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุ ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 เมตริกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรอิสระ 9 ตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ  
ผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14
Y	1.00														
X1	0.11	1.00													
X2	0.04	0.32	1.00												
X3	-0.07	-0.18	-0.08	1.00											
X4	0.01	-0.10	-0.13	-0.27	1.00										
X5	0.17	-0.02	-0.23	-0.19	-0.13	1.00									
X6	-0.19	0.08	0.22	-0.10	-0.07	-0.19	1.00								
X7	0.08	-0.06	-0.19	0.01	-0.04	0.12	-0.64	1.00							
X8	0.14	-0.06	-0.05	0.15	0.13	0.01	-0.60	-0.16	1.00						
X9	0.05	0.04	0.01	-0.06	0.05	0.20	-0.15	-0.04	-0.04	1.00					
X10	0.18	-0.04	-0.05	-0.03	0.18	0.14	-0.09	-0.04	0.15	0.09	1.00				
X11	0.07	0.23	0.60	0.00	-0.15	-0.16	0.10	-0.08	-0.04	0.04	-0.08	1.00			
X12	0.28	0.04	0.15	-0.15	-0.02	0.11	-0.08	0.06	0.05	0.02	-0.05	0.11	1.00		
X13	0.19	0.03	-0.01	-0.04	0.02	0.06	0.08	-0.04	-0.05	-0.03	0.09	-0.09	0.25	1.00	
X14	0.16	0.02	0.02	-0.08	-0.07	-0.04	0.16	-0.07	-0.11	-0.07	-0.07	0.05	0.00	0.28	1.00

หมายเหตุ Y แทนการมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี  
 $X_1$  แทนเพศชาย  $X_2$  แทนอายุ  $X_3$  แทนการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น  $X_4$  แทนการศึกษา  
 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.  $X_5$  แทนการศึกษาระดับปวส.หรือสูงกว่า  $X_6$  แทนอาชีพ  
 เกษตรกรรม  $X_7$  แทนอาชีพรับจ้าง  $X_8$  แทนอาชีพค้าขาย  $X_9$  แทนอาชีพรับราชการ  $X_{10}$  แทน  
 รายได้ของครอบครัว  $X_{11}$  แทนระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน  $X_{12}$  แทนระยะเวลาดำรงตำแหน่ง  
 ปัจจุบันในชุมชน  $X_{13}$  แทนจำนวนครั้งการได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด และ  $X_{14}$   
 แทนจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก

### 5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตของจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารมีผลร่วมกันในการอธิบายการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ปรากฏว่าจากตัวแปรอิสระทั้งหมด 14 ตัวแปร มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง อาชีพเกษตรกรรวม รายได้ของครอบครัว และจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านสุขภาพจิตกับบุคคลอื่นภายนอก สามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์การถดถอยได้ดังนี้

$$\text{การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ} = 16.539 + 0.335\text{ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง} - 2.260\text{อาชีพเกษตรกรรวม} + 0.111\text{รายได้} + 5.793\text{จำนวนครั้งการติดต่อประสานงาน}$$

จากสมการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ถ้าระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชนเพิ่มขึ้น 0.335 ปี ( $\beta = 0.335$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ อาชีพเกษตรกรรวม -2.260 หน่วย ( $\beta = -2.260$ ) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตจะน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้ารายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.111 บาท ( $\beta = 0.111$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ และถ้าจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านสุขภาพจิตกับบุคคลอื่นภายนอกเพิ่มขึ้น 5.793 หน่วย ( $\beta = 5.793$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ทั้งนี้ ตัวแปรระยะเวลาดำรงตำแหน่ง อาชีพเกษตรกรรวม รายได้ของครอบครัว และจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านสุขภาพจิตกับบุคคลอื่นภายนอก มีอิทธิพลร่วมกันในการทำนายการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 21.3 ( $R^2 = 0.213$ ) โดยระยะเวลาดำรงตำแหน่งมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตเป็นลำดับที่ 1 (Beta = 0.344) อาชีพเกษตรกรรวมมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตเป็นลำดับที่ 2 (Beta = 0.217) รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของ

ผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 3 (Beta = 0.188) และจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอกมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 4 (Beta = 0.127) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ตารางการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปรพยากรณ์	$\beta$	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	16.539		26.236	< 0.001
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง	0.335	0.344	6.868	< 0.001
อาชีพเกษตรกรกรรม	-2.260	-0.217	-4.268	< 0.001
รายได้	0.111	0.188	3.704	< 0.001
จำนวนครั้งการติดต่อประสานงาน	5.793	0.127	2.527	0.012

$R^2 = 0.213$      $SEE = 4.248$      $F = 21.372$      $Sig. F = < 0.001$

## 5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารมีส่วนร่วมในการอธิบายการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ปรากฏว่าจากตัวแปรอิสระทั้งหมด 14 ตัวแปร มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก รายได้ของครอบครัว และอาชีพเกษตรกรกรรม สามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์การถดถอยได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ =  $18.413 + 0.321$ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง +  $0.125$ จำนวนครั้งการติดต่อประสานงาน +  $8.324$ รายได้ -  $1.635$ อาชีพเกษตรกรกรรม

จากสมการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ถ้าระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชนเพิ่มขึ้น 0.321 ปี ( $\beta = 0.321$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้าจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอกเพิ่มขึ้น 0.125 บาท ( $\beta = 0.125$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้ารายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น 8.324 บาท ( $\beta = 8.324$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ และถ้าอาชีพเกษตรกรกรรม -1.635 หน่วย ( $\beta = -1.635$ ) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดจะน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ทั้งนี้ ตัวแปรระยะเวลาดำรงตำแหน่ง จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก รายได้ของครอบครัว และอาชีพเกษตรกรกรรม มีอิทธิพลร่วมกันในการทำนายการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 18.8 ( $R^2 = 0.188$ ) โดยระยะเวลาดำรงตำแหน่งมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 1 (Beta = 0.319) จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอกมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 2 (Beta = 0.202) รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 3 (Beta = 0.176) และอาชีพเกษตรกรกรรมมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 4 (Beta = 0.152) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.12



ตารางที่ 4.12 ตารางการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติคของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปรพยากรณ์	$\beta$	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	18.413		27.777	< 0.001
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง	0.321	0.319	6.257	< 0.001
รายได้	8.324	0.176	3.453	0.001
จำนวนครั้งการติดต่อประสานงาน	0.125	0.202	3.938	< 0.001
อาชีพเกษตรกรกรรม	-1.635	-0.152	-2.936	0.004

$R^2 = 0.188$      $SEE = 4.467$      $F = 18.324$      $Sig. F = < 0.001$

### 5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติคของจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารมีผลร่วมกันในการอธิบายการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติคของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ปรากฏว่าจากตัวแปรอิสระทั้งหมด 14 ตัวแปร มีตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศชาย รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติคกับบุคคลอื่น ภายนอก อายุ และการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า สามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์การถดถอยได้ดังนี้

$$\text{การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์} = 3.468 + 2.323\text{เพศชาย} + 8.714\text{รายได้} + 0.060\text{จำนวนครั้งการติดต่อประสานงาน} + 0.073\text{อายุ} + 1.711\text{การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า}$$

จากสมการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า เพศชาย 2.323 คน ( $\beta = 2.323$ ) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติคจะเพิ่ม เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง โดยตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้ารายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น 8.714 บาท ( $\beta = 8.714$ ) จะทำให้

การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้าจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอกเพิ่มขึ้น 0.060 ครั้ง ( $\beta = 0.060$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ และถ้าการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า 1.711 หน่วย ( $\beta = 1.711$ ) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดจะเพิ่ม เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ทั้งนี้ ตัวแปรเพศ รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก อายุ และการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า มีอิทธิพลร่วมกันในการทำนายการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 15.3 ( $R^2 = 0.153$ ) โดยรายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 1 ( $Beta = 0.235$ ) เพศชายมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 2 ( $Beta = 0.194$ ) อายุมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 3 ( $Beta = 0.149$ ) จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก และการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่ามีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 4 ( $Beta = 0.125$ ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ตารางการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปรพยากรณ์	$\beta$	Beta	t	p-value
Constant	3.468		2.678	0.008
เพศชาย	2.323	0.194	3.546	< 0.001
รายได้	8.714	0.235	4.473	< 0.001
จำนวนครั้งการติดต่อประสานงาน	0.060	0.125	2.399	0.017
อายุ	0.073	0.149	2.648	0.009
การศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า	1.711	0.125	2.319	0.021

$R^2 = 0.153$      $SEE = 3.589$      $F = 11.368$      $Sig. F = < 0.001$

#### 5.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหา ยาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารมีผลร่วมกันในการอธิบายการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหา ยาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ปรากฏว่าจากตัวแปรอิสระทั้งหมด 14 ตัวแปร มีตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาชีพเกษตรกรรวม จำนวนครั้งการได้รับความรู้หรือการอบรมด้านยาเสพติด ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า และจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก สามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์การถดถอยได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{การมีส่วนร่วมในการประเมินผล} = & 13.254 - 1.797\text{อาชีพเกษตรกรรวม} + 0.161\text{จำนวนครั้งการได้รับความรู้} \\ & + 0.123\text{ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง} + 1.735\text{การศึกษา} \\ & \text{ระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า} + 0.055\text{จำนวนครั้งการติดต่อ} \\ & \text{ประสานงาน} \end{aligned}$$

จากสมการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ถ้าอาชีพเกษตรกรรวม -1.797 หน่วย ( $\beta = -1.797$ ) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหา ยาเสพติดจะน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้าจำนวนครั้งการได้รับความรู้หรือการอบรมด้านยาเสพติดเพิ่มขึ้น 0.161 ครั้ง ( $\beta = 0.161$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหา ยาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้าระยะเวลาดำรงตำแหน่งเพิ่มขึ้น 0.123 บาท ( $\beta = 0.123$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหา ยาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้าการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า 1.735 หน่วย ( $\beta = 1.735$ ) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหา ยาเสพติดจะเพิ่ม เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ และถ้าจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอกเพิ่มขึ้น 0.055 ครั้ง ( $\beta = 0.055$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหา ยาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ทั้งนี้ตัวแปรอาชีพเกษตรกรรวม จำนวนครั้งการได้รับความรู้หรือการอบรมด้านยาเสพติด ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า และจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้าน

ยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก มีอิทธิพลร่วมกันในการทำนายการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 14.5 ( $R^2 = 0.145$ ) โดยอาชีพเกษตรกรมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 1 ( $Beta = 0.216$ ) ระยะเวลาดำรงตำแหน่งมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 2 ( $Beta = 0.158$ ) การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่ามีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 3 ( $Beta = 0.129$ ) จำนวนครั้งการได้รับความรู้หรือการอบรมด้านยาเสพติดมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 4 ( $Beta = 0.126$ ) และจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอกมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 5 ( $Beta = 0.117$ ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ตารางการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปรพยากรณ์	$\beta$	Beta	T	p-value
ค่าคงที่	13.254		28.989	< 0.001
อาชีพเกษตรกร	-1.797	-0.216	-4.005	< 0.001
จำนวนครั้งการได้รับความรู้	0.161	0.126	2.236	0.026
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง	0.123	0.158	2.902	0.004
การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า	1.735	0.129	2.413	0.016
จำนวนครั้งการติดต่อประสานงาน	0.055	0.117	2.125	0.034

$R^2 = 0.145$      $SEE = 3.546$      $F = 10.695$      $Sig. F = < 0.001$

### 5.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารมีผลร่วมกันในการอธิบายการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple

Regression Analysis) ปรากฏว่าจากตัวแปรอิสระทั้งหมด 14 ตัวแปร มีตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลภายนอก อาชีพเกษตรกรกรรม และเพศชาย สามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์การถดถอย ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน} = & 52.488 + 0.827 \text{ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน} + 3.410 \text{รายได้} \\ & + 0.376 \text{จำนวนครั้งการติดต่อประสานงาน} - 6.480 \text{อาชีพ} \\ & \text{เกษตรกรกรรม} + 5.458 \text{เพศชาย} \end{aligned}$$

จากสมการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ถ้าระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชนเพิ่มขึ้น 0.827 ปี ( $\beta = 0.827$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้ารายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น 3.410 บาท ( $\beta = 3.410$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้าจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานเพิ่มขึ้น 0.376 ครั้ง ( $\beta = 0.376$ ) จะทำให้การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ถ้าอาชีพเกษตรกรกรรม -6.480 หน่วย ( $\beta = -6.480$ ) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดจะน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ และถ้าเพศชาย 5.458 คน ( $\beta = 5.458$ ) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดจะเพิ่ม เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง โดยตัวแปรอื่นที่เข้าสมการคงที่ ทั้งนี้ ตัวแปรระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลภายนอก อาชีพเกษตรกรกรรม และเพศชาย มีอิทธิพลร่วมกันในการทำนายการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 19.1 ( $R^2 = 0.191$ ) โดยระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชนมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 1 ( $\text{Beta} = 0.267$ ) จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลภายนอกมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 2 ( $\text{Beta} = 0.200$ ) อาชีพเกษตรกรกรรมมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 3 ( $\text{Beta} = 0.196$ ) รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 4 ( $\text{Beta} = 0.194$ ) และเพศชายมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดเป็นลำดับที่ 5 ( $\text{Beta} = 0.117$ ) คงที่ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ตารางการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปรพยากรณ์	B	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	52.488		18.512	< 0.001
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง	0.827	0.267	5.238	< 0.001
รายได้	3.410	0.194	3.803	< 0.001
จำนวนครั้งการติดต่อประสานงาน	0.376	0.200	3.882	< 0.001
อาชีพเกษตรกรรม	-6.480	-0.196	-3.791	< 0.001
เพศชาย	5.458	0.117	2.300	0.022

$R^2 = 0.191$      $SEE = 13.672$      $F = 14.877$      $Sig. F = < 0.001$

#### ตอนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดปัญหาสุขภาพจิต

จากการรวบรวมข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดปัญหาสุขภาพจิตจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า มีผู้ตอบ 68 คน

**ปัญหาและอุปสรรค** การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการจัดปัญหาสุขภาพจิตจังหวัดสุพรรณบุรีมีปัญหาอุปสรรคหลายด้าน ซึ่งปัญหาที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ การขาดการให้ความร่วมมือจากกลุ่มวัยรุ่น ผู้ปกครอง และประชาชนทั่วไปในชุมชน เนื่องจากกลัวและรู้สึกไม่มั่นใจในชีวิตและทรัพย์สิน ร้อยละ 30.88 เจ้าหน้าที่ไม่เข้ามาดูแล เอาใจใส่อย่างจริงจัง ร้อยละ 17.65 และ การมีผู้ตำราญย่อยในชุมชน และเพิ่มจำนวนมากขึ้น เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนมากขึ้น ทำให้ผู้นำชุมชนดำเนินงานจัดปัญหาสุขภาพจิตยากขึ้น ร้อยละ 11.76 ตามลำดับ โดยสามารถเรียงลำดับของปัญหาและอุปสรรคทั้งหมดจากมากไปน้อย ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี

	N = 68	
ปัญหาอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
1.การขาดการให้ความร่วมมือจากกลุ่มวัยรุ่น ผู้ปกครอง และประชาชนทั่วไปในชุมชน เนื่องจากกลัวและรู้สึกไม่มั่นใจในชีวิตและทรัพย์สิน	21	30.88
2.เจ้าหน้าที่ไม่เข้ามาดูแล เอาใจใส่อย่างจริงจัง	12	17.65
3.การมีผู้ค้ารายย่อยในชุมชน และเพิ่มจำนวนมากขึ้น เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนมากขึ้น ทำให้ผู้นำชุมชนดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติดยากขึ้น	8	11.76
4.ขาดบุคลากร และงบประมาณในการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติดอย่างเพียงพอ	6	8.82
5.ปัญหาจากความอยากรองของวัยรุ่น ทำให้ปัญหาไม่ลดน้อยลง	4	5.88
6.ผู้ปกครอง ไม่ยอมรับว่าบุตรหลานของตนติดยาเสพติด จึงไม่ให้ความร่วมมือกับผู้นำชุมชนในการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด	3	4.41
7.เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชนบางคนมีพฤติกรรมที่ไม่น่าเชื่อถือ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด	3	4.41
8.ผู้นำชุมชนไม่มีเวลาจากการประกอบอาชีพ ทำให้ไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้เท่าที่ควร	2	2.94
9.ปัญหาสภาพเศรษฐกิจ เกิดปัญหาการว่างงาน ส่งผลให้ประชาชนหันมาค้ายาเสพติด	2	2.94
10.ไม่มีคำตอบแทนในการตรวจตราอยู่เวรยามในหมู่บ้านแก่ผู้นำชุมชน	2	2.94
11.ผู้ค้าเปลี่ยนวิธีในการนำยาเสพติดเข้ามาในชุมชนบ่อยๆ ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติดต้องเปลี่ยนตามไปด้วย	1	1.47
12.ไม่มีศูนย์ปฏิบัติงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในหมู่บ้าน	1	1.47
13.ผู้นำชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชน	1	1.47
14.การติดตามดูแลพฤติกรรมของผู้เสพของเจ้าหน้าที่ล่าช้า ทำให้ผู้เสพขยายวงกว้างขึ้น	1	1.47
15.ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด	1	1.47

ข้อเสนอแนะ กลุ่มประชากรมีข้อเสนอแนะในการขจัดปัญหายาเสพติด ซึ่งข้อเสนอแนะที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่น ผู้ปกครอง และประชาชน ให้เห็นความสำคัญของปัญหายาเสพติด และให้มีส่วนร่วมในการขจัดปัญหายาเสพติดในชุมชน ร้อยละ 34.48 เจ้าหน้าที่ตำรวจควรเข้ามาตรวจตราในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร้อยละ 18.97 และเจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติงานอย่างเข้มงวด จริงจัง ซื่อสัตย์ และรวดเร็ว เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับผู้นำชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วม ร้อยละ 12.07 มีรายละเอียดดังตารางที่ 6.2

ตารางที่ 4.17 ข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหายาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี

	N = 58	
ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
1.ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่น ผู้ปกครอง และประชาชน ให้เห็นความสำคัญของปัญหายาเสพติด ให้มีส่วนร่วมในการขจัดปัญหายาเสพติด	20	34.48
2.เจ้าหน้าที่ตำรวจควรเข้ามาตรวจตราในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	11	18.97
3.เจ้าหน้าที่ควรปฏิบัติงานอย่างเข้มงวด จริงจัง ซื่อสัตย์ และรวดเร็ว เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับผู้นำชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วม	7	12.07
4.ผู้นำชุมชนต้องให้ความร่วมมือ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	7	12.07
5.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ	5	8.62
6.ควรมีค่าตอบแทนในการตรวจตราอยู่เวรยามในหมู่บ้านแก่ผู้นำชุมชน	4	6.90
7.เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน และประชาชนทุกคน ต้องร่วมกันให้คำแนะนำกับผู้ค้า ผู้เสพ ได้สังเกตเห็นโทษภัยของยาเสพติด และเลิกยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด	2	3.44
8.ควรจัดให้มีศูนย์ปฏิบัติงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในหมู่บ้าน มีเจ้าหน้าที่เข้ามาปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง	1	1.72
9.ควรสนับสนุนงบประมาณในการจ้างอาสาสมัครแบบลับ เพื่อค้นหา และแจ้งเบาะแสแก่เจ้าหน้าที่	1	1.72



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาขยะติดเชื้อของจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้นำเสนอในประเด็นสำคัญ โดยจำแนกเป็น 3 ส่วน คือ สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร 2) ระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาขยะติดเชื้อ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาขยะติดเชื้อ และ 4) ปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาขยะติดเชื้อจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในพื้นที่ที่ปรากฏข่าวสารยาเสพติด 3 ปีติดต่อกัน ระหว่างปี 2546 – 2550 ของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 323 คน โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี เอกสารทางวิชาการ และการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบมีโครงสร้างซึ่งมีคำถามทั้งปลายปิด แบบปลายเปิด และเลือกตอบแบบมาตรฐานค่า แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม 3) ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร 4) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาขยะติดเชื้อ 5) ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาขยะติดเชื้อ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้นำชุมชนที่อยู่ในพื้นที่อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม จำนวน 60 ชุด และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient method) พบว่าความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาขยะติดเชื้อมีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.8884 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2552 ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลได้กลุ่มประชากรครบ 323 คน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย

(Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มประชากรที่ศึกษาซึ่งเป็นผู้นำชุมชนเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพหลักด้านเกษตรกรรม มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน โดยมีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน 41-50 ปี มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชนต่ำกว่า 3 ปี เคยได้รับความรู้/การฝึกอบรมด้านยาเสพติด 1-2 ครั้ง ติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับเจ้าหน้าที่ปกครอง และเมื่อพิจารณาจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติด พบว่า ประชากรเคยติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก 1-2 ครั้งมากที่สุด ประชากรมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดภาพรวมในระดับ ปานกลาง โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับมาก มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมประเมินผลในการขจัดปัญหาเสพติด ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีผลร่วมกันในการอธิบายการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชน ได้แก่ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง อาชีพเกษตรกรรม รายได้ของครอบครัว และจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก ปัจจัยที่มีผลร่วมกันในการอธิบายการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้นำชุมชน ได้แก่ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก รายได้ของครอบครัว และอาชีพเกษตรกรรม ปัจจัยที่มีผลร่วมกันในการอธิบายการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชน ได้แก่ เพศชาย รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก อายุ และ การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า ปัจจัยที่มีผลร่วมกันในการอธิบายการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชน ได้แก่ อาชีพเกษตรกรรม จำนวนครั้งการได้รับความรู้หรือการอบรมด้านยาเสพติด ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า และจำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก และปัจจัยที่มีผลร่วมกันในการอธิบายการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในภาพรวมในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งการติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลภายนอก อาชีพเกษตรกรรม และเพศชาย

จากรวบรวมข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการขจัดปัญหาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี ปัญหาที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การขาดการให้ความร่วมมือจากกลุ่มวัยรุ่น ผู้ปกครอง และประชาชนทั่วไปในชุมชน เนื่องจากกลัวและรู้สึกไม่มั่นใจในชีวิตและทรัพย์สิน 2) เจ้าหน้าที่ไม่เข้ามาดูแล เอาใจใส่อย่างจริงจัง และ 3) การมีผู้ค้ารายย่อยในชุมชน และเพิ่มจำนวนมากขึ้น เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนมากขึ้น ทำให้ผู้นำชุมชนดำเนินงาน

ขจัดปัญหาเสพติดยาสูงขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะในการขจัดปัญหาเสพติดที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ควรจัดอบรมให้ความรู้ แก่กลุ่มวัยรุ่น ผู้ปกครอง และประชาชน ให้เห็นความสำคัญของปัญหาเสพติด และให้มีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่ตำรวจควรเข้ามาตรวจตราในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ 3) เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติงานอย่างเข้มงวดจริงจัง ซื่อสัตย์ และรวดเร็ว

## 2. อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี มีผลดังต่อไปนี้

### 2.1 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี

มี 4 ประเภท คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดในภาพรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมแต่ละประเภทพบว่า ประชากรที่มีส่วนร่วมในการร่วมตัดสินใจในการขจัดปัญหาเสพติด ในระดับมาก ประชากรที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการร่วมประเมินผล ในการขจัดปัญหาเสพติดในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาแขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเมือง มี 3 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการประชุม ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่าการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และบำรุง อุณ้อย (2546) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่เขตตำบลพลูดาวหลวง จังหวัดชลบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่เขตตำบลพลูดาวหลวง จังหวัดชลบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเมื่อเริ่มดำเนินงาน มีทั้งการสั่งการจากภาครัฐ การสร้างกระแสสังคม และการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ ทำให้ผู้นำชุมชนเกิดความตื่นตัวในการเข้าร่วมดำเนินงาน แต่เมื่อดำเนินงานไปได้ระยะหนึ่ง เริ่มประสบปัญหาต่างๆ เช่น ขาดการให้ความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน เนื่องจากกลัวและรู้สึกไม่มั่นใจในชีวิตและทรัพย์สิน ผู้ค้ารายย่อยในชุมชนเพิ่มจำนวนมากขึ้น เกิดการแพร่

ระบาคของยาเสพติดในชุมชนมากขึ้น เจ้าหน้าที่เริ่มไม่เข้ามาติดตาม ดูแล เอาใจใส่อย่างจริงจัง ขาดบุคลากร และงบประมาณในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ ไม่มีค่าตอบแทนให้ผู้นำชุมชน ตัวผู้นำชุมชนขาดความรู้ ทักษะ ความเข้าใจในการแก้ปัญหาเสพติดในชุมชน เหล่านี้จึงทำให้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้นำชุมชนลดลง

## 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า

### 2.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

**เพศชาย** มีผลต่อการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในภาพรวมในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี สอดคล้องกับประมวล ศรีทอง (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ศึกษากรณีกิ่งอำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อายุ รายได้ และอาชีพที่มั่นคง มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในสังคมไทยผู้ชายถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้นำครอบครัว จึงส่งผลถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน โดยเฉพาะสังคมชนบทแล้ว ผู้ชายยังคงเป็นตัวแทนของครอบครัวในการร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายอาจเข้าร่วมขจัดปัญหาเสพติดเพื่อผลตอบแทนเป็นเงิน สิ่งของ การยกย่องหรือได้รับการยอมรับจากสังคม แต่ผู้หญิงจะเข้าร่วมในการสนับสนุนกิจกรรม เช่น การจัดเตรียมอาหารและน้ำดื่ม หรือกิจกรรมที่ใช้แรงงานน้อยกว่า และมีความเสี่ยงต่อชีวิตและทรัพย์สินน้อยกว่า

**อายุ** มีผลต่อการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี สอดคล้องกับประมวล ศรีทอง (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ศึกษากรณีกิ่งอำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา เพศ รายได้ และอาชีพที่มั่นคง มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด และบำรุง ถุงน้อย (2546) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่เขตตำบลพลูตาหลวง จังหวัดชลบุรี พบว่า อายุ และอาชีพของประชาชนที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ที่มีอายุมากขึ้น เริ่มมีความคิดรอบคอบขึ้น เริ่มยั้งคิดยั้งทำ มีภาวะผู้นำมากขึ้นเพราะต้องเป็นผู้นำครอบครัว มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น การเข้าร่วมขจัดปัญหาเสพติดและมองที่ผลตอบแทนเป็นเงิน สิ่งของ การได้รับการยกย่องหรือได้รับการยอมรับจากสังคมเป็นหลัก

**การศึกษาระดับอนุปริญาหรือสูงกว่า** มีผลต่อการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี สอดคล้องกับประมวล ศรีทอง (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ศึกษากรณีกิ่งอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา เพศ อายุ รายได้ และอาชีพที่มั่นคง มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด และดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาแขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด และการติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่นภายนอก ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ย่อมมีความรู้ ความเข้าใจในการขจัดปัญหาเสพติดได้มากกว่า และมีความสามารถ จึงได้รับโอกาสจากสังคมสูงกว่า

### 2.2.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

**อาชีพเกษตรกรรม** มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติการ การประเมินผล และการมีส่วนร่วมในภาพรวมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี สอดคล้องกับประมวล ศรีทอง (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ศึกษากรณีกิ่งอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพที่มั่นคง ระดับการศึกษา เพศ อายุ และรายได้ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด และดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาแขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วม ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา การได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด และการติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่นภายนอก ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนที่อยู่ในชนบทส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มีการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกัน มีอะไรก็แบ่งปันกัน การมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดก็ทำโดยไม่หวังผลตอบแทนให้กับตนเอง

**รายได้** มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติการ การรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในภาพรวมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี สอดคล้องกับประมวล ศรีทอง (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ศึกษากรณีกิ่งอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพที่มั่นคง มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด และจิตติ ตรีภูมิลิศจิตต์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วน

ร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชนในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยที่มีผลหรือก่อให้เกิดความแตกต่างต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน คือ รายได้ของครอบครัว และการได้รับการฝึกอบรมให้ความรู้ด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เมื่อผู้นำชุมชนที่มีรายได้สูงแล้ว ย่อมไม่ต้องห่วงเรื่องฐานะของครอบครัว ทำให้มีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดได้มากกว่า

**ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน** ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี แตกต่างจากลลิตา ศรีสวัสดิ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด : กรณีศึกษา จังหวัดสระบุรี พบว่า ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาดำรงตำแหน่งทางสังคม อายุ และสมาชิกกลุ่มของประชาชนที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากไม่ว่าผู้นำชุมชนจะมีระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชนนานเพียงใด ก็มีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดไม่แตกต่างกัน

**ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน** มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติการ การประเมินผล และการมีส่วนร่วมในภาพรวมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี สอดคล้องกับลลิตา ศรีสวัสดิ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด : กรณีศึกษา จังหวัดสระบุรี พบว่า ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาดำรงตำแหน่งทางสังคม อายุ และสมาชิกกลุ่มของประชาชนที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชนนาน ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ทราบเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ในชุมชนได้เป็นอย่างดี มีประสบการณ์ทำงานมาก เป็นที่นับถือของคนในชุมชน สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของยาเสพติดในชุมชนได้เป็นอย่างดี

### 2.2.3 ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร

**การได้รับความรู้ฝึกอบรมด้านยาเสพติด** มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี สอดคล้องกับดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาแขวงหิรัญรุจี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วม ได้แก่ การได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด การติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่นภายนอก ระดับการศึกษา และอาชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่ได้รับความรู้หรือฝึกอบรมด้านยาเสพติด จะได้รับ

ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานขจัดปัญหายาเสพติด ทราบถึงผลดีของการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงานครั้งต่อไปได้

**การติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่นภายนอก** มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งสอดคล้องกับ ดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาแขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วม ได้แก่ การติดต่อประสานงานกับ บุคคลอื่นภายนอก ระดับการศึกษา อาชีพ และการได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งนี้เนื่องจาก การติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่นเป็นการกระตุ้น ให้ผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติด ผู้นำชุมชนได้รับการติดตามการดำเนินงาน ทำให้ผู้นำชุมชนเกิดความตื่นตัวในการขจัดปัญหาเสพติดอยู่เสมอ

### 3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะเพื่อพิจารณาใน 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ผลการศึกษา พบว่า ผู้นำชุมชนในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี มีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผลในการขจัดปัญหาเสพติด ในระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด ควรให้ความสำคัญกับการ ส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดการ อบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติด ให้ผู้นำชุมชนได้เพิ่มพูน ความรู้ เกิดทักษะ และแนวคิดใหม่ๆ รวมทั้งควรมีคำสั่งแต่งตั้งให้ผู้นำชุมชน ได้มีบทบาทและมี ส่วนร่วมในการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติดทุกขั้นตอน

3.1.2 ผลการศึกษา พบว่า รายได้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัด ปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี ดังนั้น ในการคัดเลือกบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด ควรนำประเด็นรายได้ของครอบครัวมาพิจารณาร่วมด้วย

3.1.3 ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชนมีผลต่อการมีส่วนร่วม ของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี ดังนั้น ในการคัดเลือกบุคคลเข้า มามีส่วนร่วมในการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด ควรพิจารณาระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งใน ชุมชนร่วมด้วย

3.1.4 ผลการศึกษา พบว่า การติดต่อประสานงานด้านยาเสพติดกับบุคคลอื่น ภายนอกมีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดของจังหวัดสุพรรณบุรี ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด ควรมีการสร้างเครือข่ายในการขจัดปัญหาเสพติด ให้เกิดการติดต่อประสานงานของผู้นำชุมชน

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ปรากฏข่าวสารด้านยาเสพติด กับพื้นที่ที่ไม่ปรากฏข่าวสารด้านยาเสพติด ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

3.2.2 ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ ในประเด็นประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด

3.2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยให้ประชาชนและผู้นำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาปัญหาและแก้ไขปัญหาเสพติด เพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก ก  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – สกุล ดร. เพชรน้อย ศรีผดผ่อง

ตำแหน่งทางวิชาการ นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ต.ทับตีเหล็ก อ.เมือง ฯ จ.สุพรรณบุรี

วุฒิการศึกษา -พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) เกียรตินิยมดี วิชาเอกการจัดการการ

พัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

-ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ประชากรและการพัฒนา) วิชาเอกประชากรและทรัพยากร

มนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ชื่อ – สกุล นายมณูญ ศูนย์สิทธิ์

ตำแหน่งทางบริหาร ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอคอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

ตำแหน่งทางวิชาการ นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

วุฒิการศึกษา -สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

-สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อ – สกุล นายวิไล แก้วแกมเกษ

ตำแหน่งทางวิชาการ นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ

สถานที่ทำงาน สถานีอนามัยตำบลคอนคา อ.อู่ทอง จ.สุพรรณบุรี

วุฒิการศึกษา -นิเทศศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

-สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

-ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกวัฒนธรรมสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาคผนวก ก**  
**รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)**

**ชื่อ – สกุล** นายอำพล ปานเพชร

**ตำแหน่งทางบริหาร** หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลคอนมะเกลือ

**ตำแหน่งทางวิชาการ** นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ

**สถานที่ทำงาน** สถานีอนามัยตำบลคอนมะเกลือ อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

**วุฒิการศึกษา** -สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

-สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

**ชื่อ – สกุล** พันตำรวจโท วิเชียร อินเทียน

**ตำแหน่งทางบริหาร** รองผู้กำกับการฝ่ายสอบสวน

**ตำแหน่งทางวิชาการ** พนักงานสอบสวน (สบ.3)

**สถานที่ทำงาน** สถานีตำรวจภูธรกรับใหญ่ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

**วุฒิการศึกษา** -นิติศาสตรบัณฑิต วิชาเอกนิติศาสตร์

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

-ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

**ภาคผนวก ข**  
**แบบสอบถามการวิจัย**

**ภาคผนวก ข**  
**แบบสอบถามการวิจัย**

เลขที่แบบสอบถาม [ ] [ ] [ ]

**แบบสอบถามสำหรับการวิจัย**

**เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี**

**คำชี้แจง**

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยในระดับปริญญาโท หลักสูตร  
สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการ  
การศึกษา สร้างขึ้นเพื่อศึกษาความคิดเห็นของ **ท่าน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน** ในพื้นที่  
ของจังหวัดสุพรรณบุรี เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหา  
เสพติดจังหวัดสุพรรณบุรี

ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ความเห็นของท่าน  
ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะไม่มีผลต่อตัวท่านแต่อย่างใดทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยใน  
ภาพรวม แต่จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติดที่  
ยั่งยืนต่อไป

**แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 5 ตอน ซึ่งประกอบด้วย**

- |   |              |
|---|--------------|
| ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน                                 | จำนวน 4 ข้อ  |
| ตอนที่ 2 สอบถามข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้นำชุมชน                      | จำนวน 4 ข้อ  |
| ตอนที่ 3 สอบถามข้อมูลการติดต่อสื่อสาร                                       | จำนวน 2 ข้อ  |
| ตอนที่ 4 สอบถามข้อมูลการมีส่วนร่วมในการขจัดปัญหาเสพติดในชุมชน               | จำนวน 19 ข้อ |
| ตอนที่ 5 สอบถามปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการขจัดปัญหาเสพติด | จำนวน 1 ข้อ  |

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูงที่สละเวลาอันมีค่าเพื่อตอบแบบสอบถามชุดนี้

กฤษฎา อินเทียน

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ ..... ปี (เศษของปีนับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพการสมรส  
( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน คือ  
( ) ไม่ได้เรียน  
( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.3)  
( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.6)/ปวช.หรือเทียบเท่า  
( ) ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า  
( ) ปริญญาตรี  
( ) สูงกว่าปริญญาตรี  
( ) อื่นๆ ระบุ .....

**ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริงเกี่ยวกับข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของท่าน

5. อาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน (อาชีพที่ทำรายได้มากที่สุด)  
( ) ไม่มีอาชีพ ( ) เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์)  
( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย  
( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) อื่น ระบุ.....
6. ปัจจุบันท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยประมาณ (ไม่หักค่าใช้จ่าย) .....บาท
7. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้ ..... ปี





ตอนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลการมีส่วนร่วมในการจัดปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน  
 คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการมีส่วนร่วมในการจัดปัญหาสุขภาพจิตใน  
 ชุมชนของท่านแต่ละกิจกรรมตามความเป็นจริง โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมบ่อยครั้ง
เป็นครั้งคราว	หมายถึง	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง
นานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมน้อยมาก
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเลย

ข้อที่	กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
11.	<u>การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</u> ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอความคิด เกี่ยวกับการจัดระบบการจัดปัญหา สุขภาพจิตในชุมชนของท่าน					
12.	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอความคิด เกี่ยวกับการประเมินสภาพปัญหาการ ระบาดของยาเสพติดในชุมชนของท่าน					
13.	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอความคิด เกี่ยวกับการประเมินสาเหตุของปัญหา สุขภาพจิตในชุมชนของท่าน					
14.	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอความคิด เกี่ยวกับการวิธีการดำเนินงานจัด ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของท่าน					
15.	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอความคิด เกี่ยวกับการกำหนดมาตรการต่างๆเพื่อ นำมาใช้ในการจัดปัญหาสุขภาพจิตใน ชุมชนของท่าน					

ข้อที่	กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
16.	<u>การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ</u> ท่านสละแรงกายของท่านในการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติดของชุมชน					
17.	ท่านบริจาคเงินในการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติดของชุมชน					
18.	ท่านสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆในการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติดของชุมชน					
19.	ท่านเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดให้กับประชาชนในชุมชนรับทราบ					
20.	ท่านเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดให้กับประชาชนในชุมชนรับทราบ					
21.	<u>การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์</u> ท่านประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติดของชุมชน					
22.	ท่านได้รับคำตอบแทนจากการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด					
23.	ท่านได้รับประกาศเกียรติคุณจากการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด					
24.	ประชาชนยกย่องในผลการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติดของท่าน					
25.	ท่านได้รับการยอมรับจากประชาชนจากการดำเนินงานขจัดปัญหาเสพติด					

ข้อที่	กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
26.	<u>การมีส่วนร่วมในการประเมินผล</u> ท่านได้ค้นหาข้อดีของการดำเนินงาน จัดปัญหาเสพติดในชุมชนของท่าน					
27.	ท่านได้ค้นหาข้อบกพร่องของการ ดำเนินงานจัดปัญหาเสพติดใน ชุมชนของท่าน					
28.	ท่านได้ประเมินผลความสำเร็จของการ ดำเนินงานจัดปัญหาเสพติดใน ชุมชนของท่านเป็นระยะๆ					
29.	ท่านได้วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขเพื่อ พัฒนาการดำเนินงานจัดปัญหาเสพ ติดในชุมชนของท่าน					



บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กรณีศึกษา ชมดี (2542) "การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ : ศึกษา  
โครงการสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี" วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
มหาวิทาลัยศรีนครินทร์
- กลุ่มส่งเสริมกีฬาพลานามัยและกิจการพิเศษ สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดนครนายก (2544)  
"รายงานการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาในการดำเนินงาน  
ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด" (อัคราเสนา)
- กระทรวงศึกษาธิการ (2542) นโยบายและแผนการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 12 ปี กรุงเทพมหานคร  
กระทรวงศึกษาธิการ
- กระทรวงสาธารณสุข (2543) แนวทางการปฏิบัติงานยาเสพติดของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วน  
ภูมิภาค กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก  
.....(2546) การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลรักษาสำหรับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด  
นนทบุรี สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก  
.....(2546) แนวทางการปฏิบัติงานยาเสพติดของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค  
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 นนทบุรี โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก  
.....(2546) แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด นนทบุรี  
กระทรวงสาธารณสุข  
.....(2547) คู่มือการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพ (การนำยุทธศาสตร์สู่  
การปฏิบัติ) กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ)  
.....(2549) "แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ 2550"  
กระทรวงสาธารณสุข (อัคราเสนา)
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ (2545) คู่มือการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของ  
ยาบ้า ด้านสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่ง  
ประเทศไทย  
.....(2550) คู่มือการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติด กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมชน  
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2546) เทคโนโลยีการเรียนรู้และการสื่อสาร  
ในชุมชน กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต (2545) *To Be Number one* โครงการรณรงค์ป้องกันและ  
แก้ไขปัญหายาเสพติดในทุกละหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี  
นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข

.....(2546) การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันสารเสพติด กรมสุขภาพจิต กระทรวง  
สาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา)

เกียรติศักดิ์ เรือนทองดี (2536) "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของสตรีในการพัฒนา:  
ศึกษาเฉพาะกรณีสหกรณ์นิคมอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี" วิทยานิพนธ์  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ขวัญหทัย วงศ์ปวณิช (2544) "การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการเลิกหรือกลับมาเสพของผู้ติด  
ยาเสพติด" รายงานการวิจัย สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด  
สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

คณิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม และคณะ (2545) "รายงานการวิจัยแนวทางการเสริมสร้างประชาธิปไตยแบบมี  
ส่วนร่วมทางรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ.2540 ปัญหาอุปสรรคและ  
ทางออก" กรุงเทพมหานคร สถาบันพระปกเกล้า

จรรยารัตน์ หิรัญชอุณหะ (2542) "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการวนศาสตร์  
ชุมชนบนพื้นที่สูงในลุ่มน้ำห้วยของเผาะ อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี"  
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) ศิลปศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม  
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

จักรกฤษณ์ ทิณญาพงษ์ และคณะ (2546) *รูปแบบการเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดในชุมชน โดย  
ความร่วมมือของผู้นำชุมชน กรณีตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอท่าฟ้า จังหวัดอุดรดิษฐ์  
อุดรดิษฐ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิษฐ์*

ฉอาน วุฒิธรรมรักษา (2526) "ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของ  
ประชาชนในโครงการสร้างงานในชนบท" วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
พัฒนาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เฉลิม เกิดโมลี (2543) "แนวทางการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย" ใน *เอกสาร  
ประกอบการเสวนาวิพากษ์ตัวแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน* สถาบันพระปกเกล้า  
หน้า 3

- ชูเกียรติ ภัคดี (2536) "การศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและ  
 ปราบปรามอาชญากรรมระหว่างเขตพื้นที่ที่มีการปฏิบัติงานกับเขตพื้นที่ที่ไม่มีการ  
 ปฏิบัติงานของตำรวจชุมชนและมวลชนสัมพันธ์ในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา"  
 ปริญญาโทศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ชูชาติ พ่วงสมจิตร (2540) "การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม  
 ของชุมชนกับโรงเรียนประถมศึกษาในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร" วิทยานิพนธ์  
 ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ศึกษาศาสตร์บัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา ภาควิชาบริหารการศึกษา  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชำนาญ พูลพั่งงา (2543) "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ พื้นที่  
 โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ เทือกเขาพระ อำเภอนองบัว จังหวัด  
 นครสวรรค์" วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) ศิลปศาสตร  
 คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ฐิติ ตระกูลเลิศรัตน์ (2548) "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน  
 ในจังหวัดกำแพงเพชร" วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)  
 ศิลปศาสตร คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ดวงเดือน จุลกรานต์ (2548) "การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานการ  
 ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาแขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี  
 กรุงเทพมหานคร" ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) ศิลปศาสตร คณะพัฒนา  
 สังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ถนัด ไบยา และคณะ (2544) สถานภาพและการพัฒนาเครือข่ายองค์กรชุมชนในการป้องกันและ  
 แก้ไขปัญหาเสพติด จังหวัดน่าน น่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
- ทองศักดิ์ คุ้มไข่น้ำ (2531) หลักการพัฒนาชุมชน ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา กรุงเทพมหานคร ศักดิ์  
 โสภการพิมพ์
- ทวีศักดิ์ ไชยภักษา และคณะ (2545) การแก้ไขปัญหาเสพติดโดยกระบวนการแก้ไขปัญหา  
 สุขภาพ โดยทีมสุขภาพจังหวัดน่าน น่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน



- ชิตติ กิตติวิฑิตคุณ (2540) "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านในการพัฒนา  
 ชนบท ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร" วิทยานิพนธ์  
 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) ศิลปศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม สถาบัน  
 บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- นภา ชมไพบูลย์ (2529) "การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทของกลุ่มเกษตรกร" วิทยานิพนธ์  
 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นรินทร์ แก้วมีศรี (2541) ครอบคลุมการพัฒนาองค์กรชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชนบน  
 พื้นที่สูงลุ่มน้ำแม่วาง รายงานผลการดำเนินงานโครงการ UNICEF (เอกสารอัดสำเนา)  
 \_\_\_\_\_ (2542) จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ "เสี้ยวหนึ่งของประสบการณ์" ประชาคมตำบลกับการ  
 พัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ในเอกสารประกอบการฝึกอบรมเรื่อง กระบวนการ  
 วางแผนงานพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยประชาคม เชียงใหม่ สถาบันส่งเสริมการเรียนรู้  
 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
- นิภา ฉิสกุล (2544) " การแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน " ใน ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด  
 โรงพยาบาลธัญญารักษ์ หน้า 505 - 515 กรุงเทพมหานคร วัชระอินเตอร์ปริ้นติ้ง
- นิยม บัวบาน (2536) "การมีส่วนร่วมของแม่บ้านเกษตรกรในการพัฒนาการเลี้ยงสัตว์ ณ อำเภอ  
 วังชัน จังหวัดแพร่" วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะเกษตรศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2527) " กลวิธี แนวทาง วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงาน  
 พัฒนาชุมชน " ในทิวทอง หงส์วิวัฒน์ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา  
 หน้า 177-194 กรุงเทพมหานคร ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528) "การมีส่วนร่วมของประชาชน" ใน การสุขศึกษาเพื่อการพัฒนา  
 สุขภาพ 8-11 พฤษภาคม 2528 ณ โรงแรมเอเชีย พัทยา จังหวัดชลบุรี หน้า 44
- บำรุง ถุงน้อย (2546) "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดใน  
 พื้นที่เขตตำบลพลูดาวหลวง จังหวัดชลบุรี" วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์  
 มหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะและการบริหารงานบุคคล มหาวิทยาลัยศรีปทุม
- เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ (2544) " การวิจัยการมีส่วนร่วมทางส่งเสริมการเกษตร " ใน เอกสาร  
 ประมวลชุดวิชาการวิจัยเพื่อส่งเสริมการเกษตร หน่วยที่ 9 283 นนทบุรี  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาส่งเสริมการเกษตรและสหกรณ์

- ประมวล ศรีทอง (2547) "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต  
ศึกษากรณีกิ่งอำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์" ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนา  
สังคม) ศิลปศาสตร คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์  
ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2545) *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา  
กรุงเทพมหานคร โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.)*
- พยงค์ ศรีเจริญ (2547) "รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรออกกำลัง  
กายเพื่อสุขภาพของประชาชนอายุ 15-59 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้าน  
หนองข้าวขาว ตำบลสระพังลาน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี" (อัครา) (อัครา)  
"พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2545" สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (2545)  
กรุงเทพมหานคร
- พิพัฒน์ บุญสวัสดิ์ (2539) *การสร้างพลังชุมชน โดยขบวนการพัฒนาชุมชน กรุงเทพมหานคร  
ไทยวัฒนาพานิช*
- พัฒน์ บุญรัตน์ (2517) *คู่มือการศึกษางานพัฒนาชุมชน เล่มที่ 2 กรุงเทพมหานคร กอง  
ส่งเสริมและเผยแพร่ กรมการพัฒนาชุมชน*
- เพ็ญศรี เปี่ยมจำ (2542) *การสาธารณสุขมูลฐาน พิมพ์ครั้งที่ 2 ราชบุรี ธรรมรักษ์การพิมพ์*
- ไพบุลย์ ปิ่นวัฒนชัย (2546) "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามยาบ้า ใน  
เขตอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร" สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร  
มหาบัณฑิต รัฐประศาสนศาสตร มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) *นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนในยุทธศาสตร์การ  
พัฒนาปัจจุบันในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา กรุงเทพมหานคร  
ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ภูมิธรรม เวชยชัย (2527) *องค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศไทย สถานภาพ บทบาท และปัญหา  
กรุงเทพมหานคร คมสัน หุตะแพทย์ (บก.)*
- บุวัฒน์ วุฒิมณี (2626) *หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท กรุงเทพมหานคร  
ไทยอนุเคราะห์ไทย*
- ราชบัณฑิตยสถาน (2524) *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2524 กรุงเทพมหานคร  
ราชบัณฑิตยสถาน*  
.....(2525) *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 กรุงเทพมหานคร  
ราชบัณฑิตยสถาน*

- .....(2545) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2545 กรุงเทพมหานคร  
ราชบัณฑิตยสถาน
- โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ (2544) ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กรุงเทพมหานคร  
วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง
- ลลิตา ศรีสวัสดิ์ (2547) "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไข  
ปัญหายาเสพติด : กรณีศึกษา จังหวัดสระบุรี" ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)  
ศิลปศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- วงเดือน ปั้นดี และวาทัญญู รุ่งรัมย์ (2547) "การเตรียมข้อมูลการวิจัย" ใน *ประมวลสาระชุดวิชา  
สถิติและระเบียบวิธีวิจัย* หน่วยที่ 10 หน้า 179-255 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- วาทัญญู รุ่งรัมย์ (2547) "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด :  
ศึกษาเฉพาะกรณีสถานีตำรวจภูธรอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร " ศิลปศาสตรมหา  
บัณฑิต (พัฒนาสังคม) ศิลปศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร  
ศาสตร์
- วันทนี้อย์ จันทร์เอี่ยม (2543) "ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดของ  
ชาวม้งในจังหวัดเชียงใหม่" ปริญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวางแผน  
และพัฒนาชนบท บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2549) *ระบบสุขภาพในท้องถิ่น : อนาคตระบบสุขภาพไทย* นนทบุรี  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สมควร สุรภพพิสัยฐ์ (2542) "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการปลูกป่า  
ถาวรเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในวโรกาสทรงครองราชย์ปีที่  
50 จังหวัดนครราชสีมา" วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)  
ศิลปศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- สมชาย วิริภิมย์กุล (2543) "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน : กรณีศึกษาป่า  
ชุมชนบ้านโคกสันติสุข ตำบลวังหมี อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา"  
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) ศิลปศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม  
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- สมเชษฐ์ บมไต้ (2542) "การประเมินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา :  
ศึกษาเฉพาะกรณีสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาในจังหวัด  
สงขลา" กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยเกริก

- สุชาติ โรจน์ทองคำ และคณะ (2543) การประเมินโครงการชุมชนเฉลิมพระเกียรติปลอดยาเสพติด : ชุมชนสุเหร่าบางชั้น กรุงเทพมหานคร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- สุพรรณณี ไชยอำพร และสนิท สมัครการ (2535) การวิเคราะห์ของสังคมเพื่อการพัฒนา : แนวความคิดและวิธีการ กรุงเทพมหานคร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- สุรพล ปธานวนิช (2528) การป้องกันปัญหายาเสพติด กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์อักษรไทย
- สุรัสวดี หุ่นพยนต์ (2528) "ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาชุมชนของ ประชาคมในหมู่บ้านยากจน" วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2530) "รายงานสถานการณ์ยาเสพติด" กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.
- .....(2531) รายงานสถานการณ์ยาเสพติด กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.
- .....เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องบทบาทของสำนักงาน ปปส. ต่อการพัฒนาเครือข่าย ชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด วันที่ 29 มิถุนายน – 1 กรกฎาคม 2537
- .....(2541) แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
- .....(2544) นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของ รัฐบาลในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์การศาสนา
- .....(2545) ยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติด กรุงเทพมหานคร กรมสาร
- .....(2546) แนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.
- .....(2550) ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2551 กรุงเทพมหานคร ศูนย์ อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม
- .....(2552) ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2552 กรุงเทพมหานคร ศูนย์ อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 7 (2550) *แนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2551* สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 7

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2543) *การศึกษาพลังชุมชนและประชาคมด้านสุขภาพ* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2550) *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550* กรุงเทพมหานคร สหพัฒนไพศาล

สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (2546) *ธรรมาภิบาลกับการจัดการด้านสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2* นนทบุรี พี.วาทีน พรินดี

\_\_\_\_\_ (2546) *องค์กรท้องถิ่นกับการจัดการด้านสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2* นนทบุรี พี.วาทีน พรินดี

\_\_\_\_\_ (2546) *แผนชุมชนกับการจัดการด้านสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2* นนทบุรี พี.วาทีน พรินดี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี (2543) “ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันสารเสพติด” สุพรรณบุรี งานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี (อัครา สำนานา)

สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (2541) “รายงานผลการทดลองใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อนเพื่อป้องกันยาเสพติด” กรุงเทพฯ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

\_\_\_\_\_ (2550) *บทเรียนการทำงานจากโครงการช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดแบบครบวงจร จังหวัดระยอง* กรุงเทพมหานคร บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550) *การพัฒนาระบบงานยาเสพติดด้านการบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุข 5 จังหวัด (ชลบุรี พิษณุโลก ตากแพร่ และสุราษฎร์ธานี)* นนทบุรี โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

อภินันท์ รพีพัฒน์ (2527) *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย* กรุงเทพมหานคร สักดิ์โสภณการพิมพ์

อภิชาต สุภรัตนภินันท์ และคณะ (2543) *การประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามโครงการค่ายสังคมจิตเวชศึกษา จังหวัดเพชรบุรี* กรุงเทพมหานคร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

- อาภรณ์ จันทร์สว่าง (2522) *คำบรรยายลักษณะวิชาทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน*  
กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- อุดม คุณศรีวัชร (2539) *ยาเสพติด* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ
- อรอนงค์ ธรรมกุล (2539) "การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนาท้องถิ่น" วิทยานิพนธ์  
ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อังกร ภัทราร (2544) *โทษของสารเสพติด* ปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์
- อัญชิษฐา สัมชาย และสุคิด ลั่นชัย (2542) "รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดใน  
สถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ" รายงานการวิจัย (อัดสำเนา)
- เอกพร จุ้ยสำราญ (2546) "บทบาทของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและ  
ปราบปรามยาเสพติด ในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี" ศิลปศาสตรมหา  
บัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์) ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- Baker, Vanessa (2004) "Preventing Alcohol and Drug abuse through Primary Education : An  
Evaluation of a School-Based Substance Abuse Prevention Program". *Dissertation  
Abstracts International*. 64(07), 3513 (January) : 3513-B
- Brooks, Robin Justina (2002) "The Effects of Racial/Ethnic Identity, Parenting, Practices, and  
Impulse Control on Drug use, Problem Behaviors, Self-Concept, and Depression in  
African-American Adolescents". *Dissertation Abstracts International*. 63(03),  
1555 (September) : 1555-B
- Cohen, M.J., & Uphoff, N.T. (1977) *Rural development participation : concept and measures for  
project design, implementation and evaluation* . Rural development monograph  
No.2: p.59-78.
- \_\_\_\_\_. (1980) *Participation's place in rural development : Seeking clarity through  
specificity*. World Development. Vol.8 No.3: p.213-235.
- Eide, Ame Henning (1997) "Adolescent Drug Use in Zimbabwe : Cultural Orientation in a Global  
Local Perspective and Use of Psychoactive Substances Among Secondary School  
Students". *Dissertation Abstracts International*. 58(04), 1386 (April) : 1386-C
- Mason, Kimberly Leiter (1997) "Drug Testing in Schools : Attitudes of High School Students".  
*Dissertation Abstracts International*. 64(04), 1540 (November) : 1540-A
- WHO. (1981) *Community Involvement in Health for Primary Health Care* . Geneva: WHO.

- \_\_\_\_\_. (1993) *Life Skills Education for Children and adolescents in School Guidelines and Training Workshops to Facilitate the Development of Life Skills* . London: Educations Development of Health.
- White, Alastair T. (1982) *The Community Participation A Discussion of the Agreements Community Participation*. Current issue and lesson learned. USA : The United Nations Children's Fund.

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายกฤษฎา อินเทียน
วัน เดือน ปี เกิด	22 มิถุนายน 2519
สถานที่เกิด	อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี พ.ศ.2540 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2544
สถานที่ทำงาน	สถานีอนามัยบ้านหนองข้าวฉาย จังหวัดสุพรรณบุรี
ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับชำนาญงาน