

10-1-1987

ความจำเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิต

ขัติ ชนะมัย

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

ชนะมัย, ขัติ (1987) "ความจำเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิต," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 31: Iss. 10, Article 11.
Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol31/iss10/11>

This Review Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ความจำเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิต

บดี ธรรมนูญ*

Dhanamun B. Minimum basic requirements and the quality of life. Chula Med J 1987 Oct; 31 (10) : 821-828

Minimum Basic Requirements and Social Indicators are tools developed by academic and field staff of four ministries and other academic staff. These have been employed in many provincial areas before they were revised and adapted for the Board of National Rural Development Committee. Recently, they have also been approved by the Royal Thai Government, comprising of 32 indicators within 8 categories. Minimum basic requirements were employed for community development during the years of the Campaign for the National Quality of Life (1985-1987). The processes of implementation consisted of a preparatory phase, the survey of data, the setting of priorities, analysis of causes, planning for problem solving, implementation, evaluation and the transfer of technology to other villages. Village committees were responsible for these steps, supported by governmental staff. These processes have to be continuously implemented so that Minimum Basic Requirements can be achieved for all by the year 2001.

Reprint requests : Dhanamun B, Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. July 30, 1987.

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ^(1,2) 5 แผน ได้ผ่านไปแล้ว โดยในช่วงระยะเวลา 20 ปี (2504-2524) ของ 4 แผนแรก แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการขยายตัวทางเศรษฐกิจ โดยส่วนรวมของประเทศเฉลี่ยประมาณร้อยละ 6-8 ต่อปี ส่วนในแผนฯ 5 ที่เพิ่งผ่านไป แม้ว่าอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจจะเพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ยน้อยกว่า (ร้อยละ 6 ต่อปี) แต่เมื่อคำนึงถึงความผันผวนของภาวะเศรษฐกิจโลกแล้วจะเห็นว่าอัตราเพิ่มในระดับนี้นับได้ว่าเป็นอัตราที่ดีพอใช้ นอกจากนี้ผลของการพัฒนาที่ผ่านมาซึ่งชี้ให้เห็นว่ามี การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมไทยบางอย่าง ซึ่งมีลักษณะอันไม่พึงประสงค์ เช่น ช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนจะพบว่ากว้างขึ้น ประชาชนยังไม่คุ้นเคยกับการปกครองตนเอง และการที่คนของชุมชนเองเข้ามีส่วนร่วม (Community Participation) ในการพัฒนาประเทศ ทำให้การพัฒนาต่าง ๆ ยังไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเท่าที่ควร การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขก็เช่นเดียวกัน ได้มีวิวัฒนาการมาตลอดตั้งแต่เริ่มมีแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยในระยะแรกจะเน้นการพัฒนาเทคโนโลยีและ โครงสร้างการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข จนถึงช่วงแผนฯ 4 ที่เริ่มมีการปรับบทบาทครั้งยิ่งใหญ่จากที่เจ้าหน้าที่รัฐเคยเป็นผู้ให้บริการและประชาชนเป็นผู้รับบริการ มาเป็นเจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้สนับสนุนให้ประชาชนเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของชุมชนเองในระดับหนึ่ง ซึ่งก็คือหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) นั่นเอง แต่การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (2520-2524)⁽³⁾ ที่ผ่านมา มีปัญหาและอุปสรรคมากมาย ทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่, ประชาชน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ มีผลทำให้การพัฒนาสุขภาพของประชาชนตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานยังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งสาเหตุหนึ่งก็เนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง และขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานอย่างแท้จริง จึง และประชาชนก็ยังไม่เข้ามามีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ไขปัญหาก็เกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งจะเห็นได้จาก แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (2525-2529) กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายที่สำคัญที่สุด มีการปรับปรุงระบบการบริหารงานและกลวิธีต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณ และอัตรากำลังสนับสนุนมากยิ่งขึ้น และการพัฒนาความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Minimum Needs) และเครื่องชี้วัด (Indicators)

ก็เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 และต่อเนื่องไปยังแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาการสาธารณสุข

แนวความคิดเกี่ยวกับความจำเป็นพื้นฐาน

ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) คือ ความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของประชาชนในชนบทของไทยที่ควรจะมีหรือควรจะเป็น เพื่อให้ประชาชนคนไทยทุกหนทุกแห่งและทุกระดับชั้น มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขพอสมควร ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งแท้จริงแล้วคงไม่ใช่เป็นของแปลกใหม่ในสังคมไทยที่นับถือศาสนาพุทธ เพราะองค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ทรงย้ำถึงเรื่องความสันโดษในปัจจุบัน 4 คือ ให้กินและใช้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น สำหรับจปฐ. ในปัจจุบันนี้ถือกำเนิดมาจากการประชุมของกลุ่มแกนนำพัฒนาสังคม ของโครงการพัฒนาสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2524 ซึ่งมีอธิบดีกรมอนามัยในสมัยนั้นคือ นายแพทย์อมร นนทสฤต เป็นประธาน ได้เป็นผู้นำความคิดของการปรับ แนวความต้องการพื้นฐาน^(4,5) (Basic Need Approach) มาใช้เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการที่จะใช้เป็นมาตรฐานความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำ หรือเป็นความจำเป็นพื้นฐานนั่นเอง ซึ่งองค์การกรรมกรโลก (International Labour Office, ILO) ได้ให้ความหมายของความต้องการพื้นฐานไว้เมื่อปี 2519 ดังนี้

1. เป็นความต้องการขั้นต่ำในการบริโภค (Consumption) ของครอบครัวหนึ่ง ๆ ในเรื่องของการมีอาหารเพียงพอ มีที่อยู่อาศัย มีเครื่องนุ่งห่ม เครื่องมือเครื่องใช้ในบ้านและเฟอร์นิเจอร์

2. จัดบริการที่จำเป็นให้ชุมชนโดยส่วนรวมในเรื่องของการคมนาคม การศึกษา และวัฒนธรรม การสาธารณสุข น้ำสะอาดบริโภค ฯลฯ

3. มีสิทธิมนุษยชน ความร่วมมือร่วมใจ และความเชื่อมั่นว่าช่วยตนเองได้ (Self-Reliance) ของคนในชุมชนด้วยการดำเนินงานในเรื่องนี้ที่ประชุมกลุ่มเห็นว่าควรจะมีคณะที่ปรึกษาจาก 4 กระทรวงที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในชนบทคือ กระทรวงเกษตรฯ, ศึกษาฯ, สาธารณสุข และมหาดไทย รวมทั้งจากทบวงมหาวิทยาลัย มาร่วมกันกำหนดจปฐ. หลังจากนั้นได้มีการประชุมร่วมกันอีกหลายครั้ง เพื่อหล่อหลอมความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ทั้งระดับผู้วางแผนพัฒนาประเทศผู้บริหารระดับสูง นักวิชาการและ

ผู้ปฏิบัติการภาคสนามของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนสุดท้ายได้ออกมาเป็น⁽⁶⁾ ลักษณะของสังคมไทยและบุคคลที่พึงประสงค์ และยังร่วมกันกำหนด “ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย เป้าหมายภายใน พ.ศ. 2545 และเครื่องชี้วัด” เพื่อเป็นคู่มือสำหรับใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรทรัพยากร ที่ให้ความเสมอภาคและความยุติธรรมแก่พื้นที่ที่มีปัญหาและยังช่วยตนเองไม่ได้ เพื่อให้เกิดพลังและความสามารถในการที่จะช่วยตนเองได้มากขึ้นในเรื่องที่ยังขาดแคลนอยู่ ซึ่งความจำเป็นพื้นฐานของคนไทยที่ได้มาในระยะแรก ๆ นั้นมี 15 ข้อ ต่อมาได้รวบรวมแก้ไข ปรับปรุง และพิมพ์ขึ้นเป็นครั้งที่ 2 เมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2526 มี 13 ข้อ พร้อมเครื่องชี้วัด 52 ตัว ซึ่ง จปฐ. ทั้ง 13 ข้อนั้นมีดังนี้

1. ทุกรอบครัว ได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ทุกรอบครัวมีที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. ครอบครัวยังปัจจัยพื้นฐานการผลิตที่พอเพียงแก่การดำรงชีพ
4. คนในวัยทำงานมีงานทำและอยู่ในสภาพแวดล้อมของการทำงานที่เหมาะสม
5. ครอบครัวยังปัจจัยพื้นฐานการประกอบอาชีพ และเข้าใจพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันของชุมชน
6. ทุกรอบครัวมีการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเพื่อผลประโยชน์ของชุมชนเอง และเพื่อพัฒนาและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติให้มีการใช้และคงอยู่ได้
7. ทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการสังคมขั้นพื้นฐาน
8. ประชาชนมีโอกาสได้รับข้อมูล และข่าวสารเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและการดำรงชีพ
9. เด็ก, หญิงมีครรภ์, ผู้สูงอายุ และผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการดูแล
10. คู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ สามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ
11. บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเมือง และการปกครองท้องถิ่น
12. ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
13. ประชาชนประพฤติ ปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมและประเพณี หลักธรรมของศาสนา รักษาและส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางศิลปวัฒนธรรม ตลอดจนประพฤติปฏิบัติตามค่านิยมพื้นฐาน

วิวัฒนาการของ จปฐ.

จากความจำเป็นพื้นฐานของคนไทยและเครื่องชี้วัดที่ได้นี้ได้นำไปปฏิบัติในพื้นที่หลายจังหวัดในช่วงปี 2526-2527 โดยเฉพาะที่จังหวัดนครราชสีมา⁽⁷⁾ ได้นำไปใช้ในโครงการ “โคราชพัฒนา” โดยทำการสำรวจในพื้นที่ครอบคลุมทั้งจังหวัดรวม 842 หมู่บ้านของทุกตำบลในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าการดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และมีผลต่อการสนับสนุนต่อการพัฒนาชนบทตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช) เป็นอย่างยิ่ง ซึ่ง กชช. มีเจตนารมณ์ในการที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพิ่มขึ้น การประสานงานกันระหว่างเจ้าหน้าที่ 4 กระทรวงหลักและการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดลงสู่กลุ่มประชากรเป้าหมายให้ทั่วถึงมากที่สุด

สำหรับ จปฐ. ที่ใช้ในโครงการโคราชพัฒนานั้นได้สรุปลงเหลือ 9 ข้อ คือ

1. ประชาชนในครอบครัวยังปัจจัยพื้นฐานการบริโภคที่พอเพียงและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ประชาชนในครอบครัวยังปัจจัยพื้นฐานและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. ประชาชนในวัยทำงานมีงานทำและอยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม
4. ประชาชนมีสิทธิได้รับการบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ
5. ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
6. ประชาชนประพฤติปฏิบัติขนบธรรมเนียมประเพณี หลักธรรมของศาสนา รักษาและส่งเสริมกิจกรรมทางศิลปวัฒนธรรม
7. ครอบครัวยังปัจจัยพื้นฐานการผลิตที่พอเพียงแก่การดำรงชีวิต
8. ครอบครัวยังปัจจัยพื้นฐานการควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตรได้ตามความต้องการ
9. ชุมชนมีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่น มีการร่วมมือกันประกอบอาชีพ พัฒนาและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตนเอง

โครงการพัฒนาสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาสังคมระยะยาวขึ้น โดยใช้ความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องชี้วัด และในการประชุมผู้ว่าราชการจังหวัดทั่วประเทศเมื่อวันที่ 22-24 มีนาคม 2527⁽⁸⁾ ได้มีข้อสรุปเกี่ยวกับการ

นำ จปฐ. ไปใช้ในการพัฒนาชนบทว่า จำเป็นต้องมีการเตรียมข้าราชการ และเตรียมชุมชนเป็นอย่างดี เพื่อให้เปลี่ยนทัศนคติและแนวความคิดไปในทิศทางเดียวกันทุกระดับ ซึ่งต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมากแต่ก็มีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ หลังจากนั้นได้มีการนำเป้าหมายและวิธีดำเนินการในเรื่อง จปฐ. ไปทดลองดำเนินการอย่างได้ผลในบางจังหวัด เช่น สุรินทร์ กาฬสินธุ์ อุบลราชธานี ฯลฯ ซึ่ง กชช. ได้เห็นชอบในหลักการความจำเป็นพื้นฐาน 8 ข้อ และเครื่องชี้วัด 32 ตัว และมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ

ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้พิจารณาโครงการปีรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ เมื่อ เดือนมกราคม 2528 และมอบหมายให้ กชช. พิจารณาศึกษาในรายละเอียด ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วคณะอนุกรรมการประสานแผนระดับชาติ และแผนส่วนภูมิภาค มีมติให้ดำเนินการต่อไปได้ และ กชช. มีมติเห็นชอบต่อโครงการปีรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ (ปรช.) เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2528 โดยมีมติดังนี้

1. เห็นชอบหลักการ วัตถุประสงค์ แนวทาง และเป้าหมายของโครงการ ปรช. ที่กำหนดไว้ เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในโครงการ ปรช. (ปี 2528-2530) และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ 4 กระทรวงหลักถือเอาโครงการนี้เป็นเป้าหมายในการปรับโครงการพัฒนาชนบทที่รับผิดชอบอยู่

2. ให้มีการใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน ร่วมกับระบบข้อมูล กชช. ภายใต้กระบวนการบริหารการพัฒนาชนบทรวมทั้งขั้นตอนของการวางแผน การติดตามและประเมินผลการพัฒนา

3. ให้คณะอนุกรรมการประสานแผนในระดับชาติ และแผนส่วนภูมิภาคเป็นผู้กำกับกับการดำเนินการของโครงการฯ โดยศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารโครงการฯ

ความจำเป็นพื้นฐานและเครื่องชี้วัด (8,9,10,11,12)

ความจำเป็นพื้นฐานและเครื่องชี้วัด ซึ่งมีมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบแล้วมีทั้งหมด 8 หมวด 32 ตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารถูกสุขลักษณะ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (อาหารดี) มีเครื่องชี้วัด 3 ตัว คือ

- เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการและไม่มีการขาดสารอาหารในระดับที่เป็นอันตราย

ต่อสุขภาพ โดยการเทียบน้ำหนักและอายุกับมาตรฐานที่กำหนด

- เด็กอายุ 5-14 ปี ได้รับสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย โดยการเทียบน้ำหนักและส่วนสูงกับมาตรฐานที่กำหนด

- หญิงตั้งครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ โดยน้ำหนักตัวเด็กแรกเกิดไม่น้อยกว่า 3000 กรัม

หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (มีบ้านอาศัย) มีเครื่องชี้วัด 4 ตัว คือ

- บ้านเรือนทำด้วยวัสดุที่เหมาะสมและมีความคงทนถาวรอย่างน้อย 5 ปี

- ครอบครัวมีการจัดบ้านที่ถูกสุขลักษณะ โดยดูจากภายในบ้านสะอาดและในบริเวณบ้านมีที่เก็บขยะมูลฝอยและมูลสัตว์เป็นสัดส่วนและไม่มีน้ำโสโครกขังอยู่

- ครอบครัวมีส่วนร่วมถูกสุขาภิบาล (ร่วมชำระค่าน้ำ) ใช้

- ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอตลอดปี หรือคิดเป็นปริมาณวันละ 2 ลิตร/คน/วัน

หมวดที่ 3 ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ (ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว) มีเครื่องชี้วัด 6 ตัว คือ

- เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับภูมิคุ้มกันโรค วัณโรค ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก โปลิโอ และหัดครบตามเกณฑ์อายุ

- เด็กวัยประถมศึกษาได้เข้าเรียนการศึกษาภาคบังคับ

- เด็กวัยประถมศึกษาได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ บาดทะยัก และไทฟอยด์ซ้ำ

- ประชาชนอายุ 14-50 ปี อ่านออกเขียนได้

- ประชาชนได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ อาหารการกิน สุขภาพอนามัย กฎหมายชาวบ้าน และข่าวสารการเมืองอย่างน้อยเดือนละครั้ง

- หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 4 ครั้ง ได้รับภูมิคุ้มกันโรคบาดทะยัก ได้รับบริการทำคลอดและดูแลหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ จากเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว

หมวดที่ 4 ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (ครอบครัวปลอดภัย) มีเครื่องชี้วัด 2 ตัว คือ

- ประชาชนไม่ถูกปล้นทรัพย์สิน ช่มชืด โจรกรรม หรือทำร้ายร่างกาย

- ประชาชนมีความปลอดภัยในการสัญจรไปมา ยามวิกาล

หมวดที่ 5 ประชาชนมีการผลิตหรือการจัดหาอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ (ได้ผลผลิตดี) มีเครื่องชีวิต 5 ตัว คือ

- ประชาชนมีความสามารถปรับปรุงดินเพื่อให้เหมาะสมกับการปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ เช่น การปลูกพืชหมุนเวียนหรือพืชบำรุงดิน
- ประชาชนรู้จักพันธุ์พืชและสัตว์ที่เป็นพันธุ์ดีที่ทางราชการส่งเสริม
- ประชาชนมีการใช้ปุ๋ยบำรุงดินเพื่อเพิ่มผลผลิต
- ประชาชนมีความสามารถป้องกัน และกำจัดศัตรูพืชและโรคสัตว์

หมวดที่ 6 ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตรได้ตามต้องการ (ไม่มีลูกมาก) มีเครื่องชีวิต 1 ตัว คือ

- คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถเข้าถึง และเลือกใช้บริการวางแผนครอบครัวได้มากกว่า 1 วิธี

หมวดที่ 7 ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่ และกำหนดวิถีชีวิตของตนเองและชุมชน (อยากร่วมพัฒนา) มีเครื่องชีวิต 7 ตัว คือ

- ครอบครัวเป็นสมาชิกของกลุ่มที่ตั้งขึ้นเพื่อร่วมมือช่วยเหลือกันในการปรับปรุงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม
- มีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเองและชุมชน
- ประชาชนมีส่วนร่วมบำรุงรักษาสาธารณสมบัติทั้งที่รัฐและชุมชนสร้างขึ้นและที่มีอยู่เองตามธรรมชาติ
- ประชาชนมีส่วนร่วมบำรุงรักษามรดกทางวัฒนธรรมให้คงสภาพที่เหมาะสม
- ประชาชนมีส่วนร่วมอนุรักษ์ทรัพยากรทางธรรมชาติ
- ประชาชนไปใช้สิทธิในการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย
- กรรมการหมู่บ้านมีความสามารถวางแผน ดำเนินการตามแผน และจัดระบบการบำรุงรักษาผลงานด้วยตนเองได้

หมวดที่ 8 ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น (พาสู่คุณธรรม) มีเครื่องชีวิต 4 ตัว คือ

- ประชาชนไม่เล่นการพนันและไม่ติดสุราหรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ
- ประชาชนมีส่วนร่วมกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนาอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
- ประชาชนไม่ใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือยในการจัดงาน

ประเพณีต่าง ๆ (บวช แต่งงาน วันเกิด ฯลฯ)

- ในหมู่บ้านมีความสามัคคีและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน

คุณภาพชีวิตคืออะไร

ขอบเขตของคุณภาพชีวิต (Quality of Life) แตกต่างกันไปบ้างแล้วแต่ช่วงเวลา และสถานที่ กล่าวคือ ในระยะเวลาเดียวกันแต่คนละสถานที่ ก็คงจะมีเป้าหมายไปอย่างหนึ่ง หรือถ้าเป็นสถานที่เดียวกันแต่คนละช่วงเวลา ก็จะมีเป้าหมายเปลี่ยนไปได้เช่นกัน แต่โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิต หมายถึง “สถานะภาพความเป็นอยู่ในทางที่ดีทั้งในแง่ของส่วนบุคคลครอบครัวและชุมชน”

โครงการพัฒนาสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า “คุณภาพชีวิต⁽⁹⁾ หมายถึงระดับความเป็นอยู่ของคนในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของความจำเป็นพื้นฐาน ทั้งทางร่างกาย สังคม และวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง จิตวิทยา และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต ทั้งที่เป็นไปตามธรรมชาติ และที่มนุษย์สร้างขึ้น” คุณภาพชีวิตของประชาชนโดยส่วนรวม อาจจะไม่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มย่อยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในสังคมก็ได้ เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการไม่เหมือนกัน การใช้เครื่องชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความจำเป็นพื้นฐาน จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องกำหนดให้ต่อมาเมื่อมีการตั้งโครงการปรีณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ ได้มีการกำหนดความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

“คุณภาพชีวิต คือการดำรงชีพของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ”

และได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าประชาชนทุกคนในชาติจะบรรลุความจำเป็นพื้นฐานทุกข้อภายในปี พ.ศ. 2544⁽¹¹⁾

โครงการปรีณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ (ปรช)⁽⁸⁾

โครงการปรีณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติได้รับความเห็นชอบจาก กชช. ซึ่งมี ๖ หน่วยงาน นายกรัฐมนตรีเป็นประธานในการประชุมครั้งที่ 1/2528 เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2528 และได้เสนอเพื่อทราบต่อที่ประชุมคณะรัฐมนตรี เพื่อประกาศเป็นปรีณรงค์คุณภาพชีวิตและใช้ทั่วประเทศระหว่างเดือนกรกฎาคม 2528 ถึง มิถุนายน 2530

ปราช. เป็นโครงการที่รณรงค์เพื่อ

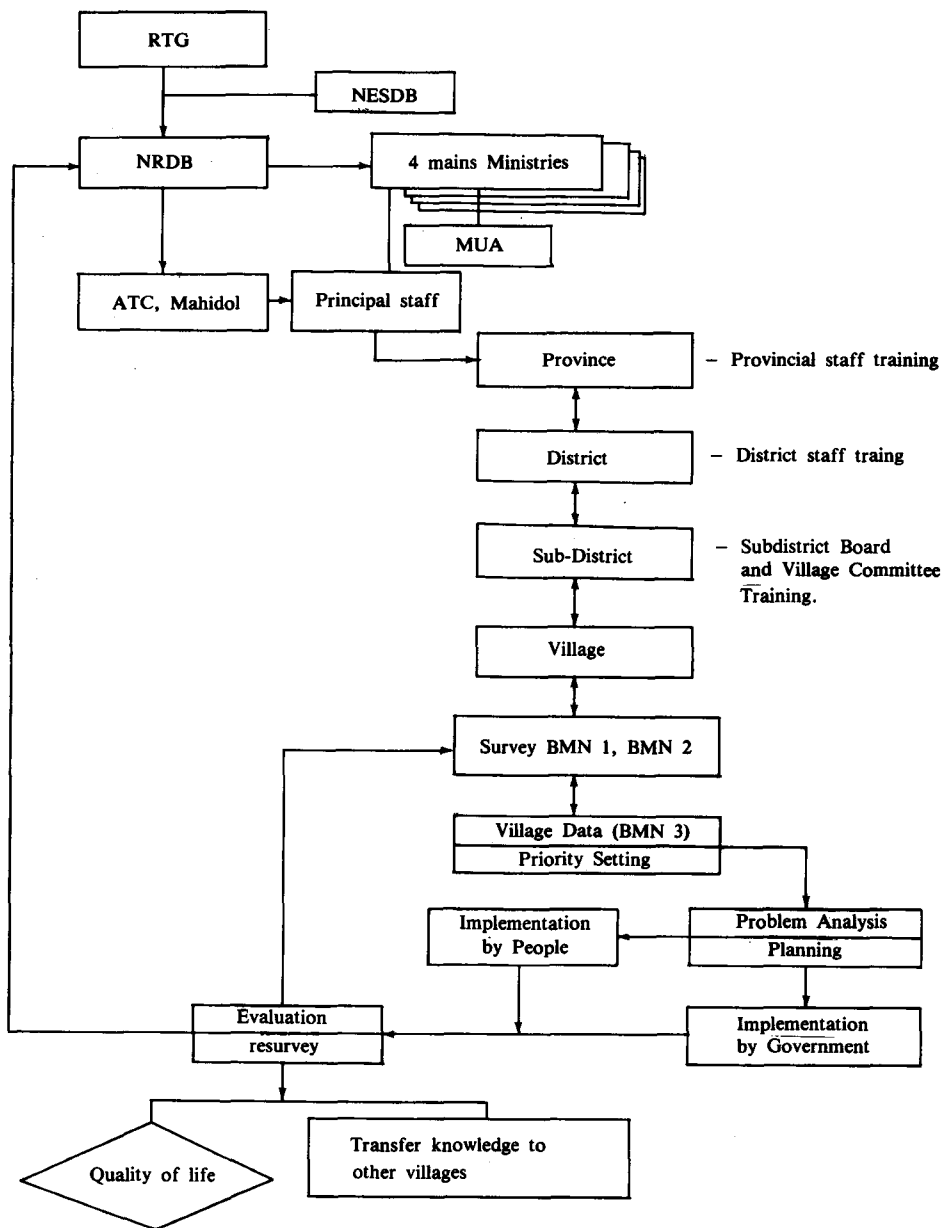
1. เร่งให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ของครอบครัว และของชุมชนว่าบรรลุถึงระดับขั้นต่ำของ จปฐ. หรือยัง

2. ให้ประชาชนสามารถปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ของครอบครัวและของชุมชนให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ โดยชาวบ้านจะทำเอง หรือขอการสนับสนุนจากรัฐ โดยบรรจุลงไปในแผนพัฒนาหมู่บ้านตามระบบ กชช.

3. ให้คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) มีข้อมูลสำหรับการทำแผนตำบลที่ตรงตามปัญหาภาคขึ้น

4. ส่งเสริมสนับสนุนให้โครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ของรัฐที่มีอยู่แล้วดำเนินไปในรูปแบบที่จะประสานงานกันระหว่างกระทรวงต่าง ๆ (Intersectoral Collaboration) ในพื้นที่มากยิ่งขึ้น

ปราช. มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ (รูปที่ 1)



- RTG = Royal Thai Government
- NESDB = National Economic and Social Development Board
- NRDB = National Rural Development Board
- ATC = Asean Training Center
- MUA = Ministry of University Affairs

Figure I Steps of implementation in The Years of National Quality of Life Campaign

1. ส่วนกลางเตรียมเจ้าหน้าที่ส่วนกลางและแกนนำของจังหวัด ซึ่งได้แก่ข้าราชการของ 4 กระทรวงหลัก ทบวงมหาวิทยาลัย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2. จังหวัดเตรียมข้าราชการ โดยมีการศึกษาอบรมตามระบบของ กชช. เพื่อให้เกิดความคิดร่วมในการทำงาน ร่วมกัน มีการประสานกันในพื้นที่ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในทุกระดับตั้งแต่ระดับชาติ จังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน โดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง หลีกเลี่ยงการทำงานซ้ำซ้อน และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดรวมทั้งการกระตุ้นให้ประชาชนรวมพลังกันเพื่อระดมทรัพยากรของชุมชนเข้าร่วมกันพัฒนาด้วย

3. จังหวัดเตรียมประชาชน (คณะกรรมการหมู่บ้าน กม.) โดยมุ่งที่จะพัฒนาการพึ่งตนเองของประชาชนให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดจิตสำนึกความรับผิดชอบร่วม ในการร่วมมือร่วมใจกันพัฒนาท้องถิ่นของตนเองและเก็บข้อมูล จปฐ. ได้ สามารถวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เสนอโครงการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และเสนอโครงการขอรับการสนับสนุนในกรณีที่ทำเองไม่ได้ โดยเขียนเป็นแผนพัฒนาของหมู่บ้าน เสนอไปยังกรรมการสภาตำบล (กสต.) ตามระบบ กชช.

4. กม. ดำเนินการเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานในพื้นที่เป้าหมายและกำหนดกิจกรรมพัฒนาตามปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์

5. กม. ดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนด ในกรณีที่ทำเองไม่ได้ก็นำเสนอ กสต. เพื่อทำเป็นแผนพัฒนาตำบลต่อไป

6. กม. ประเมินผลโครงการ โดยการเก็บข้อมูล จปฐ. ทุกปี เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาว่าคุณภาพชีวิตหรือความเป็นอยู่ของประชาชนในหมู่บ้านมีเรื่องอะไรบ้างที่ได้รับการปรับปรุงจนถึงเกณฑ์ จปฐ. เพื่อที่จะได้ดำเนินการปรับปรุงในเรื่องอื่น ๆ ที่ยังไม่ถึงเกณฑ์ต่อไป

พรช. มีเป้าหมายดังนี้

1. ปี 2528-2529

1.1 ข้าราชการระดับบริหารในส่วนกลาง เริ่มต้นจาก 4 กระทรวงหลัก และเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดทุกจังหวัดได้รับการเตรียม

1.2 หนึ่งหมู่บ้านในทุกตำบลทั่วประเทศได้รับการเตรียม (กม.) และเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน

1.3 หนึ่งเครือข่ายหมู่บ้าน (เป็นหมู่บ้านที่มีศักยภาพสูงในเรื่องหนึ่ง ๆ ที่ต่างกันเพื่อทำหน้าที่ผลัดกัน

เป็นครู-นักเรียนไปพร้อมกัน เพื่อเกื้อหนุนกันให้เกิดการเร่งการพัฒนาอย่างเต็มที่ในอันที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้) ประมาณ 3-7 หมู่บ้านในทุกอำเภอ ได้รับการพัฒนาเป็นหมู่บ้านครู

2. ปี 2529-2530

2.1 ทุกหมู่บ้านในทุกตำบลทั่วประเทศมีการเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานและมีกิจกรรมการพัฒนา

2.2 มี 3-7 เครือข่ายหมู่บ้านในทุกอำเภอเป็นหมู่บ้านครู เพื่อขยายผลการพัฒนาให้กระจายทั่วอำเภอด้วยการริเริ่มและสนับสนุนขององค์กร ประชาชนในชุมชน (กม., กสต.) โดยที่เครือข่ายหมู่บ้านขยายนั้นแต่ละเครือข่ายไม่จำเป็นต้องอยู่ในตำบลเดียวกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจาก พรช.

1. ประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นในการพัฒนา โดย กม. เป็นผู้สำรวจและสรุปวิเคราะห์แบบ จปฐ. 1 ร่วมกับคณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล (คปต.)

2. เจ้าหน้าที่ของรัฐเริ่มต้นจาก 4 กระทรวงหลัก ประสานงานกันอย่างจริงจังโดย คปต. ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนเจ้าหน้าที่ 4 กระทรวงหลักระดับตำบล มีกำนันเป็นหัวหน้าคณะทำงาน ร่วมกับ กม.เป็นผู้สำรวจและรวบรวมสรุปแบบ จปฐ. 2 และ จปฐ. 3 ซึ่งเป็นแบบสรุปข้อมูลของหมู่บ้าน ทำให้รู้ขนาดของปัญหาที่แท้จริง ก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดให้กระจายไปสู่กลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้อง

3. กม. และ กสต. กำหนดปัญหาและเลือกโครงการได้ถูกต้องโดยอาศัยข้อมูลจากแบบสรุป จปฐ. 3 ซึ่งมีผลให้แผนตำบลตรงตามความเป็นจริง

4. ช่วยให้เกิดการระดมทรัพยากรจากชุมชน และทรัพยากรของรัฐที่มีอยู่อย่างจำกัด และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาหมู่บ้านให้เกิดประโยชน์สูงสุด

5. สภาพความเป็นอยู่ของประชาชนได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นตามเครื่องชี้วัด จปฐ.

วิจารณ์และสรุป

จปฐ. จะเป็นทั้งเครื่องมือและเป็นเกณฑ์ที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติโดยเป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนได้เรียนรู้ถึงสภาพที่มีและที่เป็นของชุมชน อีกทั้งก่อให้เกิดประสบการณ์ในการวิเคราะห์หาปัญหาที่แท้จริง และหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น ๆ อย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ประชาชนจะรู้ปัญหาของชุมชน และประชาชนจะวางแผนแก้ปัญหานั้น ๆ เอง หลังจากทีวางแผน

แก้ปัญหาแล้ว ปัญหาไหนที่สามารถแก้ไขได้เองโดยอาศัยทรัพยากรในชุมชนก็จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาไปเลย ปัญหาไหนที่เกินความสามารถก็สามารถเสนอแผนเข้าสู่ กสศ. เพื่อพิจารณาเข้าเป็นแผนตำบลในระบบ กชช. โดยมีเจ้าหน้าที่ (คปต.) เป็นที่ปรึกษา และร่วมวางแผนกับประชาชนตั้งแต่เริ่มกระบวนการ นอกจากนั้นยังก่อให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจนขึ้น เพราะข้อมูลที่จะสรุปเป็นข้อมูลของหมู่บ้านได้จะต้องมาจากข้อมูลของทั้ง 4 กระทรวงหลักช่วยกันรวบรวมวิเคราะห์และสรุป แต่อย่างไรก็ตามการใช้ จปฐ. เป็นเครื่องมือนั้นก็ยึดหลักการของการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน (Community Participation) และการร่วมมือของข้าราชการในหน่วยงานต่าง ๆ (Intersectoral Collaboration) รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) ในการดำเนินการเป็นสำคัญ เช่นเดียวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) นั้นเอง ซึ่งเท่าที่ดำเนินการมาแล้วผู้เขียนมีความเห็นว่ายังมีปัญหาและข้อบกพร่องบางประการในกระบวนการ จปฐ. กล่าวคือ

1. ผู้บริหารในระดับต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางและ

ส่วนภูมิภาค (ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล) โดยเฉพาะในระดับตำบล (คปต.) ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการ ยังไม่เห็นความสำคัญ และให้ความสนใจอย่างจริงจัง

2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการในทุกระดับโดยเฉพาะระดับตำบลและหมู่บ้านไม่เข้าใจหลักการ และบทบาทหน้าที่ของตนเองว่าเป็นผู้เพียงให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนในส่วนที่เกินความสามารถของประชาชนเท่านั้น ไม่ใช่เข้าไปดำเนินการเองเพื่อให้ผลงานบรรลุตามเป้า โดยที่ประชาชนยังไม่เข้าใจและมีส่วนร่วมที่แท้จริงเพราะโครงการนี้จะต้องมีความต่อเนื่องเช่นเดียวกับการพัฒนาชนบท

3. องค์กรชุมชน (กม. และ กสศ.) เป็นองค์กรที่สำคัญที่สุดที่จะให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จยังไม่มีศักยภาพเท่าที่ควร ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการพัฒนาอีกพอสมควร

4. เครื่องชี้วัดใน จปฐ. ที่ใช้อยู่ทั่วประเทศนั้นเป็นแบบเดียวกันหมด ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับความต้องการหรือค่านิยมของสังคมในแต่ละท้องถิ่น

5. การจัดสรรทรัพยากรสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านงบประมาณควรมีการจัดสรรที่ให้ความสำคัญหรือมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

อ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, โครงการพัฒนาสังคม. ลักษณะสังคมไทย บุคคลที่พึ่งปรารถนาและความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำระดับหมู่บ้าน, เป้าหมาย ในระยะ 20 ปีของความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำ ๆ และดัชนี ตุลาคม 2525. (เอกสารโรเนียว)
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนฯ ฉบับที่ 1-5 : สาระและผลการพัฒนาโดยสังเขปวารสารเศรษฐกิจและสังคม 2528 มกราคม - กุมภาพันธ์ 22 (1) : 48-57
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. สรุปการประเมินผลการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) มกราคม 2527.
4. ดิเรก ฤกษ์หว่าย. แนวทางความต้องการพื้นฐานและมาตรฐานความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำ ตุลาคม 2525. (เอกสารโรเนียว)
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โครงการพัฒนาสังคม. รายงานการสัมมนาเรื่อง การกำหนดดัชนีความต้องการพื้นฐาน และมาตรฐานความเป็นอยู่ขั้นต่ำของหมู่บ้าน 3 ระดับเพื่อกำหนดปัญหาความต้องการและควบคุมติดตามการพัฒนาหมู่บ้านโดยประชาชนในท้องถิ่น ธันวาคม 2524
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โครงการพัฒนาสังคม. ลักษณะสังคมไทย บุคคลที่ประสงค์และความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย เป้าหมายภายใน พ.ศ. 2545 และเครื่องชี้วัดคุณภาพขั้น 2526
7. ไพจิตร ปวะบุตร. โครงการศึกษาวิจัยการใช้ จปฐ. เป็นเครื่องชี้วัดในการพัฒนาหมู่บ้านในจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2526-2527.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ โครงการปිරรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ (พ.ศ. 2522-2530) กรกฎาคม 2528.
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสาธารณสุข กันยายน 2529.
10. ประยงค์ เต็มชวาลา. รายงานการวิจัยเรื่องความจำเป็นพื้นฐานกับการพัฒนาชนบทไทย ตุลาคม 2529.
11. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ. คู่มือและแบบสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เมษายน 2528
12. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ปี พ.ศ. 2528