

# บทที่ 10

## คุณภาพชีวิต

(Quality of life)

### วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตบทนี้แล้วสามารถที่จะอธิบายถึงลักษณะคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท และความพยายามที่ตนเองระดับบุคคลของชาวชนบทได้

### 1. ความนำ

ความหมายของวลี “คุณภาพชีวิต” จะแตกต่างกันมากที่ใช้ในหลาย ๆ ด้าน แต่ในความหมายทั่วไปจะเป็นความหมายที่อ้างอิงถึงเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมในที่อยู่ของคน (มลพิษของอากาศ มลพิษของน้ำ หรือ บ้านที่เลว) หรือบางทีก็หมายถึงคุณลักษณะของตัวเอง (สาธารณสุขและการศึกษาที่ได้รับ) ลักษณะอย่างหนึ่งของสังคมสมัยใหม่ที่ยังมีความสมบูรณ์หรือมั่งคั่งมากขึ้น สิ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตก็จะมีเพิ่มมากขึ้นอย่างได้สัดส่วนกัน ตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีกับการเพิ่มขึ้นในด้านรายได้ ดังจะเห็นได้จากประชาชนในประเทศที่พัฒนาแล้วคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงไม่ได้จำเป็นอยู่ที่ทรัพย์สินวัตถุโดยตรงแต่อย่างเดียว มาตรฐานขอบเขตของชีวิตที่ออกเงยขึ้นสามารถรับรู้ได้จากเครื่องชี้บอกทางสังคม การเมือง และอนามัยสิ่งแวดล้อม ในระดับชาติ คุณภาพชีวิต ถ้ามองภาพรวมอย่างกว้าง ๆ ในระดับชาตินั้น เครื่องชี้คุณภาพชีวิตของประชาชนส่วนรวมอาจจะแตกต่างหรือไม่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มย่อยในสังคมก็เป็นได้ โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตของประชาชนในสังคมชนบทห่างไกลของประเทศไทยที่ประกอบอาชีพทางการเกษตรเป็นอาชีพหลัก ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตจะด้อยหรือต่ำกว่าประชากรในเขตชนบทที่การพัฒนาเข้าถึงและประชากรในเขตเมืองอย่างมาก ยิ่งขาดในส่วนที่ถือว่าเป็นมาตรฐานการครองชีพขั้นมูลฐาน ด้วยเหตุนี้แนวทางการพัฒนาชนบทที่สมบูรณ์แบบโดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่ยากจน การยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นด้วยการกำหนดขอบเขตของชีวิตที่จะต้องพัฒนาให้มีคุณภาพตามความจำเป็นพื้นฐานและข้อจำกัดของสังคม จึงเป็นมาตรการเสริมระยะสั้นให้กับมาตรการที่พัฒนาระยะยาวอย่างดี เพราะ

เมื่อมีคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐานก็จะทำให้มีความสามารถพึ่งตนเองได้ และสามารถที่จะร่วมในกระบวนการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะต่อไป

## 2. คุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐาน

ความจำเป็นพื้นฐานหรือความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำ (basic minimum needs) เริ่มแรกได้รับอิทธิพลทางความคิดจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ที่ได้กล่าวถึงในปี 1976 ILO ได้ให้ความหมายของความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ครอบคลุมไปถึงสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ

1) ความต้องการขั้นต่ำจำนวนหนึ่งของครอบครัวในการอุปโภค บริโภค ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่เพียงพอ

2) บริการต่าง ๆ ที่จำเป็นซึ่งจัดทำโดยรัฐสำหรับชุมชนโดยส่วนรวม ได้แก่ น้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด สุขาภิบาล สาธารณสุขขั้นมูลฐาน การคมนาคม การศึกษา และบริการอื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและรายได้ให้แก่กลุ่มคนที่ยากจนโดยเฉพาะประชากรชนบท

3) สิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น สิทธิเกี่ยวกับการเมือง สิทธิในการมีส่วนร่วม และตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อตนเอง

4) การมีงานทำ ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงแต่งงานที่ทำแล้วก่อให้เกิดรายได้เท่านั้น แต่ยังรวมถึงกิจกรรมในด้านอื่น ๆ ด้วย ที่ทำให้มีความเป็นตัวของตัวเองและพึ่งพาตนเองได้

การใช้ความจำเป็นพื้นฐานเพื่อกำหนดคุณภาพชีวิตนั้น ประพนธ์ ปียรรัตน์ ได้ให้ความหมายไว้ว่า “ความจำเป็นพื้นฐาน คือ ระดับความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีพซึ่งมนุษย์แต่ละคนในสังคมพึงบรรลุในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ” (ดิเรก ฤกษ์หทัย, 2527 : 184)

สำหรับส่วนประกอบหลักเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เป็นสิ่งจำเป็นขั้นมูลฐานของคนนั้น โมเซอร์ (Moser, 1970) ได้เสนอว่าประกอบด้วย 1) มีอาหารพอเพียง 2) มีสุขภาพดี 3) มีบ้านอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี 4) มีความสำเร็จในงานที่ทำ 5) มีเวลาว่างพอเพียง และ 6) มีความปลอดภัยต่อโจรผู้ร้าย ส่วนสมิท น็อก และพาซิโอนี (Smith, 1973 : Knox, 1974 ; Pacione, 1980) ได้ศึกษาถึงส่วนประกอบขั้นมูลฐานของคุณภาพชีวิตแล้วได้ผลสรุปที่คล้ายคลึงกัน คือ จะประกอบด้วย สุขภาพ มาตรฐานของการมีชีวิต บ้านที่อยู่อาศัย การศึกษา การมีเวลาว่าง การเคลื่อนที่ มีบริการต่าง ๆ ที่พอเพียง สิ่งแวดล้อมทางสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Pacione, 1984 : 199) สำหรับคุณภาพชีวิตของคนไทย นิพนธ์ ก้นชเสวี (2525) ได้ให้กรอบคุณภาพชีวิตขั้นมูลฐานของชีวิตที่จะต้องพัฒนาให้มีคุณภาพตามความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำหรือความจำเป็นพื้นฐานไว้ดังนี้

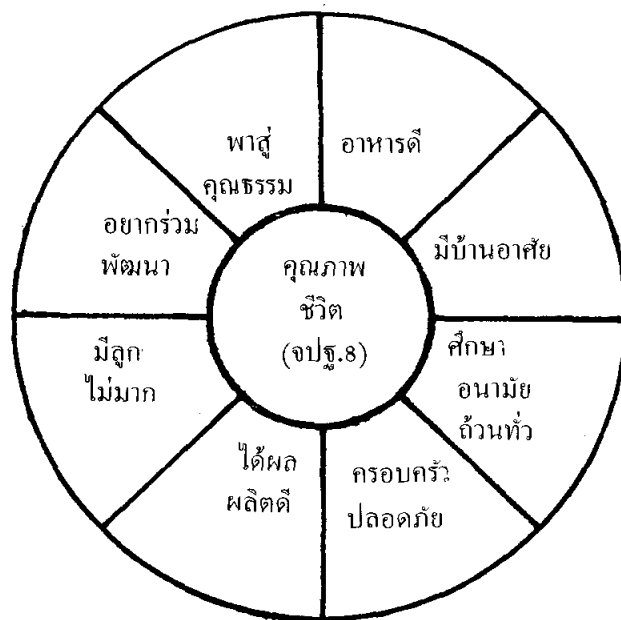
- 1) มีอาหารบริโภคในปริมาณเพียงพอไม่ขาดแคลน มีคุณภาพเหมาะสมแก่ร่างกาย
- 2) มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง แข็งแรง และให้ความปลอดภัยตามสมควร
- 3) มีเครื่องนุ่งห่มพอเพียงแก่การป้องกันความร้อนหนาวและอันตรายอื่น ๆ
- 4) มีบริการรักษาพยาบาลและการอนามัยให้สุขภาพเป็นปกติเพียงพอไม่ขาดแคลน
- 5) มีบริการสาธารณสุขชุมชน น้ำดื่ม น้ำใช้ การศึกษา วัฒนธรรม และการคมนาคม

ขนส่ง

6) มีคุณธรรมขั้นพื้นฐาน 10 ประการ เป็นอย่างน้อย คือ ไม่ฉ้อฉลหลอกลวง ไม่ประทุษร้ายต่อร่างกายชีวิตและทรัพย์สิน ไม่มีการลักขโมยแย่งชิงหรือฉกฉวยด้วยกำลัง ฟุ้งตนเอง ร่วมมือร่วมใจกัน ไม่เสพสิ่งมีเงินเมา ไม่เล่นการพนัน ไม่มัวเมาในตัณหา และรักครอบครัว รักชุมชน

7) มีอาชีพที่เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้

เกณฑ์คุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐานสำหรับประชากรและชุมชนระดับหมู่บ้านชนบทไทยที่ตกลงถือปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันนี้ (2529) เป็นเกณฑ์ที่โครงการพัฒนาสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ 4 กระทรวงหลักได้ร่วมกันแก้ไขและปรับปรุงมาเป็นลำดับ (2524-2528) ความจำเป็นพื้นฐานและเครื่องชีวิต (basic minimum needs and indicators) ที่กำหนดขึ้นนี้ประกอบด้วย ความจำเป็นพื้นฐาน 8 ปัจจัย และเครื่องชีวิตในเชิงปริมาณ 32 ตัว ดังรูปที่ 10.1 และตารางที่ 10.1



รูปที่ 10.1 คุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐาน 8 ประการ สำหรับประชาชนและชุมชนชนบทไทย

จากโครงการป้อนรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ ระหว่างปี 2528-2530 ได้มีการสร้างแบบสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัว (จปฐ. 1) ของหมู่บ้าน (จปฐ. 2) ในทุกตำบลทั่วประเทศ และใช้แบบเทียบเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของหมู่บ้าน (จปฐ. 3) ประมวลผล (ยังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล) เพื่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐานที่ต่ำกว่าเกณฑ์ต่อไป (ซึ่งข้อมูลนี้แต่ละปีจจย และเครื่องชี้นำจะให้ภูมิภาคที่ผันแปรทางพื้นที่ในด้านคุณภาพชีวิตที่มีประโยชน์ในเชิงภูมิศาสตร์อย่างมาก)

ตารางที่ 10.1 ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย (จปฐ. 8) และเครื่องชี้วัดที่ตกลงถือปฏิบัติอยู่ปัจจุบัน

ความจำเป็นพื้นฐาน	องค์ประกอบ จปฐ.	เครื่องชี้วัด
1. ประชาชนในครอบครัวได้กินอาหารถูกสุขลักษณะและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	1.1 ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน (อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี) ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการและไม่มีการขาดอาหารในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	(1) ใช้น้ำหนักและส่วนสูงตามอายุเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด
	1.2 เด็กอายุตั้งแต่ 5 ถึง 14 ปี ได้รับสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย	(2) ใช้น้ำหนักและส่วนสูงเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด
	1.3 หญิงมีครรภ์มีการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ	(3) น้ำหนักตัวเด็กแรกเกิดไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม
	1.4 ครอบครัวได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ	(4) ประชาชนไม่ป่วยด้วยโรคท้องร่วงอย่างแรง
2. ประชาชนในครอบครัวมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	2.1 บ้านเรือนทำด้วยวัสดุเหมาะสมคงทนถาวร	(1) บ้านเรือนทำด้วยวัสดุเหมาะสมคงทนถาวรอย่างน้อย 5 ปี

ความจำเป็นพื้นฐาน	องค์ประกอบ จปฐ.	เครื่องชี้วัด
3. ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ	2.2 ครอบครัวมีการจัดบ้านให้ถูกสุขลักษณะ	(2) ภายในบ้านสะอาด และในบริเวณบ้านมีที่เก็บขยะมูลฝอยและมูลสัตว์เป็นส่วน และไม่มีน้ำโสโครกขังอยู่
	2.3 ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพภิบาลใช้	(3) มีส่วนดูแลสุขภาพภิบาลตามมาตรฐานที่กำหนด
	2.4 คนในครอบครัวมีน้ำสะอาด (น้ำฝนหรือน้ำกรองแล้วหรือน้ำประปาหรือน้ำจากบ่อถูกสุขลักษณะ) ดื่มน้ำละ 2 ลิตร	(4) มีน้ำสะอาดดื่มวันละ 2 ลิตร/คน/วัน
	3.1 เด็กและเยาวชนมีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐาน	(1) เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้รับภูมิคุ้มกัน คอตีบ วัณโรค บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ และหัด (2) เด็กและเยาวชนได้เข้าเรียนการศึกษาภาคบังคับ (3) เด็กวัยประถมศึกษาได้รับภูมิคุ้มกัน คอตีบซ้ำ วัณโรคซ้ำ บาดทะยัก และไทฟอยด์ (4) ประชาชนอายุ 12 ปีขึ้นไปรู้หนังสือ
	3.2 ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสังคมและการประกอบอาชีพ	(1) การได้ทราบข่าวสารเพื่อการประกอบอาชีพ การดำรงชีวิต การป้องกันภัย และการคุ้มครองผู้บริโภค

ความจำเป็นพื้นฐาน	องค์ประกอบ จปฐ.	เครื่องชี้วัด
	3.3 หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแล	(1) หญิงมีครรภ์ได้รับภูมิคุ้มกันบาดทะยักได้รับการดูแล 4 ครั้งก่อนคลอดได้รับบริการทำคลอดและได้รับการดูแลหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ จากเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว
4. ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	4.1 ประชาชนปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย	(1) การไม่ถูกปล้นทรัพย์ ข่มขืน โจรกรรมหรือทำร้ายร่างกาย (2) ความปลอดภัยในการสัญจรไปมาตามวิกาล
5. ประชาชนมีการผลิต หรือจัดหาอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ	5.1 ประชาชนมีการทำการเกษตรตามหลักวิชาการ	(1) ความสามารถปรับปรุงดินเพื่อให้เหมาะสมกับการปลูกพืชเลี้ยงสัตว์โดยการปลูกพืชหมุนเวียนและการปรับดิน เช่น ดินกรดจัด หรือการป้องกันการชะล้างพังทลาย (2) การใช้ปุ๋ยสูตรที่ถูกต้องกับดินและพืช และมีการใช้ปุ๋ยอินทรีย์เพื่อบำรุงดิน (3) ความสามารถป้องกัน และกำจัดศัตรูพืชและโรคสัตว์ (4) ความสามารถบำรุงรักษาและแพรวพรั่งสัตว์

ความจำเป็นพื้นฐาน	องค์ประกอบ จปฐ.	เครื่องชี้วัด
6. ครอบครัวสามารถควบคุม ช่วงเวลาและจำนวนของ การมีบุตรได้ตามต้องการ	6.1 คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถเข้าถึงและ เลือกใช้บริการวางแผน ครอบครัวได้มากกว่า 1 วิธี	(1) คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถเข้าถึงและ เลือกใช้บริการวางแผน ครอบครัวได้มากกว่า 1 วิธี
7. ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อ การพัฒนาความเป็นอยู่ และกำหนดวิถีชีวิตของ ชุมชนของตน	7.1 ประชาชนมีส่วนร่วมในการ พัฒนาความเป็นอยู่ใน ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒน- ธรรม และสิ่งแวดล้อม  7.2 ประชาชนมีส่วนร่วมในการ กำหนดวิถีชีวิตของตนเอง	(1) การเป็นสมาชิกของกลุ่ม เพื่อร่วมมือช่วยเหลือกัน ในการปรับปรุงฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคม  (2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนา ตนเอง และชุมชน  (3) การมีส่วนร่วมบำรุงรักษา สาธารณสมบัติ ทั้งที่รัฐและ ชุมชนสร้างขึ้น และที่มีอยู่ เองตามธรรมชาติ  (4) การมีส่วนร่วมบำรุงรักษา มรดกทางวัฒนธรรมให้คง สภาพที่เหมาะสม  (5) การมีส่วนร่วมอนุรักษ์ สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ  (1) การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง กำนัน และผู้ทรงคุณวุฒิสภาตำบล ผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการ หมู่บ้าน  (2) ความสามารถวางแผน ดำ- เนินการตามแผน และจัด ระบบการบำรุงรักษาผลงาน ด้วยตนเองได้

ความจำเป็นพื้นฐาน	องค์ประกอบ จปฐ.	เครื่องชี้วัด
8. ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น	8.1 ประชาชนมีการดำเนินชีวิตตามหลักศาสนา	(1) การไม่หลงมัวเมาในการเสพสุรา เล่นการพนันและเสพสิ่งเสพติดร้ายแรง (2) การมีส่วนร่วมกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา
	8.2 ประชาชนถือปฏิบัติตามค่านิยมพื้นฐาน	(1) การไม่ใช้จ่ายฟุ่มเฟือยในพิธีกรรมตามหลักศาสนา (การบวช) และทางประเพณีแต่งงาน วันเกิด

ที่มา : โครงการพัฒนาสังคมแห่งชาติ



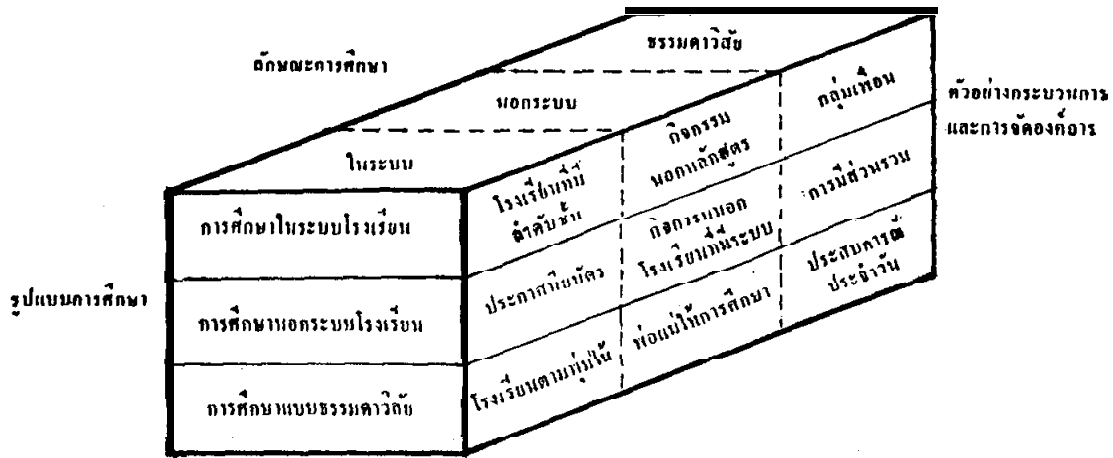
### 3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตในสังคม

ปัจจัยที่ถือว่าเป็นส่วนประกอบหรือสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรและชุมชนในชนบทที่สำคัญตามแนวทางการพัฒนาที่เน้นหนักทรัพยากรมนุษย์เป็นแกนหลัก ในทศวรรษปัจจุบันตั้งแต่ปี 1980 เป็นต้นมานั้นได้พยายามให้ประชาชนที่ยากจนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนเพิ่มขึ้น และมีความสามารถพึ่งตนเองได้นั้น ได้แก่ การศึกษาในทุกรูปแบบ การสาธารณสุขมูลฐานและการรวมกลุ่ม

3.1 การศึกษา เป็นระบบและกระบวนการที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาคนให้มีความรู้ มีสติปัญญา มีเหตุผล มีคุณธรรมและวัฒนธรรม มีทักษะในการประกอบอาชีพ พึ่งตนเองได้ มีความรู้ความสามารถในเทคโนโลยีที่เหมาะสม และเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม ทำให้ผู้ที่ได้รับการศึกษาในทุกรูปแบบได้รู้จักตนเอง รู้จักชีวิต เข้าใจสังคมและสิ่งแวดล้อม และสามารถนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาเสริมสร้างชีวิตและสังคมในชุมชนให้ดีขึ้นโดยกลมกลืนกับธรรมชาติ ด้วยเหตุนี้ แนวทางการพัฒนาชนบทในปัจจุบันจึงมีโมโนภาพให้ความสำคัญไปที่กระบวนการทางการศึกษาในทุกรูปแบบ เนื่องจากคนในชนบทเป็นทั้งผู้รับผลของการพัฒนาและเป็นผู้ทำการพัฒนา การศึกษาแม้จะไม่ใช่ปัจจัยหลักในการพัฒนาพื้นที่ชนบทแต่ก็เป็นปัจจัยหนุนให้เกิดการพัฒนา กระบวนการทางการศึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงให้คนมีโอกาสได้พัฒนาตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้ การขาดโอกาสหรือมีความไม่เท่าเทียมกันทางการศึกษาจะทำให้เกิดความไม่มั่นคงต่อการประกอบอาชีพ "ไม่แต่เพียงในขณะที่เป็นเด็กเท่านั้นแต่จะส่งผลต่อไปเมื่อเป็นผู้ใหญ่และส่งผลต่อการพัฒนาสังคมโดยส่วนร่วม โอกาสในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและพึ่งตนเองได้ก็ย่อมถูกจำกัดไปด้วย

รูปลักษณะของระบบการศึกษาที่มุ่งใจให้คนชนบทมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ การศึกษาในระบบโรงเรียน (formal education) การศึกษานอกระบบโรงเรียน (nonformal education) และการศึกษาแบบธรรมดาสบาย (informal education) การศึกษาทั้ง 3 ประเภทนี้ที่เป็นจริงแล้วจะไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งแยกจากกัน จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันดังรูปที่ 10.2

ยุทธวิธีการศึกษากับการพัฒนาพื้นที่ชนบทนั้น ประเทศกำลังพัฒนาได้ให้ความสำคัญกับการศึกษานอกระบบโรงเรียนมากขึ้น เพราะลักษณะของการศึกษาดังกล่าวจะสัมพันธ์กับสภาพชีวิตที่แท้จริง และความต้องการของสังคมชนบทเกษตรกรรมในประเทศกำลังพัฒนาอย่างมาก ประกอบกับการพัฒนาการศึกษาของรัฐได้ลงทุนให้กับเด็กในเมืองมากกว่าเด็กในชนบท ทำให้ช่องว่างแห่งความเสมอภาคทางการเรียนขยายตัวมากขึ้นทุกที และการศึกษาใน



รูปที่ 10.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาระเภทต่าง ๆ

ระบบซึ่งเป็น “ระบบแพ็คตัดออก” ได้คัดเด็กในชนบทที่เสียเปรียบออกเกือบทั้งหมด เป็นเหตุให้เกิดมุมมองใหม่ทางการศึกษาที่หลายคนเชื่อว่าการศึกษานอกระบบโรงเรียนหรือการศึกษาตลอดชีวิต คือ คำตอบของการพัฒนาสำหรับประชาชนและชุมชนในชนบท

การศึกษาในระบบโรงเรียนการประถมศึกษาหรือการศึกษาภาคบังคับ เป็นการศึกษาเพียงระดับเดียวที่ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ในชนบทได้รับ ภาพรวมทั้งประเทศในปี 2525 การขยายบริการครอบคลุมประชากรวัยเรียน (6-11 ปี) ถึงร้อยละ 97 (มาเลเซีย และสาธารณรัฐประชาชนจีน ร้อยละ 95 และ 93 ตามลำดับ) นับว่าสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ ในเอเชียด้วยกัน ที่เหลืออีกร้อยละ 3 (จำนวนเด็กประมาณ 2.2 ล้านคน) ไม่ได้รับบริการ ในจำนวนเด็กที่การศึกษายังจัดไม่ครอบคลุมนี้ ส่วนใหญ่เป็นเด็กในชนบทที่อยู่ห่างไกลโรงเรียน และยากจนที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือประมาณ 2 ล้านคนเศษ (นิพนธ์ พัวพงศกร และนิตยา ภัสสรศรี, 2527 : 94) สำหรับคุณภาพและประสิทธิภาพของการศึกษาภาคบังคับในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับชาวชนบทนั้น ยังมีศักยภาพและโอกาสที่เหลื่อมล้ำแตกต่างกันมากในแต่ละพื้นที่ชนบท เช่น 1) ความแตกต่างทางด้านสภาพแวดล้อมทางบ้าน จะมีผลต่อพัฒนาการทางกาย ภาวะโภชนาการและพัฒนาการด้านความพร้อมของเด็ก 2) โอกาสทางการเรียน เด็กชนบทจำนวนมากไม่สามารถเรียนจบการศึกษาภาคบังคับได้ ต้องออกจากระบบโรงเรียนเมื่อจบชั้นประถมปีที่ 4 ถึงร้อยละ 39 เพื่อช่วยครอบครัวทำงาน จะมีเพียงร้อยละ 61 ที่เรียนครบ 6 ปี (2524) นอกจากนั้น โอกาสเรียนต่อระดับมัธยมศึกษาที่ต่ำ ในปี 2523 มีเพียงร้อยละ 45 ของผู้จบ ป.6 เรียนต่อระดับมัธยมศึกษา 3) คุณภาพการศึกษา

การศึกษาภาคบังคับระหว่างในเมืองและชนบทโดยทั่วไป ในชนบทจะมีประสิทธิภาพต่ำกว่า มีครูผู้ดีและขาดแคลนอุปกรณ์ ในเขตชนบทที่ก้าวหน้าโรงเรียนมีขนาดเล็กลง

ฉะนั้น การพยายามจัดการศึกษาให้ประชาชนชนบทที่ยากจนได้มีโอกาสเรียนจบภาคบังคับ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากเมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่า เกษตรกรที่มีพื้นฐานการศึกษาระดับภาคบังคับจะเอื้ออำนวยต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพการผลิต และพัฒนากิจกรรมนอกสาขาเกษตรในชนบทได้ ซึ่งจะช่วยทำให้สามารถแก้ปัญหาความยากจนได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ การกระจายการมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่ชนบทที่มีอัตราการเรียนต่อต่ำก็เป็นแนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในชนบทที่สำคัญอีกทางหนึ่ง

**3.2 การสาธารณสุขมูลฐาน** ผลจากการกระจายบริการสาธารณสุขที่ไม่ทั่วถึง และมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเมืองกับชนบท ทำให้ประชาชนในชนบทเป็นจำนวนมากต้องตกอยู่ในสภาพที่มีปัญหาสุขภาพอนามัยไม่สมบูรณ์ การขาดแคลนบริการดังกล่าวมีผลทำให้ประชาชนในชนบทต้องพึ่งพาบริการร้านขายยา (ยาชุด) หมอกลางบ้าน หมอเถื่อนเพื่อรักษาตนเอง การจะไปหาแพทย์หรือใช้บริการโรงพยาบาลในเขตตัวเมือง ก็ต่อเมื่อโรคของผู้ป่วยได้กำเริบถึงขั้นรุนแรงมากแล้ว เพราะประมาณร้อยละ 50 ของชาวชนบทที่ป่วยเป็นโรครุนแรงจะมาเข้ารับบริการโรงพยาบาลในตัวเมือง ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายอย่างมาก ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาสาธารณสุขจึงพยายามหาแนวทางรูปแบบใหม่ ๆ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพอนามัยเข้าถึงประชาชนในชนบทได้อย่างแท้จริง ในปี 1978 องค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้มวลประเทศสมาชิกใช้แนวทางสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธวิธีในการขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประชากรผู้ยากไร้ในชนบท โดยดำเนินงานอยู่บนหลักการพื้นฐานของการแสวงหาความร่วมมือจากชุมชน การพึ่งตนเองของชุมชน การได้รับบริการราคาถูก การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และการได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างเพียงพอ รูปธรรมของการปฏิบัติตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐานที่ปรากฏอยู่โดยทั่วไปในหลายประเทศนั้น เป็นลักษณะของการใช้บุคลากรที่เป็นชาวบ้านที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน และได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่เพื่อนบ้าน

ลักษณะการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่จะมีอยู่ 3 รูปแบบ คือ 1) การสาธารณสุขมูลฐานในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระดับชาติ เช่น ในจีนและคิวบา 2) การสาธารณสุขมูลฐานในฐานะเป็นส่วนที่ขยายจากระบบบริการของรัฐที่มีอยู่ และ 3) การสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะการพัฒนาชุมชน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2523 : 15) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการ

สาธารณสุขมูลฐานไว้ดังนี้ คือ “ลักษณะของบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งบุคคลและครอบครัวสามารถจะหาได้ในชุมชน โดยเป็นสิ่งที่บุคคลยอมรับและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นบริการที่ชุมชนและประเทศสามารถจัดให้มิได้ การสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นส่วนผสมผสานอยู่ทั้งในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเป็นศูนย์กลางของระบบและเป็นส่วนผสมอยู่ในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งหมดของชุมชน”

การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย แนวทางการดำเนินงานมีรูปแบบที่ถือว่าการสาธารณสุขมูลฐาน คือ ระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ที่จัดบริการในระดับตำบลหมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของประชาชนในชุมชนชนบทนั้น ๆ (ผสส.,อสม.) เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 โดยเริ่มต้นจากการคัดเลือกชาวบ้านผู้ซึ่งเป็นที่ยอมรับของเพื่อนบ้าน 1 คนต่อกลุ่มบ้านเล็ก ๆ 8-15 หลังคาเรือน มาอบรมทางด้านสาธารณสุขเบื้องต้นเพื่อมอบหมายให้เป็น “ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขในหมู่บ้าน” (ผสส) (village health communicator) มีหน้าที่เป็นผู้รับ-แจ้งข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชาวบ้าน และเป็นผู้เผยแพร่ความรู้ แนะนำในด้านสาธารณสุข และเป็นผู้ประสานงานหลังจากมี ผสส. แล้วในแต่ละหมู่บ้านก็จะคัดเลือก ผสส. คนหนึ่งไปอบรมเพิ่มเติมในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเพื่อมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็น “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” (อสม.) (village health volunteer) ที่สามารถให้บริการรักษาพยาบาลเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้บริการวางแผนครอบครัวและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านได้ นอกจากนี้จะเน้นในเรื่องของอาสาสมัครในงานสาธารณสุขแล้ว ยังได้ดำเนินโครงการที่จะอำนวยความสะดวกและสนับสนุนเพื่อให้เป็นประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ชุมชนชนบทนั้น ๆ ด้วย โครงการที่เป็นองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญได้แก่

- 1) กองทุนพัฒนาสาธารณสุขหมู่บ้าน
- 2) การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
- 3) การโภชนาการ
- 4) การสุขภาพิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด
- 5) การให้ภูมิคุ้มกันโรค

การขยายบริการสาธารณสุขมูลฐาน (บทบาทการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ) โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) ตามแผนพัฒนาชนบทได้ให้ความสำคัญต่อพื้นที่ชนบทยากจนเป็นลำดับแรก ตามเป้าหมายทุกบ้านในเขตพื้นที่ชนบทยากจนจะมี ผสส. และ อสม. ครบในปี 2527 การพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขมูลฐานชนบทได้เร่งรัดดำเนินการให้ประชาชนในหมู่บ้าน มีความรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรม

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานโดยอาศัย ผสส. และ อสม. เป็นแกนดำเนินการพร้อมกับเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการพึ่งตนเองและพัฒนาคุณภาพชีวิต

ความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐานที่สมบูรณ์แบบนั้น จะต้องปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดระบบบริการสาธารณสุขของรัฐให้สนับสนุน โดยเฉพาะการกระจายและขยายสถานบริการรักษาพยาบาลหรือโรงพยาบาลอำเภอ ในฐานะเป็นโรงพยาบาลชนบทหรือชุมชน ที่เป็นศูนย์กลางสำหรับเขตพื้นที่ชนบทในความรับผิดชอบ (hospital area) ให้ครอบคลุมอำเภอและกิ่งอำเภอทั่วประเทศ ทั้งนี้ เพราะโรงพยาบาลอำเภอจะเป็นแหล่งที่ให้บริการด้านแรกที่สามารถรักษาโรคที่ประชาชนชนบทเป็นกันอยู่มากได้ ดังนั้น ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 จึงได้กระจายโรงพยาบาลอำเภอออกไปอย่างกว้างขวาง ครอบคลุมอำเภอและกิ่งอำเภอทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 92 (มีสถานอนามัยครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศ) โดยทั่วไปงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้านจำเป็นต้องอาศัยระบบส่งต่อผู้ป่วย (referral system) ที่มีประสิทธิภาพทำหน้าที่เชื่อมต่อกับระบบสาธารณสุขของรัฐหรือโรงพยาบาลอำเภอ จึงจะทำให้มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชนบทได้อย่างแท้จริง เพราะโรงพยาบาลอำเภอ (มีแพทย์ พยาบาล และเครื่องมือ) มีสถานภาพเป็นที่ยอมรับเชื่อถือและศรัทธาของประชาชนในชนบทเขตพื้นที่บริการดีกว่าสถานพยาบาลอื่นๆ ที่อยู่ในชนบท การปรับปรุงกลยุทธ์ดังกล่าวให้สนองตอบทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ จะทำให้คำขวัญที่ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” (Health for all by the Year 2000) ที่องค์การสหประชาชาติกำหนดขึ้นเป็นเป้าหมายนั้น เป็นคำขวัญที่ไม่ไกลจากความจริงสำหรับประชาชนในชนบทไทย

**3.3 การรวมกลุ่มหรือองค์กร** การพัฒนาคุณภาพชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ในชนบทจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพียงใดนั้น ยังขึ้นอยู่กับกรรวมกลุ่มหรือการจัดตั้งองค์กรขึ้นในพื้นที่เพื่อดำเนินงานร่วมกัน จะก่อให้เกิดอำนาจต่อรองต่าง ๆ ขึ้นในสังคม ทั้งนี้ เพราะการที่คนจะแสดงออกถึงความต้องการของตน หรือการเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาตามขั้นตอนต่าง ๆ จำเป็นจะต้องมีองค์กรที่เป็นศูนย์กลางสำหรับการรับความคิดเห็น และกลั่นกรองส่งผ่านความคิดเห็นไปยังส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป ตลอดจนเป็นศูนย์กลางสำหรับการร่วมดำเนินงานพัฒนาต่าง ๆ ร่วมกัน องค์กรดังกล่าวจึงเป็นเสมือนศูนย์กลางสำหรับการร่วมดำเนินงานพัฒนา และการรับผลของการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าหากองค์กรสามารถดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม ประสพผลสำเร็จในการพัฒนา ก็จะกลายเป็นกลไกที่สำคัญที่จะผลักดันให้การพัฒนาเกิดขึ้นจากภายในระบบเอง การพัฒนาที่เกิดขึ้นจากแรงผลักดันภายในกลุ่มนี้ จะดำเนินไปได้เป็นผลสำเร็จก็ต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมกันของสมาชิกในกลุ่มเป็นสำคัญ ดังนั้น การรวมกลุ่มจึงไม่ควรมีขนาดใหญ่เกินไป สมาชิกทุกคนจะยัง

สามารถพบปะติดต่อกันเป็นส่วนตัวได้ การรวมกลุ่มสมาชิกควรมุ่งหมายไปในทิศทางเดียวกัน คือ สมาชิกมีความคล้ายคลึงกันในจุดมุ่งหมายที่เป็นแกนหลักของการรวมกลุ่ม เช่น ประสบปัญหาต่าง ๆ ที่คล้ายคลึงกัน สมาชิกแต่ละคนจะต้องมีความรู้สึกร่วมในการดำเนินการเพื่อประโยชน์ทั้งส่วนตัวและของกลุ่มโดยไม่ขัดแย้งกัน ดังนั้น เครื่องมือและวิธีการที่ใช้ในการดำเนินงานหรือบริหารกลุ่ม จึงควรที่จะผสมผสานเข้ากับจารีตประเพณี วัฒนธรรม หรือความเชื่อของสมาชิกภายในกลุ่ม หรือมีฉะนั้น กลุ่มก็ต้องดำเนินงานโดยผู้นำที่มีความสามารถ สมาชิกในกลุ่มให้ความศรัทธาเชื่อถือและสามารถโน้มน้าวสมาชิกให้ปฏิบัติตามได้

#### 4. ความพยายามพึ่งตนเอง (self-reliance)

การพัฒนาพื้นที่ชนบทในปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ที่กำลังพัฒนา ได้มีการเน้นถึงการสร้างความพยายามพึ่งตนเองขึ้นเป็นแนวทางหลักในกระบวนการพัฒนาอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะโครงการและแผนงานการพัฒนาต่าง ๆ ดังเช่น การพัฒนาหมู่บ้านชนบทในเกาหลีใต้ การจัดตั้งระบบชุมชนชนบทในอิสราเอล การพัฒนาหมู่บ้าน Kuzipukur ในบังกลาเทศ ทั้งนี้ เพราะว่าถ้าคนทุกคนในชุมชนชนบทรู้จักพึ่งตนเองได้แล้ว ก็จะนำไปสู่การยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิตของคนในชนบทให้สูงกว่าระดับการประทังชีพได้ นอกจากนี้ ยังเป็นการสร้างฐานพัฒนาที่สามารถจะทำให้คนร่วมในกระบวนการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะต่อไป

มโนภาพของความพยายามพึ่งตนเองในทางทฤษฎีนั้น จะพิจารณารวมจากมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (สุพรรณิ ไชยอำพร, 2530 : 4)

1) คุณภาพเฉพาะตัว (self quality) ตามปกติแล้วความพยายามพึ่งตนเองจะเกิดขึ้นต่อเมื่อหน่วยสังคมมี อิสราภาพ (ในการคิด ตัดสินใจ หรือกระทำตามความต้องการภายใต้กฎเกณฑ์ของสังคม) ความเสมอภาค (ในการเรียนรู้ รับรู้ หรือการได้มาในสิ่งต่าง ๆ) ความเป็นไท (สังคมจะต้องไม่ถูกครอบงำโดยผู้ใดผู้หนึ่งหรืออิทธิพลภายนอก) และศักดิ์ศรี (ในการร่วมคิดร่วมปฏิบัติ)

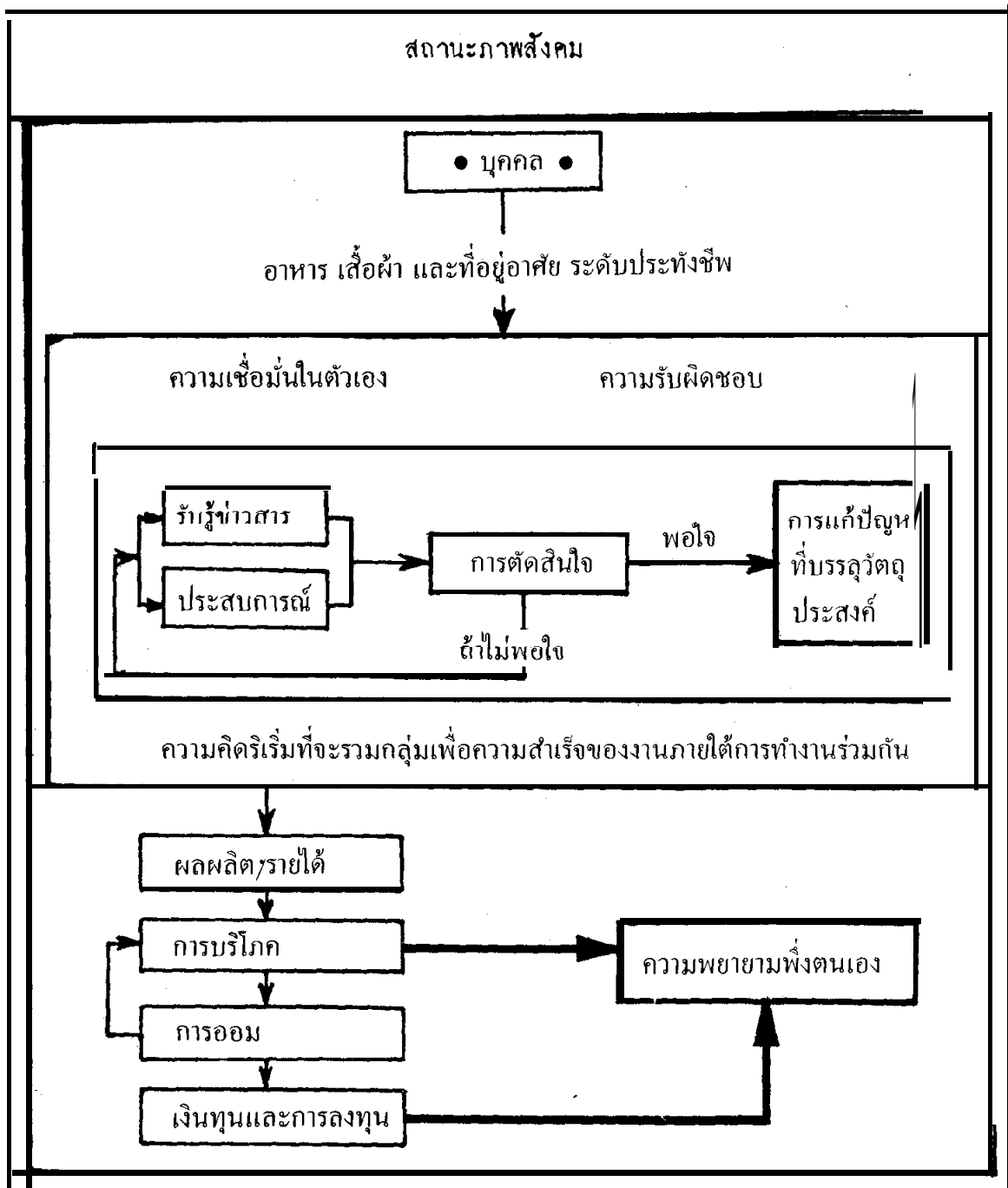
2) กระบวนการ (process) ทั้งในด้านความคิดและการตัดสินใจในการกระทำเป็นแบบต่อเนื่อง เบียร์สแทคเกอร์ (Bierstaker, 1980) ได้ศึกษาในแทนซาเนีย พบว่า กระบวนการความพยายามพึ่งตนเองมีขั้นตอนอยู่ 3 ขั้นตอนใหญ่ ได้แก่ ขั้นปลดปล่อยพันธะ (disengagement) ขั้นสร้างโครงสร้างใหม่ (restructuring) และขั้นสร้างความสัมพันธ์ใหม่ (reassociation)

3) ระดับ (level) ความพยายามพึ่งตนเองนี้สามารถแบ่งเป็นระดับได้หลายระดับด้วยกัน ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับระหว่างประเทศ ความ

พยายามพึ่งตนเองระดับบุคคลนั้นจะมีความสำคัญมากที่สุด และเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นของการพึ่งตนเองในระดับอื่น ๆ โดยเฉพาะเกษตรกรชนบท

องค์ประกอบที่ใช้กำหนดความพยายามพึ่งตนเองนั้น จากการศึกษาลูกใหญ่จะเน้นเป็นเพียงบางด้านหรือบางองค์ประกอบเท่านั้น เช่น องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ หรือ องค์ประกอบทางการเมือง หรือองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา จึงทำให้เป็นการยากที่จะสรุปว่าบุคคลหรือชุมชนนั้นรู้จักพึ่งตนเองแล้วหรือมีความพยายามพึ่งตนเองแล้ว ดังนั้น สุพรรณิไชยอาพร จึงได้พยายามศึกษากำหนดกรอบหรือเกณฑ์ในการวัดความพยายามพึ่งตนเองระดับบุคคลสำหรับชาวนาในชนบทภาคเหนือขึ้น จากตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้การวิเคราะห์ตัวองค์ประกอบ (factor analysis) เป็นเกณฑ์สำหรับจัดกลุ่มของกระบวนการเกิดความพยายามพึ่งตนเองระดับบุคคลของชาวนา ดังแผนภูมิมารูปที่ 10.3 เป็นกระบวนการเกิดความพยายามพึ่งตนเองระดับบุคคลโดยบุคคลจะเริ่มคิดและตัดสินใจทำอะไร อย่างน้อยจะต้องมีอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัยในระดับประทังชีพเสียก่อน การตัดสินใจแก้ปัญหาถ้ามีความเชื่อมั่นในตัวเอง มีความรับผิดชอบ และมีความคิดริเริ่มที่จะรวมกลุ่มเพื่อความสำเร็จของงานภายใต้การทำงานร่วมกันก็จะสามารถตัดสินใจต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ และการตัดสินใจจะเป็นอย่างไรเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขึ้นอยู่กับข่าวสารข้อมูลและประสบการณ์ปัญหาที่บุคคลมักจะพบ ได้แก่ ปัญหาด้านการผลิต การผลิตจะนำไปสู่รายได้ ซึ่งบุคคลอาจจะใช้รายได้ทั้งหมดไปในการบริโภค หรือใช้เพียงบางส่วนไปเพื่อการบริโภค และส่วนที่เหลืออาจจะเก็บออมไว้บริโภคหรือลงทุนในอนาคต ซึ่งระดับของการบริโภคนั้นจะมีผลกระทบต่อระดับความพยายามพึ่งตนเอง ส่วนการลงทุนก็มีผลต่อระดับความพยายามพึ่งตนเองด้วย และระดับความพยายามพึ่งตนเองระดับบุคคลยังขึ้นอยู่กับสถานภาพทางสังคมอีกด้านหนึ่งด้วย

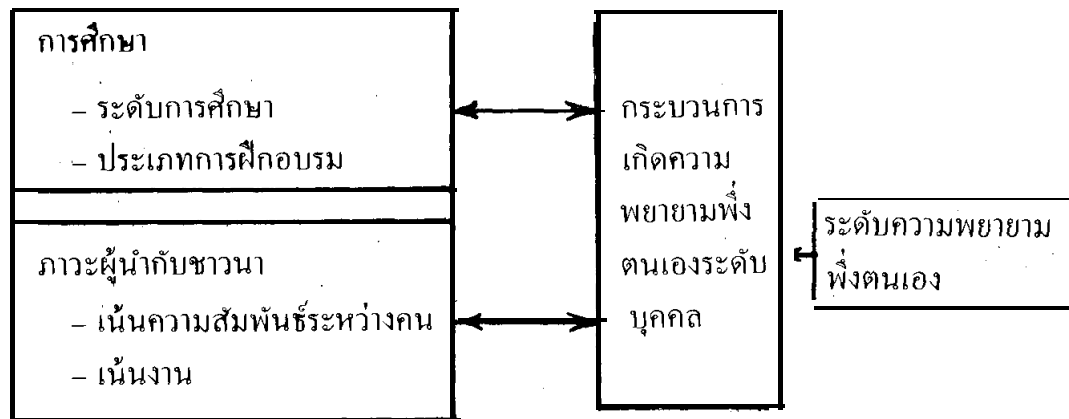
นอกจากนั้น ยังพบว่า ปัจจัยทางการศึกษาและภาวะผู้นำเป็นตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรความพยายามพึ่งตนเอง คือ ระดับการศึกษายิ่งสูงหรือผ่านการฝึกอบรมโดยเฉพาะทางอาชีพจะมีระดับความพยายามพึ่งตนเองสูงขึ้น ส่วนภาวะผู้นำนั้นพบว่าชาวนาที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (people oriented leadership) มีคะแนนความพยายามพึ่งตนเองสูงกว่าชาวนาที่เน้นงาน (task-oriented leadership)



รูปที่ 10.3 กระบวนการเกิดความพยายามพึ่งตนเองระดับบุคคล

ที่มา : สุพรรณิ ไชยอาพร, 2530 : 15





รูปที่ 10.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับภาวะผู้นำกับปัจจัยความพยายามฟังตนเองระดับบุคคล

## 5. สรุป

คุณภาพชีวิตเป็นวลีที่ให้ความคิดรวบยอดที่เกี่ยวข้องกับปริมาณและคุณภาพของความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและสังคม-วัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม จิตวิทยา และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีพ ทั้งที่เป็นธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้นมา โดยทั่วไปนั้น คุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทส่วนใหญ่่มักจะไม่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในส่วนรวม ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐจะต้องหาแนวทางให้การมีคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทสามารถได้รับประโยชน์และพัฒนาตนเองได้อย่างน้อยถึงระดับหนึ่งที่พอยอมรับได้ จากความพยายามร่วมกันสามารถสร้างดัชนีวัดคุณภาพชีวิตระดับบุคคลและชุมชน ที่ใช้ปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานหรือความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำของมนุษย์เป็นเกณฑ์ สำหรับคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐานของคนไทยและชุมชนชนบทที่ถือใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันในปัจจุบัน ได้แก่ อาหารดี มีที่อยู่อาศัย ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว ครอบครัวปลอดภัย ได้ผลผลิตดี มีลูกไม่มาก อยากร่วมพัฒนา และพาสู่คุณธรรม ดัชนีคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐานนี้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาพื้นที่ชนบทและเป็นตัวกลางที่จะเป็นเครื่องกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาชนบทแบบมีส่วนร่วมและฟังตนเองให้บังเกิดผล

## คำถามท้ายบท

1. คุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐานที่ถือปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันสำหรับประชากรและชุมชนระดับหมู่บ้านชนบทไทย ประกอบด้วยอะไรบ้าง ? จงอธิบาย
  2. สาธารณสุขมูลฐานคืออะไร ? มีกลยุทธ์ในการดำเนินการในระดับหมู่บ้านชนบทเช่นไร ? จงอธิบาย
  3. กระบวนการเกิดความพยายามพึ่งตนเองระดับบุคคลของชานาภาคเหนือมีลักษณะองค์ประกอบเป็นเช่นไร ? จงอธิบาย
-