



รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบล

บ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่



วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน

2558

ลิขสิทธิ์ของสถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน



รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบล
บ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่



วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ
บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน



**PARICIPATION M0DEL IN HEALTH PROMOTION OF ELDERLY
ASSOINATION OF BAN KAT SUB-DISTRICT COMMUNITY,
MEAWANG DISTRICT, CHIANG MAI**

BY

ANONGPAN JANDEANG

**THE THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE DEGREE OF MASTER OF ARTS
IN THE PROGRAM OF
INTEGEATED LOCAL DEVELOPMENT
FACULTY OF GRADUATE STUDY
LEARNING INSTITUTE FOR EVERYONE (LIFE)**

2015

วิทยานิพนธ์เรื่อง (Title)	รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรม ผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่
ผู้วิจัย	อนงค์พรรณ จันทร์แดง
สาขาวิชา	การพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ดร.ส่งเสริม แสงทอง
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.กฤษณา กาเผือก

คณะกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....	ประธานกรรมการ (ศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สุวรรณทัต)
ลงชื่อ.....	กรรมการ (ผู้ทรงคุณวุฒิ) (ดร.ศรีปริญญา รูปกระจ่าง)
ลงชื่อ.....	กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก) (ดร.ส่งเสริม แสงทอง)
ลงชื่อ.....	กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม) (ดร.กฤษณา กาเผือก)
ลงชื่อ.....	กรรมการ (ผู้แทนบัณฑิตศึกษา) (ดร.สุรเชษฐ เวชชพิทักษ์)
ลงชื่อ.....	กรรมการ (ผู้แทนบัณฑิตศึกษา) (รองศาสตราจารย์ ดร.เสรี พงศ์พิศ)
ลงชื่อ.....	เลขานุการ (อาจารย์ อัญมณี ชุมณี)

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน อนุมัติให้วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์เรื่อง	รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่
ชื่อผู้เขียน	อนงค์พรรณ จันทร์แดง
ชื่อปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา	การพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ
ปีการศึกษา	2558
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ดร.สังเสริม แสงทอง
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.กฤษณา กาเผือก

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ การวิจัยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ และ 2) เพื่อศึกษากระบวนการวิธีการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วางจังหวัดเชียงใหม่รูปแบบการวิจัยเป็นแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) สมาชิกและคณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ในชุมชนตำบลสุขภาพบ้านกาด อำเภอแม่วางจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 25 คน และ 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่จากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านกาดและโรงพยาบาลแม่วางจำนวน 4 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3 อย่าง ได้แก่ 1) แบบสอบถาม 2) แบบสัมภาษณ์ และ 3) แบบสำรวจ

ผลการวิจัย มีดังนี้ 1) จากโครงการทั้ง 19 โครงการ ของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า มีรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นทางการ 17 โครงการ และมีรูปแบบไม่เป็นทางการและแบบบูรณาการอย่างละ 1 โครงการ 2) กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาดอำเภอแม่วางจังหวัดเชียงใหม่มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจด้านปฏิบัติ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์และด้านการตรวจสอบติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะหน่วยงานภาครัฐควรสื่อสารกับชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ชุมชนทราบถึงงบประมาณที่สนับสนุน นอกจากนี้ ควรส่งเสริมรูปแบบกิจกรรมให้หลากหลาย เพื่อให้สะท้อนปัญหาและความต้องการในท้องถิ่นที่ชุมชนได้อย่างครบถ้วน



Abstract

Thesis Title	Participation model in Health promotion of Elderly Association of Ban Sub-district community Wang District, Chiang Mai
Researcher	Anongpan Jandeang
Degree	Master of Art
In the Program of	Integrated Local Development
Year	2015
Principal Thesis Advisor	Dr. Songserm Seangthong
Associate Thesis Advisor	Dr. Krissana Kapuak

The purpose of this were to The research consists of 2 objectives as: 1) to study the patterns of participation of Elders Association in health care encouragement in Ban Kat Community, Mae Wang District, Chiang Mai and 2) to study the processes and methods of participation of Elders Association in health care encouragement in Ban Kat Community, Mae Wang District, Chiang Mai. The research is involved with the Mixed Method Research Design viz. the qualitative research and the quantitative research. There are two sample groups: 1) 25 members and board of Elders Association in health care encouragement in Ban Kat Community, Mae Wang District, Chiang Mai and 2) 4 public health officer who involved in Ban Kat Community, Mae Wang District, Chiang Mai. The instrument used in this study was the questionnaires,2)interviews and 3) surveys.

The study result found that 1) according to the 19 projects of the elderly community, Ban Kat, Mae Wang, Chiang Mai, the sampled groups' opinion showed that the patterns of participation in health care encouragement are 17 formal projects. Besides, there is an informal project and an integrated project.2) the processes and methods of participation of Elders Association in health care encouragement in Ban Kat Community, Mae Wang District, Chiang Mai were divided into 4 dimentions: finding the problems and decision making, practicing, co-beneficiaries, and monitoring and evaluating

The study suggest Suggestions in this research are that the government agencies should communicate more to the community to inform them about budget support. Moreover, the agencies should encourage the patterns of activities diversely to reflect problems and needs of the local community entirety.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาของ ดร.ส่งเสริม แสงทอง ดร. กฤษณา กาเผือก คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งคอยดูแลให้คำปรึกษาและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณ คุณอินทวัน เมืองดี ประธานชมรมผู้สูงอายุ และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกาด ขอบพระคุณ คุณชอบพอ อุปขาว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่วาง ที่ช่วยให้คำแนะนำ และเก็บข้อมูลร่วมกับผู้วิจัยและช่วยชี้แนะเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุรวมถึงอาจารย์ทุกท่านตลอดจนบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือเป็นอย่างดีทำให้การศึกษาวิจัยนี้สามารถดำเนินงานสำเร็จลุล่วงลงได้

กราบขอบคุณ พ่อ แม่ ที่ให้กำเนิดและสั่งสอนให้ลูกเป็นคนดีเสมอมาครูอาจารย์ทุกท่านที่มอบความรู้ติดตัว ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานทุกท่านพี่ๆ และน้องๆ ที่ให้กำลังใจเสมอมา และท้ายสุดขอขอบพระคุณ นายแพทย์อำพร เอี่ยมศรี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแม่วาง ขอบคุณ คุณคนอง ยาสิงห์ทอง หัวหน้ากลุ่มงานที่ให้คำแนะนำและได้ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษารวมทั้งให้ความอนุเคราะห์ในส่วนของคุณข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เกิดประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องทั้งทางตรงหรือทางอ้อม ผู้วิจัยขอมอบความดีในครั้งนี้แก่สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน สถาบันอันทรงคุณค่าควรแก่การเทิดทูนต่อไป

อนงค์พรรณ จันทร์แดง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
กลุ่มประชากรเป้าหมาย.....	8
คำถามสำคัญในการวิจัย.....	8
คำนิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
กรอบความคิดในการวิจัย.....	36
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบในการวิจัย	38
วิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการวิจัย	39
ประชากรเป้าหมาย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
สถิติที่ใช้ในการวิจัย (พรรณนาและอนุมาน).....	43
วิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
สถานที่ในการวิจัย.....	44

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย.....	44
ปฏิทินการปฏิบัติงาน.....	44
การนำเสนอข้อมูล.....	46
4 ผลการวิจัย	
รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชน ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วางจังหวัดเชียงใหม่	48
กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบ้านกาดอำเภอแม่วางจังหวัดเชียงใหม่	55
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	67
อภิปรายผลการศึกษา	74
ข้อเสนอแนะ	76
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก.แบบสอบถามเพื่อการวิจัย.....	80
ภาคผนวก ข.หนังสืออนุเคราะห์ต่างๆ.....	89
ประวัติผู้วิจัย.....	105



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.	ตารางที่ 3.1 ปฏิทินการปฏิบัติงาน.....	44
2.	ตารางที่ 4.1 ข้อมูลเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพ	51
3.	ตารางที่ 4.2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนผู้สูงอายุ ต.บ้านกาด.....	53



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. ภาพที่ 2.1 กรอบความคิดในการวิจัย.....	37
2. ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม โครงการส่งเสริมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ.....	47
3. ภาพที่ 4.1 มิติของสุขภาวะ (Well-Being).....	49
4. ภาพที่ 4.2 รูปแบบกระบวนการการมีส่วนร่วม.....	50



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความเจริญทางเทคโนโลยีและระบบข้อมูลข่าวสารได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาในการพัฒนาชุมชนต่าง ๆ มากมาย การพัฒนาสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญประการหนึ่ง ที่จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการหนึ่งที่มุ่งเน้นให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและปรับปรุงสุขภาพของตนเองและของชุมชน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะบุคลากรของชุมชนนั้น ๆ ต้องมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ชุมชน (Community) เป็นองค์กรภาคประชาชนระดับล่างสุด ที่มีศักยภาพเพียงพอในการจัดให้มีสิ่งต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในชุมชนได้ทั้งกาย จิตใจ และสังคม ชุมชนเป็นที่ที่คนมาอยู่รวมกัน ในบริเวณเดียวกัน มีวิถีการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน อยู่ภายใต้ระเบียบกฎเกณฑ์เดียวกัน มีความสนใจอย่างหนึ่งหรือหลาย ๆ อย่างร่วมกัน มีการติดต่อแลกเปลี่ยนและมีความสัมพันธ์ต่อกัน เพราะความสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในชุมชน จะเป็นสิ่งผูกพันให้สมาชิกอยู่รวมกัน ในชุมชนนั้น นอกจากนี้ชุมชนยังมีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนแบบแผนของการดำเนินชีวิตซึ่งส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่คล้ายคลึงและเป็นรูปแบบเดียวกัน ในปัจจุบันชุมชนเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนที่จะนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนได้ด้วยศักยภาพที่ชุมชนมีอยู่ โดยการที่ชุมชนต้องมีการรวมกลุ่มภายในชุมชน มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันของสมาชิกในชุมชน และมีความรักเอื้ออาทร มีองค์ความรู้และความสามารถในการแสวงหาความรู้ มีการเรียนรู้ และการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันอย่างเป็นระบบแบบองค์รวม เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนในด้านกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมซึ่งรวมทั้งปัญหาในด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วย

การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนอันพึงมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายที่สังคมยอมรับและมีความจำเป็นสำหรับการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การดูแลสุขภาพจึงเป็นความรับผิดชอบที่ต้องกระทำร่วมกันใน

การป้องกันสุขภาพของตนเองและชุมชน เพราะมีปัจจัยต่างๆ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ไม่ว่าปัจจัยนั้นจะเกิดจากงานหรือสภาพแวดล้อมในชุมชน การส่งเสริมให้บุคคลในชุมชนมีความรู้และทักษะในการจัดการสุขภาพตนเองและในชุมชน จึงเป็นการช่วยให้บุคคลและชุมชนได้ประโยชน์ด้วยการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ก่อให้เกิดประโยชน์นานับ ประการแก่ชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพเป็น “การสาธารณสุขแนวใหม่” (New Public Health) เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีการลงทุนต่ำเมื่อเทียบกับผลตอบแทนทางด้านสุขภาพที่ได้รับ เพราะนอกจากจะได้ผลตอบแทนคือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลและลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอื่น ๆ อีกด้วย อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และงามจิตต์ จันทรสาธิต, (2541)

กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ ได้กล่าวว่าการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ต้องอาศัยกลยุทธ์ (Strategy) 5 ประการ ดังนี้ สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, (2541)

1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) ซึ่งผู้กำหนดนโยบายทุกระดับ ต้องคำนึงและรับผิดชอบการตัดสินใจในผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อนำไปสู่ความปลอดภัยและมีผลดีต่อสุขภาพ

2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ประกอบเป็นระบบสังคมและระบบนิเวศที่ส่งผลต่อสุขภาพ กลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพใดๆ จะต้องผนวกเรื่องของการพิทักษ์คุ้มครองสิ่งแวดล้อมและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

3) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) เป็นการสร้างความแข็งแกร่งในการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจการวางแผน และการดำเนินการเพื่อบรรลุสภาวะสุขภาพที่ดี เป็นการเสริมสร้างอำนาจของชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและกำหนดอนาคตของชุมชน

4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาบุคคลและสังคมด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิต เป็นการเพิ่มทางเลือกและโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

5) ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ภาระหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุข และรัฐบาล ทุกๆ ส่วนจะต้องทำงานร่วมกัน โดยการปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง และการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการมองปัญหาของบุคคลโดยองค์รวม

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาพตนเองและควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น การ

ส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหลักของงานสาธารณสุข และมีส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพในรูปแบบอื่น

ดังนั้นในกระบวนการของการส่งเสริมสุขภาพ จึงได้เน้นความสำคัญของกิจกรรมชุมชน (Community Action) ที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังได้เน้นที่การเพิ่มพลังชุมชน (Community Empowerment) โดยประชาชนจะต้องมีบทบาทที่สำคัญในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจ และควบคุมโดยมีการมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และปรับปรุงสุขภาพตนเองรวมทั้งการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ทักษะที่จำเป็น ชุมชนที่เข้มแข็งและพึ่งตนเองได้สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และการมีผู้นำที่เป็นตัวกลางประสานเชื่อมโยงตลอดจนให้การชี้แนะ เป็นเงื่อนไขที่สำคัญต่อการมีสุขภาพดี ทิศทางการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่มีแนวความคิด ขอบเขตการดำเนินงานที่กว้างขวางกว่าเดิมมาก ไม่อาจดำเนินงานได้โดยองค์กรภาครัฐฝ่ายเดียว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการระดมพลังจากทุกฝ่าย เช่น ภาคประชาชน องค์กรเอกชน และภาครัฐ

ในช่วงที่ผ่านมาประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จากอดีตมีสัดส่วนเด็กมาก ปัจจุบันจำนวนเด็กลดลง วัยแรงงานเพิ่มขึ้นน้อย แต่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นอีก ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 10 คนใน คนไทย 100 คน ดังนั้นทุกภาคส่วน จึงต้องตระหนักถึงผลกระทบต่องบประมาณรายจ่ายด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุสูงขึ้นจะมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ปัจจุบันผู้สูงอายุหญิงมีอายุเฉลี่ย 82 ปี ผู้สูงอายุชายมีอายุเฉลี่ย 79 ปี ปัจจุบันมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าคือ ผู้สูงอายุหญิง 4 ล้านคน ผู้สูงอายุชาย 3 ล้านคน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังร้อยละ 8 ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุหญิงและอายุมากกว่า 70 ปีสาเหตุที่อยู่ลำพังคนเดียว คือ โสด ไม่มีลูกหลาน คู่สมรสเสียชีวิตก่อนลูกหลานมีภารกิจในต่างถิ่น

ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังจะขาดการดูแลยามเจ็บป่วย ความรู้สึกเหงาและปัญหาด้านการเงิน ผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวขึ้นจะเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคตา โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ และภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้น อายุยิ่งสูงยิ่งพิการทุพพลภาพมากขึ้น จากร้อยละ 6 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 9 ในปี 2545 และร้อยละ 15 ในปี 2550 สภาพที่เสื่อมทรุดของผู้สูงอายุทำให้บทบาทของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ขาดการดูแลตนเองได้ดำรงชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำงานและเกื้อกูลบุตรหลานในครอบครัวนำไปสู่การพึ่งพาและรับการดูแลจากบุตรหลานสมาชิกในครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 88 ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 12 ต้องการผู้ดูแลหรือพึ่งพาผู้อื่น(คู่มือปฏิบัติงานสำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อผู้สูงวัยสายใยรักครอบครัว สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2552

ประเทศไทยในปัจจุบัน (19 กันยายน 2557) มีประชากร 64.92 ล้านคน แบ่งเป็น ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10.02 ล้านคน (ร้อยละ 15.44) ประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 6.71 ล้านคน (ร้อยละ 10.33) จากโครงสร้างประชากรที่ผ่านมา พบว่าอัตราของประชากรผู้สูงอายุ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยในพ.ศ. 2553 มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวม (7.02 ล้านคน) และพ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.8 ของประชากรรวม (8.3 ล้านคน) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) ซึ่งจะ ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) (ศ.นพ. ประเสริฐ อัสตันด ชัย, 2554.)

ผลการศึกษากาโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) สูญเสียสุขภาพ 5 อันดับแรก ในเพศชายได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคมะเร็งลำไส้ สำหรับอุบัติการณ์โรคหรืออาการเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย โดยการตรวจร่างกาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคอ้วนลงพุง และโรคข้อเสื่อมตามลำดับ

ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอแม่วาง ในปี 2556 และ 2557 พบว่า อำเภอแม่วาง มีจำนวนผู้สูงอายุ 4,840 และ 5,480 ราย จากจำนวนประชากรทั้งหมด 32,557 และ 32,929 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.87 และ 16.64 ของประชากรอำเภอแม่วางทั้งหมด จะเห็นได้ว่าอำเภอแม่วางได้ก้าวเข้าสู่เป็นอำเภอที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) มีแนวโน้มจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้สำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ 3,196 ราย (ร้อยละ 66.03) กลุ่มผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้บ้าง 247 ราย (ร้อยละ 5.10) และกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งผู้อื่น 316 ราย (ร้อยละ 6.53) นอกจากนี้ มีการประเมินภาวะซึมเศร้า (แบบประเมิน 2Q) ของผู้สูงอายุ จำนวน 3,708 ราย มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 767 ราย (ร้อยละ 9.9) ได้ประเมินโรคซึมเศร้าโดยใช้ 9Q จำนวน 1,049 ราย พบว่า เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย (Mind Depression) 325 ราย (ร้อยละ 30.98) เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง 79 ราย (ร้อยละ 7.53) เป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Severe depression) 8 ราย (ร้อยละ 0.86) ส่วนการประเมินภาวะสมองเสื่อม (ประเมินโดยใช้ SDS11) ของผู้สูงอายุอำเภอแม่วาง 3,687 ราย พบว่า มีปัญหาเรื่องความจำ 335 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09

จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่จริงของตำบลบ้านกาด ของอาสาสมัครสาธารณสุขในปี 2556 พบว่า มีการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกาด เพื่อดูแลและช่วยเหลือเพื่อน

สมาชิกในชมรมและผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ สมาชิกผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 857 คน เป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 20 ราย และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ส่วนข้อมูลสถานะสุขภาพนั้น แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 682 ราย กลุ่มที่ต้องอาศัยการดูแลจากลูกหลาน ญาติมิตรในบ้าน หรือเรียกว่ากลุ่มติดบ้าน จำนวน 12 ราย และกลุ่มที่ติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 5 ราย

พื้นที่ตำบลบ้านกาศ ได้มีการรวมตัวของผู้สูงอายุก่อตั้งเป็นชมรมระดับตำบลขึ้นมาเพื่อดูแลช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกในชมรม และผู้สูงอายุเริ่มตระหนักถึงปัญหาสุขภาพหลังจากได้รับบริการด้านสาธารณสุขและเริ่มมีบทบาทในการดำเนินงานด้านสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะช่วยประสานงาน ช่วยให้ความรู้ในด้านสุขภาพ ส่งเสริมสมาชิกให้ได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ของรัฐและดูแลสุขภาพจิต ด้านศาสนาได้เริ่มจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผ่านกิจกรรมนันทนาการเพื่อดูแลด้านจิตใจ ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมจากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่จริงของตำบลบ้านกาศ

รายงานจากองค์กรสุขภาพในชุมชนพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคตา โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ และภาวะสมองเสื่อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชนระดับตำบลท้องถิ่นในตำบลบ้านกาศ จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาศ เพื่อทำความเข้าใจถึงระบบการทำงานของชมรม และจะได้นำผลจากการวิจัยอันเป็นข้อมูลการเข้าถึงปัญหาของผู้สูงอายุโดยตรงนี้ มาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาศ อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกาศในด้านสุขภาพนั้นมีหลากหลาย อาทิเช่น การช่วยประสานงาน ให้ความรู้ในด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้สมาชิกได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ การร่วมจัดกิจกรรมและอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชนอัมพาราม (PCU.) และโรงพยาบาลแม่วาง ได้แก่ กิจกรรมการวัดความดันโลหิต การออกเยี่ยมบ้าน ประเมินภาวะสุขภาพและดูแลให้กำลังใจสมาชิกผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย พิการและด้อยโอกาส โดยการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุนั้น มีกิจกรรม/โครงการที่ดำเนินการทั้งหมด 19 กิจกรรม ร่วมกับราชการ องค์กรเครือข่ายสุขภาพในชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุดำเนิน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่น่าสนใจโดยเฉพาะรูปแบบของการทำงาน การบริหารจัดการ การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลอำเภอแม่วาง ผู้

มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมระบบสุขภาพชุมชนระดับท้องถิ่นในตำบลบ้านกาด เช่น กิจกรรมการส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ได้สังเกตเห็นในตลอดระยะเวลาที่ได้ดำเนินการร่วมกับชมรมผู้สูงอายุว่า การจัดกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ยังขาดการศึกษาวิจัยเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เนื่องจากที่ผ่านมามีการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่ทราบว่าหน่วยงานใดจะเป็นผู้ดูแลในส่วนนี้

การจะทำโครงการจะต้องไปที่ท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนในส่วนของงบประมาณ เช่น งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) แต่ในการส่งเสริมสุขภาพจะต้องเชื่อมโยงกับองค์กรท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น การศึกษานอกระบบ เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันยังมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพยังไม่ชัดเจน เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีนั้นแสดงว่าผู้สูงอายุ จะมีสุขภาพองค์รวมได้ต้องมีการรวมตัวกันเป็นชมรม ชมรมเองต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ในตำบลบ้านกาด ได้มีการเรียนรู้ถึงวิธีการทำงานร่วมกันในกลุ่มของผู้สูงอายุกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งในส่วนที่เป็นราชการและภาคเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลแม่วางและเครือข่ายสุขภาพ อาทิเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดต่าง ๆ ในตำบล ศูนย์การศึกษานอกระบบ ซึ่งได้มีการดำเนินงานในรูปแบบการมีส่วนร่วมของสมาชิกที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามแต่ละลักษณะองค์กร ทำให้เกิดการปรับตัวในการทำงานขององค์กรชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกาดเพื่อการทำงานให้แก่สมาชิกในชมรม

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชนระดับตำบลท้องถิ่นในตำบลบ้านกาด จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด เพื่อถอดบทเรียนในเชิงวิพากษ์ให้เห็นว่า ปัจจุบันรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ผลที่ได้เป็นอย่างไร ซึ่งการค้นพบทั้งหมดจะเป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ และจะได้เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

1. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิพากษ์ (Critical Research) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สาธารณสุขกระแสหลักกับกระแสของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการทำงานร่วมกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิจัยผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการ วิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดังนี้

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จะได้ศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยใช้ข้อมูลชั้นทุติยภูมิ ได้แก่ วิทยานิพนธ์ งานวิจัย บทความวิชาการ หนังสือ และ เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และใช้แบบสัมภาษณ์ในการค้นหาข้อมูลกับผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข กรรมการและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ประเด็นในแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แนวคิดรูปแบบ การมีส่วนร่วม และการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลใน ประเด็นที่เกี่ยวกับรูปแบบและกระบวนการ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรม ผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อหาว่า รูปแบบการ ดำเนินงานระหว่างสาธารณสุขกับชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพองค์รวม (Holistic health care) ของผู้สูงอายุอย่างไร เช่น กิจกรรมดูแลส่งเสริมสุขภาพในด้าน กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เป็นต้น ใช้รูปแบบการสำรวจข้อมูล เก็บข้อมูลภาคสนาม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นรายบุคคล/ การสังเกต/ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใน

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

เนื้อหาในการวิจัยนี้ เกี่ยวข้องกับรูปแบบและกระบวนการ การมีส่วนร่วมในการ ส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

2. ขอบเขตด้านพื้นที่

ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการวิจัย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2558 ถึงมิถุนายน 2558

กลุ่มประชากรเป้าหมาย

1. กลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่

1.1 สมาชิกและคณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 857 ราย

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านกาดและโรงพยาบาลแม่วาง

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 สมาชิกและคณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ในชุมชนตำบลสุขภาพบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 25 ราย

2.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านกาดและโรงพยาบาลแม่วาง จำนวน 4 ราย

คำถามสำคัญในการวิจัย

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาดเป็นอย่างไร

2. กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด เป็นอย่างไร

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

1. การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์และร่วมประเมินผลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกาดในการส่งเสริมสุขภาพ

2. กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ หมายถึง ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและสมาชิกที่ดำเนินการ โดยชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกาด

3. รูปแบบการมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

3.1 รูปแบบเป็นทางการ ได้แก่ กิจกรรมที่มีการเข้าร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีลักษณะเป็นทางการเป็นระบบมีความชัดเจนในเรื่องระเบียบ กฎเกณฑ์ กติกาข้อบังคับให้สมาชิกปฏิบัติอย่างเป็นระบบ การบังคับบัญชาจากบนลงล่างอย่างเป็นทางการในการดำเนินงาน

3.2 รูปแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ กิจกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมที่ไม่ได้กำหนดให้สมาชิกปฏิบัติอย่างเคร่งครัด มีการพบปะและทำกิจกรรมร่วมกันในระหว่างสมาชิกเสมือนดังเป็นคนในครอบครัวและเครือข่าย ชีตื้อเื้อแนวทางตามขนบธรรมเนียม จารีต ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชนดั้งเดิม

3.3 รูปแบบผสมผสาน ได้แก่ กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุที่มีลักษณะผสมผสานระหว่างรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเข้าด้วยกัน เพื่อปรับตัวในการทำกิจกรรมขององค์กรที่จัดตั้งขึ้นให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่

4. การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้านให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

5. กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรม ในการส่งเสริมการกำหนดความต้องการ การวางแผน ตรวจสอบ และส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

6. ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุ (บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่
2. ทราบกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่
3. ได้แผนงาน โครงการ และกิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
4. ผู้สูงอายุและชุมชนได้เรียนรู้ในกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
5. ผู้สูงอายุและชุมชนเกิดความตระหนักในการเสริมสร้างสุขภาพ และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

6. เป็นต้นแบบแนวทางให้กับเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป



บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้ จะเป็นการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นสำคัญต่าง ๆ แบ่งเป็น 3 หมวด ได้แก่ 1) แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ 3) กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

สำหรับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 5 แนวคิด ได้แก่ 1) ความหมาย แนวคิด และทฤษฎีการมีส่วนร่วม 2) ความหมาย แนวคิด และนโยบายผู้สูงอายุ 3) ความหมาย แนวคิด และทฤษฎีสภาพแบบองค์รวม 4) ความหมายและแนวคิดเรื่องกระบวนการทัศน์สุขภาพ และ 5) ความหมายและแนวคิดเรื่องกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. ความหมาย แนวคิด และทฤษฎีการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการพัฒนาชนบท หลักการสำคัญหรือหัวใจของการมีส่วนร่วมของประชาชนคือ จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในผลการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งในการพัฒนา ปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชน ถูกกระทบจากสิ่งต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลง ทำให้เกิดสภาพการต่างคนต่างอยู่ มุ่งหวังที่จะแก้ไขปัญหาของตนให้อยู่รอดไปในแต่ละวัน ไม่มีความสนใจต่อสังคมรอบข้าง ทำให้มีปัญหามากมายด้าน ที่นับว่าจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันเพื่อที่จะช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างตรงกับความต้องการของคนส่วนใหญ่ เพื่อที่จะได้ให้แนวทางในการพิจารณาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้ทำการศึกษาจึงขอเสนอแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านที่ได้ศึกษาและรวบรวมไว้ ดังต่อไปนี้

เมธี จันทรจักรกรณ์ (2539, หน้า 8-10) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถอย่างแท้จริง ในการกำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชน ที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมอย่างเป็นฝ่ายกระทำเพื่อให้

เกิดการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน (mass movement) เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา สาธารณสุข ให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนได้

อคิน รพีพัฒน์ (2527, หน้า 107-111) ได้กำหนดขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

- 1) การค้นปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข
- 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนาการแก้ไขปัญหา
- 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน
- 4) การประเมินผลกิจกรรมพัฒนา

สรุปแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยสมัครใจเข้าร่วม ทั้งร่างกาย เวลา ความคิด ทุนทรัพย์ ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผลกระทบ ผลประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ในการกำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชน โดยไม่มีใครมากำหนดกรอบที่มาจากบุคคลภายนอก

1.1 แนวคิดรูปแบบการมีส่วนร่วม

ในการวิจัยนี้ ได้นำแนวคิดรูปแบบการมีส่วนร่วมมาจากทฤษฎีองค์กร (วรรณพร พุทธภูมิพิทักษ์ และ รศ.ดร.กาญจนา น อินทาวง, 2554, หน้า 2-4) ซึ่งได้แบ่งองค์กรเป็น 2 แบบ คือ

1.1.1 องค์กรที่มีรูปแบบ (Formal Organization) หรือองค์กรรูปนัย หรือองค์กรที่เป็นทางการ คือ องค์กรที่มีโครงสร้างอย่างมีรูปแบบ วางกำหนดกฎเกณฑ์ไว้ในระเบียบแบบแผน หรือกำหนดไว้ในกฎหมาย มีสายบังคับบัญชา มีขั้นตอน มีการกำหนดหน้าที่ไว้อย่างเด่นชัด มีการแบ่งงานกันตามความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน องค์กรในลักษณะนี้ จะเห็นได้จากองค์กรเอกชน และองค์กรของรัฐที่เรียกว่า ระบบราชการ (Bureaucracy)

ลักษณะขององค์กรที่มีรูปแบบนั้น จะมีการจัดตั้งอย่างเป็นทางการ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ มีการกำหนดหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานและบุคคลอย่างชัดเจน มีการกำหนดเรื่องอำนาจบังคับบัญชาและวินัยสั่งงานโดยกำหนดลดหลั่นกันเป็นลำดับและเป็นระเบียบที่แน่นอน มีการกำหนดความสัมพันธ์และการติดต่อของหน่วยงาน มีแผนภูมิองค์กร แสดงให้เห็นว่ามีการจัดการแบ่งแยกกันอย่างไร ใครมีอำนาจหน้าที่อย่างไรและมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

1.1.2 องค์กรไร้รูปแบบ (Formal Organization) หรือองค์กรอรูปนัย หรือองค์กรที่ไม่เป็นทางการ องค์กรประเภทนี้เป็นองค์กรที่ไม่มีโครงสร้าง ไม่มีระเบียบและกำหนดกฎเกณฑ์

แน่นอน ไม่มีการกำหนดหน้าที่ของหน่วยงาน แต่ละคน วัตถุประสงค์และเป้าหมายองค์กรนี้ขึ้นอยู่กับความพอใจและความสมัครใจของบุคคลที่มาอยู่ร่วมกัน

โดยในการวิจัยนี้ได้แบ่งรูปแบบของโครงการที่ชมรมผู้สูงอายุจัดขึ้นเป็น 3 รูปแบบ ซึ่งได้นำไปใช้ในการตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. รูปแบบเป็นทางการ (Formal activity) หมายถึง นโยบาย กฎระเบียบ ระบบแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ได้แก่ กิจกรรมที่มีการเข้าร่วมในชมรมต่าง ๆ การเป็นอาสาสมัคร เพื่อสังคม การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเข้ากลุ่มทางการเมือง การทัศนศึกษา และการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม
2. รูปแบบไม่เป็นทางการ (Informal activity) โดยผ่านแนวคิด ผ่านวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ได้แก่ กิจกรรมที่มีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติมิตร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ การช่วยเหลืองานในครอบครัว ในยามฉุกเฉินตามขนบธรรมเนียม จารีตประเพณีวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชนดั้งเดิม
3. รูปแบบผสมผสาน (บูรณาการ) (Solitary or leisure and hobby) หมายถึง เป็นอิสระ ร่วมรับรู้ ร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจในกระบวนการจัดการทั้งการสร้างเสริม ป้องกันโรค การฟื้นฟูและการรักษา ได้แก่ กิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ แบบองค์กรรวม การทำงานเบา ๆ ในยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมนันทนาการ การทำสวน และการปรับปรุงตกแต่งบ้าน

2. ความหมาย แนวคิด และนโยบายผู้สูงอายุ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพผู้สูงอายุต่อเกิดของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เกิดขึ้นจากการที่ผู้แทนชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ มีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างปี พ.ศ. 2529 - 2530 ในประเด็นที่ชมรมผู้สูงอายุเป็นเพียงกลุ่มบุคคล มิได้เป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย หากจะดำเนินกิจกรรมใด ๆ อาจไม่เป็นที่ยอมรับ ทั้งขณะนั้นจำนวนชมรมผู้สูงอายุในประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ควรมีองค์กรกลางเพื่อทำหน้าที่ประสานงานระหว่างชมรมผู้สูงอายุ จึงได้มีการรวมตัวกันจัดตั้งเป็นองค์กรกลางขึ้นและจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลในรูปสมาคมในปี พ.ศ. 2532 ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้โปรดเกล้าฯ รับสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์จนถึงปัจจุบัน สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้ดำเนินงานมาเป็นเวลา 21 ปี

2.2 การสร้างพัฒนาและขยายเครือข่าย (ชมรมผู้สูงอายุ) ชมรมผู้สูงอายุ คือ การรวมตัวของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองกับสังคมส่วนรวมรูปแบบของ

ชมรมผู้สูงอายุของสหพันธ์ชมรมกรุงเทพมหานคร การก่อเกิดของชมรมผู้สูงอายุแต่เดิมเกิดขึ้นตามธรรมชาติ กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุตั้งขึ้นมาเอง ซึ่งสาเหตุมาจากมีเวลาว่าง เหงา ต้องการเพื่อน ต้องการความรื่นเริง (บรรลุ ศิริพานิช : 2542) ต่อมา มีการจัดตั้ง โดยหน่วยงานภาครัฐเพื่อเป็นเครือข่ายในการทำงาน เช่น จัดตั้งโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กรมประชาสงเคราะห์เดิม) กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร ฯลฯ ประเภทของชมรมผู้สูงอายุ อาจแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

- 1) ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้และช่วยเหลือผู้อื่นได้
- 2) ชมรมที่พึ่งตัวเองได้เท่านั้น
- 3) ชมรมที่ต้องการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ
- 4) ชมรมชนิดพิเศษ (ชมรมผู้สูงอายุเฉพาะอาชีพ เช่น ชมรมแพทย์อาวุโส)

(บรรลุ ศิริพานิช : 2536)

การสร้างเครือข่ายที่เป็นชมรมผู้สูงอายุ เป็นนโยบายที่สำคัญของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ทั้งนี้เพื่อขยายความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้สูงอายุให้กว้างขวางขึ้น เพื่อขยายความช่วยเหลือเกื้อกูลที่มีต่อกัน ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุและประโยชน์ในการรวบรวมและเผยแพร่ข่าวสารและข้อมูลระหว่างชมรม รวมถึงการแบ่งปันทรัพยากรสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เองได้มีการขยายเครือข่ายที่เป็นชมรมผู้สูงอายุ ผ่านทางคณะกรรมการสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ แต่ละจังหวัด และกลุ่มเขตในกรุงเทพมหานคร และผ่านทางโครงการ “ชมรมพี่ - ชมรมน้อง” ซึ่งเป็นโครงการที่ให้ชมรมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสูงในจังหวัดทำหน้าที่เป็นชมรมพี่ ไปดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านห่างไกล เรียกว่า “ชมรมน้อง” ให้มีกิจกรรมพัฒนาเกิดขึ้น โดยมีปรัชญาในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ คือ “ชมรมผู้สูงอายุเป็นของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุและเพื่อสังคม”

2.3 ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพ ปัจจุบันนี้ ประเทศไทยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากวิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าทันสมัย สามารถตรวจ วินิจฉัยและบำบัดรักษาได้ สารพัดโรคมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อโรคร้ายไข้เจ็บนานาชนิด รู้จักการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อร่างกาย ดังนั้นการปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ จากผู้รอบข้าง เช่น การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับได้โดยง่าย และจะทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนความคิดเห็นคุณค่าในตัวเอง และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานหลักที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้

กฎหมายและประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ และดำเนิน งานภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข (ปี พ.ศ. 2552-2554) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้สูงอายุโดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญประกอบด้วย

- 1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) การสร้างและพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3) การสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ
- 4) การบริหารจัดการเชิงบูรณาการสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชน ได้มีการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย ขอนแก่น นนทบุรี และสุราษฎร์ธานี เพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการ และบริบทของชุมชน รวมทั้งการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ในปี พ.ศ. 2553 มีตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำนวน 42 ตำบล ในพื้นที่ 35 จังหวัด และกรมอนามัยมีเป้าหมายในการส่งเสริม สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการดำเนินงานตำบลต้นแบบครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ (1 จังหวัด 1 ตำบลต้นแบบ) ภายในปี พ.ศ.2555 โดยตำบลที่จะผ่านเกณฑ์เพื่อเป็นตำบลต้นแบบนี้ ต้องประกอบด้วย

- 1) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
- 2) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- 3) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข
- 4) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้เลย ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานดำเนินงานที่สำคัญ เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่กำลังเกิดขึ้นในอนาคต

อนึ่ง กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) ประกาศ ณ วันที่

12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ลงในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนพิเศษ 6 วันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2553 หน้า 40 เพื่อกำหนดให้กิจการที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นกิจการที่ต้องตามพระราชบัญญัติกิจการ สาธารณสุข พ.ศ. 2535 โดยคาดหวังว่าจะเป็นมาตรการทางกฎหมายที่จะใช้ในการควบคุมกำกับกำกับการดำเนินการของผู้ประกอบการกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านซึ่งมีแนวทางสำหรับองค์กรปกครองท้องถิ่นนำไปประกาศใช้เพื่อควบคุมกำกับกิจการดังกล่าว ตลอดจนผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีมาตรฐาน

2.4 โครงสร้างการบริหารและการดำเนินงานของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย องค์ประกอบของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย

2.4.1 ที่ประชุมใหญ่ (สมาชิกสามัญ สมาชิกกิตติมศักดิ์ สมาชิกอุปการะ คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการดำเนินการ ประธานกรรมการฝ่าย ที่ปรึกษา และประธานอนุกรรมการต่าง ๆ) สมาชิกของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย มี 3 ประเภท

2.4.1.1 สมาชิกสามัญ ได้แก่ ประธาน เลขานุการ สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยประจำจังหวัด/ กลุ่มเขต ที่เป็นผู้แทนชมรมผู้สูงอายุจังหวัดละ 2 คน สมาคม องค์กรส่วนราชการหรือสถาบันที่ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.4.1.2 สมาชิกกิตติมศักดิ์ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ บุคคลหรือองค์กร ที่ประธานกรรมการบริหารของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เห็นสมควรเชิญเป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ตามระเบียบของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

2.4.1.3 สมาชิกอุปการะ ได้แก่ บุคคลหรือองค์กรทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ให้ความอุปการะแก่สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ซึ่งประธานกรรมการบริหารของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เห็นสมควรเชิญเป็นสมาชิกอุปการะตามระเบียบของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

2.4.2 คณะกรรมการบริหารสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย กรรมการบริหารสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย นอกจากประธานแล้ว มีจำนวน 25 คน มาจากการเลือกตั้งในที่ประชุมใหญ่ จำนวน 10 คน และประธานกรรมการบริการแต่งตั้ง จำนวน 4 คน ส่วนอีก 10 คน มาจากสมาชิกสามัญซึ่งเป็นผู้แทนของชมรมผู้สูงอายุประจำจังหวัดในส่วนภูมิภาค จำนวน 8 คน (ภาคละ 2 คน) และกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 คน กรรมการบริหารอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี

2.4.3 งบประมาณงบประมาณในการดำเนินงานของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เป็นงบประมาณที่สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ดำเนินจัดหามาเอง โดยการระดมทุนรูปแบบต่าง ๆ ทุกปีสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จะได้รับเงินอุดหนุนเป็น

ลักษณะโครงการฯ จากหน่วยงานภาครัฐบางหน่วย เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น

2.5 จำนวนเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ มีจำนวน 22,880 ชมรม จำแนกเป็นรายภาคได้ดังนี้

กรุงเทพมหานคร	376 ชมรม
ภาคกลาง	2,629 ชมรม
ภาคเหนือ	7,894 ชมรม
ภาคใต้	1,406 ชมรม
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,595 ชมรม

2.6 การพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย จากรายงานการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ในระยะเวลา 5 ปีแรกของแผน (พ.ศ.2545-2549) ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ มีความแตกต่างกันมากสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ มีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เพื่อให้ชมรมมีความเข้มแข็งสามารถดำเนินกิจกรรมที่จะสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต กลุ่มสมาชิกโดยการจัดทำโครงการ กล่าวสรุปโดยสังเขป ดังนี้

2.6.1 การจัดอบรมสัมมนากรรมการบริหาร กรรมการสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ ประจำจังหวัด ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการบริหารงาน การทำกิจกรรมในสาขาชมรม ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำโครงการ กิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องทุกปี

2.6.2 การจัดหาทรัพยากร(เงินทุน) มาสนับสนุนให้เครือข่ายผู้สูงอายุ ได้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม ที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ซึ่งโครงการนี้เป็นโครงการที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มอบหมายให้สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ พิจารณาโครงการที่ชมรม สมาคม หน่วยงานต่าง ๆ ที่จัดทำโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อขอรับเงินสนับสนุนจาก สสส. ตามแผนงานสนับสนุนโครงการเปิดรับทั่วไปและนวัตกรรม (Open Grant) ซึ่งในแต่ละปีมีชมรม สมาคม หน่วยงาน สามารถจัดทำโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำนวนมาก

2.6.3 การเชื่อมโยงชมรมผู้สูงอายุ โดยคณะกรรมการสาขาสมาคมประจำ จังหวัด/เขต และสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ จากส่วนกลางเพื่อให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ตลอดจนส่งเสริม และสนับสนุน กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเป็นระยะ ๆ

2.7 การผลักดันนโยบายสำคัญ ๆ ระดับชาติ ในฐานะที่สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เป็นเครือข่ายผู้สูงอายุระดับชาติที่ก่อตั้งมากกว่า 20 ปี (ก่อตั้ง พ.ศ. 2532) สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้มีส่วนผลักดันงานสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย

2.7.1 การจัดทำพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

2.7.2 การจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)

2.7.3 โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ) พ.ศ. 2536

2.7.4 การจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยฯ พ.ศ.2542

2.7.5 โครงการสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการ (เป็นต้นแบบ)

2.8 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพพอใช้ (ร้อยละ 41.8) สุขภาพดี (ร้อยละ 30.5) สุขภาพไม่ดี (ร้อยละ 21.7) สุขภาพดีมาก (ร้อยละ 3.6) และสุขภาพไม่ดีมาก ๆ (ร้อยละ 2.5) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2539) พบว่า สุขภาพปานกลางร้อยละ 54.4 สุขภาพดี ร้อยละ 25.5 สุขภาพไม่ดีย้อยละ 10.8 และสุขภาพดีมาก ร้อยละ 9.3 จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุไทยประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีมาก (ร้อยละ 34.1) ใกล้เคียงเมื่อปี 2539 คือ ร้อยละ 34.8 และสุขภาพไม่ดี เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 24.1 (สุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ) เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ของจากการศึกษาปี 2539 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและดีมากในผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและนอกชุมชนเมืองใกล้เคียงกัน(ร้อยละ 34 และร้อยละ 33.9 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ (ร้อยละ 22.7 และร้อยละ 24.9 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาด้านทัศนคติที่มีต่อสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองคิดว่ามีสุขภาพดีมาก มีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมือง (ร้อยละ 4.0 และ 3.2ตามลำดับ) และที่คิดว่ามีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมือง (ร้อยละ 2.5) ขณะที่ในชุมชนเมืองร้อยละ 2.2 เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคต่าง ๆ พบว่าโดยภาพรวมผู้สูงอายุทุกภาคมีภาวะสุขภาพพอใช้ รองลงมาคือ สุขภาพดี ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครคิดว่าตนเองมีสุขภาพดี (ร้อยละ 40) รองลงมา คือ สุขภาพไม่ดี (ร้อยละ 35.6) ผู้สูงอายุในภาคใต้ที่คิดว่า

ตนเองมีสุขภาพดีมาก ร้อยละ 4.7 ซึ่งมากกว่าภาคอื่น ๆ ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีมากมีน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 2.6

เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเพศชายและเพศหญิง พบว่า ผู้สูงอายุในเพศชายและหญิงมีภาวะสุขภาพพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 39.2 และ ร้อยละ 43.4 ตามลำดับ) สุขภาพดีมากและดีใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 40.5 และร้อยละ 40.2 ตามลำดับ) ในขณะที่ ผู้สูงอายุในเพศหญิงที่คิดว่ามีสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ สูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 26.4) ในภาพรวมตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในและนอกชุมชนเมือง ในผู้สูงอายุเพศชายคิดว่าตนเองมีสุขภาพดีมากและดีมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุในเพศหญิง ขณะที่ร้อยละของผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยนอกชุมชนเมืองที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมาก ๆ มีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและดีใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 40.5 และร้อยละ 40.2 ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้สูงอายุในเพศหญิงที่คิดว่ามีสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ สูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 26.4) ในภาพรวมตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในและนอกชุมชนเมือง ในผู้สูงอายุเพศชายคิดว่าตนเองมีสุขภาพดีมากและดีมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุในเพศหญิง ขณะที่ร้อยละของผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยนอกชุมชนเมืองที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมาก ๆ มีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองยกเว้นร้อยละที่มีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ของผู้สูงอายุในเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในและนอกเมืองมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน

จากการสำรวจนี้อาจสรุปได้ว่า

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเพศชายดีกว่าเพศหญิง ฉะนั้นเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมากขึ้น เพราะผู้สูงอายุในเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลสุขภาพและให้คำปรึกษาของคนในครอบครัว เมื่อพิจารณาในกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีมากและดี ส่วนใหญ่อยู่กลุ่มอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี สูงกว่ากลุ่มอายุ 80 ปี ซึ่งสัมพันธ์กันกับผู้สูงอายุที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมาก ๆ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป สำหรับสัดส่วนผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพพอใช้ มีสัดส่วนเท่ากัน (มากกว่าร้อยละ 40)

2. เมื่ออายุมากขึ้นสภาพร่างกายเสื่อมและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้นสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรณรงค์ให้มีการสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กส่งผลเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุสุขภาพจะแข็งแรงและชะลอความชรา

2.9 ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 87) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 22.6) และ

นอนตื่นขึ้นมาไม่สดชื่น (ร้อยละ 20.6) เมื่อเปรียบเทียบในเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมืองมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง

เมื่อพิจารณาปัญหาภาวะสุขภาพจิตในภาคต่าง ๆ พบว่า ภาคใต้ ผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าสูงสุด (ร้อยละ 15.5) ผู้สูงอายุภาคเหนือมีภาวะรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่ามากที่สุด (ร้อยละ 10.9) ในขณะที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตในภาวะต่าง ๆ มากกว่าผู้สูงอายุภาคอื่น ๆ โดยเฉพาะภาวะคิดฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 5.2 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุภาคเหนือ (ร้อยละ 4.1) ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะคิดฆ่าตัวตายต่ำที่สุด ร้อยละ 1.4 จากการสำรวจอาจสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีสภาพสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตที่ค่อนข้างมีความเครียดกว่าผู้สูงอายุภาคอื่น ๆ เช่น สภาพที่อยู่อาศัยที่แออัด อยู่ในชุมชนแออัดการทำมาหากินต้องแข่งขันกัน เป็นต้น เพราะภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุขึ้นกับสภาพแวดล้อม เช่น ผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือและเชื่อฟังจากบุตรหลาน การเอาใจใส่จากบุตรหลาน และการให้ความสำคัญในฐานะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความพอใจในการดำรงชีวิต ในทางตรงกันข้าม ความรู้สึกสูญเสียจะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงมาก เช่น การกลัวถูกทอดทิ้งกังวลไม่มีคนดูแล ตลอดจนรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว หมดกำลังใจ เป็นต้น เมื่อพิจารณาในกลุ่มอายุและเพศ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งในเพศชายและเพศหญิงกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่า มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้า ขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบน้ำหนักรมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าผู้สูงอายุของกลุ่มอายุอื่น ๆ รองลงมาคือ ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 70-79 ปีและกลุ่มอายุ 60-69 ปี ตามลำดับ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า แนวโน้มของปัญหาภาวะสุขภาพจิตพบมากในผู้สูงอายุอายุมาก (Middle old, Old old) สาเหตุจากผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ลูกหลานไม่สนใจดูแลหรือใช้ชีวิตเสียชีวิต ต้องอยู่คนเดียว เป็นต้น และพบว่า ผู้สูงอายุในเพศหญิงมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุในเพศชาย เช่น มีอาการซึมเศร้า รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า คิดอยากตาย จากการสำรวจชี้ให้เห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสังคมและพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ต้องเข้าไปช่วยเหลือ สร้างภาวะสุขภาพจิตที่แข็งแรง รวมทั้งสร้างกลุ่มทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรม ไม่เหงา รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีเพื่อน และมีรายได้เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การสร้างรายได้ (เช่น การทอผ้า เครื่องจักรสานต้น) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดีเมื่อใช้เพศและเขตที่อยู่อาศัยในการพิจารณาปัญหาภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ทั้งในและนอกชุมชนเมืองมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุในเพศชาย

3. ความหมาย แนวคิด และทฤษฎีสภาพแบบองค์รวม (Holistic health care)

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ไม่เพียงปราศจากโรค แต่ยังหมายรวมถึงความเป็นปกติสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา จะเห็นได้จากนิยามนี้ครอบคลุมสุขภาพใน 4 ด้านอย่างสมบูรณ์และเป็นภาพรวมของคนทั้งคน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็น “คุณภาพของชีวิต” อย่างไม่รู้ดีนักวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขในซีกตะวันตกกลับมีวิถีคิด มุมมอง หรือกระบวนทัศน์ในเรื่องสุขภาพแบบแยกส่วนและแพร่กระจายไปทั่วโลกตลอดระยะเวลาไม่น้อยกว่า 50 ปีที่ผ่านมา สุขภาพถูกครอบงำด้วยวิถีคิดที่เห็นว่าคนเหมือนเครื่องจักร สามารถแยกเป็นส่วน ๆ จิตใจและร่างกายเป็นคนละส่วนกัน และคิดแบบนี้จึงทำให้เกิดการดูแลสุขภาพแยกเป็นส่วน ๆ ก่อให้เกิดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการรักษาเฉพาะทาง ลึกลงไปเป็นเรื่อง ๆ แต่ละโลก แต่ละอวัยวะขาดความสนใจในความสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อย ๆ ของชีวิต ไม่ได้ดูแลคนทั้งคน สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรคุดเชศวิกกรมพระบรมราชชนก (หรือประชาชนรู้จักในนาม กรมหลวงสงขลานครินทร์ และสมเด็จพระราชบิดาแห่งการแพทย์) ครั้งหนึ่งทรงมีพระราชดำรัสกับนักศึกษาแพทย์ว่า “ฉันไม่ต้องการให้เธอมีความรู้การแพทย์เพียงอย่างเดียว ฉันต้องการให้เธอเป็นคนด้วย” แสดงว่าพระองค์ท่านทรงเห็นสุขภาพองค์รวม โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของสุขภาพกาย และใจ ยิ่งไปกว่านั้นทรงเตือนนักศึกษาแพทย์อย่ามัวรักษาแต่โรคหรือร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง แต่ให้คำนึงถึงการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งคนอย่างองค์รวมทั้งกาย จิตใจ และครอบครัว-สังคม ด้วยเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน(ปัจจุบันใช้คำว่าด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์)

ในปัจจุบันนี้ กระบวนทัศน์หรือวิถีคิดในเรื่องสุขภาพแบบแยกส่วนกำลังเปลี่ยนไปสู่วิถีคิดแบบองค์รวมซึ่งกำลังได้รับความสนใจจากวงการแพทย์ สาธารณสุข และสังคมมากขึ้น ทั้งนี้โดยอาศัยหลักคิดเชิงนิเวศวิทยา กล่าวคือ ความเป็นปกติสุขของชีวิตคนเราแต่ละคน ประกอบด้วยความสัมพันธ์ระบบย่อย ๆ ที่อยู่ภายในตัวคน ทั้งองค์ประกอบด้านร่างกาย ตั้งแต่ เซลล์ โมเลกุล เนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ องค์ประกอบทางจิตใจ คือ ความรู้สึก ความคิด และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวคน เช่น ดิน น้ำ อากาศ รวมทั้งชีวิตอื่น ๆ ทั้งคน (ครอบครัว พ่อแม่ ญาติ สังคม) พืช สัตว์ จุลินทรีย์ ฯลฯ ทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน มีหน้าที่ทำงานสอดคล้องกัน โดยที่ความสัมพันธ์นี้มีความเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา และถูกควบคุมด้วยการจัดระเบียบตัวเองที่พอเหมาะพอดีอยู่ในภาวะสมดุล เรียกว่า “คุณภาพของชีวิต” หากองค์ประกอบส่วนใดก็ตามเกิดผิดปกติ ก็จะส่งผลต่อความสัมพันธ์และการทำงานทำหน้าที่ของทั้งระบบ เรียกว่า ขาดสมดุลหรือขาดคุณภาพ ระบบก็จะพยายามปรับตัวให้กลับสู่ความสมดุล ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะแสดงออกด้วยการเจ็บป่วยต่าง ๆ ทั้งกายและจิตใจ เช่น มีไข้ ปวดหัว ปวดเนื้อเมื่อยตัว คลื่นไส้ อาเจียน เกรียด นอน

ไม่หลับ วิตกกังวล หรือแม้แต่โรคทางจิตต่าง ๆ ฯลฯ หากร่างกายสามารถปรับให้คืนสู่ภาวะสมดุล ได้สุขภาพดีก็จะดำรงอยู่ชีวิตก็จะมีมีความสุขมีความสุขต่อไป

สุขภาพองค์รวมแบบนี้ จึงอยู่บนเกณฑ์ที่ว่า ส่วนรวมทั้งหมดถูกสร้างขึ้นมาจากส่วนย่อย ๆ ที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องและพึ่งพาต่อกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ เพราะถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งถูกทำลายไป จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ เสียคุณภาพไป ซึ่งจะทำให้ส่วนอื่น ๆ ถูกทำลายไปด้วย เช่นเดียวกับชีวิตมนุษย์แต่ละคนจะประกอบด้วยร่างกาย (Physical) จิตใจ (Mental and Emotional) สังคม (Social) และจิตวิญญาณ (Spiritual) ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของชีวิตสูญเสียการทำงานไป จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่นๆ ที่เหลือ ในขณะที่เดียวกันชีวิตและองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้านก็จะเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กับสรรพสิ่งแวดล้อมเช่นกัน แม้ว่าองค์รวมจะมีส่วนแยกย่อยหลายอย่างมาประกอบกันก็ตาม แต่ทว่าองค์รวมก็มีคุณสมบัติใหม่ที่ส่วนประกอบย่อยไม่มี (The whole is more than the sum of its parts) ตามแนวคิดสุขภาพองค์รวมนี้ จึงสอดคล้องกันนิยามดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า สุขภาพมิได้หมายถึงแค่เพียงการปราศจากโรค แต่หมายรวมถึงสภาวะที่ชีวิตมีความปกติสุขสามารถรักษาสมดุลของระบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยไว้ได้ ทั้งองค์ประกอบด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภาวะสมดุลเช่นนี้ คือ สุขภาวะหรือการมีสุขภาพที่ดี

นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงหลักคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมในแง่มุมอื่น ๆ เช่น สุขภาพองค์รวม เป็นกระบวนการทัศน์ของการมองโลก มองชีวิต ว่าทุกสิ่งทุกอย่างสานสัมพันธ์กันมิได้ แยกส่วนเป็นเรื่อง ๆ มองชีวิตเป็นหนึ่ง ไม่ได้แยกกายกับจิต มิได้แยกเรื่องทางสังคม สิ่งแวดล้อม ออกจากเรื่องสุขภาพ ถ้าเป็นหนึ่งก็ย่อมมีความเครียด อาจเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ สุขภาพองค์รวม จึงสะท้อนออกมาในการดำเนินชีวิตอย่างมีสติทำให้อยู่เย็นเป็นสุข โดยการรู้จักเลือกวิธีการดำเนินชีวิตทั้งกายใจ สิ่งแวดล้อม สังคม อาหารและด้านจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดสุขภาพ (เสรี พงศ์พิศ: สุขภาพ 200 คำ น.154) สุขภาพองค์รวม เป็นการมองสุขภาพว่าที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับทั้งชีวิตมากกว่าเน้นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยพิจารณาที่ “ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่างที่ปฏิสัมพันธ์กันคนคนนั้น

ดังนั้น สุขภาพองค์รวม หมายถึง สุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติของชีวิตที่เป็นสุขภาวะโดยรวม อันเกิดจาก สุขภาวะทางกาย จิตและสังคม ซึ่งเชื่อมโยงสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ยากที่จะแยกออกจากกันเป็น ๆ หรืออย่างโดด ๆ ได้ (พระไพศาล วิสาโล : สุขภาพองค์รวมกับสุขภาพสังคม) “Holistic” หมายถึง การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งความหมายดั้งเดิมของ Holistic มาจากภาษากรีกคือ คำว่า Holos หมายถึง Whole แปลว่าทั้งหมด สุขภาพองค์รวมจึงหมายถึงความสมบูรณ์ทั้ง

ทางร่างกาย จิตใจ สติ และจิตวิญญาณ (Body, Mind & Spirit) ไม่เพียงแต่ไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีโรค หากยังครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขของทุกคนด้วย

ในพระพุทธศาสนา ทศนะหรือกระบวนการคิดแบบองค์รวมปรากฏอยู่ใน “โยนิโสมนสิการ” หรือเรียกว่าวิธีคิดแบบสืบสาวเหตุปัจจัย หรือ อิทัปปัจจยตา โดยมีหลักการว่า “เมื่อสิ่งที่มีสิ่งนี้จึงมี เพราะสิ่งนี้เกิด สิ่งนี้จึงเกิด เพราะสิ่งนี้ไม่มี สิ่งนี้จึงไม่มี เพราะสิ่งนี้ดับ สิ่งนี้จึงดับ”

ภาพรวมของมนุษย์โลกและจักรวาล มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันในลักษณะขององค์รวม ซึ่งพุทธทาสภิกขุได้เปรียบเทียบจำลองความคิดในเรื่องนี้ในรูปของ “สหกรณ์” ว่า “ดูเถอะจักรวาลคอสโม (cosmos) ระหว่างดวงอาทิตย์ ดวงดาว ดวงอะไรต่าง ๆ จักรวาลทั้งหมดมันอยู่อย่างสหกรณ์ มันเนื่องกันและกัน สัมพันธ์กัน และกันมันจึงอยู่ได้ ในโลกเดียวกันมันมีการอยู่แบบสหกรณ์ มนุษย์ สัตว์ เจริญกัน กับต้นไม้ กับแผ่นดิน มันอยู่อย่างประสานงานกันแบบสหกรณ์ มือ ดิน แขน ขา มันทำงานแบบสหกรณ์ ชีวิตจึงรอดได้ (พุทธทาสภิกขุ 2521:39-40) Susan Walter ประธานสมาคมสุขภาพองค์รวมของอเมริกา (American Holistic Health Association, AHHA) กล่าวว่า ทศนะ (กระบวนการทศน์หรือวิธีคิด) แบบองค์รวม ให้ความหมายของคุณค่าของคำว่า “สุขภาพ” มากกว่าการไม่เจ็บป่วย ซึ่งหมายรวมถึงการปรับ แก้ไข และพัฒนาให้เกิดสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น (1) สุขภาพองค์รวมจึงเป็นกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอด วิถีชีวิต ถือเป็นพันธะสัญญา และความรับผิดชอบส่วนบุคคลที่ต้องพยายามเดินหน้า ปรับ แก้ไข พัฒนา และดำรงตนให้มีสุขภาพที่ดี ไม่ว่าจะกำลังอยู่ในสภาวะสุขภาพระดับใด จากระดับขั้นความ เจ็บป่วย การมีสุขภาพถดถอยซึ่งคร่า ภาวะที่ยังไม่แสดงออกถึงเจ็บป่วย จนถึงการมีสุขภาพที่ดีเยี่ยมซึ่งช่วงระหว่างสภาวะ 2 ประการหลัง ควรได้รับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ และดำรงสภาวะสุขภาพที่ดีไว้เสมอเช่นกัน ไม่ใช่ให้ความสนใจเฉพาะการรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วยเท่านั้น (2) สุขภาพของเราจะเป็นไปตามพฤติกรรมสุขภาพหรือวิถีชีวิตที่เราเป็น หลักการนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยของศูนย์ควบคุมและป้องกัน โรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (The U.S Centers for Disease Control and Prevention) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของบุคคล (ซึ่งพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา) เป็นผลกระทบจากคุณภาพของการบริการเพียงร้อยละ 10 จากกรรมพันธุ์ร้อยละ 18 จากสิ่งแวดล้อมร้อยละ 19 และเป็นผลกระทบจากวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพสูงถึงร้อยละ 53 กองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมหลักการพื้นฐานของสุขภาพองค์รวมไว้ดังนี้

1. สุขภาพองค์รวมให้คุณค่าของคำว่า “สุขภาพ” ว่าหมายถึง การปรับ แก้ไข และพัฒนาให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงแต่การเจ็บป่วย

2. “สุขภาวะของเราจะเป็นแบบเดียวกับที่วิถีชีวิตของเราเป็นการเลือก “บริโภคนิสัย” สิ่งใดเข้าสู่ร่างกาย “ร่างกาย” และ “จิตใจ” จะมีส่วนกำหนดสุขภาวะกายและใจของบุคคลนั้น

3. การป้องกัน โรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด หลักการของสุขภาพองค์รวม จะเน้นการพัฒนาระดับการมีสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อย ๆ จนให้ดีเยี่ยมที่สุด โดยให้ทบทวนพฤติกรรมในแต่ละวันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง ค้นหาและปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อเรียนรู้ถึงความรู้สึกที่ดีของการมี “พลัง” ในชีวิต และพร้อมที่สร้างและสะสมพฤติกรรมและพลังดังกล่าวต่อไปในอนาคต

4. สุขภาพองค์รวม เน้นการให้ความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ให้ความสำคัญกับกระบวนการทางการศึกษา และสร้างความรับผิดชอบให้แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่สมดุลและสมบูรณ์ 5. เมื่อมีภาวะความเจ็บป่วย การแพทย์องค์รวม (Holistic Medicine) จะใช้หลักการแบบองค์รวมในการแลกเปลี่ยนเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพกับคนไข้ โดยการเยียวยาแบบธรรมชาติ (Natural Healing System) และพิจารณาปัจจัยทั่วทั้งตัวคนและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

3.1 สุขภาพองค์รวม 3 ระดับ

3.1.1 ระดับบุคคล หมายถึง การทำให้เกิดความสมดุลในตัวคนแต่ละคน ทั้งด้านทางร่างกาย จิตใจ (อารมณ์) และจิตวิญญาณ โดยที่หันทางไปสู่คุณภาพ คือ การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรักษาอารมณ์ ทำจิตใจให้ผ่อนคลายและมีคุณธรรมเป็นพฤติกรรมที่มุ่งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.1.2 ระดับครอบครัว มีความสมดุลของสภาวะในตัวคน เชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว มีครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีความรักให้กันและกัน ช่วยกันดูแลให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ ทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบและบทบาทแตกต่างกันไป

3.1.3 ในระดับชุมชนและสังคม มีความสมดุลของสภาวะในตัวคน เชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ และสิ่งแวดล้อมในชุมชนและสังคมโดยรวม

3.1.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคนต่อคน หมายถึงคนในชุมชน สังคมมีความเกื้อกูลเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน เป็นชุมชน สังคมที่มีเอกภาพกันถึงแม้ว่าคนในสังคมนั้น ๆ จะมีความแตกต่างและหลากหลายชนชั้น อาชีพ ความคิด ฯลฯ แต่คนจำนวนมากมีเจตจำนงอย่างเดียวกัน ที่จะสร้างสังคมที่ดีงามสุขภาพและชีวิตของคนในชุมชนสังคมจึงเจริญงอกงามอย่างสมดุล

3.1.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ มีความตระหนักรู้ว่ามนุษย์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ให้ความเคารพและเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันกับธรรมชาติและสรรพสิ่งอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นสัตว์นานาพันธุ์ ต้นไม้ ป่าไม้ ภูเขา แม่น้ำ ลำธาร อากาศ ฯลฯ ตระหนักและจริงจังที่จะ

ใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน สร้างความสัมพันธ์ที่กลมกลืนและสมดุลระหว่างคนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

3.2 สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการดูแลสุขภาพที่มีการบูรณาการความรู้ดั้งเดิมเข้ากับการบำบัดเสริม เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะที่ดี และป้องกันรักษาโรค ในปัจจุบันมีการนำการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมไปใช้ในการบำบัดรักษาคนไข้ หรือผู้ที่มีความไม่สบาย ทำให้เกิดเป็นการแพทย์แบบองค์รวมขึ้น (Holistic Medicine) การแพทย์แบบองค์รวมได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ เปรียบเสมือนปรัชญาการสร้างสุขภาพและการรักษาโรค ซึ่งจะพิจารณาองค์ประกอบทุกอย่างของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นไปที่การให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา หรือปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรคภัยด้วยตนเอง จะเห็นได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทพฤติกรรมสุขภาพจาก “เชิงรับ” มาเป็น “เชิงรุก” ในบางครั้งเรียกการแพทย์แบบองค์รวมว่าเป็นการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) โดยไม่ได้จำกัดอยู่ที่วิธีใดวิธีหนึ่ง หากแต่ครอบคลุมถึงการวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามของสุขภาพ (Health) หมายถึงความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สติ และจิตวิญญาณ ส่วนคำนิยามสุขภาวะ (Well-Being) คือ การที่สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางสติ และทางจิตวิญญาณอยู่กันอย่างสมดุล (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน ปรถ ปรฐพีทอง, 2547 และ Mathai, 2005)

สุขภาวะ (Well-Being) คือ การมีสุขภาพดี มีความรู้สึกเป็นสุข ความสมดุล ความเป็นองค์รวมของ 4 มิติ คือ กาย จิต สติ ปัญญาหรือจิตวิญญาณ ที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์ และสติ เพื่อสร้าง “ความอยู่เย็นเป็นสุข” (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน กองบรรณาธิการไกล่หมอ, 2547) สุขภาวะทางจิตใจ (Mental Health) หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่มีความเครียด มีสติสัมปชัญญะ และความคิดอ่านตามควรแก่อายุ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน ประเวศ วะสี, 2543 และ สัตน์ หัดถิรัตน์, 2548) หรือกล่าวได้ว่าจิตใจเป็นตัวเชื่อมระหว่างภายในและภายนอกตัวอย่างเช่น การทำสมาธิ เทคนิคการ Deep Relaxations เพื่อเป็นการเพิ่มสมาธิและช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ การทำสมาธิและการใช้น้ำมันสมุนไพร Mass therapy และการกดจุด ซึ่งเป็นการทำให้มีการเคลื่อนไหวของพลังงานภายใน (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน Mathai, 2005)

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางร่างกาย (Physical Health) หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน ประเวศ วะสี, 2543) โคนในการแพทย์แบบองค์รวมจะเน้นไปที่การคลายความตึง

ของกล้ามเนื้อโดยการถ่ายทอดพลังงานผ่านทางารนวด ได้แก่ วารีบำบัด การพอกหน้าด้วยผักและโคลนพอก การบำบัดโดยการสัมผัส (Touch Therapy)

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางสังคม (Social Health) หมายถึง ความสามารถในการอยู่ร่วมกันในสังคม มีความสุข สันติภาพ มีระบบการบริการที่ดี

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) เป็นความสุขที่เกิดจากการเข้าใจธรรมชาติ เข้าใจความจริงแห่งชีวิตและสรรพสิ่ง จนเกิดความรอบรู้ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน สัตน์ หัตถิรัตน์, 2548)

สมาคมการแพทย์แบบองค์รวมของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวม 2 แบบ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน Walter, 2005) ดังนี้

1. สุขภาพแบบองค์รวม คือทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย และจิตใจ หรือร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ หรือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เมื่อนำไปประยุกต์ใช้กับการรักษาจะเรียกว่าการรักษาแบบองค์รวม (Holistic Medicine) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 อย่าง คือ สาเหตุของการเกิดโรค การเพิ่มความเกี่ยวข้องของผู้ป่วย และการพิจารณาการรักษาแผนปัจจุบัน (Allopathic) และ การรักษาแบบทางเลือก (Alternative)

2. สุขภาพแบบองค์รวม หมายถึงการดูแลสุขภาพแบบทางเลือก เป็นการเปลี่ยนการรักษาจากการแพทย์แผนปัจจุบันและใช้การรักษาแบบทางเลือกดังนั้นสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นปรัชญาของการมีสุขภาพที่ดี โดยพิจารณาถึงทุก ๆ องค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาจากปฏิริยาคความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีที่สุด

สำหรับคำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวมของไทย ตาม (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ระบุไว้ว่า เป็นสุขภาพที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้หมายถึงความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น โดย (ร่าง)

พระราชบัญญัติสุขภาพได้จำแนกภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ระบบการแพทย์แผนไทย เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยอาศัยความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาตั้งแต่ในอดีต เช่น รักษาด้วยการใช้สมุนไพร การนวด ประคบ การใช้ธรรมชาติบำบัด การนั่งสมาธิ

2. ระบบแพทย์พื้นบ้าน คือ ระบบการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน จนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต

3. การแพทย์ทางเลือก หมายถึง ระบบการแพทย์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หรือใช้แพทย์พื้นบ้าน เช่น โยคะ ชีกง หรือการฝังเข็ม

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้เปิดให้บริการสุขภาพที่เน้นการให้บริการแบบองค์รวม หรือ ไทยสัปปายะ คำว่า สัปปายะ มาจากภาษาบาลี แปลว่า สภาพเอื้อเอื้อเกื้อหนุน ช่วยให้เป็นผู้ทำ กิจกรรม หรือดำเนินกิจกรรมได้ผลดี ไทยสัปปายะจะเป็นการรวมภูมิความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งองค์ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรไทย หัตถบำบัดด้วยการนวดแผนไทย และสปปาแบบไทยที่มีการ รักษาด้วยอาหาร การบำบัดด้วยน้ำ การบำบัดด้วยกลิ่น การสร้างความแข็งแรงให้กับจิตใจด้วยการ นั่งสมาธิ การทำฤๅษีตัดตน รวมทั้งการบริหารแบบต่าง ๆ โดยทั้งหมด อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน กองบรรณาธิการ ใกล้เคียง, 2547)athai, 200

กระบวนการที่เน้นต่อการมองชีวิตและสุขภาพในแนวสุขภาพแบบองค์รวม มองสุขภาพ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทั้งชีวิต มากกว่าการเน้นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยจะพิจารณาที่ "ตัวคนทั้งคน" ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ วิญญาณ รวมถึง ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนคนนั้น

3.3 หลักการพื้นฐานของสุขภาพองค์รวม กองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ข้อมูลหลักการพื้นฐานของสุขภาพองค์รวมไว้ ดังนี้

3.3.1 สุขภาพองค์รวมให้คุณค่าของคำว่า "สุขภาพ" ว่าหมายถึง การปรับ แก้ไข และพัฒนาให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงแค่การไม่เจ็บป่วย

3.3.2 สุขภาวะของเราจะเป็นแบบเดียวกับที่วิถีชีวิตของเราเป็น "การเลือก "บริโภค" สิ่งใดเข้าสู่ทั้งทาง "ร่างกาย" และ"จิตใจ"จะมีส่วนกำหนดสุขภาวะกายและใจของบุคคลคนนั้น

3.3.3 การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด หลักการของสุขภาพองค์รวมจะเน้นการพัฒนาในระดับการมีสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อย ๆ จนให้ดีเยี่ยมถึงที่สุด โดยให้บททวน พฤติกรรมในแต่ละวันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

3.3.4 สุขภาพองค์รวมเน้นการให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต ให้มีความสำคัญกับ กระบวนการทางการศึกษา และสร้างความรับผิดชอบให้แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มี สุขภาวะที่สมดุลและสมบูรณ์

3.3.5 เมื่อมีสภาวะความเจ็บป่วย การแพทย์องค์รวม (Holistic Medicine) จะให้ หลักการแบบองค์รวมในการแลกเปลี่ยนเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพกับคนไข้ โดยการ เยียวยาแบบธรรมชาติ (Natural Healing System) และพิจารณาปัจจัยทั่วทั้งตัวคนและสถานการณ์ที่ เกี่ยวข้อง

3.4 เทคนิควิธีการพื้นฐานในการเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวม

- 3.4.1 อาหารและโภชนาการ
- 3.4.2 การผ่อนคลายความเครียด
- 3.4.3 การเยียวยาทางจิตใจและการทำสมาธิ
- 3.4.4 การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ
- 3.4.5 การพักผ่อนที่เพียงพอ
- 3.4.6 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เพศ และสภาพร่างกาย
- 3.4.7 การแบ่งปันความรัก และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคนรอบข้าง รวมทั้งตนเอง
- 3.4.8 การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์
- 3.4.9 การสร้างสัมพันธ์ภาพทางจิตวิญญาณและการเยียวยา
- 3.4.10 การพัฒนาปัญญา

การดูแลสุขภาพองค์รวมตามท้องถื่นการอนามัยโลกได้ตอบรับกระแสความสนใจการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) ซึ่งเป็นศาสตร์เพื่อการวินิจฉัย รักษา และป้องกันโรคที่ยังให้ความเป็นธรรมชาติต่อมนุษย์ที่จะเลือกได้โดยไม่แบ่งแยกแต่อย่างใด ก็ในเมื่อคนยังมีความต้องการที่จะอยู่บนโลกใบนี้ให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ด้วยสุขภาพที่สมบูรณ์ หลายครั้งที่โรคภัยร้ายแรงรบกวนชีวิตประจำวัน โดยที่การแพทย์ปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แล้วสุขภาพทางเลือกก็เข้ามาส่งเสริมให้มนุษย์ยืนย่นถึงธรรมชาติที่ยังให้ความเป็นธรรมชาติต่อทั้งผู้มั่งมีและผู้ยากไร้ เพียงหันมาสนใจและศึกษาเพื่อการนำไปใช้ทั้งตนเองและคนรอบข้าง

4. ความหมายและแนวคิดเรื่องกระบวนทัศน์สุขภาพ (Paradigm) ความหมายของกระบวนทัศน์ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

โทมัส กูห์น ได้นำเสนอเป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1962 ใน The Structure of Scientific Revolutions งานความคิดที่มีอิทธิพลมากที่สุดชิ้นหนึ่งในครั้งหลังของศตวรรษที่ 20 คำว่า กระบวนทัศน์ (New Paradigm) และการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ของเขาก็ได้รับความสนใจ และมีอิทธิพลอย่างสูงต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ วิธีวิทยา(Methodology) ของศาสตร์ต่าง ๆ ทั้งวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ ในช่วง คริสตศตวรรษที่ 1970เป็นต้นมา โทมัส กูห์น ให้ความหมายของกระบวนทัศน์ว่า หมายถึง ความสำเร็จทางวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่าง เป็นสากล กระทั่งเป็นต้นแบบ (แนวคิด ค่านิยม ความเชื่อ) ในการมองปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาของชุมชน ซึ่งตามบริบทของหนังสือของโทมัส กูห์น หมายถึง ชุมชนนักวิทยาศาสตร์และเรียกความสำเร็จทางวิทยาศาสตร์ดังกล่าวว่า Normal Science คือเป็นกระแสหลักหรือเป็นปฏิบัติทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Revolution) เมื่อความรู้เดิมดังกล่าวไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ใหม่ ๆ

ได้ หรือมีการค้นพบใหม่ขึ้น การปฏิวัติดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนย้าย (Paradigm Shift) ไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง กลายเป็นกระบวนทัศน์ใหม่ (New Paradigm) ซึ่งคนทั่วไปในชุมชนนั้นเห็นพ้องให้เป็นแนวทางการปฏิบัติใหม่ระดับของกระบวนทัศน์ ที่คุนส์ ได้กล่าวถึง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญในระดับที่นักประวัติศาสตร์เรียกงานทำนองเป็นยุค หรือเป็นเส้นแบ่งช่วงเวลาสำคัญ เช่น ยุคดาราศาสตร์ของปโตเลมี (Ptolemaic Astronomy), Copernican, Newtonian นักวิชาการผู้เคยร่วมถกเถียงอย่างมากกับคุนส์ แสดงความเห็นว่ ในทัศนะของคุนส์ กระบวนทัศน์ใหม่ควรหมายถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับของ คาร์วิน นิวตัน ฟรอยด์ การเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ในประวัติศาสตร์จะเกิดขึ้นไม่เกิน 5 ครั้งตั้งนั้นหากพิจารณา จากจุดเริ่มต้นของคุนส์ ผู้เริ่มใช้คำว่า กระบวนทัศน์แล้ว การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และกระบวนทัศน์ใหม่ที่เกิดขึ้น มิใช่การเปลี่ยนแปลงในระดับแนวคิด ทฤษฎีย่อยหากเป็นการเปลี่ยนแปลงรากฐานความคิดความเชื่อในระดับถอนรากถอนโคน ดังจะเห็นได้ว่าเขาใช้คำว่า “ปฏิวัติ” (Revolution) คือเป็นการเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อ ค่านิยม ชุดใหม่ แบบพลิกฟ้าคว่ำแผ่นดินเหมือนการปฏิบัติ

ฟริตจ็อฟ คาปรั้า นักคิดยุคใหม่ ผู้เขียน “จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ” และ “The Web of Life” เห็นว่า แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนทัศน์ใหม่ และการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ซึ่ง โทมัส คุนส์เสนอ กว่า 30 ปีที่แล้ว มีความจำเป็นที่จะต้องให้คำนิยามใหม่ที่ขยายขอบเขตจากบริบททางวิทยาศาสตร์ บูรณาการมาสู่พื้นที่ทางสังคมอันกว้างใหญ่ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมคาปรั้า ได้ให้คำนิยาม กระบวนทัศน์ว่า คือ ชุดแนวคิด (Concepts) ค่านิยม (Values) ความเข้าใจรับรู้ (Perceptions) และการปฏิบัติที่มีร่วมกันของคนกลุ่มหนึ่ง ชุมชนหนึ่ง ที่ก่อตัวเป็นแบบแผนของทัศนอย่างเฉพาะแบบหนึ่ง เกี่ยวกับความจริง (Reality) ซึ่งเป็นฐานของวิถีของการจัดการตนเองของชุมชนนั้นการปรับค่านิยมของคาปรั้าสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม นอกจากจะมีได้ทำให้ความหมายและความสำคัญของกระบวนทัศน์กลายเป็นเรื่องเล็กเรื่องน้อย ปลีกย่อยไปตามประเด็นมากมายทางสังคมแล้ว ในทางตรงข้าม กระบวนทัศน์ในความคิดของคาปรั้า นั้น ขยายพื้นที่ครอบคลุมปริมาตรของสังคมทั้งหมด มิใช่เพียงด้านวิทยาศาสตร์หรือเป็นเรื่องของนักวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ เท่านั้น หากเขาได้เชื่อมโยงให้เห็นว่ากระบวนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์นั้น ได้ขยายปริมาตรเข้าไปสู่ทุกพื้นที่ทางสังคม จนก่อตัวเป็นวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตระบบคิด วิธีคิดของคนในสังคมทั้งหมด โดยเฉพาะในโลกตะวันตก ซึ่งมีกระบวนทัศน์แบบนิวตัน เดการ์ต เป็น Normal Science มากกว่า 2-3 ศตวรรษ ดังนั้นกระบวนทัศน์ใหม่และการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ ในทัศนะของเขา จึงเป็นการปฏิวัติทางวัฒนธรรม กระบวนทัศน์ในความหมายของคาปรั้า จึงมีขอบเขตที่กว้างขวางกว่าของคุนส์มากกระบวนทัศน์ มิใช่ความใหม่ หรือระดับการเปลี่ยนแปลงแบบสิ้นเชิงเท่านั้น แต่

หัวใจของกระบวนการทัศน คือ “ระดับความสำคัญ” กล่าวคือ กระบวนการทัศนมีฐานะเป็นทัศนแม่บท หรือเป็นความเชื่อระดับรากหรือฐานคิดที่มีอิทธิพลก่อให้เกิดทัศน ความเชื่ออื่น ๆ ตามมาอีกมาก จากที่กล่าวถึงความหมายของกระบวนการทัศนข้างต้น สรุปได้ว่า กระบวนการทัศน หมายถึงแนวคิด ค่านิยม ความเข้าใจรับรู้ และการปฏิบัติที่มีร่วมกัน ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากวัฒนธรรมเดิม อย่างสิ้นเชิง ไปสู่วัฒนธรรมใหม่ที่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันมากที่สุด ซึ่งความเป็นจริงในปัจจุบัน คือ ฐานของวิธีการจัดการตนเองของชุมชน

5. ความหมายและแนวคิดเรื่องกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการทางสังคมและการเมืองแบบเบ็ดเสร็จ ไม่เพียงแต่ครอบคลุมกิจการต่าง ๆ ที่มุ่งเร่งรัด การเพิ่มทักษะและความสามารถของปัจเจกบุคคล หากรวมถึงกิจกรรมที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลง สถานะทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ อันที่จะบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของ สาธารณชนและปัจเจกบุคคล การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการปลูกฝังให้คนเรามี ความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เพื่อช่วยให้สุขภาพดีขึ้น การมีส่วนร่วม มีความจำเป็นในการสร้างความยั่งยืนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่ม สมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถที่จะเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นสุขภาพจึงถูกมองเป็นทรัพยากรสำหรับ ชีวิตประจำวัน มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในเชิงบวก ซึ่งเน้นในเรื่องทรัพยากรสังคมและบุคคลรวมทั้งสมรรถนะของร่างกาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ขยายออกไปสู่เรื่องของการมีวิถีชีวิตเพื่อ สุขภาพจนไปถึงเรื่องของสุขภาวะโดยรวม จากการประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง การส่งเสริม สุขภาพ: การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่” ที่กรุงออกตาวา ประเทศแคนาดา (สุรเกียรติ์ อาษานานุกาพ, 2541)

5.1 การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ชุมชนจะมีกลุ่มบุคคลซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ภายใต้ระบบนิเวศ อิทธิพลของวัฒนธรรม ซึ่งแบ่งปันถ่ายทอดทั้งภายในและรับจากกระแสภายนอก ดังนั้นการอธิบาย พฤติกรรมส่วนเสริมสุขภาพในระดับบุคคล สิ่งหนึ่งที่รูปแบบจำลองได้อย่างถึง คือ บรรทัดฐานของ

พฤติกรรมของกลุ่มบุคคลในสังคม ดังนั้นถ้ามีโครงสร้างหรือยุทธวิธีที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มใหญ่ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมในระดับบุคคลได้ปรับปรุงไปด้วย ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการ โครงสร้างทางสังคม ได้มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อพฤติกรรม สุขภาพทั้งระดับบุคคลและกลุ่มคนในสังคม **สแมลเซอร์** ได้นำเสนอการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1. โครงสร้างทางสังคมจำเป็นต้องมีอยู่เพื่อช่วยให้บุคคลประยุกต์ใช้ หรือสร้าง แนวทางแก้ปัญหา อันจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามมา เช่น ถ้าต้องการให้บุคคล ได้มีน้ำดื่มและอาหารที่เหมาะสม สังคมต้องจัดเตรียมน้ำสะอาดให้ดื่มและบริโภค อีกทั้งเป็นน้ำซึ่งมี ปริมาณและคุณภาพดีเพียงพอ เป็นต้น

2. จุดเน้นของชุมชน ชุมชนต้องมีส่วนร่วมสนับสนุน โดยผ่านทาง การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ในลักษณะมวลชน เป็นการกระตุ้น ส่งเสริม ผลักดัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ปัจจุบันอาจอยู่ในรูปของการสร้างกระแสการชี้แนะ (Advocacy) แนวคิด ให้มีกลุ่มบุคคลเห็นด้วย กับอุดมการณ์เข้าร่วมด้วย ช่วยกันผลักดันให้เป็นรูปธรรม เช่น การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่

3. แรงผลักดันเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น จำเป็นต้องมีผู้นำสำคัญซึ่งทำ หน้าที่จูงใจนำกลุ่มคน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไปยังเป้าประสงค์

4. จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีพลังผลักดันอันเข้มแข็งมีทิศทางชัดเจนได้จัดเตรียม เพื่อต่อสู้อุปสรรคและปัญหาข้อขัดแย้งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงการเปลี่ยนแปลงในสังคมทำได้ หลายระดับ มีทั้งลักษณะเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปและเปลี่ยนอย่างฉับพลันทั้งที่ รอสส์และมิโค (Ross and Mico อ้างจาก Eggar et al, 1995) ได้จัดลำดับการเปลี่ยนแปลงในชุมชนที่ได้รับการ ต่อต้าน เรียงตามความสำคัญจากน้อยไปหามาก ดังนี้

4.1 การเผยแพร่และการยอมรับ วิธีการนี้ขึ้นอยู่กับ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และความคิดเห็นของผู้นำ ทฤษฎีกลุ่มนี้ได้อธิบายนำเสนอแนวคิดใหม่เข้าสู่สังคมหรือชุมชนได้ อย่างไรรวมถึงการปฏิบัติในสังคมเพื่อเผยแพร่จากสังคมหนึ่งไปสู่สังคมอื่น ๆ ได้อย่างไรบ้าง

4.2 การบริหารจัดการสำรวจความเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ในชุมชน สิ่งเหล่านี้ได้มาพร้อมกันกับการแบ่งปันความสนใจร่วมกัน หรือใช้วิธีการสำรวจความคิดเห็นของ ประชาชน (Polling) หรือการสำรวจสาธารณมติของประชาชน แนวคิดทฤษฎีกลุ่มนี้จะเน้นเรื่อง เครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม

4.3 การวางแผนทางสังคม ยุทธวิธีนี้เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาสังคม มีการประเมินผล และแก้ปัญหาทางสุขภาพและสังคมร่วมกันไป

4.4 การดำเนินนโยบายทางการเมือง กระบวนการนี้มีหลายยุทธวิธี อาทิเช่น ออกกฎหมายการรณรงค์ การหาเสียงสนับสนุน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และยอมรับอย่างเป็นทางการ

4.5 การเผชิญหน้าเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน เป็นปฏิกิริยาคุกคามและข่มขู่ มีกลุ่มทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงองค์กร ซึ่งให้ความสำคัญกระบวนการและยุทธวิธีที่จะเพิ่มความต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น นโยบายสุขภาพ

4.6 การสร้างความแตกแยก โดยไม่ใช้ความรุนแรง เช่น การหยุดงานประท้วง การต่อต้านการเดินทาง การไม่ยอมปฏิบัติตามคำสั่ง

4.7 การสร้างความแตกหักโดยใช้ความรุนแรง เช่น ปฏิวัติ การปะทะรบพุ่ง และอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งที่ต้องการใช้ยุทธวิธีจูงใจให้เปลี่ยนโดยความสมัครใจ ยินดีด้วยความกระจำใจเข้าใจด้วยเหตุผลของตนเอง เพื่อให้เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบยั่งยืน ดังนั้นยุทธวิธีจึงนิยมการสร้างแรงจูงใจ ควบคู่ไปกับการเปลี่ยนความรู้ไม่เข้าใจ ให้รู้และเข้าใจได้ด้วยตนเอง บ่อยครั้งที่ทฤษฎีเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่สามารถนำเสนอแนวคิดหรือรูปแบบการจัดโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด อีกทั้งไม่มีรายละเอียดมากพอที่จะระบุแนวทางที่จะนำเสนอขั้นตอนการดำเนินงานองค์กรของกลุ่มกิจกรรม รวมถึงขั้นตอนการควบคุมกำกับและประเมินผลได้อย่างชัดเจน จึงต้องใช้แบบจำลองแบบผสมผสาน เพื่อใช้วางแผนและจัดดำเนินโครงการอย่างเหมาะสมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ประชาชนไทยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพน้อยและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพหลายด้าน อีกทั้งเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมยังไม่เอื้ออำนวยให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่ทำให้ประชาชนไทยสนใจสุขภาพ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมถูกต้อง บางครั้งมีความผิดพลาด และส่งผลเสียต่อชีวิตและสุขภาพนับเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน ทำให้เรียนรู้ได้ง่าย ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับชีวิตประจำวันแม้ว่าองค์กรภาครัฐบางส่วน และองค์กรพัฒนาภาคเอกชนหลายองค์กรได้ส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่แต่ในรูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐานก็ยังมีข้อจำกัดในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วม และการเป็นเจ้าของสุขภาพที่แท้จริงจากประชาชน และชุมชนอย่างไรก็ตาม ในชุมชนทั้งเขตเมืองและเขตชนบทยังคงมีองค์กร กลุ่ม และชมรมจำนวนหนึ่งที่ยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ มีการรวมตัวกัน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2541) วิธีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Health Promotion) หมายถึง การทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและควบคุม นักวิชาชีพเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำองค์กรอนามัยโลก

เสนอความคิดเห็นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของประชาชน มี 3 ด้าน คือ ความมุ่งที่ การเปลี่ยนวิถีชีวิตและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมของชุมชน การป้องกันโรคในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และการเฝ้าระวังโรคที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน

วิธีการทำงาน (Approach) ของการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน (Labonte 1991 อ้างใน สวรรส., 2541) จำแนกเป็น 2 ด้าน คือ

1. การทำงานที่มุ่งเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral approach) ซึ่งมีเป้าหมายคือ การเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง ขั้นตอนการทำงาน ประกอบด้วย

1.1 กำหนดปัญหาพิจารณา และจำแนกพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น บริโภคนิสสัย การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

1.2 กำหนดกลุ่มเป้าหมายประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือประชาชนที่ต้องการให้เปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี (Healthy Lifestyle)

1.3 กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ มีสุขภาพศึกษา และการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) นโยบายที่สนับสนุนวิถีชีวิตที่ดี

1.4 การพัฒนาชุดโครงการนักวิชาชีพ หรือองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ปรีกษากำหนดปัญหาสุขภาพของชุมชนคัดเลือกสมาชิกในชุมชน เพื่อร่วมกันแก้ปัญาสุขภาพ จัดทำชุด โครงการด้านส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

1.5 ตัวอย่างของความสำเร้จ คือการพัฒนาวิถีชีวิตของคนในชุมชน การเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ การประกาศใช้กฎหมายสาธารณสุข นโยบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในภัตตาคาร

2. การทำงานที่มุ่งเปลี่ยนทางด้านสังคม และทางด้านสิ่งแวดล้อม (Social – Environment Approach) วิธีการทำงานแบบนี้ จะเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาชุมชน การปรับเปลี่ยน เงื่อนไขความเป็นอยู่ และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัว ขั้นตอนการทำงานประกอบด้วย

2.1 กำหนดปัญหา พิจารณาปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมจิตวิทยา ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ขาดสนับสนุนทางสังคม การอยู่แบบโดดเดี่ยว ความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (Low Self Esteem) เงื่อนไขที่นำไปสู่ความเจ็บป่วย (ความยากจนอันตรายจากการทำงาน และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ) เป็นต้น

2.2 กลุ่มประชากรเป้าหมาย ประชาชนที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงสูง

2.3 กลยุทธ์หลัก คือการเพิ่มพลังให้กับบุคคล หรือชุมชน (Personal & Community Empowerment) การพัฒนากลุ่มขนาดเล็ก การพัฒนาชุมชนให้มีกิจกรรมที่มุ่งต่อ

ตัวกำหนดของสุขภาพ การตลาดเพื่อสังคม การสนับสนุนพันธมิตร ในการพัฒนานโยบายด้าน สาธารณสุขเพื่อสุขภาพดี

2.4 พัฒนาชุดโครงการ กระบวนการที่ทำให้ชุมชนมีความสามารถในการ ตัดสินใจวางแผน กำหนดกลยุทธ์ ปฏิบัติการ และประเมินผลโดยชุมชนเอง

2.5 ตัวอย่างของความสำเริง คือ การเพิ่มเครือข่ายทางสังคม คุณภาพการ สนับสนุนทางสังคม กิจกรรมชุมชนที่ทำให้การเข้าถึงการบริการสาธารณะ หรือชุมพลังในชุมชน อันจะนำไปสู่สุขภาพดีแบบยั่งยืนวิธีการส่งเสริมสุขภาพ 2 แบบดังกล่าว ไม่จำเป็นต้องแยกกันอย่าง เด็ดขาด แต่ทว่าวิธีการทำงานแบบหลังจะส่งผลในระยะยาวมากกว่า ภายหลังจากที่ประชาชนมี ประสบการณ์ในการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

5.2 บทบาทของชุมชนในระดับต่าง ๆ ชุมชน หรือสมาชิกของชุมชน สามารถมีบทบาท ต่อการส่งเสริมสุขภาพได้คือ ดังนี้ (สวรส., 2541)

5.2.1 บทบาทต่อบุคคล (The Individual Health Approach) มุ่งพัฒนาศักยภาพของ บุคคลเพื่อให้มีความเข้มแข็งสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพ และเผชิญกับสถานการณ์ชีวิต และ สิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีกลยุทธ์การทำงานที่หลากหลาย เช่น การเพิ่มความ เข้มแข็งของร่างกายและระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มแรงจูงใจในการที่จะดูแลสุขภาพ เพิ่มพูนความรู้ด้าน สุขภาพ โดยการให้สุขศึกษา/คำปรึกษา/ข้อมูล และการสนับสนุนผ่านกิจกรรมทางสังคม วัฒนธรรม การฝึกอบรม และการมีสถานที่ออกกำลังกาย

5.2.2 บทบาทต่อชุมชน (The Community Health Approach) มุ่งสร้างและเพิ่ม ศักยภาพของระบบนิเวศสังคมให้ดีขึ้น อันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์ที่ กว้างขวางเช่น การผสมผสานนโยบายทางด้านสังคม/ เศรษฐกิจ/ การศึกษา/ สาธารณสุข/ การจ้าง งาน/อาชีวอนามัย โครงการ/ ชุดโครงการด้านชุมชน เช่น ระบบบริการสาธารณสุข สุขศึกษา หรือ การสื่อสารข้อมูลทางด้านสุขภาพ เงื่อนไขการทำงานที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เครือข่ายข้อมูล เครือข่าย ทางสังคมสาธารณสุขชุมชนเป็นต้นกล่าวได้ว่า รูปแบบนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพทางด้านสุขภาพ ของชุมชนพร้อมไปกับการลดอันตราย และลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนการส่งเสริม สุขภาพในชุมชน ประชาชนต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน โดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน คือ ประชาชนต้องเป็นผู้ตัดสินใจ และควบคุมการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีวิธีการทำงานคือ การทำงานที่มุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และการทำงานที่มุ่งเปลี่ยนด้านสังคมสิ่งแวดล้อม การดำเนินงานที่ยั่งยืนต้องเกิดจากประชาชนในชุมชนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อใช้ประกอบและสนับสนุนในงานวิจัยครั้งนี้ จะเห็นว่า มีผู้ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในแง่มุมต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมได้ ดังนี้

ทรงศักดิ์ มีชัย (2544) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ บ้านป่าขาม ตำบลเวียงใต้ อำเภอป่าขาม จังหวัดแม่ฮ่องสอนพบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมในด้านพื้นฐานการเข้าร่วมของผู้สูงอายุในชมรมชมรมบ้านป่าขามนั้น ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและเต็มใจส่วนรูปแบบในการดำเนินงานผู้สูงอายุ จะมีส่วนร่วมโดยตรงในการบริหารจัดการและปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับของชมรม และมีส่วนร่วมโดยอ้อมในกิจกรรมที่ทางการจัดขึ้น การดำเนินงานของชมรมนั้นให้เกิดอิสระในการดำเนินกิจกรรมและสมาชิกมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งเงื่อนไขและปัจจัยที่สำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในชมรม คือ ลักษณะโครงการที่มีรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมที่ง่ายไม่ซับซ้อน มีประโยชน์ตอบแทนจากการเข้าร่วมกิจกรรม มีปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยภายนอกและภายในชมรมผู้สูงอายุ

อรุณี กาพย์ไชย (2545) ได้ศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่กำหนดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยที่มีส่วนกำหนด การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในครอบครัวและชุมชน ได้แก่ การศึกษา อาชีพ การบริหารส่วนท้องถิ่น สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรมซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน ผ่านกระบวนการเรียนรู้และจัดเกล้าทางสังคม 2) บริบททางสังคมวัฒนธรรม ที่กำหนดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในครอบครัวและชุมชน โดยในระดับครอบครัว การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพมี 2 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และระดับการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี เกิดจากความสัมพันธ์แนวตั้งระหว่างประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน เงื่อนไขของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพในครอบครัว ความเชื่อที่สั่งสมกันมาเป็นระยะเวลาและความต้องการความยอมรับจากสังคมภายนอก

พฤตินันท์ สุฤทธิ (2546) ได้ศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านเฮี้ย อำเภอป่า จังหวัดน่าน พบว่า กระบวนการในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

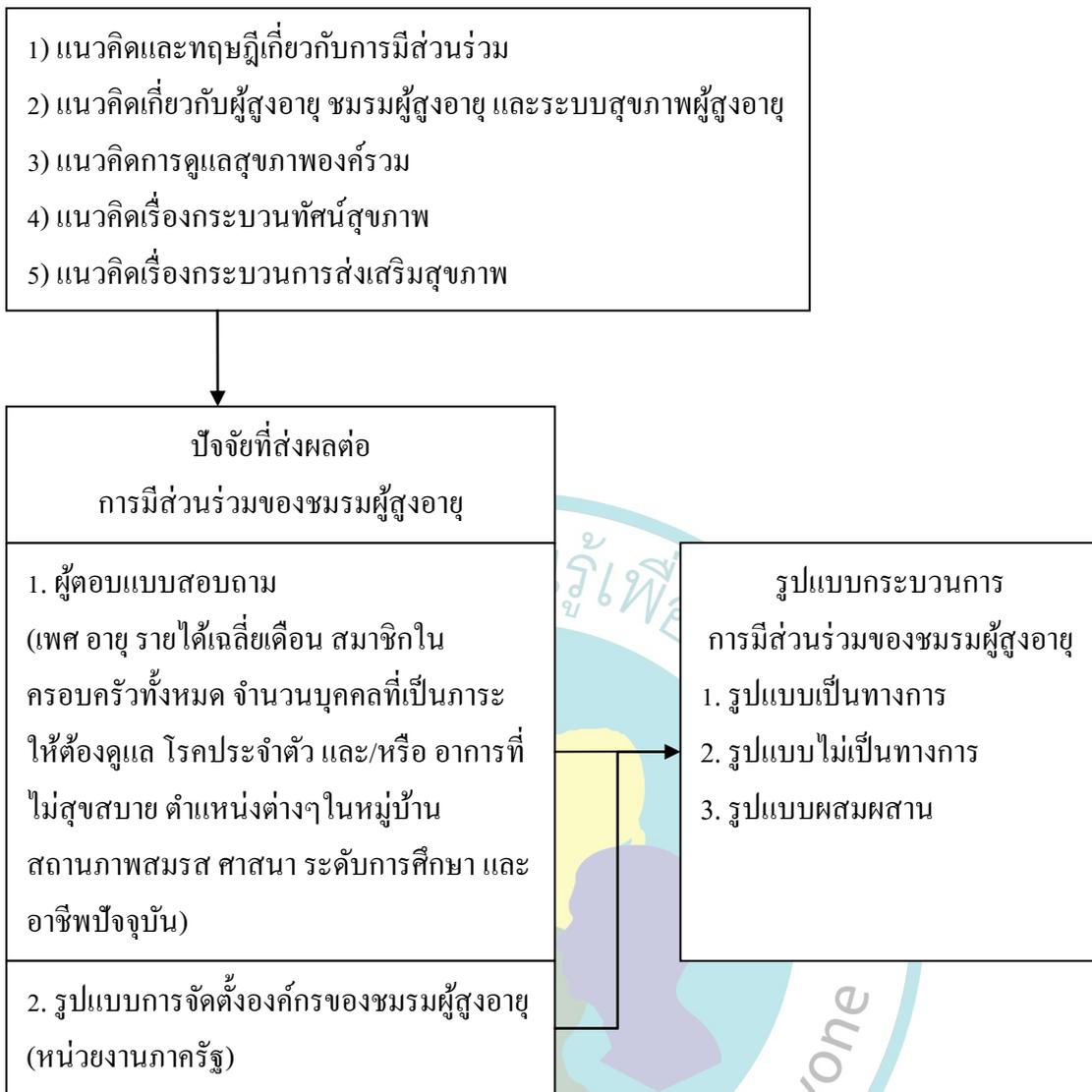
1) การปรับกระบวนการทัศนผู้สูงอายุหรือทุกข์โดยใช้ยุทธศาสตร์ของการสร้างกระแสให้เกิดพลังการตื่นตัว ยุทธศาสตร์การชี้แนะ ยุทธศาสตร์การสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ 2) การวิเคราะห์

ปัญหาทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือสมุทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ปัญหาและสาเหตุของปัญหา 3) การสร้างความฝันและความ ต้องการทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหรือนิโรธ ในนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดภาพ ฝันและความต้องการที่จะพัฒนางานทางด้านการสร้างสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้าน 4) การวางแผน และการกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือมรรคมิวัตถุประสงค์เพื่อกำหนด แผนการดำเนินงานเพื่อการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งการกำหนดรายละเอียดโครงการที่จะดำเนินงาน ในอนาคต

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาชุมชนที่ เข้มแข็งอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อม มีศักยภาพ และทรัพยากรในชุมชนที่ค่อนข้าง หลากหลาย ไม่มีการศึกษาครอบคลุมในส่วนของรูปแบบหรือกระบวนการที่เอื้อต่อการเรียนรู้เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของผู้วิจัย เพราะการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยเลือกชุมชนที่ค่อนข้างมีปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและเป็นชุมชนที่ไม่ เข้มแข็ง อนึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มและองค์กรที่เกี่ยวข้องระบบ สุขภาพในชุมชน ได้แก่ ชมรม/สมาชิกผู้สูงอายุ/องค์กรและเจ้าหน้าที่ระบบสุขภาพ เช่น ศูนย์ สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลแม่วาง/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการ วิจัย และการดำเนินงานตามที่ทุกกลุ่มมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยใช้ยุทธศาสตร์ของการส่งเสริม สุขภาพ 6 ประการเป็นหลักสำคัญ

กรอบความคิดในการวิจัย

สามารถเขียนแผนผังกรอบความคิดในการทำวิจัย ได้ดังนี้



ภาพที่ 2.1 กรอบความคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิพากษ์ (Critical Research) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสาธารณสุขกระแสหลักกับกระแสของภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการทำงานร่วมกัน เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ และ 2) เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

โดยในบทนี้จะได้นำเสนอวิธีดำเนินการวิจัย จำนวน 10 หัวข้อ ได้แก่ 1) รูปแบบในการวิจัย 2) วิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการวิจัย 3) ประชากรเป้าหมาย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง 4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 5) สถิติที่ใช้ในการวิจัย (พรรณนาและอนุมาน) 6) วิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล 7) สถานที่ในการวิจัย 8) ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 9) ปฏิทินการปฏิบัติงาน 10) การนำเสนอข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รูปแบบในการวิจัย

รูปแบบแนวคิดสังคมศาสตร์เชิงวิพากษ์ (Critical Social Science) เป็นการวิจัยเชิงวิพากษ์ (Critical Research) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสาธารณสุขกระแสหลักกับกระแสของภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการทำงานร่วมกัน เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการให้คุณค่า ความหมายของระบบสุขภาพที่แตกต่างและสามารถเชื่อมโยงจากสุขภาพองค์รวม (Holistic health care) โดยแนวคิดการวิจัยเชิงวิพากษ์นี้ นำไปสู่การออกแบบวิจัยผสมผสานระหว่างวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และและการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดังรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

วิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research Design) ประกอบด้วย

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จะได้ศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยใช้ข้อมูลชั้นทุติยภูมิ ได้แก่ วิทยานิพนธ์ งานวิจัย บทความวิชาการ หนังสือ และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดังแสดงรายละเอียดในบทที่ 2 และการใช้แบบสัมภาษณ์ในการค้นหาข้อมูลกับผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรรมการและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ประเด็นในแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แนวคิดรูปแบบการมีส่วนร่วม และการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล
2. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อหาว่า รูปแบบการดำเนินงานระหว่างสาธารณสุขกับชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพองค์รวม (Holistic health care) ของผู้สูงอายุอย่างไร เช่น กิจกรรมดูแลส่งเสริมสุขภาพในด้าน กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เป็นต้น ใช้รูปแบบการสำรวจข้อมูล เก็บข้อมูลภาคสนาม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นรายบุคคล/ การสังเกต/ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใน

ประชากรเป้าหมาย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และขนาดตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายร่วมดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ คือ

1. กลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่
 - 1.1 สมาชิกและคณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 857 ราย
 - 1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านกาดและโรงพยาบาลแม่วาง
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่
 - 2.1 สมาชิกและคณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ในชุมชนตำบลสุขภาพบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 25 ราย

2.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านกาดและโรงพยาบาลแม่วาง จำนวน 4 รายการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจงเฉพาะผู้ที่สมัครใจให้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชนิด ได้แก่

1. แบบสอบถาม เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ มีจำนวน 11 หัวข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยเดือน สมาชิกในครอบครัวทั้งหมด จำนวนบุคคลที่เป็นภาระให้ต้องดูแล โรคประจำตัว และ/หรือ อาการที่ไม่สบาย ตำแหน่งต่างๆ ในหมู่บ้าน สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพปัจจุบัน

2. แบบสัมภาษณ์ มีคำถามหลักที่ใช้สำหรับการสัมภาษณ์ เพื่อจะหาขั้นตอนและกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ

- ปัญหาด้านสุขภาพที่คิดว่าเป็นปัญหาสำคัญมีอะไรบ้าง
- ควรแก้ไขด้วยวิธีการใด
- การแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของใครอย่างไร

ใครอย่างไร

- แนวทางสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในความคิดของท่านเป็นอย่างไร
- มีการใช้ทรัพยากรบุคคล สิ่งของ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เงิน เพื่อใช้ในกิจกรรม

แก้ไข

- ปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพจากที่ใด อย่างไรบ้าง
- เมื่อมีข้อขัดแย้งในการดำเนินกิจกรรม การแก้ไขปัญหา ใครเป็นคนคิด

ตัดสินใจบ้าง มีวิธีการอย่างไร

- มีวิธีการ กิจกรรมแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและ

ครอบครัวอย่างไร

- มีความคิดเห็นอย่างไร กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่จัดทำขึ้นเองโดย

คณะกรรมการผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 ด้านปฏิบัติ

บ้าง อย่างไรก็ตาม

ชอบกิจกรรมนั้น

เสริมสุขภาพร่วมกันของคนในชุมชน

มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใด

อย่างไรบ้าง

อย่างไร

ร่วมมือ

ให้เกิดผลอย่างไรต่อชุมชนบ้าง

2.4 ด้านการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล

คณะกรรมการผู้สูงอายุมีวิธีการอย่างไรบ้าง

อย่างไร

อย่างไร

- การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แก้ไขปัญหาสุขภาพ ใครเป็นคนร่วมทำ

- มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใดบ้างที่ชอบเข้าร่วมดำเนินการด้วย ทำไมจึง

- กิจกรรมใดบ้างที่ไม่ค่อยได้เข้าไปมีส่วนร่วม เพราะเหตุใด

- คนที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าอย่างไร

- คนที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าอย่างไร

- มีความคิดเห็นอย่างไรกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อการสร้าง

- การดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

2.3 ด้านการร่วมรับผลประโยชน์

- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ร่วมดำเนินการแล้ว ท่านได้รับผลประโยชน์

- กิจกรรมใดในหมู่บ้านที่ให้ประโยชน์แก่ชาวบ้านมาก

- ชาวบ้านส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใดบ้าง ที่ชาวบ้านให้ความร่วมมือดี

- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใดบ้างที่ชาวบ้านไม่ให้ความสนใจ หรือไม่ให้ความ

- การมีกฎระเบียบ ข้อปฏิบัติร่วมกันเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน ทำ

2.4 ด้านการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล

- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมมาก / น้อย เพราะอะไร

- ในการติดตามประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแล้ว

- หากพบข้อบกพร่องหรือปัญหาในการดำเนินกิจกรรม มีวิธีการแก้ไขปัญหา

- ใครเป็นผู้ตรวจสอบ ติดตามประเมินผลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

- มีความคิดเห็นอย่างไร กับการติดตามประเมินผล อย่างไร

3. แบบสำรวจ เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบว่า โครงการต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุเป็นรูปแบบใด โครงการในแบบสำรวจมี 19 โครงการ ดังนี้

1. โครงการจิตอาสาพัฒนาเครือข่ายผู้สูงอายุตำบลบ้านกาด
2. โครงการคืนชีวิตใหม่ คืนดวงตาสดใส ใส่ใจต่อกระจก
3. โครงการอบรมพัฒนาเครือข่ายดูแลสุขภาพใจผู้สูงวัยในชุมชน
4. โครงการผู้สูงอายุพันธุ์ดี (ชมรมคนรักฟัน)
5. งานสืบชะตาหลวงผู้สูงอายุตำบลบ้านกาด
6. กิจกรรมรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุ
7. โครงการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสมุนไพร(เครือข่ายฝาง)
8. โครงการทอผ้าของผู้สูงอายุ
9. โครงการอุ้ยสอนหลาน
10. โครงการศิลปะประดิษฐ์
11. โครงการเศรษฐกิจพอเพียง
12. โครงการปลูกผักปลอดสารเคมี
13. โครงการออกกำลังกาย ไทจี๊จ๊อง
14. โครงการทำถั่วอบสมุนไพร
15. โครงการปฏิบัติธรรมวันสำคัญทางศาสนา
16. โครงการส่งเสริมการอ่าน การฟังธรรม
17. กิจกรรมทำบุญ ถวายข้าว
18. กิจกรรมข้าวสันบาตร
19. กิจกรรมสลาทพัตร

ส่วนรูปแบบโครงการมี 3 รูปแบบ ประกอบด้วย

1. รูปแบบเป็นทางการ (Formal activity) หมายถึง การเข้าร่วมในชมรมต่าง ๆ การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเข้ากลุ่มทางการเมือง การทัศนศึกษา และการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม
2. รูปแบบไม่เป็นทางการ (Informal activity) หมายถึง การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติมิตร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัวและเครือข่าย การช่วยเหลืองาน

ในครอบครัวในยามฉุกเฉินตามขนบธรรมเนียม จารีตประเพณีวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน
ดั้งเดิม

3. รูปแบบผสมผสาน (บูรณาการ) (Solitary or leisure and hobby) หมายถึง การรวมกลุ่มทำ
กิจกรรมดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ แบบองค์กรร่วม การทำงานเบา ๆ ในยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อน
หย่อนใจ กิจกรรมนันทนาการ การทำสวน และการปรับปรุงตกแต่งบ้าน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย (พรรณนาและอนุมาน)

ในการวิจัยเชิงปริมาณ เมื่อได้ข้อมูลภาคสนามแล้ว จะนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ แบ่งการวิเคราะห์เป็น 3 ส่วน ได้แก่
 - 1.1 เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพปัจจุบัน ใช้สถิติพื้นฐาน
ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)
 - 1.2 อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด จำนวนบุคคลที่เป็น
ภรรยาให้ต้องดูแล ใช้ค่าเฉลี่ย (Means)
 - 1.3 โรคประจำตัว และ/หรือ อาการที่ไม่สุขสบาย ตำแหน่งต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ใช้การ
รวบรวมและสรุปข้อมูล
ทั้งหมดนี้ นำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย และเขียนบรรยายประกอบตัวอย่าง
2. ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ที่เป็นคำถามปลายเปิดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ จะใช้วิธีพรรณนา
วิเคราะห์ (Descriptive Analysis) แล้วเขียนบรรยายประกอบตัวอย่าง
3. ข้อมูลของการรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุชุมชน
ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และ
นำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย

วิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

1. สำหรับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยใช้การสังเกต 2 วิธี คือ
 - 1.1 การสังเกตโดยตรงหรือการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non – Participant
Observation) เป็นการสังเกตโดยที่ผู้วิจัยมิได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องหรือร่วมกระทำในเหตุการณ์ที่
ตนดูอยู่ เช่น การสำรวจสภาพทั่วไปของหมู่บ้าน การประชุมของหมู่บ้าน เป็นต้น ส่วนที่สอง คือ

ตารางที่ 3.1 ปฏิทินการปฏิบัติงาน(ต่อ)

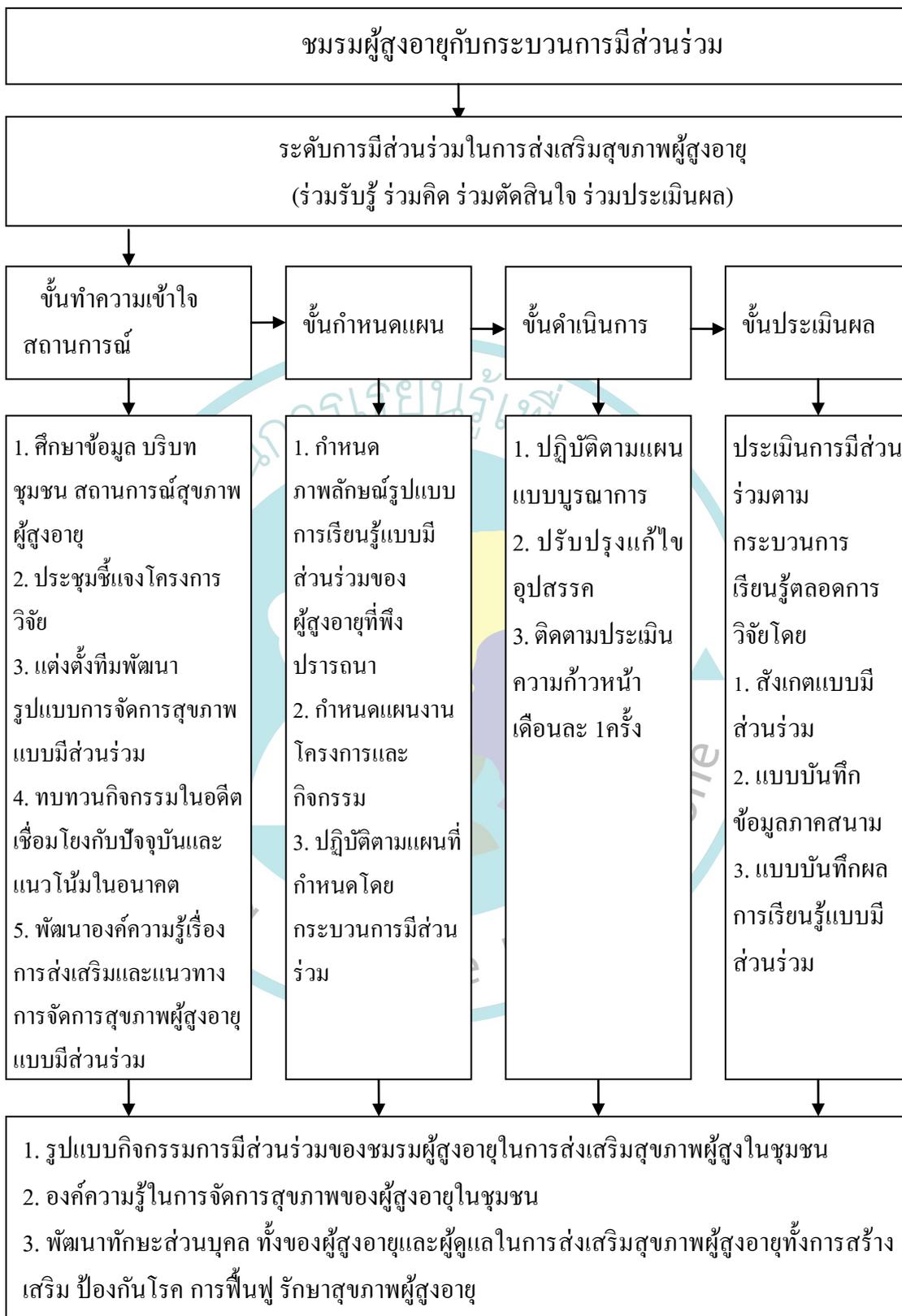
ขั้นตอน	กิจกรรมการวิจัยเริ่มทำการศึกษา เดือนกุมภาพันธ์ 2558	เดือน												
2	- วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ประชุมทำความเข้าใจ ระหว่างผู้บริหาร/กรรมการผู้สูงอายุ/หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลแม่วางในชุมชนเพื่อจัดตั้งคณะทีมวิจัยร่วม			*										
3	-รวบรวมข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสอบถามและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม - ข้อมูลเบื้องต้น, การบวนาการมีส่วนร่วม - ทักษะ, ไม่เป็นทางการ, แบบผสมผสาน - ขั้นตอนการมีส่วนร่วม - กิจกรรมการมีส่วนร่วม -แบบสังเกตการมีส่วนร่วมโดย -สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม -ความสนใจ, การให้ความร่วมมือปฏิบัติในการทำกิจกรรม			*										
4	- วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาอธิบายถึงข้อมูลในรูปแบบร้อยละจากแบบสอบถามและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมที่มีเนื้อหาสัมพันธ์ทุกๆด้าน				*									

ตารางที่ 3.1 ปฏิทินการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ขั้นตอน	กิจกรรมการวิจัยเริ่มทำการศึกษา เดือนกุมภาพันธ์ 2558	เดือน																	
5	- นำเสนอข้อมูลงานวิจัยในรูปแบบ การพรรณนาถึงเนื้อหาการมีส่วน ร่วมของชมรมผู้สูงอายุในการดูแล สุขภาพเพื่อตอบวัตถุประสงค์ใน การศึกษาพร้อมทั้งจัดเวทีคืนข้อมูล งานวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ผู้สูงอายุต่อไป									*									
6	- จัดทำรายงานการวิจัย																		

การนำเสนอข้อมูล

เมื่อได้ศึกษาข้อมูล ดำเนินการวิจัย รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษาเสร็จ
แล้ว ผู้วิจัยจะได้นำเสนอข้อมูลผลการวิจัยต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการ หลังจากนั้นจะได้
ปรับแก้และดำเนินการเข้าเป็นรูปเล่มวิทยานิพนธ์ต่อไป



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ

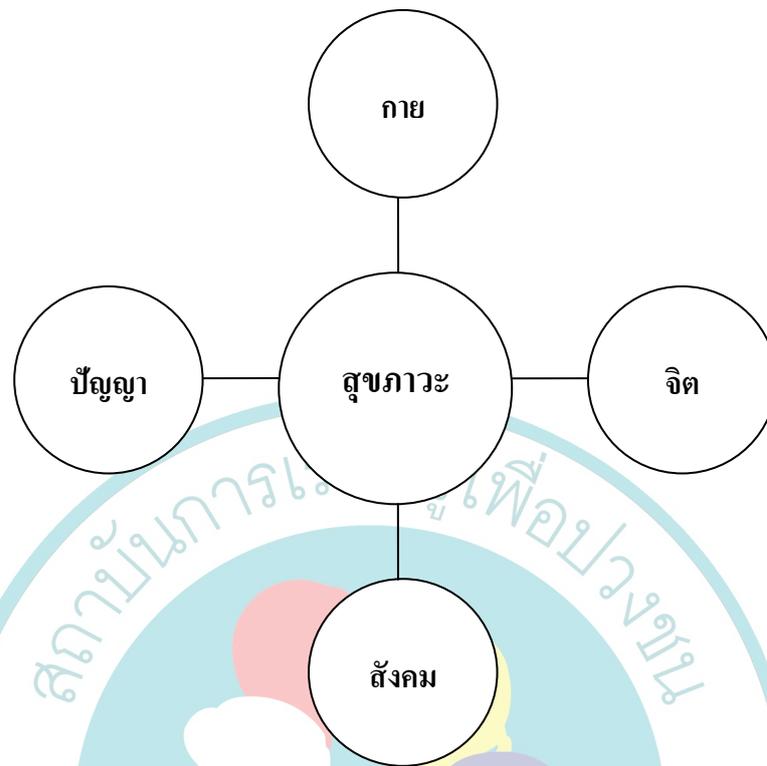
บทที่ 4 ผลการวิจัย

ในบทที่ 2 เป็นการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง บทที่ 3 เป็นวิธีดำเนินการวิจัย ส่วนบทนี้ ผู้วิจัยจะได้นำเสนอข้อมูลจากการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ ซึ่งมี 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ และ 2) เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

1. แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

จากแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ในบทที่ 2 ได้แก่ 1) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม 2) แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และระบบสุขภาพผู้สูงอายุ 3) แนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวม (Holistic health care) 4) แนวคิดเรื่องกระบวนการทัศน์สุขภาพ และ 5) แนวคิดเรื่องกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้สามารถประมวลรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพได้จากเรื่องสุขภาวะ (Well-Being) ในภาพองค์รวมได้ว่า สุขภาวะเป็นการมีสุขภาพดี มีความรู้สึกเป็นสุข ความสมดุล ความเป็นองค์รวมของ 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณ ที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคม เพื่อสร้างความอยู่เย็นเป็นสุข (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน กองบรรณาธิการไกล่หมอ, 2547) ดังรูปที่ 4.1

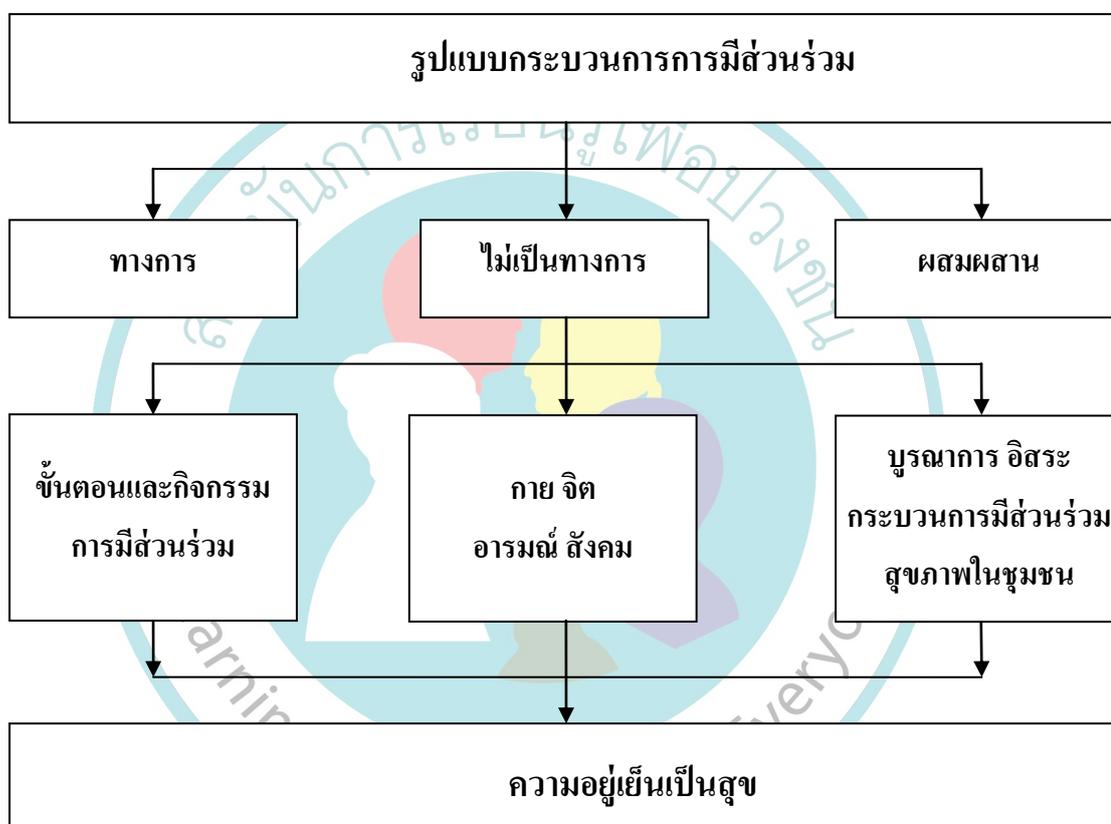


ภาพที่ 4.1 มิติของสุขภาวะ (Well-Being)

การจะพัฒนาทั้ง 4 มิตินี้ได้ ก็ด้วยการผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน ซึ่งหัวใจของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในผลการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งในการพัฒนา การมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน จะช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ได้ตรงกับความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยได้แบ่งรูปแบบของกิจกรรมเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) รูปแบบเป็นทางการ (Formal activity) หมายถึง การเข้าร่วมในชมรมต่าง ๆ การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเข้ากลุ่มทางการเมือง การทัศนศึกษา และการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม 2) รูปแบบไม่เป็นทางการ (Informal activity) หมายถึง การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติมิตร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัวและเครือข่าย การช่วยเหลืองานในครอบครัวในยามฉุกเฉินตามขนบธรรมเนียม จารีตประเพณีวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชนดั้งเดิม และ 3) รูปแบบผสมผสาน (บูรณาการ) (Solitary or leisure and hobby) หมายถึง การรวมกลุ่มทำกิจกรรมดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ แบบองค์กรรวม การทำงานเบา ๆ ในยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมนันทนาการ การทำสวน และการปรับปรุงตกแต่ง

บ้าน โดยทั่วไปแล้ว รูปแบบการมีส่วนร่วมนี้ จะเริ่มจากรูปแบบไม่เป็นก่อน เนื่องจากเป็นการพบปะสังสรรค์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ตามขนบธรรมเนียม จารีตประเพณีวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชนดั้งเดิมกับสมาชิกในครอบครัวและเครือข่าย เมื่อสังคมได้พัฒนาขึ้น ทาง การเข้ามามีส่วนร่วมกับชุมชนมากขึ้นเป็นรูปแบบเป็นทางการ แล้วจึงพัฒนาเป็นรูปแบบผสมผสาน ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดนั้น ก็เพื่อความอยู่เย็นเป็นสุขของชุมชน ดังสรุปได้ในรูปที่ 4



ภาพที่ 4.2 รูปแบบกระบวนการการมีส่วนร่วม

2. ข้อมูลจากการแบบสอบถาม

สำหรับผลการวิจัยจากแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด จำนวน 25 ราย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านกาดและโรงพยาบาลแม่วาง จำนวน 4 ราย รวม 29 ราย โดยข้อมูลทั่วไปนี้อยู่ในแบบสอบถามส่วนที่ 1 แบ่งเป็น 11 หัวข้อ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการ

N=29

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ (ราย)		
- ชาย	15	52.00%
- หญิง	13	45.00%
- ไม่ตอบ	1	3.00%
2. อายุเฉลี่ย (ปี)		
61		
3. รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)		
9,086		
4. สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย (คน/ครอบครัว)		
4		
5. จำนวนบุคคลที่เป็นภาระให้ต้องดูแลเฉลี่ย (ราย)		
3		
6. โรคประจำตัว และ/หรือ อาการที่ไม่สบาย		
ส่วนใหญ่ตอบว่าเป็นความดันโลหิต รongลงมา คือ ปวดข้อ/หลัง อื่น ๆ เช่น ภูมิแพ้ โรคเกาต์ ต่อมลูกหมากโต ไชมัน ขับถ่ายไม่ค่อยปกติ โรคกระเพาะอาหาร		
7. ตำแหน่งในหมู่บ้าน		
มีทุกตำแหน่ง ทั้งประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) กรรมการชมรมผู้สูงอายุ คณะกรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
8. สถานภาพสมรส (ราย)		
- โสด	5	17.00%
- คู่	14	48.00%
- หม้าย	9	31.00%
- ไม่ตอบ	1	3.00%

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการ(ต่อ)

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
9. ศาสนา (ราย)		
- พุทธ	27	93.00%
- ไม่ตอบ	2	7.00%
10. ระดับการศึกษา (ราย)		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	3.00%
- ประถมศึกษา	18	62.00%
- มัธยมศึกษา	2	7.00%
- อนุปริญญา	1	3.00%
- ปริญญาตรี	5	17.00%
- สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.00%
- ไม่ตอบ	1	3.00%
11. อาชีพปัจจุบัน (ราย)		
- เกษตรกรรม	9	31.00%
- ข้าราชการบำนาญ	2	7.00%
- รับจ้างทั่วไป	4	14.00%
- ค้าขาย	3	10.00%
- ธุรกิจส่วนตัว	2	7.00%
- อื่น ๆ	4	14.00%
- ไม่ตอบ	5	17.00%

จากตารางที่ 4.1 สรุปได้ว่า ผู้ตอบแบบสอบถามนั้นเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.00% เพศหญิง ร้อยละ 45.00% มีอายุเฉลี่ย 61 ปี รายได้เฉลี่ย 9,086 บาทต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 ราย มีบุคคลที่เป็นภาระให้ต้องดูแลเฉลี่ย 3 ราย สำหรับข้อมูลเรื่องโรคประจำตัว และ/หรือ อาการที่ไม่สุขสบายนั้นส่วนใหญ่ตอบว่าเป็นความดันโลหิต โดยผู้ตอบแบบสอบถามนั้นมีทั้งตำแหน่งประธานชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

กรรมการชมรม คณะกรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกชมรม รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานภาพ
อันดับแรก คือ มีคู่ ร้อยละ 48.00% รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 31.00% ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ
ร้อยละ 93.00% ระดับการศึกษาอันดับแรก คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 62.00% รองลงมา คือ ปริญญา
ตรี ร้อยละ 17.00% อาชีพปัจจุบันส่วนมาก ได้แก่ เกษตรกรรม ร้อยละ 31.00% และรับจ้างทั่วไป
ร้อยละ 14.00%

2.2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ จากการเก็บข้อมูลแบบสำรวจ
ในส่วนที่ 3 ของแบบสอบถามพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้าน
กาดอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จากการประเมินมี 3 รูปแบบ ข้อมูลในส่วนนี้มีข้อจำกัด 2
ประการ คือ 1) ผู้ตอบแบบสอบถามบางคนที่ไม่ได้ตอบแต่ละ โครงการมา 2 รูปแบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึง
ตัดข้อมูลนั้น ๆ ออก เหลือแต่เฉพาะผู้ที่ตอบมาเพียงรูปแบบเดียว 2) ในบางกิจกรรม ผู้ตอบ
แบบสอบถามไม่ได้ตอบ ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมเฉพาะข้อมูลที่มีเท่านั้น โดยสามารถสรุปความคิดเห็น
ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ดังสรุปในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกาด

N=29

ชื่อโครงการ	จำนวนผู้ที่ตอบในกิจกรรม ต่าง ๆ (ราย)				จำนวนผู้ที่ตอบในกิจกรรมต่าง ๆ (ร้อยละ)			
	เป็น ทางการ	ไม่เป็น ทางการ	บูรณา การ	ไม่ตอบ	เป็น ทางการ	ไม่เป็น ทางการ	บูรณาการ	ไม่ตอบ
1. โครงการจิตอาสาพัฒนา เครือข่ายผู้สูงอายุตำบลบ้าน กาด	18	3	3	5	62.00%	10.00%	10.00%	17.00%
2. โครงการคืนชีวิตใหม่ คืน ดวงตาสดใส ใส่ใจต่อกระจก	20	2	3	4	69.00%	7.00%	10.00%	14.00%
3. โครงการอบรมพัฒนา เครือข่ายดูแลสุขภาพใจผู้สูง วัยในชุมชน	22	1	3	3	76.00%	3.00%	10.00%	10.00%
4. โครงการผู้สูงอายุพันธุ์ (ชมรมคนรักฟัน)	16	6	2	5	55.00%	21.00%	7.00%	17.00%

ตารางที่ 4.2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกาด (ต่อ)

ชื่อโครงการ	จำนวนผู้ตอบในกิจกรรม ต่าง ๆ (ราย)				จำนวนผู้ตอบในกิจกรรมต่าง ๆ (ร้อยละ)			
	เป็น ทางการ	ไม่เป็น ทางการ	บูรณา การ	ไม่ตอบ	เป็น ทางการ	ไม่เป็น ทางการ	บูรณาการ	ไม่ตอบ
5.งานสืบชะตาหลวงผู้สูงอายุ ตำบลบ้านกาด	18	5	2	4	62.00%	17.00%	7.00%	14.00%
6.กิจกรรมรดน้ำดำหัว ผู้สูงอายุ	19	3	4	3	66.00%	10.00%	14.00%	10.00%
7.โครงการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยสมุนไพร(เครือข่ายฝาง)	7	4	5	13	24.00%	14.00%	17.00%	45.00%
8.โครงการทอผ้าของผู้สูงอายุ	9	8	3	9	31.00%	28.00%	10.00%	31.00%
9.โครงการอู๋สอนหลาน	17	5	4	3	59.00%	17.00%	14.00%	10.00%
10.โครงการศิลปะประดิษฐ์	5	5	7	12	17.00%	17.00%	24.00%	41.00%
11.โครงการเศรษฐกิจ พอเพียง	14	2	7	6	48.00%	7.00%	24.00%	21.00%
12.โครงการปลูกผักปลอด สารเคมี	16	4	6	3	55.00%	14.00%	21.00%	10.00%
13.โครงการออกกำลังกายไท จิ๊จ๊อง	14	3	5	7	48.00%	10.00%	17.00%	24.00%
14.โครงการทำถั่วอบ สมุนไพร	5	9	4	11	17.00%	31.00%	14.00%	38.00%
15.โครงการปฏิบัติธรรมวัน สำคัญทางศาสนา	20	3	2	4	69.00%	10.00%	7.00%	14.00%
16.โครงการส่งเสริมการอ่าน การฟังธรรม	12	5	6	6	41.00%	17.00%	21.00%	21.00%
17.กิจกรรมทำบุญ ถวายวัด	18	5	2	4	62.00%	17.00%	7.00%	14.00%
18.กิจกรรมข้าวสับบาตร	19	4	2	4	66.00%	14.00%	7.00%	14.00%
19.กิจกรรมสลากภัทร	17	5	1	6	59.00%	17.00%	3.00%	21.00%

จากตารางที่ 4.2 จะเห็นได้ว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเห็นว่า โครงการส่วนใหญ่เป็นที่มีลักษณะเป็นทางการ ยกเว้น โครงการที่ 10. โครงการศิลปะประดิษฐ์เป็นแบบบูรณาการ และ โครงการที่ 14. โครงการทำถั่วอบสมุนไพรเป็นแบบไม่เป็นทางการ

สรุป รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยส่วนใหญ่มีรูปแบบเป็นแบบทางการ เช่น โครงการอบรมพัฒนาเครือข่ายดูแลสุขภาพใจผู้สูงอายุในชุมชน (ร้อยละ 76.00%) โครงการคืนชีวิตใหม่ คืนดวงตา สดใส ใส่ใจต่อกระจก (ร้อยละ 69.00%) โครงการปฏิบัติธรรมวันสำคัญทางศาสนา (ร้อยละ 69.00%)

กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพในการวิจัยนี้ นั้น หมายถึง พฤติกรรม ในการส่งเสริม การกำหนดความต้องการ การวางแผน ตรวจสอบ และส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยจากการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม ซึ่งมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ ด้านปฏิบัติ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ และด้านการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล สามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. ด้านการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ

1.1 ปัญหาด้านสุขภาพที่คิดว่าเป็นปัญหาสำคัญมีอะไรบ้าง

ปัญหาสำคัญด้านสุขภาพมี 2 ทาง ได้แก่

1.1.1 โรคทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือดสูง ต้อกระจก เข้าเสื่อม เส้นทับขา ปวดหลัง ปวดเอว ปวดข้อ ปวดกระดูก เกาต์ โรคกระดูกพรุน เส้นเลือดสมองตีบ (ทำให้เกิดความพิการ-อัมพาต) ร่างกายอ่อนแอ พักผ่อนไม่เพียงพอ มีโรคแทรกซ้อน มีโรคประจำตัว

1.1.2 โรคทางใจ เช่น อาการซึมเศร้า ความเครียด คิดมาก กังวล ห่วงหา อาลัย และสุขภาพของร่างกาย อยากให้ลูกหลานเอาใจ กลัวความว้าเหว่ กลัวอยู่คนเดียว

1.2 ควรแก้ไขด้วยวิธีการใด

แบ่งวิธีการแก้ไขเป็น 3 ทาง ได้แก่

1.2.1 ตัวผู้สูงอายุเอง ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง เช่น หมั่นออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ดื่มเครื่องดื่มของเมา รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ไม่ทำอะไรเกินกำลังตัวเอง ไปหาหมอตตรวจสุขภาพบ่อย ๆ เพื่อจะได้หาทางแก้ไข หรือหากเป็นโรคอยู่แล้ว ก็ควรเข้ารักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

1.2.2 ครอบครัว ลูกหลานต้องหมั่นดูแลผู้สูงอายุ อย่างเข้าใจ ทำได้หรือไม่ก็ต้องรับฟังไว้ก่อน ต้องหัดให้บริหารร่างกาย ไม่มากก็น้อย

1.2.3 ภายนอก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้สุขภาพกับชาวบ้าน จัดอบรมผู้สูงอายุ คนดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแนะนำการทานอาหารที่ถูกต้อง ออกกำลังกาย ทำการตรวจคัดกรองเบื้องต้น แยกสภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละคน จัดกลุ่มการแก้ไขปัญหาสุขภาพแต่ละด้าน โดยเน้นแนวทางการพึ่งตนเอง เป็นกระบวนการแรก ก่อนให้ชุมชน/หน่วยปฐมภูมิในพื้นที่ เข้ามารวมแก้ไขปัญหาคต่อไป

1.3 การแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของใคร อย่างไร

ฝ่ายที่ควรมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแบ่งได้ 4 ฝ่าย ได้แก่

- 1.3.1 ตัวผู้สูงอายุเอง
 - 1.3.2 สมาชิกในครอบครัว ญาติผู้สูงอายุ
 - 1.3.3 สมาชิกในชุมชน เช่น สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำหมู่บ้าน
 - 1.3.4 องค์กรท้องถิ่น อาทิล
 - 1.3.4.1 เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนด้านงบประมาณ กิจกรรมอื่นที่ไม่ทับซ้อนกับโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 1.3.4.2 โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนด้านบุคลากร เวชภัณฑ์ยา การรักษา
 - 1.3.4.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ด้านการติดตามอาการผู้สูงอายุ เพื่อส่งต่อให้ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- ดังเช่นที่พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกาด¹ ให้ความเห็นไว้ว่า “โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่น

¹ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกาด. (14 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. พนักงานท้องถิ่น. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.

บทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไป ผู้สูงอายุต้องพึ่งตนเองให้มากที่สุด ครอบครัวต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ชุมชนคอยสอดส่องดูแล ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในลักษณะ โครงการกลุ่ม”

1.4 แนวทางสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในความคิดของท่านเป็นอย่างไร

จากคำตอบ แบ่งแนวทางสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่เป็น 4 แนวทาง ได้แก่

1.4.1 ตัวผู้สูงอายุเอง โดย 1) ปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตด้วยการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ (กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย กินผักอินทรีย์ เริ่มจากตนเอง ปลูกเอง กินเอง ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง การมีสุขภาพดีย่อมทำให้ชีวิตดี) ทำจิตใจให้อารมณ์แจ่มใส ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 2) ทำกิจกรรมด้านสุขภาพที่ชุมชนดำเนินการ ด้วยจิตอาสา เช่น ปั่นจักรยาน เข้าร่วมกลุ่มทางศาสนา เข้ากลุ่มทางการเมือง

1.4.2 สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ควรช่วยกันดูแล พุดคุยกัน และได้เสนอปัญหาของแต่ละบุคคลให้ทราบ ควรหางานเบา ๆ ให้ผู้สูงอายุทำ จะเป็นงานฝีมือหรือภูมิความรู้ที่ผู้สูงอายุมืออยู่ ก็ควรสนับสนุน

1.4.3 ภายนอก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดตรวจสุขภาพประจำปี แล้วแบ่งกลุ่มของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษา ควรให้ความรู้ทางด้านโภชนาอาหาร การออกกำลังกาย แนะนำการดูแลรักษาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง เพิ่มจำนวนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือนักกายภาพบำบัด

1.4.4 หน่วยงานต่าง ๆ ควรมีงบประมาณลงมาให้ความรู้และจัดกิจกรรมในตำบลทุกปี มีศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน มีการติดตามของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชิงรุกและต่อเนื่อง

1.5 มีการใช้ทรัพยากรบุคคล สิ่งของ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เงิน เพื่อใช้ในกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพจากที่ได้ อย่างไรบ้าง

สำหรับสมาชิกชมรมนั้น ตอบว่าแหล่งที่มาของทรัพยากรส่วนใหญ่ ได้มาจากหน่วยงานท้องถิ่น เช่น หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์สุขภาพ นอกจากนั้น ได้แก่ การขอรับบริจาคสิ่งของจากหน่วยงาน วัด ผู้มีจิตเมตตา ผู้มีอันจะกิน ในท้องถิ่น เพื่อจะได้นำไปมอบให้ผู้ป่วยเวลาไปเยี่ยมบ้าน หรือตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ใช้เงินชุมชน ของผู้สูงอายุ และมีข้อเสนอแนะว่า ควรจะมีคณะกรรมการปรึกษาหารือกัน ขอเงินจากที่ใดที่หนึ่ง เช่น นายก สมาชิกสภาจังหวัด สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เข้าร่วมด้วย

ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานภายนอก ตอบว่า งบประมาณในการจัดและส่งเสริมได้จากหน่วยราชการท้องถิ่น 1) เทศบาลแม่วาง สมทบงบประมาณเข้าสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากกว่า 50 % 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เทศบาล
อุดหนุนงบประมาณให้หน่วยงานรัฐและเอกชนจัดทำโครงการที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น เชื่อม
ผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกาย ใ้ที่ซึ่งง คำห้วผู้สูงอายุ ธรรมะเพื่อผู้สูงอายุ อาชีพเพื่อผู้สูงอายุ

1.6 เมื่อมีข้อขัดแย้งในการดำเนินกิจกรรม การแก้ไขปัญหา ใครเป็นคนคิดตัดสินใจ บ้าง มีวิธีการอย่างไร

มีความเห็นเป็น 2 ทาง ได้แก่

1.6.1 ภายในชุมชน โดยมี 3 แนวทาง คือ 1) ประธานผู้สูงอายุของทุกหมู่บ้าน
ของตำบล และคณะกรรมการผู้สูงอายุทุกคน ผู้นำหมู่บ้าน ต้องออกความคิดเห็นและเป็นคน
ตัดสินใจ หรือ 2) ประชาคม ปรีกษาหารือเพื่อแก้ไขความขัดแย้ง จัดประชุมฟังความคิดเห็นของแต่ละฝ่ายว่า สมควรจะทำอย่างไร โดยถือเสียงส่วนมากเป็นอันยุติ (ประชาธิปไตย) 3) กรรมการคุยกัน
ในประเด็นของปัญหา เอาปัญหาเข้าที่ประชุมใหญ่ ทำมติที่ประชุมให้เป็นสิทธิจากการลงความเห็น
ของชุมชน

1.6.2 หน่วยงานภายนอกชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทางเทศบาล หรือ
องค์การบริหารส่วนตำบล

1.7 มีวิธีการ กิจกรรมแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว อย่างไร

แบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่

1.7.1 ตนเอง เช่น ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพจาก
สื่อ ต่าง ๆ หมั่นตรวจสุขภาพ ปลูกผักสวนครัว ทำอาหารรับประทานเองทุกวัน ไม่ซื้ออาหาร
สำเร็จรูปกินอาหารที่มีประโยชน์ พยายามปรับปรุงตามความรู้สึทงของตน สวดมนต์ไหว้พระร่วมกัน
ก่อนเข้านอนทุกคืน แบ่งเวลาแต่ละวัน เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลือกรการ
ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ไม่ฝืนทำ เนื่องจากร่างกายผู้สูงอายุไม่อำนวย การออกกำลังกาย
เบา ๆ เช่น ไ้ที่ซึ่งง

1.7.2 ครอบครัว ควรมีการพูดคุยปรึกษาหารือกัน ครอบครัว พุดคุยให้
กำลังใจซึ่งกันและกัน มีกิจกรรมนอกรสถานที่ เช่น พาไปไหว้พระตามวัดวาอาราม ไปเที่ยวชม
ธรรมชาติ เป็นการเปลี่ยนบรรยากาศจากที่เดิม ๆ บ้าง ดูแลความสะอาดในร่างกายผู้สูงอายุและที่อยู่
อาศัย

ทั้งนี้ มีบางส่วนที่ตอบว่า ไม่มีกิจกรรม เพราะแต่ละคนต้องทำงาน

1.8 มีความคิดเห็นอย่างไร กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่จัดทำขึ้นเองโดย คณะกรรมการผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่า เป็นกิจกรรมที่ดีมาก ควรดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้สูงอายุทุกวันก็มากขึ้นทุกวัน ๆ มันเป็นการดีที่คณะกรรมการหันมาดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ดังเช่น กิจกรรมเพื่อช่วยเพื่อนที่กำลังทำอยู่ ซึ่งการจัดกิจกรรมก็ทำให้คณะกรรมการเข้าถึงผู้สูงอายุ การคอยดูแลช่วยเหลือ ทำกิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น เป็นกำลังใจให้ผู้สูงอายุ มีพลังใจในการต่อสู้ชีวิต จะได้ไม่เป็นโรคซึมเศร้า การนำบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมาร่วมกิจกรรมจะทำให้ทราบข้อมูลและปัญหาด้านสุขภาพได้ดีกว่า ทำให้เห็นว่าชุมชนโดยชุมชนพึ่งพาตัวเองและแสดงศักยภาพของผู้สูงอายุ ไม่ได้เพียงแค่เป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อยากจะให้ผู้ที่มีความรู้ความสามารถในชุมชน ได้เห็นความสำคัญของกิจกรรมและให้ความร่วมมือมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากซึ่งทำไม่ไหว ดังความเห็นของนายเฉลิม อินทนนท์² ที่ว่า มีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การดูแลผู้สูงอายุ ควรที่จะ ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ต่อไปได้ ประเมินภาวะซึมเศร้า (แบบประเมิน 20) ผู้สูงอายุจำนวน 3,708 ราย มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 767 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.9 และความเห็นของพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกาด³ ที่ว่า ได้ผลลัพธ์เชิงปริมาณ มากกว่าเชิงคุณภาพ การขยายเครือข่ายในการดำเนินงานยังมีจำนวนค่อนข้างน้อย อาจจะเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงผู้นำผู้สูงอายุในชุมชนบ่อย ทำให้ความเข้าใจความต่อเนื่องของการทำงานในแต่ละหมู่บ้านค่อนข้างปรับตัวโดยใช้เวลานานพอสมควร

2. ด้านปฏิบัติ

2.1 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แก้ไขปัญหาสุขภาพ ใครเป็นคนร่วมทำบ้าง อย่างไร

²เฉลิม อินทนนท์. (7 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. ประธานชมรมผู้สูงอายุ กรรมการชมรมผู้สูงอายุ และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.

³องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกาด. (14 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. พนักงานท้องถิ่น. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.

มีคำตอบอย่างหลากหลายทั้งตัวผู้สูงอายุเอง คนในครอบครัว คนในชุมชน เช่น แก่นนำสุขภาพ ประธานผู้สูงอายุ คณะกรรมการตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพ โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ควรทำการสำรวจสุขภาพในหมู่บ้านของตนเอง แล้วร่วมกันดำเนินกิจกรรมและศึกษาข้อมูล เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพนั้นให้ดีขึ้น และหน่วยงานท้องถิ่น เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ควรสนับสนุนงบประมาณ

2.2 มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใดบ้างที่ขอบเข้าร่วมดำเนินการด้วย ทำไมจึงชอบกิจกรรมนั้น

แบ่งกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็น 3 กิจกรรม ได้แก่

2.2.1 กิจกรรมเพื่อตนเอง เช่น การออกกำลังกาย ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ การตรวจวัดความดัน เจาะน้ำตาล เจาะเลือด (โรคฟัน-หู-ตา) ทำให้ทราบว่าผลของสุขภาพเป็นอย่างไร จะได้หาทางแก้ไขกันต่อไป การฝึกอาชีพ ทำให้มีอาชีพ มีรายได้ ไม่เหงา

2.2.2 กิจกรรมเพื่อผู้อื่น เช่น การออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ไปไหนไม่ได้ เพราะทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยเหล่านั้น และจะได้นำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ และเสนอเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือต่อไป และผู้ป่วยก็ได้ตรวจ ได้ความรู้ และได้ความสบายใจ

2.2.3 กิจกรรมในด้านศาสนา เช่น งานสืบชะตาหลวง ทำบุญแก้วัด ประเพณีเข้า-ออกพรรษา ก็เป็นงานเสริมสร้างสุขภาพและจิตใจ งานรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุ

2.3 กิจกรรมใดบ้างที่ไม่ค่อยได้เข้าไปมีส่วนร่วม เพราะเหตุใด

ส่วนใหญ่ตอบว่า ไม่มี และบางส่วนตอบว่า

- การออกไปเยี่ยมผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้านติดเตียง เพราะไปเห็นสภาพแล้ว ใจหดหู่ รู้สึกสงสาร กลับมาแล้วนอนไม่หลับ ใจไม่แข็งพอ ซึ่งสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บางท่านแล้ว ไม่ได้ไปเยี่ยม เนื่องจากการระบุด่วนบุคคลเป็นราย ๆ มีงบประมาณไม่พอ อยากให้มาเยี่ยมทุกคน

- การเข้าร่วมประชุม เพราะชาวบ้านและผู้สูงอายุไม่ค่อยสนใจ

- การบริหารร่างกาย จะมีก็ผู้ที่รักสุขภาพจริง ๆ และไม่มีเวลา

- การวัดความดัน เพราะเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- การอบรมพัฒนาเครือข่ายดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

- การอบรม เพราะวันเวลากับการทำงานเลี้ยงชีพ อยากจะรู้เวลาอบรมล่วงหน้า

จะได้มาได้

- งานทำบุญในหมู่บ้านไม่ได้เข้าร่วม ส่วนมากจะจับงานทำบุญ พร้อมกับ

2.4 คนที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าอย่างไร

ดีมาก เนื่องจากทำให้

- สุขภาพใจดี สุขภาพกายแข็งแรง และเป็นการป้องกันโรคที่อาจเกิดตามมา ทำให้เพราะว่าจะได้ความรู้และแก้ไขสุขภาพกันไป

- เกิดความสามัคคี เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

- ผู้ป่วย ผู้สูงอายุจิตใจที่เจ้าหน้าที่ออกมาตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุ เหมือนกับให้กำลังใจผู้สูงอายุและได้รับทราบปัญหา

- ได้ใช้เวลาว่างร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกัน ได้ไปพบปะสังสรรค์พูดคุยให้ความรู้ แลกเปลี่ยนกัน จะได้ไม่เหงา ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นเยอะมาก ๆ แต่ก็มีบางส่วนที่ตอบว่าไม่ดี จะทำไปเพื่ออะไร

2.5 คนที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าอย่างไร

ส่วนใหญ่ตอบว่า ไม่มีเวลา มีภาระหน้าที่ ต้องทำงานหาเงิน ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือมากเท่าที่ควร บางส่วนตอบว่า ไม่เป็นเรื่อง ทำไปก็แค่นั้น หรือติดธุระ ไม่มีจิตอาสา ไม่ได้ สุขภาพไม่ค่อยดี ไปคนเดียวไม่ได้ ไม่ใช่หน้าที่ ไม่มีความรู้ ไม่รู้จะทำไปทำไม และมีหลายคนตอบ ให้เหตุผลว่าดีทุกคนและมีผลดีกับเรา

2.6 มีความคิดเห็นอย่างไรกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกันของคนในชุมชน

มีความเห็นเป็น 2 ฝ่าย ส่วนที่ว่าดีนั้น เนื่องจากเป็นมีระบบระเบียบ สะดวกต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สิ่งที่สร้างเพื่อชุมชน เป็นสิ่งที่ดี และพัฒนาชุมชนได้อย่างดี ทำให้มีกิจกรรมในชุมชน อย่างน้อยก็ทำให้การดำเนินกิจกรรมในชุมชนเข้มแข็งยิ่งขึ้น และทำให้เกิดความสามัคคีในการทำงาน สังคมสงบ เป็นแนวทางเดียวกัน ถ้าปฏิบัติได้ส่วนมากในชุมชน ก็จะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ส่วนที่ไม่เห็นด้วยนั้น เนื่องจากการใช้กฎระเบียบ ข้อบังคับ เหมือนเป็นการบังคับ การพูด การเข้าใจ-ให้เหตุผล ซึ่งกันและกัน ยังดีกว่าบังคับ และในทางปฏิบัตินั้น จะทำได้มากน้อยแค่ไหน และบางส่วนจะไม่มีเวลา บางคนรู้สึกอึดอัด ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁴ ให้ความเห็นว่า “กฎระเบียบข้อบังคับนั้น ๆ ต้องเป็นข้อบังคับที่ชุมชนลงความเห็นและเห็นว่าเป็นปัญหาจึงจะปฏิบัติตามกฎที่ตั้งขึ้นมา ถ้าชุมชนไม่เห็นว่ามันเป็นปัญหาหรือมันเกิดประโยชน์จริง ๆ เล่าก็จะไม่ปฏิบัติหรือเข้าร่วม”

⁴ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข. (14 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. พนักงานท้องถิ่น. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.

2.7 การดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสภาพและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน มี ปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใด

ปัญหาที่ประมวลมาได้ นั้น ได้แก่

- บุคลากรและงบประมาณมีไม่เพียงพอ เนื่องจากต้องเป็นไปตามระเบียบ กฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- แรกๆ ก็ย่อมมีปัญหา เพราะบางคนบางพวก ยังไม่เห็นผลงานและคุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพ
- มีคนเข้าร่วมกิจกรรมน้อย เพราะติดธุระทางบ้าน ทางเรื่องการทำงาน
- บางคนไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ ทั้ง ๆ ที่ตัวเองมีปัญหาด้านสุขภาพ พออาการทรุดหนักเข้าก็ช่วยเหลืออะไรไม่ได้ เพราะอ้างว่าไม่มีเวลาในการพบเจ้าหน้าที่ หรือไม่ค่อยได้รับความร่วมมือเท่าไร เพราะบางคนต่างทำมาหากิน
- ปัญหาข้อมมีทุกที่ แต่ถ้าเราตั้งใจทำเพื่อส่วนรวมและมีการขานรับจากส่วนรวม ก็เป็นพลังใจของผู้ดำเนินกิจกรรม เมื่อมีปัญหาที่ช่วยกันแก้ปัญหาด้วยกัน
- ไม่ทำเนื่องจากไม่ใช่หน้าที่ ต้องทำเพราะเป็นหน้าที่ไม่ยอมทำ ไม่ยั่งยืนต้องให้มีคนสนับสนุนตลอด

ทั้งนี้ก็มีหลายคนที่ตอบว่าไม่มีปัญหาอะไร

3. ด้านการร่วมรับผลประโยชน์

3.1 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ร่วมดำเนินการแล้ว ท่านได้รับผลประโยชน์อย่างไรบ้าง

แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

- 3.1.1 ประโยชน์ตน คือ ตนเองได้ความรู้เพิ่มเติม ได้ทำกิจกรรมข่มมือ แซ่เท้า แล้วรู้สึกผ่อนคลาย สุขภาพดีขึ้น เอามาใช้ในการดำเนินชีวิต ทำให้สุขภาพแข็งแรงดี และมีอารมณ์แจ่มใสดี ได้รับการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สะดวกขึ้น ไม่ต้องไปหาแพทย์ถึงโรงพยาบาล มีความสุขใจสบายใจ ดังที่น.ส.กอบกุล ธรรมเสนา⁵ และนางดี บุญเย็น⁶ ให้ความเห็นว่า “ได้รับการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ที่ออกตรวจ ได้รับความสะดวกไม่ต้องไปหาแพทย์ถึงโรงพยาบาล”

⁵ กอบกุล ธรรมเสนา. (8 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. กรรมการชมรมผู้สูงอายุและคณะกรรมการหมู่บ้าน. ตำบลบ้านกาศ อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.

⁶ ดี บุญเย็น. (9 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. คณะกรรมการหมู่บ้าน. ตำบลบ้านกาศ อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.

นอกจากนี้ คณะผู้ดำเนินกิจกรรมก็ภูมิใจที่ได้ทำเพื่อส่วนรวม ความสุขที่ได้ช่วยผู้อื่น ดังความเห็นของนายโสภณ บริสุทธิ์ศีล⁷ ที่ว่า “มีความสุขใจสบายใจ คณะผู้ดำเนินกรรมก็ภูมิใจที่ได้ทำ”

3.1.2 ประโยชน์ส่วนรวม คนในชุมชนได้รับผลประโยชน์ดี ได้รักสามัคคีกันดี เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันดี ได้แนวคิดและภูมิปัญญาจากชุมชน คนในชุมชนมีสุขภาพดี ดังความเห็นของนางจันทร์ฉาย เมืองลานนา⁸ ที่ว่า “มีความสุขใจสบายใจ คณะผู้ดำเนินกรรมก็ภูมิใจที่ได้ทำ”

3.2 กิจกรรมใดในหมู่บ้านที่ให้ประโยชน์แก่ชาวบ้านมาก

กิจกรรมที่เป็นประโยชน์นั้น ได้แก่ กิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ออกมาตรวจสอบสภาพ วัดความดันโลหิต ตรวจหาเบาหวาน ล้างสารพิษตกค้าง ให้ความรู้กับชาวบ้าน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาเยี่ยมผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย และให้กำลังใจ ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันการรักษาโรค และกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสืบทอด ทำบุญ รดน้ำดำหัว รวมถึงการท้องักการบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลมาจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ ผู้พิการ แล้วนำความรู้มาให้ชาวบ้าน แห่มือ แห่เท้า ทำน้ำคลอโรฟิลล์ การออกกำลังกาย รำมวยไทเก๊ก ซึ่งบางท่านตอบว่า ชอบทุกกิจกรรม

3.3 ชาวบ้านส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

อย่างไร

ส่วนใหญ่ตอบว่า ให้ความสำคัญเป็นอย่างดี ให้ความสำคัญพร้อมใจกันดีมาก ไม่มีปัญหา เมื่อคณะผู้สูงอายุ-หมอ-เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกเยี่ยมชาวบ้าน ก็ได้รับความต้อนรับและร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี และผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ก็เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมล้างสารพิษตกค้างในร่างกาย และมีบางคนที่ตอบว่า ให้ความสำคัญน้อยมาก นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะว่า ถ้ามีการกระจายข่าวสารที่ดีชาวบ้านจะมาร่วมมาก ช่วยกันประชาสัมพันธ์ แบบปากต่อปาก เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อมีเวลา แต่มีปัญหาคนที่ไม่เห็นว่าการเกิดประโยชน์ก็จะไม่มา

3.4 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใดบ้าง ที่ชาวบ้านให้ความสำคัญดี

การสืบทอด การทัศนศึกษา ดูงาน การแจกของตัวอย่างอุปกรณ์ต่าง ๆ การตรวจสุขภาพ วัดความดัน ตรวจหาเบาหวาน การคัดกรองซึ่มเศร้า ต้อกระจก ตรวจหาสารพิษในร่างกาย ออกกำลังกาย แห่มือ แห่เท้า ภูมิปัญญาท้องถิ่น รดน้ำดำหัว ทำบุญแก้วัด การสืบทอด

⁷ โสภณ บริสุทธิ์ศีล. (มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. ประธานชมรมผู้สูงอายุและคณะกรรมการหมู่บ้าน. ตำบลบ้าน กาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.

⁸ ฉาย เมืองลานนา. (6 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. กรรมการชมรมผู้สูงอายุและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.

หมู่บ้าน และบางส่วนตอบว่า ทุกกิจกรรม ชาวบ้านให้ความร่วมมือกันทุกครั้ง เมื่อมี อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาตรวจ

3.5 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้บ้างที่ชาวบ้านไม่ให้ความสนใจ หรือไม่ให้ความร่วมมือ

ส่วนใหญ่ตอบว่า ไม่มี ชาวบ้านสนใจให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะไปวัด ทำบุญ และบางคนตอบว่า การอบรม การออกกำลังกาย เดินแอโรบิค กิจกรรมภูมิปัญญา (เพราะไม่ค่อยได้เงิน ทำแล้วไม่ได้ขาย) เวลาเจ้าหน้าที่มาแนะนำเรื่องสุขภาพ คนเข้าร่วมน้อย การคัดแยกขยะ

3.6 การมีกฎระเบียบ ข้อปฏิบัติร่วมกันเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน ทำให้เกิดผลอย่างไรต่อชุมชนบ้าง

ผลที่เกิดขึ้นคือ ตั้งไว้ในกฎเกณฑ์เป็นระเบียบต่อไป ทำให้ชุมชนรู้จักระเบียบ และเข้าใจที่ตั้งกฎระเบียบขึ้นมาจะได้ปฏิบัติตัวถูกต้อง และดูแลสุขภาพตัวเอง ได้ดียิ่งขึ้น ทุกคนรู้จักหน้าที่รับผิดชอบ การทำงานได้ผลที่ทำ มีความรัก ความสามัคคีในชุมชน และทำให้เกิดชุมชน 3 ดี 1) ชุมชนมีความเข้มแข็ง เพราะคนในชุมชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า 2) ชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่ดี 3) ชุมชนมีเศรษฐกิจดี มีความมั่นคงทางรายได้มากขึ้น แต่บางคนเห็นว่า กฎระเบียบ บางครั้งใช้ไม่ได้ ถ้าเป็นกฎระเบียบที่ชุมชนคิดและยอมรับ เกิดผลดีได้เป็นแนวทางปฏิบัติ แต่ถ้าเป็นเพียงข้อบังคับทั่วไปคงจะไม่มีประโยชน์มากเท่าที่ควร

4. ด้านการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล

4.1 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมมาก / น้อย เพราะอะไร

สำหรับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมมาก เพราะ ประชานก็ประชุมชี้แจง การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ ตัวผู้สูงอายุใส่ใจดูแลสุขภาพของตัวเอง ทำให้สุขภาพแข็งแรง

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมน้อย เพราะอะไรด้านตัวผู้เข้าร่วมนั้น มาจากแรงจูงใจ และสุขภาพไม่เอื้อกับการเข้าร่วมกิจกรรม หลายคนมีภาระทางบ้าน มาก มาไม่ได้ ไม่มีเวลา ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁹ ให้ความเห็นว่า “กิจกรรมเป็นกิจกรรมจิตอาสา มาด้วยใจ ก็ต้องควรมีส่วนร่วมมากน้อยนั้น ๆ ต้องมาร่วมก็ถือว่ามีส่วนร่วมมากแล้ว เพราะต้อง เสียสละทั้งเวลา อะไรหลาย ๆ อย่าง” และความเห็นของน.ส.สุทธิลักษณ์ ใจแก้ว¹⁰ ที่ว่า “ผู้สูงอายุ

⁹ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข. (14 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. พนักงานท้องถิ่น. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัด เชียงใหม่.

¹⁰ สุทธิลักษณ์ ใจแก้ว. (14 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. เจ้าหน้าที่. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัด เชียงใหม่.

ส่วนมากร่างกายอ่อนแอ เดินลำบาก ฉะนั้นผู้สูงอายุจะต้องดูว่า ผลที่ได้รับมาน้อยแค่ไหน เช่น กิจกรรมตรวจสุขภาพ จะมีคนมาเยอะ เพราะเป็นผลดีของผู้สูงอายุ กิจกรรมฝึกอาชีพ จะมีคนมาน้อย”

4.2 ในการติดตามประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแล้ว

คณะกรรมการผู้สูงอายุมีวิธีการอย่างไรบ้าง

สมาชิกในชมรมให้ความเห็นว่ามีหลากหลายวิธีการ ได้แก่ จัดงานนโยบาย การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุของอำเภอแม่วางเป็นระยะ 1 วัน บางคนตอบว่า จะดูผลกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมชอบ เช่น การนิมนต์พระมาเทศ เพื่อกล่อมเกลาคิดใจ ทำงานเป็นขั้นตอน รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น หากเกิดปัญหา ก็ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาและให้ความช่วยเหลือ แล้วติดตามผลงานทุกระยะ ถึงจะรู้ผล

ในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความเห็นว่า ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย สังเกต และสอบถามข้อเท็จจริงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป้าหมาย จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุแล้วติดตาม>ส่งต่อรักษา>จัดกิจกรรมอื่น หรือจัดทำแบบความพึงพอใจให้สำรวจ ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ถูกปฏิบัติว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไป (คุณภาพชีวิต) สุขภาพดีขึ้นหรือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น

4.3 หากพบข้อบกพร่องหรือปัญหาในการดำเนินกิจกรรม มีวิธีการแก้ไขปัญหา

อย่างไร

คณะกรรมการและทุกคนที่มีส่วนร่วมคณะกรรมการจะนำปัญหานั้น ๆ มาเข้าที่ประชุม หาวิธีแก้ไข ดูว่ากิจกรรมไหน เขาไม่ชอบ เราจะไม่เอามาทำ นอกจากนี้ ยังควรคิดวางแผนก่อนแก้ไข แก้ไขเฉพาะหน้าเมื่อเกิดปัญหาว่า มาจากสาเหตุใด และแก้ไขปัญหาโดยวิธีใดจึงจะสำเร็จ ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประธานผู้สูงอายุ ก็ต้องพยายามเก็บข้อมูล แล้วติดต่อสอบถาม เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ที่มีความรู้ รวมถึงการจัดเวทีร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในข้อบกพร่องหรือสภาพปัญหาต่างๆ จนเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อร่วมวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นในทิศทางเดียวกัน

4.4 ใครเป็นผู้ตรวจสอบ ติดตามประเมินผลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

อย่างไร

ในมุมมองของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนั้น ผู้ตรวจสอบ ติดตามประเมินผลกิจกรรมควรเป็น คณะกรรมการหมู่บ้าน ประธานผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ที่มิมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานท้องถิ่น เทศบาล

องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ตรวจสอบ

ในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น เห็นว่าชุมชนควรประชุมให้มากเพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจว่ามันเป็นปัญหา และร่วมติดตามและประเมินตนเองและชุมชนไปด้วยกัน โดยคนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย ว่าเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว สุขภาพดีขึ้นหรือไม่ หน่วยงานเจ้าของงบประมาณ ว่าดำเนินการตามกิจกรรมที่ระบุไว้ในโครงการไหม และเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ระดับใด หรือคณะกรรมการที่ได้แต่งตั้งดำเนินการนิเทศ เป็นผู้ติดตามผลการจัดกิจกรรม

4.5 มีความคิดเห็นอย่างไร กับการติดตามประเมินผล อย่างไร

ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี เมื่อประเมินผลแล้ว เป็นที่น่าพอใจ ก็ควรดำเนินการดูแลผู้สูงอายุต่อไปเรื่อย ๆ เพราะเป็นผลดีกับผู้สูงอายุ และชุมชน หากมีข้อเสีย ก็ควรแก้ไขและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ที่สำคัญควรมีการติดตามจากผลลัพธ์ที่อยากได้จากกิจกรรมนั้น ๆ จะได้ทราบถึงปัญหาและนำปัญหามาแก้ไขในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป แต่ต้องเป็นที่ยอมรับและวางแผนร่วมกัน และข้อมูลนั้นต้องเกิดประโยชน์ในกิจกรรมครั้งต่อไป นำไปต่อยอดได้

สำหรับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่าการติดตามประเมินผล เป็นวิธีการหนึ่งในการพิจารณาว่า เห็นควรให้การสนับสนุนทั้งด้านเงินงบประมาณ บุคลากร อย่างไร (ควรสนับสนุนต่อไปหรือไม่ สนับสนุนแบบไหน มากหรือน้อยลง) รวมทั้งได้รับว่า ชุมชนมีส่วนร่วมระดับไหน

สรุป กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ ด้านปฏิบัติ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ และด้านการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่” วัตถุประสงค์ของการวิจัยมี 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ และ 2) เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิพากษ์ (Critical Research) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสาธารณสุขกระแสหลักกับกระแสของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการทำงานร่วมกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิจัยผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวกับรูปแบบและกระบวนการ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ 1) สมาชิกและคณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ในชุมชนตำบลสุขภาพบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 25 ราย และ 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านกาดและโรงพยาบาลแม่วาง จำนวน 4 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 อย่าง ได้แก่ 1) แบบสอบถาม 2) แบบสัมภาษณ์ และ 3) แบบสำรวจ จากนั้นลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินผล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means) โดยสามารถนำเสนอผลการวิจัยตามข้อค้นพบ ดังต่อไปนี้

สรุปผลการศึกษา

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ (Well-Being) ในภาพองค์รวมนั้น การจะส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพดี มีความรู้สึกเป็นสุข มีความสมดุลใน 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต

สังคม ปัญญา ซึ่งในการวิจัยนี้ได้ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ มี 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบเป็นทางการ 2) รูปแบบไม่เป็นทางการ และ 3) รูปแบบผสมผสาน (บูรณาการ) โดยจากการสำรวจความเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโครงการทั้ง 19 โครงการ ดังนี้

1. โครงการจิตอาสาพัฒนาเครือข่ายผู้สูงอายุตำบลบ้านกาด
2. โครงการคืนชีวิตใหม่ คืนดวงตาสดใส ใส่ใจต่อกระจก
3. โครงการอบรมพัฒนาเครือข่ายดูแลสุขภาพใจผู้สูงวัยในชุมชน
4. โครงการผู้สูงอายุพันธุ์ดี (ชมรมคนรักฟัน)
5. งานสืบชะตาหลวงผู้สูงอายุตำบลบ้านกาด
6. กิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ
7. โครงการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสมุนไพร (เครือข่ายผาง)
8. โครงการทอผ้าของผู้สูงอายุ
9. โครงการอ้อยสอนหลาน
10. โครงการศิลปะประดิษฐ์
11. โครงการเศรษฐกิจพอเพียง
12. โครงการปลูกผักปลอดสารเคมี
13. โครงการออกกำลังกาย ไท่จี๊จิ้ง
14. โครงการทำถั่วอบสมุนไพร
15. โครงการปฏิบัติธรรมวันสำคัญทางศาสนา
16. โครงการส่งเสริมการอ่าน การฟังธรรม
17. กิจกรรมทำบุญ ถวายวัด
18. กิจกรรมข้าวล้นบาตร
19. กิจกรรมสลากรัศมี

พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า โครงการส่วนใหญ่มีรูปแบบเป็นทางการ มีเพียง 2 โครงการเท่านั้นที่มีรูปแบบแตกต่างออกไป ได้แก่ โครงการที่ 10. โครงการศิลปะประดิษฐ์ ซึ่งให้ความเห็นว่าเป็นแบบบูรณาการ และโครงการที่ 14. โครงการทำถั่วอบสมุนไพรเป็นแบบไม่เป็นทางการ

2. กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

สำหรับกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ 2) ด้านปฏิบัติ 3) ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ และ 4) ด้านการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล นั้น สามารถสรุปความเห็นของกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

2.1 ด้านการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ ปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) โรคทางกาย ผู้สูงอายุในชมรมมีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไชมันในเลือดสูง ต้อกระจก เข้าเสื่อม และ 2) โรคทางใจ เช่น อาการซึมเศร้า ความเครียด

การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ ผู้ที่ควรแก้ไขมี 3 ฝ่าย ได้แก่ 1) ตัวผู้สูงอายุเอง ต้องดูแลตนเอง ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ตรวจสอบสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ 2) ครอบครัว ลูกหลานต้องหมั่นดูแลผู้สูงอายุ และ 3) หน่วยงานท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้สุขภาพกับชาวบ้าน จัดอบรมผู้สูงอายุ คนดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน อสม.แนะนำการทานอาหารที่ถูกต้อง ออกกำลังกาย ทำการตรวจคัดกรองเบื้องต้น

โดยฝ่ายที่ควรมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมแบ่งได้ 4 ฝ่าย ได้แก่ 1) ตัวผู้สูงอายุเอง 2) สมาชิกในครอบครัว ญาติผู้สูงอายุ 3) สมาชิกในชมรม เช่น สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำหมู่บ้าน และ 4) องค์กรท้องถิ่น อาทิ เทศบาล และองค์การบริหารท้องถิ่น สนับสนุนด้านงบประมาณ โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนด้านบุคลากร เวชภัณฑ์ยา การรักษาอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ด้านการติดตามอาการผู้สูงอายุ เพื่อส่งต่อไป โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สำหรับแนวทางสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในความคิดของกลุ่มตัวอย่างนั้น แบ่งเป็น 4 แนวทาง คือ 1) ตัวผู้สูงอายุเอง ต้องดูแลตนเอง ปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตด้วยการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ ทำจิตใจให้อารมณ์แจ่มใส ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบ้าง 2) สมาชิกในครอบครัวและชมรม ก็ควรช่วยกันดูแล หางานเบา ๆ ให้ผู้สูงอายุทำ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดตรวจสุขภาพประจำปี แล้วแบ่งกลุ่มของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษา 4) หน่วยงานต่าง ๆ ควรมีงบประมาณลงมาให้ความรู้และจัดกิจกรรมในตำบล และสนับสนุนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเชิงรุกและต่อเนื่อง

ในการใช้ทรัพยากรบุคคล สิ่งของ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เงิน เพื่อใช้ในกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า แหล่งที่มาของทรัพยากรได้มาจากหน่วยงานท้องถิ่น เช่น เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนใน

ตำบล และการขอรับบริจาคสิ่งของจากหน่วยงาน วัด ผู้มีจิตเมตตาในท้องถิ่น มีข้อเสนอแนะว่า ควรจะมีคณะกรรมการปรึกษาหารือกัน ขอเงินจากที่ใดที่หนึ่ง เช่น นายกองค้การบริหารส่วน จังหวัดสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (ส.ส.) เข้าร่วมด้วย ซึ่งงบประมาณในการจัดและส่งเสริมนั้นได้ จากหน่วยราชการท้องถิ่น 1) เทศบาลแม่วาง สมทบงบประมาณเข้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มากกว่า 50 % 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เทศบาล อุดหนุน งบประมาณให้หน่วยงานรัฐและเอกชนจัดทำโครงการที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น เยี่ยมผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกาย ไข้จีซิงก คำหัวผู้สูงอายุ ธรรมะเพื่อผู้สูงอายุ อาชีพเพื่อผู้สูงอายุ

การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดข้อขัดแย้งในการดำเนินกิจกรรม ผู้ที่ควรคิดตัดสินใจ ควรเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเอง โดยประธานผู้สูงอายุของทุกหมู่บ้านของตำบล และ คณะกรรมการผู้สูงอายุทุกคน ผู้นำหมู่บ้าน ต้องออกความคิดเห็นและเป็นคนตัดสินใจ หรือ ประชาคม ปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขความขัดแย้ง จัดประชุมฟังความคิดเห็นของแต่ละฝ่ายว่าสมควร จะทำอะไร แล้วทำตามเสียงส่วนมาก หรือกรรมการคุยกันในประเด็นของปัญหา เอาปัญหาเข้าที่ ประชุมใหญ่ ทำมติที่ประชุมให้เป็นสิทธิจากการลงความเห็นของชุมชน อาจมีหน่วยงานภายนอก ชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทางเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เข้าร่วมด้วย

ในการแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวนั้น แบ่งเป็น 2 กรณี กรณีของตนเอง ผู้สูงอายุควรศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแล สุขภาพจากสื่อต่าง ๆ และเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพทั้งทางกายและใจใหม่ เช่น ตรวจสอบ สุขภาพสม่ำเสมอ ออกกำลังกายตามสมควร สวดมนต์ไหว้พระ รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ กรณีครอบครัว ควรมีการพูดคุยปรึกษาหารือกันในครอบครัว พูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มี กิจกรรมนอกสถานที่ เป็นการเปลี่ยนบรรยากาศให้ผู้สูงอายุ

ส่วนความคิดเห็นต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่จัดทำขึ้นเองโดย คณะกรรมการผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า เป็นกิจกรรมที่ดีมาก ควรดำเนินการ ต่อไปอย่างต่อเนื่อง และการนำบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมาร่วมกิจกรรมจะทำให้ทราบข้อมูล และปัญหาด้านสุขภาพได้ดีกว่า

2.2 ด้านปฏิบัติ ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แก้ไขปัญหาสุขภาพนั้น ผู้ที่เป็นคนร่วมทำ มีทั้งตัวผู้สูงอายุเอง คนในครอบครัว คนในชุมชน เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรสำรวจสุขภาพในหมู่บ้านของตนเอง แล้วร่วมกันดำเนินกิจกรรมและศึกษาข้อมูล เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นให้ดีขึ้น และหน่วยงานท้องถิ่น เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนงบประมาณ

สำหรับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพไคบังที่กลุ่มตัวอย่างชอบเข้าร่วมดำเนินการด้วย แบ่งเป็น 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมเพื่อตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การตรวจวัดสุขภาพ 2) กิจกรรมเพื่อผู้อื่น เช่น การออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และ 3) กิจกรรมในด้านศาสนา เช่น งานสืบชะตาหลวง กิจกรรมทำบุญแก้เว็ด

ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยได้เข้าไปมีส่วนร่วมนั้น ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี และบางส่วนตอบมา เช่น การออกไปเยี่ยมผู้ป่วย ผู้สูงอายุ การเข้าร่วมประชุม การบริหารร่างกาย จะมีก็ผู้ที่รักสุขภาพจริง ๆ และไม่มีเวลา การวัดความดัน การอบรมพัฒนาเครือข่ายดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น

ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ดีมาก เนื่องจากทำให้สุขภาพใจดี สุขภาพกายแข็งแรง และเป็นการป้องกันโรคที่อาจเกิดตามมา ทำให้เกิดความสามัคคี เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี เป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยผู้สูงอายุ และได้ใช้เวลาว่างร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกัน

ผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลา มีภาระหน้าที่ ต้องทำงานหาเงิน ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือมากเท่าที่ควร บางส่วนตอบว่า ไม่เป็นเรื่องทำไปก็แค่นั้น หรือคิดธุระ ไม่มีจิตอาสา มาไม่ได้ สุขภาพไม่ค่อยดี ไปคนเดียวไม่ได้ ไม่ใช่หน้าที่ ไม่มีความรู้ ไม่รู้จะทำไปทำไม และมีหลายคนที่ตอบ ให้เหตุผลว่าดีทุกคนและมีผลดีกับเรา

เมื่อต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันของคนในชุมชนนั้น กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นเป็น 2 ฝ่าย ส่วนที่ว่ามีดี เพราะทำให้มีระบบระเบียบ สะดวกต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ทำให้การดำเนินกิจกรรมในชุมชนเข้มแข็งยิ่งขึ้น เกิดความสามัคคีในการทำงาน สังคมสงบ ส่วนที่ไม่เห็นด้วยนั้น เนื่องจากการใช้กฎระเบียบ ข้อบังคับ เหมือนเป็นการบังคับ การพูด การเข้าใจ-ให้เหตุผล ซึ่งกันและกัน ยังดีกว่าบังคับ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ที่ประมวลมาได้นั้น เช่น บุคลากรและงบประมาณมีไม่เพียงพอ บางคนยังไม่เห็นผลงานและคุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพ มีคนเข้าร่วมกิจกรรมน้อย บางคนไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ เป็นต้น แต่ก็หลายคนที่ตอบว่าไม่มีปัญหาอะไร

2.3 ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริม

สุขภาพได้รับแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ประโยชน์ตน คือ ตนเองได้ความรู้เพิ่มเติม เอามาใช้ในการดำเนินชีวิตได้ ทำให้สุขภาพแข็งแรงดี และมีอารมณ์แจ่มใสดี ได้รับการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สะดวกขึ้น และคณะผู้ดำเนินกิจกรรมก็ภูมิใจที่ได้ทำเพื่อส่วนรวม ความสุขที่ได้ช่วยผู้อื่น 2) ประโยชน์ส่วนรวม คนในชุมชนได้รับผลประโยชน์ดี มีความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ได้แนวคิดและภูมิปัญญาจากชุมชน

กิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ชาวบ้านมาก ได้แก่ กิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ออกมาตรวจสุขภาพ ให้ความรู้กับชาวบ้าน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาเยี่ยมผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย และให้กำลังใจ และกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งบางท่านตอบว่า ชอบทุกกิจกรรม

ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ ให้ความร่วมมือกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเป็นอย่างดี ไม่มีปัญหา โดยเฉพาะกิจกรรมออกเยี่ยมชาวบ้าน ก็ได้รับความต้อนรับและร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี และมีข้อเสนอแนะว่า ถ้ามีการกระจายข่าวสารที่ดีชาวบ้านจะมาร่วมมากขึ้น

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ชาวบ้านให้ความร่วมมือดี เช่น การสืบทอด การทัศนศึกษา ฐาน การแจกของตัวอย่างอุปกรณ์ต่าง ๆ การตรวจสุขภาพ ออกกำลังกาย ภูมิปัญญาท้องถิ่น กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ชาวบ้านไม่ให้ความสนใจ หรือไม่ให้ความร่วมมือ นั้น ส่วนใหญ่ตอบว่า ไม่มี ชาวบ้านสนใจให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะการทำบุญ และบางคนตอบว่า การอบรม การออกกำลังกาย เดินแอโรบิค กิจกรรมภูมิปัญญา (เพราะไม่ค่อยได้เงิน ทำแล้วไม่ได้ขาย) เวลาเจ้าหน้าที่มาแนะนำเรื่องสุขภาพ คนเข้าร่วมน้อย การคัดแยกขยะ

การมีกฎระเบียบ ข้อปฏิบัติร่วมกันเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน ทำให้เกิดผลต่อชุมชน คือทำให้ชุมชนรู้จักระเบียบ และเข้าใจที่ตั้งกฎระเบียบขึ้นมาจะได้ปฏิบัติตัวถูกต้อง และดูแลสุขภาพตัวเองได้ดียิ่งขึ้น และสามารถสร้างให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่ดี และชุมชนมีเศรษฐกิจดี มีความมั่นคงทางรายได้มากขึ้น แต่บางส่วนเห็นว่า กฎระเบียบ บางครั้งใช้ไม่ได้ ถ้าเป็นกฎระเบียบที่ชุมชนคิดและยอมรับ เกิดผลดีได้เป็นแนวทางปฏิบัติ แต่ถ้าเป็นเพียงข้อบังคับทั่วไปคงจะไม่มีประโยชน์มากเท่าที่ควร

2.4 ด้านการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล สำหรับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่

ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมมาก เพราะประธานก็ประชุมชี้แจง การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ ตัวผู้สูงอายุใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้สุขภาพแข็งแรง ส่วนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมน้อย เพราะอะไรด้านตัวผู้เข้าร่วมนั้น มาจากแรงจูงใจ และสุขภาพไม่เอื้อกับการเข้าร่วมกิจกรรม หลายคนมีภาระทางบ้านมาก มาไม่ได้ ไม่มีเวลา

ในการติดตามประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแล้ว คณะกรรมการผู้สูงอายุมีวิธีการ ได้แก่ การชี้แจงนโยบาย การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุของอำเภอ แม้วางเป็นระยะ 1 วัน บางส่วนตอบว่า จะดูแลกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมชอบ หากเกิดปัญหา ก็ร่วมมือกัน แก้ไขปัญหาและให้ความช่วยเหลือ แล้วติดตามผลงานทุกระยะ ถึงจะรู้ผล ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บางท่านให้ความเห็นว่า อาจจัดทำแบบความพึงพอใจให้สำรวจ ผลที่เกิดกับผู้ถูกปฏิบัติว่ามีอะไร เปลี่ยนไป (คุณภาพชีวิต) สุขภาพดีขึ้นหรือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น

หากพบข้อบกพร่องหรือปัญหาในการดำเนินกิจกรรม มีวิธีการแก้ไขปัญหา ด้วยการที่คณะกรรมการและทุกคนที่มีส่วนร่วมนำปัญหานั้น ๆ มาเข้าที่ประชุม หาวิธีแก้ไข และ ควรคิดวางแผนก่อนแก้ไข ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประธานผู้สูงอายุ ก็ต้องพยายามเก็บข้อมูล แล้วติดต่อสอบถาม เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ที่มีความรู้ รวมถึงการจัดเวทีร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในข้อบกพร่องหรือสภาพปัญหาต่างๆ จนเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อร่วมวางแผนทางการแก้ไขปัญหาในทิศทางเดียวกัน

ในมุมมองของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ นั้น ผู้ที่ควรเป็นผู้ตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ควรเป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน ประธานผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ที่มิมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานท้องถิ่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลและส่งเสริม สุขภาพในตำบล เป็นผู้ตรวจสอบ ส่วนมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่า ชุมชนควรเป็นผู้ ตรวจสอบ ติดตามประเมินตนเองและชุมชนไปด้วยกัน ว่าเข้าร่วมกิจกรรมแล้วสุขภาพดีขึ้นหรือไม่ และหน่วยงานเจ้าของงบประมาณควรตรวจสอบติดตามว่า ดำเนินการตามกิจกรรมที่ระบุไว้ใน โครงการหรือไม่และเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ระดับใด

ความคิดเห็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีต่อการติดตามประเมินผลนั้น มี ความเห็นว่า เป็นสิ่งที่ดี เมื่อประเมินผลแล้ว เป็นที่น่าพอใจ ก็ควรดำเนินการดูแลผู้สูงอายุต่อไปเรื่อย ๆ หากมีข้อเสีย ก็ควรแก้ไขและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ที่สำคัญควรมีการติดตามจากผลลัพธ์ที่ อยากรู้ได้จากกิจกรรมนั้นๆ จะได้ทราบถึงปัญหาและนำปัญหามาแก้ไขในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เห็นว่าการติดตามประเมินผล เป็นวิธีการหนึ่งในการ พิจารณาว่า เห็นควรให้การสนับสนุนทั้งด้านเงินงบประมาณ บุคลากร ว่าควรสนับสนุนต่อไป หรือไม่ สนับสนุนแบบไหน มากหรือน้อยลงรวมทั้งทราบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมระดับไหน

อภิปรายผลการศึกษา

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

ผลจากการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ มี 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบเป็นทางการ 2) รูปแบบไม่เป็นทางการ และ 3) รูปแบบผสมผสาน (บูรณาการ) โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า กิจกรรมโครงการที่จัดขึ้นนั้น ส่วนใหญ่มีรูปแบบเป็นทางการ ดังจะเห็นได้จากโครงการต่าง ๆ 19 โครงการ มีรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพแบบเป็นทางการ 17 โครงการ และมีรูปแบบไม่เป็นทางการและแบบบูรณาการอย่างละ 1 โครงการ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะโครงการส่วนใหญ่ของชมรมผู้สูงอายุ มีกลุ่มจากองค์กรต่าง ๆ ภายนอก โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวกับองค์การสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามาฝึกอบรม มีการไปดำเนินงานประสานงาน ใช้งบประมาณผ่านหน่วยงานท้องถิ่น ก่อให้เกิดการทำโครงการ ใช้งบประมาณต่าง ๆ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากหน่วยงานภาครัฐ จึงทำให้ความเห็นจากกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นรูปแบบที่เป็นทางการ ทั้งที่บางกิจกรรมซึ่งเป็นจารีตประเพณีของชุมชน เป็นประเพณีที่ทำสืบทอดกันตั้งแต่อดีตกาล ที่น่าจะมีรูปแบบไม่เป็นทางการ

เพราะเป็นกิจกรรมที่เกิดคุณค่าด้านจิตใจและทำสืบทอดกันมา หากใช้วัฒนธรรมประเพณี ความเป็นพี่น้อง สร้างความเข้าใจ ความใกล้ชิดจะเกิดคุณค่าทางจิตใจ มากกว่า (ไม่มีเงินกิจกรรมไม่เกิด) เช่น กิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ กิจกรรมสืบทอดเพลงผู้สูงอายุ ถูกลมองว่าเป็นโครงการที่มีรูปแบบเป็นทางการไป มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของทรงศักดิ์ มีชัย (2544) ที่ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ บ้านป่าขาม ตำบลเวียงใต้ อำเภอป่าซาง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยภายนอกและภายในชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การที่สมาชิกในชุมชนเข้ามาฝึกอบรมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนนั้น มีความสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมที่ว่า หลักการสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในผลการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีความสามารถอย่างแท้จริงและจะสามารถกำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชนเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน (mass movement) และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้ (เมธี จันทร์จารุภรณ์, 2539, หน้า 8-10)

2. กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้าน กาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

ผลจากการวิจัยพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ นั้น มีกรอบการวิจัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ ด้านปฏิบัติ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ และด้านการตรวจสอบติดตามประเมินผล เมื่อชุมชนมีชมรมผู้สูงอายุขึ้นมา ก็จัดกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดประโยชน์ต่อชุมชน โดยมีหน่วยงานจากภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งประชาชนก็เข้ามามีส่วนร่วมและรับประโยชน์ด้วย สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเป็นนโยบายกระแสหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้มีบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุผู้สูงอายุให้ครอบคลุม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ การประสานงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรที่ดูแลประชาชน ในพื้นที่ โดยรวมอาจเป็นทั้งผู้สูงอายุ และไม่ใช่ผู้สูงอายุ อาจมีส่วนทำให้พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง 4 มิติ มีกลุ่มอื่นทั้งในและนอกชุมชนเข้าร่วมรับผลประโยชน์ อนึ่ง ในพื้นที่บ้านกาดเป็นพื้นที่ที่มีหน่วยงานหลากหลาย ทับซ้อนกันอยู่ ทำให้ผลประโยชน์จากกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโครงการต่างๆกระจายไปสู่หน่วยงานดังกล่าว เช่น ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน (กศน.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ วัด องค์กรนอกพื้นที่ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพราะฉะนั้น โครงการต่างๆที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่ได้กระจุกอยู่เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ แต่กระจายไปตามหน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้รับผลประโยชน์ สอดคล้องกับขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน (อคิด ริฟิพัฒนา, 2527, หน้า 107-111) ซึ่งมี 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนาการแก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน และ 4) การประเมินผลกิจกรรมพัฒนา และงานวิจัยของพญณันท์ สุฤทธิ์ (2546) ที่ศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านเฮี้ย อำเภอปัว จังหวัดน่าน พบว่า กระบวนการในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ มี 4 ขั้นตอนเช่นกัน คือ 1) การใช้ยุทธศาสตร์การชี้นำ 2) การวิเคราะห์ปัญหาทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การสร้างความต้องการทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 4) การกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อแก้ไขปัญหา

ข้อเสนอแนะ

มี 3 ส่วน คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 หน่วยงานภาครัฐควรสื่อสารกับชุมชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีแหล่งงบประมาณสำหรับกิจกรรมให้ชุมชน แต่ชุมชนไม่ทราบว่ามียังงบประมาณส่วนนี้อยู่ หากชุมชนได้รับทราบ อาจช่วยให้มีกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนเพิ่มมากขึ้น

1.2 เนื่องจากกิจกรรมที่จัดในปัจจุบัน ยังสะท้อนปัญหาและความต้องการในท้องถิ่นชุมชนได้ไม่ครบถ้วน จึงควรส่งเสริมรูปแบบกิจกรรมให้หลากหลาย โดยเฉพาะการทำงานแบบองค์รวม หรือแบบผสมผสาน ที่เป็นการปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการและวัฒนธรรมของชุมชนให้มากขึ้น

2. ข้อเสนอเชิงวิชาการ

2.1 ควรศึกษาเพิ่มเติมในแนวทางความเข้มแข็งในรูปแบบที่เป็นไม่เป็นการและแบบผสมเพื่อให้เกิดความหลากหลายและส่งเสริมการทำงานในพื้นที่

2.2 การทำความเข้าใจในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อาจช่วยให้ชมรมผู้สูงอายุสามารถปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของทุกฝ่ายได้เป็นอย่างดี หรืออาจส่งเสริมกิจกรรมอื่น ที่สามารถสะท้อนชุมชนมากขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ทฤษฎีและแนวคิดหลักที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือ แนวคิดเรื่องสุขภาพเท่านั้น ผู้สนใจอาจศึกษาทฤษฎีและแนวคิดอื่นเพิ่มเติม

3.2 ควรศึกษาเรื่องเปรียบเทียบรูปแบบและกระบวนการ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุที่ชุมชนอื่นว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

3.3 ควรศึกษาข้อมูลชมรมอื่น ๆ ของตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ว่ามีรูปแบบ กระบวนการในการทำกิจกรรมของชมรมเหมือนกับชมรมผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร



บรรณานุกรม

- กอบกุล ชรรรมเสนา. (8 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. กรรมการชมรมผู้สูงอายุและคณะกรรมการหมู่บ้าน. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข. (14 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. พนักงานท้องถิ่น. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.
- เฉลิม อินทนนท์. (7 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. ประธานชมรมผู้สูงอายุ กรรมการชมรมผู้สูงอายุ และสมาชิกและ ชมรมผู้สูงอายุ. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.
- นาย เมืองลานนา. (6 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. กรรมการชมรมผู้สูงอายุและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.
- ดี บุญเย็น. (9 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. คณะกรรมการหมู่บ้าน. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.
- พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกาด. (14 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. พนักงานท้องถิ่น. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.
- วรรณพร พุทธภูมิพิทักษ์ และ รศ. ดร.กัญญามน อินทหว่าง. (2554). **ทฤษฎีองค์การและการจัดการ**. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยพิษณุโลก.
- โสภณ บริสุทธิ์สีล. (มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. ประธานชมรมผู้สูงอายุและคณะกรรมการหมู่บ้าน. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุทธิลักษณ์ ใจแก้ว. (14 มิถุนายน 2558). สัมภาษณ์. เจ้าหน้าที่. ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่.



ภาคผนวก ก. แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบเก็บข้อมูลสำหรับใช้ในการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของ
ชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

1. ประเด็นในการสังเกต

1.1 คณะกรรมการผู้สูงอายุ

1.1.1 การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมามีขั้นตอนวิธีการอย่างไร

- การมอบหมายงานหรือประสานงานกับกลุ่มผู้สูงอายุ
- การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
- สังเกตพฤติกรรมในการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- การใช้อำนาจในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ข้อขัดแย้ง
- การจัดสรร ทรัพยากรหรือผลประโยชน์ที่อยู่ในชุมชน และมาจากภายนอก
- พฤติกรรมการตรวจสอบประเมินผล

1.2 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- การแสดงออกหรือท่าทีในการร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
- ความสม่ำเสมอการเข้าร่วมกิจกรรม หรือขั้นตอนในการมีส่วนร่วม
- พฤติกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคณะกรรมการ และ

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

- การปรึกษาหารือระหว่างผู้ร่วมกิจกรรม
- การแสดงความคิดเห็นในการร่วมประชุมวางแผนงาน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา
- ความกระตือรือร้น ความต้องการในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหา
- ปฏิกริยาเมื่อมีข้อขัดแย้งเกิดขึ้น
- ความสนใจต่อการทำงานของคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

1.3 ผู้ไม่เข้าร่วมกิจกรรม

- สังเกตปฏิกริยาเมื่อถูกชวนเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
- สังเกตการเข้าสังคม ร่วมกิจกรรมอื่นๆ กับเพื่อนสมาชิกชมรม
- สังเกตการให้เหตุผลไม่เข้าร่วมกิจกรรม

ตารางสัมภาษณ์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านกรด

ส่วนที่ 1

โครงการ/กิจกรรม	เป็นทางการ	ไม่เป็นทางการ	บูรณาการ
1.โครงการจิตอาสาพัฒนาเครือข่ายผู้สูงอายุตำบลบ้านกรด			
2.โครงการคืนชีวิตใหม่ คืนดวงตาสดใส ใส่ใจต่อกระจก			
3.โครงการอบรมพัฒนาเครือข่ายดูแลสุขภาพใจผู้สูงวัยในชุมชน			
4.โครงการผู้สูงอายุฟันดี(ชมรมคนรักฟัน)			
5.งานสืบชะตาหลวงผู้สูงอายุตำบลบ้านกรด			
6.กิจกรรมรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุ			
7.โครงการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสมุนไพร(เครือข่ายฝาง)			
8.โครงการทอผ้าของผู้สูงอายุ			
9.โครงการอู๋สอนหลาน			
10.โครงการศิลปะประดิษฐ์			
11.โครงการเศรษฐกิจพอเพียง			
12.โครงการปลูกผักปลอดสารเคมี			
13.โครงการออกกำลังกาย ทั่วใจถึง			
14.โครงการทำถั่วอบสมุนไพร			
15.โครงการปฏิบัติธรรมวันสำคัญทางศาสนา			
16.โครงการส่งเสริมการอ่าน การฟังธรรม			
17.กิจกรรมทำบุญ ถวายภัตตาหาร			
18.กิจกรรมข้าวสั่นบาตร			
19.กิจกรรมสลากภัต			

ส่วนที่ 2.

รูปแบบ ?

๑.มีวิธีการดำเนินกิจกรรมอย่างไร (มีกิจกรรมอย่างไร

.....

.....

.....

๒.ที่มาของโครงการและกิจกรรมในอดีตเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

๓.กิจกรรมในปัจจุบันเป็นอย่างไร?

.....

.....

.....

.....

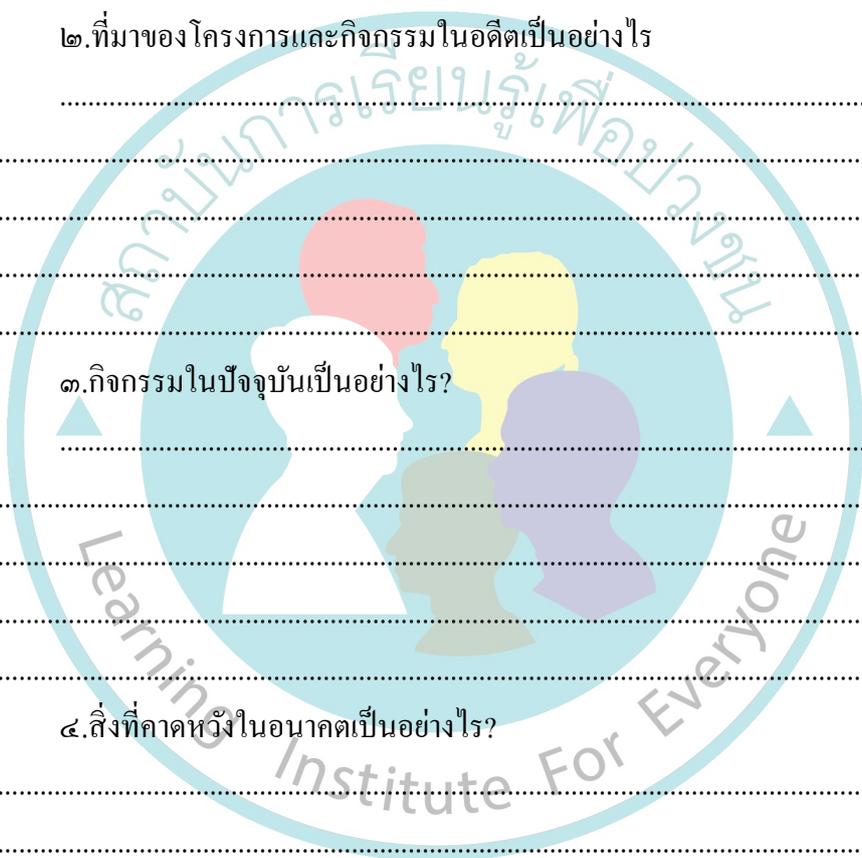
๔.สิ่งที่คาดหวังในอนาคตเป็นอย่างไร?

.....

.....

.....

.....



แบบสัมภาษณ์

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

วันที่.....ผู้สัมภาษณ์.....

ผู้ให้สัมภาษณ์.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบลบ้านกรด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลสำหรับใช้ในการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุชุมชนตำบลบ้านกรด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ตามข้อมูลทุกข้อ ที่ตรงกับตัวท่านและความต้องการของท่าน

1. เพศของท่าน () ชาย () หญิง
2. อายุของท่านปี
3. ท่านมีรายได้เฉลี่ยเดือนละประมาณบาท
4. ท่านมีสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดคน
5. จำนวนบุคคลที่เป็นภาระให้ต้องดูแล ทั้งหมดคน
6. ท่านมีโรคประจำตัว และ/หรืออาการที่ไม่สุขสบาย หรือไม่
() ไม่มี () มี ได้แก่.....
7. ท่านดำรงตำแหน่งต่างๆในหมู่บ้าน ได้แก่
() ประธานชมรมผู้สูงอายุ
() กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
() สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
() อื่นๆ ระบุ.....
8. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย
() หย่า () แยกกันอยู่
9. ศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆระบุ.....
10. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

11. อาชีพปัจจุบัน

- () เกษตรกรรม () ข้าราชการบำนาญ () รับจ้างทั่วไป
 () ค้าขาย () ธุรกิจส่วนตัว () อื่นๆ ระบุ.....

2. ประเด็นในการสัมภาษณ์

2.1 คำถามหลักที่ใช้สำหรับการสัมภาษณ์

2.1.1. ด้านการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ

- ปัญหาด้านสุขภาพที่คิดว่าเป็นปัญหาสำคัญมีอะไรบ้าง

.....

.....

- ควรแก้ไขด้วยวิธีการใด

.....

.....

- การแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของใคร
อย่างไร

.....

.....

- แนวทางสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในความคิดของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

- มีการใช้ทรัพยากรบุคคล สิ่งของ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เงิน เพื่อใช้ในกิจกรรมแก้ไข
ปัญหาสุขภาพและ สร้างเสริมสุขภาพจากที่ใด อย่งไรบ้าง

.....

.....

- เมื่อมีข้อขัดแย้งในการดำเนินกิจกรรม การแก้ไขปัญหา ใครเป็นคนคิดตัดสินใจ
บ้าง มีวิธีการอย่างไร

.....

.....

.....

.....

- มีวิธีการ กิจกรรมแก้ไขปัญหและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว
อย่างไร

.....
.....
.....

- มีความคิดเห็นอย่างไร กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่จัดทำขึ้นเองโดย
คณะกรรมการผู้สูงอายุใน ชุมชน

.....
.....
.....

2.2. ด้านปฏิบัติ

- การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แก้ไขปัญหาสุขภาพ ใครเป็นคนร่วมทำ
บ้าง อย่างไร

.....
.....
.....

- มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใดบ้างที่ขอเข้าร่วมดำเนินการด้วย ทำไมจึงชอบกิจกรรม
นั้น

.....
.....
.....

- กิจกรรมใดบ้างที่ไม่ค่อยได้เข้าไปมีส่วนร่วม เพราะเหตุใด

.....
.....
.....

- คนที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าอย่างไร

.....
.....
.....

- คนที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าอย่างไร

.....
.....
.....

- มีความคิดเห็นอย่างไรกับการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกันของคนในชุมชน

.....
.....
.....

- การดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใด

.....
.....
.....

2.3. ด้านการร่วมรับผลประโยชน์

- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ร่วมดำเนินการแล้ว ได้รับผลประโยชน์อย่างไรบ้าง

.....
.....
.....
.....
.....



- กิจกรรมใดในหมู่บ้านที่ให้ประโยชน์แก่ชาวบ้านมาก

.....

.....

.....

.....

.....

- ชาวบ้านส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
อย่างไร

.....

.....

.....

.....

- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใดบ้าง ที่ชาวบ้านให้ความร่วมมือดี

.....

.....

.....

- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพใดบ้างที่ชาวบ้านไม่ให้ความสนใจ หรือให้ความ
ร่วมมือ

.....

.....

.....

- การมีกฎระเบียบ ข้อปฏิบัติร่วมกันเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน ทำให้
เกิดผลอย่างไรต่อชุมชนบ้าง

.....

.....

.....



2.4. ด้านการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล

- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมมาก / น้อย เพราะอะไร

.....
.....

- ในการติดตามประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแล้ว
คณะกรรมการผู้สูงอายุมีวิธีการอย่างไรบ้าง

.....
.....
.....
.....
.....

- หากพบข้อบกพร่องหรือปัญหาในการดำเนินกิจกรรมมีวิธีการแก้ไขปัญหอย่างไร

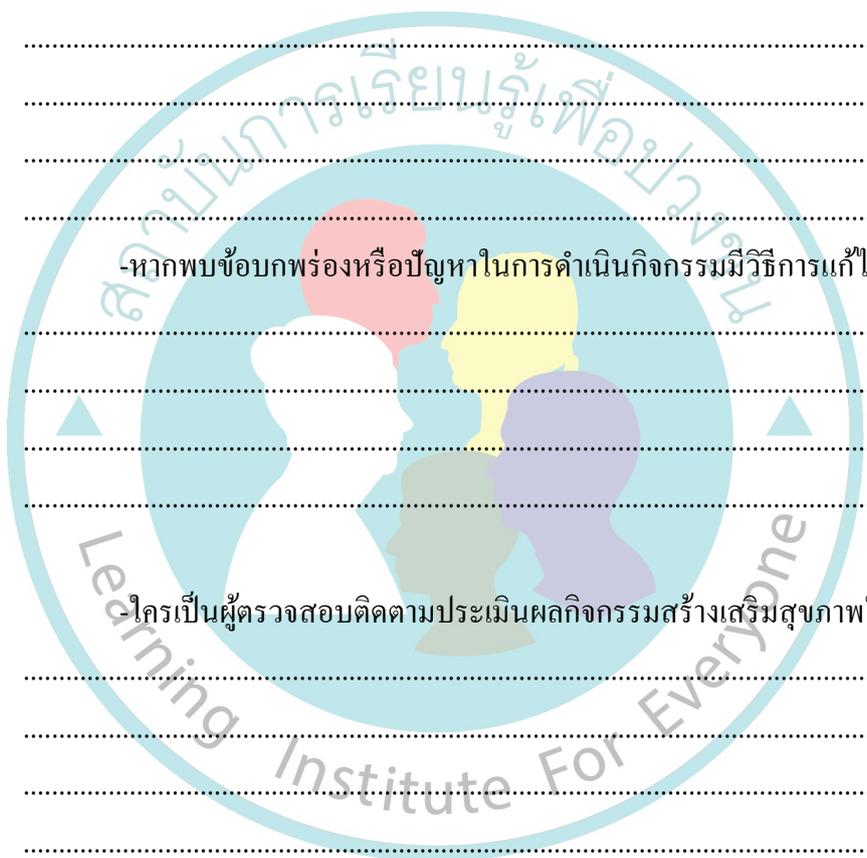
.....
.....
.....
.....
.....

- ใครเป็นผู้ตรวจสอบติดตามประเมินผลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างไร

.....
.....
.....
.....

- มีความคิดเห็นอย่างไรกับการติดตามประเมินผลอย่างไร

.....
.....
.....



ภาคผนวก ข.
หนังสือความอนุเคราะห์ต่างๆ



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - นามสกุล นางอนงค์พรรณ จันทร์แดง
 วันเดือนปีเกิด 12 มิถุนายน 2512
 ที่อยู่ 63 หมู่ที่ 1 ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

เบอร์โทรศัพท์ 084.6125959
 อีเมล 120612AM@gmail.com
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลแม่วาง ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง
 จังหวัดเชียงใหม่

ประวัติการศึกษา
 พ.ศ. 2524 สำเร็จการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6
 พ.ศ. 2528 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3
 พ.ศ. 2531 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6
 พ.ศ. 2551 สำเร็จระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ
 พระ เนตร
 ปัจจุบัน กำลังศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตร
 มหบัญฑิตสาขาวิชาพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ
 สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน

