

บทที่ 1 บทนำ

หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ของประเทศไทยและเกือบทุกประเทศทั่วโลกเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนมากที่สุด ซึ่งสาเหตุสำคัญอันเนื่องมาจากวิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพที่ขาดความสมดุลทำให้เกิดความเจ็บป่วยและมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคไตวาย และอัมพฤกษ์ อัมพาต พิกัดจากการถูกตัดอวัยวะส่วนปลาย เช่น เท้า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2559) มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราความชุกสูงสุด (1710.89 ต่อประชากรแสนคน) เป็นจำนวน 1,208,390 คน จากจำนวนประชากรในประเทศ 65 ล้านคน หมายถึง ในประชาชน 6 คนจะมีผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 คน รองลงมาคือโรคเบาหวาน (1,081.25 ต่อประชากรแสนคน) เป็นจำนวน 728,252 คน เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่อยู่ในภาคกลางตอนล่าง เช่น จังหวัดราชบุรี มีอัตราป่วยอยู่ในอันดับต้นๆ ของภาค และมีอัตราการป่วยสูงกว่าในระดับประเทศ คือ 1,839.89 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่หน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบในด้านสุขภาพของประชาชนได้พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งด้านการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตในโรงพยาบาลที่ต้องใช้งบประมาณและทรัพยากรที่สูงและด้านเชิงรุกในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันซึ่งใช้เวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นสิ่งที่ยากมากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตซึ่งมีปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย ที่เน้นการพัฒนาสุขภาพภายใต้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อสานต่อแนวคิดสุขภาพพอเพียงตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา สร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติและสร้างภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งให้กับคนไทยและประเทศแบบบูรณาการเป็นองค์รวม เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชน ที่มีความชัดเจนของเป้าหมาย การพัฒนาที่มุ่งสร้างวิถีชีวิตที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนไทยด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ ให้ก้าวไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้วางกรอบยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ 2557 ให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พร้อมกับลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยการน้อมนำแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน(รจนา ภูไพบูลย์และคณะ, 2012) เช่น การวิจัยการพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดย พิมสุภาว์ จันทนะโสตร์ และคณะ (2554); Auemaneekul, Chandanasotthi, Rawiworrakul, Sowattanagoon, & Boonsatea (2016) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยการนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการทรงงานทั้ง 8 หมวด ตามแนวพระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนา มาประยุกต์ร่วมกับ ICCC (Innovative Care for Chronic Condition) (World Health Organization, 2002) เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ผ่านกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) ในการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของโครงการเบาหวานในชุมชน จำนวน 5 ตำบลในอำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง โดยมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง คือ ประชาชนที่เป็นเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ครอบครัวและชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน เป็นศูนย์กลาง และใช้วิธีการพัฒนาในการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c) ลดลง หลังเข้าร่วมโครงการในทุกตำบล ดังนั้นการประยุกต์แนวคิดตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและ ICCC และการสนับสนุนจากสังคม ช่วยทำให้ผู้เป็นเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมและลดน้ำตาลในเลือดได้ และกระบวนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายของชุมชน เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันเบาหวานของชุมชนโดยภาคีเครือข่าย และจากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพบนฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน พบรูปแบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 7 องค์ประกอบคือ 1) การบริโภคพอดี 2) การออกกำลังกายในวิถีชีวิต 3) การจัดการด้านจิตใจ 4) การจัดการด้านบุหรื 5) การจัดการด้านการใช้จ่าย 6) การใช้บริการด้านสุขภาพ 7) การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (นันทภรณ์ นรินทรนอก, สมนึก สกุลหงส์โสภณ, และ แสงทอง ชีระทองคำ) แต่ในทางปฏิบัติ กลับยังไม่พบการนำแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง และการศึกษาในเชิงลึกพบว่าบุคลากรด้านสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ทราบแนวทางในการนำแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในขณะที่ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงถูกนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและอื่นๆ ในจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ (ไพศาล เนาวะวาทอง และรัชชัย ศุภดิษฐ์, 2551; พัทธภรณ์ แสงทามาตย์, 2556) มากกว่าในด้านสุขภาพ ดังนั้น กรมการพัฒนาชุมชน ทรวงมหาดไทย ได้มีการส่งเสริมและพัฒนา “หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง” โดยน้อมนำแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงแห่งองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มาเป็นแนวทางปฏิบัติโดยในปี 2552 และ 2553 ได้สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ใน 3 ระดับ คือ พออยู่พอกิน อยู่ดีกินดี และ มั่งมีศรีสุข จำนวน 910 หมู่บ้าน และปีงบประมาณ 2554 ได้กำหนดให้มีการขยายผลส่งเสริมหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง เป็นโครงการหมู่บ้านเศรษฐกิจ

พอเพียงต้นแบบเฉลิมพระเกียรติฯ ใน 1,756 หมู่บ้าน การส่งเสริมหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้เป็นต้นแบบใน 3 ระดับ คือพออยู่พอกัน อยู่ดีกินดี และมั่งมีศรีสุข มีหลักเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จผ่านตัวชี้วัดต่าง ๆ จำนวน 23 ตัวชี้วัด ซึ่งเน้นในด้านประกอบอาชีพของประชาชนที่สามารถพึ่งตนเองได้ในชุมชน(กรมการพัฒนาชุมชน, 2558)

ขณะเดียวกัน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการพัฒนา “**ตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย**” ซึ่งหมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกตำบลเป็นหน่วยงานที่ขับเคลื่อนกิจกรรมที่เน้นความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกๆ ภาคส่วนในท้องถิ่น มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดแนวทางและดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง มีความตั้งใจ และจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และ โรควิถีชีวิต 5 โรคคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และอีกทั้งสำนักงานการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สสส.) ก็ได้ร่วมสนับสนุนพัฒนา**ตำบลสุขภาพะ**ในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ให้เป็นชุมชนต้นแบบที่มีกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยภาคประชาชนและองค์กรหน่วยงานของรัฐและเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่ ค้นหาศักยภาพทุนทางสังคมและนำใช้ทรัพยากรผ่านกิจกรรมต่างๆที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงวิถีชีวิตในทางที่ดีขึ้น ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจสิ่งแวดล้อมรวมถึงด้านสุขภาพในชุมชน (ชนิษฐา นันทบุตรและคณะ, 2555)

จากยุทธศาสตร์ประเทศของแผนพัฒนากลุ่มจังหวัดภูมิภาคตะวันตกพบว่าจังหวัดราชบุรี มีเป้าหมายด้านสุขภาพ คือต้องการพัฒนาสุขภาพะของประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) นักวิชาการ ชุมชน และหน่วยงานต่างๆในจังหวัดราชบุรี ได้มีการนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาสุขภาพะของประชาชน แต่อาจยังขาดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ทั้งนี้เนื่องจากยังขาดการประเมินภาพรวมของปัจจัยต่างๆ และกระบวนการพัฒนาสุขภาพะชุมชนที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มวัยต่างๆยังต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพในรูปแบบต่างๆ การแก้ปัญหสุขภาพะของประชาชนที่ยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยร่วมกันพัฒนาองค์ความรู้เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่เฉพาะของประชาชนในแต่ละพื้นที่

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงประยุกต์ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและการเสริมพลังอำนาจของชุมชน Laverack (2005) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงคุณภาพ สร้างเป็นคำถามปลายเปิดของการวิจัย ในชุมชนที่เป็นต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียงระดับมั่งมีศรีสุข เพื่อศึกษาและถอดบทเรียนของผู้นำชุมชน ประชาชน และบุคลากร-เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีบทบาทอย่างไร มีการใช้กลวิธี-เทคนิคการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอย่างไร สุขภาพะของประชาชนในชุมชนต้นแบบเป็นอย่างไร ชุมชนได้นำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพะในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานหรือไม่ มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้อย่างไร ปัจจัยความสำเร็จคืออะไร และมี

ข้อเสนอแนะในการนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะให้แก่ชุมชนอื่นๆ
อย่างไรบ้าง เพื่อร่วมสังเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและกระบวนการพัฒนาสุขภาวะชุมชนภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจ
พอเพียง ดังกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและกระบวนการพัฒนาสุขภาวะชุมชนภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
2. เพื่อสังเคราะห์ชุดความรู้ในการพัฒนาสุขภาวะของชุมชนภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ขอบเขตของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการเฉพาะในภาคกลางตอนใต้ของประเทศ คือหมู่บ้านที่ได้รับรางวัลหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ในระดับ “มั่งมีศรีสุข” ของจังหวัดราชบุรี จากกระทรวงมหาดไทย ประจำปี พ.ศ. 2556 โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2557 – เมษายน 2558

นิยามศัพท์

สุขภาวะของชุมชน

หมายถึง ภาวะสุขภาพของกลุ่มคนและการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของกลุ่มคน (McKenzie, Pinger, & Kotecki, 2005) การพัฒนา สุขภาวะชุมชนจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทั้งเครือข่ายภายนอกชุมชน และประชาชนภายในชุมชน ซึ่งการขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชนเป็นหน้าที่สำคัญของประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ในการวิจัยนี้ สุขภาวะของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพกายและใจที่ดี ปราศจากโรค หรือมีโรคเรื้อรังประจำตัว ที่มีการดูแลและจัดการอย่างเหมาะสมด้วยตนเองและชุมชน ประชาชนในชุมชนมีความรักใคร่ สามัคคี อบอวน ไม่มีความขัดแย้ง การทะเลาะวิวาทหรือมีความรุนแรง สามารถพึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ ไม่มีหนี้สิน มีสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชนที่สะอาด ปลอดภัย ไม่มีมลภาวะ มีความมั่นคงทางอาหาร

ชุมชนเข้มแข็ง หมายถึง ชุมชนที่มีคุณสมบัติทั้ง 9 ด้านคือ 1.การมีส่วนร่วมของชุมชน 2.ความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน 3.ภาวะผู้นำของผู้นำชุมชน 4. โครงสร้างของกลุ่มในชุมชน 5.การจัดการทรัพยากรในชุมชน 6.ความสัมพันธ์และเครือข่ายในชุมชน 7.ความใส่ใจในปัญหาของชุมชน 8.การบริหารจัดการโครงการในชุมชน และ 9.ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน ซึ่งแสดงถึงการเป็นชุมชนมีพลังอำนาจ ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความเข้มแข็งของชุมชน ที่คณะผู้วิจัยแปลและเรียบเรียงจาก Laverack (2005)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลจากการถอดบทเรียนกระบวนการและปัจจัยความสำเร็จในพัฒนาสุขภาวะชุมชนภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มีประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. ผู้นำชุมชน นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เห็นความสำคัญของสุขภาวะที่มีผลโดยตรงในการขับเคลื่อนชุมชน สามารถนำแนวทางจากผลการถอดบทเรียนไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพของ

ประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาวะที่ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกรมการพัฒนาชุมชน มีแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของชุมชน และขยายจำนวนหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงระดับ “มั่งมี ศรีสุข” เพิ่มมากขึ้น โดยเน้นในด้านการพัฒนาสุขภาวะควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจของชุมชน

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกล่าวถึงความหมาย ความสำคัญและความรู้ต่างๆ ที่ใช้เป็นพื้นฐานของการสร้างกรอบแนวคิดและการดำเนินการวิจัย ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
2. หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง ระดับมั่งมี ศรีสุข
3. สุขภาวะของ โรคเรื้อรังและการสร้างเสริมสุขภาพ
4. การเสริมพลังอำนาจกับสุขภาวะของชุมชน
5. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะชุมชน

1.ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy) เป็นแนวคิดที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงพระราชทาน แต่ปวงชนชาวไทย มาตั้งแต่ พ.ศ. 2517 เป็นแนวคิดที่ตั้งอยู่บนรากฐานของวัฒนธรรมไทย มีกรอบแนวคิดอยู่บนพื้นฐานของสายกลาง ความไม่ประมาท มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันในตัวเอง ตลอดจนใช้ความรู้และคุณธรรม เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต โดยต้องใช้สติ ปัญญาและความเพียร จึงจะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จในชีวิต สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เสรี พงศ์พิศ (2549) กล่าวว่าสุขภาพของชุมชนที่พอเพียงต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพและ โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาแบบองค์รวม ที่จะเป็นเงื่อนไขของการสร้างสุขภาวะในระดับบุคคลรวมทั้งสังคมทุกภาคส่วนของวิถีชุมชน ที่ประกอบด้วยตัวชี้วัดสุขภาพชุมชนคือ การสามารถผลิตอาหารปลอดภัยมี ทำกินเอง รายจ่ายในครอบครัวลดลง รายได้เพิ่มขึ้น หนี้สินลดลง การใช้สารเคมีในการผลิตลดลง ระดับสารเคมีในเลือดลดลง ครอบครัว ชุมชนมีความรู้ดูแลสุขภาพตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นมากขึ้น ไปสถานอนามัยและโรงพยาบาลน้อยลงซื้อยาจากภายนอกน้อยลง ครอบครัวชุมชน มีความสามัคคีช่วยเหลือกันมากขึ้น ความเครียดน้อยลง โรคภัยไข้เจ็บที่เป็นประจำลดน้อยลง และ ปัจจัยที่ทำลายสุขภาพลดลง เช่นเหล้า บุหรี่ ผงชูรส น้ำอัดลม ขนหมกรูปกรอบ นอกจากนี้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2009) ได้มีการสนับสนุนการประยุกต์ใช้เศรษฐกิจพอเพียงในโครงการหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ คือหมู่บ้านลดละเลิกสิ่งเสพติดและอบายมุข ลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุการจราจร สมาชิกหมู่บ้านมีร่างกายแข็งแรง มีครอบครัวอบอุ่น มีจิตสำนึกเพื่อส่วนรวม สภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพและปลอดภัย และสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนตามแนวพระราชดำริของเศรษฐกิจพอเพียง

จากแนวคิดของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงดังกล่าว หากพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะแล้วจะเห็นได้ว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานดังตัวอย่างต่อไปนี้

หลักความพอประมาณ หมายความว่าถึงความพอดี ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป และอย่างเหมาะสมกับ อรรถภาพและสภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล ตัวอย่างเช่น การกิน ควรกินอย่างพอดี ในปริมาณที่เหมาะสมกับความ ต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วน และเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ อาทิ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ควรกินแป้งและน้ำตาลในระดับที่เหมาะสม ในเรื่องของการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างพอเหมาะ พอประมาณ เป็นต้น

หลักความมีเหตุผล หมายความว่าถึงการตัดสินใจกระทำใดๆ จะต้องใช้เหตุผลเป็นหลัก คำนึงถึงผลที่จะเกิด ตามมาอย่างรอบคอบ ไม่ใช่อารมณ์ในการตัดสินใจ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องตัดสินใจที่จะซื้อรองเท้าที่ สวมใส่สบาย ห่อหุ้มเท้าไม่ทำให้เกิดความบาดเจ็บ ไม่ควรซื้อตามอารมณ์หรือความชอบ

หลักการมีภูมิคุ้มกัน หมายความว่าถึงการเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบหรือความเปลี่ยนแปลงที่อาจ เกิดขึ้น ในเชิงสุขภาพนั้น เราสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆ ได้ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจต้องพบกับปัญหาภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงหรือต่ำเกินไป จึงต้องปฏิบัติตนอย่าง ถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานยา อาหารและอื่นๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะดังกล่าว นอกจากนั้นยัง ต้องป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจตามมาได้เช่น โรคไต

เงื่อนไขการตัดสินใจหรือการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ด้านความรู้ คือผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ในการปฏิบัติตน อย่างถูกต้องและพอเพียง และในด้านคุณธรรมนั้นหมายถึง การรู้จักยับยั้งชั่งใจ ความอดทน ความซื่อสัตย์ต่อตนเอง และความมีสติ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้นักวิจัยจะดำเนินการจัดทำเป็นกรอบแนวคิดในการถอดบทเรียนและสังเคราะห์ชุด ความรู้ต่อไป

จากการวิจัยการพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามปรัชญาของเศรษฐกิจ พอเพียง โดย พิมสุภาว จันทนะโสทธิ์ และคณะ (2554); Auemaneekul, Chandanasotthi, Rawiworakul, Sowattanangoon, & Boonsatea (2016) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยการนำแนวคิดของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการทรงงานทั้ง 8 หมวด นำมาประยุกต์ ร่วมกับ ICCC (Innovative Care for Chronic Condition (World Health Organization, 2002) เพื่อพัฒนา สุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ผ่านกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) ในการศึกษา สถานการณ์ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของโครงการเบาหวานในชุมชน จำนวน 5 ตำบลในอำเภอป่าโมก จังหวัด อ่างทอง โดยมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง คือประชาชนที่เป็นเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ครอบครัวและชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชนเป็นศูนย์กลาง การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม จากผู้เป็นเบาหวาน จำนวน 88 คน กลุ่ม เสี่ยง 171 คน เจ้าหน้าที่ 20 คน แกนนำในชุมชน 50 คน ที่ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ใช้การมีส่วนร่วมในการ สร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและป้องกันโรคเบาหวานแก่ประชาชน โดยวิธีการพัฒนามีส่วนร่วมพร้อมกันทั้ง ผู้ป่วย ครอบครัว กลุ่มเสี่ยง ประชาชนในชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) และระบบบริการสุขภาพ ซึ่ง ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยคือรูปแบบจากกระบวนการและที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนนั้นๆ ให้มีการดำรงชีวิตที่มี สุขภาพอย่างพอเพียง โดยการนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ตามแนวพระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระ

เจ้าอยู่หัวมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนา ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(HbA_{1c}) ลดลง หลังเข้าร่วมโครงการในทุกตำบล และค่าต่ำสุดและสูงสุดของ HbA_{1c} ลดลงในทุกตำบล แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่ามีจำนวนและร้อยละ ของผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด(HbA_{1c}) ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการใน 4 ตำบล ส่วนตำบลที่มีค่าระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น 1 ตำบล เนื่องจากเป็นตำบลที่เลือกวิธีการรับประทานสมุนไพรที่ลดเบาหวานตามภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่อาจมีการรับประทานที่ไม่สม่ำเสมอและปริมาณไม่มากพอที่จะลดระดับน้ำตาลได้ สำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในทุกตำบลมีการสนับสนุนทางสังคมดีขึ้นภายหลังเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 - 0.014 แต่พบว่ามีดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต และพฤติกรรมป้องกันเบาหวานลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ส่วนทัศนคติต่อโรคเบาหวานไม่มีความแตกต่างกัน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์แนวคิดตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและ ICCC เพื่อพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยโยคะและฤๅษีดัดตน สามารถลดน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าการรับประทานอาหารที่ลดน้ำตาลได้เพียงอย่างเดียว และการสนับสนุนจากสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยเป็นเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมและลดน้ำตาลในเลือดได้ กระบวนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายของชุมชน เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันเบาหวานของชุมชน จึงควรให้มีการดำเนินการสนับสนุนติดตามประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยภาคีเครือข่าย เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของภาวะเรื้อรังโรคเบาหวานในชุมชน

จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพบนฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง 5 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต และหลอดเลือดสมอง ในชุมชนที่เลือกสรรในเขตภาคกลาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการสนทนากลุ่มตามลักษณะของโรค พบรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 7 องค์ประกอบคือ 1) การบริโภคพอดี 2) การออกกำลังกายในวิถีชีวิต 3) การจัดการด้านจิตใจ 4) การจัดการด้านบุหรื 5) การจัดการด้านการใช้จ่าย 6) การใช้บริการด้านสุขภาพ 7) การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (นันทภรณ์ นรินทร์นอก, สมนึก สุกุลหงส์โสภณ, และ แสงทอง ชีระทองคำ)

และเนื่องจากชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่การปกครอง ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการศึกษาวิจัยกระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง(กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหากระบวนการและรูปแบบการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพในการจัดทำแผนงาน/โครงการและการสร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพ บนพื้นฐานของเศรษฐกิจพอเพียง ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่แตกต่างกันตามขนาดขององค์กร เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย นครพนม สระแก้ว กระบี่ และกรุงเทพมหานคร จังหวัดละ 2 ชมรม คือชมรมที่ได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล และชมรมที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ผลการวิจัยพบว่าทุกชมรมได้รับการสนับสนุนในด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการด้านสุขภาพบนพื้นฐานของเศรษฐกิจพอเพียงที่เน้นในหลักการพึ่งตนเอง มีสมดุลและเสริมสร้างให้เกิดภูมิคุ้มกันทั้งในระดับของ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานเขตฯ และเน้นในด้านให้การสนับสนุนการจัดทำแผนแม่บทชุมชนที่สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงผ่านเวทีประชาคม ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความสามัคคี มีความพอประมาณ มีเหตุผล ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในชุมชนนั้นๆ ก่อให้เกิดความมีคุณธรรมและความรักสามัคคี เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ ที่

ประกอบด้วยการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสา เช่น การจัดให้มีกิจกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ลักษณะเด่นของทุกชมรมฯ คือการมีความเข้มแข็งภายในองค์กร จะเป็นดัชนีที่สามารถชี้ให้เห็นถึงโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุน โดยมีข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือต้องมีการสร้างความเข้าใจเรื่องการสร้างสุขภาพและมีการทำข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงานด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมทั้งในส่วนกลางระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) และกรุงเทพมหานคร ในระดับจังหวัดระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับหัวหน้าส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล

2. หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง ระดับ มั่งมี ศรีสุข

ชุมชนที่ได้รับรางวัลหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ในระดับ “มั่งมีศรีสุข” จากกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย โดยการประเมินผลตามเกณฑ์การประเมิน ของกรมการพัฒนาชุมชน (กรมพัฒนาชุมชน, 2559) มีดังนี้คือ หมู่บ้าน หมายถึง หมู่บ้านที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457 และให้รวมถึงหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลที่ยกฐานะจากองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2552 โดยการจัดระดับหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง หมู่บ้านที่มีความพร้อมในการเข้าประเมินผลเพื่อจัดระดับการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งต้องผ่านการประเมินผลเบื้องต้น จากการประเมินตนเองโดยเวทีประชาคมของหมู่บ้าน โดยใช้ตัวชี้วัด 6 ด้าน (6 x 2) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดด้านการลดรายจ่าย การเพิ่มรายได้ การออม การเรียนรู้ การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และด้านการเอื้ออารีแบ่งปัน และในลำดับที่สอง ต้องผ่านการประเมินผลด้วยตัวชี้วัดตามแบบประเมินผลหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของกระทรวงมหาดไทย จำนวน 23 ตัวชี้วัด ซึ่งเป็นการประเมินผลโดยคณะทำงานประเมินผลที่จังหวัดแต่งตั้ง เพื่อจัดระดับหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง จำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพออยู่พอกิน ระดับอยู่ดีกินดี และระดับมั่งมี ศรีสุข ทั้งนี้ ให้นับรวมจำนวนหมู่บ้านที่ผ่านการประเมินผลในปีงบประมาณ ที่ยังรักษาสถานภาพความเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงไว้ได้

การประกาศผลการจัดระดับหมู่บ้าน หมายถึง หมู่บ้านที่ผ่านการประเมินผลของคณะทำงานประเมินผลระดับจังหวัดตามเกณฑ์การประเมินผลของกระทรวงมหาดไทยที่กำหนด โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัด ประกาศให้เป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของจังหวัด

สูตรคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของจังหวัด}}{\text{จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัด}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 1 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
X	X+1	X+2	X+3	X+4

X คือ ผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา คือ ร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การจัดระดับหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง

ตัวชี้วัดหมู่บ้านที่ยึดถือปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นรากฐานของชีวิต 6 ด้าน ประกอบด้วย 12 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. ด้านการลดรายจ่าย ได้แก่ (1) ครั้วเรือนทำสวนครั้ว และ (2) ครั้วเรือนปลอดอบายมุข
2. ด้านการเพิ่มรายได้ ได้แก่ (1) ครั้วเรือนมีอาชีพเสริม และ (2) ครั้วเรือนใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
3. ด้านการประหยัด ได้แก่ (1) ครั้วเรือนมีการออมทรัพย์ และ (2) ชุมชนมีกลุ่มออมทรัพย์ฯ
4. ด้านการเรียนรู้ ได้แก่ (1) ชุมชนมีการสืบทอดและใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และ (2) ครั้วเรือนมีการเรียนรู้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในชีวิตประจำวัน
5. ด้านการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน ได้แก่ (1) ชุมชนใช้วัตถุดิบอย่างยั่งยืนในการประกอบอาชีพ และ (2) ชุมชนปลูกต้นไม้ให้ร่มรื่นเป็นหมู่บ้านน่าอยู่
6. ด้านการเอื้ออารีต่อกัน ได้แก่ (1) ชุมชนมีการดูแลช่วยเหลือคนจน คนด้อยโอกาส และคนประสบปัญหา และ (2) ชุมชน “รู้จักสามัคคี”

โดยได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และต้องได้คะแนนครบทุกด้าน จึงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินสำหรับตัวชี้วัดตามแบบประเมินหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของกระทรวงมหาดไทย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเรียนรู้ และด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 23 ตัวชี้วัด ดังนี้

ด้านจิตใจและสังคม 7 ตัวชี้วัด ได้แก่

- (1) มีความสามัคคีและความร่วมมือของคนในหมู่บ้าน
- (2) มีข้อปฏิบัติของหมู่บ้าน
- (3) มีกองทุนในรูปแบบสวัสดิการแก่สมาชิก
- (4) ยึดมั่นในหลักการประชาธิปไตย

- (5) มีคุณธรรม/จริยธรรม
- (6) มีคนในหมู่บ้าน ชุมชนปลอดภัยอบายมุข
- (7) มีความเชื่อมั่นในปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ด้านเศรษฐกิจ 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

- (8) มีการจัดทำบัญชีครัวเรือน
- (9) มีกิจกรรมลดรายจ่ายและสร้างรายได้
- (10) มีการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนาอาชีพหลักของหมู่บ้าน
- (11) มีกิจกรรมการออมที่หลากหลาย
- (12) มีการดำเนินงานในรูปแบบวิสาหกิจชุมชนหรือกลุ่มที่มีการดำเนินงานในลักษณะเดียวกับรูปแบบวิสาหกิจชุมชน

ด้านการเรียนรู้ 7 ตัวชี้วัด ได้แก่

- (13) มีข้อมูลของชุมชน
- (14) หมู่บ้านหรือชุมชนมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและแผนชุมชน
- (15) มีการค้นหาและใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างคุณค่า
- (16) มีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ในชุมชน
- (17) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับศักยภาพของหมู่บ้าน/ชุมชน
- (18) มีการสร้างเครือข่ายภาคีการพัฒนา
- (19) มีการปฏิบัติตามหลักการของการพึ่งตนเอง

ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

- (20) มีจิตสำนึกของการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- (21) มีกลุ่ม/องค์กรด้านสิ่งแวดล้อม
- (22) การใช้พลังงานทดแทนที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของชุมชน
- (23) มีการสร้างมูลค่าเพิ่มจากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์การจัดระดับหมู่บ้าน

ระดับ”พออยู่ พอกิน” หมายถึง หมู่บ้านที่มีผลการดำเนินงานครบทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

- 1) ผ่านตัวชี้วัดจำนวน 10 - 16 ตัวชี้วัด
- 2) ผ่านตัวชี้วัดหลักจำนวน 10 ตัวชี้วัด (ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1, 2, 4, 8, 10, 13, 16, 17, 20 และ 21)

ระดับอยู่ดี กินดี หมายถึง หมู่บ้านที่มีผลการดำเนินงานครบทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

- 1) ผ่านตัวชี้วัดจำนวน 17 - 22 ตัวชี้วัด
- 2) ผ่านตัวชี้วัดหลัก 17 ตัวชี้วัด (ได้แก่ตัวชี้วัดที่ 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21 และ 22)

ระดับ “มั่งมี ศรีสุข” หมายถึง หมู่บ้านที่มีผลการดำเนินงานผ่านการประเมินครบทั้ง 4 ด้าน 23 ตัวชี้วัด

โดยการประเมินผลเพื่อจัดระดับหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงด้วยเกณฑ์ชี้วัด 23 ตัวชี้วัด ของกระทรวงมหาดไทย กำหนดดำเนินการ 2 ระยะ(กรมพัฒนาชุมชน, 2559)

■ ระยะที่ 1 ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม เป็นการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม โดยให้แกนนำชุมชนร่วมกับเวทีประชาคมทำการประเมินผลตนเอง เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของประชาชน ทำให้ทราบถึงปัญหา/สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไขในตัวชี้วัดที่ร่วมกันพิจารณาแล้วเห็นว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ ให้เวทีประชาคมร่วมกันวางแผนเพื่อยกระดับการพัฒนาหมู่บ้านระหว่างเดือนเมษายน – มิถุนายน โดยให้รายงานผลความก้าวหน้าให้จังหวัดทราบ

■ ระยะที่ 2 ระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน เป็นการประเมินผลโดยคณะทำงานประเมินหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงระดับจังหวัด โดยคณะทำงานฯ ร่วมกันจัดทำแผนการติดตามประเมินผล เพื่อประเมินผลตามขั้นตอนและระยะเวลาที่จังหวัดกำหนด

เพื่อให้การขยายผลหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสามารถเกิดผลเป็นรูปธรรม และสามารถถักนิตถักทอตัวแบบสำหรับหมู่บ้านที่สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านเศรษฐกิจพอเพียงในระดับต่างๆ เพื่อให้หมู่บ้าน/ชุมชนอื่นสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำทักษะประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ในหมู่บ้าน/ชุมชนของตนเองได้

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้คัดเลือกหมู่บ้านหนองน้ำใส ที่ได้รับรางวัลหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ในระดับ “มั่งมีศรีสุข” ของจังหวัดราชบุรี จากกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๗ และจากการสัมภาษณ์กลุ่มบุคคลต่างๆซึ่งประกอบด้วย กลุ่มนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับการพัฒนาสุขภาวะของชุมชนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มีดังต่อไปนี้คือ

ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน

หมู่บ้านหนองน้ำใส ได้ก่อตั้งขึ้น ในปี พ.ศ. 2537 มีพื้นที่ ประมาณ 2,530 ไร่ ตั้งอยู่ในบริเวณ หมู่ 14 ตำบลรางบัว อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี อยู่ในความดูแลและการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลรางบัว ประชาชน

ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม เช่นการปลูกข้าวนาปี ปลูกอ้อย ทำสวนผัก เพาะเห็ด เลี้ยงวัว พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ ไม่มีคลองชลประทาน มีแหล่งน้ำ ซึ่งเป็นหนองน้ำธรรมชาติในพื้นที่ แต่ไม่เพียงพอในการเพาะปลูกในช่วงหน้าแล้ง มีภูเขา ดอยคยาม ในเขตหมู่บ้าน ซึ่งมาจากชื่อต้นไม้ในภาษาญวน ที่นำมาใช้กินกับหมาก มีพื้นที่ประมาณ 200 ไร่ ซึ่งประชาชนได้ช่วยกันอนุรักษ์ไว้เป็นป่าของชุมชนใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่นการเก็บเห็ดโคน หน่อไม้ และพืชสมุนไพรต่างๆ เช่น ผาง ปอ กะบิด

จากการสำรวจ จปฐ. มีจำนวนหลังคาเรือนประมาณ 100 หลังคาเรือน จำนวนประชากรในหมู่บ้าน 481 คน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ประกอบอาชีพเกษตรกรรมอยู่ในพื้นที่เป็นส่วนใหญ่

แหล่งประโยชน์ในชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรางบัว อยู่ในพื้นที่ หมู่ที่ 1 ที่ค่อนข้างไกลจากหมู่บ้านหนองน้ำใส โดยมีบทบาทรับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพประชาชนในหมู่บ้าน จำนวนทั้งหมด 8 หมู่บ้าน มีเจ้าหน้าที่ประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) จำนวน 4 คน และมีอาสาสมัครหมู่บ้านประจำหมู่ 14 ที่ช่วยกันดูแลสุขภาพเพื่อนบ้าน จำนวน 10 คน โดยรับผิดชอบ คนละ 10-15 ครอบครัว และรับผิดชอบในด้านต่างๆ เช่น ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านโรคเรื้อรัง ด้านนมแม่ ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น

วัดขลุ่ยใหญ่ เป็นวัดใกล้หมู่บ้าน มีพระปลัดธงชัย สุชาโต เป็นเจ้าอาวาส ที่ประชาชนให้ความเคารพนับถือ และไปทำบุญเป็นประจำทุกวันพระ และมีประเพณีทอดผ้าป่าสามัคคีข้าวเปลือก ในวันขึ้น 3 ค่ำ เดือน 3 ของทุกปี โดยนำข้าวเปลือกที่ได้จากการทำนามาถวายวัด เพื่อนำมาใช้ในการบูรณะวัด และกิจกรรมในชุมชน

โรงเรียนวัดขลุ่ยใหญ่ เป็นโรงเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น ลูกๆของประชาชนในพื้นที่ได้ศึกษา โดยมีชุมชนและวัดให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางโรงเรียน อย่างต่อเนื่อง

ป่าชุมชน เป็นป่าเบญจพรรณ บริเวณภูเขาดอยคยาม ในเขตหมู่บ้าน มีพื้นที่ประมาณ 200 ไร่ เป็นแหล่งอาหารยาสมุนไพรพื้นบ้าน และสามารถสร้างรายได้ให้กับประชาชนในหมู่บ้าน เช่น เห็ดโคน หน่อไม้ แก่นผาง เป็นต้น

จุดเด่นของหมู่บ้าน

หมู่บ้านหนองน้ำใส มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากหมู่บ้านที่แห้งแล้งยากจนที่สุด มาเป็นหมู่บ้านมั่งมีศรีสุข ภายในเวลา 10 ปี เนื่องจากประชาชนดำเนินชีวิตด้วยแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และการมีผู้นำที่มี วิสัยทัศน์ ชี้อัตถ์ เป็นตัวอย่างที่ดี ชุมชนมีความสามัคคี มีส่วนร่วมในกิจกรรมของส่วนรวม

สินค้าของชุมชน

ผลผลิตของหมู่บ้านที่เป็นสินค้า คือ ข้าวขาวมะลิ เห็ดภูฐาน หมูหลุม โคขุน พืชผักปลอดสารพิษ แก้วเป่า ประดิษฐ์ฝีมือศิลปะชาวไท ที่ได้รับอบรมมาจากศูนย์ศิลปาชีพบางไทรของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ

กิจกรรมกลุ่มในชุมชน

มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมด้านอาชีพ ที่ดำเนินการโดยสมาชิกในชุมชน มีทั้งหมด 6 กลุ่ม คือ

กลุ่มเพาะเห็ดภูฐาน เป็นอาชีพเสริมในชุมชน มีการรวมกลุ่มผลิตเห็ดภูฐาน มีนางสาลิณี หมีนบริพัตร เป็นประธานกลุ่ม ชุมชนมีการผลิตก้อนเห็ดเองเพื่อลดต้นทุน โดย มีเตาเผาเชื้อเห็ดภูฐานจากกรมพลังงาน ทำให้ลดต้นทุนจากการซื้อก้อนเห็ดๆละ 4 บาท เหลือ 2.50 บาท และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในหมู่บ้าน เช่น ไร่ ปลายข้าว เสริมในก้อนเห็ดเพื่อเพิ่มผลผลิต มีพ่อค้ามารับที่บ้านเพื่อส่งตลาดขายส่งผักผลไม้ในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มธนาคารโครงการโคกระบือ เป็นการรวมกลุ่มเพื่อมีอาชีพเสริมจากการเลี้ยงวัว มีนางทรัพย์ สุวิชัย เป็น

ประธานกลุ่ม เริ่มจากวัวพันธุ์บรามันห์ และชาเลย์อินโดบราซิล ที่ได้มาจากโครงการไถ่ชีวิตโคกระบือ จำนวน 5 ตัว แล้วมีการขยายพันธุ์ส่งต่อ ให้กับเพื่อนบ้านที่เป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน คือแม่พันธุ์จะส่งต่อไปเรื่อยๆเมื่อมีลูก ลูกโตขึ้นมีลูกตัวแรก ก็จะส่งลูกต่อให้เพื่อนบ้าน และแม่วัวก็จะเป็นของบ้านนั้นตลอดไป ปัจจุบันมีวัวในโครงการทั้งหมด 30 กว่าตัว สมาชิกมีการสาบานกันว่า ห้ามขายโคที่เป็นพ่อพันธุ์แม่พันธุ์ หากเอาไปขายจะมีอันเป็นไป แต่สามารถขายลูกวัวที่เป็นสิทธิ์ของตนเองในรุ่นที่ 2 ได้ วัวตัวหนึ่งอายุ 2-3 ปี สามารถขายได้เป็นแสนบาท คณะกรรมการของโครงการนี้มีความซื่อสัตย์ และการคัดเลือกสมาชิกเข้าโครงการ มีการประเมินการมีส่วนร่วมของกิจกรรมในชุมชน และความซื่อสัตย์ สามารถเลี้ยงวัวได้จริง โครงการนี้เป็นที่ศึกษาดูงานที่กรมปศุสัตว์ มาช่วยแนะนำให้เป็นที่ยอมรับแก่ชุมชนอื่นๆที่สนใจ ส่วนมูลวัว นำไปทำแก๊สชีวภาพ เป็นปุ๋ยอินทรีย์ใส่ในนาข้าว ไร่กล้วย และร่องเห็ดฟาง

กลุ่มโรงสีข้าวชุมชน การรวมกลุ่มทำโรงสีข้าว มีนายสาทิพย์ เปี่ยมพิชัย ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานกลุ่ม การดำเนินการที่มีจุดเด่นคือ การสีข้าวจะสีข้าวทีละเจ้า ข้าวของใครก็จะได้ข้าวสารที่ตรงกับเจ้าของข้าว ไม่เหมือนกับเอกชนที่จะรวมกันหมด การสีข้าวที่โรงสี นี้ไม่ต้องเสียเงินค่าสี แต่ต้องให้ปลายข้าว รำและแกลบไว้ให้โรงสี เพื่อนำไปขายและแบ่งให้สมาชิกนำมาใช้ เช่น รำข้าวนำไปเลี้ยงหมู แกลบนำไปใส่ในรังไก่ และใส่ในหมูหลุม ที่นำไปเป็นปุ๋ยสำหรับไร่ได้ โรงสีข้าว สีได้ประมาณ 1 ตันครึ่ง ถึง 2 ตัน มีการสีทุกวันยกเว้นวันพระ เพราะมีความเชื่อตามโบราณที่ยึดถือต่อกันมาว่าจะบาป จึงไม่มีการปลอมปนแลกข้าว ปัจจุบันสามารถต่อยอดการผลิตเป็นข้าวสารขาวมะลิปลอดสารพิษ บรรจุถุงที่มีชื่อของหมู่บ้านหนองน้ำใส ได้รับรางวัล OTOP ระดับ 4 ดาวของจังหวัดราชบุรี ได้ราคาที่สูงขึ้น เมื่อนำไปขายในงานออกร้านต่างๆทั้งในจังหวัดและต่างจังหวัด จนผลิตไม่ทันต่อความต้องการของผู้บริโภค

ศูนย์พันธุ์ข้าวตำบลรางบัว มีนายชูชาติ อินทร์คง ผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานศูนย์ เป็น 1 ใน 4 ของศูนย์พันธุ์ข้าว ของจังหวัดราชบุรี ซึ่งมีการคัดเมล็ดพันธุ์ข้าวขาวมะลิที่มีคุณภาพ ให้เกษตรกรได้มาซื้อเพื่อไปปลูกต่อไป

กลุ่มน้ำหมักชีวภาพ มีนายสาทิพย์ เปี่ยมพิชัย ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานกลุ่ม รวมกลุ่มกันเพื่อทำปุ๋ยชีวภาพ ปุ๋ยหมักจากขี้วัว ปุ๋ยน้ำ ฮอร์โมนน้ำชีวภาพจากกรวและผลไม้ และน้ำยาชีวภาพไล่แมลงจากใบสะเดา ที่มีอยู่มากในชุมชน ปัจจุบันทุกบ้านทำใช้เองเป็นการลดต้นทุนการผลิต

กลุ่มเกษตรกรสีเขียว มีการรวมกลุ่มเพื่อปลูกผักปลอดสารพิษ มีนายสาทิพย์ เปี่ยมพิชัย ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานกลุ่ม กลุ่มนี้เกิดจากการที่ตรวจเจอพบสารตกค้างจากยาฆ่าแมลง และมีอาการปวดเมื่อยที่คอ จึงปรับเปลี่ยนการใช้ยาฆ่าแมลงจากสารเคมี มาใช้น้ำหมักชีวภาพที่ทำเองทำให้ผลผลิตดีขึ้น ปลอดภัยต่อสุขภาพ และลดต้นทุนการผลิต

ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๗ หมู่บ้านหนองน้ำใส ได้รับรางวัลหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบในระดับ “มั่งมี ศรีสุข” ของจังหวัดราชบุรี จากกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง

ดังนั้นหมู่บ้านหนองน้ำใส จึงได้รับการคัดเลือกจากคณะผู้วิจัยเพื่อศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อมโยงด้านสุขภาวะของชุมชนและการดำเนินชีวิตโดยใช้หลักของเศรษฐกิจพอเพียงในการศึกษาค้นคว้า

3. สุขภาวะ โรคเรื้อรัง และการสร้างเสริมสุขภาพ

สุขภาวะและการสร้างเสริมสุขภาพ

สุขภาวะหรือสุขภาพ (Health) หมายถึงภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (WHO, 1948) ซึ่งมีมิติของสุขภาวะต้องครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและ

การฟื้นฟูสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) จึงจัดให้มีการประชุมนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จนถึงปัจจุบันเป็นครั้งที่ 11 โดยในครั้งแรกจัดขึ้นในวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา ผลการประชุมได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ว่าเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถ (empower) ให้กับประชาชน เพื่อสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และได้ประกาศกลยุทธ์หลักในการสร้างเสริมสุขภาพหรือที่เรียกว่า **ประกาศกฎบัตรออตตาวา** ซึ่งประกอบด้วย

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Create supportive environments)
3. การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน (Strengthen community action)
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) และ
5. การปรับบริการสุขภาพ (Reorient health services)

โรคเรื้อรัง

ในปัจจุบันแนวโน้มความเจ็บป่วยได้เปลี่ยนแปลงไป โรคเรื้อรังได้มาแทนที่โรคเฉียบพลันและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีผู้สูงอายุมากขึ้นและผู้สูงอายุเหล่านี้มักจะมีปัญหาของโรคเรื้อรัง และจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้คนมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ต้องใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ มีความเครียดสูง บริโภคอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์และเกินความต้องการของร่างกาย ร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรม การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศ กลายเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก (Gray, 2006) จากรายงานการประชุมขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2007 การเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก 57 ล้านคน มีสาเหตุมาจากโรคเรื้อรังร้อยละ 59 โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง (WHO, 2007)

ความหมายของโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง (Chronic Disease) คือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะเวลาฟักตัวของโรค รวมถึงระยะเวลาการดำเนินของโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยทางสัมผัส สามารถทำให้เกิดความพิการ หรือการทำงานที่

ผิดปกติของร่างกายและรักษาไม่หาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) หรือเป็นภาวะที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างดังต่อไปนี้ (Duryea, 2008)

- 1) มีความผิดปกติของร่างกายอย่างถาวร
- 2) มีความพิการของร่างกายที่เกิดจากโรคหลงเหลืออยู่
- 3) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ไม่สามารถกลับเป็นปกติได้ดังเดิม
- 4) ต้องการการฝึกฝนเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- 5) ต้องการการดูแลช่วยเหลือและสังเกตอาการเป็นระยะเวลานาน

สาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรัง

1. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่

-การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารที่มีแคลอรีและไขมันสูง รับประทานอาหารเนื้อสัตว์มากแต่รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มันจัด เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม ไอศกรีม ผลไม้ที่มีรสหวาน อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น เต็มเกลือและน้ำปลาในอาหารในปริมาณมาก การใช้ผงฟู ผงชูรส ในการปรุงอาหาร รับประทานอาหารที่มีสารพิษหรือยาฆ่าแมลงเจือปนซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

- การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือสารเสพติด

- ขาดการออกกำลังกาย

- ความเครียด ความเครียดที่สะสมเป็นเวลานานและไม่ได้รับการแก้ไขหรือผ่อนคลายลง จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา

- ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี

2. ความเสื่อมถอย จากการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเจริญก้าวหน้า ทำให้ผู้สูงมีอายุยืนยาวมากขึ้น ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและเป็นวัยแห่งความเสื่อมสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จึงเป็นวัยที่มักประสบกับปัญหาต่างๆมากมาย จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกับผู้สูงอายุขึ้นได้

3. มลภาวะจากสิ่งแวดล้อม มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่นมลภาวะทางอากาศ จากควันท่อไอเสียรถยนต์

ในที่นี้จะทบทวนวรรณกรรมโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชนที่ทำการศึกษาคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันตัวบนหรือความดันซิสโตลิกมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันตัวล่างหรือไดแอสโตลิกมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลง หรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้ช้าและน้อยลง หัวใจต้องทำงานหนักในการสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ ส่งผลให้แรงดันโลหิตที่ปะทะผนังหลอดเลือดแดงมีความแรงมากขึ้น และถ้าหากผนังหลอดเลือดทนต่อแรงดันโลหิตไม่ได้ อาจทำให้เส้นเลือดในอวัยวะสำคัญ เช่น สมองและหัวใจปริแตก ซึ่งอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 42 จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติซึ่งเป็นองค์กรร่วมมือระหว่างประเทศ คาดการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปีทั่วโลกว่ามีจำนวน 285 ล้านคนในปี พ.ศ.2553 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 438 ล้านคนในปี พ.ศ.2573 ในจำนวนนี้ประมาณ 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย เฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้นคาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 58.7 ล้านคนในปี พ.ศ.2553 เป็น 101 ล้านคนในปี พ.ศ.2573 สถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานในประเทศไทยนั้นมีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนในปริมาณที่สูงและอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยมีการเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ.2540 เป็นร้อยละ 6.9 (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541) และพบความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 9.6 และสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ.2549 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 643,522 คนใน 48 จังหวัด ปี พ.ศ.2550 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 757,031 คน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (เฉลาศรี เสี่ยม, 2556)

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากผลความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรืออาจพบร่วมกันทั้งสองอย่างโดยความผิดปกติของการทำงานของอินซูลิน ดังกล่าวข้างต้น ส่งผลต่อความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ของ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน ผลกระทบของโรคต่อทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ป่วย สำหรับผลกระทบของโรคเบาหวานต่อสุขภาพนั้นก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและใหญ่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบตา (Retinopathy) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบไต (Nephropathy) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neuropathy) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral arterial disease) และภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (Coronary vascular disease) ซึ่งจะทำให้ภาวะสุขภาพมีความรุนแรงขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในการควบคุมความรุนแรงของ

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้ป่วยจะเกิดความพิการจากการถูกตัดขา ตาบอด อัมพาต หรือเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้นด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวาย เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิตในทันทีแต่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม เช่น การหยุดงานหรือการปรับเปลี่ยนงาน มีข้อจำกัดด้านความสามารถ เกิดความพิการ ทำให้ต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มเติมและเกิดภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาจะมีความเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นกว่าคนปกติ 2-4 เท่า รวมทั้งภาวะทุพพลภาพจากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดดังกล่าว (สมลักษณ์ จิงสมาน, 2557)

4. การเสริมพลังอำนาจกับสุขภาวะของชุมชน

การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งหรือกระบวนการเสริมพลังอำนาจ ให้กับบุคคลหรือชุมชน จากความหมายการสร้างเสริมสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ไว้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพคือการที่บุคคลมีพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นการเสริมพลังอำนาจกับการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องเดียวกัน Laverack (2005, p.1-2) กล่าวถึงความสำคัญของการเสริมพลังอำนาจว่า เป็นเครื่องมือสำคัญของผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชนเพราะการเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชนจะช่วยพัฒนาชุมชนให้มีสุขภาพดีและลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ แต่ บุคลากรด้านสุขภาพมักจะไม่เข้าใจและไม่ค่อยมีทักษะในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชน

วิธีการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน นักวิชาการด้านสุขภาพได้เสนอแนะวิธีการเสริมพลังอำนาจไว้ อย่างหลากหลาย เช่น Hitchcock, Schubert & Thomas (1999) กล่าวว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนมี 3 ขั้นตอนคือ

- 1 การสร้างสัมพันธภาพ (building relationships)
- 2 การให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ (education and providing information) เช่น การให้สุขศึกษา และให้ข้อมูลเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนควรได้รับ
- 3 การช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวก (facilitation) คือการช่วยให้ชุมชนสามารถค้นหาปัญหาของชุมชนเอง สามารถวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาของตนเองได้

สำหรับมุมมองของ Laverack (2005) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจในชุมชน จนสรุปว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจควรประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ (Domain) ดังนี้

- 1) การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วม (Community participation)
- 2) การสร้างเสริมภาวะผู้นำให้กับชุมชน (Local Leadership)
- 3) การเสริมสร้างความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน (Problem assessment capacities)
- 4) การเสริมสร้างสามารถในการคิดวิเคราะห์ให้กับชุมชน (Critical awareness)
- 5) การสนับสนุนให้เกิดโครงสร้างที่เข้มแข็งในชุมชน (Organizational structure)
- 6) การเสริมสร้างความสามารถของชุมชนในการจัดหาและบริหารทรัพยากร (Resource mobilization)
- 7) การสนับสนุนให้มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง (Links to others organizations and people)
- 8) การสนับสนุนให้เกิดความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมระหว่างชุมชนกับองค์กรภายนอก (An equitable relationship with outside agents) และ
- 9) การสร้างเสริมความสามารถในการบริหารโครงการให้กับชุมชน (Community control over program management)

Laverack (2005, p.97-109) ยังได้เสนอแนะวิธีการวัดระดับการเสริมพลังอำนาจของชุมชน (Community empowerment) โดยทำเป็น rating scale มี 5 ระดับ โดยให้ผู้เกี่ยวข้องเลือกข้อความที่ตรงกับสภาพที่เป็นจริงของชุมชน แล้วนำมาให้คะแนนและนำเสนอเป็นภาพใยแมงมุม (Spider web)

5. ภาวะผู้นำและการขับเคลื่อนชุมชน

ในพื้นที่หมู่บ้านทุกแห่งต้องมีผู้นำชุมชน ซึ่งมีหน้าที่ในการขับเคลื่อนพัฒนาชุมชนให้มีความก้าวหน้าทันต่อความเปลี่ยนแปลงทั้งในสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี ซึ่งมีทั้งทางบวกและทางลบ ผู้นำจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในชุมชนเป็นอย่างยิ่ง ได้มีการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพเป็นจำนวนมาก แต่มีแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและกล่าวถึงและพัฒนาเป็นโมเดล คือภาวะผู้นำแบบเต็มรูปแบบ (Model of the Full Range of Leadership) (Bass & Avolio, 1993 : 114–122) โมเดลนี้จะอธิบายระดับพฤติกรรมที่ผู้นำแสดงให้เห็นในการจัดการ เป็นกระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมงานหรือผู้ตาม โดยการเปลี่ยนแปลงความพยายามของผู้ตามให้สูงขึ้นและมีศักยภาพมากขึ้น ทำให้เกิดความตระหนักในภารกิจของกลุ่ม เป็นการจูงใจให้เห็นประโยชน์ของกลุ่มหรือสังคม ประกอบด้วย ภาวะผู้นำ 3 แบบ คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership) และภาวะผู้นำแบบ

ปล่อยตามสบาย (Laissez-faire Leadership) หรือพฤติกรรมความไม่มีภาวะผู้นำ (Non-leadership Behavior) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Bass & Avolio, 1993)

1 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership)

เป็นกระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมงานและผู้ตาม โดยเปลี่ยนแปลงเจตคติ และพฤติกรรม ของสมาชิก โดยสร้างความผูกพัน ความพยายาม ของผู้ร่วมงานและ ผู้ตามให้สูงขึ้นกว่าความพยายามที่คาดหวังในการพัฒนาความสามารถของผู้ร่วมงานและผู้ตามไปสู่ระดับที่สูงขึ้นและมีศักยภาพมากขึ้นทำให้เกิดการตระหนักรู้ในภารกิจและวิสัยทัศน์ของกลุ่มและขององค์การจูงใจผู้ร่วมงาน ไปสู่ประโยชน์ของกลุ่มหรือสังคม ซึ่งกระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมงาน หรือผู้ตามนี้ จะกระทำโดยผ่านองค์ประกอบของพฤติกรรมเฉพาะ 4 ประการดังนี้

1.1. การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Idealized Influence : II)

การที่ผู้นำประพฤติตัวเป็นแบบอย่าง หรือเป็นรูปแบบสำหรับผู้ตาม ผู้นำจะเป็นที่ยกย่อง เคารพนับถือ ศรัทธา ไว้วางใจ และทำให้ผู้ตามเกิดความภาคภูมิใจ ผู้ตามจะพยายามประพฤติปฏิบัติเหมือนกับผู้นำและ ต้องการเลียนแบบ ผู้นำของเขา สิ่งที่ผู้นำต้องปฏิบัติเพื่อบรรลุถึงคุณลักษณะนี้ คือ ผู้นำจะต้องมีวิสัยทัศน์ และสามารถ ถ่ายทอดไปยังผู้ตาม ผู้นำจะเป็นผู้ที่มศีลธรรมและมีจริยธรรมสูง ประพฤติตนเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่นและประโยชน์ของกลุ่ม ผู้นำจะแสดงให้เห็นถึงความเฉลียวฉลาด ความมีสมรรถภาพ ความตั้งใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความแน่วแน่ในอุดมการณ์ ความเชื่อ และค่านิยมของเขา ผู้นำจะเสริมความภาคภูมิใจ ความจงรักภักดี และความมั่นใจของผู้ตาม และทำให้ผู้ตามมีความเป็นพวกเดียวกันกับผู้นำ โดยอาศัยวิสัยทัศน์และการมีจุดประสงค์ร่วมกัน ผู้นำแสดงความมั่นใจช่วยสร้างความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันเพื่อการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

1.2. การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration Motivation : IM)

หมายถึง การที่ผู้นำจะประพฤติในทางที่จูงใจ ให้เกิดแรงบันดาลใจกับผู้ตาม โดยการสร้างแรงจูงใจภายใน การให้ความหมายและท้าทายในเรื่องานของผู้ตาม ผู้นำจะกระตุ้นจิตวิญญาณของกลุ่มมีการแสดงออกซึ่งความกระตือรือร้นโดยการสร้างเจตคติที่ดีและ การคิดในแง่บวก ผู้นำจะสร้างและสื่อความหวังที่ผู้นำต้องการอย่างชัดเจน ผู้นำจะแสดงการอุทิศตัวหรือความผูกพันต่อเป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วมกัน ผู้นำแสดงความเชื่อมั่นและ แสดงให้เห็นความตั้งใจอย่างแน่วแน่ที่จะสามารถบรรลุเป้าหมายได้ ผู้นำช่วยให้ผู้ตามมองข้ามผลประโยชน์ของตน เพื่อวิสัยทัศน์และภารกิจของกลุ่ม

1.3 การกระตุ้นทางปัญญา (Intellectual Stimulation : IS)

หมายถึง การที่ผู้นำมีการกระตุ้นผู้ตามให้ตระหนัก ถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ตามมีความต้องการหาแนวทางใหม่ ๆ มาแก้ปัญหา เพื่อหาข้อสรุปใหม่ที่ดีกว่าเดิม เพื่อทำให้เกิดสิ่งใหม่และสร้างสรรค์ โดยผู้นำมี

การคิดและการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการตั้งใจและสนับสนุนความคิดริเริ่มใหม่ ๆ ในการพิจารณาปัญหาและการหาคำตอบของปัญหา มีการให้กำลังใจผู้ตามให้พยายามหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีใหม่ ผู้นำทำให้ผู้ตามรู้สึกว่ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและเป็นโอกาสที่ดีที่จะแก้ปัญหาร่วมกัน โดยผู้นำจะสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ตามว่าปัญหาทุกอย่างต้องมีวิธีแก้ไขเอาชนะอุปสรรคทุกอย่างได้จากความร่วมมือร่วมใจในการแก้ปัญหาของทุกคน

1.4. การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Consideration : IC)

ผู้นำจะมีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับบุคคลในฐานะเป็นผู้นำให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ตามเป็นรายบุคคล และทำให้ผู้ตามรู้สึกมีคุณค่าและมีความสำคัญ ผู้นำจะเป็นโค้ช (Coach) และเป็นทีปรึกษา (Advisor) ของผู้ตามแต่ละคนเพื่อการพัฒนาผู้ตาม ผู้นำจะเอาใจใส่ในความต้องการของปัจเจกบุคคลเพื่อพัฒนาศักยภาพ ของผู้ตามและเพื่อนร่วมงานให้สูงขึ้น นอกจากนี้ผู้นำจะมีการปฏิบัติต่อผู้ตามโดยการให้โอกาสในการเรียนรู้ สิ่งใหม่ ๆ สร้างบรรยากาศของการให้แรงสนับสนุน คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความจำเป็นและความต้องการ

2. ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership)

เป็นกระบวนการที่ผู้นำให้รางวัลหรือลงโทษผู้ตาม ซึ่งขึ้นอยู่กับผลการปฏิบัติงานของผู้ตาม ผู้นำใช้กระบวนการ แลกเปลี่ยนเสริมแรงตามสถานการณ์ ผู้นำจูงใจผู้ตามให้ปฏิบัติงานตามระดับที่คาดหวังไว้ ผู้นำช่วยให้ผู้ตามบรรลุ เป้าหมาย ผู้นำทำให้ผู้ตามมีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติงานตามบทบาท และเห็นคุณค่าของผลลัพธ์ที่กำหนด ซึ่งผู้นำจะต้องรู้ถึงสิ่งที่ผู้ตามต้องการปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้นำจูงใจโดยเชื่อมโยงความต้องการและรางวัลกับความ สำเร็จตามเป้าหมาย รางวัลส่วนใหญ่เป็นรางวัลภายนอก ผู้นำทำให้ผู้ตามเข้าใจในบทบาท ผู้นำจะช่วยให้ผู้ตามระบุเป้าหมาย และเข้าใจว่าความต้องการหรือ รางวัลที่พวกเขาต้องการจะเชื่อมโยงกับความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างไร ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนประกอบด้วย

2.1) การให้รางวัลตามสถานการณ์ (Contingent Reward : CR) ผู้นำจะทำให้ผู้ตามเข้าใจชัดเจนว่าต้องการให้ ผู้ตามทำอะไรหรือคาดหวังอะไรจากผู้ตาม และจากนั้นจะจัดการแลกเปลี่ยนรางวัลในรูปของคำยกย่อง ชมเชย ประกาศ ความดีความชอบ การจ่ายเพิ่มขึ้น ให้โบนัสเมื่อผู้ตามสามารถบรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง ผู้นำแบบนี้มักจูงใจ โดยให้รางวัลเป็นการตอบแทน และมักจูงใจด้วยแรงจูงใจขั้นพื้นฐานหรือแรงจูงใจภายนอก

2.2) การบริหารแบบข้อยกเว้น (Management by Exception) เป็นการบริหารงานที่ปล่อยให้ไปตามสภาพเดิม ผู้นำไม่พยายามเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการทำงาน จะเข้าไปแทรกแซงก็ต่อเมื่อมีสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น หรือการทำงานต่ำกว่ามาตรฐาน การเสริมแรงมักจะเป็นทางลบ หรือให้ข้อมูลย้อนกลับทางลบ มีการบริหารงาน โดยไม่ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอะไร ผู้นำจะเข้าไปเกี่ยวข้องก็ต่อเมื่องานบกพร่องหรือไม่ได้มาตรฐาน การบริหารแบบ ข้อยกเว้น

(เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, 2536 : 59) แบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

(1) การบริหารแบบวางเฉยเชิงรุก (Active Management by Exception : MBE-A) ผู้นำจะใช้วิธีการกันไว้ดีกว่าแก้ ผู้นำจะคอยสังเกตผลการปฏิบัติงานของผู้ตาม และช่วยแก้ไขให้ถูกต้องเพื่อป้องกัน ความผิดพลาดหรือ ล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้น

(2) การบริหารแบบวางเฉยเชิงรับ (Passive Management by Exception : MBE-P) ผู้นำจะใช้วิธีการทำงานแบบเดิม และพยายามรักษาสภาพเดิม ผู้นำจะเข้าไปแทรกแซงถ้าผลการปฏิบัติงานไม่ได้มาตรฐาน หรือ มีบางอย่างผิดพลาด

3 ภาวะผู้นำแบบปล่อยตามสบาย (Laissez-faire Leadership)

ผู้นำประเภทนี้เป็นผู้นำที่ปล่อยให้ผู้ตามมีอิสระและเสรีภาพเต็มที่ในการทำงาน ปล่อยให้ทำตามใจชอบ ให้อำนาจกับผู้ตามในการตัดสินใจ และวินิจฉัยสั่งการในเรื่องต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องรอฟังคำสั่ง เปิดโอกาสให้ทุกคนใช้เสรีภาพได้อย่างกว้างขวาง โดยที่ผู้นำไม่ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ หรือถ้าจะมีส่วนร่วม ก็เพียงเล็กน้อย ไม่ค่อยมีบทบาทในการควบคุมดูแล ความเป็นไปของผู้ตาม ไม่ค้ำนึ่งหรือยึดถือหลักถือกฎเกณฑ์ในการปฏิบัติ ปล่อยให้การดำเนินงานเป็นไปเรื่อย ๆ ไม่มีระเบียบแบบแผนในการทำงาน ไม่กล้าตัดสินใจ และแสดงความคิดเห็น ปล่อยให้ป็นหน้าที่รับผิดชอบของผู้ตามกันเอง

จากการศึกษาภาวะผู้นำชุมชนผ่านการบวนการและการฝึกปฏิบัติในโปรแกรมภาวะผู้นำ (Langone & Rohs, 1995) พบว่าผู้นำส่วนใหญ่ที่มาจากสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมในกิจกรรมผู้นำเพราะรู้สึกรู้ว่าเป็นความรับผิดชอบในสิ่งที่ต้องดำเนินต่อไปหลังจากเสร็จจากโปรแกรมแล้ว ทำให้เห็นว่าหากมีการสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะผู้นำในการปฏิบัติจะทำให้สามารถทำหน้าที่ในชุมชนได้ต่อไป

และได้มีการศึกษาเพื่อประเมินผลข้อเด่นและข้อด้อยของทฤษฎีภาวะผู้นำแบบการเปลี่ยนแปลงและภาวะผู้นำแบบมีเสน่ห์ (Yukl, 1999) พบว่า ภาวะผู้นำทั้งสองแบบให้ความสำคัญจากภายในของภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ แต่มีบางประเด็นที่ขาดหายไป เช่นในทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ควรเพิ่มการมีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ขององค์กร การนำและการเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง และการสนับสนุนส่งเสริมองค์กรแห่งการเรียนรู้ รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษา และการเผยแพร่ข้อมูลที่มีความอ่อนไหวไม่ได้กล่าวถึงในทฤษฎีนี้ และการสร้างสัมพันธภาพกับองค์กรหรือเครือข่ายภายนอก ซึ่งจำเป็นต่อการทำงานของผู้นำในชุมชนที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ Bass (1999) ได้เสนอว่าผู้นำการเปลี่ยนแปลงนั้นจำเป็นต้องมีพื้นฐานของคุณธรรมจริยธรรมสำหรับตนเองในฐานะของผู้นำ ทำให้เกิดความศรัทธา เชื่อถือ เกิดความร่วมมือ มีพลังในการนำผู้อื่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสภาวะของชุมชน

การศึกษาเรื่องปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาชุมชนให้เป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ ระบุไปในลักษณะเดียวกันว่า ผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญ ดังงานวิจัยต่อไปนี้

สมชัย วงษ์นายะและทวนทอง เขาวงกิตพงศ์ (2556) ศึกษาองค์ความรู้การประยุกต์ใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของหมู่บ้านที่ประสบความสำเร็จในจังหวัดกำแพงเพชรและตากจำนวน 10 หมู่บ้าน พบว่า ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพ ชาวบ้านมีความร่วมมือกันแก้ปัญหาต่างๆเป็นอย่างดี มีการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงให้มีความพร้อม มีการบริหารจัดการร้านค้าของหมู่บ้านเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และกลุ่มต่างๆในชุมชนมีความเข้มแข็ง นอกจากนี้งานวิจัยยังเสนอว่า กลยุทธ์การบริหารจัดการหมู่บ้านในการดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของหมู่บ้านในจังหวัดดังกล่าวประกอบด้วย 1) พัฒนาศักยภาพของแกนนำ และผู้เกี่ยวข้องในด้านการคิดและการวางแผน 2) พัฒนาระบบข้อมูลและฐานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ 3) พัฒนาการจัดทำแผนชุมชนตามปรัชญา 4) พัฒนาการจัดโครงสร้างการบริหารหมู่บ้านให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตตามปรัชญา 5) พัฒนาศักยภาพของผู้นำให้สามารถดำเนินงานขับเคลื่อนได้อย่างต่อเนื่อง 6) ส่งเสริมให้ประชาชนดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาด้วยวิธีการหลากหลาย 7) ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ด้านการดำเนินชีวิตตามปรัชญา 8) พัฒนาการบริหารจัดการกลุ่มต่างๆให้เข้มแข็ง 9) สร้างเครือข่ายระดับต่างๆ เพื่อให้มีการดำเนินงานร่วมกัน 10) พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และ 11) ส่งเสริมให้นำผลการติดตามและประเมินผลไปใช้พัฒนาหมู่บ้านต่อไป

ไพศาล เนาวะวาทองและธวัชชัย ศุภดิษฐ์ (2551) ได้ศึกษาวิธีดำเนินการ ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของหมู่บ้านคำปลาหลาย อำเภอบุหล่ง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า หมู่บ้านดังกล่าวเคยเป็นหมู่บ้านยากจนแต่ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้กลายเป็นชุมชนที่เข้มแข็งและยั่งยืน ซึ่งปัจจัยของความสำเร็จมี 3 ประการคือ 1) ผู้นำชุมชนมีความรู้ ความสามารถ โดยสามารถรวมใจชาวบ้านให้เป็นหนึ่งเดียวกันได้ 2) ชาวบ้านมีความรัก สามัคคี ขยันและร่วมใจกันพัฒนา และ 3) มีกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับปัญหา เช่นการอบรม ศึกษาดูงาน

ในปี 2556 พัทธภรณ์ แสงทามาศ ได้ถอดบทเรียนการดำเนินชีวิตตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของหมู่บ้านต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียงแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าผู้นำเป็นปัจจัยความสำเร็จทั้งในระดับหมู่บ้านและวิสาหกิจชุมชน กล่าวคือ ผู้นำมีความเสียสละ ซื่อสัตย์ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มุ่งมั่นเอาใจใส่ คิดเชิงบวก ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม มีการแบ่งงานกระจายอำนาจ และใช้บริหารจัดการแบบผสมผสาน

อย่างมีคุณธรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำบทเรียนดังกล่าวไปทดลองขยายผลในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านผือ ใน จังหวัดเดียวกัน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าได้รับความสำเร็จระดับหนึ่ง ซึ่งปัจจัย ความสำเร็จคือผู้นำชุมชนเช่นกัน นอกจากนั้นปัจจัยความสำเร็จยังประกอบด้วยความเป็นเครือญาติที่ทำให้เกิดความ สามัคคี ความเข้มแข็งในการอนุรักษ์ประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น มีวัดเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ นอกจากนั้นคือ ปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการทำงานอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน เริ่มจากจุดเล็กๆ และดำเนินชีวิตตาม ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ในส่วนของการพัฒนาสุขภาพชุมชนในกรุงเทพมหานคร อาภา ยังประดิษฐ์และกาญจนา อนุตริยะ (2552) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนในกรุงเทพมหานครเพื่อให้เป็นชุมชนแข็งแรง (Healthy Community) พื้นที่ดำเนินการ เป็นชุมชนแออัด ใช้ระยะเวลา 1 ปี จากการศึกษาพบว่าประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีรายได้น้อย มีอาชีพรับจ้าง และใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีผู้สูงอายุร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด การ เจ็บป่วยของประชาชนส่วนใหญ่ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 13.16 โรคเบาหวานร้อย ละ 7.9 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5.26 ประชาชนในชุมชนมีวิถีชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ การให้ความ ร่วมมือกับส่วนรวมมีน้อยและหาผู้มีจิตสาธารณะที่จะช่วยพัฒนาชุมชนได้ยาก คนที่เข้ามาทำงานให้กับส่วนรวม ส่วน ใหญ่เป็นคนไม่กี่คน ซึ่งเมื่อทำงานไประยะหนึ่งมักจะเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายและในที่สุด มีผลให้โครงการสร้าง เสริมสุขภาพที่การดำเนินการมักจะไม่ต่อเนื่องหรือยั่งยืน

นอกจากนั้นยังพบอีกว่า การประสานงานและการสื่อสารระหว่างชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มี ประสิทธิภาพเท่าที่ควร จึงทำให้ขาดกลไกที่จะช่วยพัฒนาให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดี บางครั้งชุมชนมองว่าหน่วยงาน ของรัฐไม่จริงใจ และบางครั้งเจ้าหน้าที่กับชุมชนมีการสื่อสารที่ไม่เข้าใจตรงกัน

ผลการศึกษาพบว่าการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครควรดำเนินการ 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและจริงใจกับชุมชน 2) การสร้างเครือข่ายของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพร้อม กับพัฒนาเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง 3) การตั้งเป้าหมายหรือวิสัยทัศน์การทำงานร่วมกัน 4) การค้นหาผู้มีจิตอาสา แล้วพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ 5) การร่วมกันลงมือทำงานอย่างจริงจัง เน้นสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน และ 6) การกำกับดูแลให้การพัฒนาดำเนินต่อไปอย่างยั่งยืน การวิจัยนี้เสนอแนะว่าการค้นหาผู้มีจิตอาสาและการพัฒนา เครือข่ายให้เข้มแข็งเป็นขั้นตอนสำคัญที่ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

ในส่วนของการวัดระดับการสร้างพลังอำนาจของชุมชนนั้น มีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าวิธีการของ Laverack ไปใช้ เช่น Laverack & Thangphet (2009) ได้นำเครื่องมือวัดการเสริมพลังอำนาจในชุมชนภาคเหนือ 2 ชุมชน ในด้านการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ผลการศึกษาทำให้สะท้อนภาพพลังของชุมชนและนำไปสู่แนวทางการเสริมพลังชุมชนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

สำหรับการใช้ทฤษฎีการเสริมพลังในการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการพัฒนาสุขภาวะ (Fawcett, et al. 1995) พบว่าการเสริมพลังแบบการมีหุ้นส่วน เป็นการส่งเสริมความร่วมมือของให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ตั้งแต่การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงชุมชน การสร้างศักยภาพ และผลที่ได้รับเป็นการปรับตัวของชุมชนที่ดีขึ้น

Lasker & Weiss (2003) ได้ศึกษาและเสนอโมเดลการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ปัญหาในชุมชนโดยใช้สหวิชาชีพและการร่วมมือในการปฏิบัติงานและการวิจัย ซึ่งเป็นการประสานการทำงานในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้เป็นอย่างดี

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพให้กับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยวิธีการเสริมพลังอำนาจที่มีประสิทธิภาพและนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อสังเคราะห์ชุดความรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชน ภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงครั้งนี้ ใช้วิธีการศึกษาแบบ Triangulation คือ ใช้การเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การใช้เครื่องมือ และการใช้ข้อมูลจากเอกสาร ในการหาความรู้จากแหล่งข้อมูลหลายๆแหล่ง เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีที่สุดสามารถนำไปใช้ในการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงต่อไป วิธีการดำเนินการวิจัยมีดังต่อไปนี้

เกณฑ์การเลือกชุมชนตัวอย่าง มีดังนี้

1. เป็นชุมชนที่ได้รับรางวัลหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ในระดับ “มั่งมีศรีสุข” จากกระทรวงมหาดไทย ในปี 2556
2. เป็นชุมชนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่รับผิดชอบชุมชนนั้นได้ พิจารณาแล้วว่ามามีกิจกรรมด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี

ชุมชนตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และได้รับการคัดเลือก ของจังหวัดราชบุรี คือ หมู่บ้านหนองน้ำใส หมู่ 14 ตำบลรางบัว อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี

ประชากรแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำกลุ่ม/ชมรม พระสงฆ์
2. กลุ่มนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) สาธารณสุขอำเภอ
3. กลุ่มประชาชนทั่วไป ได้แก่ เด็กวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
4. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การเลือกชุมชนตัวอย่าง มีดังนี้

1. เป็นชุมชนที่ได้รับรางวัลหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ในระดับ “มั่งมีศรีสุข” จากกระทรวง-มหาดไทย ในปี 2556
2. เป็นชุมชนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่รับผิดชอบชุมชนนั้นได้พิจารณาแล้วว่ามามีกิจกรรมด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี

ชุมชนตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และได้รับการคัดเลือก คือ

หมู่บ้านหนองน้ำใส หมู่ 14 ตำบลรางบัว อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี

ประชากรหมู่บ้าน จำนวน 481 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอ
2. กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำกลุ่ม/ชมรม พระสงฆ์
3. กลุ่มประชาชนทั่วไป ได้แก่ เด็กวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
4. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ โดยใช้การสนทนากลุ่ม ตามลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ใช้วิธีกำหนดจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ระหว่าง 6-12 คน เพื่อให้สามารถสนทนาได้อย่างทั่วถึง แต่อาจมากกว่าหรือน้อยกว่าตามความจำเป็น ทั้งนี้คำนึงถึงคุณภาพและความครบถ้วนของข้อมูลเป็นหลัก โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

1. กลุ่มนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลชำนาญการ 1 คน นักวิชาการพัฒนาชุมชน 1 คน ผู้ช่วยพัฒนาชุมชน 1 คน ทำงานอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบหมู่บ้านหนองน้ำใสอย่างน้อย 1 ปี

2. กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน ได้แก่ พระสงฆ์เจ้าอาวาสวัดชัยใหญ่ 1 รูป ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน กรรมการหมู่บ้าน 4 คน ประธานกลุ่มโรงสีข้าวชุมชน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในหมู่บ้านอย่างน้อย 2 ปี ให้ความร่วมมือในการทำงานกับชุมชน อ่านและพูดสื่อสารภาษาไทยได้ดี

3. กลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 8 คน ได้แก่ เด็กวัยรุ่น 2 คน วัยผู้ใหญ่ 3 คน และผู้สูงอายุ 3 คน เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านอย่างน้อย 2 ปี อ่านและพูดสื่อสารภาษาไทยได้ดี

4. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5 คน โรคเบาหวาน 2 คน โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 1 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 ปี และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่ในหมู่บ้านอย่างน้อย 2 ปี อ่านและพูดสื่อสารภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 เครื่องมือประกอบไปด้วยแบบวัดพลังอำนาจในชุมชน ซึ่งเป็นการประเมินความเข้มแข็งของชุมชน และแนวคำถามในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบวัดพลังอำนาจในชุมชน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยแปลและเรียบเรียงจาก Laverack (2005) โดยใช้เทคนิค Back translation กล่าวคือเมื่อผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยแล้วนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญ 2 ภาษา แปลกลับไปเป็นภาษาอังกฤษ เมื่อตรวจสอบความตรงกันของภาษาแล้ว นำไปทดสอบความตรง (face validity) ในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายชุมชนตัวอย่าง โครงสร้างของเครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วย 9 หมวดหรือประเด็นหลัก (domain) คือ

- 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2) ความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน
- 3) ผู้นำชุมชน
- 4) โครงสร้างของกลุ่มในชุมชน
- 5) การจัดการทรัพยากรในชุมชน
- 6) ความสัมพันธ์และเครือข่ายภายในชุมชน
- 7) ความใส่ใจในปัญหาของชุมชน
- 8) การบริหารจัดการโครงการในชุมชน
- 9) ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน

โดยแต่ละประเด็นหลักจะมีข้อความ 5 ระดับ เรียงจาก 1 – 5 ตัวอย่างเช่น ประเด็น *ความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน* ระดับที่ 1 คือ ไม่มีการประเมินปัญหาโดยคนในชุมชน ระดับที่ 2 ชุมชนมีการประเมินอยู่บ้างแต่ไม่มีทักษะและไม่ตระหนักในการประเมินปัญหา ระดับที่ 3 ชุมชนมีทักษะในการประเมินปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แต่ไม่มีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในชุมชน ระดับที่ 4 ชุมชนสามารถระบุปัญหา, แนวทางแก้ไข และการปฏิบัติงานได้ การประเมินถูกนำมาใช้เพื่อวางแผนสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และระดับที่ 5 ชุมชนสามารถระบุปัญหา, แนวทางแก้ไข และการปฏิบัติงานได้เองอย่างต่อเนื่อง

วิธีใช้เครื่องมือคือผู้วิจัยเขียนข้อความตามระดับ 1 – 5 ใส่ลงในบัตรคำ ใบละ 1 ระดับ แล้วอ่านข้อความให้กับผู้ให้ข้อมูล เพื่อพิจารณาเลือกระดับที่ตรงกับสภาพการณ์ของชุมชนมากที่สุด โดยทำไปทีละประเด็น จนครบ 9 ประเด็น แล้วจึงสรุปคะแนน หลังจากนั้นจะโยงจุด ลากเส้นออกเป็นภาพใยแมงมุม หากพบว่ามีสำหรับประเด็นที่น่าสนใจ ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลต่อไป

2. **แนวคำถามในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึก** ผู้วิจัยสร้างแนวทางการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่มต่างๆ โดยใช้กรอบแนวคิดในการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่เชี่ยวชาญด้านปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ด้านการพัฒนาชุมชนและด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจสอบความเหมาะสมและความครอบคลุม หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มคนที่มีความคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง

แนวคำถามมีดังนี้

- 1) ท่านมีบทบาทอย่างไรในการพัฒนาชุมชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (ตามหลัก 3 ห่วง 2 เงื่อนไข)
- 2) ท่านใช้กลวิธีหรือเทคนิคการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจชุมชนอย่างไร

- 3) ท่านคิดว่าปัจจัยความสำเร็จของการเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบคืออะไร
- 4) ท่านได้นำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานหรือไม่ อย่างไร
- 5) ท่านได้ใช้หรือส่งเสริมให้มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร
- 6) ท่านมีบทเรียนหรือข้อเสนอแนะในการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะแก่ชุมชนอื่นๆอย่างไรบ้าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานทั้งทางวาจาและเอกสารกับนักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการรพ.สต. หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่สามารถให้ข้อมูลได้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิธีการเก็บข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

สถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอให้เจ้าของพื้นที่เป็นผู้เลือกสถานที่เก็บข้อมูล เช่น กรณีเก็บข้อมูลในกลุ่มนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ ใช้สถานที่ของ รพ.สต. และที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชนประชาชนและผู้ป่วยใช้สถานที่ในชุมชน ได้แก่สถานที่ที่หมู่บ้านใช้ประชุมเป็นประจำ

ลักษณะการจัดการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่ละจังหวัด โดยผู้วิจัยไปด้วยกันทั้งหมดเป็นทีมแต่ละจังหวัดเก็บข้อมูลที่ละกลุ่ม โดยจัดให้ผู้ให้ข้อมูลนั่งเป็นวงกลม แล้วผู้วิจัยแนะนำตนเองและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลสนใจเข้าร่วมโครงการก็ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารคำยินยอม (Consent form)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานทั้งทางวาจาและเอกสารกับนักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการรพ.สต. หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่สามารถให้ข้อมูลได้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิธีการเก็บข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

สถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอให้เจ้าของพื้นที่เป็นผู้เลือกสถานที่เก็บข้อมูล เก็บข้อมูลในกลุ่มนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ ใช้สถานที่ของที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล ประชาชนและผู้ป่วยใช้สถานที่ในชุมชน ได้แก่สถานที่ที่หมู่บ้านใช้ประชุมเป็นประจำ สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน

ลักษณะการจัดการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่ละจังหวัด แต่ละจังหวัดเก็บข้อมูลที่ละกลุ่ม โดยจัดให้ผู้ให้ข้อมูลนั่งเป็นวงกลม แล้วผู้วิจัยแนะนำตนเองและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเข้าร่วมโครงการก็ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารคำยินยอม (Consent form)

ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดพลังอำนาจในชุมชน โดยให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาในแต่ละหมวดว่า ชุมชนของตนหรือชุมชนที่ตนดูแล มีลักษณะตรงกับระดับใด แล้วให้แต่ละคนลงคะแนน หลังจากนั้นนับคะแนนโดยให้ระดับที่ได้คะแนนสูงสุดเป็นคำตอบของกลุ่ม

การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะสนทนาไปที่ละประเด็น โดยใช้หลักสุนทรียสนทนา นอกจากคำบอกเล่าของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสังเกตและเมื่อประเด็นใดยังไม่ชัดเจนหรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมก็จะขอสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป การสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณกลุ่มละ หนึ่งชั่วโมงครึ่ง เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมอบของที่ระลึกแก่ผู้ให้ข้อมูลทุกคน

วิธีวิเคราะห์ผลการวิจัย

หลังจากเก็บข้อมูลแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสนทนาทุกคำพูดแล้วร่วมกันสกัดประเด็น ตามหลักของ content analysis และ thematic analysis

บทที่ 4 ผลการวิจัย

เสนอผลการศึกษาศึกษาการสังเคราะห์ชุดความรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาวะของชุมชนตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ในชนบทภาคกลางตอนล่าง

ผลการศึกษาในจังหวัดราชบุรี

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง ในชุมชนหมู่บ้านที่ได้รับรางวัลหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ในระดับ “มั่งมีศรีสุข” ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มประชาชนทั่วไป และ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับการพัฒนาสุขภาวะของชุมชนตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้นำชุมชน ประชาชน และบุคลากร-เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทดังนี้คือ

บทบาทผู้นำ

1.1.บทบาทผู้ใหญ่บ้าน

- เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นต้นแบบที่ดี คือไม่กินเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีอบายมุข ขยัน อดทน
- เสียสละเพื่อส่วนรวม สร้างความสามัคคีในชุมชน ซื่อสัตย์ โปร่งใส กระจายบทบาทหน้าที่ให้

กรรมการหมู่บ้านรับผิดชอบ

- สร้างความร่วมมือในทีมผู้นำและชุมชน มีวิสัยทัศน์
- นำสิ่งที่เป็นประโยชน์จากภายนอกมาพัฒนาชุมชน เช่นการนำแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมา

ใช้เพื่อลดความยากจนและปลดหนี้ “โครงการที่ผู้ใหญ่รับมาพวกเราก็ดำเนินทำและให้ความร่วมมือทุกอย่าง โดยมีผู้ใหญ่เป็นตัวตั้ง...เมื่อผู้ใหญ่เอามาเราก็ดำเนินทำ....”(ผู้นำ, No. L2)

- มีการดูแลชุมชนแบบพี่น้อง เครือญาติ แบบเสมอภาคเท่าเทียมกัน “ลูกบ้านทุกคนเหมือนเป็นพี่น้องกัน ผู้ใหญ่ก็เป็นเหมือนพ่อแม่เขา มีอะไรก็พูดกัน เราให้ความเสมอภาคด้วยกันทั้งหมด”(ผู้นำ, No. L4)

1.2 บทบาทกรรมการหมู่บ้าน

- ร่วมมือกับผู้นำ ช่วยกันทำงานเป็นทีม เสียสละเพื่อส่วนรวม
- ร่วมประชุมอบรมที่ผู้ใหญ่บ้านส่งให้ไปปรับความรู้ต่างๆที่เป็นประโยชน์นอกชุมชน เพื่อนำมาทำให้เกิดประโยชน์ เช่น ธนาคารโคกระบือ การทำหมูลุม การเพาะเห็ดที่ลดต้นทุน
- ดำเนินการทำตามแผนที่ชุมชนร่วมกันคิดไว้
- รับผิดชอบตามหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้นำ

- เป็นต้นแบบที่ดีให้ประชาชนในชุมชน “ผู้ใหญ่ก็ทำคนเดียวไม่ได้ อบต.อย่างเดียวก็นำ ไม่ได้ คือ แบ่งๆกัน ต้องช่วยกันทุกฝ่ายคือต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายถึงจะประสบความสำเร็จ ”(ผู้นำ, No. L10)

บทบาทประชาชน

- ศรัทธา เชื่อมั่น และร่วมมือกับผู้นำในการพัฒนาอาชีพ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น
- มีความสามัคคีช่วยเหลือกัน แบ่งปัน
- มีความซื่อสัตย์
- อดทน ขยันในการทำงาน(มีอาชีพอย่างน้อย 5 อย่างต่อครัวเรือน)

“เราไม่ย่อท้อ ทำจนได้ดี ขึ้นมาจากยากจนยิ่ง เป็นมั่งมีศรีสุข” (ผู้นำ, No. L2)

- มีความพอเพียงในการใช้ชีวิต เช่น ปลุกผักปลอดสารพิษกินเองในชุมชน

“...อย่างครอบครัวหนึ่งมีการปลูกผักไว้กิน ปลูกแล้วก็มีการขายให้เพื่อนบ้านบ้างและส่งขายที่ตลาด พอได้เงินมาก็เก็บออมไว้เพื่อส่งลูกเรียน หรือใช้จ่ายในครัวเรือนก็ไม่จำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายเงิน ทุ่มเพื่อยมาก ”

บทบาทเจ้าหน้าที่

รพ.สต. ให้เรื่องข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ให้อุปกรณ์ เช่น เข็ม เพื่อเอาไปเจาะเลือดที่ปลาย นิ้วไม่ให้เป็นไข้เลือดออก

องค์การบริหารส่วนตำบลบางบัว เป็นหน่วยสนับสนุน เพราะชุมชนสามารถขับเคลื่อนได้เอง เป็นส่วนใหญ่

พัฒนากรชุมชน

- ดูแลความเป็นอยู่ ของชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และคนพิการ ที่ต้องได้รับการดูแล
- เป็นพี่เลี้ยงของชุมชน ในการประกวดหมู่บ้านในเวทีต่างๆและ ให้ข้อมูล ช่วยทำรูปเล่ม และ power point presentation ตามหัวข้อในการประกวด ชาวบ้านเป็นผู้นำเสนอด้วยตนเอง

บทบาทพระสงฆ์

- เป็นผู้นำทางด้านจิตใจ เป็นหลักยึดเหนี่ยวด้านจิตใจของชุมชน สอนการปฏิบัติธรรม การสวดมนต์

ภาวนา

- สร้างศรัทธาในความดี ความซื่อสัตย์ ความสามัคคีในชุมชน เช่น ประเพณีการทอดผ้าป่าข้าวเปลือก ประจำปี ในวันขึ้น ๓ ค่ำ เดือน ๓ เพื่อขายนำเงินมาพัฒนาวัดในชุมชน
- ช่วยรณรงค์เรื่องการปลูกผักปลอดสารพิษในชุมชน การดูแลสุขภาพ

บทบาท อสม.

- เป็นต้นแบบในเรื่องสุขภาพ ดูแลสุขภาพคนในหมู่บ้าน ให้ปลูกผักกินเอง การทำงานตามความเชี่ยวชาญของ อสม. ในแต่ละด้าน

“...มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและคนพิการตำบลที่จะเข้าไปช่วยประจำหมู่บ้านของเขาอยู่แล้ว อย่างเช่นก็ไปดูแลผู้พิการติดเตียงไปช่วยกายภาพ มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หมู่ 14 จะเป็นพี่ธัญพร จิตดี เขาจะทำทุกอย่างในหมู่ 14 เขารู้เรื่องดีที่สุดซื้อเก้าอี้บังอร เป็นอสม. อพส. อพก. และเป็นคณะกรรมการในชุมชนด้วย” (ผู้ป่วย, No. P4)

2. ระดับ community empowerment หรือความเข้มแข็งของชุมชน

จากจำนวนผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมด 32 คนแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน 12 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่ 4 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานความดัน 8 คน กลุ่มประชาชน 8 คน

คณะผู้วิจัยได้ประชุมแยกตามกลุ่ม ซึ่งแต่ละคนมีการให้คะแนนอย่างอิสระตามความคิดเห็นของตนเองโดยเกณฑ์การให้คะแนนตามการจัดระดับพื้นฐานของการเสริมพลัง (Laverack, 1999) ซึ่งมี 9 ประเด็นหลัก และมี 5 ระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชน สรุปผลของการให้คะแนนระดับการเสริมพลังหรือความเข้มแข็งของชุมชนจำแนกตามกลุ่มต่างๆ มีดังนี้คือ

1. กลุ่มผู้นำชุมชน มีผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม 12 คน ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และพระสงฆ์ที่เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณของชุมชน ผลการให้คะแนนระดับการเสริมพลังของชุมชนในแต่ละด้าน ทั้ง 9 ด้าน มีดังนี้คือ

1.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน

ส่วนใหญ่ (11 คน จาก 12 คน) เลือกระดับ 4 คือ

- มีการประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมประชุม
- สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน รวมทั้งปฏิบัติงานร่วมกัน
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีความต่อเนื่องทุกขั้นตอน ทุกโครงการ

และมีสมาชิก 1 คน เลือกระดับ ที่ 5 คือ

- สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับชุมชนอื่นๆ

1.2 ความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน

กลุ่มผู้นำ ส่วนใหญ่ 10 คน เลือกระดับ 5 คือ

- สมาชิกในชุมชนสามารถระบุปัญหา แนวทางแก้ไขและลงมือปฏิบัติงานได้เอง
- อย่างต่อเนื่อง

และมีสมาชิก 2 คน เลือกระดับ ที่ 4 คือ

- ชุมชนระบุปัญหา แนวทางแก้ไขและประเมินเพื่อวางแผนความเข้มแข็งของชุมชน

1.3 ผู้นำในชุมชน

กลุ่มผู้นำ ส่วนใหญ่ 10 คน เลือกระดับ 5 คือ

- ผู้นำกลุ่มมีการริเริ่มโครงการได้เองทั้งหมด โดยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากองค์กร

- ผู้นำทำงานร่วมกับกลุ่มภายนอกเพื่อหาทรัพยากรเพิ่มเติม

และมีสมาชิก 2 คน เลือกระดับ ที่ 4 คือ

- ผู้นำเริ่มทำโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร มีการอบรมฝึกทักษะของผู้นำ

1.4 โครงสร้างของกลุ่มในชุมชน

กลุ่มผู้นำ ส่วนใหญ่ 10 คน เลือกระดับ 4 คือ

- ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการ

- ทุกกลุ่มมีการทำงานกันอย่างเข้มแข็งและมีความเชื่อมโยงกับกลุ่มภายในชุมชน

และมีสมาชิก 2 คน เลือกระดับ ที่ 5 คือ

- ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการ แต่ละกลุ่มมีการทำงานกันอย่างเข้มแข็งและมีความเชื่อมโยงกับกลุ่มภายนอกชุมชน

1.5 การจัดการทรัพยากรในชุมชน

ทั้งหมด 12 คน เลือกระดับ 5 คือ

- ชุมชนดำเนินการหาทรัพยากรเพิ่มขึ้นและมีการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม โดยชุมชนมีส่วนร่วม

1.6 ภาควิชาช่วย

ส่วนใหญ่จำนวน 9 คน เลือกระดับ 5 คือ

- ชุมชนมีเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายนี้ช่วยทำให้มีทรัพยากรเพิ่มขึ้น มีเศรษฐกิจดีขึ้นและมีการแสวงหาสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น

- เครือข่ายนี้มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาชุมชน

และมีจำนวน 3 คนที่เลือกระดับ 4 คือ

- ชุมชนมีเครือข่ายและการพึ่งพากันระหว่างเครือข่ายเพื่อร่วมกันพัฒนาชุมชน

ซึ่งมีลักษณะที่มีความเชื่อถือไว้วางใจกัน

1.7 ความสนใจในปัญหาของชุมชน

ส่วนใหญ่ 10 คน เลือกระดับ 5 คือ

- กลุ่มต่างๆในชุมชนมีความสามารถในการวิเคราะห์ตนเองและพยายามพัฒนากลุ่มของตนอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ดีขึ้น

และมีจำนวน 2 คนที่เลือกระดับ 4 คือ

- มีการสนทนาระหว่างกลุ่มต่างๆในชุมชน เพื่อระบุปัญหา การวิเคราะห์และแก้ปัญหา รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแก้ปัญหา

1.8 การบริหารจัดการโครงการในชุมชน

ส่วนใหญ่ 7 คน เลือกระดับ 4 คือ

- ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการโครงการเอง มีการวางแผน นโยบายและการประเมินผล โดยองค์กรภายนอกให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย
- มีการพัฒนาความรู้สึกการเป็นเจ้าของโครงการในชุมชน

มีจำนวน 5 คน เลือกระดับ 3 คือ

- ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการโครงการเองภายใต้คำแนะนำจากองค์กรภายนอก
- มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างชุมชนกับองค์กรภายนอก
- ในการบริหารจัดการโครงการมีการแบ่งบทบาท ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน
- ชุมชนไม่ได้รับการฝึกทักษะในการบริหารจัดการโครงการ

1.9 ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน

ส่วนใหญ่ 8 คน เลือกระดับ 5 คือ

- องค์กรภายนอกให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามที่ชุมชนร้องขอ และองค์กรภายนอกช่วยพัฒนาศักยภาพของชุมชนในนามของชุมชน (ช่วยโดยที่ไม่ได้แสดงตนอย่างชัดเจน)
- และมีสมาชิก 2 คน เลือกระดับที่ 4 คือ
- ชุมชนมีการตัดสินใจเองโดยการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ซึ่งองค์กรภายนอกนั้นได้ให้ความด้านการฝึกอบรมและให้การสนับสนุนด้านอื่นๆ

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่

ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีผู้เข้าร่วมประชุม 4 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน นักพัฒนาชุมชน 2 คน ผลการให้คะแนนระดับการเสริมพลังของชุมชนตามมุมมองของเจ้าหน้าที่ในแต่ละด้าน ทั้ง 9 ด้าน มีดังนี้คือ

2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน

ส่วนใหญ่ 3 คน เลือกระดับ 5

- การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆเข้าร่วมประชุม
- สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน รวมทั้งมีการปฏิบัติงานร่วมกัน
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีความต่อเนื่องทุกขั้นตอน ทุกโครงการ
- สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับชุมชนอื่นๆ

มี 1 คน เลือก ระดับที่ 4 คือ

- การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆเข้าร่วมประชุม
- สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน รวมทั้งมีการปฏิบัติงานร่วมกัน
- มีกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก

2.2 ความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน

เลือกระดับ 4 จำนวน 2 คน คือ

- สมาชิกในชุมชนมีการประเมินปัญหาของชุมชน
- สมาชิกในชุมชนสามารถระบุปัญหา, แนวทางแก้ไข และลงมือปฏิบัติงานได้
- การประเมินปัญหาของชุมชนถูกนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาชุมชน

เลือกระดับ 3 จำนวน 1 คน คือ

- สมาชิกในชุมชนมีการประเมินปัญหาของชุมชน
- สมาชิกในชุมชนมีทักษะในการประเมินปัญหาและสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้
- แต่การประเมินปัญหาไม่ได้มาจากการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในชุมชน

มีผู้เลือกระดับ 2 จำนวน 1 คน คือ

- การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆเข้าร่วมประชุม แต่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ความช่วยเหลือ

2.3 ผู้นำในชุมชน

เลือกระดับ 3 จำนวน 2 คน

- ทุกกลุ่มในชุมชนมีผู้นำและผู้นำกลุ่มมีบทบาท แต่ไม่มีการริเริ่มทำโครงการ และสมาชิกในกลุ่มไม่ค่อยให้ความร่วมมือ

เลือกระดับ 4 จำนวน 2 คน คือ

- ทุกกลุ่มในชุมชนมีผู้นำ และผู้นำกลุ่มมีบทบาท
- ผู้นำกลุ่มมีการริเริ่มทำโครงการโดยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในกลุ่ม
- ผู้นำควรได้รับการพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้น

2.4 โครงสร้างของกลุ่มในชุมชน

มีจำนวน 2 คน เลือกระดับ 4

- ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการและแต่ละกลุ่มมีการทำงานเชื่อมโยงกันในชุมชน

มีผู้เลือกระดับ 5 จำนวน 1 คน คือ

- ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการทุกกลุ่มมีทำงานกันอย่างเข้มแข็งและมีความเชื่อมโยงกับกลุ่มภายนอกชุมชน

มีผู้เลือกระดับ 2 จำนวน 1 คน คือ

- ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการแต่ คณะกรรมการไม่มีบทบาท/ไม่มีการดำเนินงานอย่างจริงจัง

2.5 การจัดการทรัพยากรในชุมชน

ทุกคนเลือกระดับ 5 คือ

- ชุมชนมีการดำเนินงานหาทรัพยากรเพิ่มขึ้นและมีการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม

- สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วม

2.6 ภาวศึรือข่าย

ส่วนใหญ่ 3 คน เลือกระดับ 4 ไม่ลงคะแนน 1 คน

- ชุมชนมีเครือข่ายและมีการพึ่งพากันระหว่างเครือข่ายเพื่อร่วมกันพัฒนาชุมชนซึ่งมีลักษณะที่มีความเชื่อถือไว้วางใจกัน

2.7 ความสนใจในปัญหาของชุมชน

เลือกระดับ 4 จำนวน 2 คน คือ

- มีการสนทนาระหว่างกลุ่มต่างๆในชุมชน เพื่อระบุปัญหา การวิเคราะห์และแก้ปัญหา รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแก้ปัญหา

เลือกระดับ 3 จำนวน 2 คน คือ

- มีหลายกลุ่มที่ให้ความสนใจเสวนาเกี่ยวกับประเด็นปัญหาในชุมชน ซึ่งสมาชิกในกลุ่มเหล่านี้สามารถแสดง/สะท้อนความคิดเห็นที่มาจากแนวคิดและประสบการณ์ของตน ซึ่งผลทำให้นำไปสู่การได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง แต่ยังไม่มีการสนทนาระหว่างกลุ่มต่างๆในชุมชน

2.8 การบริหารจัดการโครงการในชุมชน

ส่วนใหญ่ 2 คน เลือกระดับ 3 คือ

- ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการโครงการเองภายใต้คำแนะนำจากองค์กรภายนอก

- มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างชุมชนกับองค์กรภายนอก

- ในการบริหารจัดการโครงการมีการแบ่งบทบาท ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน

- ชุมชนไม่ได้รับการฝึกทักษะในการบริหารจัดการโครงการ

เลือกระดับ 4 และ 5 อย่างละ 1 คน คือ

ระดับ 4 - ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการโครงการเอง มีการวางแผน นโยบายและการประเมินผล

- องค์กรภายนอกให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย

- มีการพัฒนาความรู้สึกรับรู้เป็นเจ้าของโครงการในชุมชน
- ระดับ 5 - ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการโครงการด้วยตนเองอย่างอิสระ
- มีความรับผิดชอบและรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ

2.9 ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน

ทั้งหมด 4 คน เลือกระดับ 4 คือ

- ชุมชนมีการตัดสินใจเองโดยการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ซึ่งองค์กรภายนอกนั้นได้ให้ความรู้และสนับสนุนด้านอื่นๆ

3. กลุ่มประชาชนทั่วไป

การประชุมกลุ่มประชาชน ได้จัดที่ศาลาเอนกประสงค์ของหมู่บ้าน เพื่อความสะดวกในการเข้าร่วมประชุม มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 8 คน ผู้หญิง 4 คน ผู้ชาย 4 คน ผลการให้คะแนนระดับการเสริมพลังของชุมชน ตามมุมมองของประชาชนในแต่ละด้าน ทั้ง 9 ด้าน มีดังนี้คือ

3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน

ทุกคนทั้ง 8 คน เลือกระดับที่ 5 คือ

- การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆเข้าร่วมประชุม
- สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน รวมทั้งมีการปฏิบัติงานร่วมกัน
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีความต่อเนื่องทุกขั้นตอน ทุกโครงการ
- สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับชุมชนอื่นๆ

3.2 ความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน

ส่วนใหญ่ 5 คน เลือกระดับ 4

- สมาชิกในชุมชนมีการประเมินปัญหาของชุมชน
- สมาชิกในชุมชนสามารถระบุปัญหา แนวทางแก้ไข และลงมือปฏิบัติงานได้
- การประเมินปัญหาของชุมชนถูกนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาชุมชน

3.3 ผู้นำในชุมชน

ทั้งหมด 8 คน เลือกระดับ 5

- ทุกกลุ่มในชุมชนมีผู้นำและผู้นำกลุ่มมีบทบาท
- ผู้นำกลุ่มมีการริเริ่มโครงการได้เองทั้งหมด โดยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากสมาชิกในกลุ่ม
- ผู้นำทำงานร่วมกับกลุ่มภายนอกเพื่อหาทรัพยากรเพิ่มเติม

3.4 โครงสร้างของกลุ่มในชุมชน

ส่วนใหญ่ 6 คน เลือกระดับ 4 คือ

- ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการและแต่ละกลุ่มมีการทำงานเชื่อมโยงกันในชุมชน

และ 2 คน เลือกระดับ 5 คือ

- ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการ
- ทุกกลุ่มมีทำงานกันอย่างเข้มแข็งและมีความเชื่อมโยงกับกลุ่มภายนอกชุมชน

3.5 การจัดการทรัพยากรในชุมชน

สมาชิกทุกคน เลือกระดับ 5 คือ

- ชุมชนมีการดำเนินงานหาทรัพยากรเพิ่มขึ้นและมีการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม
- สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วม

3.6 ภาวการณ์ช่วยเหลือ

สมาชิกทุกคน เลือกระดับ 5 คือ

- ชุมชนมีเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายนี้ช่วยทำให้มีทรัพยากรเพิ่มขึ้น มี เศรษฐกิจดีขึ้นและมีการแสวงหาสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น
- เครือข่ายนี้มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาชุมชน

3.7 ความสนใจในปัญหาของชุมชน

ส่วนใหญ่ 7 คน เลือกระดับ 4 คือ

- มีการสนทนาระหว่างกลุ่มต่างๆในชุมชน เพื่อระบุปัญหา การวิเคราะห์และแก้ปัญหา รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแก้ปัญหา

มี 1 คนเลือกระดับ 5 คือ

- กลุ่มต่างๆในชุมชนมีความสามารถในการวิเคราะห์ตนเองและพยายามพัฒนากลุ่มของตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ดีขึ้น

3.8 การบริหารจัดการโครงการในชุมชน

ทุกคน เลือกระดับ 4 คือ

- ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการโครงการเอง มีการวางแผน นโยบายและการประเมินผล
- องค์กรภายนอกให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย
- มีการพัฒนาความรู้สู่การเป็นเจ้าของโครงการในชุมชน

3.9 ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน

ส่วนใหญ่ 4 คน เลือกระดับ 4 คือ

- ชุมชนมีการตัดสินใจเองโดยการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ซึ่งองค์กรภายนอกนั้นได้ให้ความรู้และสนับสนุนด้านอื่นๆ

จำนวน 3 คน เลือกระดับ 3 คือ

องค์กรภายนอกและชุมชนมีการตัดสินใจร่วมกัน โดยมีบทบาทเท่าเทียมกัน

จำนวน 1 คน เลือก ลำดับ 5 คือ

- ชุมชนมีการตัดสินใจเอง องค์กรภายนอกให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามที่ชุมชนร้องขอ และองค์กรภายนอกช่วยพัฒนาศักยภาพของชุมชนในนามของชุมชน (องค์กรภายนอกช่วยโดยที่ไม่ได้แสดงตนอย่างชัดเจน)

4. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจำนวน 8 คน ที่เข้าร่วมประชุมที่องค์การบริหารส่วนตำบลรางบัว ได้ร่วมให้คะแนนระดับการเสริมพลังของชุมชนในแต่ละด้าน ทั้ง 9 ด้าน มีดังนี้คือ

4.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน

ส่วนใหญ่ 5 คน เลือกระดับ 5 คือ

- การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมประชุม
- สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน รวมทั้งมีการปฏิบัติงานร่วมกัน
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีความต่อเนื่องทุกขั้นตอน ทุกโครงการ
- สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับชุมชนอื่นๆ

ส่วนสมาชิก ที่เหลือ เลือก ระดับ 2 3 และ 4 ระดับละ 1 คน คือ

ระดับ 2 - การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมประชุม

แต่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ความช่วยเหลือ

ระดับ 3 - การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมประชุม

- สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็น แต่ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อวางแผนหรือปฏิบัติงานร่วมกัน

- ในการทำกิจกรรมในชุมชนยังมีข้อจำกัด เช่น ไม่มีอาสาสมัคร หรือไม่มีการช่วยเหลือเรื่องเงิน

ระดับ 4 - การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมประชุม

- สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนรวมทั้งมีการปฏิบัติงานร่วมกัน

- มีกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก

4.2 ความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน

สมาชิกทุกคน เลือกระดับ 4 คือ

- สมาชิกในชุมชนมีการประเมินปัญหาของชุมชน

- สมาชิกในชุมชนสามารถระบุปัญหา, แนวทางแก้ไข และลงมือปฏิบัติงานได้
- การประเมินปัญหาของชุมชนถูกนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาชุมชน

4.3 ผู้นำในชุมชน

ส่วนใหญ่ 6 คน เลือกระดับ 5 คือ

- ทุกกลุ่มในชุมชนมีผู้นำ และผู้นำกลุ่มมีบทบาท
- ผู้นำกลุ่มมีการริเริ่มโครงการได้เองทั้งหมด โดยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากสมาชิกในกลุ่ม
- ผู้นำทำงานร่วมกับกลุ่มภายนอกเพื่อหาทรัพยากรเพิ่มเติม

มีสมาชิก 2 คน เลือกระดับ 4 คือ

- ทุกกลุ่มในชุมชนมีผู้นำ และผู้นำกลุ่มมีบทบาท
- ผู้นำกลุ่มมีการริเริ่มทำโครงการโดยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในกลุ่ม
- ผู้นำควรได้รับการพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้น

4.4 โครงสร้างของกลุ่มในชุมชน

ทั้งหมด 8 คน เลือกระดับ 4

- ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการ
- ทุกกลุ่มมีการทำงานกันอย่างเข้มแข็งและมีความเชื่อมโยงกับกลุ่มภายในชุมชน

4.5 การจัดการทรัพยากรในชุมชน

สมาชิกทุกคน เลือกระดับ 5

- ชุมชนมีการดำเนินงานหาทรัพยากรเพิ่มขึ้นและมีการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม
- สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วม

4.6 ภาวศึเครือข่าย

สมาชิกทุกคน เลือกระดับ 5 คือ

- ชุมชนมีเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายนี้ช่วยทำให้มีทรัพยากรเพิ่มขึ้น มีเศรษฐกิจดีขึ้นและมี
การแสวงหาสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น
- เครือข่ายนี้มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาชุมชน

4.7 ความใส่ใจในปัญหาของชุมชน

สมาชิกทุกคน เลือกระดับ 5 คือ

- กลุ่มต่างๆในชุมชนมีความสามารถในการวิเคราะห์ตนเองและพยายามพัฒนากลุ่มของตน
อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ดีขึ้น

4.8 การบริหารจัดการโครงการในชุมชน

สมาชิกทุกคน เลือกระดับ 4 คือ

- ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการโครงการเอง มีการวางแผน นโยบายและการประเมินผล
- องค์กรภายนอกให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย
- มีการพัฒนาความรู้สึกการเป็นเจ้าของโครงการในชุมชน

4.9 ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน

ส่วนใหญ่ 6 คน เลือกระดับ 5 คือ

- ชุมชนมีการตัดสินใจเอง องค์กรภายนอกให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามที่ชุมชนร้องขอ และองค์กรภายนอกช่วยพัฒนาศักยภาพของชุมชนในนามของชุมชน (องค์กรภายนอกช่วยโดยที่ไม่ได้แสดงตนอย่างชัดเจน)

มี 2 คน เลือกระดับ 4 คือ

- ชุมชนมีการตัดสินใจเองโดยการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ซึ่งองค์กรภายนอกนั้นได้ให้ความรู้และสนับสนุนด้านอื่นๆ

การวิเคราะห์ภาพรวมของทุกกลุ่มในการจัดระดับพื้นฐานของการเสริมพลังในชุมชน

เมื่อนำการให้คะแนนตามการจัดระดับพื้นฐานของการเสริมพลังในชุมชน (Laverack, 1999) ใน 9 ประเด็นหลัก จาก ทั้ง 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน 12 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่ 4 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดัน 8 คน กลุ่มประชาชน 8 คน มาพิจารณาเพื่อให้เห็นภาพพลังอำนาจของชุมชนตามการให้คะแนนที่เป็นอิสระต่อกัน มาแสดงให้เห็นพร้อมกัน สรุปผลได้ดังนี้คือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนใหญ่เลือก ระดับ 5

- การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆเข้าร่วมประชุม
- สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน รวมทั้งมีการปฏิบัติงานร่วมกัน
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีความต่อเนื่องทุกขั้นตอน ทุกโครงการ
- สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับชุมชนอื่นๆ

โดย ประชาชนทุกคน เลือกระดับ 5

เจ้าหน้าที่เลือกระดับ (3 คนจาก 4 คน) เลือกระดับ 5

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ (5 คนจาก 8 คน) เลือกระดับ 5

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ (11 คน จาก 12 คน) เลือกระดับ 4

2. ความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน ส่วนใหญ่เลือกระดับ 5

- สมาชิกในชุมชนมีการประเมินปัญหาของชุมชน
- สมาชิกในชุมชนสามารถระบุปัญหา แนวทางแก้ไข และลงมือปฏิบัติงานได้เอง อย่างต่อเนื่อง

โดย ประชาชนส่วนใหญ่ (5 คนจาก 8 คน) เลือกระดับ 5

เจ้าหน้าที่ (2 คน จาก 2 คน) เลือกระดับ 4

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทุกคน เลือกระดับ 4

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ (10 คน จาก 12 คน) เลือกระดับ 5

3. ผู้นำในชุมชน ส่วนใหญ่เลือกระดับ 5

- ทุกกลุ่มในชุมชนมีผู้นำ และผู้นำกลุ่มมีบทบาท
- ผู้นำกลุ่มมีการริเริ่มโครงการได้เองทั้งหมด โดยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากสมาชิกในกลุ่ม
- ผู้นำทำงานร่วมกับกลุ่มภายนอกเพื่อหาทรัพยากรเพิ่มเติม

โดย ประชาชนทุกคน เลือกระดับ 5

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ (2 คนจาก 4 คน) เลือกระดับ 4

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ (6 คนจาก 8 คน) เลือกระดับ 5

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ (10 คน จาก 12 คน) เลือกระดับ 5

4. โครงสร้างของกลุ่มในชุมชน ส่วนใหญ่เลือกระดับ 4 คือ

- ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการ
- ทุกกลุ่มมีการทำงานกันอย่างเข้มแข็งและมีความเชื่อมโยงกับกลุ่มภายในชุมชน

โดย ประชาชนส่วนใหญ่ (6 คนจาก 8 คน) เลือกระดับ 4

เจ้าหน้าที่ (2 คน จาก 4 คน) เลือกระดับ 4

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทุกคน เลือกระดับ 4

ผู้นำชุมชน (10 คนจาก 12 คน) ระดับ เลือกระดับ 5

5. การจัดการทรัพยากรในชุมชน ส่วนใหญ่เลือกระดับ 5 คือ

- ชุมชนดำเนินการหาทรัพยากรเพิ่มขึ้นและมีการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม โดยชุมชนมีส่วนร่วม

โดย ประชาชนทุกคน เลือกระดับ 5

เจ้าหน้าที่ทุกคน เลือกระดับ 5

ผู้ป่วยเบาหวาน ทุกคน เลือกระดับ 5

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ทุกคน เลือกระดับ 5

6. ภาคิเครือข่าย ส่วนใหญ่เลือกระดับ 5 คือ

- ชุมชนมีเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายนี้ช่วยทำให้มีทรัพยากรเพิ่มขึ้น มีเศรษฐกิจดีขึ้นและมีการ แสวงหาสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น
- เครือข่ายนี้มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาชุมชน

โดย ประชาชนทุกคน เลือกระดับ 5

เจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่ (3 คนจาก 4 คน) เลือกระดับ 4

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ทุกคน เลือกระดับ 5

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ (9 คนจาก 12 คน) เลือกระดับ 5

7. ความใส่ใจในปัญหาของชุมชน ส่วนใหญ่เลือกระดับ 5 คือ

มีการสนทนาระหว่างกลุ่มต่างๆในชุมชน เพื่อระบุปัญหา การวิเคราะห์และแก้ปัญหา รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแก้ปัญหา

โดย ประชาชนส่วนใหญ่ (7 คนจาก 9 คน) เลือกระดับ 5

เจ้าหน้าที่ 2 คน เลือกระดับ 3 และ ระดับ 4 เท่าๆกัน

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ (9 คนจาก 13 คน) เลือกระดับ 5

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ (7 คนจาก 12 คน) เลือกระดับ 5

8. การบริหารจัดการโครงการในชุมชน ส่วนใหญ่เลือกระดับ 4 คือ

- ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการโครงการเอง มีการวางแผน นโยบายและการประเมินผล โดยองค์กรภายนอกให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย
- มีการพัฒนาความรู้สึกรับเป็นเจ้าของโครงการในชุมชน

โดย ประชาชนส่วนใหญ่ (9 คนจาก 9 คน) เลือกระดับ 4

เจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่ (2 คน) เลือกระดับ 3

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทุกคน เลือกระดับ 4

ผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่ (7 คนจาก 12 คน) เลือกระดับ 4

9. ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน ส่วนใหญ่เลือกระดับ 4 คือ

ชุมชนมีการตัดสินใจเองโดยการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ซึ่งองค์กรภายนอกนั้นได้ให้ความรู้และสนับสนุนด้านอื่นๆ

โดย ประชาชนส่วนใหญ่ (4 คนจาก 8 คน) เลือกระดับ 4

เจ้าหน้าที่ ทุกคน เลือกระดับ 4

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ (6 คนจาก 8 คน) เลือกระดับ 5

ผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่ (7 คนจาก 12 คน) เลือกระดับ 4

3. ใช้กลวิธี-เทคนิคการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอย่างไร

จากการสัมภาษณ์กลุ่ม ทั้ง 4 กลุ่ม คือ ประชาชน ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่ และผู้นำในชุมชน ทำให้ทราบกลวิธี เทคนิคการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังของชุมชน ที่ทำให้หมู่บ้านหนองน้ำใสมีความเข้มแข็ง และเป็นหมู่บ้านที่ได้รับรางวัล หมู่บ้านนี้มีศรีสุข ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีข้อสรุป และตัวอย่างคำกล่าว แสดงความคิดเห็นของตัวแทนแต่ละกลุ่มดังนี้ คือ

1. ความสามัคคี ร่วมมือ ร่วมใจ ของชุมชน

“.....เราเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ไม่แบ่งชั้นวรรณะ คนรวยหรือคนจน....” (ประชาชน, No.C3)

“สิ่งสำคัญคือความร่วมมือ ความสามัคคีเป็นส่วนใหญ่ต้องช่วยกันทุกฝ่ายถึงจะประสบ

ความสำเร็จ” (ผู้นำ, No. L4)

“เพราะผู้ใหญ่มีโครงการเข้ามาก็เรียกชาวบ้านเข้ามาช่วยกันทำและพัฒนาให้ดีขึ้นๆชาวบ้าน

ทั้งหมดเข้ามาช่วยกันทำ ใครจะทำผิด ทำไร่ ทำนา ทำมัน ก็ช่วยกันทำ” (ประชาชน, No.C5)

“.....คงเป็นเพราะความร่วมมือของชาวบ้านในชุมชนของเรามาร่วมมือกันทำมีโครงการอะไรเราก็คอย สนับสนุน” (ประชาชน, No. C4)

2. มีการประชุมปรึกษาวางแผนการพัฒนายอย่างเป็นขั้นตอน

“...เรามีขั้นตอนร่วมกันในการพัฒนา เริ่มต้นจากการประชุม....มีการยอมรับข้อติชม เราก็เอามาปรับปรุง” (ประชาชน, No. C5)

“....ทำอะไรก็รวมกลุ่มกันทั้งหมด ช่วยกันเวลาเราทำอะไรจะรวมตัวกัน เช่นเราจะมี的去ดูงานกันไกลๆ กับคณะกรรมการผู้ช่วย พอกลับมาเราก็มาช่วยกันทำงานและพัฒนา ก็คือว่าไปศึกษาดูงาน พอกลับมาก็เอา ความรู้จากการดูงานมาพัฒนา มีความร่วมมือร่วมใจ” (ผู้ป่วย, No. P2)

3. การกระจายอำนาจ แบ่งบทบาทหน้าที่

“ ถ้าผู้ใหญ่เขามีโครงการเข้ามา ก็จะมีหัวหน้าแต่ละแผนกส่งต่อๆ กันไปแล้วหัวหน้าก็ส่งต่อไปให้ลูกน้องอีกที หนึ่งแล้วก็มีมีการขยายกันต่อไปแล้วแบ่งหน้าที่กันทำ แบ่งเป็นระบบ วางแผนไว้แล้วว่าคนไหนทำอันนี้นะ คนไหนทำอันโน้น แล้วก็ทำต่อไปช่วยๆ กันอีกทีหนึ่ง.....” (ประชาชน, No. C6)

“.....เราจะมีแผนงานเราจะทำตามแผน ให้หมู่มาให้ว่ามาก็จะส่งให้กรรมการดูแลทุกฝ่าย วั้วก็มีกรรมการวั้วดู ข้าวก็มีกรรมการข้าวดู ดูกันเป็นแผนๆกันไปแบ่งๆกันไป มันถึงได้รวมกลุ่มที่เข้มแข็งขึ้นมา...” (ผู้นำ, No. L4)

4. การใช้หลักประชาธิปไตย

มีการถามความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนในหมู่บ้านถึงความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อมีโครงการหรือกิจกรรมจากภายนอก

“.....เวลาจะคุยกันคณะกรรมการจะคุยกันก่อนแล้วและจะมาคุยให้เราฟังแล้วก็ต้องให้ความร่วมมือกันว่าต่อไปจะทำอะไรและมีขั้นตอนอะไรต่อไปมาเสนอมารวมประชุมกันอีกทีว่าจะเอาอย่างไรกัน ขอความคิดเห็นเป็นส่วนมาก เวลาเราเสนอความคิดเห็นเขาฟังใหม่ ฟัง ทำตามใหม่ อันนี้เราจะพูดในแนวตรงๆ เลยว่า บางคนเขาก็จะไม่ฟัง แต่เขาจะฟังในแนวที่มากด้วยประชาธิปไตยแต่เป็นประชาธิปไตยในหมู่บ้านในชุมชน” (ผู้ป่วย, No. P3)

5. การประชาสัมพันธ์อย่างรวดเร็วทั่วถึง

การใช้หอกระจายข่าว เพื่อให้ทุกคนรู้และเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น การเข้าร่วมประชุมในหมู่บ้าน

6. ความเป็นพี่น้องเครือญาติ ทำให้เกิดความไว้วางใจมากขึ้น

“เป็นพี่น้องกันทั้งหมดเลย ทุกอย่างที่ได้ทำมาทั้ง เพื่อนพี่ และเครือญาติร่วมใจกันทำ” (ผู้นำ, No. L2)

“.....ผู้ใหญ่บอกว่าลูกบ้านทุกคนก็เหมือนเป็นพี่น้องกัน ผู้ใหญ่ก็เป็นเหมือนพ่อแม่เขา มีอะไรก็พูดกัน เรา ก็ให้ความช่วยเหลือกันและกันให้ความเสมอภาคกันทั้งหมด.....” (ประชาชน, No. C6)

7.การมีผู้นำที่เป็นแบบอย่างที่ดี

มีความเสียสละ อดทน สร้างความสามัคคีในชุมชน ซื่อสัตย์โปร่งใส กระจายบทบาทหน้าที่ให้กรรมการหมู่บ้านรับผิดชอบ ผู้นำเป็นผู้ออกไปหาทุนสนับสนุนจากภายนอก เพื่อเข้ามาทำกิจกรรมสร้างอาชีพในชุมชน เช่นการเพาะเห็ด

“ ถ้าผู้ใหญ่เขามีโครงการเข้ามา ก็จะมีหัวหน้าแต่ละแผนกส่งต่อๆ กันไปแล้วหัวหน้าก็ส่งต่อไปให้ลูกน้องอีกทีหนึ่งแล้วก็มีกระจายกันต่อไปแล้วแบ่งหน้าที่กันทำ แบ่งเป็นระบบ วางแผนไว้แล้วว่าคนไหนทำอันนั้นนะ คนนี้ทำอันโน้น แล้วก็ทำต่อไปช่วยๆ กันอีกทีหนึ่ง.....” (ประชาชน, No. C1)

“...โครงการที่ผู้ใหญ่รับมาพวกเราก็ต้องทำด้วยและต้องให้ความร่วมมือทุกอย่างโดยมีผู้ใหญ่เป็นตัวตั้ง เมื่อผู้ใหญ่เอามาเราก็ทำ จะไปประชุม อบรมตรงไหนเราก็ไป เอาทุกอย่าง”(ประชาชน, No. C1)

“.....ถ้าอยากได้อย่างหมู่ 14 จะบอกว่าให้ดูตัวอย่างของผู้นำของหมู่ 14 เขาร่วมมือกันอย่างไร.....”(ประชาชน, No. C5)

4. สุขภาวะของประชาชนในชุมชนต้นแบบเป็นอย่างไร

จากข้อมูลสถิติ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรางบัว ที่รับผิดชอบ ม.14 พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในหมู่บ้านหนองน้ำใส ของปี 2557 ที่ผ่านมา มีดังนี้คือ

ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 คน

ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 8 คน

ปวดอุ้งคั้นเรื้อรัง จำนวน 1 คน

รวมผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (1 คน เป็นมากกว่า 1 โรค นับ 1) ทั้งหมด จำนวน 20 คน

และเมื่อเปรียบเทียบกับหมู่บ้านอื่นๆ อีก 8 หมู่บ้าน ที่ รพ.สต.รางบัว ได้รับผิดชอบเช่นกัน พบว่า บ้านหนองน้ำใส ม.14 มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าหมู่บ้านอื่นๆ ซึ่งมีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวนตั้งแต่ 28-92 คน

5. ชุมชนได้นำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานหรือไม่ อย่างไร

จากการสัมภาษณ์กลุ่มต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว โดยการนำแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง มาประยุกต์ใช้ สรุปได้ดังนี้คือ

5.1 หลักความพอประมาณ

ผู้ป่วยและประชาชนในชุมชน ได้มีการนำหลักความพอประมาณมาปรับใช้กับการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมกับโรค และการมีวิถีชีวิตที่มีการออกกำลังกายด้วยการทำงาน และช่วยเหลือแรงงานระหว่างกัน ตัวอย่างคำพูด เช่น

“.....อาหารบางอย่างเราจะกินได้ประมาณแค่นั้น มันอยู่ที่อารมณ์ของเราว่าเราจะรักตัวเราเองไหม.....ว่ามีสติไหมอันนี้กินได้ไหม....” (ผู้ป่วย, No. P7)

“กินให้รู้จักพอ กินทุกอย่างที่เราปลูก และทุกอย่างที่เรากิน จะไม่มีสารพิษในร่างกายของเรา....ถ้าเราปลูกกินเองได้ก็ปลอดภัยในเรื่องสุขภาพ...” (ประชาชน, No. C1)

“.....อย่างปลูกอ้อย ปลูกมันเราก็ไปลงแขกช่วยกันเอาแรงกัน จะทำให้สุขภาพเราดีถ้าคนที่ทำได้มาก แข็งแรงคนที่ทำได้น้อยยังอ่อนแออยู่ก็พอประมาณ ไม่ต้องบอกว่าคนนั้นได้เยอะ คนนี้ได้หน่อยไม่ใช่เราไม่พูดถึงตรงนั้น เราไปออกกำลังกายด้วยกันช่วยกันทำ ปรึกษากันไปทำกันไปเพื่อสุขภาพเราจะได้ดี....” (ประชาชน, No. C5)

5.2 หลักความมีเหตุผล

ประชาชนมีเหตุผล โดยใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้อง กับโรคที่ตนเองเป็น ในการปรับใช้กับเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ และความรู้อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังคำกล่าว ดังต่อไปนี้

“.....การรับประทานอาหารเราก็จะรู้อันนี้มีทั้งคุณและโทษ.....” (ประชาชน, No. C3)

“กินอาหารก็ไม่เค็มจัด ความดันก็กินเค็มไม่ได้ลดความมัน ความเค็ม ไม่กินชูรส กินของธรรมดา ที่น้ำมันก็ลด น้ำหนักก็ไม่ขึ้น กินพวกผัก เก็บยอดมะระต้มมะระน้อยบ้างมาต้ม ยอดฟักทองปลูกอยู่ในไร่ก็เอามาต้มกินและตำน้ำพริก ไม่กินเค็มเลย กินเค็มไม่ได้น้ำหนักก็ไม่ขึ้นและพวกไขมัน กะทิเขาก็จะไม่ให้กินเยอะ กินกะปิเยอะไม่ได้.....”

(ผู้ป่วย, No. P3)

5.3 หลักการมีภูมิคุ้มกัน

หลักการนี้ประชาชนและผู้ป่วย รวมทั้งผู้นำ เช่นพระสงฆ์ ได้มีความเห็นว่าการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย เช่น ด้านการทำงาน การออกกำลังกาย การพักผ่อน และอาหาร รวมทั้งด้านจิตใจ เป็นภูมิคุ้มกันการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ดังการกล่าวจากการสนทนากลุ่ม ดังต่อไปนี้

“การเป็นโรคต่างๆ การนั่งสมาธิก็จะทำให้จิตใจเราดีขึ้น การเป็นโรคอะไรต่างๆ เช่นความดัน จะช่วยผ่อนคลายได้เยอะเพราะจิตใจสงบ ไม่คิดฟุ้งซ่านยิ่งได้ไหว้พระ สวดมนต์ จะมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ได้ดี สุขภาพจะดีขึ้น” (ผู้นำ, No. L5)

“.....ภูมิคุ้มกันที่ดี ก็คือทำงานแต่พอดี พอประมาณ ก็มีการพักผ่อนอย่างพอเพียงก็จะเป็นโรค สุขภาพของเราจะได้ไม่อ้วน.....” (ประชาชน, No. C1)

“.....การปลูกผัก ถ้าบ้านนี้ปลูกอีกบ้านก็ไปช่วยกันเป็นการออกกำลังกาย การเกี่ยวข้าวการลงแขก ทำนา ก็เป็นการออกกำลังกายไปด้วยและเป็นการสร้างความสามัคคีในชุมชนและสุขภาพด้วย...” (ประชาชน, No. C3)

“.....เวลาที่เราจะไปออกกำลังกายเพื่อสุขภาพให้เลือดหมุนเวียนดีขึ้นมีมามาก เราก็แบ่งเวลาเพื่อออกกำลังกาย จะไม่เครียด เพราะจะช่วยให้เลือดหมุนเวียนได้สะดวกขึ้น คือมันช่วยได้ตรงนี้ค่ะ.....” (ผู้ป่วย, No. P2)

“.....ถ้าเรากินผักปลอดสารพิษมันก็คุ้มกันเราได้ จากโรคที่ว่าจะติดมากับผักก็จะมีมาเกิดขึ้นกับเรา ถ้าเราปลูกเพื่อนบ้านก็มาพึ่งพาอาศัยได้ บ้านเรามีทุกอย่างเยอะแยะ....” (ผู้นำ, No. L5)

6. มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้หรือไม่ อย่างไร

ชุมชนหมู่บ้านหนองน้ำใส มีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอดต่อกันมา เป็นวัฒนธรรมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและสุขภาพ รวมทั้งความเชื่อ ในด้านต่างๆ ที่ชุมชนได้ปฏิบัติกันมา ดังต่อไปนี้

6.1 ภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านวัฒนธรรมประเพณี

ชุมชนมีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ ในเรื่องของวัฒนธรรมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ เช่น ความกตัญญู การตอบแทนบุญคุณ โดยการทอดผ้าป่าข้าวเปลือก นำมาทำบุญให้บรรพบุรุษ เช่น ตัวอย่างคำพูดของผู้แทนกลุ่มที่กล่าวว่า

“.....ที่หยุดส่วนใหญ่ก็จะเป็นวันพระเพราะจะพากันไปทำบุญที่วัด วันนี้คือวันหยุดเป็นวันพระพากันไปทำบุญ คนโบราณเขาจะบอกว่าวันพระเขาจะปล่อยผีที่ตายไปแล้ว เขาจะปล่อยมาวันโกน ให้มารับบุญกุศลที่ลูกหลานที่อยู่ข้างหลังทำไปให้วันพระ พอวันพระเราก็ไปทำบุญ กรวดน้ำ เขาก็จะได้รับบุญกุศลส่วนนั้น ถ้าเขาทุกข์อยู่เขาก็จะได้พ้นทุกข์เราก็ต้องหยุดไปทำบุญวันพระอาทิตย์ละวันขึ้น 8 ค่ำแรม 8 ค่ำ 15 ค่ำและวันพระก็ต้องหยุดโรงสี....”

(ประชาชน, No. C2)

“...การไม่ตัดข้าวจากยุ้งข้าวในวันพระ...” (ผู้นำ, No. L3) กล่าวโดยกลุ่มผู้นำ

“.....ทอดพระป่าข้าวเปลือก อาจารย์วัดเขาอธิบายไม่หมด เขาเรียกส่วขวัญข้าว พอถึงเดือน 3 ขึ้น 3 ค่ำ เขาจะมาเรียไรข้าวกับขานนาที่ทำข้าวแล้วจะเอาข้าวเปลือก ไปส่วขวัญข้าวเอาแม่นางโพลไปส่วขวัญข้าวแล้วเอาข้าวนั้นมาปลูกข้าวก็จะได้ข้าวดีไม่เป็นโรค งอกงามขึ้นก็จะได้ข้าวเยอะขึ้น...” (ประชาชน, No. C7)

6.2 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ชุมชนมีการนำความรู้ที่ปฏิบัติในด้านสุขภาพต่อกันมา ในเรื่อง การรักษาโรค คือ การใช้สมุนไพร ธรรมชาติ การนำสมุนไพรในท้องถิ่น มาใช้รักษาโรค เช่น ว่านหางจระเข้ ฟ้าทะลายโจร แก่นไม้ฝาง ฯลฯ

“...ว่านหางจระเข้ ฟ้าทะลายโจร ว่านชักมดลูก และแก่นไม้ฝาง (แก่นสีชมพู) ต้มบำรุงเลือด แก้ความดันใบเตยลดความดันสูงได้ และบำรุงหัวใจ” (ประชาชน, No. C5)

การรักษาโรคด้วยปราชญ์ชาวบ้าน

“...มีเป่าเป็นผี เป่าตาแดง นั้นเสียชีวิตไปแล้ว เป็นต้นตำหรับเลย เป่าตาแดงตอนนี้ นายปุ๋ย น้อยนา เป็นคนเป่าตาแดง ตาลมตอนนี้ ตาเจียน ก็ดับพิษไฟได้คนเป็นประดงเลือดประดงลมก็เป่าได้ ยังมีชีวิตอยู่นะ ที่อื่นก็ยังมีชีวิตอยู่ ลุงเทียน นางวิไล หมั่นบริพัณณ์ เป่าได้อยู่...” (อสม., No. H3)

การทดลองใช้ภูมิปัญญา การใช้เข็มเจาะปลายนิ้ว เพื่อเอาเลือดดำออก เพื่อลดไข้

“เด็กที่เป็นไข้สูง เขาจะมีภูมิปัญญาชาวบ้าน บ่งปลายนิ้ว เพื่อเอาเลือดดำออก อาการไข้ก็ลด ไม่ต้องไปโรงพยาบาล...” (อสม., No. H2)

การใช้สมุนไพรไล่แมลงศัตรูพืช

“.....ทำเป็นน้ำยาชีวภาพสำหรับฉีดผักไม้แมลงทำได้ มีพวกบอระเพ็ด ข่า ตะไคร้ ฟ้าทะลายโจร ผสมกันไว้ฉีด กันหรือไล่แมลง หรือ กันแมลง เพลี้ยให้เรา ได้เวลาเก็บก็จะได้เก็บได้สบาย...” (อสม., No. H5)

7.ปัจจัยของความสำเร็จคืออะไร

7.1.การมีส่วนร่วมของชุมชน

ความสามัคคีปรองดอง ความซื่อสัตย์ อุดหนุน เป็นสิ่งที่ผู้นำและประชาชนในชุมชน กล่าวถึงและแสดงให้เห็นจากการมาร่วมสนทนา และการจัดการโครงการต่างๆ

“...ต้องมีใจรัก ความซื่อสัตย์ซึ่งกันและกัน ถึงจะดำเนินการอะไรก็สำเร็จ....” (ผู้นำ, No. L6)

“เรามีความสามัคคีและก็ร่วมใจกัน เราเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ไม่แบ่งชั้น วรรณะ คนรวย หรือคนจน”

(ประชาชน, No. C3)

7.2. การมีผู้นำที่ดี การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ ความศรัทธาในผู้นำ

“ ถ้าผู้ใหญ่เขามีโครงการเข้ามา ก็จะมีหัวหน้าแต่ละแผนกส่งต่อๆ กันไปแล้วหัวหน้าก็ส่งต่อไปให้ลูกน้องอีกทีหนึ่งแล้วก็มีการขยายกันต่อไปแล้วแบ่งหน้าที่กันทำ แบ่งเป็นระบบ วางแผนไว้แล้วว่าคนนี้จะทำอันนี้นะ คนนี้จะทำอันโน้น แล้วก็ทำต่อไปช่วยๆ กันอีกทีหนึ่ง.....” (ประชาชน, No. C1)

“.....ถ้าอยากได้อย่างหมู่ 14 จะบอกว่าให้ดูตัวอย่างของผู้นำของหมู่ 14 เขาร่วมมือกันอย่างไร.....”

(ประชาชน, No. C5)

3. การทำอาชีพที่ตนถนัด และการไปศึกษาดูงานในด้านที่ถนัดและสนใจ เช่นการเพาะเห็ด

“.....ดูด้วยว่าหมู่บ้านนั้นหรือคนนั้นมีความถนัดอะไร ถ้าผู้นำไปแนะนำให้ เขาปลูกอ้อยเขาทำไม่ได้ก็ไม่ได้นะและถ้าเราทำเห็ดอยู่จนชำนาญแล้วให้เขาทำเขาไม่ชอบทำก็ ไม่ได้เหมือนกันต้องบอกให้เขาทำอาชีพที่ถนัด เขาถนัดทางไหนก็ต้องไปดูงานด้านนั้นถ้าบอกเขา ไปไม่ถนัดก็ไม่ได้ ถ้าชี้แจงก็ไม่ได้” (อสม. No. H3)

4. ความขยันในการทำอาชีพ

“และอาชีพเราที่พวกเราทำก็ประมาณ 5 อาชีพต่อครอบครัว ถ้าขยันก็มากกว่านั้น ถ้าขี้เกียจ ก็ 5 อย่าง เช่น ทำไร่อ้อย ทำนา ปลูกผัก เลี้ยงวัว เลี้ยงหมู เลี้ยงไก่ทำเห็ด ขึ้นตำขี้เกียจ 5 อย่าง ถ้าขยันก็มากกว่านั้น 6 – 7 อย่าง” (ประชาชน, No. C6)

5. ความเป็นเครือข่ายภาคีที่เข้มแข็ง ระหว่าง ชุมชน วัด โรงเรียน

มีการร่วมมือกันระหว่างชุมชน วัด และโรงเรียน ในการทำกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาของชุมชน เช่นประเพณี ทอดผ้าป่าข้าวเปลือก ซึ่งเป็นการนำข้าวเปลือกที่ได้จากการเก็บเกี่ยวในฤดูกาลแรก นำมาทำบุญถวายวัด แล้วนำมาแห่รอบหมู่บ้านมีการตกแต่งรถในพิธีด้วยข้าว และพืชผักที่ปลูกเองในชุมชน อย่างสวยงาม มีนักเรียนของโรงเรียนในชุมชนมาร่วมเดินแห่ด้วย แล้วนำข้าวเปลือกนั้นไปขาย นำมาทำนุบำรุงวัด และโรงเรียน

“.....ทอดพระป่าข้าวเปลือก อาจารย์วัดเขาอธิบายไม่หมด เขาเรียกขี้วัวขี้ควัว พอถึงเดือน 3 ขึ้น 3 ค่ำ เขาจะมาเรียไร้ข้าวกับขาวนาที่ทำข้าวแล้วจะเอาข้าวเปลือก ไปสู่ขวัญข้าวเอาแม่นางโศภนไปสู่ขวัญข้าวแล้วเอาข้าวนั้นมาปลูกข้าวก็จะได้ข้าวดีไม่เป็นโรค งอกงามขึ้นก็จะได้ข้าวเยอะขึ้น...” (ประชาชน, No. C7)

6. มีการพัฒนาต่อยอด จากโครงการต่างๆทำให้ลดค่าใช้จ่าย และใช้ทรัพยากรอย่างมีคุณค่า

“.....มีผักปลอดสารพิษ ทำน้ำหมักชีวภาพใช้เอง หมักปุ๋ยใช้เอง ปลอดสารทั้งหมด ได้รางวัลก็มี การเป่าแก้ว เลี้ยงหมูขุน เลี้ยงหมูหลุม โคขุน ทำเห็ดฟาง เห็ดภูฐาน” (อสม., No. H1)

8. ข้อเสนอแนะในการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะให้แก่ชุมชนอื่นๆ
อย่างไรบ้าง

8.1 มีผู้นำที่เป็นตัวอย่างที่ดี

“...ให้คำแนะนำว่าให้รวมกลุ่มกันทำอะไรก็ได้ ผู้ใหญ่บ้านเขาให้แข็งแรงเหมือนผู้ใหญ่หมู่บ้านนี้ให้ชาวบ้านมาร่วมกัน” (ผู้นำ, No. L4)

“...โครงการที่ผู้ใหญ่รับมาพวกเราก็ต้องทำด้วยและต้องให้ความร่วมมือทุกอย่างโดยมีผู้ใหญ่เป็นตัวตั้งเมื่อผู้ใหญ่เอามาเราก็ทำ จะไปประชุม อบรมตรงไหนเราก็ไป เอาทุกอย่าง” (ประชาชน, No. C1)

8.2 มีความร่วมมือ ความสามัคคี ผู้นำและผู้ตามต้องมีความปรองดองกัน

“.....ก็เพราะช่วยกันพัฒนางานในหมู่บ้านชุมชนจากที่ได้รับการสอนวิชาชีพนาก็มาพัฒนาในหมู่บ้านช่วยกัน” (ผู้ป้วย, No. P7)

“.....ก็เวลาทำอะไรก็รวมกลุ่มกันทั้งหมด ช่วยกันเวลาเราทำอะไรจะรวมตัวกัน เช่นเราจะมีกันไปดูงานกันไกลๆ กับคณะกรรมการผู้ช่วย พอกลับมาเราก็มาช่วยกันทำงานและพัฒนา ก็คือว่าไปศึกษาดูงาน พอกลับมาเราก็เอาความรู้จากการดูงานมาพัฒนา มีความร่วมมือร่วมใจ ” (ผู้ป้วย, No. P4)

8.3 มีขั้นตอนการทำงาน การพัฒนาที่ชัดเจน

“.....เรามีขั้นตอนในการร่วมกันพัฒนาเริ่มต้นจากการประชุม มีการวางแผน เหมือนเริ่มจากหมู่บ้านที่ด้อยพัฒนา จากที่ว่าเป็นหมู่บ้านแห้งแล้งจนและการพัฒนาขึ้นมาเป็นหมู่บ้านมั่งมีศรีสุข เหมือนมีความเขียวขจีขึ้นในหมู่บ้าน จากที่ไม่มีน้ำ เราก็มีการพัฒนาร่างแหล่งน้ำขึ้นเพื่อใช้ในการเกษตรและต่อมาก็มีหน่วยงานภายนอกเข้ามาสนับสนุน เราก็มีการยอมรับและถ้ามีข้อติชม เราก็เอามาปรับปรุง...” (ประชาชน, No. C5)

“.....ก็ต้องเอาความสำเร็จของหมู่บ้านไปบอก ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจกรรมในหมู่บ้านของเขาแล้วทำให้สุขภาพดีขึ้นเนื่องจากกินผักปลอดสารพิษและเข้าใจว่าหมู่บ้านเราดีขึ้นเพราะมีเศรษฐกิจพอเพียงที่ขายได้เอาความสำเร็จพวกนี้ไปบอกกับหมู่บ้านอื่นๆ อาจจะเริ่มจากหมู่บ้านใกล้เคียงภายในตำบลก่อนให้เขาได้รู้สึก ว่า ถ้าเขาได้ทำกิจกรรมแบบนี้แล้วจะทำให้หมู่บ้านเขาดีขึ้น.... (อสม., No. H4)

8.4 การให้ความร่วมมือกับผู้นำ คณะกรรมการมองเห็นความสำคัญของงาน

“.....แต่หมู่บ้านนี้ก็ต้องช่วยกันจริงๆ ช่วยให้เสร็จ มีดก็ต้องทำด็กก็ต้องทำต้องช่วยกันจนเสร็จ คือไม่ต้องห่วงงานทางบ้าน คนอยู่ทางบ้านก็ทำไปเราต้องร่วมกันจริงๆ เราทำกันแบบนี้เราถึงได้เป็นหมู่บ้านดีเด่นและเศรษฐกิจพอเพียง และหมู่บ้านเราถึงได้เป็นหมู่บ้านดีๆ ขึ้นมาเพราะผู้ใหญ่เราแข็งแรงชุมชนเราถึงได้ดีขึ้นมา” (ประชาชน, No. C7)

“.....เคล็ดลับของหมู่บ้านของเราคือ หอกระจายข่าว เพื่อแนะนำให้คนอื่นเขารู้ว่ากิจกรรมที่เราทำคือ กิจกรรมอะไรและตรงกับความคิดของประชาชนในหมู่บ้านไหม ประชาชนในหมู่บ้านเราต้องการ อะไร ถ้าความคิดของเขาว่า ถ้าเขาต้องการอะไร อยากได้อาชีพเสริม หรืออยากได้เงินที่ได้มาง่ายๆ ในหมู่บ้านโดยที่เราจะไม่ต้องไปอยู่ที่อุตสาหกรรมหรือทำงานนอกบ้าน อย่างหมู่บ้านเราอยากทำให้ดี ผู้ใหญ่ก็ไปสรรหาเงิน สนับสนุน อุปกรณ์อะไรต่างๆ มาอยู่ในหมู่บ้านเรา เราก็แนะนำเขาว่าให้สร้างความคิดของหมู่บ้านเขาขึ้นมาก่อนว่าหมู่บ้านของเราต้องการที่จะทำอะไร” (ผู้นำ, No. L6)

“.....คณะกรรมการของเราจะมีแต่ละจุดใช้ใหม่ในหมู่บ้านเรา100 หลังคาเรือน ตรงนี้มีคณะกรรมการ ตรงนั้นก็มีคณะกรรมการเวลาจะคุยกันคณะกรรมการจะคุยกันก่อนแล้วและจะมาคุยให้เราฟังแล้วก็ต้องให้ความร่วมมือกันว่าต่อไปจะทำอะไรและมีขั้นตอนอะไรต่อไป” แล้วมาเสนอมารวมประชุมกันอีกทีว่าจะเอาอย่างไรกันขอความคิดเห็นเป็นส่วนมากเวลาเราเสนอ ความคิดเห็นเขาฟังใหม่ ฟัง ทำตามใหม่ อันนี้เราจะพูดในแนวตรงๆเลยว่า บางคนเขาก็จะไม่ฟังแต่เขาจะฟังในแนวที่มาด้วยประชาธิปไตยแต่เป็นประชาธิปไตยในหมู่บ้านในชุมชน” (ผู้นำ, No. L3)

8.5 มีความเสียสละ

พบว่ากิจกรรมของชุมชนทุกอย่างสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือและความเสียสละของทุกคนในชุมชน

“.....ทุกคนต้องเสียสละเพราะทุกคนที่นี้ต้องทำมาหากินฉะนั้นทุกคนที่นี้ต้องเสียสละหมดเลย แต่ละบ้านแต่ละคน ขนาดทำเห็ดฟางยังต้องหยุดมาเลย จะยุ่งขนาดไหนก็ต้องมา บางคนเขาบอกยุ่งจะทำไม ยุ่งเราก็ต้องมาเสียสละได้เพราะเราอยู่ตรงนี้แล้ว ถ้าไม่เป็นแบบนี้ก็ไม่ได้เพราะทุกคนต้องทำมาหากิน ฉะนั้นต้องรู้จักการเสียสละ” (ผู้นำ, No. L2)

“.....คณะกรรมการก็ต้องช่วยกันดูว่าคนนั้นให้ความร่วมมือกับหมู่บ้านไหม ถ้าไม่ให้เราก็งี้ไว่ก่อนแล้วเราก็ให้คนที่ให้ความร่วมมือกับหมู่บ้านก่อนคือมาเข้าเป็นสมาชิกกลุ่ม” (ผู้นำ, No. L1)

8.6 ความต่อเนื่องในการทำอาชีพอย่างไม่ย่อท้อ

“.....ความรู้ให้ในชุมชนคือเราจะไม่ทำอะไรให้เกินตัวเช่นเราจะทำผักเราจะทำน้อยๆก่อนแล้วจะพัฒนา ของปีวันเพ็ญน้ำหมักชีวภาพของเราเราจะใช้ไปเรื่อยๆ พอได้ดีขึ้นเราถึงจะขยายไปพอได้ใช้ได้อะไร เราก้ให้ชุมชนใช้บ้างถ้ามี

มากเกินไปเหลือเราถึงจะขาย ในชุมชนเราทำกันอย่างนี้จริงๆ มีที่หนึ่งหนึ่งเราก็พัฒนาว่าตรงนี้จะทำอะไรบ้างจะเปลี่ยนน้ำใหม่ที่ดินตรงนี้จะทำอะไรได้บ้างเราปรึกษาก่อน ในทำนองนี้ เราก็จะไม่ใช้ทุนไปอย่างว่างเปล่า” (ผู้นำ, No. L4)

8.7 ใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง

“..... มีเหตุผล มีความพอประมาณ และมีภูมิคุ้มกัน **ภูมิคุ้มกัน** ก็คือเราก็ช่วยกันปกป้องคุ้มครองหมู่บ้านของเราไม่ให้มียาเสพติด ลักเล็กขโมยน้อย **พอประมาณ** ก็ทำตามความสามารถไม่ทำเกินตัว **มีเหตุผล** เราจะทำอะไรต้องมีเหตุผลและคิดก่อนทำ...” (ประชาชน, No. C1)

“.....เราเป็นโครงการใหญ่คือโครงการธนาคารโคกระบือ โดยมีพี่ทรัพย์ สุวิชัย เป็นประธานธนาคารโครงการโค-กระบือ คือการส่งต่อ จากของเราส่งต่อให้เพื่อนต่อๆกันไปส่งแม่ให้เพื่อนไปพอได้ลูกก็คืนลูกให้เพื่อนอีก คนหนึ่งกลับมาแล้วก็ส่งต่อกันไปให้อีกคนก็คือขยายพันธุ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในชุมชนของเรา แม่อยู่กับคนที่ 2 แล้วก็ส่งต่อคนที่ 3 คนที่ 3 ก็ส่งต่อเรื่อยไปพอได้ 3 ปีก็ได้ลูกพอได้ลูกเราก็เก็บแม่ไว้ลูก ตัวแรกส่งให้เพื่อนต่อๆ ไปพอได้ลูกอีกก็ส่งต่อไปให้เพื่อนอีก แล้วแม่ก็เป็นของเราตลอดไปเลย ตอนนี้อาจ 10 กว่ารายเป็น 20 ราย เป็น 30 กว่ารายแล้ว ตอนนี้ เกือบจะครบทั้งหมู่บ้านแล้ว ก็จะมีการจองคิวไว้ ลูกออกมาก็ส่งต่อให้เพื่อนไปเรื่อยๆ วัวไม่มีการขายวัวจะอยู่ในหมู่บ้านของเราเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ 30 กว่าตัวแล้วตอนนี้ 30 กว่าบ้าน เดียวก็จะขยายเป็น 60 ตัวเลย” (ประชาชน, No. C6)

การสังเคราะห์ชุดความรู้ชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

สุขภาพของประชาชนในชุมชนต้นแบบ

จากการศึกษาข้อมูลได้พบว่า ประชาชนในชุมชนตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วย ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี รู้จักประมาณในการบริโภคที่เหมาะสมกับตนเองและโรคที่เป็น มีภูมิคุ้มกันโรคต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง จากการรับประทานอาหารจากพืชผักสมุนไพรที่ปลูกเองโดยไม่ใช้สารเคมีสะอาดปราศจากสารพิษ การออกกำลังกายจากการทำงานในอาชีพเกษตรกร และการมีความเครียดน้อยจากการไม่มีหนี้สิน สามารถไปทำบุญที่วัด สวดมนต์นั่งสมาธิ มีเพื่อนบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรช่วยเหลือเกื้อกูลกันและจากสถิติรายงานข้อมูลผู้ป่วยประจำปี 2556-2558 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางบัว ซึ่งรับผิดชอบหมู่บ้านทั้งหมดจำนวน 14 หมู่บ้าน พบว่า

หมู่บ้านหนองน้ำใส มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังน้อยกว่าหมู่บ้านอื่นๆ จึงควรเป็นชุมชน ที่เป็นต้นแบบในด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ปัจจัยและกระบวนการพัฒนาสุขภาวะชุมชนภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ปัจจัยและกระบวนการที่ทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาวะชุมชนภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง จำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างประกอบกัน ประกอบด้วย บทบาทเฉพาะของผู้นำ ประชาชน นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ความเข้มแข็งหรือพลังอำนาจของชุมชน กลวิธี-เทคนิคในการสร้างการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังชุมชน การนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ และปัจจัยอื่นๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.บทบาทของผู้นำชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าผู้นำชุมชนซึ่งประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน กำนัน อบต. ประธานชมรมต่างๆ และพระภิกษุสงฆ์ ในหมู่บ้านตัวอย่าง มีบทบาทดังต่อไปนี้

1. เป็นตัวอย่างที่ดี กล่าวคือปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในการดำรงชีวิต ไม่กินเหล้า ไม่มีอบายมุข มีความขยันอดทน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เสียสละ โปร่งใส เห็นแก่ส่วนรวม
2. มีเทคนิคการบริหารจัดการที่ดี เช่นกระจายบทบาทให้กรรมการหมู่บ้านรับผิดชอบ ใช้การปรึกษาหารือขอความเห็นจากประชาชน นำสิ่งที่เป็นประโยชน์จากหน่วยงานภายนอกเข้ามา ช่วยเหลือกิจกรรมในชุมชน
3. มีการสื่อสารที่ดี มีการประชาสัมพันธ์หลายช่องทาง เพื่อสร้างการรับรู้และร่วมมือในชุมชน

บทบาทของประชาชน

ประชาชนในชุมชนตัวอย่าง มีความรักสามัคคีกัน เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านเช่นการประชุมหมู่บ้าน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยกระจายข่าวสาร แบ่งปันผัก ผลไม้ซึ่งกันและกัน

บทบาทของเจ้าหน้าที่รพ.สต.

เจ้าหน้าที่ในรพ.สต. ให้ข้อมูลว่ามีบทบาทในการสนับสนุนให้ความรู้ ข่าวสาร ให้การดูแลสุขภาพ ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือด้านต่างๆ ตามที่ร้องขอ มีบทบาทในการประสานงาน ช่วยสร้างแกนนำด้านสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านตามโอกาส เช่น งานประเพณี ประชุมหมู่บ้าน ซึ่งเมื่อเข้าร่วมประชุมก็จะสอบถาม หากมี

ปัญหาก็จะช่วยเขียนโครงการและขอบประมาณจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งสนับสนุนในการเป็นวิทยากรให้กับชุมชน เช่นเรื่องการปฐมพยาบาล

บทบาทของ องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

อบต. มีบทบาทหลักในการสนับสนุนงบประมาณ นอกจากนั้นยังเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เป็นที่ปรึกษา และให้การสนับสนุนด้านอื่นๆ ตามโอกาส

บทบาทของพัฒนากร

พัฒนากรมีบทบาทโดยตรงต่อการสนับสนุนด้านการพัฒนาอาชีพ ให้ความรู้ สนับสนุนโครงการต่างๆ พาไปศึกษาดูงาน ช่วยเหลือ จูงใจ กระตุ้นให้เกิดกิจกรรมและโครงการต่างๆ เป็นพี่เลี้ยงในการเข้าประกวดหมู่บ้านต้นแบบ เช่น ช่วยทำรูปเล่ม ทำ power point เพื่อนำเสนอเพื่อให้ ประชาชนไปนำเสนอในการประกวดต่างๆ ช่วยดูแลความเป็นอยู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุและคนพิการ

บทบาทของพระสงฆ์

พระภิกษุสงฆ์เป็นผู้นำด้านจิตใจของประชาชนในชุมชน วัดเป็นศูนย์รวมของชาวบ้าน เช่นในการทำบุญทอดผ้าป่าข้าวเปลือกประจำปีของชุมชน และยังช่วยรณรงค์เรื่องการปลูกผักปลอดสารพิษและการดูแลสุขภาพ

ความเข้มแข็งหรือพลังอำนาจของชุมชน (Community Empowerment)

จากการใช้เครื่องมือวัดพลังอำนาจในชุมชน (Laverack, 2005) พบว่าชุมชนตัวอย่างมีความเข้มแข็งในระดับสูงสุดในระดับ 5 เกือบทุกด้าน แต่พบว่าในหมวดของโครงสร้างของกลุ่มในชุมชน การบริหารจัดการโครงการในชุมชนและความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน มีระดับคะแนนอยู่ในระดับ 4 ที่น้อยกว่าในหมวดอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับพลังอำนาจในชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชนในหมู่บ้านหนองน้ำใส จังหวัดราชบุรี

หมวด (Domain)	ระดับพลังอำนาจในชุมชน (Community Empowerment) คะแนนเต็ม 5 คะแนน
1. การมีส่วนร่วมของชุมชน	5
2. ความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน	5
3 ผู้นำในชุมชน	5
4. โครงสร้างของกลุ่มในชุมชน	4
5. การจัดการทรัพยากรในชุมชน	5
6. ภาวศึเครือข่าย	5
7. ความใส่ใจในปัญหาของชุมชน	5
8. การบริหารจัดการโครงการในชุมชน	4
9.ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน	4

การใช้กลวิธีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลัง

ผลการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้นำหมู่บ้านใช้กลวิธีการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังให้กับชุมชน ที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน ขับเคลื่อนชุมชนในการดำเนินการโครงการต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน ตามหลักของเศรษฐกิจพอเพียงดังต่อไปนี้

1. ผู้นำเป็นตัวอย่างในการลงมือทำกิจกรรมต่างๆ มีความเสียสละ จิตอาสา แสดงความเข้มแข็ง อดทน เป็นแบบอย่างที่ดี สร้างการยอมรับ
2. สร้างบรรยากาศให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นและมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มกิจกรรม ใช้วิธีประชุมระดมสมอง รับฟังความคิดเห็นของประชาชน ขอคำปรึกษา
3. มีการวางแผนทำงานอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ทำให้ได้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น มีการใช้หลักประชาธิปไตย กระจายอำนาจ แบ่งหน้าที่
4. มีการประชาสัมพันธ์หลายช่องทาง เพื่อให้รวดเร็วและทั่วถึง เช่นเสียงตามสาย โทรศัพท์ และบอกด้วยตนเอง ทำให้ประชาชนรับรู้ข่าวสารได้รวดเร็ว ครอบคลุมและตรงประเด็น จึงเกิดการมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือ

การนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจาก มีการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ดังต่อไปนี้

หลักความพอประมาณ ผู้ป่วยอธิบายการปฏิบัติตนแบบพอประมาณ ดังนี้

1. กินแบบพอประมาณ คือ กินพออิ่มเท่าที่ร่างกายต้องการ รู้ตนเองว่าควรกินกี่ช้อน กี่ทัพพี รู้จักพอ กินหวานกินเค็มพอประมาณ กินผักผลไม้ที่ปลูกเองเพื่อควบคุมน้ำตาล ไม่เติมน้ำตาลหรือน้ำปลาเพิ่มจากที่ปรุงไว้ กินผลไม้โดยไม่จิ้มน้ำตาล-เกลือ ไม่ดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำที่มีรสหวานจัด
2. ออกกำลังกายพอประมาณ คือ มีการทำงานที่ใช้การเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ เช่น ทำสวน ปลูกผัก ผลไม้ เวลาว่างก็จะออกกำลังกาย เช่น แกว่งแขน โดยใช้หลักการไม่น้อยหรือมากเกินไป

หลักความมีเหตุผล ผู้ป่วยอธิบายการปฏิบัติตนแบบมีเหตุผล ดังนี้

1. กินแบบมีเหตุผล คือ กินแบบมีสติ รู้คุณรู้โทษ คำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมา โดยปลูกผัก ผลไม้ เลี้ยงสัตว์กินเอง และใช้สมุนไพรแทนยาฆ่าแมลง เพื่อหลีกเลี่ยงสารเคมีหรือยาฆ่าแมลง ปรุงอาหารเองเพื่อควบคุมปริมาณน้ำตาล น้ำปลาหรือสารเคมี กินผักและปลาหลายๆ กินอาหารสมุนไพร เลือกกินอาหารที่เหมาะสมกับโรค
2. ดูแลตนเองตามแผนการรักษาและคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ เช่น การกินยาและไปรับการรักษาหรือเจาะเลือดตามนัด เข้าร่วมกิจกรรมของ รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอ
3. ใช้ยาและสมุนไพรอย่างมีเหตุผล และใช้สมุนไพรเป็นอาหารและยา
4. รักษาอารมณ์ คลายความโกรธหรือเครียดด้วยการนั่งสมาธิและปฏิบัติตามศาสนา

หลักการมีภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยรุนแรงหรือมีโรคแทรกซ้อน และเพื่อให้มีสุขภาพดี ดังนี้

1. ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ เพื่อให้เลือดหมุนเวียนดี ด้วยการทำงานเช่น ปลูกผัก ปรวนดิน รดน้ำต้นไม้ ทำนา โดยกล่าวว่าสามารถออกกำลังกายได้ทุกที่ ทุกเวลา เช่น แกว่งแขน หรือเดินรอบทุ่งนา
2. กินอาหารปลอดภัยไม่ใช่เป็นโทษ เช่น ปลูกผักปลอดสารพิษกินเอง ไม่กินของทอด อาหารทะเล
3. รู้จักพอเพียง ไม่ดื่มน้ำ ทำให้มีอารมณ์ดี สุขภาพจิตดี
4. พักผ่อนอย่างเพียงพอ

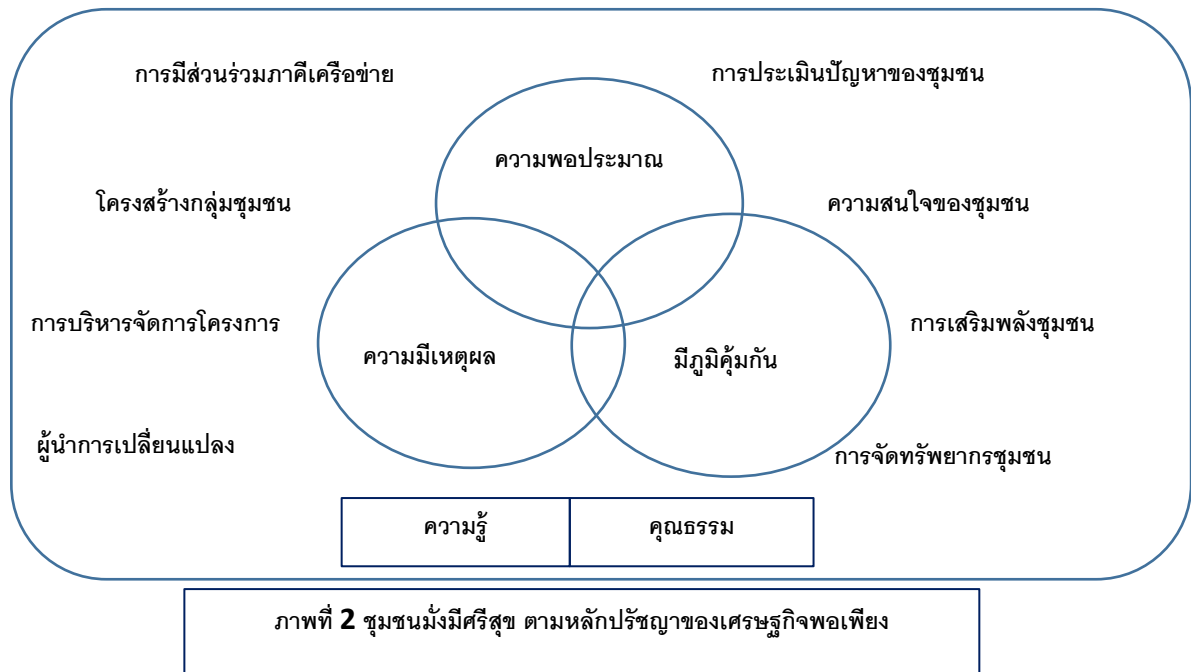
5. ทำงานแต่พอดี ไม่หักโหมจนเกินไป
6. ทำบุญ นั่งสมาธิ และปลูกผัก ปลูกต้นไม้ เพื่อคลายเครียด ลดความดันโลหิต จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน
7. สูดอากาศบริสุทธิ์ ด้วยการออกกำลังกาย และทำสวน ปลูกผัก
8. กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ รักษาสุขอนามัย
9. มีความสุขกับสิ่งที่ทำและมีอยู่ ภูมิใจที่ได้เห็นผลงานที่ทำเองเช่น การปลูกผัก ทำสวน มีความสุขกับการแบ่งปันผักผลไม้ และหากนำไปขายได้เงินก็ยิ่งมีความสุข มีความสุขกับการทำงานอยู่บ้านไม่ต้องไปทำงานไกล มีอาหาร ผัก ผลไม้ มีความสุขกับครอบครัว

การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในชุมชน

พบว่ามีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในชีวิตประจำวันในด้านของสุขภาพ ดังนี้

1. การรักษาด้วยการใช้สมุนไพร ในการกิน ทา ห้ามเลือด แต่ใช้เป็นบางคน บางกลุ่ม และกับบางอาการของโรค ส่วนใหญ่ใช้ร่วมกับการกินยาตามแผนปัจจุบัน
2. การรักษาด้วยการเป่าคาถา พ่นยา เช่นรักษาโรคตาแดง ซึ่งปัจจุบันมีผู้ให้การรักษาและรับการรักษา น้อยลงไปมาก
3. การรักษาด้วยการนวดแผนโบราณ ซึ่งใช้ในการแก้อาการปวดเมื่อย เคล็ด ขัดยอก
4. การไล่หรือกำจัดแมลงศัตรูพืชด้วยสมุนไพร เช่น สะเดา รวมทั้งใช้วิธีการที่เป็นภูมิปัญญา ในการรักษาสมดุลของธรรมชาติ

ดังนั้นจึงสามารถสรุปภาพจากการสังเคราะห์ชุดความรู้จากชุมชนต้นแบบหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงระดับ มั่งมีศรีสุข ตามแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและการเสริมพลังอำนาจของชุมชน โดยผ่านภาวะผู้นำชุมชนที่มี ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และสมาชิกในชุมชนที่มีคุณธรรม ดังภาพที่ 2



ข้อเสนอแนะจากชุมชนในความสำเร็จของการนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้

ผลการสังเคราะห์สรุปได้ว่า หากหมู่บ้านอื่นๆจะนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้ซึ่งอาจจะมีบริบทของชุมชนที่แตกต่างกัน นอกจากชุมชนต้องมีคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้นำและสมาชิกในชุมชนที่มีคุณธรรม ความรู้เป็นพื้นฐานแล้ว ควรต้องมีการปฏิบัติของผู้นำและสมาชิก เพื่อให้เกิดความสำเร็จ เช่นเดียวกับหมู่บ้านหนองน้ำใส ซึ่งได้รับรางวัล ระดับ หมู่บ้าน “มั่งมี ศรีสุข” อย่างน้อย 9 องค์ประกอบที่สำคัญ ดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้นำต้องเป็นตัวอย่างที่ดี มีคุณธรรม
2. มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ
3. มีความร่วมมือ ความสามัคคี ผู้นำและผู้ตามต้องมีความปรองดองกัน
4. มีการสื่อสารหลายช่องทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทุกคน
5. มีขั้นตอนการทำงาน การพัฒนาที่ชัดเจน
6. มีการให้ความร่วมมือกับผู้นำ
7. มีความเสียสละเพื่อส่วนรวมของทุกคนในชุมชน
8. มีความเพียร ความต่อเนื่องในการทำอาชีพอย่างไม่ย่อท้อ แต่ไม่ทำเกินตัว มีภูมิคุ้มกัน
9. ใช้หลักของเศรษฐกิจพอเพียง ในชีวิตประจำวัน

บทที่ 5 การอภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยกระบวนการพัฒนาสุขภาวะชุมชน และถอดบทเรียนชุดความรู้ในการพัฒนาสุขภาวะของชุมชนภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งคัดเลือกจากชุมชนหนึ่งในจังหวัดราชบุรีที่เป็นชุมชนที่ได้รับรางวัลหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ในระดับ “มั่งมีศรีสุข” จากกระทรวงมหาดไทย ในปี 2556 โดยใช้วิธีการศึกษาแบบ Triangulation คือการเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การใช้เครื่องมือ และการใช้ข้อมูลจากเอกสาร ในการหาความรู้จากแหล่งข้อมูลหลายๆแหล่ง การอภิปรายผลการวิจัยตามกรอบแนวคิดการวิจัย นำเสนอดังต่อไปนี้

ปัจจัยของชุมชนเศรษฐกิจพอเพียงระดับมั่งมี ศรีสุข

จากการลงพื้นที่ชุมชนหมู่บ้านหนองน้ำใส ตำบลรางบัว อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี โดยการสนทนากลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มต่างๆในชุมชน และการสังเกตความเป็นอยู่ของชุมชน ที่มีความเป็นอยู่ตามแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง เห็นได้ว่าประชาชนในชุมชนได้มีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่และวิถีชีวิตในการทำมาหากินอย่างต่อเนื่อง โดยมีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน รวมทั้งบริบทที่มีลักษณะเฉพาะตัวของชุมชน ซึ่งทำให้เห็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดชุมชนเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ในระดับ “มั่งมี ศรีสุข” และมีผลทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาวะของชุมชน ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญดังนี้คือ

1. บทบาทของผู้นำ ประชาชน พระสงฆ์ อสม. และเจ้าหน้าที่

บทบาทผู้นำ ที่พบเด่นชัดของชุมชนหนองน้ำใสนี้ คือการมีภาวะผู้นำแบบผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) คือสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติ สร้างพลังและแรงจูงใจประชาชนในชุมชนให้มีความเชื่อมั่นและศรัทธาในการประกอบอาชีพที่สุจริต นำสิ่งที่เป็นประโยชน์จากภายนอกมาพัฒนาชุมชน เช่นการนำแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อลดความยากจนและปลดหนี้ เป็นต้นแบบที่ดี เสียสละเพื่อส่วนรวม สร้างความสามัคคีในชุมชน ซื่อสัตย์ โปร่งใส กระจายบทบาทหน้าที่ มีการดูแลชุมชนแบบพี่น้องเครือญาติ และอย่างเสมอภาคกัน ทุกคนในชุมชนรู้จักบทบาทของตนเองในการทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น กรรมการหมู่บ้านให้ความร่วมมือกับผู้นำ ช่วยกันทำงานเป็นทีม เสียสละเพื่อส่วนรวม ดำเนินการทำตามแผนที่ชุมชนร่วมกันคิดไว้ รับผิดชอบตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากผู้นำ มีการสื่อสารข้อมูลจากการประชุมในกรรมการ และหอกระจายข่าว เพื่อให้รับทราบทั่วกันทั้งชุมชน ทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันไม่เสียเปรียบในทางารรับรู้สิ่งที่เป็นประโยชน์

บทบาทประชาชน มีความสำคัญในการร่วมมือ ร่วมใจในการพัฒนาตนเองและชุมชนให้มีความเจริญก้าวหน้า ที่สำคัญคือมีความศรัทธา เชื่อมั่น และร่วมมือกับผู้นำในการพัฒนาอาชีพ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีความสามัคคี เสียสละทั้งเวลาและแรงงาน ช่วยเหลือแบ่งปันกัน มีความซื่อสัตย์ อดทน ขยันในการทำอาชีพ

บทบาทเจ้าหน้าที่ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำพ.สต. เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข แก่ อสม. แต่ละหมู่บ้าน ในการดูแลสุขภาพตนเองและการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนในหมู่บ้าน อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบหลายด้านในเรื่องของสุขภาพประชาชนทั้ง 14 หมู่บ้าน มีประชากรกว่า 4000 คน อีกทั้งงานประจำที่ต้องรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่สามารถทำงานเชิงรุกในพื้นที่เพื่อบูรณาการงานสุขภาวะของชุมชนร่วมกับหน่วยงานอื่นๆโดยใช้แนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียงได้อย่างชัดเจนนัก แม้แผนพัฒนา

สุขภาพแห่งชาติจะเน้นหลักของเศรษฐกิจพอเพียงก็ตาม แต่ยังไม่เป็นรูปธรรมในการปฏิบัติงานในหน่วยงานในพื้นที่สุดท้ายที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดของกระทรวงสาธารณสุข

องค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทเป็นหน่วยสนับสนุนและเป็นหน่วยงานที่เป็นสายตรงในการทำงานร่วมกับผู้ใหญ่บ้านในการรับนโยบายต่างๆจากส่วนกลาง และมีเจ้าหน้าที่เฉพาะในการให้คำปรึกษาในด้านการประเมินหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงคือ พัฒนากรตำบล ซึ่งช่วยในด้านวิชาการในการนำเสนอผลงานของหมู่บ้าน เพราะชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนได้เองเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ชุมชนได้รับการประเมินในระดับหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง “มั่งมี ศรีสุข”

ซึ่งหากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้มาร่วมกันบูรณาการวางแผนการทำงานเพื่อเชื่อมโยงระหว่างการประกอบอาชีพและสุขภาพของประชาชน โดยมีส่วนร่วมของประชาชน โดยใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในแต่ละด้านจะทำให้เกิดผลที่ดีขึ้นต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านอย่างยั่งยืน

บทบาทพระสงฆ์ เป็นผู้นำทางด้านจิตใจ เป็นหลักยึดเหนี่ยวด้านจิตใจของประชาชนในชุมชน สอนการปฏิบัติธรรม การสวดมนต์ ภาวนา สร้างศรัทธาในการทำคุณงามความดี มีความซื่อสัตย์ ความสามัคคีในชุมชน โดยการเป็นหลักในการดำเนินการสืบทอดประเพณี เช่น การทอดผ้าป่าข้าวเปลือกประจำปี ของชุมชน ซึ่งนำมาใช้ในการสาธารณประโยชน์ของวัด โรงเรียน และชุมชน ซึ่งประเพณีนั้นนอกจากจะเป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณีที่ดีงามของท้องถิ่นแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือ ร่วมใจสามัคคี ระหว่างชุมชนและวัด ที่มีต่อกันมาอย่างยาวนาน ทำให้เกิดความสุขใจในการทำบุญถวายข้าวเปลือกที่ได้จากผลผลิตในฤดูกาลแรกแก่วัด แสดงถึงความเสียสละ และมอบสิ่งที่ดีให้กับชุมชนในส่วนรวมโดยไม่มีการบังคับจำนวนที่ข้าวที่นำมาทำบุญ และยังเป็นการผ่อนคลายความเครียดจากการทำนา มาพบปะกันที่วัด ด้วยความสุข เกิดความสามัคคีในชุมชน

บทบาท อสม. เป็นต้นแบบในเรื่องสุขภาพ ได้รับการยอมรับจากชุมชน นอกจากมีหน้าที่ ในการดูแลสุขภาพคนในหมู่บ้าน ให้ปลูกผักปลอดสารพิษเพื่อรับประทานเองในครอบครัว นอกจากการทำงานตามความเชี่ยวชาญของอสม. ในแต่ละด้านแล้ว อสม.ยังรับหน้าที่จากหน่วยงานอื่นๆ เช่น อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน(อพปร.) ซึ่งต้องเสียสละเวลาของตนเองในการประกอบอาชีพ เพื่อทำประโยชน์ให้แก่เพื่อนบ้านในชุมชน ให้มีสุขภาพที่ดี ดังนั้นอสม. จึงเป็นที่ยอมรับของประชาชน เป็นผู้นำที่ดีทางด้านสุขภาพ เนื่องจากได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างทันต่อเหตุการณ์และต่อเนื่อง ในขณะเดียวกัน อสม.ยังเป็นผู้เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ได้รับบทบาทหน้าที่ จึงทำให้เป็นที่พึ่งของประชาชนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งปัจจุบัน มีการใช้โซเชียลเน็ตเวิร์ค เช่น กลุ่มไลน์ เพื่อในการสื่อสารข้อมูลต่างๆระหว่าง สมาชิกอสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้การประสานงานรวดเร็วและประหยัดมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถใช้ในกลุ่มของอสม. ที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้ใช้โทรศัพท์รุ่นที่สามารถใช้ไลน์ได้ ประกอบกับปัญหาเรื่องสายตา จึงมีผลต่อการสื่อสาร แต่โดยธรรมชาติของพื้นที่ที่สามารถไปมาหาสู่กันได้ชุมชนจึงไม่เป็นอุปสรรคในการติดต่อกัน ซึ่งหอกระจายข่าวจึงยังมีความจำเป็นในชุมชนเพื่อการรวมคนร่วมกันทำกิจกรรมและแจ้งข่าวสารในส่วนรวมของหมู่บ้าน

ดังนั้นการที่ชุมชนบ้านหนองน้ำใส มีความเข้มแข็ง เริ่มจากผู้นำที่เป็นต้นแบบที่ดี มีวิสัยทัศน์ เป็นที่ยอมรับนับถือศรัทธาของชุมชนและสมาชิกในชุมชนรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง พึ่งตนเอง ดำเนินการด้วยระบบของกรรมการ ไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมาจัดการให้ รัฐจึงมีบทบาทในการสนับสนุนด้านวิชาการ แต่อย่างไรก็ตาม ความรู้ใหม่ๆที่เข้ามาเพื่อพัฒนาจำเป็นต้องเหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้นๆ ซึ่งชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและเลือกมาประยุกต์ใช้

เหมาะกับตนเอง ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละครัวเรือนและแต่ละชุมชนที่ต่างกัน โดยทุกคนในชุมชนมีความเข้าใจที่ตรงกันว่าต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายถึงจะประสบความสำเร็จ

ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง ตามภาพที่ 2 ที่แสดงให้เห็นว่า ชุมชนหนองน้ำใส ใช้หลักการของความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกัน ความพอประมาณ บนพื้นฐานของความรู้และคุณธรรม ตามแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและการเสริมพลังอำนาจของชุมชน โดยผ่านภาวะผู้นำชุมชนที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และสมาชิกในชุมชนที่มีคุณธรรม การจัดการทรัพยากรชุมชน การประเมินปัญหาของชุมชน ความสนใจของชุมชนในการทำโครงการต่างๆ การบริหารจัดการโครงการที่มาจากแหล่งทุนภายนอกชุมชนและในชุมชน การมีโครงสร้างกลุ่มชุมชนต่างๆที่เข้มแข็ง โดยการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกชุมชน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยกระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง(กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เพื่อค้นหากระบวนการและรูปแบบการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ และการสร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และเน้นในด้านให้การสนับสนุนการจัดทำแผนแม่บทชุมชนที่สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงผ่านเวทีประชาคม จึงทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความสามัคคี มีความพอประมาณ มีเหตุผล ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในชุมชนนั้นๆ ก่อให้เกิดความมีคุณธรรมและความรักสามัคคี เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้

และสอดคล้องกับ ทวีศักดิ์ ชัยปัทมาและคณะ (2552) ที่ศึกษาการนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสู่การปฏิบัติของหมู่บ้านภู อำเภอนองสูง จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า หมู่บ้านภูมีการดำรงชีวิตโดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง มีการลดรายจ่ายด้วยการปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ไว้กินเอง มีการเพิ่มรายได้ด้วยการมีอาชีพเสริมและรวมกลุ่มผลิตสินค้า มีรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ปัจจัยความสำเร็จมาจากความสามารถของผู้นำด้านการวางแผน การประสานงานและสนับสนุนให้มีการพัฒนาเช่นการศึกษาดูงาน จนกระทั่งได้รับการยอมรับจากชุมชนอื่นๆ

และเช่นเดียวกับ พัทธภรณ์ แสงทามาศ (2556) ที่ได้ถอดบทเรียนการดำเนินชีวิตตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของหมู่บ้านต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียงแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าผู้นำเป็นปัจจัยความสำเร็จทั้งในระดับหมู่บ้านและวิสาหกิจชุมชน กล่าวคือ ผู้นำมีความเสียสละ ซื่อสัตย์ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มุ่งมั่นเอาใจใส่ คิดเชิงบวก ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม มีการแบ่งงานกระจายอำนาจ และใช้บริหารจัดการแบบผสมผสานอย่างมีคุณธรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำบทเรียนดังกล่าวไปทดลองขยายผลในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านดุง ในจังหวัดเดียวกัน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าได้รับความสำเร็จระดับหนึ่ง ซึ่งปัจจัยความสำเร็จคือผู้นำชุมชนเช่นกัน นอกจากนั้นปัจจัยความสำเร็จยังประกอบด้วยความเป็นเครือญาติที่ทำให้เกิดความสามัคคี ความเข้มแข็งในการอนุรักษ์ประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น มีวัดเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ นอกจากนั้นคือปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการทำงานอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน เริ่มจากจุดเล็กๆ และดำเนินชีวิตตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพของ นันทภรณ์ นรินทร์นอก สมนึก สกุลหงส์โสภณ และแสงทอง ชีระทองคำ (2558) ที่ศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนที่เลือกสรร คือโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต และหลอดเลือดสมอง โดยใช้การสนทนากลุ่ม 5 กลุ่มจาก

จำนวน 33 คน ตามลักษณะบุคคลที่ใกล้เคียงกัน พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนา ให้ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียงในมุมมองของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1. การไม่ทำเกินกำลัง 2. การทำอะไรมีความสุข 3. การพึ่งตนเองก่อน 4. การใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ดี และพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานของเศรษฐกิจพอเพียง พบ 7 องค์ประกอบ ที่สำคัญ ในรูปแบบ 3 อ. 1ส. และ 3 ข. คือ 1. อาหารบริโภคแต่พอดี 2. ออกกำลังกายให้อยู่ในวิถีชีวิต 3. อารมณ์ดี มีการจัดการด้านจิตใจ 4. สุขบุหรื ต้องจัดการ 5. ใช้ยาที่เหมาะสม 6. ใช้บริการสุขภาพ 7. ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยมีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรขยายการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังตามบริบทของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เพื่อการมีสุขภาพที่พอเพียงอย่างยั่งยืน

2. กลวิธีการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังของชุมชน

การมีส่วนร่วมและการเสริมพลังของชุมชน ที่ทำให้หมู่บ้านหนองน้ำใสมีความเข้มแข็ง และเป็นหมู่บ้านที่ได้รับรางวัล หมู่บ้านมีศรีสุข ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง คือความสามัคคี ร่วมมือ ร่วมใจ ของชุมชน มีการประชุมปรึกษาวางแผนการพัฒนายอย่างเป็นขั้นตอน ยอมรับข้อติชม ความรู้จากการดูงานมาพัฒนา เพื่อกระตุ้นทางปัญญาเห็นวิธีการใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหาความแห้งแล้ง ความยากจนของประชาชน ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจช่วยกันทำงานและพัฒนา มีการกระจายอำนาจ แบ่งบทบาทหน้าที่แบ่งเป็นระบบ วางแผนการขยายกันต่อไปแล้ว แบ่งหน้าที่กันทำมีแผนงานและทำตามแผน ด้วยการให้หลักประชาธิปไตย ร่วมประชุมกันถามความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนในหมู่บ้านถึงความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ความร่วมมือกัน อย่างมีขั้นตอน พร้อมกับมีการประชาสัมพันธ์อย่างรวดเร็วทั่วถึง โดยการใช้หอกระจายข่าว เพื่อให้ทุกคนรู้และเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน ความเป็นพี่น้องเครือญาติ ทำให้เกิดความไว้วางใจมากขึ้น การมีผู้นำที่เป็นแบบอย่างที่ดี โดยผู้ใหญ่บ้านเป็นแบบผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนร่วมกันทำโครงการต่างๆ อย่างมีอุดมการณ์เพื่อน้อมถวายแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจจากชุมชน มีความเสียสละ อดทน สร้างความสามัคคีในชุมชน สื่อสัต์ยโปร่งใส กระจายบทบาทหน้าที่ให้กรรมการหมู่บ้านรับผิดชอบ ผู้นำเป็นผู้ออกไปหาทุนสนับสนุนจากภายนอก เพื่อเข้ามาทำกิจกรรมสร้างอาชีพและรายได้ในชุมชน เช่น การเพาะเห็ด การจัดตั้งเป็นธนาคารโคของชุมชน เป็นต้น

สอดคล้องกับ อาภา ยังประดิษฐ์และกาญจนา อนุตริยะ (2552) ที่ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เป็นชุมชนแข็งแรง (Healthy Community) พื้นที่ดำเนินการเป็นชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขตบางกอกใหญ่ ระยะเวลา 1 ปี จากการศึกษาพบว่าประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีรายได้น้อย มีอาชีพรับจ้างและใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีผู้สูงอายุร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด การเจ็บป่วยของประชาชนส่วนใหญ่ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 13.16 โรคเบาหวานร้อยละ 7.9 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5.26 ประชาชนในชุมชนมีวิถีชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ การให้ความร่วมมือกับส่วนรวมน้อยและหาผู้มีจิตสาธารณะที่จะช่วยพัฒนาชุมชนได้ยาก คนที่เข้ามาทำงานให้กับส่วนรวม ส่วนใหญ่เป็นคนไม่ก๊คน ซึ่งเมื่อทำงานไประยะหนึ่งมักจะเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายและในที่สุด ก็ลาออกหรือไม่อยากมาเข้าร่วมกิจกรรมใดๆต่อไป มีผลให้โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่การดำเนินการมักจะไม่ต่อเนื่องหรือยั่งยืน

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2549) ได้กล่าวว่า สุขภาพของชุมชนที่พอเพียงต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพและ โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาแบบองค์รวม ที่จะเป็เนืองไขของการสร้างสุขภาวะในระดับบุคคลรวมทั้งสังคมทุกภาคส่วนของวิธิชุมชน ที่ประกอบด้วยตัวชี้วัดสุขภาพชุมชนคือ 1. การสามารถผลิตอาหารปลอด

สารเคมี ทำกินเอง 2. รายจ่ายในครอบครัวลดลง รายได้เพิ่มขึ้น หนี้สินลดลง 3. การใช้สารเคมีในการผลิตลดลง ระดับสารเคมีในเลือดลดลง 4. ครอบครัว ชุมชนมีความรู้ดูแลสุขภาพตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นมากขึ้น ไปสถานีอนามัยและโรงพยาบาลน้อยลงซื้อยาจากภายนอกน้อยลง 5. ครอบครัวชุมชน มีความสามัคคีช่วยเหลือกันมากขึ้น ความเครียดน้อยลง ซึ่งชุมชนหนองน้ำใสนี้ได้แสดงให้เห็นเชิงประจักษ์ตามตัวชี้วัดครบทั้ง 5 ข้อดังกล่าว

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมสุภาว จันทนะโสทธิ์และคณะ (2554) ในการศึกษาพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้กระบวนการ AIC ทำให้ทุกภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้ร่วมกันสร้างภาพฝันเป้าหมายที่จะป้องกันโรคเบาหวาน พบว่าชุมชนแต่ละตำบล มีภาพฝันที่คล้ายคลึงกันในทุกกลุ่มภาคีเครือข่ายทั้ง 5 ตำบลคือ การส่งเสริมสุขภาพ และ 5 อ. โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมการส่งเสริมอาหารปลอดภัย/พืชสมุนไพร (ผสมผสานแพทย์แผนไทยและแผนโบราณ) รวมทั้งการให้ผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว และชุมชนได้มีส่วนร่วมในการคิดในการปรับเปลี่ยนพัฒนาสุขภาพตนเองเป็นแกนหลักและเป็นกรรมการโครงการ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเช่นจาก สถานีอนามัย สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล เกษตรตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ให้ความร่วมมือสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

และในการศึกษาวิจัยกระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง(กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ผลการวิจัยพบว่าทุกชมรมได้รับการสนับสนุนในด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการด้านสุขภาพบนพื้นฐานของเศรษฐกิจพอเพียงที่เน้นในหลักการพึ่งตนเอง มีสมดุลและเสริมสร้างให้เกิดภูมิคุ้มกันทั้งในระดับของ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานเขตฯ และเน้นในด้านให้การสนับสนุนการจัดทำแผนแม่บทชุมชนที่สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงผ่านเวทีประชาคม ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความสามัคคี มีความพอประมาณ มีเหตุผล ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในชุมชนนั้นๆ ก่อให้เกิดความมีคุณธรรมและความรักสามัคคี เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ โดยมีข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือต้องมีการสร้างความเข้าใจเรื่อง การสร้างสุขภาพและมีการทำข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงานด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

และจากการใช้เครื่องมือวัดพลังอำนาจในชุมชน (Laverack, 2005) พบว่าชุมชนตัวอย่างมีความเข้มแข็งในระดับสูงสุดในระดับ 5 เกือบทุกด้าน แต่พบว่ามี 3 หมวดของโครงสร้างของกลุ่มในชุมชน การบริหารจัดการโครงการในชุมชนและความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน มีระดับคะแนนอยู่ในระดับ 4 ที่น้อยกว่าในหมวดอื่นๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุมชนยังคงต้องมีการพัฒนาได้อีกต่อไป หากผู้นำชุมชนและประชาชนเห็นความสำคัญในการพัฒนาให้เกิดศักยภาพชุมชนให้มากยิ่งขึ้น เช่น การส่งประธานกลุ่มเข้ารับการอบรมการบริหารจัดการโครงการ การสร้างภาคีเครือข่ายจากภายนอกชุมชนในการส่งออกผลผลิตเข้าสู่ภายนอก หรือจัดอบรมหรือมีการศึกษาดูงานในพื้นที่เป็นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชนที่ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. การนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้การสร้างสุขภาวะชุมชนและในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในชุมชนมีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ของชุมชนหนองน้ำใส คือ

หลักความพอประมาณ ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนแบบพอประมาณ กินแบบพอประมาณ คือ กินพออิ่มเท่าที่ร่างกายต้องการ รู้ตนเองว่าควรกินกี่ช้อน กี่ทัพพี รู้จักพอ กินหวานกินเค็มพอประมาณ กินผักผลไม้ที่ปลูกเองเพื่อควบคุมน้ำตาล ไม่เติมน้ำตาลหรือน้ำปลาเพิ่มจากที่ปรุงไว้ กินผลไม้โดยไม่จิ้มน้ำตาล-เกลือ ไม่ดื่มเครื่องดื่มหรือน้ำที่มีรสหวานจัด ออกกำลังกายพอประมาณ คือ มีการทำงานที่ใช้การเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ เช่น ทำสวน ปลูกผัก ผลไม้ เวลาว่างก็จะออกกำลังกาย เช่น แกว่งแขน โดยใช้หลักการไม่น้อยหรือมากเกินไป

หลักความมีเหตุผล การปฏิบัติตนแบบมีเหตุผล กินแบบมีเหตุผล คือ กินแบบมีสติ รู้คุณรู้โทษ คำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมา โดยปลูกผัก ผลไม้ เลี้ยงสัตว์กินเอง และใช้สมุนไพรแทนยาฆ่าแมลง เพื่อหลักเลี้ยงสารเคมีหรือยาฆ่าแมลง ปรุงอาหารเอง ดูแลตนเองตามแผนการรักษาและคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ เช่น การกินยาและไปรับการรักษาหรือเจาะเลือดตามนัด เข้าร่วมกิจกรรมของ รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอ ใช้สมุนไพรเป็นอาหารและยา รักษาอารมณ์ คลายความโกรธหรือเครียดด้วยการนั่งสมาธิและปฏิบัติตามศาสนา

หลักการมีภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยรุนแรงหรือมีโรคแทรกซ้อน และเพื่อให้มีสุขภาพดี ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ เพื่อให้เลือดหมุนเวียนดี ด้วยการทำงานเช่น ปลูกผัก พรุนดิน รดน้ำต้นไม้ ทำนา โดยกล่าวว่าสามารถออกกำลังกายได้ทุกที่ ทุกเวลา เช่น แกว่งแขน หรือเดินรอบทุ่งนา กินอาหารปลอดสารพิษ ไม่เป็นโทษ เช่น ปลูกผักปลอดสารพิษกินเอง ไม่กินของทอด อาหารทะเล รู้จักพอเพียง ไม่ดื่มน้ำร้อน ทำให้มีอารมณ์ดี พักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำงานแต่พอดี ไม่หักโหมจนเกินไป ทำบุญ นั่งสมาธิ และปลูกผัก ปลูกต้นไม้ เพื่อคลายเครียด ลดความดันโลหิต จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน สูดอากาศบริสุทธิ์ ด้วยการออกกำลังกาย และทำสวน ปลูกผัก มีความสุขกับสิ่งที่ทำและได้อยู่ ภูมิใจที่ได้เห็นผลงานที่ทำเองเช่น การปลูกผัก ทำสวน มีความสุขกับการแบ่งปันผักผลไม้ และหากนำไปขายได้เงินก็ยิ่งมีความสุข มีความสุขกับการทำงานอยู่บ้านไม่ต้องไปทำงานไกล มีอาหาร ผัก ผลไม้ มีความสุขกับครอบครัว

โดยสุขภาพของชุมชนที่พอเพียงต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพและ โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาแบบองค์รวม ที่จะเป็เนื่อไขของการสร้างสุขภาวะในระดับบุคคลรวมทั้งสังคมทุกภาคส่วนของวิธิชุมชน ที่ประกอบด้วยตัวชี้วัดสุขภาพชุมชน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2549) ประกอบด้วย 1. การสามารถผลิตอาหารปลอดสารเคมี ทำกินเอง 2. รายจ่ายในครอบครัวลดลง รายได้เพิ่มขึ้น หนี้สินลดลง 3. การใช้สารเคมีในการผลิตลดลง ระดับสารเคมีในเลือดลดลง 4. ครอบครัว ชุมชนมีความรู้ดูแลสุขภาพตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นมากขึ้น ไปสถานอนามัยและโรงพยาบาลน้อยลงซื้อยาจากภายนอกน้อยลง 5. ครอบครัวชุมชน มีความสามัคคีช่วยเหลือกันมากขึ้น ความเครียดน้อยลง 6. โรคภัยไข้เจ็บที่เป็นประจำลดน้อยลง และ 7. ปัจจัยที่ทำลายสุขภาพลดลง เช่น เหล้า บุหรี่ ผงชูรส น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ นอกจากนี้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) (2009) ได้มีการสนับสนุนการประยุกต์ใช้เศรษฐกิจพอเพียงในโครงการหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ คือหมู่บ้านลดละเลิกสิ่งเสพติดและอบายมุข ลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุการจราจร สมาชิกหมู่บ้านมีร่างกายแข็งแรง มีครอบครัวอบอุ่น มีจิตสำนึกเพื่อส่วนรวม สภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพและปลอดภัย และสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนตามแนวพระราชดำรัสเศรษฐกิจพอเพียง

ซึ่งสอดคล้องกับ พิมสุภาว จันทะโสตร์ และคณะ (2554) ที่ศึกษาการพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการนำแนวคิดของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการทรงงานทั้ง 8 หมวด นำมาประยุกต์ร่วมกับ ICCC เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ผ่านกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c) ลดลง หลังเข้าร่วมโครงการในทุกตำบล และค่าต่ำสุดและสูงสุดของ HbA1c ลดลงในทุกตำบล แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า มีจำนวนและร้อยละ ของผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c) ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์แนวคิดตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและ ICCC เพื่อพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยโยคะและฤๅษีดัดตน สามารถลดน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าการรับประทานอาหารที่ลดน้ำตาลได้เพียงอย่างเดียว และการสนับสนุนจากสังคม ช่วยทำให้ผู้เป็นเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมและลดน้ำตาลในเลือดได้ และกระบวนการมีส่วนร่วมและ การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายของชุมชน เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันเบาหวานของชุมชน จึงควรให้มีการดำเนินการสนับสนุนติดตามประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยภาคีเครือข่ายเพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของภาวะเรื้อรังโรคเบาหวานในชุมชน

และสอดคล้องกับศึกษาของ นันทภรณ์ นรินทรนอก, สมนึก สกุลหงส์โสภณ, และ แสงทอง ชีระทองคำ (2558) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพบนฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง 5 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต และหลอดเลือดสมอง ในชุมชนที่เลือกสรร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการสนทนากลุ่มตามลักษณะของโรค พบรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 7 องค์ประกอบคือ 1) การบริโภคพอดี 2) การออกกำลังกายในวิถีชีวิต 3) การจัดการด้านจิตใจ 4) การจัดการด้านบุหรื 5) การจัดการด้านการใช้จ่าย 6) การใช้บริการด้านสุขภาพ 7) การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ

4. การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับสุขภาพ

การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในชีวิตประจำวันในด้านของสุขภาพของชุมชน การรักษาด้วยการใช้สมุนไพร ส่วนใหญ่ใช้ร่วมกับการกินยาตามแผนปัจจุบัน การมีปราชญ์ชุมชนรักษาโรคบางชนิด การไล่หรือกำจัดแมลงศัตรูพืชด้วยสมุนไพร เช่น สะเดา รวมทั้งใช้วิธีการที่เป็นภูมิปัญญา ในการรักษาสมดุลของธรรมชาติ

และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมสุภาว จันทะโสตร์และคณะ(2554) ในการพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้กระบวนการ AIC ทำให้ทุกภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้ร่วมกันสร้างภาพฝันเป้าหมายที่จะป้องกันโรคเบาหวาน พบว่าชุมชนแต่ละตำบล มีภาพฝันที่คล้ายคลึงกันในทุกกลุ่มภาคีเครือข่ายทั้ง 5 ตำบลคือ การส่งเสริมสุขภาพ และ 5 อ. โดยเฉพาะการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมการส่งเสริมอาหารปลอดภัย/พืชสมุนไพร ที่มีการผสมผสานแพทย์แผนไทยและแผนโบราณ

5. ปัจจัยความสำเร็จของชุมชนเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อนำรูปแบบความสำเร็จของชุมชนไปประยุกต์ใช้หรือขยายผลสู่ชุมชนอื่น

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า หากหมู่บ้านอื่นๆจะนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาปฏิบัติให้เกิดความสำเร็จเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง ในระดับ มั่งมี ศรีสุข เช่นเดียวกับหมู่บ้านหนองน้ำใส่นี้ มีข้อเสนอแนะที่ควรปฏิบัติดังนี้คือ ผู้นำในชุมชน ซึ่งมีลักษณะผู้นำแบบผู้นำการเปลี่ยนแปลง คือสามารถทำให้ผู้ตามเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีกว่า จากการที่ชุมชนนี้เคยมีสภาพที่แห้งแล้ง ประชาชนมีความยากจน แต่ผู้ใหญ่บ้านเป็นตัวอย่างที่ดี มีความเสียสละ มีความอดทนในการประกอบอาชีพที่สุจริต และนำสิ่งที่ดีคือแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียงที่ทางหน่วยงานราชการมาพัฒนาหมู่บ้าน มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ และมีการใช้ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนในบางโอกาส เช่น ใช้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆที่ชุมชนร่วมกันทำมาเป็นข้อต่อรองในการได้รับผลประโยชน์ในโครงการธนาคารวัว คือหากเป็นผู้ที่ไม่รับผิดชอบร่วมมือกับชุมชนก็จะไม่ได้รับสิทธิในการหมุนเวียนนำแม่วัวไปเลี้ยง ผู้นำต้องสร้างความสามัคคี มีคุณธรรม ซื่อสัตย์และผู้ตามต้องมีความปรองดองกัน มีการสื่อสารหลายช่องทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทุกคน ขั้นตอนการทำงานการพัฒนาที่ชัดเจน การให้ความร่วมมือกับผู้นำ มีความเสียสละเพื่อส่วนรวม มีความต่อเนื่องในการทำอาชีพอย่างไม่ย่อท้อ แต่ไม่ทำเกินตัว มีภูมิคุ้มกัน และใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียงในวิถีชีวิตประจำวัน

สอดคล้องกับ ไพศาล เนาวะวาทองและธวัชชัย ศุภดิษฐ์ (2551) ได้ศึกษาวิธีดำเนินการ ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของหมู่บ้านคำปลาหลาย อำเภอบุรบือ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า หมู่บ้านดังกล่าวเคยเป็นหมู่บ้านยากจนแต่ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้กลายเป็นชุมชนที่เข้มแข็งและยั่งยืน ซึ่งปัจจัยของความสำเร็จมี 3 ประการคือ 1) ผู้นำชุมชนมีความรู้ความสามารถ โดยสามารถรวมใจชาวบ้านให้เป็นหนึ่งเดียวกันได้ 2) ชาวบ้านมีความรัก สามัคคี ขยันและร่วมใจกันพัฒนา 3) มีกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับปัญหา เช่นการอบรม ศึกษาดูงาน

และสอดคล้องกับ สมชัย วงษ์นายะ และทวนทอง เขาวงกิตพงศ์ (2556) ที่ศึกษาองค์ความรู้การประยุกต์ใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของหมู่บ้านที่ประสบความสำเร็จในจังหวัดกำแพงเพชรและตากจำนวน 10 หมู่บ้าน พบว่า 1) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพ 2) ชาวบ้านมีความร่วมมือกันแก้ปัญหาต่างๆเป็นอย่างดี 3) มีการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงให้มีความพร้อม 4) มีการบริหารจัดการร้านค้าของหมู่บ้านเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 5) กลุ่มต่างๆในชุมชนมีความเข้มแข็ง นอกจากนั้นงานวิจัยยังเสนอว่า กลยุทธ์การบริหารจัดการหมู่บ้านในการดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของหมู่บ้านในจังหวัดดังกล่าวประกอบด้วย 1) พัฒนาศักยภาพของแกนนำ และผู้เกี่ยวข้องในด้านการคิดและการวางแผน 2) พัฒนาระบบข้อมูลและฐานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ 3) พัฒนาการจัดทำแผนชุมชนตามปรัชญา 4) พัฒนาการจัดโครงสร้างการบริหารหมู่บ้านให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตตามปรัชญา 5) พัฒนาศักยภาพของผู้นำให้สามารถดำเนินงานขับเคลื่อนได้อย่างต่อเนื่อง 6) ส่งเสริมให้ประชาชนดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาด้วยวิธีการหลากหลาย 7) ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ด้านการดำเนินชีวิตตามปรัชญา 8) พัฒนาการบริหารจัดการกลุ่มต่างๆให้เข้มแข็ง 9) สร้างเครือข่ายระดับต่างๆ เพื่อให้มีการดำเนินงานร่วมกัน 10) พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และ 11) ส่งเสริมให้นำผลการติดตามและประเมินผลไปใช้พัฒนาหมู่บ้านต่อไป

เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาการใช้ทฤษฎีการเสริมพลังในการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการพัฒนาสุขภาวะ (Fawcett, et al. 1995) พบว่าการเสริมพลังแบบการมีหุ้นส่วน เป็นการส่งเสริมความร่วมมือของให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ตั้งแต่การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงชุมชน การสร้างศักยภาพ และผลที่ได้รับเป็นการปรับตัวของชุมชนที่ดีขึ้น

และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมสุภาว จันทนะโสทธิและคณะ(2554) พบว่าโครงการที่ชุมชนได้มีส่วนร่วมคิดและร่วมทำ มีการพัฒนาเด็กรุ่นใหม่ให้สนใจการใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียงในวิถีชีวิต เช่น มีการประกวดแต่งกลอน สนับสนุนการปลูกและรับประทานผักพื้นบ้านด้านเบาหวาน โดยนักเรียนของโรงเรียนในชุมชน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบลที่มีโครงการแตกต่างกันทำให้เป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และนำสิ่งที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้กับตนเองและชุมชน และเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างประชาชนในชุมชนและระหว่างชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านสาธารณสุข

- 1.1 การนำแนวคิดของปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เป็นการสร้างศักยภาพและความมั่นใจในความสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืนของโครงการ
- 1.2 ควรพิจารณานำกระบวนการมีส่วนร่วม และนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการแก้ไขภาวะโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อให้แก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่
- 1.3 การสร้างและขยายแกนนำในชุมชน เช่น อสม.น้อย ในการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นการสร้างศักยภาพของคนในชุมชนได้มีโอกาสในการช่วยเหลือ ดูแลชุมชนของตนเอง
- 1.4 การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง มีความสามารถในการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน และควรมีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและสอดคล้องกันทั้งระบบบริการ
- 1.5 การติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินผลแบบเสริมพลัง ให้กับโครงการต่างๆที่จัดทำขึ้นในชุมชน

2. ด้านองค์การบริหารส่วนตำบล

- 2.1 ควรนำองค์ความรู้ที่ได้ไปผลักดันเป็นนโยบายเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดหมู่บ้านมั่งมี ศรีสุข เพิ่มขึ้น
- 2.2 ควรนำโครงการที่ได้จากการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพ นำเสนอเข้ากับแผนกองทุนสุขภาพตำบลทุกตำบล เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรม และได้มีการประสานงบประมาณสนับสนุนในกิจกรรมของชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

2.3 ควรใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้กับโครงการอื่นๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกชุมชน

2.4 ควรมีส่วนร่วมในการประเมินติดตามโครงการ เพื่อนำไปปรับและวางแผนการจัดทำโครงการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละระยะ

2.5 การพัฒนาให้หมู่บ้าน “มังมี ศรีสุข” เป็นแหล่งเรียนรู้เพื่อขยายแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียงไปสู่ชุมชนอื่นๆ และเป็นการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินโครงการต่างๆอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาในการเรียนการสอนด้านปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงทุกระดับชั้นตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงอุดมศึกษา และบัณฑิตศึกษา โดยประยุกต์ใช้ในด้านสุขภาพเพื่อให้เยาวชนสามารถนำไปใช้ในวิถีชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องโดยให้เป็นผู้เชื่อมโยงให้ความรู้และการปฏิบัติในครอบครัวของตนเองและชุมชน
2. การวิจัยประเมินผลแบบเสริมพลังเพื่อการประเมินติดตามโครงการของชุมชนต่างๆ ตามหลักแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง
3. ควรวิจัยเพื่อพัฒนาสื่อรูปแบบต่างๆ ในการสร้างความรู้ ความเข้าใจและประยุกต์ใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในแง่มุมต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มวัย และอาชีพที่แตกต่างกัน
4. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือการประเมินสุขภาพประชาชนในชุมชนตามแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง

เอกสารอ้างอิง

- กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.(2559). *ที่มาของหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง*. แหล่งที่มา;
<http://muangnakhonpath.cdd.go.th/index.php/sufficiency>
- กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.(2559). *การประเมินผลตามเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง*. แหล่งที่มา; www.khonkaen.go.th/khonkaen/admin/strategy/_assess/files/1.2.4.doc
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สรุปประเด็นการทำเวทีประชาพิจารณ์เรื่อง “แนวทางการบูรณาการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพสู่การปฏิบัติเพื่อประชาชนสุขภาพดี”* แหล่งที่มา;
<http://phcblog.net/tambon-c/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ*. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา;
<http://service.nso.go.th/nso/knowledge/knowledge09/sanitation.html> (1 ตุลาคม 2546).
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *กระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง*. รายงานการวิจัยโครงการ.
- กรภัทร มยุระสาร. (2009). *เศรษฐกิจพอเพียง...มาสู่สุขภาพพอเพียง...เบาหวานพอเพียง*. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://gotoknow.org/file/drkorapat/> (15 ตุลาคม 2556).
- ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ.(2555). *กรอบกระบวนการวิจัยชุมชนสู่ตำบลสุขภาวะ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. ที่คิวพี จำกัด.
- เครือข่ายการวิจัยบูรณาการลุ่มน้ำท่าจีน-แม่กลอง มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). *รายงานการวิจัยโครงการเครือข่ายการวิจัยบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตชุมชนลุ่มน้ำท่าจีน-แม่กลอง*. มปท.
- เครือข่ายการวิจัยบูรณาการลุ่มน้ำท่าจีน-แม่กลอง มหาวิทยาลัยมหิดล. (2549). *รายงานการวิจัยโครงการเครือข่ายการวิจัยบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตชุมชนลุ่มน้ำท่าจีน-แม่กลอง*. มปท.
- โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่มที่ 35. (2553). *เรื่องที่ 8 โรคเบาหวาน*. โครงการสารานุกรมไทยฯ สยามเสื่อป่า.
- เฉลาศรี เสี่ยม. (2556). การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน. ใน: *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. ศิริอร สินธุ, พิเชต วงรอด, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
- ชื่นชม เจริญยุทธ อาภา ยังประดิษฐ์ จุลจรรยา สิ้นศิริ อุบลารรณา เรือนทองดี และคณะ.(2550). *รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนโดยการสนับสนุนการทำงานร่วมกันของเครือข่าย: กรณีศึกษา ตำบลโคกคราม อำเภอบางพลาม จังหวัดสุพรรณบุรี*. นำเสนอด้วยโปสเตอร์ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้รับผิดชอบโครงการสร้างเสริมสุขภาพแผนงานพัฒนาสถาบันการศึกษาให้เป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ วันที่ 5 สิงหาคม 2550 ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กทม.
- นงนุช เพ็ชรร่วงและธิดิมาศ หอมเทศ. (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 8(4): 13-24.
- นงนุช เพ็ชรร่วงและธิดิมาศ หอมเทศ. (2551). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 22(3): 85-96.

- นันทภรณ์ นรินทร์นอก สมนึก สกุลหงส์โสภณ และ แสงทอง อีระทองคำ. (2558). พฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนที่เลือกสรร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(3): 1-18.
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. (2548). Hypertension. ใน ทวี ศิริวงศ์ บรรณาธิการ. *คู่มือเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก*, หน้า 120-126. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิมสุภาว์ จันทะโสเถถ์ และคณะ. (2554). การพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. *รายงานการวิจัย ประเภททุนวิจัยนวัตกรรมด้านเศรษฐกิจพอเพียง ประจำปีงบประมาณ 2552*. สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.).
- พัชฎาภรณ์ แสงทามาศย์ (2556). การศึกษาการนำเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตของประชาชนภาคเกษตร จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่*, 5(4), 80-96.
- ไพศาล เนาวะวาทอง และธวัชชัย ศุภดิษฐ์. (2551). การจัดการชุมชนเศรษฐกิจพอเพียง: กรณีศึกษาหมู่บ้านคำปลาหลาย ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารจัดการสิ่งแวดล้อม*, 4(2), 38-49.
- รุจา ภูไพบูลย์, สุริยพงศ์ วัฒนาศักดิ์, นาริรัตน์ จิตรมนตรี, มณี อาภาวันทกุล, อาภา ยังประดิษฐ์และคณะ. (2555). กระบวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 28-38.
- วิภาวรรณ ชุ่ม เพ็ญสุขสันต์. (2543). การจัดการกับความเครียด. ใน สมจิต หนูเจริญกุล วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด บรรณาธิการ. *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล* หน้า 165-182. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- วิภาวรรณ ชุ่ม เพ็ญสุขสันต์. (2543). การพักผ่อนและการนอนหลับ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด บรรณาธิการ. *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล* หน้า 183-192. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- วรวิทย์ เจริญศิริ. (2550). *เครื่องดีมีผลผดุงใจ*. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.ddd.or.th/?content=knowledge&id=24&type=1> (19 สิงหาคม 2557)
- สถานพยาบาลมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2550). *การออกกำลังกายในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.inf.ku.ac.th/article/diag/500305/hypertension-exercise.html> (10 สิงหาคม 2557)
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2541). *การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ.2539-2540*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรัตน์ โคมินทร์ ศรีวัฒนา ทรงจิตสมบูรณ์ และอรรณ ภูชัยพัฒนานนท์. (2547). *ปัญหาโภชนาการ*. ในเอกสารการสอนชุดวิชาโภชนศาสตร์สาธารณสุข หน้า 191-199. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ปีที่ 43 ฉบับที่ 17*.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2550 - 2557 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสาธารณสุข*

- และภาพรวมประเทศ. แหล่งที่มา <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2549). *จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- เสรี พงศ์พิศ.(2537). *เศรษฐกิจพอเพียงการพัฒนาที่ยั่งยืน*. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์พลังปัญญา.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ(สสส.).(2009). *การจัดงานหมู่บ้านเป็นสุขอย่างพอเพียง*. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/node/8654>.
- สมลักษณ์ จิ่งสมาน. บรรณาธิการ. (2557). *แนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2*. กรุงเทพมหานคร: การพิมพ์ต่อทคอม.
- อชิวัฒน์ เปล่งสอาด และกิตติ ไชยลาภ. (2548). *รายงานการวิจัยโครงการเครือข่ายการวิจัยบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตชุมชนลุ่มน้ำท่าจีน-แม่กลอง*. มปท.
- อาภา ยังประดิษฐ์ และ กาญจนา อนุตริยะ. (2552). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพะชุมชนเมืองให้เป็นชุมชนแข็งแรง: กรณีศึกษาชุมชนในเขตบางกอกใหญ่. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 23(2), 79-93.
- Apple J Lawrence and others. (2003). Effect of Comprehensive Lifestyle Modification on Blood Pressure Control. *JAMA*, 289(16), 2083-2093.
- Apple J Lawrence and others. (2006). Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 47, 296-308.
- Bass B. M. (1993). Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior. *Leadership Quarterly*, 10(2), 181-217.
- Bass B. M., & Avolio, J. B. (1993). Transformational Leadership and organization culture. *Public Administration Quarterly*. 17(1), 114-122.
- Duryea MM. (2008). Mothers with Chronic Physical Illness and the Prettification of their Children. (Available at: URL: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4138/is_200401/ai_n9466859. Accessed September 17, 2008.
- Fawcett, S. B. & et al. (1995). Using empowerment theory in collaborative partner for community health and development. *American Journal of Community Psychology*, 23(5). 677-697.
- Gray M. (2006). The Role of Advanced Practice Nurses in the Care of People with Chronic Conditions. In *Prevention and Management of Chronic Conditions: International Perspective. Proceeding book for an International Conference*. January 25-27, Bangkok , Thailand.

- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: Caring in action*. Washington: Delmar.
- Langone, C. A. & Rohs, F. R. (1995). Community leadership development: Process and practice. *Journal of the Community Development Society*, 26(2), 252-267.
- Lasker, R. & Weiss, E. S. (2003). Broadening participation in community problem solving: Multidisciplinary model to support collaborative practice and research. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(1), 14-47.
- Laverack, G. (2005). *Public Health: Power, empowerment and professional practice*. London: Palgrave Macmillan.
- Laverack, G. & Thangphet, S. (2009). Building community capacity for locally managed ecotourism in Northern Thailand. *Community Development Journal*, 44(2), 172-185.
- World Health Organization. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for health promotion. *Health Promotion*, 1(4),ii-v.
- World Health Organization. (2007). *Chronic disease: Major cause of death*. Available at: URL: <http://WWW.who.int/chp/en/.html>. Accessed October 21, 2000.
- Yukl, G. (1999). An evaluation of conceptual weakness in transformational and charismatic leadership theories. *Leadership Quarterly*, 10(2), 285-305.

ภาคผนวก ก

แนวทางการสนทนากลุ่ม

สำหรับกลุ่มนักวิชาการและเจ้าหน้าที่

- 1) ท่านมีบทบาทอย่างไร ท่านทำอะไรบ้างในการพัฒนาชุมชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (ตามหลัก 3 ห่วง 2 เงื่อนไข)
- 2) ท่านใช้กลวิธีหรือเทคนิคการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจชุมชนอย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าปัจจัยความสำเร็จของการเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบคืออะไร
- 4) ท่านได้นำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานหรือไม่ อย่างไร
- 5) ท่านได้ใช้หรือส่งเสริมให้มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร
- 6) ท่านมีบทเรียนหรือข้อเสนอแนะในการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะแก่ชุมชนอื่นๆอย่างไรบ้าง

สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน

- 1) ท่านมีบทบาทอย่างไร ท่านทำอะไรบ้างในการพัฒนาชุมชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (ตามหลัก 3 ห่วง 2 เงื่อนไข)
- 2) ท่านใช้กลวิธีหรือเทคนิคการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจชุมชนอย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าปัจจัยความสำเร็จของการเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบคืออะไร
- 4) ท่านได้นำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานหรือไม่ อย่างไร
- 5) ท่านได้ใช้หรือส่งเสริมให้มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร
- 6) ท่านมีบทเรียนหรือข้อเสนอแนะในการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะแก่ชุมชนอื่นๆอย่างไรบ้าง

สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป

- 1) ท่านได้มีส่วนช่วยอย่างไรบ้างในการพัฒนาชุมชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (ตามหลัก 3 ห่วง 2 เงื่อนไข)
- 2) ผู้นำในชุมชนของท่านใช้กลวิธีหรือเทคนิคการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจชุมชนอย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าปัจจัยความสำเร็จของการเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบคืออะไร
- 4) ท่านได้นำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะของท่านหรือไม่ อย่างไร
- 5) ท่านได้ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร
- 6) ท่านมีบทเรียนหรือข้อเสนอแนะในการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะแก่ชุมชนอื่น ๆ อย่างไรบ้าง

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

- 1) ท่านได้มีส่วนช่วยอย่างไรบ้างในการพัฒนาชุมชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (ตามหลัก 3 ห่วง 2 เงื่อนไข)
- 2) ผู้นำในชุมชนของท่านใช้กลวิธีหรือเทคนิคการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจชุมชนอย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าปัจจัยความสำเร็จของการเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบคืออะไร
- 4) ท่านได้นำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะของท่านหรือไม่ อย่างไร
- 5) ท่านได้ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร
- 6) ท่านมีบทเรียนหรือข้อเสนอแนะในการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาวะแก่ชุมชนอื่น ๆ อย่างไรบ้าง

แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกเพิ่มเติม

กลุ่มนักวิชาการและเจ้าหน้าที่

1. ท่านเข้าใจปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงอย่างไร และนำปรัชญาไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันรวมถึงการปฏิบัติงานอย่างไรบ้าง
2. ท่านมีเทคนิคอย่างไรบ้างในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในชุมชน
3. ท่านพบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานอย่างไรบ้าง

กลุ่มผู้นำ

1. ท่านเข้าใจปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงอย่างไร และนำปรัชญาไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันรวมถึงการปฏิบัติงานอย่างไรบ้าง
2. ท่านมีเทคนิคอย่างไรบ้างในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในชุมชน
3. ท่านพบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานอย่างไรบ้าง

กลุ่มประชาชนทั่วไป

1. ท่านเข้าใจปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงอย่างไร และนำปรัชญาไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันรวมถึงการปฏิบัติงานอย่างไรบ้าง
2. ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้ชุมชนมีสุขภาวะที่ดียิ่งขึ้น อย่างไรบ้าง

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1. ท่านเข้าใจปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงอย่างไร และนำปรัชญาไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันรวมถึงการปฏิบัติงานอย่างไรบ้าง
2. ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้ชุมชนมีสุขภาวะที่ดียิ่งขึ้น อย่างไรบ้าง

ภาคผนวก ข

เครื่องมือวัดพลังอำนาจในชุมชน(Laverack, 2005)

วิธีใช้เครื่องมือ: ผู้วิจัยเขียนข้อความตามระดับ 1 – 5 ใส่ลงไปในบัตรคำใบละ 1 ระดับ แล้วแจกบัตรคำทั้งหมดทุกระดับให้กับผู้ให้ข้อมูล เพื่อระดมสมองเลือกให้ตรงกับสภาพการณ์ของชุมชนมากที่สุด โดยทำไปทีละประเด็น จนครบ 9 ประเด็น แล้วจึงสรุปคะแนน หลังจากนั้นจะ plot จุด ลากเส้นออกเป็นภาพใยแมงมุม

ประเด็นหลัก	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
1. การมีส่วนร่วมของชุมชน	การประชุมหมู่บ้าน มีเฉพาะบางคนหรือบางกลุ่มที่เข้าร่วมเท่านั้น (ไม่ได้เข้าร่วมทุกกลุ่ม)	การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมประชุม แต่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ความช่วยเหลือ	การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมประชุม -สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็น แต่ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อวางแผนหรือปฏิบัติงานร่วมกัน -ในการทำกิจกรรมในชุมชนยังมีข้อจำกัด เช่น ไม่มีอาสาสมัครหรือไม่มีการช่วยเหลือเรื่องเงิน	การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมประชุม -สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน รวมทั้งมีการปฏิบัติงานร่วมกัน -มีกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก	การประชุมหมู่บ้าน มีสมาชิกในชุมชนที่มาจากกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมประชุม -สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผน รวมทั้งมีการปฏิบัติงานร่วมกัน -การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีความต่อเนื่องทุกขั้นตอนทุกโครงการ -สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับชุมชนอื่นๆ

ประเด็นหลัก	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
2. ความสามารถในการประเมินปัญหาของชุมชน	สมาชิกในชุมชนไม่ได้มีการประเมินปัญหาของชุมชน	สมาชิกในชุมชนมีการประเมินปัญหาของชุมชน แต่สมาชิกในชุมชนไม่มีทักษะและไม่ได้ให้ความสำคัญในการประเมินปัญหา	สมาชิกในชุมชนมีการประเมินปัญหาของชุมชน -สมาชิกในชุมชนมีทักษะในการประเมินปัญหาและสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ -แต่การประเมินปัญหาไม่ได้มาจากการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในชุมชน	สมาชิกในชุมชนมีการประเมินปัญหาของชุมชน -สมาชิกในชุมชนสามารถระบุปัญหา, แนวทางแก้ไข และลงมือปฏิบัติงานได้ -การประเมินปัญหาของชุมชนถูกนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาชุมชน	สมาชิกในชุมชนมีการประเมินปัญหาของชุมชน -สมาชิกในชุมชนสามารถระบุปัญหา, แนวทางแก้ไข และลงมือปฏิบัติงานได้เองอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้นำในชุมชน	กลุ่มบางกลุ่มในชุมชนไม่มีผู้นำ	ทุกกลุ่มในชุมชนมีผู้นำ แต่ในบางกลุ่มผู้นำไม่มีบทบาท	ทุกกลุ่มในชุมชนมีผู้นำ และผู้นำกลุ่มมีบทบาท แต่ไม่มีการริเริ่มทำโครงการและสมาชิกในกลุ่มไม่ค่อยให้ความร่วมมือ	ทุกกลุ่มในชุมชนมีผู้นำ และผู้นำกลุ่มมีบทบาท -ผู้นำกลุ่มมีการริเริ่มทำโครงการ โดยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในกลุ่ม -ผู้นำควรได้รับการพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้น	ทุกกลุ่มในชุมชนมีผู้นำ และผู้นำกลุ่มมีบทบาท -ผู้นำกลุ่มมีการริเริ่มโครงการได้เองทั้งหมด โดยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากสมาชิกในกลุ่ม -ผู้นำทำงานร่วมกับกลุ่มภายนอกเพื่อหาทรัพยากรเพิ่มเติม
4. โครงสร้างของกลุ่มในชุมชน	ในชุมชนไม่มีโครงสร้างของกลุ่ม เช่นไม่มีคณะกรรมการ กลุ่มผู้สูงอายุ	ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการ แต่คณะกรรมการ	ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการ -มีกลุ่มที่มีคณะกรรมการ	ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการ และแต่ละกลุ่มมีการทำงาน	ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ และมีคณะกรรมการ -ทุกกลุ่มมีการทำงานกันอย่างเข้มแข็งและมีความเชื่อมโยงกับกลุ่ม

ประเด็นหลัก	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
	กลุ่มสตรี	ไม่มีบทบาท/ไม่มีการดำเนินงานจริงจัง	ทำงานอย่างจริงจังมากกว่าหนึ่งกลุ่ม -มีกลไกที่ทำให้สมาชิกทำงานร่วมกันในกลุ่ม แต่ยังไม่มีการเชื่อมโยงกันในกลุ่ม	เชื่อมโยงกันในกลุ่ม	ภายนอกชุมชน
5. การจัดการทรัพยากรในชุมชน	ชุมชนไม่ได้นำทรัพยากร/ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้	-มีเฉพาะคนรวยหรือผู้ที่มีอิทธิพลเท่านั้นที่บริหารจัดการทรัพยากรให้เพิ่มขึ้น ในชุมชน -สมาชิกในชุมชนถูกบังคับให้บริจาคทรัพยากร	-ชุมชนดำเนินการหาทรัพยากรเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีการกระจายและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ขึ้นในชุมชน	-ชุมชนดำเนินการหาทรัพยากรเพิ่มขึ้นและนำมาใช้กับกิจกรรมภายนอกชุมชนด้วย -มีการประชุมเพื่อการใช้/กระจายทรัพยากร แต่ยังไม่เป็นธรรม	-ชุมชนดำเนินการหาทรัพยากรเพิ่มขึ้นและมีการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม โดยชุมชนมีส่วนร่วม
6. ภาวการณ์เครือข่าย	ชุมชนไม่มีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน	- ชุมชนมีเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการกับบุคคลและกลุ่มอื่นๆ - วัตถุประสงค์ของการมีเครือข่ายยังไม่ชัดเจน	ชุมชนมีเครือข่ายและมีวัตถุประสงค์ชัดเจนแต่ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมในการพัฒนาชุมชน	ชุมชนมีเครือข่ายและมีการพึ่งพากันระหว่างเครือข่ายเพื่อร่วมกันพัฒนาชุมชน ซึ่งมีลักษณะที่มีความเชื่อถือไว้วางใจกัน	ชุมชนมีเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายนี้ช่วยทำให้มีทรัพยากรเพิ่มขึ้น มีเศรษฐกิจดีขึ้นและมีการแสวงหาสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น -เครือข่ายนี้มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาชุมชน
7. ความใส่ใจในปัญหาของชุมชน	ไม่มีการรวมกลุ่มเสวนาเพื่อตั้งคำถาม	มีกลุ่มสนทนาเล็กๆที่มีการตั้งประเด็นคำถาม	มีหลายกลุ่มที่ให้ความสนใจเสวนาเกี่ยวกับ	มีการสนทนาระหว่างกลุ่มต่างๆในชุมชนเพื่อระบุ	กลุ่มต่างๆในชุมชนมีความสามารถในการวิเคราะห์ตนเองและ

ประเด็นหลัก	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
	เกี่ยวกับ ประเด็นปัญหา ในชุมชน	ในชุมชนเพื่อให้ ได้รับรู้ข้อมูลที่ ถูกต้อง	ประเด็นปัญหา ในชุมชน ซึ่ง สมาชิกในกลุ่ม เหล่านี้สามารถ แสดง/สะท้อน ความคิดเห็น ที่มาจากแนวคิด และ ประสบการณ์ ของตน ซึ่งผล ทำให้นำไปสู่การ ได้รับรู้ข้อมูลที่ ถูกต้อง แต่ยังไม่ มีการสนทนา ระหว่างกลุ่ม ต่างๆในชุมชน	ปัญหา การ วิเคราะห์และ แก้ปัญหารวมทั้งมี การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในการ แก้ปัญหา	พยายามพัฒนากลุ่ม ของตนอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนา ที่ดีขึ้น
8. การบริหาร จัดการ โครงการใน ชุมชน	องค์กรภายนอก ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการ โครงการใน ชุมชน	องค์กร ภายนอกเป็นผู้บริหารจัดการ โครงการใน ชุมชนโดยมีการ ปรึกษากับ ชุมชน	-ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการ โครงการเอง ภายใต้ คำแนะนำจาก องค์กรภายนอก - มีการตัดสินใจ ร่วมกัน ระหว่างชุมชน กับองค์กร ภายนอก - ในการบริหาร จัดการโครงการ มีการแบ่ง บทบาท ความ รับผิดชอบอย่าง ชัดเจน	-ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการ โครงการเอง มี การวางแผน นโยบายและการ ประเมินผล โดย องค์กรภายนอก ให้ความช่วยเหลือ เพียงเล็กน้อย -มีการพัฒนา ความรู้สึกการเป็น เจ้าของโครงการ ในชุมชน	ชุมชนเป็นผู้บริหาร จัดการโครงการด้วย ตนเองอย่างอิสระมี ความรับผิดชอบและ รู้สึกเป็นเจ้าของ โครงการ

ประเด็นหลัก	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
			-ชุมชนไม่ได้รับการฝึกทักษะในการบริหารจัดการโครงการ		
9. ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกชุมชน	องค์กรภายนอกเป็นผู้ควบคุมนโยบายการเงินทรัพยากร และการประเมินผลโครงการ	องค์กรภายนอกเป็นผู้บริหารจัดการนโยบายการเงินทรัพยากร และการประเมินผลโครงการ แต่มีการปรึกษากับชุมชน โดยที่ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและผลงานเป็นขององค์กรภายนอก (องค์กรภายนอกแสดงบทบาทเป็นผู้ดำเนินการเอง)	องค์กรภายนอกและชุมชนมีการตัดสินใจร่วมกันโดยมีบทบาทเท่าเทียมกัน	ชุมชนมีการตัดสินใจเองโดยการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ซึ่งองค์กรภายนอกนั้นได้ให้ความรู้และสนับสนุนด้านอื่นๆ	องค์กรภายนอกให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามที่ชุมชนร้องขอ และองค์กรภายนอกช่วยพัฒนาศักยภาพของชุมชนในนามของชุมชน (ช่วยโดยที่ไม่ได้แสดงตนอย่างชัดเจน)

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | | | |
|----|-----------------------|--------------------------|------------------|
| 1. | ศ. ดร. รุจา ภูไพบูลย์ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. | ศ. ดร. สุภา เพ่งพิศ | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. | นายจำเริญ แหวนเพชร | กรมการพัฒนาชุมชน | กระทรวงมหาดไทย |

ภาคผนวก ง

ภาพกิจกรรมการเก็บรวบรวมข้อมูล



โรงสีข้าวของหมู่บ้านหนองน้ำใส



ผลิตผลเห็ดภูฐานและเห็ดนางรมของชุมชนที่นำมาเป็นอาหารเที่ยงวันประชุม



เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และพัฒนากร ที่มาร่วมสนทนากลุ่ม



การสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง



การสนทนากลุ่มของผู้นำชุมชน และประชาชน



การให้คะแนนระดับพลังอำนาจของชุมชนของกลุ่มประชาชน





น้ำสมุนไพรแก่นฝางที่ชุมชนหาได้จากป่าชุมชน



วัวของชุมชนเลี้ยงไว้ในกลุ่มธนาคารโค



ข้าวปลอดสารพิษของชุมชนที่เป็นสินค้า OTOP



แปลงผักปลอดสารพิษที่ใช้สมุนไพรเป็นยาไล่แมลงศัตรูพืช

ภาคผนวก จ

ชื่อ และรายละเอียดของผู้รับผิดชอบโครงการ และคณะนักวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิมสุภาว จันทนะโสทธิ
2. ตำแหน่งทางวิชาการ... ผู้ช่วยศาสตราจารย์
3. ตำแหน่งทางการบริหาร.....หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน.....
4. สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
5. Email-address too19@hotmail.com
6. โทรศัพท์มือถือ 093-9651719
7. โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-3426-1081
- โทรสาร. 0-3426-1081
8. ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม อ. เมือง จ. นครปฐม 73000
9. กรณีมีผู้ประสานงานสามารถติดต่อได้ที่
ชื่อ.....-.....

10. ประวัติการศึกษา

- | | |
|-----------|--|
| พ.ศ. 2527 | -ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ |
| พ.ศ. 2535 | -วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ค.ศ. 1999 | -M.S.N. (Community Mental Health Nursing)
The Catholic University of America, USA |
| ค.ศ. 2003 | -Ph.D. (Nursing)
The Catholic University of America, USA |

11. ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ.

อาภาพร เผ่าวัฒนา พรพิมล จันทนะโสทธิ และวีณา เทียงธรรม. (2548). ความรู้และความ

คิดเห็นเกี่ยวกับโรคเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 19(2), พฤษภาคม-สิงหาคม, 36-49.

วีณา เทียงธรรม อาภาพร เฝ้าวัฒนา และพรพิมล จันทนะโสทธิ (2548). กรณีศึกษาการรับรู้เรื่องเพศศึกษา ของนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพประชาชนภาคกลาง. 20(6), กันยายน, 39-46.

พิมสุภาว จันทนะโสทธิ ทศนีย์ ระวีวรกุล สุพร นันทเวช การส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้
ประสบอุทกภัยปี 2549 พื้นที่อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ฉบับพิเศษ 60 ปี
คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551, 36-49.

Praditsathaporn C., **Chandanasotthi P.**, Amnatsatsuee K., Nityasudd D., Sunsern R.(2011)
Mental Health Assessment Tool for Older Thai Adults: Development and Psychometric
Testing. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 42(3), 744-753.

Tanomboon, T, **Chandanasotthi, P.**, Aumnatsatsue, K.,Kerdmongkol, P.(2013).
Applying Orem's Self-care Theory and case management for prevention on hypoglycemia
in Diabetes Aging. Journal of Public Health Nursing. 26(3), Sep-Dec., 94-105.

Auemaneekul N., Chiangkhong A., **Chandanasotthi, P.**, Kaewboonchoo O., Chansatitporn
N. (2013). Factors Related to Workplace Violence Against Occupational Health Nurses in the
Manufacturing Industry. Asia Journal of Public Health, 3(1), 1-7.

Auemaneekul, N., Chandanasotthi, P., Rawiworrakul, T. Sowattanangoon, N. & Boonsatean, W.
(2016). Community Partnership, Context-based Intervention and Diabetes Control in
Thailand, *Journal of Public Health* Vol, 46(3), 236-247.

บทความวิชาการ

- พรพิมล จันทนะโสทธิ. (2548). ความเครียดจากการประกอบอาชีพ: การบริหารจัดการและการเฝ้าระวัง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 19(2), พฤษภาคม-สิงหาคม, 66-78.
- พรพิมล จันทนะโสทธิ. (2548). ภัยพิบัติกับสุขภาพจิต: แนวทางการช่วยเหลือ บุคคล ครอบครัว ชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 19(1), มกราคม-เมษายน, 80-92.

ประสบการณ์การวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

1. โครงการวิจัย “การพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ประเภททุนวิจัยนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2552 ของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
2. โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบอุทกภัย ปี 2549 พื้นที่อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง” โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (ส.ส.ส)
3. เปรียบเทียบพัฒนาการทารกแรกเกิดถึง 6 เดือน ระหว่างกลุ่มที่มารดาได้รับคำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการกับกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี (2535)
4. เปรียบเทียบพัฒนาการเด็กอายุ 24 เดือน ระหว่างกลุ่มที่มารดาได้รับคำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการกับกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี (2536)
5. เปรียบเทียบพัฒนาการเด็กอายุ 36 เดือน ระหว่างกลุ่มที่มารดาได้รับคำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการกับกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี (2537)
6. เปรียบเทียบพัฒนาการเด็กอายุ 48 เดือน ระหว่างกลุ่มที่มารดาได้รับคำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการรูปแบบใหม่กับรูปแบบเดิม โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี. (2538) (ได้รับทุนสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก (WHO))
7. เปรียบเทียบพัฒนาการเด็กอายุ 60 เดือน ระหว่างกลุ่มที่มารดาได้รับคำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการรูปแบบใหม่กับรูปแบบเดิม โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี (2539)
8. The Relationship of Stress, Self-esteem, and Coping Styles to Health Promoting Behaviors of Adolescents in Thailand. (2003)

เป็นผู้ร่วมโครงการวิจัย

1. โครงการกำกับเชิงพัฒนาการจัดบริการสุขภาพและการพัฒนาศักยภาพการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2550
2. โครงการกำกับเชิงพัฒนาการจัดบริการสุขภาพและการพัฒนาศักยภาพการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2551
3. โครงการกำกับเชิงพัฒนาการจัดบริการสุขภาพและการพัฒนาศักยภาพการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2552
4. ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 ในเขตกรุงเทพมหานคร.
วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 19(2), พฤษภาคม-สิงหาคม, 36-49. (2548).
5. กรณีศึกษาการรับรู้เรื่องเพศศึกษาของนักเรียนชายชั้นประถมปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพมหานคร.
วารสารสุขภาพประชาชนภาคกลาง. 20(6), กันยายน, 39-46. (2548).

12. ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชา

การพยาบาลสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตชุมชน

13. ประสบการณ์พิเศษ

13.1) วิทยากรบรรยายเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการความเครียด” ให้กับหน่วยงานจัดโดย
ภาควิชาโภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 1

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาภา นามสกุล ภัคภิญโญ (ยังประดิษฐ์)
2. ตำแหน่งทางวิชาการ... ผู้ช่วยศาสตราจารย์
3. ตำแหน่งทางการบริหาร.....รองผู้อำนวยการสถาบัน.....
- 4.สังกัด สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
5. Email-address (มหาวิทยาลัย) apa.puc@mahidol.ac.th
Email-address (อื่น) apayoung@hotmail.com
6. โทรศัพท์มือถือ 081-9364904
7. โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4419040
โทรสาร. 02-4419044
8. ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

9. กรณีมีผู้ประสานงานสามารถติดต่อได้ที่

10. ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2526 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- พ.ศ. 2529 ครุศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล) ภาควิชาพยาบาล คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พ.ศ. 2547 Ph.D. (Nursing) หลักสูตรนานาชาติของมหาวิทยาลัยมหิดล
(ร่วมกับ Michigan University, U.S.A)

11. ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ.

รจนา ภูไพบูลย์, สุริยพงศ์ วัฒนาศักดิ์, นาริรัตน์ จิตรมนตรี, มณี อาภานันท์กุล, **อาภา ยังประดิษฐ์และคณะ**. (2555).

กระบวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 28-38

มณี อาภานันท์กุล, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, **อาภา ยังประดิษฐ์** และ รจนา ภูไพบูลย์. (2554). การพัฒนาดัชนีชี้วัด

สุขภาพพอเพียงระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนภายใต้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. *วารสารพยาบาล*, 60(3), 5-13

อาภา ยังประดิษฐ์ และ กาญจนา อนุตริยะ. (2552). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการ

สร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเมืองให้เป็นชุมชนแข็งแรง: กรณีศึกษาชุมชนในเขตบางกอกใหญ่. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 23(2), 79-93.

อาภา ยังประดิษฐ์. (2552). การถอดบทเรียน(After Action Review) เพื่อการจัดการความรู้ทางการพยาบาล.

วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 23(3), 95-105.

อาภา ยังประดิษฐ์ และแสงอรุณ อิศระมาลัย. (2555). กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter). คู่มือการสอน การ

สร้างเสริมสุขภาพใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. ศิริพร ชัมภลิต และ จุฬาลักษณ์ บารมี
บรรณาธิการ, 73-79

อารีวรรณ กลั่นกลิน และ**อาภา ยังประดิษฐ์**. (2555). การเคลื่อนไหวออกแรงและการออกกำลังกาย. คู่มือการสอน

การสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. ศิริพร ชัมภลิตและจุฬาลักษณ์ บารมี
บรรณาธิการ, 159 – 176

12. ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชา

12.1). Community participation/ empowerment

12.2) Knowledge management

13. ประสบการณ์พิเศษ

13.1) วิทยากรบรรยายเรื่อง “วิธีการรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยการจัดการสนทนากลุ่ม” ให้กับนักวิจัยทั่วประเทศ จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

13.2) เคยดำรงตำแหน่งกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล

ชุด C สายพยาบาลศาสตร์

14. ประวัติการทำงานร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

14.1) ได้รับเงินอุดหนุนโครงการวิจัยและนวัตกรรมฯ จำนวน..-.....เรื่อง ประกอบด้วย

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นงนุช เพ็ชรร่วง

2. ตำแหน่งทางวิชาการ... ผู้ช่วยศาสตราจารย์ .

3. ตำแหน่งทางการบริหาร.....-.....

4. สังกัด ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

5. Email-address (มหาวิทยาลัย) nongnuch.pet@mahidol.ac.th

Email-address (อื่น) -

6. โทรศัพท์มือถือ 081-8170657

7. โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4197466-80 ต่อ 1909

โทรสาร. 02-4128415

8. ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

9. กรณีมีผู้ประสานงานสามารถติดต่อได้ที่ -

10. ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2532 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) เกียรตินิยมอันดับ 2

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2543 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอนามัยชุมชน)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2549 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป

(การรักษารอคเบื้องต้น) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

11. ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ.

นงนุช เพ็ชรร่วง, ปณิตดา ปรียทฤณ, วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพ ชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2556; 14(1): 25 – 31.

นางนุช เพ็ชรร่วง, ธิติมาส หอมเทศ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชนบท. วารสารพยาบาลทหารบก 2554; 12(2): 7 – 13.

นางนุช เพ็ชรร่วง, อุบลวรรณ เรือนทองดี. จิตีร์ตัน ทับแก้ว. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า

บางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารพยาบาล 2553; 59(2): 36 – 43.

นางนุช เพ็ชรร่วง, ธิติมาส หอมเทศ, อุบลวรรณ เรือนทองดี. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารพยาบาลทหารบก 2553; 11(ฉบับพิเศษ): 52 – 58.

นางนุช เพ็ชรร่วง, ธิติมาส หอมเทศ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2550; 8(4): 13 – 24.

ธิติมาส หอมเทศ, นางนุช เพ็ชรร่วง. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 2544; 5(3): 269-280.

นางนุช เพ็ชรร่วง, ธิติมาส หอมเทศ. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2551; 22(3): 85 – 96.

นางนุช เพ็ชรร่วง. การดำเนินงานเชิงรุกของพยาบาลอนามัยชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2553; 24(1): 99 – 113.

นางนุช เพ็ชรร่วง, ธิติมาส หอมเทศ. เสริมพลังสูงวัยด้วยอาหาร. วารสารโภชนาบำบัด 2552; 20(3): 139 – 147.

11. ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชา

12.1) การพยาบาลอนามัยชุมชน

12.2) การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

13. ประสบการณ์พิเศษ

13.1) วิทยากรบรรยายเรื่อง “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” ให้กับผู้สูงอายุ อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จัดโดยโรงพยาบาลบางปลาม้า

13.2) วิทยากรบรรยายเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน” ให้กับพยาบาลวิชาชีพ จัดโดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุกา จีวพัฒน์กุล

2. ตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์

3. ตำแหน่งทางการบริหาร.....-.....

4.สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

6. Email-address (มหาวิทยาลัย) yupa.jew@mahidol.ac.th

Email-address (อื่น) -

6. โทรศัพท์มือถือ 080-5909007

7. โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4197466-80 ต่อ 1905

โทรสาร. 02-4128415

8. ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

9. กรณีมีผู้ประสานงานสามารถติดต่อได้ที่ -

10. ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2538 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2542 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอนามัยชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553 Ph.D. (Nursing) หลักสูตรนานาชาติของมหาวิทยาลัยมหิดล
(ร่วมกับ Michigan University, U.S.A)

11. ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ

ผลงานวิจัย

1. ยุกา จีวพัฒน์กุล, อุบลวรรณ เรือนทองดี, ฐิติรัตน์ ทับแก้ว. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการ
แกว่งแขนร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วารสารพยาบาลศาสตร์. 2555; 30(2): 46-57.

2. ยุกา จีวพัฒน์กุล, อุบลวรรณ เรือนทองดี, ฐิติรัตน์ ทับแก้ว. แนวทางการเฝ้าระวังจากบิดา-มารดาเพื่อ
ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน.วารสารพยาบาลศาสตร์. 2556; 31(2): 1-13.

3. ยุพา จีวพัฒน์กุล, อุบลวรรณ เรือนทองดี. การพัฒนาแนวทางลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนที่ครอบครัวยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: การสนทนากลุ่มโดยบิดา-มารดา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2556; 14(2): 35-40.

4. ชื่นชม เจริญยุทธ, อาภา ยังประดิษฐ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, ยุพา จีวพัฒน์กุล. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยศรีสเทียณ. 2551; 14(1): 48-53.

บทความ

1. ยุพา จีวพัฒน์กุล. การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสมาชิกในครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2555; 30(1): 81-90.
2. ยุพา จีวพัฒน์กุล. การสนับสนุนของครอบครัวในการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2555; 13(2): 1-7.

เอกสารประกอบการสอน

1. เรื่องบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้นและการจำแนกผู้ป่วย รายวิชา การพยาบาลขั้นต้น รหัสวิชา พยคร 425 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4
2. เรื่องการทำแผนที่และแผนที่เดินดิน รายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลบุคคลในครอบครัวและชุมชน รหัสวิชา พยคร 384 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4
3. เรื่อง Care of Families in Community Setting: Family Health รายวิชา Community Health Nursing รหัสวิชา NSNS 404 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (นานาชาติ) สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4
4. เรื่องการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัวและการดูแลสุขภาพครอบครัว: การเตรียมผู้รับบริการและครอบครัว, การพยาบาลบุคคลที่เจ็บป่วยที่บ้าน รายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน พยคร 216 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 3
5. เรื่องการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัวและการดูแลสุขภาพครอบครัว: หลักการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยและครอบครัว รายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน พยคร 216 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 3
6. เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย รายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ พยคร 212 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 2

12. ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชา

12.1). Family participation

12.2) Adolescent alcohol use

13. ประสบการณ์พิเศษ

วิทยากรบรรยายเรื่อง “ครอบครัวกับความรุนแรง” ให้กับนักวิจัยและนักวิชาการทั่วประเทศ จัดโดย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

14. ประวัติการทำงานร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

14.1) ได้รับเงินอุดหนุนโครงการวิจัยและนวัตกรรมฯ จำนวน...-.....เรื่อง ประกอบด้วย

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4

1. อาจารย์สุรัสวดี ไหว่อง

2. ตำแหน่งทางวิชาการ... อาจารย์

3. ตำแหน่งทางการบริหาร.....-.....

4. สังกัด ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

5. Email-address (มหาวิทยาลัย) surussavadee.wai@mahidol.ac.th

Email-address (อื่น) -

6. โทรศัพท์มือถือ 081-3485933

7. โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4197466-80 ต่อ 1909

โทรสาร. 02-4128415

8. ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

9. กรณีมีผู้ประสานงานสามารถติดต่อได้ที่

10. ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2547 พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2554 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555 ประกาศนียบัตรศาสตรและศิลปการสอนทางการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5

1. ชื่อ...นายสมชาย วิริภิมย์กุล

2. ตำแหน่งทางวิชาการ...นักวิจัย.

3. ตำแหน่งทางการบริหาร...หัวหน้าฝ่ายวิจัย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

4. สังกัด ฝ่ายวิจัย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

5. Email-address (มหาวิทยาลัย) somchai.vir@mahidol.ac.th

Email-address (อื่น) -

6. โทรศัพท์มือถือ 081-4204126

7. โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4419040-3 ต่อ 40}02-4419870

โทรสาร. 02-4419044

8. ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร 25/25 สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 25/25 ถ.พุทธมนทล
สาย 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมนทล จ.นครปฐม 73170

9. กรณีมีผู้ประสานงานสามารถติดต่อได้ที่ -

10. ประวัติการศึกษา

2525 วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สถิติ)

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

2535 ประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยแห่งชาติฟิลิปปินส์ ประเทศฟิลิปปินส์

2543 สังคมศาสตร์มหาบัณฑิตสาขา สังคมสิ่งแวดล้อม

มหาวิทยาลัยมหิดล

11. ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชา

ผู้สูงอายุกับการพัฒนา

การวิจัยประเมินผล

สังคมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

12. ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ

Kitti Chailarb, Somchai Viripiomgool: Women workers and health need to be empowered.
(Preceding in Health strategic development meeting (2000)

Somchai Viripiomgool, Thiprada Klongtapant: Folkways .. Touch

fireflies city; Journal of Public Health and Development vol. 5 no.2,2007

Somchai Viripiomgool; Culture in the workplace, AIHD Newsletter vol.4 no. 2,2003

Somchai Viripiomgool; Behaviors on health management, (Preceding of seminar on 2010)

Kriengsak Thamaapipol, Somchai Viripiomgool, Pranee Suthisukhon Publication on Quality of Life in Thai Elderly; Disease Control Journal, vol 37 no. 3,2011

Kriengsak Thamma-Aphiphol, Supattra Srivanichakorn ,Kawinarat Suthisukon and *Somchai Viripiomgool*. The Model of Long Term Care Management of the Bed Bound Elder by Community. Journal of Ratchasuda College for Research and Development of Persons with Disabilities 2012, Vol. 8 No. 11 January-December 2012, p. 20-42.

Somchai Viripiomgool, Surapa Ksarntikul, Kriengsak Thamaapipol, Kawinnarat Suthisukhon, Karl Peltzer; Publication on Need assessment of a disability rehabilitation Centre in one sub-district in Rachaburi Province Thailand ; Journal of Human Ecology(on process)

ผลงานวิจัย

- 2528(1985)** A Study on Primary Health Care Situation of The Hill tribes People in Northern, THAILAND.
- 2529(1986)** Role and Potential of the Aging People in Primary Health Care Activities.
- 2532(1989)** Basic Minimum Need of People in Bangprad Congested Area, Bangkok, THAILAND.
- 2533(1990)** Follow-up and Evaluation of 77 Research Projects in Primary Health Care in Thailand.
- 2535(1992)** Health Manpower Problems in Health Service Systems A Case Study of NGAO District in Lampang Province, Thailand.

2536(1993) A Study on Cassettes Tape in Primary Health Care, Mahasarakham Province,Thailand.

2539(1996) The Practice of Mother with AIDS Diseases to Children in Chiangmai Province, Thailand.

2539(1996) Knowledge and Practical of The People to The People with HIV diseases: A Case Study at Ubonrachatani Province,Thailand.

2542-2543(1999-2000) A Study on Quality of Life and Attitude of The People and Sub-District Administrative Organization: The Project of Pipe Gas Rachaburi-Wangnoi, Ayudhaya Province.

2543(2000) Social Impact Assessments of Local People at Tasae Irrigation Area Muang District, Chumporn Province.

2543-44(2000-2001) 1.Post – Evaluation of the Small Scale Irrigation Project(iv-v) in Sri Sa Ket Province,Thailand.

2.Post-Evaluation of The Large Swamp Inland Fisheries Project. In Sakonnakon Province and Nakornsawan Province.

2545-47 1.นักวิจัยหลัก โครงการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์

2.นักวิจัยหลักโครงการสื่อสารระหว่างคู่สมรสในเรื่องครอบครัวเพศสัมพันธ์ และการป้องกันเอดส์ของประชาชนในชนบทของ รศ.ดร.บุญยง เกี่ยวการค้า

-นักวิจัยหลักโครงการศึกษาคุณค่า คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ สังคม ทศนคติของประชาชนในพื้นที่โครงการทอส่งก๊าซธรรมชาติ ไทน้อย-โรงไฟฟ้าพระนครเหนือและโรงไฟฟ้าพระนครใต้

2547- 2550 -นักวิจัยโครงการเครือข่ายการวิจัยบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตชุมชนลุ่มน้ำท่าจีน-แม่กลอง

2548(2005) -นักวิจัยโครงการสำรวจและประเมินสถานการณ์การสร้างเสริม สุขภาพของบุคลากรในสถาบันสาธารณสุข

-นักวิจัยโครงการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนขับรถแท็กซี่ที่เช่ารถจากผู้ประกอบการให้เช่ารถแท็กซี่ เขตห้วยขวาง

2550-2551 นักวิจัยThe Integrated Planning and strengthening Partnership Approach for Community-based Quality of Life Development for the Thai Elderly: Kanchanaburi Province

2551 นักวิจัย :Study on Social Impact Assessment of local people : The Project of Natural Gas Pipe at Saraburi and Chacherngsao Province

2552 นักวิจัยโครงการวิจัยการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจของครอบครัว ของสถาบันฯ

2553 นักวิจัยโครงการประเมินผลโครงการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ระยะที่ 2

2554 -นักวิจัยโครงการประเมินผลโครงการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ระยะที่ 3

-นักวิจัยหลักโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน ตำบลคลองตากคต อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

-นักวิจัยโครงการวิเคราะห์ต้นทุนด้านสุขภาพ

-นักวิจัยโครงการพฤติกรรมติดตามชมรายการฟุตบอลโลกของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร่วมกับ สถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว

2555 -ศึกษาเกี่ยวกับภูมิปัญญาผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี ของพัฒนาสังคมจังหวัดกาญจนบุรี

2554-2555 นักวิจัยโครงการประเมินชุดความรู้แนวทางการปฏิบัติงานของรพ.สต.

2555 นักวิจัยโครงการประเมินศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี

2554-2556 นักวิจัยโครงการการศึกษาแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

2555-2556 นักวิจัยโครงการประเมินชุดความรู้แนวทางการปฏิบัติงานของรพ.สต.

2554-2556 นักวิจัยร่วมโครงการการพัฒนาแบบการให้บริการผู้สูงอายุที่พึ่งพาในชุมชนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี โดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหิดล

2556 นักวิจัยโครงการประเมินศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี

2555-2556 นักวิจัยโครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม: โครงการร่วม 6 สถาบันฯระยะที่ 1

- 2555-2556 นักวิจัยโครงการวิเคราะห์สำรวจสถานการณ์ครอบครัวผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก และ
สวัสดิการที่จำเป็น สำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูเด็กตามลำพังและครอบครัวผู้สูงอายุอาศัยอยู่
ตามลำพัง
- 2555-2556 -นักวิจัยโครงการการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2555-2556