

งานวิจัยเรื่อง
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับ
ผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดร้อยเอ็ด

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวลิต สวัสดิ์ผล
กจ.ด. (การจัดการภาครัฐ)

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

2554

(ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2553)

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จด้วยความชี้แนะจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรี โพธิ์งามกะ ผู้ทรงคุณวุฒิของสถาบันวิจัยและพัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร.ธำรงค์ อุดมไพจิตรกุล และ ดร.ธีระพงศ์ สันติภาพ แห่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษาที่ช่วยแนะประเด็นและแนวทางการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ขอขอบคุณอาจารย์ทิพย์วรรณ อากาศวิภาต อดีตรองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่ได้ชี้แนะแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพพร้อมเชิญ ผู้วิจัยเป็นวิทยากรบรรยายให้กับนักศึกษาพยาบาลในฐานะที่ทำงานด้านชุมชนตลอดมา ขอขอบคุณนายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ คุณศิริลักษณ์ สุดาเดช หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนที่ให้การสนับสนุนในการทำงานของเครือข่าย ขอขอบคุณคุณวิชัย ปิ่นประจักษ์นันท์ เจ้าหน้าที่โภชนาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับด้านโภชนาการ ขอขอบคุณเครือข่ายสุขภาพทุกท่าน โดยเฉพาะผู้ใหญ่เกษม เพ็งผลา ผู้ใหญ่บ้านก่อ หมู่ 3 กำนันกิตติศักดิ์ พันโกคา กำนันตำบลศรีสมเด็จ คุณจำนง ภาระยาท รองนายก อบต.ศรีสมเด็จ ที่ให้ความร่วมมือในการหาทีมงานวิจัยชาวบ้าน (เครือข่าย) จนงานสำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลศรีสมเด็จ ที่อนุเคราะห์ให้ห้องประชุมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตที่ให้โอกาสและให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

สุดท้ายขอขอบคุณบิดามารดา ครอบครัว และญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้อกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆด้าน ทำให้งานวิจัยฉบับนี้ลุล่วงไปด้วยดี

ผู้วิจัยคาดหวังจากคุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยฉบับนี้ไปประยุกต์ใช้ในบริบทต่างๆ และมีส่วนสนับสนุนผลักดันทั้งในด้านวิชาการและปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพะกับการขับเคลื่อนไปสู่ชุมชนต่างๆ อย่างยั่งยืนต่อไป

ชวลิต สวัสดิ์ผล

หัวข้อวิจัย	การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดร้อยเอ็ด
ผู้ดำเนินการวิจัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวลิต สวัสดิ์ผล
ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ธำรงค์ อุดมไพจิตรกุล ดร.ธีระพงศ์ สันติภาพ
หน่วยงาน	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
ปีการศึกษา	2554

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาทางสังคมวิทยาโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ PAR คัดเลือกหมู่บ้านแบบเจาะจงได้หมู่บ้านก่อ ตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาบริบทและระบบสุขภาพของชุมชน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชนบทที่ยังไม่มีกลไกในการทำงานด้านผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง และ 3) เพื่อจัดทำและพัฒนาคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุฉบับชาวบ้านใช้เวลาในการศึกษามากกว่า 1 ปี หากรวมการศึกษาริบทของชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า

ชาวบ้านในชนบทได้รับผลกระทบจากการพัฒนาทั้งในแง่บวกและลบ ชุมชนมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาการ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพชุมชนมีระบบการแพทย์หลายระบบ ในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ชาวบ้านมีที่พึ่งด้านสุขภาพมากกว่าซื้อยากินเอง ไปคลินิก โรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาแพทย์ทางเลือกด้วยภูมิปัญญาของชาวบ้านเอง

หมู่บ้านที่ศึกษา มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่สูง ปัญหาของผู้สูงอายุ คือ การมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เครือข่ายสุขภาพได้จัดกิจกรรมหลายอย่างเพื่อป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพะทุกด้าน กิจกรรมที่เด่นคือ กิจกรรม 5 ต้อง 7 ไม่ เพื่อปรับเปลี่ยนผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ การให้ความรู้และการกระจายความรู้ผ่านรายการพบ อสม. ทางวิทยุชุมชน มีกิจกรรมสนับสนุน อาทิ ส่งเสริมการผลิตอาหารเอง เน้นความปลอดภัย สาธิตการทำผงปรุงรสพื้นบ้าน ส่งเสริมปลูกผัก

พื้นบ้านบริโภค ส่งเสริมการรวมกลุ่มทั้งในด้านเศรษฐกิจและศาสนา ผลการดำเนินการได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เกิดเครือข่ายสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดกลุ่มผู้สูงอายุปลูกผักปลอดสารพิษ นอกจากนี้ เครือข่ายได้จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับชาวบ้าน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโดยทั่วไป และข้อปฏิบัติสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง พร้อมกับสาระดีๆ เกี่ยวกับการทำผงนัว ผงปรุงรสพื้นบ้าน การนึ่งไก่บ้านเพื่อสุขภาพ และการเลี้ยงมดแดงอาหารชั้นสูง แจกจ่ายทุกครัวเรือน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชนบทไม่มีรูปแบบที่แน่นอนหรือสูตรสำเร็จ ขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชน การเรียนรู้และการจัดการทุนทางสังคมของชุมชน

Research Title: Development Model of Health Promotion for the Elderly in Rural Area in Roi-Et Province

Researcher: Assistant Professor Dr. Chavalit Sawatdiphol

Advisor: Associate Professor Dr. Tomrong Udompijtkul
Dr. Thirapong Santiphop

Institution: Suan Dusit Rajabhat University

Academic Year 2011

Abstract

This research entitled “Development Model of Health Promotion for the Elderly in Rural Area in Roi-Et Province” is a social science research by using qualitative and Participatory Action Research (PAR) method. The sample used was selected by purposive sampling was the Kor Village, Tambon Somdej, Srisomdej District in Roi-Et Province. This research aims to; 1) study context and health system of rural community, 2) develop a health promotion model for the elderly in rural community and 3) develop health care manual for the elderly. The time used for this research was more than 1 year including study of community context.

The findings were as follows;

The villagers in rural area got the impacts from the development both disadvantage and advantage aspects. The community had a change and development about community health by using several medical systems for each sickness. The villagers used health resources more than brought medicine by themselves. They went to clinics and hospitals and also used the local wisdom as the alternative medicine.

The village which was studied had a high portion of the elderly. Their problems were that they got a congenital disease, for example, diabetes and hypertension. Besides, they lacked of knowledge for appropriate self-care. The network provided various activities to prevent and promote every aspect of health condition. The distinguish activity was named the “5 Musts 7 Don’ts” to change the elderly and their

family in health care. The overall result of providing and distributing knowledge through village volunteers, community radio broadcast, promoting activities such as food cooking promotion concentrated on security, local flavor powder making demonstration, local vegetable planting promotion and group gathering promotion on economic and religion were in a good cooperation of the elderly and their family. The elderly got knowledge and skills in self care and also got health network for idea exchanges. The elderly group of non-toxic vegetable planting was set up. Besides, the network made the health care manual which was about general self care for the elderly and the regulation for people who got diabetes and hypertension including the useful content on flavor making, steamed chicken for good health and raising ant for food. The health manuals were given to every family. The health promotion model was not an exact program but it was depend upon community context, learning and social capital management of the community.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
คำถามของการวิจัย	4
วัตถุประสงค์	4
กรอบแนวคิด	4
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	7
ข้อตกลงเบื้องต้น	7
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม	9
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน	16
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	23
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและเครือข่ายทางสังคมต่อการดูแลผู้สูงอายุ	29
แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน	34
แนวทางสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
 วิธีดำเนินการวิจัย	43
ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	45
วัตถุประสงค์ วิธีการ และตัวบ่งชี้	48
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การตรวจสอบเครื่องมือ	51
การเก็บรวบรวม	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 4	
 ผลการวิจัย	53
บริบทของพื้นที่ศึกษา	54
ระบบสุขภาพของชุมชน	71
ปัญหา ความต้องการ ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ	78
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน	82
ผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	89
บทที่ 5	
 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	92
สรุป	92
อภิปรายผล	97
ข้อเสนอแนะ	100
เอกสารอ้างอิง	102
ภาคผนวก	106
ภาคผนวก ก กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและบริบทชุมชน	107
ภาคผนวก ข คณะทำงาน	113
ป้ายรณรงค์กิจกรรม 5 ต้อง 7 ไม่	115
คู่มือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับชาวบ้าน	116

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จำแนกตามประเภทของโรคที่เป็นกลุ่มช่วงวัยและเพศ 2550	25
2.2	ร้อยละของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยเพศ และเขตที่อยู่อาศัย จำแนกตามการมีผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน 2550	27
3.1	จำนวนผู้สูงอายุ ตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามหมู่บ้าน	44
4.1	การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของหมู่บ้านก่อ (SWOT Analysis)	70
4.2	จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุบ้านก่อ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามเพศและอายุ	78
4.3	กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการ และตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	90

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิด	5
1.2	พื้นที่ศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ดของโครงการศึกษา	6
2.1	ตัวแบบการจัดการตามทางแนวชุมชนพึ่งตนเองแบบยั่งยืน	23
3.1	แสดงขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	47
3.2	วัตถุประสงค์ วิธีการ และตัวชี้วัด	48
4.1	ที่ตั้งหน่วยที่ศึกษาบ้านก่อ ตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด	55
4.2	ผังชุมชนการตั้งบ้านเรือนของบ้านก่อ	57
4.3	ผังประวัติศาสตร์หมู่บ้านก่อ	58
4.4	วงจรชีวิตในรอบปีของชาวบ้านก่อ	66
4.5	การประกอบอาชีพของชาวบ้านก่อ	69
4.6	ระบบสุขภาพของชาวบ้านก่อ	72
4.7	กรณีการรักษาของป่าเถิง (นามสมมุติ)	81

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2553 ประมาณว่าประเทศไทยมีประชากร 60 ปีขึ้นไปจำนวน 7.5 ล้านคนจากประชากรทั้งหมดของประเทศ 63.8 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2553) ซึ่งกล่าวได้ว่าประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบแล้ว เพราะว่ามีสัดส่วนประชากรสูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ (ปราโมทย์ ปราสาททกุล, 2552) สังคมไทยไม่ใช่รัฐสวัสดิการ และระบบสวัสดิการของผู้สูงอายุมีค่อนข้างจำกัด ทั้งสวัสดิการทางด้านสังคมและด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดการบริการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุถูกกำหนดขึ้นภายใต้แนวคิดแบบบรรเทาปัญหาในลักษณะการสงเคราะห์เฉพาะหน้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับวิธีการแก้ไขปัญหามาระยะยาว บริการส่วนใหญ่ที่มีอยู่เป็นบริการแบบตั้งรับ เน้นบริการในสถาบัน (Institution Based) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถไปใช้บริการได้ เนื่องจากมีความยากลำบากในการเดินทางและการมีภาวะสุขภาพเสื่อมถอย อีกทั้งผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหาทางการเงิน ทำให้ไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางมารับบริการได้ เป็นผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

แนวนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ระบุในแผนพัฒนาผู้สูงอายุในระยะยาวและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทของครอบครัว องค์กรทางศาสนา โรงเรียน ชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัครและสื่อมวลชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อให้ผู้สูงอายุและชุมชนพึ่งตนเอง พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขและไม่เป็นภาระยาวนานที่สุด แต่ข้อเท็จจริงในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ หลายชุมชนประสบผลสำเร็จมีการจัดตั้งองค์กรที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็มีหลายชุมชน แม้ถูกกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ร่วมกำหนดแนวทางและการดำเนินการด้านนี้ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ผู้สูงอายุไทยประสบกับภาวะเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัว จากผลของการสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัว

กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.6) โดยกลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่พบมากใน 3 อันดับแรกคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด อันดับรองลงมาคือ โรคเบาหวานความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และอันดับสามโรคความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคปวดหลัง ขณะที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2552) การบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุของภาครัฐมีค่อนข้างจำกัด บริการที่เข้าถึงผู้สูงอายุในครอบครัวมากที่สุด คือ การส่งเคราะห์เบี้ยยังชีพ ส่วนบริการด้านสุขภาพเป็นบริการในระดับชุมชน ยังไม่เข้าถึงระดับครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) ในขณะที่ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (2550) ศึกษาพบว่า งานสวัสดิการด้านสุขภาพเป็นสวัสดิการที่ผู้สูงอายุมีความพอใจ แต่ยังคงขาดมาตรการทางด้านส่งเสริมความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการดูแลตนเอง

การส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การขาดการเรียนรู้ การให้บริการไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนที่ทำหน้าที่ในการให้ความดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทจากการสำรวจระดับชาติโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อ พ.ศ.2550 พบว่า ร้อยละ 11 ของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะต้องการผู้ดูแล แต่กลับไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 10.9 ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และร้อยละ 2.2 ของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกันที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยผู้ดูแลเหล่านี้ยังต้องทุกข์ทรมาน เพราะความเจ็บป่วยของตนเองอีกด้วย ถึงแม้ประเทศไทยจะมีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชนรองรับ แต่อยู่เฉพาะในเขตเมืองเท่านั้น อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงทำให้ผู้สูงอายุฐานะปานกลางหรือยากจนไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายนี้ได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุในระดับประเทศ จากข้อมูลปี 2552 จังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 140,910 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 ของประชากรทั้งจังหวัด และส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 87.8 อาศัยอยู่ในชนบท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) ประชากรผู้สูงอายุดังกล่าวนี้มีพื้นฐานเดิมทำงานในภาคเกษตรกรรม และมีจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้ทำงานรายได้มีจำกัด สิ่งสำคัญอีกอย่างคือ ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้งจากบุคคลภายในครอบครัว เนื่องจากบุคคลในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียว ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในเรื่องสุขภาพ การปฏิบัติภารกิจประจำวัน ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีความรู้ และมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและ

จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างยิ่ง การเอาใจใส่ต่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพถือว่าเป็นหลักสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี

ปัจจุบันวิถีคิด วิถีปฏิบัติ วิธีการจัดการหรือกระบวนการทัศนคติในเรื่องสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สุขภาพมีความหมายกว้างขึ้น คือเป็นสภาวะที่สมบูรณ์เชื่อมโยงกันทุกด้านทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ระบบสุขภาพมิได้หมายถึงเพียงระบบการแพทย์และสาธารณสุขดังอดีตที่ผ่านมา แต่สุขภาพเป็นผลรวมของสังคมที่เกิดจากปัจจัยทั้งหมดที่มีอยู่ในสังคม ระบบสุขภาพจึงเป็นระบบที่ครอบคลุมทุกระบบในสังคมที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นระบบที่ไม่ได้แยกส่วน แต่ซ้อนทับเชื่อมโยงกับระบบสังคมและระบบวิถีชีวิต

อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะมีสุขภาพดี ต้องมีความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง ทั้งทางพันธุกรรม พฤติกรรมส่วนบุคคล และระบบการบริการด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ แต่พฤติกรรมส่วนบุคคลสามารถเพิ่มสมรรถนะในการป้องกันควบคุม ซึ่งมีกระบวนการดำเนินการ 2 ส่วน ได้แก่ การควบคุมพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสมในเรื่องการกิน การอยู่ และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546, หน้า 50) ชุมชนจำเป็นต้องเรียนรู้ร่วมกัน การดำเนินกิจกรรมต้องอาศัยการรวมกลุ่มในรูปขององค์กรชุมชน ซึ่งองค์กรชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพมี 2 ลักษณะ คือ 1. องค์กรชุมชนมีเป้าหมายแก้ปัญหาด้านสุขภาพโดยตรง และ 2. องค์กรชุมชนที่มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การฟื้นฟูวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น กิจกรรมเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพในกรอบวิถีคิดแบบองค์รวมของระบบสุขภาพชุมชนทั้งสิ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2544, หน้า 70-80)

ด้วยเหตุตามที่กล่าวแล้วข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจจะศึกษากระบวนการสุขภาพของชุมชนชนบทที่ยังไม่มีกลไกการทำงานด้านสูงอายุที่เข้มแข็ง ชาวบ้านประกอบมีอาชีพการเกษตร คือการทำนาอาศัยน้ำฝนปีละครั้ง มีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการความรู้ภูมิปัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพ อันได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการผลิตอาหาร การกิน การอยู่ การจัดการชีวิต การป้องกันโรค การรักษาตนเองและญาติพี่น้อง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เป็นอย่างไร ตลอดจนร่วมกันแสวงหาแนวทางหรือรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทเพื่อเรียนรู้ จัดการและบูรณาการระบบสุขภาพเข้ากับวิถีชุมชน ทั้งนี้เพื่อสู่เป้าหมายให้ผู้สูงอายุทุกคน มีสุขภาพดี สามารถพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ยาวนานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามของการวิจัย

จากความสำคัญของปัญหาของการวิจัยตามที่กล่าวมา เห็นว่าควรมีประเด็นคำถามของการวิจัยเชิงระบบที่ตอบคำถามปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีแนวทางที่เหมาะสมอย่างไร ตลอดจนให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองในเบื้องต้นได้อย่างไร ดังนั้น คำถามของการวิจัยนี้จึงมุ่งไปที่การหาแนวทางการปฏิบัติในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ โดยมีคำถามการวิจัยดังต่อไปนี้

- 1) สภาพปัจจุบันของพฤติกรรมในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
- 2) รูปแบบที่แสดงถึงวิถีปฏิบัติของเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร จึงจะเป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมตามวิถีของชุมชนในชนบท

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

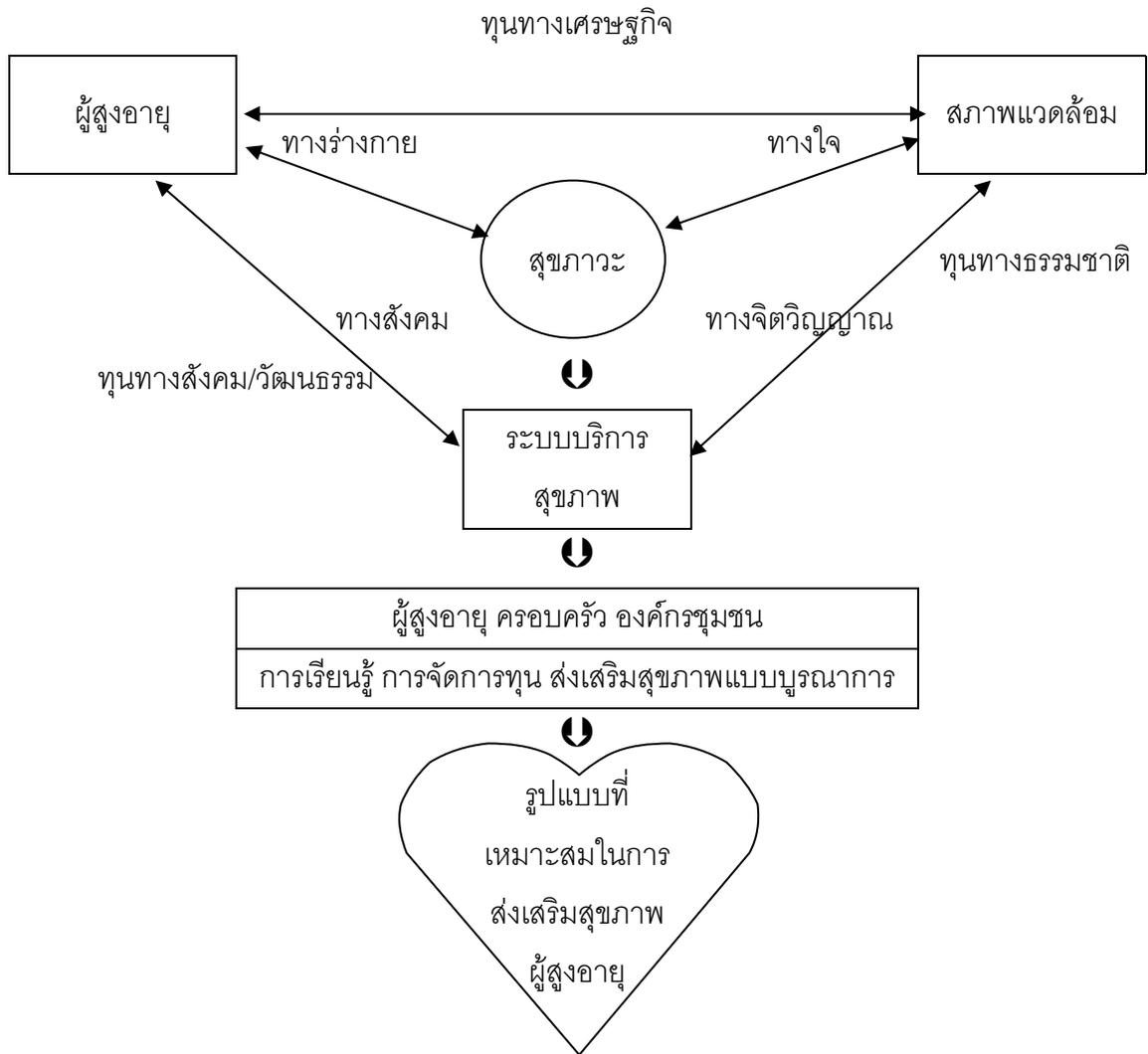
วัตถุประสงค์หลักก็เพื่อวิเคราะห์แนวทางความเป็นไปได้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพโดยเน้นผู้สูงอายุในชนบท โดยมีวัตถุประสงค์รองที่ต้องการศึกษาคือ

- 1) เพื่อศึกษาบริบทและระบบสุขภาพของชุมชนในชนบท
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนชนบท
- 3) เพื่อจัดทำและพัฒนาคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ มีแนวคิดพื้นฐานที่ว่า การที่บุคคลเราจะมีสุขภาพดีนั้น นอกจากการดูแลตนเองแล้วจะต้องมีกลไกหรือระบบสุขภาพที่ดี ที่สามารถจัดการส่งเสริม ป้องกันดูแลรักษา และแก้ไขฟื้นฟู ทั้งสุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ สุขภาพทางสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณได้ ไม่ว่าจะเป็นสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ เพศ วัยแตกต่างกัน การเสริมสร้างศักยภาพให้บุคคลองค์กรหรือชุมชน สามารถพึ่งตนเองได้ และมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยกระตุ้นให้ประชาชนต้องดูแลรับผิดชอบตนเอง ครอบครัว และชุมชน จากแนวคิดพื้นฐาน

ดังกล่าวได้นำมาสู่แนวคิดในการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชนบท โดยให้ผู้สูงอายุ เครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เป็นผู้ดำเนินการร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังกรอบในการวิจัย ดังนี้

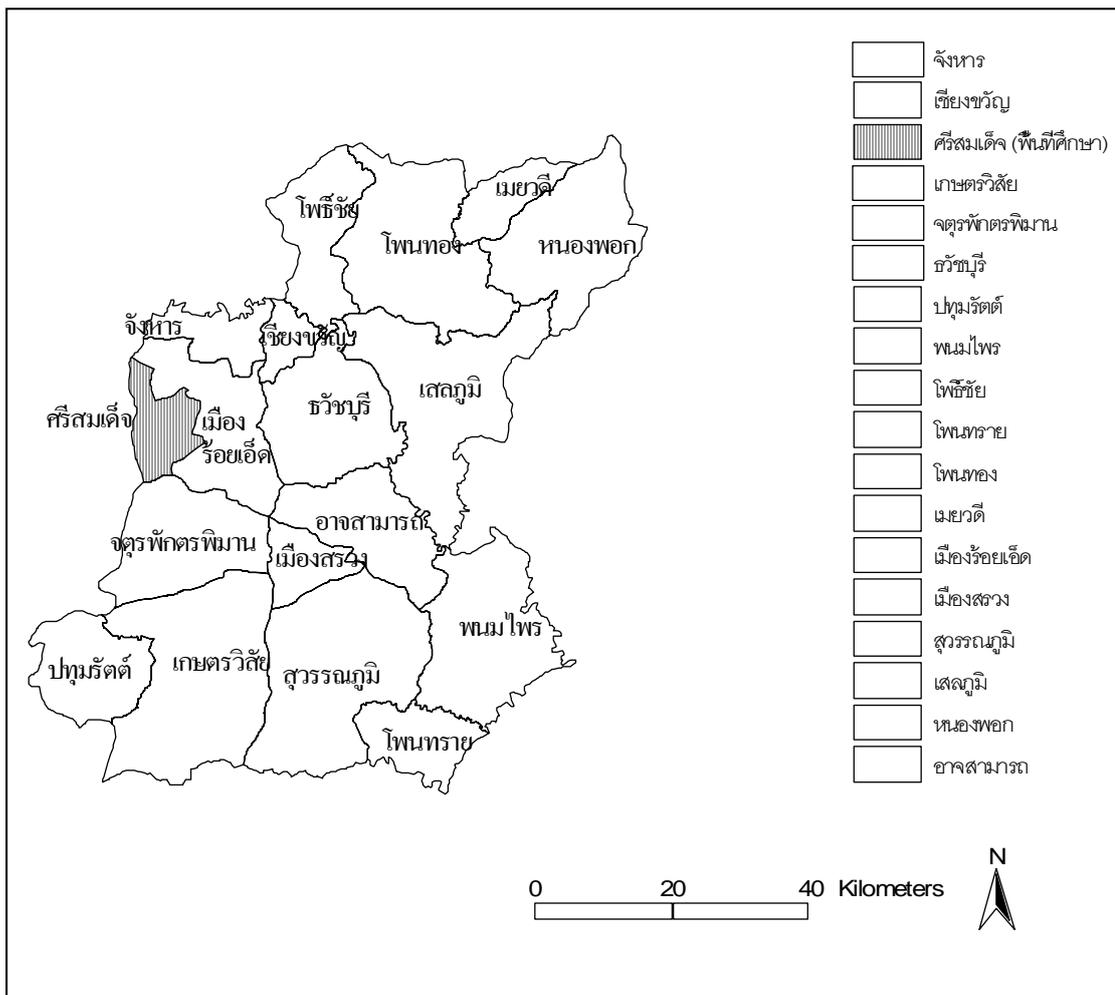


ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิด

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

ขอบเขตการศึกษาจะเน้นไปที่ระบบการดูแลสุขภาพและจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนชนบทโดยพื้นที่ศึกษา เลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากเป็นพื้นที่มีลักษณะที่ตรงตามประเด็นที่ศึกษา คือ เป็นพื้นที่ไม่มีเขตเมือง (เทศบาล) อาชีพหลักของประชาชนส่วนใหญ่คือการทำนา ที่อาศัยน้ำฝน ไม่มีระบบชลประทาน นอกฤดูการทำนาแรงงานบางส่วนจะไปรับจ้างในพื้นที่ห่างไกล การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในแง่ของชมรมมีค่อนข้างต่ำ เนื่องจากการจัดตั้งชมรมและการสนับสนุนยังไม่แพร่หลาย



ภาพที่ 1.2 พื้นที่ศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ดของโครงการศึกษา

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนชนบท เน้นการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและอนามัยชุมชนแบบบูรณาการที่ดำเนินการโดยประชาชนในชุมชน

3. ขอบเขตด้านเวลา

เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการวิจัย ระหว่างเดือนเมษายน 2553 – มีนาคม 2554 (เวลา 1 ปี) ไม่นับระยะเวลาเข้าพื้นที่ เพื่อสำรวจข้อมูลเบื้องต้น และบูรณาการนักวิจัยเข้ากับชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมในการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพและเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ซึ่งประกอบด้วยสองกิจกรรมหลัก คือ กิจกรรมเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ และกิจกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

เครือข่ายด้านสุขภาพ หมายถึง บุคคล องค์กรชุมชนที่มีบทบาทในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุฉบับชาวบ้าน หมายถึง แนวทางปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยทั่วไป และผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่เกิดจากประชาคมของชาวบ้านในระดับหมู่บ้านที่ชาวบ้านสามารถดำเนินการตามศักยภาพของตนเอง

2. คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับชาวบ้าน เป็นแนวทางการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของเครือข่ายด้านสุขภาพของชุมชน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ผลของการวิจัยนี้จะส่งผลต่อการทำให้เครือข่ายมีแนวทางในการส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชนบท
2. ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวของหน่วยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชนบทในจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน
3. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย
4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและเครือข่ายทางสังคมต่อการดูแลผู้สูงอายุ
5. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน
6. แนวทางสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

การศึกษารุ่นนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Participatory Action & Research หรือเรียกสั้นๆ ว่า กระบวนการ PAR เป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหา การดำเนินการ การติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล ในการวิจัยชนิดนี้คำว่า ปฏิบัติการ (Action) หมายถึง การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่ร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา หรือสถานการณ์ อันใดอันหนึ่งแล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและดำเนินการจนสิ้นสุดการวิจัย ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสองแนวคิดนี้มาผสมผสานกัน (สุภางค์ จันทวานิช, 2546, หน้า 68)

หัวใจสำคัญของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) คือ การจัดการชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน เพราะฉะนั้น การจัดการชุมชนและการสร้างการมีส่วนร่วมจะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการที่จะต้องทำควบคู่กันไปโดยมีเป้าหมายอยู่ที่การนำบุคลากร และทรัพยากรที่มีอยู่ภายในชุมชนมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาให้ได้มากที่สุดในรูปแบบของการรวมตัวเป็นองค์กร โดยมีนักวิจัยจากภายนอกชุมชนทำหน้าที่เป็นนักจัดองค์กร (Community Organizer)

รับบทเป็นพี่เลี้ยงช่วยอบรมความรู้และทักษะของการวิจัยให้แก่ชุมชนและส่งเสริมให้ชาวบ้านเป็นผู้มีบทบาทหลักในทุกขั้นตอนของกระบวนการ (ปาริชาติ วัลย์เสถียรและคณะ, 2543, หน้า 81)

ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน โดยยึดแนวความคิดการเรียนรู้ปัญหาของชุมชน (Problem Basic Learning) กับแนวความคิดจัดการชุมชนเป็นหลักได้แก่ (สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2535, หน้า 39-46)

1. ระยะก่อนการทำวิจัย (Pre-Research Phase)

การคัดเลือกชุมชน การเข้าถึงชุมชน การพิจารณาคัดเลือกชุมชน อาจจะใช้วิธีการสำรวจเพื่อให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นของหมู่บ้าน หรือชุมชนก่อนแล้วจึงตัดสินใจเลือกชุมชนที่เห็นว่ามีเหมาะสมและศักยภาพในการที่จะนำกระบวนการ PAR ไปใช้ เมื่อได้ชุมชนแล้ว ขั้นตอนต่อไปที่จะต้องทำคือ การเข้าชุมชนซึ่งจะต้องให้ความสำคัญกับองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำงานอยู่เดิมในชุมชน โดยควรจะต้องมีการประสานงานร่วมมือกัน ไม่ควรปฏิบัติภาระที่เป็นการทำงานหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อกัน และสิ่งที่สำคัญคือ อย่าให้กลุ่มชาวบ้านเข้าใจว่าเราจะไปช่วยแก้ไขปัญหาก็ให้เขาแต่จะต้องทำให้ชาวบ้านรับรู้เพียงว่า เราจะให้ความร่วมมือกับเขาด้านกระบวนการที่จะช่วยให้เขาแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

1.1 การบูรณาการตัวนักวิจัยให้เข้ากับชุมชน นักวิจัยหรือนักพัฒนาต้องเรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาวบ้าน เพราะต้องอาศัยอยู่ในหมู่บ้านเป็นระยะเวลาหนึ่งเพื่อรู้ถึงวิถีชีวิตสภาพเศรษฐกิจ ผู้นำด้านต่าง ๆ ประวัติศาสตร์ของชุมชน เรียนรู้วัฒนธรรมที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของชุมชน ขณะเดียวกันก็ต้องพยายามค้นหาทีมงานชาวบ้านที่เห็นว่าสามารถที่จะทำงานในกระบวนการแบบ PAR ได้

1.2 การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน การสำรวจข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับชุมชนที่ตนจะเข้าไปทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เช่น สภาพภูมิศาสตร์ลักษณะเด่นและสภาพปัญหาของหมู่บ้าน เพราะการทราบข้อมูลพื้นฐานเหล่านี้ จะช่วยให้ นักวิจัยสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของชุมชนทั้งระยะก่อนและหลังดำเนินงาน ในการแสวงหาข้อมูลทั่วไปหรือข้อมูลเบื้องต้นของหมู่บ้าน เราสามารถจะกระทำได้โดยการทำงานร่วมกับชาวบ้าน ซึ่งเป็นทีมงานท้องถิ่นที่ได้สร้างขึ้นในขั้นตอนของการบูรณาการเข้ากับชุมชน โดยการร่วมกันเก็บข้อมูลพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม ประวัติศาสตร์หมู่บ้าน เสร็จแล้วนำข้อมูลของหมู่บ้านที่มีอยู่มาวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มชาวบ้าน

1.3 การวิเคราะห์ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการ PAR และการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม เป็นปัญหาค้นละประเด็นกับปัญหาของชุมชน ในขณะที่ปัญหาของชุมชนอาจจะปัญหาเรื่องการขาดแคลนน้ำ ปัญหายากจน หรือปัญหาการขาดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แต่ปัญหาของการทำวิจัยแบบ PAR กลับได้ปัญหาเรื่องการได้มาซึ่งข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการแก้ไขปัญหาของชุมชน เป็นปัญหาทางเทคนิค ที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการแบบ PAR เพราะฉะนั้นการทำวิจัยแบบ PAR จะต้องเริ่มต้นควบคู่ไปกับการรู้จักตัวเองของชาวบ้าน รู้จักชุมชนและรู้ว่าหมู่บ้านของตนมีทรัพยากรอะไรบ้างที่สามารถช่วยแก้ปัญหาของหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการมองที่ตัวเพื่อพึ่งตนเองเป็นอันดับแรก ก่อนที่จะไปแสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอก เพราะฉะนั้นเมื่อมาถึงตรงนี้ คำแนะนำจากผู้รู้ในชุมชนผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกชุมชนหรือกิจกรรมการไปศึกษาดูโครงการพัฒนาในชุมชนอื่นที่มีปัญหาคคล้ายคลึงกัน จึงมีความจำเป็นและมีประโยชน์สำหรับการกำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะที่จะเกิดขึ้น การออกแบบการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนที่ทีมวิจัยท้องถิ่นจะเริ่มการวิจัยปัญหาที่ได้รับ การระบุให้มีความสำคัญเป็นอันดับแรก และมีความเป็นไปได้สูงที่จะดำเนินการแก้ไข พวกเขาควรได้รับการแนะนำอย่างใกล้ชิดให้รู้จักวางแผนกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะต้องดำเนินการโดยเริ่มตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการวิจัย กำหนดคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำมาสร้างเครื่องมือการวิจัย ซึ่งอาจจะแบบสอบถาม มีการระบุแหล่งที่มาของข้อมูล มีการทดสอบและปรับปรุงแบบสอบถาม มีการกำหนดแผนการเก็บข้อมูลว่าจะเก็บอย่างไร ใช้เวลาในการเก็บกี่วัน มีใครรับผิดชอบในการเก็บข้อมูลพื้นที่ไหนบ้าง เป็นต้น เมื่อถึงเวลาที่ทีมงานวิจัยของชาวบ้านออกเก็บข้อมูลจริง นักวิจัยภายนอกต้องคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จนกว่าจะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

1.4 การเผยแพร่แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมให้แก่ชุมชนการให้หลักการและแนวความคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในลักษณะที่เป็นภาพรวมแก่ชุมชนก่อนที่จะเริ่มการวิจัยนับว่าเป็นสิ่งจำเป็น เพราะเมื่อชุมชนเข้าใจในกระบวนการวิจัยแบบ PAR แล้วจะช่วยให้สามารถร่วมกันปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ ในการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะถ้าชาวบ้านได้รับรู้ว่าพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการและมีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของกระบวนการ จะช่วยสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำงานร่วมกัน เป็นทีมเกิดขึ้นในระหว่างชาวบ้าน

2. ระยะของการทำวิจัย (Research Phase)

2.1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับชุมชน กระทำการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน กระทำได้โดยการให้กลุ่มชาวบ้านที่ร่วมมือกันสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของ ชุมชน นำเสนอข้อมูลที่รวบรวมได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุขของหมู่บ้านเชื่อมโยงเข้ากับสถานการณ์ที่เป็นจริงของชุมชนในที่ประชุมชาวบ้าน ให้ที่ประชุมระบุความต้องการของชุมชนออกมา และร่วมกันประเมินว่าสภาพของชุมชนที่เป็นอยู่ในขณะนี้เป็นอย่างที่พวกเขาคาดหวังไว้หรือไม่ ถ้าหากยังไม่เป็นไปตามที่คาดหวังก็ต้องมีการอภิปรายและระบุปัญหาออกมาให้ชัดเจนว่าเป็นเพราะสาเหตุอะไร ซึ่งก็คือการระบุปัญหาของชุมชนนั่นเอง หลังจากนั้นนำปัญหาที่ได้รับการระบุมาวิเคราะห์ ถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้น บางครั้งปัญหาที่พบอาจจะมีมากกว่าหนึ่งปัญหา ก็ต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาก่อน โดยพิจารณาที่ระดับความรุนแรงและความยากง่ายในการที่จะแก้ไข การฝึกทักษะให้ชาวบ้านเรียนรู้ที่จะระบุ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นวิธีการที่จะทำให้ชาวบ้านรู้ความต้องการที่แท้จริง และสามารถจัดลำดับความต้องการของชุมชนออกมา การอภิปรายปัญหาร่วมกันจะทำให้ชาวบ้านร่วมรับรู้ และตระหนักในปัญหาของชุมชนและเข้าร่วมในกระบวนการ PAR ด้วยความเต็มใจ

2.2 การฝึกอบรมนักวิจัยท้องถิ่นเราต้องไม่ลืมว่าวัตถุประสงค์ หลักของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมคือ การแก้ปัญหาชุมชน โดยอาศัยกระบวนการการทำวิจัยด้วยตัวของชาวบ้านเอง ดังนั้น สิ่งจำเป็นที่ชาวบ้านจะต้องเรียนรู้เป็นอันดับแรกคือการเรียนรู้ทักษะในการทำวิจัย ซึ่งนักวิจัยภายนอกชุมชนจะเป็นผู้ที่เข้าไปฝึกอบรมทักษะของการทำวิจัยให้กับกลุ่มชาวบ้านที่อาสาสมัคร และได้รับการคัดเลือกจากที่ประชุมชาวบ้านให้ทำหน้าที่เป็นที่งานวิจัยของหมู่บ้าน นักวิจัยจะต้องไปฝึกทดลองทำวิจัยแบบง่าย ๆ ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การออกแบบการวิจัยการสร้างเครื่องมือ แบบสอบถาม การกำหนดวิธีการเก็บข้อมูล การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ การตีความข้อมูลที่ได้ออกมา การสรุปและร่วมกันให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของข้อมูล หลังจากนั้นต้องฝึกทักษะให้ทีมวิจัยสามารถนำข้อมูลและผลการวิจัยเสนอต่อที่ประชุมของหมู่บ้าน ในขั้นตอนนี้นักวิจัยจะต้องช่วยบอกวิธีทำกราฟ แผนภูมิ ที่ทำได้ง่ายและเข้าใจได้ไม่ยากให้แก่ทีมวิจัยของชาวบ้าน เพื่อพวกเขาจะได้นำเสนอข้อมูลแก่ที่ประชุม สุดท้ายก็ช่วยฝึกทักษะในการเขียนรายงานการวิจัยแบบสั้น ๆ ง่าย ๆ แก่ทีมวิจัยชาวบ้าน โดยนักวิจัยจากภายนอกจะต้องมีสิ่งคาดหวังอยู่ในใจตลอดเวลาว่าเมื่อชาวบ้านเรียนรู้กระบวนการทำวิจัยแล้ว พวกเขาจะสามารถแก้ปัญหาของชุมชนได้เองด้วยกระบวนการของการวิจัย

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นตอนนี้อาจเป็นขั้นตอนที่ยากเกินไปสำหรับความสามารถที่มีอยู่ค่อนข้างจำกัดในเรื่องการอ่านออกเขียนได้ของทีมวิจัยท้องถิ่น ดังนั้นสิ่งที่นักวิจัยจากภายนอกจะต้องให้ความสำคัญในขั้นตอนของการคัดเลือกที่ทีมงานวิจัยของหมู่บ้านคือ จะต้องกำหนดว่าสมาชิกในทีมวิจัยท้องถิ่นควรจะมีความรู้ในขั้นอ่านออกเขียนได้ และควรจะมีสมาชิก 1-2 คน สามารถคิดคำนวณตัวเลข บวก ลบ คูณ หาร ได้ดีพอสมควร เพื่อจะได้เป็นแกนหลักในการนำข้อมูลดิบมาคำนวณค่าร้อยละ และทำตาราง สรุปรูป กราฟ หรือแผนภูมิอย่างง่าย ๆ ได้ เมื่อทีมวิจัยท้องถิ่นนำข้อมูลดิบมาแปลผลสรุปแล้วพวกเขาก็จะทราบถึงสถานการณ์ของปัญหาที่พวกเขาหยิบยกมาทำวิจัยร่วมกันว่า มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยอะไรบ้างที่คิดว่าน่าจะเป็นสาเหตุของปัญหา พวกเขาจะเห็นถึงความแตกต่างระหว่างครัวเรือนที่กำลังประสบปัญหากับครัวเรือนที่ไม่ประสบปัญหาและเห็นลักษณะที่เหมือนกันของครัวเรือนที่ประสบปัญหาเดียวกันเหล่านี้ เป็นต้น

2.4 การนำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมหมู่บ้าน หลังจากที่ทีมวิจัยของหมู่บ้าน ได้วิเคราะห์แปลผลและจัดทำสรุปข้อมูลในรูปของตาราง กราฟ แผนผัง และแผนภูมิ สรุปความคิดรวบยอดดังกล่าวไปแล้ว ทีมวิจัยชาวบ้านและนักวิจัยต้องนำเสนอข้อมูลที่ได้ออกต่อที่ประชุมชาวบ้าน เพื่อให้รับทราบ เพื่อจะได้ให้ชาวบ้านช่วยกันยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

3. ระยะเวลาจัดทำแผน (Planning Phase)

3.1 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจำเป็นจะต้องมีทีมงานจัดทำแผนของหมู่บ้านมารับหน้าที่ต่อจากทีมวิจัย โดยสมาชิกในทีมงานวิจัยบางคนอาจเข้ามาร่วมอยู่ในทีมงานวางแผนของหมู่บ้านด้วยก็จะเป็นการดี การให้ชาวบ้านเข้ามาเป็นแกนนำในการจัดทำแผนเพื่อกำหนดโครงการ หรือกิจกรรมแก้ไขปัญหาของหมู่บ้านเช่นเดียวกับการให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติตามแผนที่ตนเองร่วมกันกำหนดขึ้น อย่างไรก็ตาม นักวิจัยจากภายนอกจะต้องคอยเป็นพี่เลี้ยงและจัดหาวิทยากรที่มีความรอบรู้ในการจัดทำแผนมาให้ความรู้แก่ทีมวางแผนของท้องถิ่น เพราะท้องถิ่นยังมีจุดอ่อนในเรื่องของการจัดทำแผนอยู่มาก ถึงแม้ว่าในแผนพัฒนาชนบทแห่งชาติ จะกำหนดให้ท้องถิ่นจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้านและแผนพัฒนาตำบล 5 ปี มานานพอสมควรแล้วก็ตาม แต่ต้องยอมรับกันว่าที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่ของรัฐ คือ พัฒนาการ เป็นผู้ที่มอบบทบาทในการจัดทำแผนดังกล่าวเสียเป็นส่วนใหญ่

3.2 การกำหนดปัญหาโครงการ กิจกรรมในการจัดทำแผนนั้น ทีมงานวางแผนของหมู่บ้านจะต้องระบุ โครงการ และกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการโดยกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการหรือกิจกรรมให้ชัดเจนว่าทำเพื่อสนองความต้องการอะไรของชุมชน โดยขั้นต่อมาจะต้องระบุแหล่งทุนสนับสนุน หรือทรัพยากรที่จำเป็นจะต้องใช้ในการดำเนินกิจกรรมระบุผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกแต่ละคนในการดำเนินกิจกรรม จัดทำตารางและกำหนดเวลาที่จะดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้น

3.3 การศึกษาความเป็นไปได้ของแผนงานก่อนที่จะนำไปปฏิบัติโดยมีการประเมินเพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ของโครงการกิจกรรมเสียก่อน (feasibility study) เพราะแผนที่ดีจะต้องสามารถนำไปใช้ได้ในโลกของความเป็นจริง การศึกษาและตรวจสอบความเป็นไปได้ของแผนสามารถกระทำได้โดยที่วางแผนของหมู่บ้านจะต้องนำแผนงานที่จัดทำขึ้นไปปรึกษาหารือและขอข้อคิดเห็นจากที่ประชุมของหมู่บ้านซึ่งประกอบด้วยสมาชิกของหมู่บ้าน ผู้รู้ของหมู่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการทั้งหมดเพื่อช่วยกันพิจารณาทั้งประเด็นความเป็นไปได้ของแผนงานทั้งในแง่ของระยะเวลา ทรัพยากร กำลังคน และศักยภาพของชุมชน เป็นต้น หลังจากนั้นก็นำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากที่ประชุมมาปรับปรุงแผนและปรับปรุงโครงการกิจกรรมให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริง หากพบว่าโครงการหรือกิจกรรมบางกิจกรรมมีความเสี่ยงที่จะประสบความล้มเหลวค่อนข้างมากก็ควรจะได้มีการนำโครงการ/กิจกรรมนั้นไปทดลองในกลุ่มเล็ก ๆ ก่อน หลังจากประเมินผลออกมาแล้วพบว่า ประสบความสำเร็จ จึงจะค่อย ๆ ขยายโครงการต่อไปให้ครอบคลุมทั้งหมู่บ้านหรืออาจกำหนดโครงการ/กิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาไว้หลายกิจกรรมเพื่อคัดเลือกกิจกรรมที่ดีที่สุด โดยดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน หลังจากนั้นประเมินดูว่ากิจกรรมหรือโครงการใดให้ผลดีที่สุด แล้วจึงนำกิจกรรมนั้นไปขยายผลด้วยการแสวงหางบประมาณและหน่วยงานสนับสนุน อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะดำเนินการในโครงการหรือกิจกรรม ที่ระบุไว้ในแผน นักวิจัยจากภายนอกจะต้องกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการแสวงหางบประมาณ บุคลากรและหน่วยงานที่จะมาสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ เพราะบางครั้งบางปัญหา ถ้าพึ่งชุมชนเองคงทำอะไรได้ไม่มากนัก และยังคงต้องขอความร่วมมือจากทางราชการหรือจากองค์กรพัฒนาเอกชน โดยชุมชนจะต้องมีตัวแทนไปเสนอโครงการและเจรจาขอการสนับสนุน ซึ่งนักวิจัยจากภายนอกควรจะมีส่วนร่วมช่วยในการแนะนำหน่วยงาน และองค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ชาวบ้านจะได้ใช้เป็นแนวทางขอการสนับสนุนต่อไป การวางแผนเพื่อติดตามและประเมินผลกิจกรรมอีกประการหนึ่งที่ชุมชนควรจะทำคือการวางแผนไว้ก่อนที่จะนำแผนงานไปปฏิบัติ คือ การกำหนดวิธีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ชุมชนควร

จะเป็นผู้ตัดสินใจว่าเมื่อได้ปฏิบัติตามแผนไปแล้ว จุดไหนควรมีการคอยติดตามตรวจสอบเป็นพิเศษ ข้อมูลและรายละเอียดอะไรบ้างที่ควรจะได้รับรวบรวมเพื่อจะได้รับทราบถึงปัญหาอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงของการดำเนินงาน ซึ่งจะส่งผลดีในการช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างทันที่

4. ระยะเวลา นำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Phase)

การกำหนดทีมปฏิบัติงานอาสาสมัคร เราต้องยอมรับว่าเป็นไปได้ยากที่จะให้ชาวบ้านทุกคนมาร่วมกันแก้ไขปัญหของชุมชนในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ จึงจำเป็นที่จะต้องมอบหมายให้ทีมงานหมู่บ้านเข้ามารับผิดชอบดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้โดยผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน โครงการ/กิจกรรม จะต้องกระจายไปยังสมาชิกทุกคนเพราะฉะนั้น ทีมปฏิบัติจะต้องมีความเสียสละและมีความรับผิดชอบต่อผลประโยชน์ของส่วนรวม ทีมปฏิบัติจะต้องได้รับการยอมรับ และการไว้วางใจจากสมาชิก เพราะถ้าหากขาดการยอมรับจากสมาชิกแล้วโอกาสที่จะปฏิบัติงานล้มเหลวก็มีมาก เนื่องจากสมาชิกไม่ให้ความร่วมมือ การอบรมทีมปฏิบัติงานอาสาสมัครควรมีการอบรมเพื่อให้ความรู้ และเทคนิคในการทำงาน ตลอดจน การบริหารจัดการแก่ทีมปฏิบัติงานอาสาสมัครให้มีความรู้ความสามารถที่จะปฏิบัติตามแผนงานได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้อาจเชิญวิทยากรจากภายนอกชุมชนเข้ามาเสริมความรู้ให้ทีมปฏิบัติงานทั้งก่อนและขณะที่กำลังดำเนินงาน เพื่อเป็นการเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงาน เป็นการให้ความรู้และเทคนิคในการผลิตต่าง ๆ

5. ระยะเวลา ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase)

การติดตามและประเมินผลโครงการนับเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและจะขาดไม่ได้ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพราะฉะนั้น นักวิจัยจากภายนอกควรเสนอให้ชาวบ้านจัดตั้งทีมงานติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของหมู่บ้านขึ้นมาโดยรับการฝึกอบรมความรู้และเทคนิคในการติดตามและประเมินผลโครงการอย่างง่าย ๆ จากเจ้าหน้าที่ก่อนจะปฏิบัติงาน ทีมงานติดตามและประเมินผล จะต้องติดตามการทำงานของฝ่ายปฏิบัติการทุกระยะว่าเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างที่จะต้องแก้ไขสุดท้ายต้องประเมินว่าโครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการไปบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึก และรายงานความก้าวหน้าของโครงการที่ทำไว้ทุกระยะ เมื่อทำการประเมินโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ทีมงานติดตามและประเมินผลจะต้องรวบรวมข้อมูลและผลการ

ประเมินเสนอให้ที่ประชุมหมู่บ้านรับทราบและให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อชาวบ้านจะได้เห็นผลงานที่เกิดจากความพยายามร่วมกันของทุกฝ่ายในการช่วยกันแก้ไขปัญหาของชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน

จากการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในอดีตได้ให้ความสำคัญกับการเร่งรัดการเจริญเติบโตเศรษฐกิจ ยุทธศาสตร์การพัฒนาได้มุ่งเน้นพัฒนาอุตสาหกรรมและการผลิตเพื่อการส่งออก โดยอาศัยความได้เปรียบทางด้านทรัพยากรธรรมชาติและทรัพยากรมนุษย์มาใช้ขยายฐานการผลิต เพื่อสร้างรายได้และมีงานทำ อย่างไรก็ตาม การเจริญเติบโตรุดหน้าทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ มิได้หมายความว่า คนไทยและสังคมไทยจะมีความสมบูรณ์พูนสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างทั่วถึงมีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่ดีงาม และมีความเรียบง่ายของสังคมไทยซึ่งเริ่มเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆ กับความเสื่อมโทรม ธรรมชาติ และความไม่มั่นคงของครอบครัว ชุมชน และสังคม

อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดการพัฒนาศตวรรษที่ 8 เป็นต้นมา ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดเพื่อพึ่งพาตนเอง ซึ่งมาจากฐานคิดแนวชุมชน (Community Culture) ไม่น้อย เห็นได้จากกลุ่มนักคิดแนววัฒนธรรมชุมชนของไทย เช่น ประเวศ วะสี ฉัตรทิพย์ นาถสุภา เอกวิทย์ ณ ถลาง วิบูลย์ เข็มเฉลิม นิธิ เอียวศรีวงศ์ เนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์ ระวี ภาวิไล, พระธรรมปิฎก ตลอดจนประชาชนชาวบ้าน มีส่วนในการเสนอกระบวนการพัฒนา โดยการเสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างรัฐกับประชาชน รวมทั้ง การที่จะมีหลักประกันด้านสิทธิเสรีภาพ ความเสมอภาค และการแก้ไขความขัดแย้งด้วยสันติวิธี เป้าหมายการพัฒนาเพื่อให้สังคมอยู่ดีมีสุข มีความเมตตากรุณา มีครอบครัวอบอุ่น มีชุมชนที่เข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ (2543, หน้า 158-163) ได้สรุปแนวคิด การพึ่งตนเองได้ ดังนี้

1. เห็นว่าแกนหลักของสังคมไทย คือ ชุมชน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ชุมชน คือ รากเหง้าของสังคมไทย และชุมชนเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมที่สำคัญที่สุด
2. ต่อต้านกระแสโลกาภิวัตน์ที่เข้ามากัดกร่อนพลังของชุมชน และก่อให้เกิดการพึ่งพาในหลายๆ ทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านเศรษฐกิจ และเทคโนโลยีจากภายนอกประเทศ

3. เน้นระบบเศรษฐกิจแบบพึ่งตนเองตามหลักเศรษฐศาสตร์ชาวพุทธ ทั้งในระดับของปัจเจกและระดับชุมชน และอาจขยายระดับไปสู่อุตสาหกรรมชุมชน โดยให้หลักการทางวัฒนธรรมที่สำคัญของไทย คือ ความมีน้ำใจและการช่วยเหลือเกื้อกูลมาเป็นเครื่องค้ำประกัน และสนับสนุนให้การพึ่งตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งของชุมชน และประกอบด้วย หลักการศาสนา คือ ความสมณะ และการอยู่ร่วมกับธรรมชาติ เพื่อการรักษาสุขภาพทางนิเวศเป็นตัวกำกับพฤติกรรมทางเศรษฐกิจ และมีการอยู่พอดี กินพอดี ไม่ทำลายทรัพยากรธรรมชาติ โดยการประสานผลประโยชน์ร่วมของทั้ง 3 ฝ่าย คือ ชุมชน ชนชั้นกลาง และรัฐ

4. เน้นการฟื้นฟูวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมของไทยมาปรับใช้ในกระบวนการพัฒนา เพื่อให้ชุมชนมีพลังที่เข้มแข็ง อันเป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้เศรษฐกิจแบบพึ่งตนเองดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน

5. ค้นหาและพัฒนาภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อนำมาใช้ในชีวิตทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้มีการศึกษาเรียนรู้ร่วมกันในระดับชุมชน ซึ่งจะเป็นการดึงให้การศึกษากลับมาสู่ชุมชนอย่างแท้จริงอีกครั้ง

6. เน้นการร่วมมือกับสถาบันศาสนา (คือ วัด) ให้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการศึกษา และภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อการดำรงอยู่ของชุมชนตามหลักการไตรลักษณ์ชุมชน คือ บ้าน (ชุมชน), วัด และโรงเรียน

7. ในด้านการเมือง เน้นอำนาจการตัดสินใจของชุมชนเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรตามหลักการการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งจะเป็นไปได้ต้องมีกระจายอำนาจการเมืองสู่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ในเรื่องของการเมืองระดับชาตินั้น จะสามารถเป็นประโยชน์ต่อชุมชนได้ก็ต่อเมื่อชนชั้นกลางในเมืองจะต้องร่วมกับชาวบ้าน

เห็นได้ว่า การพัฒนาตามแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับชุมชนในการแก้ไขวิกฤตการณ์ต่างๆ ชุมชนต้องมีความเข้มแข็ง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญ ทำให้เกิดสิทธิการรวมกลุ่ม มีเครือข่าย ตลอดจนการเรียนรู้ร่วมกัน ความเข้าใจเกี่ยวกับประชาสังคม การพัฒนาตามแนววัฒนธรรมชุมชน จะบรรลุผลความเป็นชุมชน หรือสังคมที่เข้มแข็งต้องเกิดขึ้นด้วย เพื่อให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ ดังนี้

การพัฒนาที่ยั่งยืนและพึ่งตนเองเป็นการพัฒนาแบบองค์รวมที่จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มียุทธศาสตร์ที่สำคัญ 2 ประการ คือ (ชาติชาย ฌ เชียงใหม่, 2542, หน้า 2-31)

1. การเพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งของคนและชุมชน

การพัฒนาแบบองค์รวมตามแนวคิดในการพัฒนาสังคมจำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพของชุมชน โดยมุ่งส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีความเข้มแข็งที่สามารถกำหนดทิศทางการ

วิธีการดำเนินชีวิตที่พอเพียง มีเอกลักษณ์ของตนเอง ในขณะเดียวกัน สามารถปรับตัวรับรู้เท่าทันสภาพแวดล้อมในด้านต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยกระบวนการเพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน ประกอบด้วย

- 1.1 การทำให้องค์รวมชุมชนเข้มแข็ง มีเครือข่ายเชื่อมโยงกัน เพื่อเกื้อกูลกัน ส่งเสริมประชาสังคมและความเข้มแข็งของชุมชน
 - 1.2 การดำรงรักษาแบบแผน ความคิด คุณค่า จิตสำนึกที่ดั้งเดิมของชุมชน
 - 1.3 การเสริมสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้โดยเชื่อมกับเครือข่ายองค์กรหน่วยงานภายนอก
2. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเพิ่มศักยภาพ และความเข้มแข็งของคนและชุมชน

การดำเนินงานพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนจำเป็นต้อง ทบทวนบทบาทของภาครัฐจากการเป็นผู้คิดและทำแทนประชาชน มาเป็น ผู้สนับสนุน และร่วมคิด ร่วมทำ ซึ่งวางอยู่บนหลักพื้นฐานสำคัญ 4 ประการ คือ (วิจิต นันทสุวรรณ, 2544, หน้า 12 - 23)

1. **สร้างความเชื่อมั่น** วิธีการสร้างความเชื่อมั่นให้กลับคืนมา คือ การเริ่มค้นหา ศักยภาพของตน ค้นหาภูมิปัญญา และ “ทุน” ที่ยังเหลืออยู่ ทุนทางปัญญา ทุนทางสังคม อันหมายถึง คุณค่า ระบบคุณค่า ความเป็นพี่เป็นน้อง ความเอื้ออาทรต่อกัน ความเป็นชุมชน ตลอดจน ทุนทางเศรษฐกิจ ทุนโภคทรัพย์ ที่แม้จะเหลืออยู่อย่างจำกัด แต่ก็ยังเป็นทุนที่เพียงพอ เพื่อการพึ่งตนเอง ที่ผ่านมาชุมชนมองข้าม “ทุน” ที่มีอยู่ในชุมชน มองเห็นแต่ปัญหา การสร้างความเชื่อมั่นไม่สามารถทำได้ หากเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหา และความต้องการของชุมชน โดยมองไม่เห็นทุนเดิมที่ยังมีอยู่มากมายในชุมชน ที่สำคัญที่สุด คือ การค้นพบภูมิปัญญา ในชุมชน ในท้องถิ่น ค้นพบประวัติศาสตร์ความเป็นมาของท้องถิ่น ของหมู่บ้าน ของบรรพชน เกิดความภูมิใจในเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม เกิดพลังทางปัญญาที่ก่อให้เกิดอิสรภาพ และเป็น ตัวของตัวเอง โดยจัดการทุนที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งทุนของชุมชน อาจแบ่งได้ 4 ประเภท ดังนี้ (อุทัย ดุลยเกษม, 2545, หน้า 186 - 187)

1. ทุนระบบนิเวศ (Ecological Capital) ได้แก่ แม่น้ำลำธาร พื้นดิน ระบบนิเวศ มีความหลากหลายทางธรรมชาติ แต่ละชุมชนจะมีมากน้อยแล้วแต่ที่ตั้งของชุมชน ชุมชนใดมี ระบบนิเวศมากก็จะมีโอกาสที่จะเป็นชุมชนที่มั่นคงและยั่งยืนได้มากกว่า อย่างไรก็ตามการที่จะ รักษาทุนระบบนิเวศไม่ให้ออกไปจากชุมชนนั้น คงต้องให้สิทธิแก่ชุมชนในการดูแล แต่ส่วนใหญ่ มักจะถูกบุคคลภายนอกนำไปใช้ประโยชน์

2. **ทุนสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Capital)** ทุนนี้ในสังคมไทย แข็งแกร่งมาก ระบบเครือข่ายที่พี่น้องมีความเข้มแข็งมาก ทำให้ชุมชนมั่นคงไม่แตก แต่ปัจจุบัน ระบบเครือข่ายได้ลดน้อยลงไปมาก จะเห็นได้จากชุมชนบ้านจัดสรรที่ผู้คนแทบไม่รู้จักกันเลย แม้จะมีบ้านอยู่ติดกัน ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมมีมากในชุมชนชนบท แต่บางชุมชนทุนนี้ ค่อยเลือนหายไป

3. **ทุนสติปัญญา (Wisdom Capital)** หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ในแต่ละท้องถิ่น จะมีทุนทางสติปัญญาอยู่ในการจัดการ และแก้ไขปัญหา ซึ่งแต่ละชุมชนจะมีมากน้อยแตกต่างกัน

4. **ทุนเงินตรา (Financial Capital)** ชุมชนแต่เดิมสนใจทุนประเภทเงินตราน้อย แต่ระยะหลังที่ผ่านมา ตั้งแต่เราเริ่มที่จะพัฒนาประเทศ เราสนใจทุนเงินตรา พอเราเห็นชุมชนมี เงินทุนน้อย ยากจน เราก็จะอัดทุนนี้เข้าไป ในสมัยหม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมทย์ มีทุนเงินผัน สมัยใน ชวน หลีกภัย ก็มีทุนเมียชวา มาถึงสมัย ดร.ทักษิณ ชินวัตร ก็มีโครงการกองทุนหมู่บ้าน การนำทุนเงินตรามาพัฒนาโดยไม่คำนึงถึงทั้ง 3 ทุน ก็จะทำให้ขาดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้

2. พื้นฟูความสัมพันธ์ พื้นฟูคุณค่าของความสัมพันธ์เดิมที่หายไป การคืนดีกับดิน น้ำ ป่า เขา กับธรรมชาติรอบตัว กับชุมชน เอาจริงๆ “ชุมชน” กลับคืนมา สร้างชุมชนให้เข้มแข็ง พื้นฟู ความสัมพันธ์ฉันพี่น้องกับในชุมชน ระหว่างชุมชน สร้างองค์กรชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นเวที ความร่วมมือระหว่างผู้คนที่สามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นเครือข่ายที่พึ่งพาอาศัยกัน เป็น องค์กรชาวบ้านที่รวมตัวกันเพื่อดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ทั้งการเกษตร สิ่งแวดล้อม ออมทรัพย์ และ สวัสดิการชุมชน การแปรรูปผลผลิตเป็นอุตสาหกรรมชุมชน การจัดการธุรกิจชุมชน เป็นต้น เป็น การฟื้นฟูความสัมพันธ์เพื่อให้อยู่รอดได้ในสถานการณ์ใหม่

3. พัฒนาระบบการจัดการใหม่ ซึ่งเกิดขึ้นได้ 2 ทาง คือ ชุมชนเรียนรู้ และพัฒนา ความสามารถในการจัดการของตนเอง และการคืนสิทธิของชุมชนในด้านการจัดการ ทั้งการจัดการ ทรัพยากรดิน น้ำ ป่า ผลผลิต จัดการศึกษา จัดการสุขภาพ จัดการเงินทุน จัดการสวัสดิการ จัดการการพัฒนา และการจัดการชีวิตในสถานการณ์ใหม่ ชุมชนต้องพัฒนาระบบการจัดการ ด้วยตนเอง ลดละการพึ่งพาคนที่มิใช่ทุน มีความรู้ มีอำนาจมากกว่าเป็นระบบการจัดการที่สนับสนุน ระบบพึ่งตนเองของชุมชน เป็นระบบการจัดการที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าของ “คน” และสรรพสิ่ง อันหมายถึง ทรัพยากร และเทคโนโลยีต่าง ๆ ควบคู่กับการมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่ได้หมายถึง ระบบการจัดการงานเพียงด้านเดียว แต่มีการพัฒนาความสัมพันธ์ของ “คน” เป็นแกนกลาง ของการจัดการด้วย

4. **กระบวนการเรียนรู้** เป็นการสร้างความเชื่อมั่น พัฒนาความสัมพันธ์ และพัฒนาระบบการจัดการใหม่ ชุมชนจำเป็นต้องเรียนรู้ และคนในชุมชนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโอกาสการเรียนรู้ไม่ได้หมายถึง เพียงการเรียนรู้ในระบบสถาบัน การศึกษาระบบการศึกษา หรือการอบรมโดยหน่วยงานเท่านั้น แต่เป็นการเรียนรู้ทั้งที่ได้จาก “ครู”, “ตัวแบบ”, “การปฏิบัติ” และจาก “ชีวิตจริง” เป็นการเรียนรู้หลากหลายรูปแบบ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ความเข้มแข็งขององค์กร และสามารถบริหารจัดการทุกอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป้าหมายสูงสุด คือ การพึ่งตนเองของชุมชน เป็นการเรียนรู้ที่เน้นให้รู้จักชุมชน และโลกกว้างที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับชุมชน รู้จักชีวิต และโครงสร้างของสังคมที่มีอิทธิพลกำหนดชีวิตของตน เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากการทบทวนตัวเอง ไตร่ตรองประสบการณ์การเข้าร่วมกับการพัฒนาสมัยใหม่ และแสวงหาทางเลือกใหม่ของชุมชน เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการประสานความรู้เก่าและใหม่ หรือการประสานความรู้ภูมิปัญญาของชุมชนเข้ากับความรู้ภูมิปัญญาจากสังคมอื่นหรือภูมิปัญญาสากล และความรู้ใหม่ที่เป็นผลผลิตของกระบวนการเรียนรู้ และมีบทบาทชี้้นำการพัฒนาของชุมชน สร้างสรรค์ทางเลือก และรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย เป็นหน่ออ่อนในการพัฒนารากฐานที่เข้มแข็งของชุมชนในระยะต่อไป

ทำนองเดียวกันไพโรจน์ ภัทรนรากุล (2545, หน้า 54-57) ได้อธิบายว่า องค์ประกอบที่สำคัญสำหรับชุมชนพึ่งตนเอง ได้แก่

1. **ทรัพยากรธรรมชาติ** ทรัพยากรธรรมชาติเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมาก สำหรับการพึ่งตนเองของชุมชน ชุมชนชนบทในอดีตมีขีดความสามารถในการพึ่งตนเองสูงเพราะมีทรัพยากรธรรมชาติที่สมบูรณ์ มีป่าไม้อันอุดมสมบูรณ์ มีแหล่งน้ำ มีปัจจัยในการผลิตเพื่อเลี้ยงตัวเองได้อย่างมั่นคง หลายพื้นที่เป็นอู่ข้าวอู่น้ำ เป็นดินแดนแห่งท้องทุ่งที่มีความอุดมสมบูรณ์เหมือนดังทุ่งรวงทอง เช่น สุโขทัยในอดีตที่สะท้อนถึงในน้ำมีปลาในนามีข้าว และหลายชุมชนในภาคกลาง โดยเฉพาะชื่อจังหวัดส่วนใหญ่สะท้อนถึงความมั่งคั่งของทรัพยากร อาทิ อ่างทอง สุพรรณบุรี กาญจนบุรี หรือสะท้อนถึงเป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรป่าไม้ และทรัพยากรชายฝั่ง อาทิ เพชรบูรณ์ เพชรบุรี

2. **ทุนทางสังคมและทุนเศรษฐกิจ** เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ เพื่อให้ชุมชนมีความสามารถในการพึ่งตนเอง ชุมชนจำเป็นต้องมีทุนทางสังคม หมายถึง มีระบบสังคมชนบทธรรมนิยม ประเพณี วัฒนธรรมที่เกื้อกูลกับการดำรงอยู่ร่วมกัน ระบบความสัมพันธ์

แบบเครือข่าย มีความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจ ช่วยเหลือเอื้ออาทร และสมาชิกทุกคนมีจิตสำนึก มีอุดมการณ์ร่วมของชุมชน มีความผูกพันในการสรรสร้างความเป็นชุมชนที่เข้มแข็งและมั่นคง

3. ภูมิปัญญาและองค์ความรู้ การที่ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้นั้น ต้องมีภูมิปัญญา และองค์ความรู้ เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน การแก้ไขปัญหาวิกฤตการณ์ของชุมชน ตลอดจน การมีภูมิปัญญาในการคิด วางแผน กำหนดเป้าหมายของตนเอง องค์ความรู้ เพื่อการจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชนโดยชุมชนเอง การมีเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับชุมชน เป็นนวัตกรรมของชุมชน รวมถึงองค์ความรู้ในการปรับตัวให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างปลอดภัย และมั่นคงในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ ชุมชนจำเป็นต้องมีภูมิปัญญา และองค์ความรู้ใหม่ ๆ ในการจัดการความสัมพันธ์ภายในชุมชน และการจัดการ ความร่วมมือกับ ภายนอกชุมชน

4. ระบบการจัดการ ซึ่งประกอบด้วย ปรัชญา คุณค่า และวัฒนธรรมชุมชนมี องค์การชุมชนและการจัดการ ซึ่งจะช่วยในการประสานและบูรณาการความร่วมมือหากเรามอง ชุมชนเป็นองค์การ ชุมชนเปรียบเสมือนองค์การที่มีชีวิต ประกอบด้วยระบบคุณค่ามีขนบธรรมเนียม และวัฒนธรรมที่หลากหลาย มีปรัชญา คุณค่าที่สมาชิกยึดถือเป็นบรรทัดฐาน เพื่อการปฏิบัติร่วมกัน คุณค่าหลักอาจเป็นเรื่องความเป็นธรรมในสังคม ความเสมอภาค การเคารพในสิทธิและเสรีภาพ ของผู้อื่น ความเชื่อและศักยภาพของสมาชิกในชุมชน การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข และถ้าเรา พิจารณาถึงแนวคิดเรื่องผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ชุมชนเป็นแหล่งรวมของวิถีชีวิต และมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้ปฏิบัติ (actors) ที่หลากหลาย ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและสถาบัน การมีระบบ การจัดการจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้ชุมชนสามารถดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน

5. การสนับสนุนจากภายนอก เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผล ต่อการพึ่งตนเองของชุมชน มีหลายชุมชนที่มีความพร้อม และสามารถพึ่งตนเองแต่มีหลายชุมชนที่ ขาดศักยภาพหรือถูกกระทำให้สูญเสียศักยภาพ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งอาจ เป็นทุนทางเศรษฐกิจ ชุมชนต้องการความความสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการ ชุมชนมีความ จำเป็นต้องติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการแลกเปลี่ยนสินค้าและบริการ เพื่อให้มีขีดความสามารถในการพึ่งตนเองในระดับสูงขึ้น

6. ปัจจัยเงื่อนไขที่เอื้อต่อการพึ่งตนเอง ในสถานการณ์ที่โลกขับเคลื่อนไปใน กระแสโลกาภิวัตน์ สังคมในยุคทุนนิยม และการเปิดเสรีทางการค้า และการสื่อสารโทรคมนาคม กระแสของวัตถุนิยมและบริโภคนิยมที่เป็นอยู่ได้สร้างแรงกดดันให้กับชุมชน โดยเฉพาะ ชุมชนชนบทและชุมชนเมืองยากจน กระแสของการเมืองในประเทศที่ถูกกำหนดโดยกลุ่มทุน

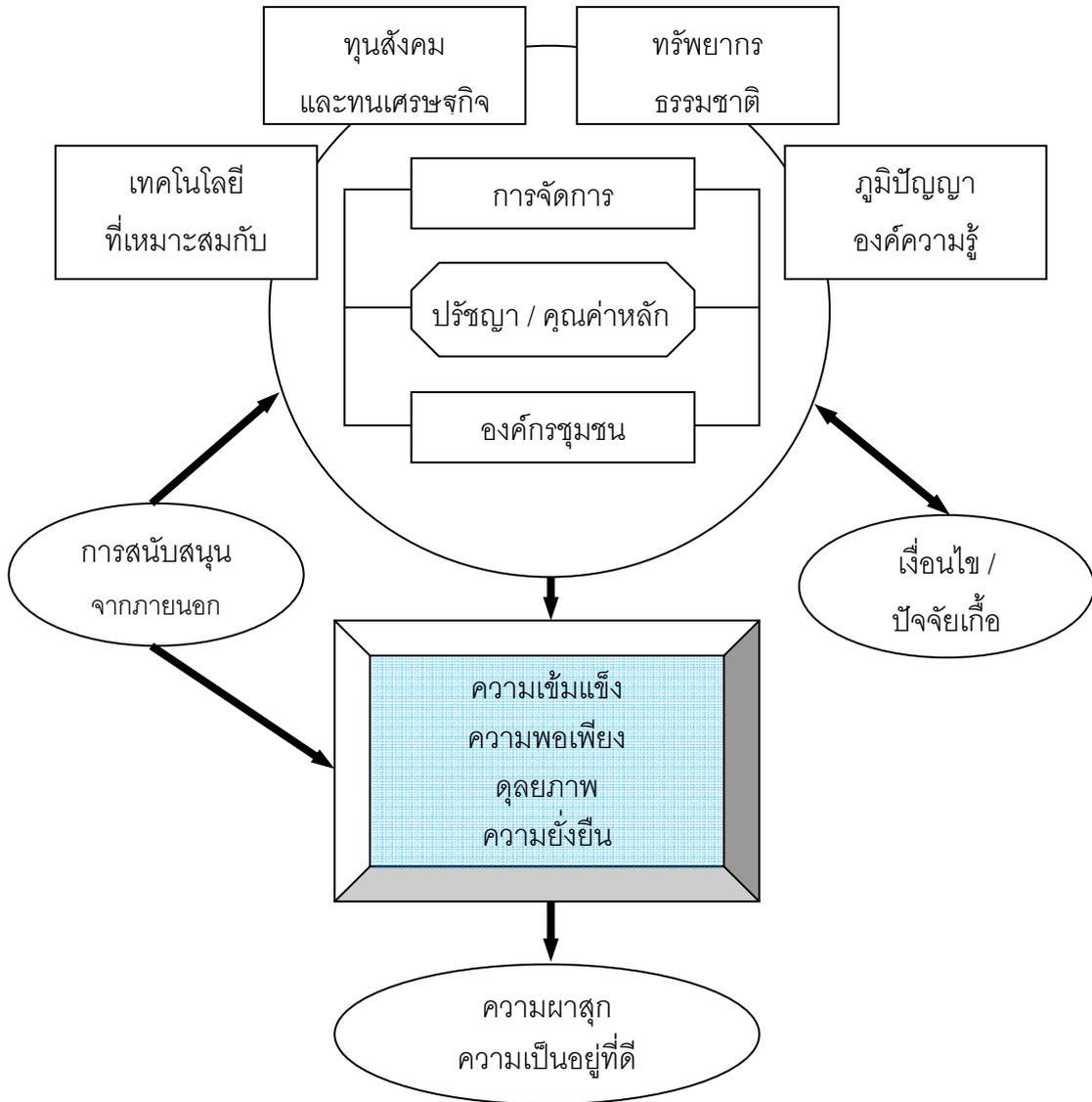
และการแพร่ของวัฒนธรรมต่างชาติ นับเป็นภัยคุกคามชุมชน และทำให้ชุมชนต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด ทั้งนี้ ชุมชนจะอยู่รอดได้ และสามารถมีแบบแผนที่พึงตนเองได้หรือไม่ มีปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญ ได้แก่

6.1 การปรับวิถีคิดของสมาชิกในชุมชน และปรับวิถีชีวิตใหม่ โดยยึดถือปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ใช้ชีวิตอยู่ในทางสายกลาง เรียบง่าย มีความเพียร และอยู่อย่างเกื้อกูล ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รู้เท่าทันตนเอง และสามารถก้าวข้ามวัฒนธรรม และบริโคนิยม สามารถปรับตัวดำรงอยู่ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ได้

6.2 ปรับความคิดและปรับจิตสำนึกการเป็นผู้ให้ ผู้สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นต้องอาศัยปณิธาน ความมุ่งมั่น และวิสัยทัศน์ของผู้นำ นักการเมือง ในฐานะผู้กำหนดนโยบาย ตลอดจน นักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา

6.3 จำเป็นต้องมีการจัดระเบียบสังคมใหม่ ซึ่งหมายถึง การจัดระบบความสัมพันธ์ของคนในชุมชนด้วยตนเอง และการจัดระบบความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจระหว่างชุมชนกับสังคมภายนอก กล่าวโดยเฉพาะสังคมไทยจำเป็นต้องจัดระบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจใหม่ที่อยู่บนพื้นฐานของสำนึกใหม่ร่วมกันในการที่จะอยู่ร่วมกันอย่างเห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทร คนที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ที่มีสถานะทางอำนาจ และสถานะทางเศรษฐกิจสังคมที่สูงกว่า จะเสียสละ แบ่งปัน ลดการเอาตัวเอาเปรียบสังคม

หากมีการจัดการที่เหมาะสม เป็นที่คาดหวังว่าชุมชนจะมีความเข้มแข็ง ความพอเพียง มีคุณภาพและความยั่งยืน สุดท้ายส่งผลให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดี และความผาสุกของชุมชน และหากทุกชุมชนมีความสามารถในการพึ่งตนเอง มีความเข้มแข็ง และพัฒนาไปสู่การมีเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชน และขยายไปสู่ระดับชาติและระดับโลก สามารถบรรลุจุดหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน สำหรับตัวแบบการจัดการตามแนวทางชุมชนพึ่งตนเองแบบยั่งยืน ได้นำเสนอในภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 ตัวแบบการจัดการตามแนวทางชุมชนพึ่งตนเองแบบยั่งยืน
 ที่มา (ไพโรจน์ ภัทรนรากุล, 2545, หน้า 57)

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย

1. ความหมายของสุขภาพ

คำว่า “สุขภาพ” มาจากคำภาษาอังกฤษว่า “health” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า “health” ซึ่งมีความหมาย 3 ประการ คือ ความปลอดภัย (Safe) ความไม่มีโรค (Sound) หรือทั้งหมด (Whole) ดังนั้น สุขภาพเป็นลักษณะของคนใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ

สังคัม และวิญญาน (ปัญญา) หากสมบรูณ์อย่างสมดุลแล้วก็นำไปสู่ที่เรียกว่า สุขภาวะ (วิกิพีเดีย, 2553) ซึ่งสอดคล้อง องค์การอนามัยโลกที่ให้ความหมายว่า สุขภาวะที่สมบรูณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคัม และทางจิตวิญญาน ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (ประเวศ วะสี, 2543, หน้า 4-10) และได้ขยายความสุขภาวะในด้านต่างๆ ดังนี้

สุขภาวะทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบรูณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรคไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กาย ในที่นี้หมายถึง ทางกายภาพด้วย

สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ รื่นเริง รวมถึง การลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย

สุขภาวะทางสังคัม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคัมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคัม มีระบบบริการที่ดี

สุขภาวะทางจิตวิญญาน หมายถึง สุขภาวะจากการทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา เป็นต้น

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต) (2548) ได้อธิบายเกี่ยวกับสุขภาพว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะซึ่งเป็นคำที่ใช้ในภาษาบาลี โดยคำว่า สุขภาวะในพุทธศาสนามีความหมายที่กว้างขวางกว่าการเจ็บป่วยด้านร่างกาย คือ ความเป็นองค์รวมเป็นเรื่องของชีวิต สุขภาวะสื่อความหมายที่ใกล้เคียงความสุข ซึ่งมีความหมายมากกว่าการไม่เจ็บป่วย ในทางพุทธศาสนา มองว่า ปัญหาสุขภาพเป็นเพราะการเป็นอยู่ไม่เป็น ซึ่งหมายถึง การดำเนินชีวิตไม่เป็น โดยมองว่าชีวิตและระบบการดำเนินชีวิตนั้นเป็นองค์รวม ชีวิตมีความเป็นองค์รวม คือ ประกอบด้วยรูปแบบหรือกายกับจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงและมีความสัมพันธ์กับระบบต่างๆ

กล่าวโดยสรุป สุขภาพ คือ ภาวะของบุคคลที่มีความสมบรูณ์ที่ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ มีจิตใจที่ดีงาม ร่าเริงแจ่มใส ด้านสังคัมมีการคบค้าสมาคมกับเพื่อนบ้าน สังคัมมีความเข้มแข็ง อยู่เย็นเป็นสุข และด้านปัญญาหรือจิตวิญญานรู้จักเลือกสรร มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. ภาวะสุขภาพและโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, หน้า 21 - 26) พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ประสบปัญหาสุขภาพ คือ การมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและวิถีการ

ดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับภาวะเครียดเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดในสมองตีบ และอัมพาต อัมพฤกษ์ เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางมีสัดส่วนของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือดในสมองตีบสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยปลาย พบอุบัติการณ์ของโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ในกลุ่มของผู้สูงอายุวัยปลาย สูงกว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จำแนกตามประเภทของโรคที่เป็นกลุ่มช่วงวัย และเพศ พ.ศ.2550

โรคเรื้อรัง	รวม	กลุ่มวัย			เพศ	
		วัยต้น (60-69 ปี)	วัยกลาง (70-79 ปี)	วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	ชาย	หญิง
ความดันโลหิตสูง	31.7	28.9	35.9	34.6	26.7	35.7
เบาหวาน	13.3	13.5	13.9	10.5	9.5	16.4
หัวใจ	7.0	5.7	9.0	8.4	5.0	8.6
อัมพาต/อัมพฤกษ์	2.5	1.8	3.1	4.8	2.7	2.3
หลอดเลือดในสมองตีบ	1.6	1.3	2.0	1.6	1.5	1.6
มะเร็ง	0.5	0.4	0.5	0.5	0.4	0.6
ความดันโลหิตสูง & เบาหวาน & หัวใจ	1.5	1.3	1.7	1.6	1.0	1.9
ความดันโลหิตสูง & หลอดเลือดในสมองตีบ	1.0	0.8	1.4	1.3	0.8	1.2
ความดันโลหิตสูง & หลอดเลือดในสมองตีบ & อัมพาต/อัมพฤกษ์	0.3	0.2	0.4	0.5	0.3	0.3

ที่มา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, หน้า 26)

3. พฤติกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี รับประทาน ผักสดและผลไม้สดเป็นประจำ หมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยเพียงพอ (วันละไม่ต่ำกว่า 8 แก้ว) และไม่เครียด สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี แต่จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2550 พบว่า ผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.1) ออกกำลังกายเป็นประจำ (อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์) ผู้สูงอายุชายออกกำลังกายมากกว่าผู้หญิง ผู้สูงอายุวัยต้นทั้งชายและหญิงออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำสูงกว่าในเขตเทศบาล (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, หน้า 29)

4. การมีผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2550 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.0) สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 10.9 มีผู้ดูแล ร้อยละ 1.1 ไม่มีผู้ดูแลแต่ต้องการมีผู้มาดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน สัดส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นสามารถที่จะดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย (ร้อยละ 93.5 ร้อยละ 84.8 ร้อยละ 65.0 ตามลำดับ) ในทางกลับกันกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีผู้ดูแลปรนนิบัติต่ำกว่าผู้สูงอายุ วัยกลาง และวัยปลาย สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลแต่ต้องการ ผู้ดูแลของทุกช่วงวัยมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย เพศ และเขตที่อยู่อาศัย จำแนกตามการมีผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน พ.ศ.2550

กลุ่มช่วงวัย เพศ และเขตที่อยู่อาศัย	รวม	การดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน		
		ดูแลตนเอง	ไม่มีผู้ดูแลแต่ต้องการ	มีผู้ดูแล
รวม	100.00	88.00	1.1	10.9
กลุ่มช่วงวัย				
วัยต้น (60-70 ปี)	100.00	93.50	0.9	5.6
วัยกลาง (70-79 ปี)	100.00	84.80	1.4	13.8
วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	100.00	65.00	1.1	33.9
เพศ				
ชาย	100.00	89.40	0.9	9.7
หญิง	100.00	86.90	1.2	11.9
เขตที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	100.00	87.10	0.9	12.0
นอกเขตเทศบาล	100.00	88.40	1.2	10.4

ที่มา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, หน้า 17)

5. **หลักปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุ** มีดังนี้ (บรรลุศิริพานิช, 2535, หน้า 11-38 ; ประเวศ วะสี, 2541, หน้า 7 ; เทพ หิมะทองคำ, 2548, หน้า 44)

1. เลือกอาหาร โดยวัยนี้ร่างกายมีการใช้พลังงานน้อยลงจากกิจกรรมที่ลดลง จึงควรลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน โดยเน้นอาหารโปรตีนจากเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะปลา และเพิ่มแร่ธาตุที่ผู้สูงอายุ ได้แก่ แคลเซียม สังกะสี และเหล็ก ซึ่งอยู่ในนมถั่วเหลือง

2. ออกกำลังกาย หากไม่มีโรคประจำตัว แนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิค สัก 30 นาทีต่อครั้ง ทำให้ได้สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง จะเกิดประโยชน์ต่อหัวใจและหลอดเลือดอย่างมาก โดยขั้นตอนการออกกำลังกายจะต้องค่อยๆ เริ่มมีการยืดเส้นยืดสายก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มความหนักขึ้น จนถึงระดับที่ต้องการ ทำอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะเวลาที่ต้องการจากนั้นค่อยๆ ลดลงช้าๆ และค่อยๆ หยุดเพื่อให้ร่างกายและหัวใจได้ปรับตัว เนื่องจากการออกกำลังกายสำหรับ

ผู้สูงอายุ มีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมของแต่ละคน จึงมีข้อเสนอแนะทั่วไป ดังนี้

- จงทำให้งานหรือกิจวัตรประจำวันมีการออกกำลังกายด้วยโดยการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างกระฉับกระเฉงและต่อเนื่อง พยายามเปลี่ยนท่าการเคลื่อนไหวให้ได้หลายแบบ

- จงพยายามพัฒนานิสัยให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นไปในลักษณะราบเรียบสม่ำเสมอ และยืดหยุ่นแทนการเคลื่อนไหวแบบรุนแรง

- ออกกำลังกายได้อย่างใดอย่างหนึ่งทุกวัน เพราะอย่างน้อยการออกกำลังกายนั้นๆ ทำให้มีการยืด-หดกล้ามเนื้อทุกมัดและข้อต่อทุกอย่างพอเพียงและมีการเพิ่มอัตราการเต้นของชีพจร การออกกำลังกายนั้นจะเป็นอะไรก็ได้ ตั้งแต่การขุดดินในสวนไปจนถึงการเดินอย่างกระฉับกระเฉง การเล่นเทนนิสหรือกีฬาบางอย่าง

- พยายามออกกำลังกายมากขึ้นอีกเล็กน้อย ไม่ใช่เพียงแค่ออกกำลังกายเพียงแค่วันๆ แล้วหยุดพัก

- จะออกกำลังกายเวลาไหนก็ได้ตามที่สะดวก และเหมาะสมกับชีวิตของตน จะออกกำลังกายแบบเดินทุกวัน เช่น ออกกำลังกายตามโปรแกรม เดิน วิ่งเหยาะ ๆ หรือ สลับชีวิตการออกกำลังกายก็ได้

3. สัมผัสอากาศที่บริสุทธิ์ จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคได้ อาจเป็นสวนสาธารณะ ใกล้เคียงๆ บ้าน สถานที่ที่ท่องเที่ยวหรือการปรับภูมิศาสตร์ภายในบ้านให้ปลอดโปร่ง สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก มีการปลูกต้นไม้ จัดเก็บสิ่งปฏิกูลให้เหมาะสม เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค และสามารถช่วยป้องกันโรคภูมิแพ้หรือหอบหืดได้

4. หลีกเลี้ยงอบายมุข ได้แก่ บุหรี่และสุรา จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้ ทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และช่วยป้องกันปัญหาอุบัติเหตุและอาชญากรรมต่างๆ ได้

5. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและโรคที่เป็นอยู่ส่งเสริมสุขภาพให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการหกล้ม

6. ควบคุมน้ำหนักตัวหรือลดความอ้วน โดยควบคุมอาหารและออกกำลังกาย จะช่วยทำให้เกิดความคล่องตัว ลดปัญหาการหกล้ม และความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ เช่น ข้อเข่าเสื่อม และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

7. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น การซื้อยากินเอง การใช้ยาเดิมที่เก็บไว้มาใช้รักษาอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือรับยาจากผู้อื่นมาใช้ เนื่องจากวัยนี้ประสิทธิภาพการทำงานของตับและไตในการกำจัดยาลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยาหรือผลข้างเคียงอาจมีแนวโน้มรุนแรง และเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ฉะนั้นจึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยาจะดีที่สุด

8. หมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย เช่น แผลเรื้อรัง มีปัญหาการกลืนอาหาร กลืนติด กลืนลำบาก ท้องอืดเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไอเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง เหงื่อออกง่าย แน่นหน้าอกหรือถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีอาการท้องเสียเรื้อรัง ท้องผูกสลับท้องเสีย ถ้าอย่างนี้ควรพบแพทย์ดีที่สุด

9. ตรวจสุขภาพประจำปี แนะนำให้ตรวจสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปี หรืออย่างน้อยทุก 3 ปี โดยแพทย์จะทำการซักประวัติ ตรวจร่างกายและอาจมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแข็ง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ตรวจหาโรคมะเร็งที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และยังมีตรวจการมองเห็น การได้ยิน ตลอดจนประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุด้วย

นอกจากการดูแลสุขภาพกายแล้วสุขภาพใจก็เป็นสิ่งสำคัญ การทำจิตใจให้แจ่มใส มองโลกในแง่ดี ไม่เครียดหรือวิตกกังวลกับเรื่องต่างๆ มากจนเกินไป รวมถึงการเข้าใจและยอมรับตนเองและผู้อื่น จะช่วยให้เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดีอย่างแท้จริง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและเครือข่ายทางสังคมต่อการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของปัจเจกชน ในช่วงปัจจุบัณวัย การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นขั้นตอนทางชีววิทยาและทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคมจากผู้ที่เคยเป็น “ผู้ดูแล” คนอื่นมาเป็น “ผู้พึ่งพา” และในขณะเดียวกันคนกลุ่มหนึ่งก็ถูกกำหนดบทบาทให้เป็น “ผู้ดูแล” ผู้สูงอายุ ยิ่งมีอายุมากขึ้นก็ยิ่งต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น การพิจารณาด้าน “ผู้ดูแล” ควบคู่กับ “ผู้สูงอายุ” จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ (นาถ พันธุมนาวิน และคณะ , 2549, หน้า 48-53) เหตุผลที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล มีอยู่ 3 ประการ คือ

1. แนวโน้มของการขยายตัวของประชากรสูงอายุและความต้องการเกื้อกูลสนับสนุนที่เพิ่มสูงขึ้น

2. โอกาสของความมั่นคงหรือความไม่เพียงพอของการเก็บกูดสนับสนุนภายในครอบครัวอาจเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครัวเรือน จำนวนบุตรและจำนวนผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนลดลง แรงกดดันในสังคมที่ทำให้ลักษณะของแรงงานในครัวเรือนลดลงเพราะผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น การขยายตัวของเขตเมืองและการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีพอย่างอิสระของผู้สูงอายุ ตลอดจนวัฒนธรรมทัศนคติ รูปแบบการใช้ชีวิตของคนรุ่นใหม่ที่เปลี่ยนแปลง

3. แนวทางของนโยบายหลักของชาติที่กำหนดชัดเจนว่าจะต้องส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนและครอบครัวอย่างมีความมั่นคงและอบอุ่น

1. ความหมายของผู้ดูแล (Caretaker)

ผู้ดูแล (Caretaker) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้การดูแล และดำเนินการอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ได้รับการดูแล โดยบุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้การดูแลครอบคลุมถึง บุคคลที่เป็นญาติ บุคคลในครัวเรือน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน กลุ่มคนหรือองค์กรในชุมชน บุคลากรในสถานบริการของรัฐและเอกชน ส่วนคำว่า “ดูแล” สามารถพิจารณาได้เป็นสองลักษณะ คือ “การจัดการดูแล” (Care Management) และ “การดูแลช่วยเหลือ” (Care Providing) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, หน้า 63)

การจัดการดูแล (Care Management) หมายถึง การจัดการกิจการต่าง ๆ แทนผู้สูงอายุทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุยังสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ส่วนการดูแลช่วยเหลือ (Care Providing) หมายถึง การปฏิบัติกิจทดแทนเนื่องจากผู้สูงอายุทำอะไรเองไม่ได้ หรือเป็นการช่วยเหลือในกิจกรรมบางส่วน หรือเป็นการช่วยเฝ้าระวังซึ่งมีความจำเป็นต่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียหายหรืออุบัติเหตุขึ้น เช่น การติดตามเฝ้าระวัง (Supervise) เวลาที่ผู้สูงอายุเดิน หรือเฝ้าระวังอาการที่จะแสดงถึงความเจ็บป่วยที่จะนำไปสู่ขั้นรุนแรงได้ (นาถ พันธุมนาวิน และคณะ, 2549, หน้า 49)

จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปตามความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุก็ต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย คือแทนที่จะเป็นหน้าที่หลักของผู้ที่เป็นลูกหลาน หรือสมาชิกในครอบครัว แต่กำลังจะเปลี่ยนไปสู่การให้สังคมเข้ามามีส่วนช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในสังคม หรือชุมชน อย่างไรก็ตาม ในเรื่องการดูแลต่อผู้สูงอายุในปัจจุบันยังมีประเด็นที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติมอีกคือ **ประการแรก** ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับ

ผู้สูงอายุ **ประการที่สอง** การที่ลูกหลานอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ ไม่ได้หมายความว่าจำเป็นต้องเป็นผู้ดูแล บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุกลับเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ **ประการที่สาม** การให้เงินหรือสิ่งของแก่ผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าเป็นการดูแลเสมอไป การที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงลักษณะของกตัญญู กตเวทิต่อบุพการีเท่านั้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจดีพออยู่แล้ว

2. ระดับของการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับการดูแลผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกได้เป็นสองระดับคือ ระดับปัจเจกชน และระดับมหภาค (นาถ พันธมนาวิน และคณะ, 2549, หน้า 50-51)

1. **ในระดับปัจเจกชน** ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านและคนในชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรภาครัฐ (Governmental Organization) องค์กรอิสระ (Non-governmental Organization) และองค์กรเอกชน (Private Sector) การให้การดูแลเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด การดูแลโดยองค์กรภาครัฐ ผู้สูงอายุจะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าบริการในรูปแบบการสงเคราะห์หรือเสียค่าบริการบางส่วน การดูแลจากองค์กรอิสระมักจะไม่เสียค่าบริการเพราะอยู่ในรูปของการกุศล สำหรับการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรเอกชนจะดำเนินการในรูปแบบธุรกิจแสวงหากำไร เช่น พนักงานเอกชนที่จัดหาบริการดูแลผู้สูงอายุให้กับครอบครัวที่ต้องการผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่ครอบครัวของตน เป็นต้น

2. **ในระดับมหภาค** การดูแลผู้สูงอายุจะอยู่ในรูปของการกำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการ ระเบียบ กฎเกณฑ์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลเป็นผู้กำหนด เช่น คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

3. เครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ

ได้มีการอธิบายถึงเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ คือการที่สมาชิกของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการดูแลมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคม เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุมีลักษณะที่หลากหลาย โดยอาจจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น จำแนกตามขนาดของเครือข่าย แบ่งเป็น เครือข่ายรวม (Total Network) และ เครือข่ายย่อย (Partial Network) หรือ จำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน แบ่งเป็นเครือข่ายตรง (Direct Network) และ เครือข่ายอ้อม (Indirect Network) อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้วการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอยู่ 2 ระดับคือ ระดับครอบครัวและระดับชุมชน

1. เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว

ปัจจุบันระบบสวัสดิการในสังคมไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรวัยสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และองค์กรในท้องถิ่นยังไม่มี ความเข้มแข็งมากพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง ครอบครัวจึงเป็นเครือข่ายสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ การสนับสนุนที่เครือข่ายครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ หรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การมีญาติ (Availability) ตำแหน่งที่อยู่อาศัยหรือความใกล้ไกลกับครอบครัว (Location) และรูปแบบของการติดต่อสัมพันธ์ (Pattern of Contact) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุมีญาติหรือไม่ อยู่ใกล้ไกลเพียงใดและมีการติดต่อกับญาติอย่างไร ได้รับการดูแลหรือไม่

2. เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน

ในปัจจุบันเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เพราะเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและเครือญาติมีข้อจำกัดมากขึ้น แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (Community-based Approach) จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้เพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งจะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็น พี่เลี้ยง และให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน แบ่งออกได้ ดังนี้

2.1 เพื่อนบ้าน

เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้สูงอายุคือ เพื่อน-เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มและสมาคมต่าง ๆ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น หรือมีการกระทำได้จริงในสังคมชนบท เพราะความสัมพันธ์ของคนในสังคมชนบทยังเป็นลักษณะปฐมภูมิ ประกอบกับสังคมและวัฒนธรรมของคนในชุมชน ยังคงมีการเอื้อเฟื้อเกื้อกูลและที่สำคัญยังมีการยอมรับและให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุอย่างจริงใจและแนบแน่น ส่วนสังคมในเขตเมืองซึ่งมีความสัมพันธ์กันแบบทุติยภูมิ (Secondary Group) มีลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการต่างคนต่างอยู่และมีการพึ่งพิงระหว่างกันค่อนข้างน้อยเป็นผลให้บทบาทของเพื่อน-เพื่อนบ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุน่าจะมีน้อยกว่าในชนบท

2.2 ผู้นำชุมชน

เครือข่ายทางสังคมประเภทผู้นำชุมชน ปัจจุบันมีบทบาทค่อนข้างน้อย ยกเว้น เครือข่าย ประเภทนี้จะมีสถานภาพทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผู้นำชุมชน

จะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหา หรือความต้องการที่ไม่สามารถจะหาได้ หรือครอบครัวและเครือญาติไม่สามารถจัดการหรือให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ การนำส่งสถานพยาบาล กรณีเจ็บป่วยหนักหรือกะทันหัน การจัดหาที่พักอาศัย การให้ข่าวสารและแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น

2.3 วัด

วัดเป็นสถาบันทางสังคมในชุมชนที่จัดเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ เพราะวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนาและ กิจกรรมด้านสังคมของชุมชน นอกจากนี้วัดยังมีบทบาทในการเกื้อหนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ การไปวัดนอกจากจะได้รับความสงบและความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสั่งสอนทางศาสนาแล้ว ผู้สูงอายุยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมอีกด้วย นอกจากนี้วัดยังเป็นสถานที่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค วัดบางแห่งมีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วนเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อนหรือผู้สูงอายุที่ต้องการมาปฏิบัติธรรม ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าวัดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะเป็นเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุนอกเหนือจากครอบครัว

2.4 กลุ่มและสมาคมในชุมชน

สำหรับเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนประเภทกลุ่มหรือสมาคมต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุด้วยกันเอง การรวมกลุ่มของคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการที่ได้มีการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามธรรมชาติมานานแล้ว เช่น งานวัด งานบุญ เป็นต้น ส่วนการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการนั้นเกิดจากการส่งเสริมของทางราชการหรือองค์กรเอกชนเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีความตื่นตัวที่จะเข้าร่วมกลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ

2.5 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เครือข่ายทางสังคมในระดับชุมชนที่จะมีบทบาทต่อไปในอนาคตได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งเป็นสถาบันหนึ่งของการปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันได้มีการแสดงความคิดเห็นมากขึ้นเกี่ยวกับภาระหน้าที่และบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น ปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่มีหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุจำกัดอยู่ในวงแคบ ๆ ที่เกี่ยวกับเฉพาะกิจกรรมทางศาสนาและประเพณี เช่น การจัดพิธีรดน้ำดำหัวในงานประเพณีสงกรานต์ การทำบุญเลี้ยงพระ ฟังธรรมในวันธรรมสวนะ เป็นต้น

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Approach) เป็นแนวคิดที่ได้แรงจูงใจและพัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, หน้า 69) เป็นแนวคิดพยายามนำศักยภาพที่เด่น ได้แก่ ทักษะสังคมที่มีอยู่ในชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนในการดำเนินการเพื่อชุมชน และโดยชุมชน แนวคิดนี้ถือเป็นรูปแบบหรือวิธีการอย่างหนึ่งของการป้องกันปัญหาต่างๆ ของบุคคลในชุมชนให้มีการพึ่งพาสถาบันน้อยลง และเป็นวิธีการที่หน่วยงานของรัฐและเอกชนจะทำหน้าที่หลักในการให้คำแนะนำกระตุ้นและร่วมสนับสนุนบางประการ จุดเด่นของแนวคิดนี้อยู่ที่การมีรากฐานหลักประชาธิปไตย โดยสร้างให้ประชาชนในชุมชน มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนเอง ร่วมกำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา ร่วมลงมือปฏิบัติและร่วมในการพิจารณาประเมินผลในกิจกรรมนั้นๆ

1. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว แบ่งได้ 2 รูปแบบ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, หน้า 63)

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีใบอนุญาต เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมถึงพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant)

2. ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) ได้แก่ ญาติ เพื่อนหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เป็นผู้ดูแลที่ไม่ต้องที่ไม่ได้จ่ายค่าบริการ อย่างกรณีอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส)

2. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส)

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2547) ได้จัดทำโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) เพื่อสร้างอาสาสมัครจากประชาชนในชุมชนที่มีความสมัครใจ โดยอบรมความรู้ ฝึกทักษะ เสริมสร้างทัศนคติและเพื่อเป็นกลไกหลักทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

บทบาทหน้าที่ของอผส. มีดังนี้

1. ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกละเลยเพิกเฉยและไม่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง
2. ให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ
3. ให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัว ประชาชนในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม
4. เป็นสื่อกลางในการนำประสานส่งต่อบริการสวัสดิการ สังคม ให้แก่ผู้สูงอายุ
5. เป็นสื่อกลางในการทำ ประสาน ส่งต่อ บริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน

แนวทางสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมถือเป็นแนวทางหลักที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งได้มีการดำเนินการและพัฒนามาอย่างยาวนาน

1. **กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Health Promotion)** เป็นงานสาธารณสุขที่ครอบคลุมหลายมิติ จึงมีผู้ให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลาย เช่น ในกฎบัตรออกติดตาม ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่า คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเองอันจะเป็นผลต่อสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551 หน้า 35)

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง มีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อให้ประชาชนได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และบำบัดรักษาโรคที่ได้มาตรฐาน มุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) โดยการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ จากความคิดริเริ่มของประชาชนและชุมชนเอง โดยเฉพาะในรูปแบบกลุ่ม องค์กร เครือข่าย เพื่อส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยังลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลด้วย

ความมีสุขภาพดีนั้น จะต้องมีการเตรียมตัวตั้งแต่เนิ่นๆ และจะต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ปฏิบัติ ที่ผ่านมามีผู้สูงอายุในชนบทมักขาดโอกาสที่จะได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยจึงเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล หากมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ชุมชนหรือหมู่บ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองในเบื้องต้นและป้องกันการเจ็บป่วยได้ ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคสำคัญๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคอื่นๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และยังสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และของประเทศได้ (วาทีณี บุญชะลิกษ์ และคณะ, 2547)

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทาง สำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และเกื้อหนุนให้บุคคล ได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้าน แบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ

เนื่องจากสุขภาพนั้น เป็นองค์รวม ที่มาจากส่วนประกอบหลายประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุน ยับยั้ง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่าย ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการปรับปรุงสังคมด้านต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และอื่น ๆ โดยใช้กลยุทธ์การถ่ายโอนอำนาจจากรัฐ มาสู่ประชาชน ให้มีพลังอำนาจที่จะดูแลสุขภาพ และจัดการกับชุมชนของตนเอง อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ และความเป็นไปได้ ในแต่ละท้องถิ่น โดยคำนึงถึง ระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกันของชุมชน และเน้นการทำงานร่วมกัน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนอย่างเต็มที่ ซึ่งมีรูปแบบดังนี้

1) การสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชน ในการควบคุมปัจจัย ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ เพราะความเข้มแข็งของประชาชน จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น

2) การจัดบริการในชุมชน (community-based health services) เป็นบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุด และ

3) การประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนานโยบายเพื่อสุขภาพ (public health policy) ที่จะมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ

บทบาทของประชาชน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และชุมชน โดยประชาชนจะต้องเห็นคุณค่า และผลของสิ่งแวดล้อม ต่อสุขภาพและสุขภาพช่วยกันรักษา และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การรวมตัวกันของชุมชน เพื่อออกกำลังกาย การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ และการจัดโครงการ โรงเรียนสุขภาพดี ที่ทำงานสุขภาพดี หรือชุมชนสุขภาพดี เป็นต้น องค์การชุมชน จึงต้องมีการพัฒนาโครงสร้าง และกลไกการจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ มีความคิดสร้างสรรค์ และตระหนักในสุขภาพของชุมชน และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำหน้าที่ให้ความรู้ และสนับสนุนให้เกิดทักษะ การส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิด การส่งเสริมพลังอำนาจชุมชน ที่สนับสนุนให้ชุมชนเกิดความสำนึก และพันธสัญญาต่อส่วนรวม และการเสริมสร้างให้ชุมชน ลงมือทำด้วยตนเอง อย่างต่อเนื่อง เป็นการสะสมความรู้ และประสบการณ์ จากการปฏิบัติจริง และเป็นกระบวนการเรียนรู้ แบบปฏิสัมพันธ์ โดยเริ่มตั้งแต่ การสร้างทีมงาน เขียนโครงการ จัดทำแผนดำเนินงาน ควบคู่ไปกับ กระบวนการสะท้อนความรู้สึก ของประชาชน สำหรับข้อมูลย้อนกลับ ในการปรับปรุงแผนงาน และกิจกรรมในโครงการ จนเกิดความรู้สึก เป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน ซึ่งมีส่วนเกื้อหนุนองค์การชุมชนให้มีความแข็งแกร่ง และมั่นคงยิ่งขึ้น สำหรับ การพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพ แบบยั่งยืนต่อไป

3. ขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

1. ขั้นตอนการสร้างทีมงาน มีการจัดการ ดังนี้

1.1 การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพ กับเจ้าหน้าที่ของรัฐในสาขาต่าง ๆ เช่น ครู พัฒนาชุมชน เกษตรชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ทำบุญทอดกฐิน ปลูกต้นไม้ในชุมชน งานวันเด็กของโรงเรียน งานบวช และงานศพ เป็นต้น เพื่อแสดงออกถึงความจริงใจ ที่มีต่อชาวบ้านในชุมชน และถ้าหากเป็นคนในท้องถิ่น และสามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้ ก็จะเป็นการดี ที่จะทำให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย กับชาวบ้านมากขึ้น จนกลายเป็นความไว้วางใจ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่าง ๆ

1.2 การสร้างแกนนำของชาวบ้าน หรือ “ทีมส่งเสริมสุขภาพชุมชน” ด้วยการจัดประชุมอาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน หรือกลุ่มอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนรวมทั้งชาวบ้าน เพื่อเปิดกว้างให้กับคนในชุมชนทุกคน ได้เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะ อาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น จึงต้องชี้แจงจุดประสงค์

ของโครงการ บทบาทและความสำคัญของแกนนำชาวบ้านคือ ต้องเป็นผู้ที่มีความสมัครใจ เสียสละ สามารถอุทิศเวลาให้กับส่วนรวมได้ และที่สำคัญต้องมีความสนใจในเรื่องของสุขภาพ ทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ ของคนในชุมชน สามารถกระตุ้น ชักจูงชาวบ้าน ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพ และยินดีร่วมมือกัน แก้ไขปัญหาของชุมชน และ เป็นผู้นำในกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพของชุมชนได้

1.3 การให้ความรู้แก่กลุ่มแกนนำชาวบ้าน เพื่อให้กลุ่มแกนนำได้เกิดแนวคิด เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชน และเป็นพื้นฐานในการทำงานต่อไป

2. ขั้นตอนการสร้างความตระหนัก ถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน สามารถทำได้หลายรูปแบบ แต่ในที่นี้ขอเสนอด้วยวิธีการ ใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem based) ในการศึกษา วิเคราะห์ปัญหาชุมชน โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมสำรวจชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้รู้สภาพของ ปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ตั้งแต่การสร้างแบบสำรวจ การกำหนดพื้นที่ และทีมงานสำรวจ การสำรวจ และการนำข้อมูลมาสรุป และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นพี่เลี้ยง ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนของ ข้อมูล การระบุปัญหา และสาเหตุของปัญหา โดยกลุ่มแกนนำเป็นผู้นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจต่อที่ประชุมชาวบ้าน และเปิดโอกาสให้ชาวบ้าน เสนอความคิดเห็น และปัญหาเพิ่มเติม เพื่อสรุปออกมาเป็นปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง และนำปัญหาสำคัญมาค้นหาสาเหตุ สำหรับเป็นแนวทางในการแก้ไขต่อไป และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ด้วยการให้ที่ประชุมร่วมกัน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความรุนแรงและความต้องการของชุมชน เพื่อนำมาวางแผนต่อไป

3. ขั้นตอนการวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ชาวบ้านร่วมกันเสนอความคิด และกำหนดกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ บนพื้นฐานของชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งการกำหนดกิจกรรม และวางแผนนั้น ไม่จำเป็นต้องทำให้เสร็จสิ้นในครั้งเดียว แต่อาจกำหนดอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทีละกิจกรรม เช่น การทอดผ้าป่าสามัคคี เพื่อจัดหาทุนมาใช้ในการดำเนินงาน การจัดตั้งชมรมสุขภาพชุมชนการนวดแผนไทย การส่งเสริม การปลูกต้นไม้ และสมุนไพรในชุมชน ส่งเสริมการผลิต และบริโภคข้าวซ้อมมือและกิจกรรมวันผู้สูงอายุ เป็นต้น เพราะเมื่อสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรม ทีมงานจะได้นำประเด็นข้อเสนอต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนงานกิจกรรมต่อไป

4. ขั้นตอนการดำเนินการของชุมชน โดยการจัดตั้งกลุ่มทำงาน ของแต่ละกิจกรรม และดำเนินงานตามแผน โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นผู้ให้การสนับสนุน และช่วย

ประสานงาน ให้คณะทำงานสามารถดำเนินการได้ และมีการประชุม และประเมินผลการทำงาน เป็นระยะ เพื่อปรับปรุงแผนงานอย่างต่อเนื่อง

5. ขั้นตอนการประเมินผล และการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ หลังจากการดำเนินงานไปแล้ว 1 ปี ควรมีการประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน ในประเด็นต่าง ๆ เช่น อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น หรือลดลงมากน้อยเพียงใด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ของชุมชน เกิดขึ้นหรือไม่ และจัดทำรายงานการประเมินผล พร้อมทั้งชี้แจง และเผยแพร่ให้ชาวบ้าน ได้รับทราบถึงผลการดำเนินงาน เพื่อให้ชาวบ้านดำเนินงานต่อไป ได้อย่างมั่นใจ

การมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพนั้น เจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง การกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมความร่วมมือ ซึ่งจะเห็นว่า กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น มิได้มุ่งเน้นแต่เพียง การแก้ปัญหาสุขภาพเท่านั้น หากเป็นการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา และประชาชนเองก็เป็นตัวจักรสำคัญในการร่วมดำเนินงาน ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (Community Learning) เพราะเมื่อเกิดการแลกเปลี่ยน และเรียนรู้ จนเป็นวงจรต่อเนื่องไม่รู้จบ ทำให้เกิดพลังมหาศาลในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในสังคม ผลที่ได้จะทำให้บุคคลสามารถนำ ความรู้ไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีการดำเนิน ชีวิตต่อไป ที่สำคัญ ควรมีการพัฒนาแนวคิดที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า บุคคลมีศักยภาพ และสามารถเรียนรู้ที่จะดูแลและพึ่งพิงตนเองได้ เพราะจะเป็นหนทางนำไปสู่การพัฒนาชุมชนให้ เข้มแข็งและคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชนต่อไปได้

การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอาจจัดขึ้นโดยบุคคล องค์กรชุมชน เช่น กรรมการบริหารชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มแม่บ้าน และองค์กรภาครัฐ เช่น หน่วยงาน ด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ก็เป็นความร่วมมือประชาชน กลุ่มผู้นำ ชุมชนจะเป็นแกนสำคัญในการวางแผนและดำเนินการดูแลและบริการผู้สูงอายุ ทั้งในระดับภายใน ชุมชน และระหว่างชุมชนหรือระหว่างชุมชนกับองค์กร กลุ่มคนหนุ่มสาวเป็นกำลังสำคัญด้าน กำลังกาย กำลังความคิด กลุ่มผู้กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการช่วยกำหนด แนวทางและสะท้อนความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคต ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุเอง มี ประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญ มีความสามารถถ่ายทอดหรือนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อ ตนเองต่อผู้สูงอายุอื่นๆ และชุมชนส่วนร่วมได้ (มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2545 หน้า 223)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพิศตรา อติโพธิ (2545) ได้ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับนโยบายสำหรับผู้สูงอายุจาก 5 ประเทศ ได้แก่ เกาหลี ฮองกง มาเลเซีย สิงคโปร์ และประเทศไทย ในกรณีของประเทศไทย มีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว ทั้งจำนวนและอัตราการเพิ่มในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุตอนปลายนั้น จะมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 2 ถึง 3 เท่า และอัตราส่วนนี้จะมากขึ้นตามอายุ ผู้หญิงสูงอายุในวัยปลายดังกล่าวนี้มีสัดส่วนของผู้ที่เป็นหม้ายเกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มเดียวกัน เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่มีความเปราะบางสูงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการพึ่งพาต่อการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยผู้ดูแลในครอบครัวหรือสถานบริการต่อเนื่องระยะยาว ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในครอบครัวกำลังจะมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ด้วย เพราะแต่ละครอบครัวมีลูกน้อยลง คนเหล่านี้จะมีความศึกษาสูงกว่ารุ่นก่อน มีโอกาสที่จะต้องไปทำงานคนละพื้นที่กับพ่อแม่ ทำให้เป็นไปได้ว่า ต่อไปผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทยจะลดน้อยลง

ภากร กังวานพงศ์ และคณะ (2546) ได้ทำการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ชุมชนในพื้นที่ของหมู่บ้านทุ่งแพม ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ผลของการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจในการทำกิจกรรมที่บางกลุ่มได้ดำเนินการ กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลไกในการขับเคลื่อนในการทำกิจกรรม ดังนั้น หน่วยงานต่างๆ ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มและได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง และควรมีเจ้าหน้าที่หรือพี่เลี้ยงคอยกระตุ้น และให้ความช่วยเหลือในเรื่องประสานงาน และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะกิจกรรมในด้านวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภัคตีพรหม (2549) ได้สังเคราะห์องค์ความรู้ ระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยลดลง ทำให้มีอาชีพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ เป็นกลุ่มที่ผ่านการอบรมจากสถาบันการอบรมต่างๆ ซึ่งไม่ได้เป็นวิชาชีพ สถาบันการอบรมได้ดัดแปลงหลักสูตรจากกระทรวงศึกษาธิการ ทำให้มีหลักสูตรการฝึกอบรมที่หลากหลาย และมีคุณภาพแตกต่างกัน กลุ่มผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่าย สำหรับกลุ่มที่ผ่านการอบรมประเภทอาสาสมัคร ผู้รับบริการไม่จ่ายค่าบริการซึ่งกระจายตามหมู่บ้านและชุมชนไทยทั่วไปจะให้การดูแลด้านสังคมมากกว่า การดูแลด้านสุขภาพ

ศิริพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ศึกษากระบวนการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ครอบครัวมีผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยเป็นผู้ดูแลหลัก เครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุด คือ ญาติ ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตทุกอย่าง ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวคือ ปัญหาด้านรายได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแลและภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนนั้น ผู้นำชุมชนมีทัศนะว่าครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญในการดูแล แต่ชุมชน ควรมีหน้าที่จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การวิจัยได้พบกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการอยู่อาศัยในครอบครัว 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการอยู่อาศัยในครอบครัว 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ และกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป นโยบายเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ควรเน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นหลัก โดยมีบริการทางสุขภาพและสังคมเข้าสู่ครอบครัว ในทางปฏิบัติควรจัดบริการด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน บริการดูแลที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การจัดให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ มีระบบการพึ่งต่อไปยังสถานพยาบาล และจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแล

สมพงษ์ อรุณรัตน์ และคณะ (2549) ศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในระดับครัวเรือนและชุมชนของหมู่ที่ 5 ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม พบว่า แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชนนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลหลายๆ ส่วน ที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน หรือเครือญาติ ต้องเป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีส่วนอื่นๆ ทั้งองค์กรเอกชน หน่วยงานของภาครัฐให้การสนับสนุน

วาทีณี บุญชะลิกษ์ และคณะ (2551) วิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี โดยนำรูปแบบสำเร็จรูป เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เคยศึกษามาแล้วมาประยุกต์ใช้ในตำบลชะแล อำเภอทองผาภูมิ และตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ โดยร่วมมือกับสถานีอนามัยประจำตำบล ระยะเวลาศึกษาระหว่างเมษายน 2547 ถึงเดือนมีนาคม 2549 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมหลักที่นำสู่การปฏิบัติประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การออกกำลังกาย 2) ความรู้เรื่องสุขภาพในผู้สูงอายุ 3) การเล่นเกมส์ ผลจากการศึกษาได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำเร็จรูปสำหรับผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ผู้สูงอายุที่เข้า

ร่วมส่วนมีความพอใจ เกิดกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ที่มีศักยภาพเข้มแข็งเป็นแกนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล สื่อบุคคลเป็นสื่อที่ให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุดแก่ผู้สูงอายุในชุมชน หากมีการกระตุ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชนหันมาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง จะทำให้มีสุขภาพดีนำไปสู่ชีวิตที่มีสุขและพึ่งตนเองได้ยาวนานขึ้น

สังคม ศุภรัตนกุล และดุษฎี อายุวัฒน์ (2553, หน้า 43-53) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวชนบท เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากแม่บ้านในพื้นที่ จังหวัดหนองบัวลำภู จากจำนวนตัวอย่าง 399 ครอบครัว ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2552 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยภายในชุมชนมีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวชนบท ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มองค์กรในชุมชน ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับชุมชน แหล่งทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน และระบบสุขภาพชุมชน รองลงมาคือปัจจัยภายนอกชุมชน ประกอบไปด้วย ระบบบริการสุขภาพของรัฐ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่น และการส่งเสริมผ่านเครือข่ายชุมชน ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด คือ ปัจจัยภายในครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผลการศึกษาสรุปว่า การดำเนินงานด้านสุขภาพควรคำนึงถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนชนบทอย่างครอบคลุม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดร้อยเอ็ด” เป็นการวิจัยทางสังคมวิทยา (Sociology) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research หรือ PAR) การคัดเลือกหมู่บ้านแบบเจาะจง ได้หมู่บ้านก่อ ตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นพื้นที่ศึกษา เพราะมีสภาพทั่วไปตรงตามประเด็นตามที่กำหนดไว้ในขอบเขตการวิจัย จากที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น จากข้อมูลทุติยภูมิ พบว่า บ้านก่อมี 2 หมู่ คือ หมู่ 3 และ หมู่ 13 และมีจำนวนผู้สูงอายุรวมมากกว่าทุกหมู่บ้านของตำบลศรีสมเด็จ ตามตารางที่ 3.1 และจากการศึกษาข้อมูล มรณบัตร การจดทะเบียนการตายของงานทะเบียนอำเภอศรีสมเด็จ พบว่าบ้านก่อเป็นหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุเสียชีวิตย้อนหลัง 3 ปี มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสัดส่วนที่สูงกว่าทุกหมู่บ้าน กอปรกับหมู่บ้านนี้ชาวบ้านมีความสามัคคีและมีศักยภาพในการทำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ได้

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้สูงอายุของตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่ที่	บ้าน	ผู้สูงอายุ/คน
หมู่ที่ 1	บ้านพิมพ์พัฒนา	37
หมู่ที่ 2	บ้านหนองสองห้อง	70
หมู่ที่ 3	บ้านก่อ	90
หมู่ที่ 4	บ้านเหล่าล้อ	71
หมู่ที่ 5	บ้านโคกข่า	56
หมู่ที่ 6	บ้านหนองโก	36
หมู่ที่ 7	บ้านเหล่าล้อ	43
หมู่ที่ 8	บ้านหนองเม็ก	60
หมู่ที่ 9	บ้านหนองแสง	42
หมู่ที่ 10	บ้านศรีสมเด็จ	46
หมู่ที่ 11	บ้านปากุง	38
หมู่ที่ 12	บ้านนวมะเขือ	35
หมู่ที่ 13	บ้านก่อ	67
รวม		691 คน

ที่มา (ข้อมูล พฤษภาคม 2553 แผนพัฒนา 3 ปี ประจำปี พ.ศ.2554-2556 องค์การบริหารส่วนตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด)

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ

เพื่อตอบวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาคือการพัฒนาระบบการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมผู้สูงอายุและครอบครัวให้ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถป้องกันตนเองจากโรคที่สามารถป้องกันได้ พร้อมกันนี้ยังเป็นการเสริมสร้างพลังให้กับผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ มีดังนี้

1. การเตรียมการ

1.1 การเข้าชุมชนและการสร้างความสัมพันธ์ผู้วิจัยได้นำนักศึกษาออกค่ายพัฒนาศึกษาชุมชนเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับชาวบ้าน และปี พ.ศ. 2552 ได้มีส่วนร่วมกับชาวบ้านในการจัดหาทุนเพื่อพัฒนาวัดและโรงเรียนการกุศลวัดบ้านก่อ ทำให้เกิดความไว้วางใจและจากสถานภาพการเป็นอาจารย์ได้ให้การปรึกษาชาวบ้านเกี่ยวกับการพัฒนาหลายเรื่อง

1.2 เข้าศึกษาชุมชนเพื่อเรียนรู้วัฒนธรรม จุดแข็ง จุดอ่อนของชุมชนค้นหาที่มงานสำรวจข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็น โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านประวัติและลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมทรัพยากรธรรมชาติ ทุนทางสังคมและชุมชน การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ตลอดจนปัญหาความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค การเข้าถึงสวัสดิการของผู้สูงอายุ แล้วนำข้อมูลของหมู่บ้านมาวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มชาวบ้าน โดยใช้กระบวนการ AIC ซึ่งเป็นเทคนิคในการประชุมเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารทุกขั้นตอน ทำให้สมาชิกเข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัดความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง เป็นการประชุมที่ระดมพลังสมองเพื่อแก้ปัญหาและหาแนวทางการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุของหมู่บ้าน และกำหนดกิจกรรมที่ชุมชนจะดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

2. ระยะดำเนินการ

ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ/กิจกรรมแก่กลุ่มเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 1 การจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ในเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ โดยแบ่งตามกลุ่มของโรคให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้เล่าเรื่อง เจ้าหน้าที่สุขภาพที่เป็นวิทยากรเป็นผู้กระตุ้น ผู้วิจัยและทีมงานสรุปบันทึกในใบคลังความรู้

กิจกรรมที่ 2 ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้เล่าเรื่อง เจ้าหน้าที่สุขภาพที่เป็นวิทยากรเป็นผู้กระตุ้นให้เล่าเรื่องและบันทึกข้อมูล สรุปบันทึกกิจกรรมในใบคลังความรู้

กิจกรรมที่ 3 การจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน ได้แก่ ลานอเนกประสงค์กลางบ้าน วัด เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย ฟังธรรม ฝึกสมาธิ การพบปะกัน การทำกิจกรรมทางศาสนา การส่งเสริมอาชีพ การปลูกผักและสมุนไพรส่งเสริมให้วัดเป็นแหล่งเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

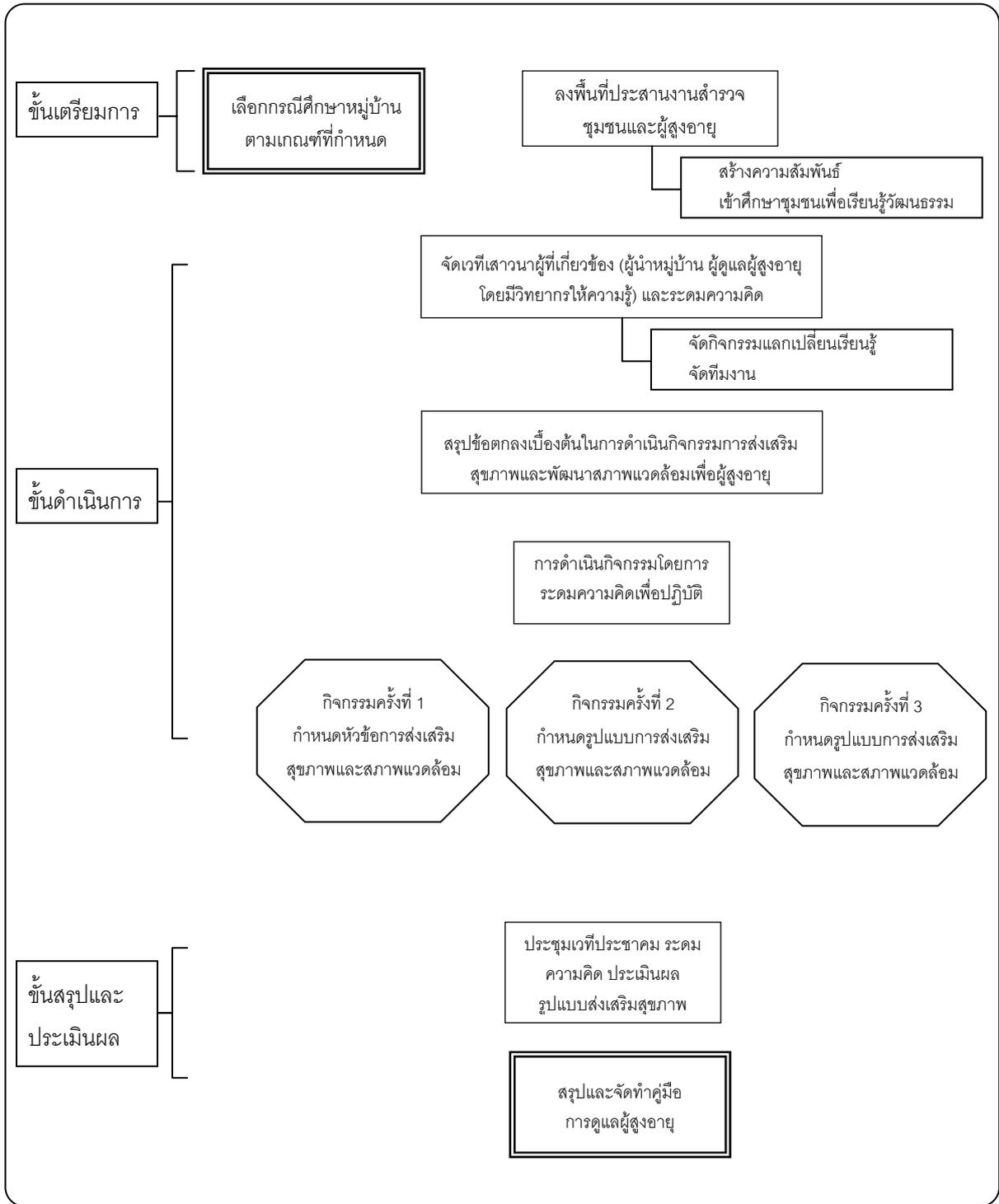
3. สรุปและประเมินผล

3.1 สรุปความรู้ทุกกิจกรรม ยกเว้นกิจกรรมที่ 3 ในใบคลังความรู้

3.2 สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมทุกกิจกรรม

4. การจัดทำคู่มือและการถ่ายทอดองค์ความรู้

- ประชุมเชิงปฏิบัติการของเครือข่าย เพื่อจัดทำคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- เผยแพร่ความรู้ผ่านวิทยุชุมชน และหอกระจายข่าว



ภาพที่ 3.1 แสดงขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

วัตถุประสงค์ วิธีการ และตัวบ่งชี้



ภาพที่ 3.2 วัตถุประสงค์ วิธีการ และตัวบ่งชี้

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก. การศึกษาบริบทของชุมชน

ในการวิจัยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือช่วยสำหรับการวิจัย เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยมีประสิทธิภาพและตรงวัตถุประสงค์มากที่สุด ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ผู้วิจัยทำการคัดเลือกพัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับงานวิจัย พร้อมกับมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเครื่องมือเป็นระยะ มีการประชุมชี้แจงแนวทางการใช้เครื่องมือกับทีมงานเพื่อให้เครื่องมือนำไปใช้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางการดำเนินงานวิจัยที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจในทิศทางเดียวกันเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการวิจัยตามที่ได้กำหนดไว้ เครื่องมือในการวิจัยที่ผู้วิจัยเลือกใช้แบ่งออกเป็นดังนี้

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น สมุดบันทึกสนาม กล้องถ่ายภาพ เครื่องบันทึกเสียง และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อใช้บันทึกหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยรวม ซึ่งทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความแม่นยำและรวดเร็วขึ้น

2. คู่มือการเก็บข้อมูลภาคสนาม ได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวในการทำวิจัยในทุกขั้นตอน โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของชุมชน แนวคำถามในการสัมภาษณ์ การตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล การบันทึกรายละเอียดประจำวัน บันทึกสิ่งที่สังเกตค้นพบของนักวิจัย ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นต้น

3. แนวคำถามหรือแนวการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นประเด็นหลักในการสัมภาษณ์หรือพูดคุย โดยเน้นที่ความยืดหยุ่น (flexibility) ของหัวข้อในการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Information : KI) มีเวลาในการคิด วิเคราะห์ และตอบคำถามได้อย่างหลากหลาย ครอบคลุมประเด็นทุกประเด็นรวมถึงสามารถเชื่อมโยงไปสู่ข้อมูลที่สำคัญอื่นได้ด้วยบรรยากาศแบบกันเองอย่างเป็นธรรมชาติ ดังนั้น ในช่วงของการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกจึงมักมีประเด็นนอกเหนือจากที่ระบุในคู่มือรวมถึงไม่ได้เจาะจงว่าจะต้องสัมภาษณ์หรือพูดคุยเรียงความตามลำดับข้อ แต่ให้ผู้สัมภาษณ์พิจารณาถึงความเหมาะสมของสถานการณ์ เพื่อให้การสัมภาษณ์ดำเนินไปอย่างธรรมชาติ ไม่ตึงเครียดจนเกินไปและพยายามลดช่องว่างระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วยการแนะนำตัวเองและวัตถุประสงค์ในการพูดคุย ขออนุญาตบันทึกเสียง ขออนุญาตถ่ายภาพรวมถึงภาษาที่ใช้เป็นภาษาถิ่น (ภาษาอีสาน) ในการพูดคุย และไม่เร่งรัดเพื่อให้ได้คำตอบที่ต้องการเพียงอย่างเดียว จะให้เวลาแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ในการเล่าเรื่องราวอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ผู้ถูกสัมภาษณ์บางคนจะถูก

สัมภาษณ์มากกว่า 1 ครั้ง เพื่อตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เช่น

1. ข้อมูลพื้นฐาน (ชื่อ-สกุล อายุ ฯลฯ)
2. การดำเนินชีวิตประจำวัน (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการทางอารมณ์)
3. ภาวะสุขภาพ การดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น การเข้าถึงสวัสดิการ การป้องกัน และรักษา การส่งเสริมสุขภาพของชุมชนและหน่วยงาน
4. ระบบความสัมพันธ์ (ครอบครัว เครือญาติ คนในชุมชน)
5. สังคมวัฒนธรรม (บทบาททางสังคมตำแหน่งทางสังคม ทูทางสังคม เช่น ความสามัคคี การจัดระเบียบทางสังคม องค์กรและกลไก วัฒนธรรมประเพณี ภูมิปัญญาพื้นบ้าน การจัดการทุนทางสังคม)
6. การประกอบอาชีพ การทำมาหากิน ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขที่ควรจะเป็น รายได้ในชีวิต
7. ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชน (ประวัติ สภาพแวดล้อม บทบาทในชุมชน การมีส่วนร่วม ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ข้อดี-ข้อด้อย โอกาส วิกฤติของชุมชน การแก้ปัญหา การสนับสนุนจากภาครัฐ แนวทางการพัฒนาที่ควรจะเป็น ฯลฯ)
8. ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการ 4 ครั้ง
 - ครั้งที่ 1** ประชุมเสวนาที่มงานการวิจัยร่วมกับผู้นำชุมชนหลังจากการเก็บข้อมูลของชุมชนเพื่อทบทวนงานด้านผู้สูงอายุของชุมชน ปัญหา อุปสรรค ผลการดำเนินที่ผ่านมา และแนวทางการพัฒนาในอนาคต โดยการจัดการทุนของชุมชน โดยเฉพาะประเด็นในการวิจัยคือ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ประชุมกำหนดกรอบความคิดการจัดกิจกรรมใด ๆ ต้องไม่ขัดแย้งกับวิถีชีวิต และเน้นการบูรณาการให้มีความสมดุมากที่สุด กิจกรรมจึงเน้นประเด็นการกระจายความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - ครั้งที่ 2** ประชุมเครือข่ายด้านสุขภาพของหมู่บ้านและผู้เกี่ยวข้องในการทำกิจกรรม ได้แก่

1. การส่งเสริมสุขภาพเน้นการกินอาหารที่ปลอดภัย ออกกำลังกาย การทำบุญ ปฏิบัติธรรม การปลูกผัก - ผลไม้กินเอง โครงการรณรงค์กิจกรรม 5 ต้อง 7 ไม่ เพื่อสุขภาพที่ดี
2. การอบรมความรู้ในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุและเครือข่าย การกระจายความรู้ผ่านรายการวิทยุชุมชนและหอกระจายข่าว
3. ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยชุมชน
 - กิจกรรมการปลูกป่าสมุนไพรวัดและโคกป่าเสี้ยว
 - กิจกรรมเลี้ยงมดแดง อนุรักษ์ ปลูกผักพื้นบ้าน สาธิตการทำผงบัว ผงปรุงรสพื้นบ้านแทนการใช้ผงชูรส

ครั้งที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเครือข่ายสุขภาพของหมู่บ้าน เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้ในเรื่องโรคต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ อาหารที่ผู้สูงอายุควรบริโภค สาธิตการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุและประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมและการป้องกันโรคที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 1 วัน โดยมีนางศิริลักษณ์ สุดาเดช หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นวิทยากร

ครั้งที่ 4 ประชุมเวทีประชาคม ระดมความคิดเห็นประเมินรูปแบบส่งเสริมสุขภาพ และจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฉบับชาวบ้าน

2. การนำกิจกรรมสู่การปฏิบัติ ระหว่างเดือนเมษายน 2553 - มีนาคม 2554 มอบหมายผู้รับผิดชอบในกิจกรรมหลัก

การตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ออกแบบสอบถามในการสัมภาษณ์ โดยยึดตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือเข้าไปทดลองเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในภาคสนามในสถานการณ์จริงด้วยตนเอง เพื่อทดสอบว่าเครื่องมือที่นำมาซึ่งข้อมูลการวิจัยที่ครบถ้วนหรือไม่ สามารถที่จะเชื่อมโยงไปสู่ข้อมูลหลักของการวิจัยที่ต้องการมาน้อยเพียงใด จากนั้นนำผลที่ได้มาร่วมประชุมกับทีมงานวิจัยในชุมชน

การเก็บรวบรวม

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ให้ความสำคัญแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ซึ่งมีสองส่วนคือบริบทของชุมชนและการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ด้วยทัศนะแบบคนในเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการนำเสนอภาพรวมของการวิจัย ในรูปของชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) พร้อมกับนำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นมาสนับสนุนการวิจัย ซึ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การศึกษาเอกสารทั้งจากตำรา วิชาการ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ บทความ วารสาร หนังสือ และสิ่งตีพิมพ์อื่น ๆ ที่มีเนื้อหาหรือมีแนวคิดเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับการวิจัย

ข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้สังเกตและจดบันทึกปรากฏการณ์เกี่ยวกับวิถีชีวิต มิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการวิจัยในทุกด้าน และสังเกตจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมกับนำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้อง นำเชื่อถือกับแหล่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการและจากเอกสารทางวิชาการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องรวมถึงการสอบถามบุคคลที่เกี่ยวข้องผู้เชี่ยวชาญหรือทักษะของผู้รู้ ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลและเพื่อให้เกิดความชัดเจนของข้อมูลมากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลบริบทของชุมชน สภาพทั่วไป การดำเนินชีวิต วัฒนธรรมประเพณี ชุมชนกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนา ผ่านกระบวนการย้อนระลึก (reflective process) และกระบวนการสังเคราะห์ (synthesis process) เพื่อให้สามารถจัดระบบข้อมูลได้ตามลำดับเหตุการณ์และเรียบเรียงเนื้อหาสาระให้เป็นระบบที่ชัดเจนมากขึ้น จากนั้นก็นำข้อมูลที่ได้มาเชื่อมโยงสู่สิ่งที่ค้นพบและนำเสนอผลการวิจัยโดยการเชื่อมโยงข้อมูลในภาคสนามเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผ่านแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากปฐมบทที่ผู้วิจัยได้นำนักศึกษาออกค่ายพัฒนาเพื่อให้นักศึกษามีประสบการณ์เรียนรู้ศึกษาวิถีชุมชนและทำประโยชน์เมื่อปี พ.ศ. 2550 โดยให้นักศึกษาพักกับชาวบ้านที่สมัครใจเป็นเวลา 5 วัน ต่อมาปี พ.ศ. 2552 ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่อีกครั้งเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานประกอบในการเขียนโครงการวิจัยเรื่อง “ การพัฒนาต้นแบบเกษตรพึ่งตนเองและพึ่งพากันเองอย่างยั่งยืนภาคตะวันออกเฉียงเหนือและสาธารณรัฐประชาชนลาว ” ซึ่งผู้วิจัยหลักเป็นผู้อำนวยการโครงการและหัวหน้าโครงการย่อย เพื่อเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปีงบประมาณ 2554 ขณะเดียวกันก็ได้ศึกษาบริบทชุมชนเพื่อเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคประชาชนไปด้วย กระบวนการศึกษาใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพและการศึกษาชุมชนโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายในการทดสอบรูปแบบการพัฒนาที่ชาวบ้านเป็นตัวแสดง เนื่องจากข้อมูลของชุมชนที่มีการบันทึกเป็นเอกสารมีค่อนข้างจำกัดและเพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านจึงใช้วิธีทางมานุษยวิทยาโดยสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ประกอบด้วยการตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลโดยตรง สถานที่บุคคลผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาโครงการและจากงานวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี มีการตรวจสอบข้อมูลปฐมภูมิ เช่นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของบุคคลหนึ่งไปเทียบเคียงกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ของบุคคลอื่น ๆ รวมถึงการนำข้อมูลไปตรวจสอบความถูกต้องในการจัดประชุมสนทนากลุ่มและประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความสมบูรณ์ ถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด

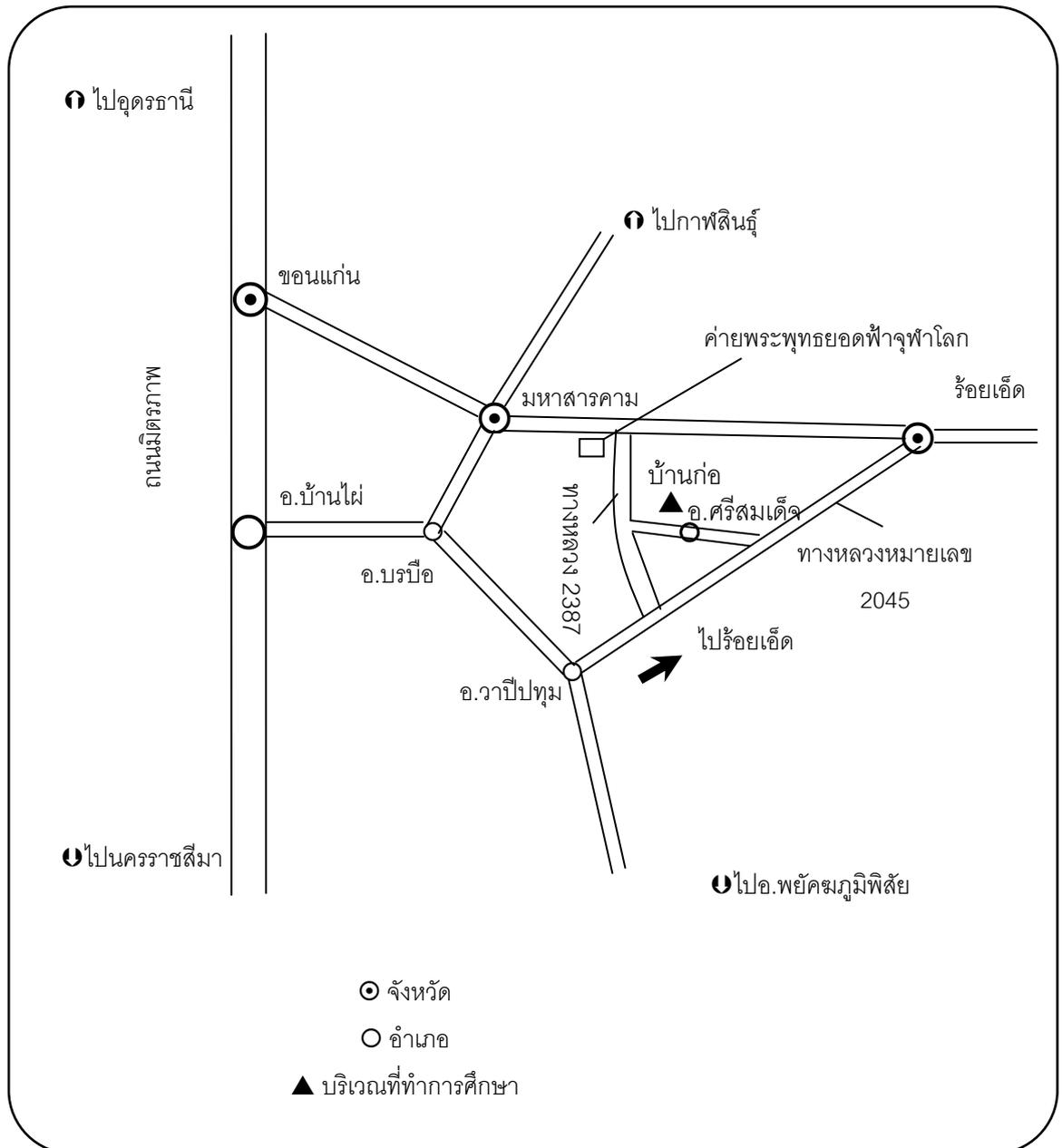
ผลการวิจัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

1. บริบทของพื้นที่ศึกษา
2. ระบบสุขภาพของชุมชน
3. ปัญหา ความต้องการความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน
5. ผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

บริบทพื้นที่ศึกษา

1. ที่ตั้งและลักษณะทั่วไป

บ้านก่อเป็นหนึ่งในสิบสองหมู่บ้านของตำบลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่หลัก กิโลเมตรที่ 17 ของทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2387 ซึ่งเชื่อมระหว่างทางหลวงแผ่นดินเส้นทางร้อยเอ็ด-มหาสารคาม และเส้นจังหวัดร้อยเอ็ด-อำเภอวาปีปทุม (หมายเลข 2045) ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 533 กิโลเมตรและห่างจากตัวจังหวัดร้อยเอ็ดไปทางตะวันตกประมาณ 21 กิโลเมตร สถานที่สำคัญที่ใกล้เคียงคือ วัดประชาคมวนาคม (ป่ากุง) ของท่านหลวงปู่ศรีมหาวิโร พระภิกษุสงฆ์ สายวิปัสสนากรรมฐาน ศิษย์พระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต รุ่นเดียวกับหลวงตามหาบัว ญาณสัมปันโน แห่งวัดป่าบ้านตาด จังหวัดอุดรธานี ซึ่งวัดป่ากุงตั้งอยู่ทางทิศเหนือ ห่างจากหมู่บ้านก่อประมาณ 3 กิโลเมตร ส่วนทางตะวันตกของหมู่บ้านมีพื้นที่ติดเขตอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม โดยมีลำห้วยแองเป็นเส้นแบ่ง หมู่บ้านใกล้เคียงทางตะวันตกเฉียงใต้คือ บ้านเหล่าลื้อ ทางตะวันตกเฉียงเหนือเป็นบ้านเหล่ากุด ทิศเหนือติดโรงพยาบาลศรีสมเด็จและที่ว่าการอำเภอศรีสมเด็จ



ภาพที่ 4.1 ที่ตั้งหน่วยที่ศึกษา บ้านก่อ ตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

บ้านก่อตั้งอยู่เนินสูง ประมาณ 100 ไร่ รอบหมู่บ้านเป็นที่นา ทางตะวันออกของหมู่บ้านเป็นหนองน้ำสาธารณะ คือ หนองห้วยวังหิน ถัดไปเป็นป่าของชุมชนคือ **โคกป่าเสี้ยว** มีเนื้อที่ประมาณ 500 ไร่ ที่ชาวบ้านใช้ประโยชน์ร่วมกัน เริ่มแรกบ้านก่อนมีหมู่เดียวคือ หมู่ 3 ของตำบล ต่อมาเนื่องจากมีจำนวนครัวเรือนเพิ่มขึ้น เพื่อความสะดวกในการปกครอง จึงแบ่งเป็น 2 หมู่บ้าน คือ หมู่ 3 และ หมู่ 13 ข้อมูล ณ เดือน เมษายน 2553 มีจำนวนครัวเรือน 260 ครัวเรือน จำนวนประชากร 1,032 คน เป็นชาย 514 คน หญิง 520 คน และมีผู้สูงอายุทั้งหมดรวม 157 คน วัดประจำหมู่บ้าน ชื่อ วัดก่อเกียรติศรีพัฒนาราม ซึ่งเป็นสาขาของวัดป่ากุง และโรงเรียนการกุศลวัดบ้านก่อ สังกัดสำนักงาน การศึกษาเอกชน ชาวบ้านพูดภาษาถิ่นในการสื่อสาร มีวิทยุชุมชนหนึ่งแห่ง เป็นหมู่บ้านในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลศรีสมเด็จ หมู่ 3 ผู้ใหญ่บ้าน คือ นายเกษม เพ็งผลา และหมู่ 13 นายกิตติศักดิ์ พันโกคา เป็นกำนันตำบลศรีสมเด็จด้วย

2. ประวัติและพัฒนาการของหมู่บ้าน

ประวัติศาสตร์ของหมู่บ้าน เป็นการนำเสนอการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประวัติศาสตร์ของหมู่บ้านได้จากการบอกเล่าของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยหลักกับทีมงานร่วมตรวจสอบข้อมูลจากหลักฐานที่เป็นบุคคล สถานที่และได้เขียนผังประวัติศาสตร์ของหมู่บ้าน ตามภาพที่ 4.3 โดยแบ่งพัฒนาการของหมู่บ้านเป็น 2 ระยะคือ

1. หมู่บ้านยุคก่อนแผนพัฒนาฯ
2. หมู่บ้านยุคแผนพัฒนาแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่
 - 2.1 หมู่บ้านช่วงแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 1-3 (พ.ศ. 2504 – 2519)
 - 2.2 หมู่บ้านช่วงแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 4-7 (พ.ศ. 2520 – 2531)
 - 2.3 หมู่บ้านช่วงแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 8 -10 (2540 – ปัจจุบัน)

หมู่บ้านยุคก่อนแผนพัฒนาฯ

บ้านก่อ เป็นหมู่บ้านที่ตั้งมานานตั้งแต่ พ.ศ. 2436 โดยชาวบ้านอพยพมาจากบ้านเม็ก เพราะบ้านเม็กอยู่ไกลแหล่งน้ำคือหนองห้วยวังหิน ชื่อของหมู่บ้านตั้งตามชื่อของต้นก่อ ซึ่งปัจจุบันสูญพันธุ์ไปแล้ว

ระยะแรกมีการอพยพมาเพียง 10 กว่าครัวเรือน ขณะที่มีการสร้างบ้านสร้างเรือน ชาวบ้านก็สร้างวัดบ้านก่อทางตะวันออกของหมู่บ้าน ซึ่งปัจจุบันเป็นพื้นที่ของโรงเรียนการกุศลวัดบ้านก่อ ในระยะแรกของการตั้งบ้านยังไม่มีผู้นำเป็นทางการแต่จะเป็นผู้ดูแลหมู่บ้านหรือหัวหน้าหมู่บ้านสองคน คือ คนแรกเป็นนายจันทะบาล จันทะมาลา คนที่สอง นายพรม มูลสูตร ในช่วงของการเกิดสงครามโลกครั้งที่สองชาวบ้านมีความยากจนจนกระทั่งมีใจผู้ร้ายชุกชุม จึงทำให้เริ่มมีชาวบ้านอพยพไป “บ้านใหม่” คือการย้ายถิ่นแบบถาวร ซึ่งมีแบบแผนในการเลือกทำเลที่มีลักษณะโคกกว้างป่าแปน” และใกล้กับแหล่งน้ำ จึงจับจองตั้งบ้านเรือนที่บ้านโคกสง่า อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น การย้ายถิ่นยังเป็นแบบแผนระหว่างชนบทกับชนบท ความสัมพันธ์ของชาวบ้านระหว่างญาติพี่น้องบ้านเดิมกับญาติที่บ้านใหม่ยังมีความผูกพันกัน หากมีประเพณีสำคัญเกี่ยวกับชีวิตเช่น ญาติผู้ใหญ่เจ็บป่วย ตายก็จะไปเยี่ยมเยียนไปมาหาสู่จนถึงปัจจุบัน

ประมาณปี พ.ศ. 2490 เกิดโรคไข้ทรพิษหรือโรคฝีดาษชาวบ้านเรียกว่า “โรคหน้าลาย” ทำให้คนตายหลายคน ชาวบ้านบางคนต้องหนีไปอยู่นานเป็นเวลานาน ตำข้าวกินเอง ไม่ติดต่อกับโลกภายนอก ระยะนี้นายเบ็ง วารรัตน์เป็นผู้ใหญ่บ้าน เนื่องจากนายเบ็ง วารรัตน์มีลูกมากและไม่มีที่นาพอเลี้ยงครอบครัว ได้ลาออกจากผู้ใหญ่บ้านอพยพครอบครัวไปบ้านใหม่ ที่อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีเพราะราคาที่ไม่แพง จึงขายนาที่บ้านก่อไปซื้อถูก

ต่อมาปี พ.ศ. 2496 พระอาจารย์ศรี มหาวิโรหรือหลวงปู่ศรี มหาวิโร ในปัจจุบันท่านเป็นหนึ่งในแปดเสาหลักของพระกรรมฐานที่ยังมีชีวิต เป็นศิษย์ร่วมรุ่นหลวงตามหาบัว ญาณสัมปันโน หลังจาริกธุดงค์กรรมฐานที่ต่าง ๆ ท่านได้กลับมาสร้างวัดป่ากุง ซึ่งเป็นวัดเก่าถูกทิ้งร้างมีอายุประมาณ 200 ปี หลวงปู่ศรี มหาวิโร เป็นพระที่มีวาสนากว้างขวางมีลูกศิษย์ลูกหาบริวารมาก เป็นพระที่มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในแถบนี้ให้มีความเจริญทั้งทางกาย จิตใจ ในเวลาต่อมา

บ้านก่อเป็นเพียงหมู่บ้านเล็กที่อยู่ห่างศูนย์อำนาจ ทั้งการเมืองเศรษฐกิจ สภาพสังคมในระยะก่อนการพัฒนา ยังเป็นสังคมแบบยังชีพ หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า **เห็ดอยู่เห็ดกิน** สินค้าภายนอกยังไม่มีมากนัก ชาวบ้านสามารถดำรงจากการอาศัยภูมิปัญญา ทอผ้าเอง อาหารการกินก็อาศัยธรรมชาติ

ในช่วงก่อนแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชาวบ้านในชนบทไม่ได้รับการพัฒนาเพราะ นโยบายของรัฐบาลในช่วงนี้ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความมั่นคงมากกว่าเรื่องอื่น ที่เป็นเช่นนี้ เป็นเพราะในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เกิดภาวะสงครามเย็น เป็นผลให้ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยต้องตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของลัทธิคอมมิวนิสต์ โดยเฉพาะตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในประเทศจีน ที่พรรคคอมมิวนิสต์ประสบความสำเร็จ ตรงนี้จึงเป็นที่มาอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้รัฐบาลในช่วงนี้ให้ความสำคัญกับเรื่องของความมั่นคง ซึ่งจะเห็นได้จากงบประมาณที่ทุ่มให้กับความมั่นคงสูงกว่างานด้านอื่น ๆ ที่จริงแล้วรัฐบาลไทยก็สนใจหรือให้ความสำคัญในการพัฒนาชนบท แต่ความสนใจในการพัฒนาชนบทของรัฐบาลไทยเป็นไปตามเงื่อนไขของสหรัฐอเมริกาที่สนับสนุนช่วยเหลือด้านพัฒนาชนบทกับรัฐบาลไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาชนบทดังกล่าวเป็นเครื่องมือสกัดกั้นการขยายตัวของพรรคคอมมิวนิสต์ในประเทศไทย

หมู่บ้านในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 (พ.ศ.2504-2519)

จากนโยบายของรัฐที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 ต้องการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อเศรษฐกิจแบบทุนนิยมสมัยใหม่โดยส่งเสริมสร้างถนน นำไฟฟ้าสู่ชนบท ขณะเดียวกันรัฐก็ส่งเสริมให้ชาวบ้านปลูกพืชเชิงเดี่ยว เช่น ปอ มันสำปะหลัง แต่บ้านก่อนมีพื้นที่การเกษตรค่อนข้างจำกัด จึงปลูกปอตามหัวไร่ปลายนาที่เป็นสวน ขณะเดียวกันเริ่มมีการถากถางป่าได้แก่ โคกป่าเลี้ยว ซึ่งชาวบ้านใช้ประโยชน์ร่วมกันทั้งพื้นที่ อาหาร เช่น เห็ด หน่อไม้ ในหน้าฝน กอปรกับระยะนี้การเพิ่มขึ้นของประชากรเพราะยังไม่มีการวางแผนครอบครัว

ในปี พ.ศ.2508 พรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย มีการขยายตัวและมีความรุนแรงในการต่อสู้กับเจ้าหน้าที่ของรัฐ สหรัฐอเมริกาได้ให้ความช่วยเหลือด้านการพัฒนามากขึ้น

ปี พ.ศ.2510 ตั้งโรงเรียนขยายโอกาส ป.1 – ป.7 ที่บ้านเหล่าล้า

ปี พ.ศ.2512 ตั้งสถานีอนามัยบ้านศรีสมเด็จ

ปี พ.ศ.2515 รพช. ตัดถนนจากบ้านดงคุย-บ้านหนองห่าง ผ่านหมู่บ้านก่อ

ปี พ.ศ. 2518 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จทอดพระกฐินที่วัดป่ากุง

ปี พ.ศ. 2518 ตัดถนนสายบ้านก่อ วัดป่ากุง โดยใช้แรงคน งบประมาณ

ปี พ.ศ. 2518 ตั้งโรงเรียนมัธยมศึกษาที่บ้านเหล่าล้า

ปี พ.ศ. 2518 ตั้งเป็นตำบลศรีสมเด็จ แยกจากตำบลโพธิ์ทอง อำเภอเมือง

หากเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นถือว่าในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 พื้นที่ตำบลศรีสมเด็จ ได้รับทรัพยากรจากภายนอกชุมชนโดยเฉพาะภาครัฐมากกว่าพื้นที่อื่นดังที่กล่าวไว้ตั้งแต่ตอนต้นว่าเป็นเพราะบารมีของหลวงปู่ศรี มหาวิโร เป็นผู้นำศรัทธาในการพัฒนา

อย่างไรก็ตาม จากแนวคิดและทิศทางการพัฒนาชนบทในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 เป็นลักษณะสงเคราะห์ที่หน่วยงานของรัฐเป็นผู้หยิบยื่น เจ้าหน้าที่มีบทบาทในการตัดสินใจ สิ่งที่น่าวิตกกังวลคือทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งเคยอยู่ในสภาพอุดมสมบูรณ์และมีส่วนช่วยบรรเทาความยากจนของประชาชนในชนบทเสื่อมโทรมลง ชาวบ้านได้เปลี่ยนแปลงแผนการย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมากขึ้น แม้รัฐจะประกาศเป็นยุคน้ำไหลไปส่วางแต่ชาวบ้านก่อนในขณะนั้นยังใช้ตะเกียงน้ำมันก๊าด สิ้นค่านอกชุมชนเริ่มไหลเข้าสู่ชุมชนมากขึ้น ชาวบ้านเริ่มกู้เงินในระบบคือ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์หรือ ธกส. เพื่อส่งลูกเรียนต่อและใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

หมู่บ้านช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4-7 (พ.ศ. 2520-2539)

เป็นยุคที่บ้านของคนหนุ่มคนสาว แม้นโยบายของภาครัฐในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) จะมุ่งพัฒนาชนบทในระดับหมู่บ้านเพื่อแก้ปัญหาความยากจนและสร้างงานในชนบทแต่ก็มีปัจจัยผลักดันทำให้คนทิ้งบ้าน จากสภาพของป่าเสื่อม การทำนาชาวนามีพื้นที่ขนาดเล็กทำให้มีแรงงานส่วนเกินต้องย้ายออกไปทำงานกรุงเทพฯ และตะวันออกกลาง คือประเทศซาอุดีอาระเบีย ชาวบ้านเริ่มมีการใช้แก๊สหุงต้มอาหารแทนฟืน โคกป่าเลี้ยวและโคกป่าช้า ซึ่งชาวบ้านเรียกว่าโคกสำเลต้องกลายเป็น “โคกกว้างป่าแปน” หมายถึง ป่าที่ถูกตัดจนโล่งเตียน ปี พ.ศ. 2524 ไฟฟ้าเข้าหมู่บ้าน ซึ่งเป็นสะพานที่นำวิถีของเมืองและสินค้า อาทิ วิทยุ โทรทัศน์ ตู้เย็น พัดลม ช่วงก่อนหน้านี้นบ้านก่อกองหมู่บ้านมีโทรทัศน์เครื่องเดียวใช้กับแบตเตอรี่คนดูต้องจ่ายเงินคนละห้าสิบบาท ในวันหยุดห้านาทีเจ้าของโทรทัศน์อาจมีรายได้มาก เพราะมีลูกค้ามาชมรายการมวยราชดำเนิน

ปี พ.ศ. 2528 เริ่มมีรถไถนาเดินตามคันแรกของหมู่บ้านจนถึงประมาณปี 2538 ชาวบ้านเลิกใช้ควายไถนา คนที่ไม่มีรถไถนาก็ใช้วิธีการจ้าง **การขอแสม การวาน หรือการลงแขก**ก็หายไปเหมือนกับการใช้ควายไถนา การทำนาเริ่มมีการจ้างซึ่งมีค่าจ้างที่สูงกว่าค่าแรง ชนต่า เพราะแรงงานมีจำกัด เหตุที่ขาดแคลนแรงงานส่วนหนึ่งเป็นเพราะชาวบ้านที่มีฐานะเริ่มส่งลูกเรียนตั้งแต่มีโรงเรียนขยายโอกาสเมื่อจบประถมศึกษาปีที่ 7 ที่บ้านเหล่าลื้อก็ไปเรียนต่อในเมือง เด็กที่ไปเรียนก็มักได้รับการบอกกล่าวจากพ่อแม่ว่าไม่อยากให้ทำนา เพราะลำบากและยากจน ในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 มีการบรรจุข้าราชการครูมากเพราะครูขาดแคลน วิทยาลัยครูขณะนั้นต้อง

ผลิตครูทั้งภาคเช้า ภาคบ่ายและภาคค่ำ ลูกของชาวบ้านเริ่มมีการทำงานโดยการเป็นครูในโรงเรียนประชาบาลที่อยู่ต่างถิ่น

ก่อนปี พ.ศ. 2530 บ้านก่อเป็นหมู่บ้านหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 1 เมษายน 2530 กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศตั้งกิ่งอำเภอศรีสมเด็จ และยกฐานะเป็นอำเภอศรีสมเด็จ เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2537 ชาวบ้านมีความสะดวกสบายในการเดินทางไปติดต่อราชการ เพราะศูนย์ราชการอยู่ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 2 กิโลเมตร ปัจจุบันอำเภอศรีสมเด็จ ยังไม่มีเขตเมืองหากค่านิยมของเมือง คือ เทศบาล

ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 และ 6 รัฐบาลเริ่มสนใจในการพัฒนาชนบทให้มีความเท่าเทียม โดยมีหน่วยงานหลักรับผิดชอบงานพัฒนาชนบทโดยตรง ได้แก่ 4 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทำงานร่วมกันภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบผสมผสาน มีคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ หรือ กชช. เป็นองค์กรนโยบายระดับชาติ ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 มีหน่วยงานหลักเพิ่ม 2 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงอุตสาหกรรมและกระทรวงพาณิชย์ภายใต้แผนงานโครงการสร้างงานในชนบทหรือ กชช. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานหรือจปฐ.

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ได้ดำเนินงานภายใต้กิจกรรมหลัก 4 ประเภทได้แก่ พัฒนาแหล่งน้ำขนาดเล็กและชลประทาน การให้บริการสาธารณสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม การก่อสร้างและซ่อมบำรุงถนน การจัดหาน้ำสะอาด และพัฒนาอาชีพ โดยให้สภาตำบลเสนอแผนผ่านระบบโครงสร้าง กชช. คือให้คณะกรรมการพัฒนาอำเภอและจังหวัดอนุมัติ การพัฒนาช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4-7 หมู่บ้านก่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและสังคม ชาวบ้านมีส่วนร่วมใช้ทุกครัวเรือน ซึ่งตอนแรกมีปัญหาในการใช้ส้วมมากเพราะราชการมาสร้างส้วม แต่ไม่มีน้ำราด ชาวบ้านถูกมองไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ส้วม พัฒนาการเรื่องส้วมของชาวบ้านเป็นเรื่องน่าศึกษาจากป่าละเมาะ มาอยู่บริเวณบ้าน ตัวบ้านและห้องนอนซึ่งปัจจุบันบ้านก่ออย่างน้อย 3 ครัวเรือนมีห้องน้ำในห้องนอน นอกจากนี้การจัดการน้ำทั้งน้ำฟ้า คือ การสร้างที่เก็บน้ำฝนสำหรับบริโภค และการพัฒนาบ่อน้ำตื้นตามไร่นา ส่วนแหล่งน้ำสาธารณะ มีชุดลอกหนองห้วยวังหินทำฝายน้ำล้นตามลำห้วยทรายเพื่อการเกษตร การซ่อมถนนหนทาง ส่วนเรื่องอาชีพจากเดิมที่ชาวบ้านปลูกข้าวเหนียวเป็นหลัก ได้เริ่มเปลี่ยนแปลงการปลูกข้าวเจ้าเป็นหลักเพื่อขาย ส่วนข้าวเหนียวปลูกเพียงบริโภคในครัวเรือนเท่านั้น นอกจากนี้ชาวบ้านก่อได้รับการส่งเสริมการปลูกแตงแคนตาปลูกจนได้ชื่อว่ามีรสชาติอร่อย ทำให้เป็นสินค้าอัตลักษณ์ของอำเภอศรีสมเด็จ

อย่างไรก็ตาม ผลของการพัฒนาแม้ชาวบ้านได้รับประโยชน์แต่ก็มีปัญหาในเรื่องของการใช้งบประมาณไม่มีประสิทธิภาพ ฝ่ายน้ำดั้นก็เป็น **ฝายน้ำล้น** คือเก็บกักน้ำไม่อยู่ ถนนลาดยางก็เป็น **ถนนแฉะยาง** คือทำไม่ดีเหมือนแค่เอียงมาป้ายเท่านั้น

ช่วงระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 เศรษฐกิจในระดับประเทศดีมาก ราคาที่ดินสูง กระทบต่อวัฒนธรรมการแบ่งมรดกของชาวบ้านที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา คือ ลูกชายมักจะไปรับมรดกจากฝ่ายหญิง เปลี่ยนเป็นลูกมีสิทธิตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ส่งผลให้การถือครองที่ดินมีขนาดเล็กกลง มีการเปลี่ยนการถือครองจากชาวบ้านเป็นคนต่างถิ่น มีความขัดแย้งระหว่างพี่น้อง และอาจจะส่งผลต่อการดูแลปรนนิบัติพ่อแม่ที่สูงอายุได้หากจัดการในเรื่องนี้ไม่ดีพอ

หมู่บ้านระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8-10 (พ.ศ. 2540 – 2554)

จากที่ประเทศมีปัญหาทางเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 วิกฤติต้มยำกุ้ง มีการเลิกจ้างแรงงาน ชาวบ้านที่มีบ้านที่ดิน ญาติพี่น้องกลับบ้านและเกิดโรงงานเย็บผ้า โรงงานรับซื้อดอกดาวเรือง หมู่บ้านมีปั้มน้ำมันแห่งแรก มีโรงกลึงส่งผลให้สภาพของหมู่บ้านมีความเป็นอยู่ สะดวกสบายวิกฤติทางเศรษฐกิจของประเทศกลับส่งผลบวกต่อชาวบ้านมากกว่า จากนโยบายของรัฐบาลสมัยไทยรักไทยทรัพยากรโดยเฉพาะงบประมาณลงสู่พื้นที่ มีกองทุนหมู่บ้าน ชาวบ้านมีวิถีการดำเนินชีวิตแบบคนเมือง “ซื้อกินซื้อใช้” พึ่งสินค้าจากนอกชุมชน รายจ่ายเพิ่มมากกว่า รายรับ มีโทรศัพท์มือถือ หลักประกันสุขภาพ รถยนต์ จานดาวเทียม และหนี้สินมากขึ้น แข่งขันดิ้นรน พฤติกรรมบริโภคแบบคนเมือง เจ็บป่วยแบบคนเมือง ชาวบ้านเริ่มป่วย คนเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเอดส์ อุบัติเหตุจากการใช้ถนน อาจกล่าวได้ว่า “เป็นหมู่บ้านยุคโลกาภิวัตน์” หมู่บ้านใกล้เคียง เริ่มมีเขยฝรั่งเป็นที่รับเลี้ยงผู้สูงอายุต่างประเทศ โดยหญิงชาวบ้านเป็นผู้ปรนนิบัติฐานะที่เป็นภรรยา

ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8-10 ส่งเสริมให้นำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการพัฒนา เป็นการพัฒนาคอนเปลี่ยนแนวคิดพัฒนาจากพัฒนาจากล่างสู่บน (Bottom up Development) โดยความร่วมมือ 3 ฝ่าย คือ ภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาชน โดยใช้กระบวนการชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาที่เปิดโอกาสช่องทางหรือเวทีที่คนและกลุ่มองค์กรชุมชนต่าง ๆ มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในการส่งเสริมให้คนครอบครัว องค์กรชุมชนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการพึ่งตนเองและพึ่งพากัน แต่หลายปรากฏการณ์ชาวบ้านกลับไม่ได้คิดเอง อย่างโครงการชุมชนพอเพียงในสมัยรัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์ เป็นต้น

กล่าวได้ว่าพลวัตของหมู่บ้านก่อ ซึ่งเป็นหมู่บ้านชาวนามีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง ซึ่งมีทั้งทางบวกและลบ ข้อคิดท่านอาวุโสในหมู่บ้าน ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนไว่น่าสนใจ

“เราเป็นเด็กช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เติบโตในครอบครัวใหญ่นอกจากมีพ่อแม่ ยังมีปู่ย่า ตายาย ลุงป้าหน้าอา ในชีวิตเด็กของเราไม่มีความสะดวกสบาย เราต้องไปอาบน้ำที่บ่อน้ำของหมู่บ้าน หรือขนน้ำตักน้ำมาใช้ เรากินน้ำฝน พ่อแม่เราสอนให้เรารู้คุณค่าน้ำ ไม่เทน้ำทิ้ง เราใช้ตะเกียงน้ำมันก๊าด เวลาถึงงานก็ใช้ตะเกียงเจ้าพายุ อาหารการกินของเรายังเป็นหมู ไก่ ฟืนบ้าน ปลา ก็ยังจับตามแหล่งน้ำได้ เก็บผักเอาได้จากหัวไร่ปลายนา หรือปลูกเอง เรานับถือแม่ธรณี แม่โพสพ สอนให้เคารพเจ้าที่เจ้าทาง เราอยากกินข้าวหลามเราต้องตัดไม้ไผ่มาทำเอง พ่อแม่สอนให้เราทำงาน ซึ่งต่างจากเด็กทุกวันนี้เรียนหนังสืออย่างเดียว พ่อแม่ตามใจอยากได้อะไรก็ได้ ไม่ใช่ลูกเทวดาแต่เป็นลูกพระอินทร์มากกว่า ก็ไม่รู้เหมือนกันเด็กพวกนี้จะพึ่งตนเองได้อย่างไร” (พ่อไสย นนทศาสตร์, อดีตผู้ใหญ่บ้าน บ้านก่อ, อายุ 91 ปี)

3. วัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อ

วัฒนธรรม คือ สิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น กำหนดขึ้น มิใช่สิ่งที่มีมนุษย์ทำตามสัญชาตญาณ อาจเป็นการประดิษฐ์วัตถุสิ่งของเครื่องใช้ที่สามารถจับต้องได้ หรือสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น ภาษาระบบความเชื่อ โลกทัศน์ กิริยา มารยาท ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมเกิดขึ้นเมื่อมนุษย์ที่อยู่ในสังคมเดียวกัน ตกลงว่าจะยึดระบบไหนดี พฤติกรรมใดบ้างที่จะถือเป็นพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติและมีความหมายอย่างไร แนวความคิดใดจึงเหมาะสม ข้อตกลงเหล่านี้ คือ การกำหนดความหมายให้กับสิ่งต่าง ๆ ในสังคม เพื่อว่าสมาชิกของสังคมจะได้เข้าใจตรงกันและยึดเป็นระบบเดียวกัน ดังนั้น วัฒนธรรมจึงเป็นวิถีชีวิตร่วมกันของกลุ่มชนสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ๆ

การศึกษาสังคม และวัฒนธรรม ต้องการอธิบาย และวิเคราะห์ความแตกต่าง และคล้ายคลึงกันอย่างไร แต่การศึกษาความแตกต่างไม่ใช่เรื่องที่จะทำได้ง่าย ๆ เพราะเรื่องราว และข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์มีความซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลง ข้อค่านึงในการศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมแต่ละสังคม เนื่องจากวัฒนธรรมของแต่ละสังคมมีลักษณะเฉพาะตัว มีเอกลักษณ์ของตัวเองที่ไม่เหมือนของสังคมอื่น วัฒนธรรมของแต่ละสังคมจึงมีความแตกต่างกันไป ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวไม่อาจนำไปเปรียบเทียบได้ว่าวัฒนธรรมของตนดีกว่าเด่นกว่า หรือไม่ดีเท่าของวัฒนธรรมอื่น ๆ เพราะวัฒนธรรมของแต่ละสังคมย่อมมีความเหมาะสมถูกต้องไปตาม

สิ่งแวดล้อมของแต่ละสังคม ดังนั้น วัฒนธรรมจึงควรถูกศึกษาและเข้าใจตามสภาพแวดล้อมของสังคมนั้น ๆ ผู้ศึกษาจะต้องลดอคติ และความคิดที่ว่า วัฒนธรรมของตนดีที่สุด วัฒนธรรมของคนอื่นไม่ดี ไม่ทันสมัย ทั้งนี้ เพราะเราไม่สามารถจะเปรียบเทียบได้ว่าวัฒนธรรมของใครดีกว่า หรือไม่ดีกว่ากันได้เลย เนื่องจากไม่มีมาตรฐานสากลที่จะวัดได้

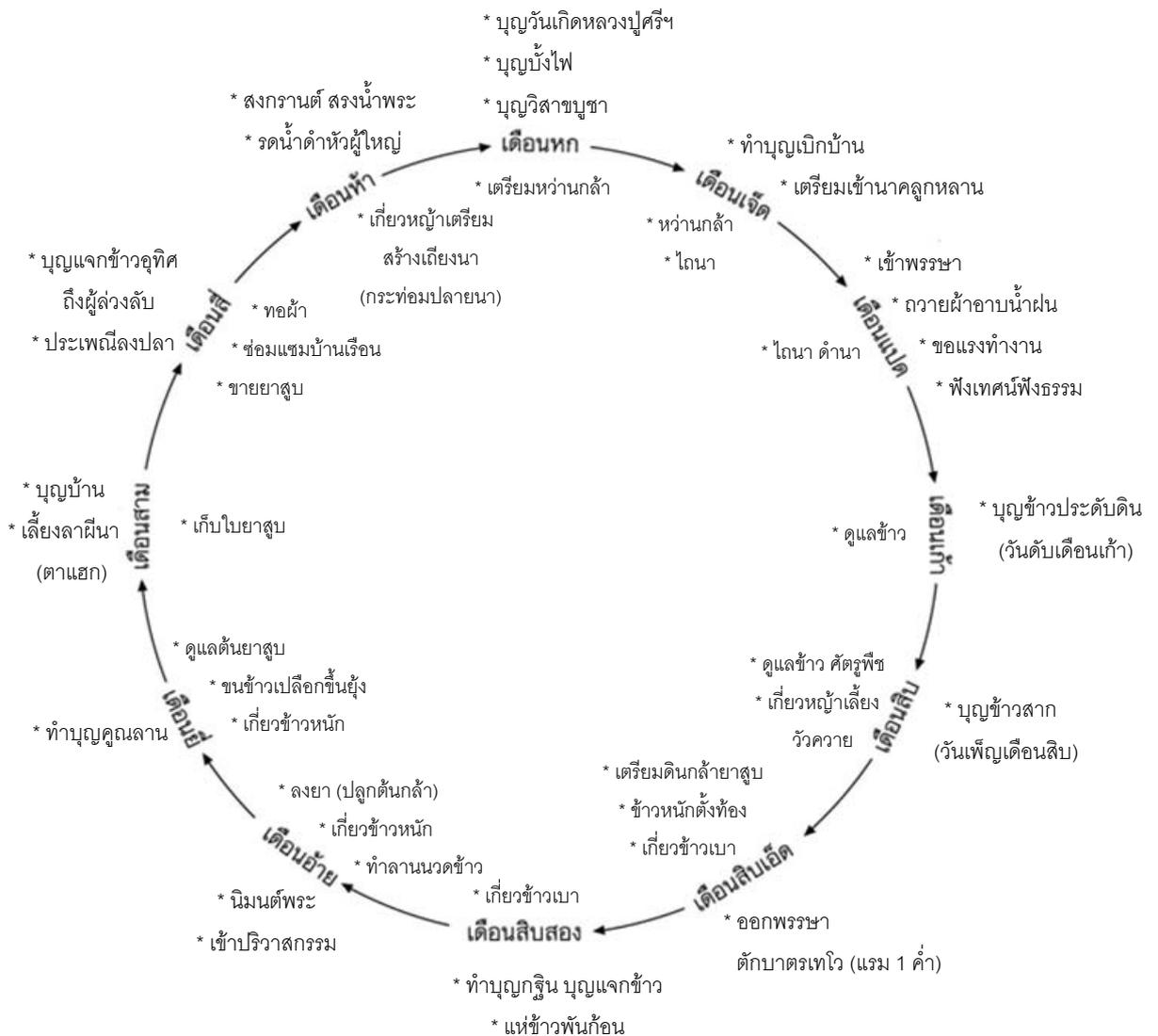
บ้านก่อ เป็นสังคมชาวนาใช้ภาษาพื้นถิ่นอีสานในการสื่อสาร มีลักษณะที่เหมือนและแตกต่างจากสังคมชาวนาโดยทั่วไป จากภาวะปัจจุบันที่มีความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างกว้างขวาง สังคมหมู่บ้านย่อมถูกระทบจากสังคมภายนอก การพัฒนาทำให้เจริญทางด้านวัตถุ นำโครงสร้างพื้นฐานอันได้แก่ ถนนหนทาง ไฟฟ้า สาธารณูปโภคทั้งหลายมาสู่หมู่บ้าน ทำให้เกิดการปรับตัวของวัฒนธรรมหมู่บ้านต่อวัฒนธรรมสมัยใหม่

สังคมชาวนาการทำมาหากินพึ่งพาอาศัยธรรมชาติเป็นประการสำคัญ ซึ่งมีความไม่แน่นอนบางปีฝนแล้ง บางปีน้ำท่วม บางปีผลผลิตได้น้อย จึงทำให้เกิดพิธีกรรมขึ้น ทั้งพิธีกรรมระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติ หรือคนกับสิ่งที่เหนือธรรมชาติ อะไรที่มีคำตอบที่ชัดเจน พิธีกรรมจะลดความสำคัญลง เช่นสมัยก่อนหญิงที่มีครรภ์มักจะมีพิธีกรรมซึ่งต้องปฏิบัติมากมาย ตั้งแต่ก่อนคลอดและหลังคลอด แต่พิธีกรรมเหล่านั้นก็คลายสำคัญลง เมื่อระบบการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาแทนที่ ทำนองเดียวกันเวลาชาวบ้านจับปลาในหนองโดยการวิดน้ำจะไม่มีการทำพิธีอะไรทั้งสิ้น ทั้งนี้เพราะคงทราบจากหลักตรรกะที่ว่าเมื่อวิดน้ำจนแห้ง ปลาก็คงจะหนีไปไหนไม่ได้คงจับได้หมด แต่เวลาชาวบ้านกลุ่มเดียวกันออกหาปลาในทะเล ก่อนลงเรือจะต้องมีพิธีกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้ เพื่อปลอบขวัญ จะได้หาปลาได้และมีความปลอดภัยจากภัยอันตราย

ชาวบ้านก่อก็เช่นกัน เวลาเดินทางไกลหรือมีเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงมักจะบาคือบนบานแม่ธรณี เมื่อเหตุการณ์นั้นลุล่วงชาวบ้านจะทำพิธีปง โดยเอาของไปเซ่นไหว้ เช่นกล้วยน้ำว้า ไข่ ก้อนข้าวเหนียว อย่างละ 4 อย่าง วางไว้ที่โล่งแจ้ง นอกจากนี้ยังมีความเชื่อเรื่อง "ดาวฝีดาน" เป็นความเชื่อของชาวบ้านเกี่ยวกับดวงดาวกลุ่มหนึ่งที่โคจรเพื่อบอกทิศทางที่เป็นมงคลเมื่อเก็บเกี่ยวข้าวเสร็จจะเริ่มเห็นดาวฝีดานเดือนสี่ ชาวบ้านก็จะถือเป็นฤกษ์อพยพโดยหันหลังให้ดาวฝีดาน แต่คนรุ่นใหม่ไม่ค่อยปฏิบัติตามความเชื่อนี้แล้ว

ชนบทเป็นสังคมที่พึ่งพาธรรมชาติ ทั้งนี้เพราะธรรมชาติเป็นระบบสวัสดิการระบบหนึ่งของชุมชน (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2544, หน้า 131) เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ สังคมไทยดั้งเดิมในชุมชนเกษตรกรรมที่ต้องขึ้นอยู่กับความความไม่แน่นอนของธรรมชาติก็จะยึดถือความอุดมสมบูรณ์เป็นเป้าหมายสูงสุดของชีวิต ซึ่งปรากฏหลักฐานมากมายในรูปของพิธีกรรมที่เรียกว่าพิธีเกี่ยวกับความอุดมสมบูรณ์

ตัวอย่างของพิธีกรรมที่ชาวบ้านก่อนยังคงถือปฏิบัติมาตราบจนทุกวันนี้ก็คือพิธีขอฝนในรูปแบบของพิธีจุดบั้งไฟ ซึ่งจะทำการก่อนเข้าฤดูฝนที่ชาวบ้านเรียกว่าบุญเดือนหก และแต่ละหมู่บ้านในตำบลที่พอเป็นเจ้าของภาพได้ครั้งละไม่เกิน 3 ปีติดต่อกัน นักมานุษยวิทยาวิเคราะห์ว่า พิธีจุดบั้งไฟเป็นพิธีขอฝน เพราะการใช้บั้งไฟที่สร้างให้เหมือนเป็นสัญลักษณ์ของอวัยวะเพศชาย สอดคล้องกับสัญลักษณ์ของการบูชาอวัยวะเพศในสังคมต่าง ๆ ที่ใช้สื่อความหมายเกี่ยวกับความอุดมสมบูรณ์ในแง่บ่งบอกถึงการเกิดชีวิตใหม่และมีความเชื่อ พญาแถนหรือเทพเจ้าดั้งเดิมบันดาลฝนซึ่งชาวบ้านมีคติความเชื่อเกี่ยวกับฝนแล้งว่าเกิดจากพญาแถนไม่ยอมให้พญานาคลงไปเล่นน้ำ



ภาพที่ 4.4 วงจรชีวิตในรอบปีของชาวบ้านก่อน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

ในปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตของชาวบ้านก่อนได้มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับวิถีชาวบ้านในพื้นที่อื่น ๆ กิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรมที่ปฏิบัติกันในรอบปีที่ยังคงอยู่ตามภาพที่ 4.4 วงในเป็นกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ส่วนวงนอกของแผนภาพเป็นกิจกรรมทางวัฒนธรรม ประเพณีในรอบ 12 สองเดือนหรือประเพณีจารีตอีสานที่เรียกว่า **ฮีตสิบสอง** อย่างไรก็ตาม ในเนื้อหาของพิธีกรรมอาจมีการเปลี่ยนแปลง เช่น เมื่อก่อนชาวบ้านหลังสงกรานต์ภายใน 7 วัน ลูกหลานที่อยู่ต่างหมู่บ้านจะไปตักน้ำจากบ่อน้ำของหมู่บ้าน ให้ **เจ้าโคตร** อาบแต่เมื่อมีน้ำประปาใช้พิธีกรรมนี้ก็ถูกยกเลิกไป หรือทำนองเดียวกันกรณีการทำบุญแจกข้าว ซึ่งตามคติความเชื่อเดิมจะทำบุญแจกข้าวหรือการทำบุญเพื่ออุทิศส่วนบุญให้กับผู้ที่ล่วงลับไปจะทำในเดือน 4 แต่ระยะหลังหลวงปู่ศรีฯ ท่านเห็นว่าเป็นการสิ้นเปลือง จึงได้เปลี่ยนการทำบุญดังกล่าวมารวมกับการทำบุญกฐินของวัดป่ากุง ทำนองเดียวกัน กรณีทำบุญข้าวสากปกติชาวบ้านจะนำข้าวปลาอาหารวางไว้ตามพื้นดินหรือวางตามต้นไม้ให้วิญญาณญาติที่ล่วงลับมารับ หลวงปู่ท่านมีดำริว่าการทำบุญอย่างนั้นจะไม่ถึงผู้ที่ตาย จึงให้ยกเลิกวิธีการดังกล่าวแต่ให้ถวายพระสงฆ์แทน เป็นต้น

ประเพณี **ลงปลา** ถือเป็นอัตลักษณ์ของบ้านก่อ ชาวบ้านในละแวกนี้จะรู้จักกันว่าเดือนสี่ บ้านก่อลงปลาที่หนองลำห้วยทราย ซึ่งมีพื้นที่ประมาณ 70 ไร่ และมีปลาชุกชุมมาก เนื่องจากชาวบ้านจะมีกฎกติกาไม่ให้ชาวบ้านหาปลา หากจับได้ก็เสียค่าปรับกับคณะกรรมการหมู่บ้าน

ประเพณีการลงปลาก็คือการตัก (ทอด) แห หาปลาของพรานแห ซึ่งมาจากหมู่บ้านต่าง ๆ มาชุมนุมกันเพื่อประลองฝีมือ การทอดแหหาปลาหรือที่ภาษาอีสานเรียกว่า “ตักปลา” การลงปลาในแต่ละปี ประมาณเดือน 4 หรือปลายเดือนมีนาคมของทุกปี ซึ่งเป็นช่วงชาวบ้านว่างงาน และอาหารเช่นปลาตามบ่อน้ำต้นในนาก็จะแห้งขอด จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่นักล่าปลาจะประลองฝีมือกัน ในแต่ละปีจะเก็บค่าแห ปากละ 100 บาท และได้ค่าปากแหหลายหมื่นบาท ซึ่งคณะกรรมการหมู่บ้านจะนำไปสร้างสาธารณะประโยชน์ภายในหมู่บ้าน นับตั้งแต่เปิดการทอดแหหาปลาได้เงินมากกว่าล้านบาท สำหรับพรานแหที่มาหาปลาไม่มีใครขาดทุน เพราะส่วนมากจะได้ปลาคนละหลายกิโลกรัม

ประเพณีลงปลาหากมองอย่างผิวเผินดูเหมือนไม่มีอะไรเป็นพิเศษ แต่หากวิเคราะห์จะเห็นภูมิปัญญาชาวบ้านในด้านการจัดการทุนธรรมชาติให้เป็นประโยชน์ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดของผู้คนเพราะคนที่มาตักปลา นอกจากชาวบ้านซึ่งไม่ต้องจ่ายค่าปากแหแล้วก็เป็นญาติพี่น้องกัน เป็นการกระจายอาหารที่ได้จากธรรมชาติที่สดและสะอาด นอกจากนี้

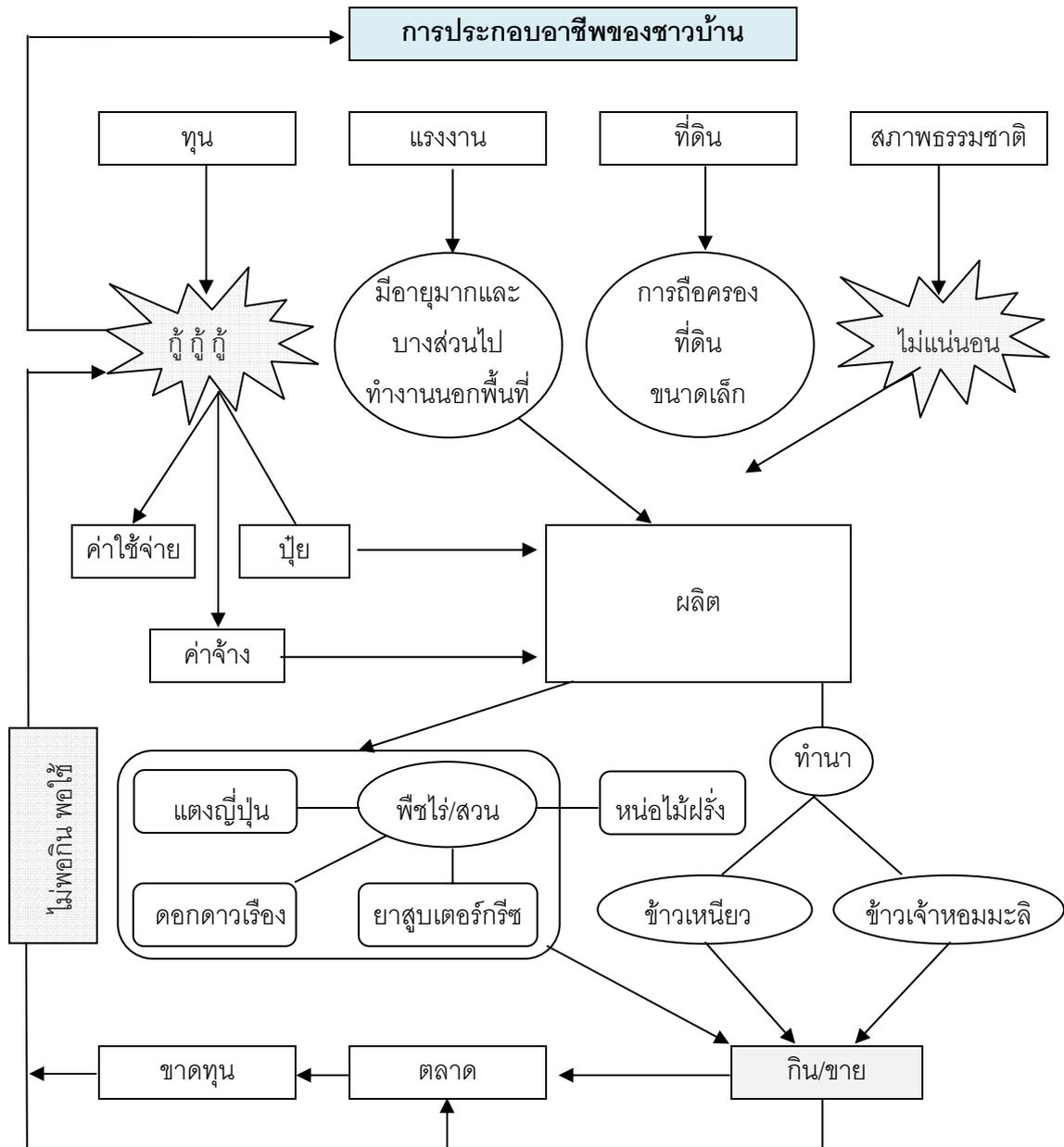
ยังเป็นประเพณีบ่งบอกถึงความสามัคคี การใช้ภูมิปัญญาทดสอบ เรื่องการเคารพกฎกติกาและเสียสละ และยังมีงบประมาณในการพัฒนาหมู่บ้านด้วย

4. เศรษฐกิจและการทำมาหากิน

บ้านก่อเป็นหมู่บ้านเกษตรกรที่ทำนาอาศัยน้ำฝนและทำนาปีละครั้ง เดิมปลูกข้าวเหนียวพันธุ์พื้นเมืองที่แข็งแรงและทนทานต่อธรรมชาติแวดล้อม ได้แก่ ข้าวขี้ตม ข้าวปล้องแฉั่ว ข้าววงช้าง ข้าวดำ ข้าวขาวน้อย ข้าวขาวใหญ่ ข้าวขาวกลาง ข้าวคำผาย ส่วนข้าวเจ้าปลูกไม่มากนักไว้สำหรับทำ “ข้าวปุ้น” (ขนมจีน) ข้าวคือชีวิตของชาวบ้านไว้บริโภคในครัวเรือนจะขายก็ต่อเมื่อเห็นต้นข้าวในนาเขียวเต็มทุ่ง ข้าวใช้แทนเงินใช้แลกเปลี่ยนของป่าหรือเป็นสิ่งที่พึงหลังของแรงงานที่มาทำงานในเมือง ปัจจุบันชาวบ้านก่อเปลี่ยนวัฒนธรรมปลูกข้าวจากการปลูกข้าวเหนียวเป็นหลักเป็นปลูกข้าวเจ้าหอมมะลิเพื่อขาย ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการเพาะปลูกได้แก่ความอุดมสมบูรณ์ของดิน การชลประทาน การคัดเลือกพันธุ์ การใช้ปุ๋ยและความขยันหมั่นเพียรของเกษตรกร

พืชเศรษฐกิจของชาวบ้านนอกจากข้าว ชาวบ้านยังมีรายได้หลักสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันคือปลูกยาสูบเตอร์กีซ ซึ่งชาวบ้านทำมานานเกือบ 30 ปีแล้ว และทางบริษัทอาดัมส์ได้ตั้งโรงรับซื้อใบยาสูบที่บ้านก่อด้วย การทำยาสูบจะอยู่ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนมีนาคมของปีถัดไป

ชาวบ้านก่อประสบปัญหาเหมือนชาวนาไทยโดยทั่วไปคือต้นทุนของปัจจัยในการผลิตสูงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่าย ค่าการจ้างแรงงาน การถือครองที่ดินมีขนาดเล็กลง วิธีการทำนาในปัจจุบัน โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ที่มีความรู้ในระบบและได้รับการแบ่งมรดกเป็นที่นาจะทำนาแบบผู้จัดการ คือ ใช้โทรศัพท์เครื่องเดียวจะไถนา โทรศัพท์บอกรถไถ จะดำนาโทรบอกหัวหน้าคนงาน สุดท้าย คือผลผลิตได้น้อยกว่าทุนที่ลงไป จนมีการเปรียบเทียบ ทำนาซื้อข้าวกินยังถูกกว่าหลายเท่า มีแต่หนี้แม้แต่ฟางก็ยังไม่เหลือเพราะใช้รถดี สภาพการประกอบอาชีพของชาวบ้านผู้วิจัยได้สรุปตามภาพที่ 4.5



ภาพที่ 4.5 การประกอบอาชีพของชาวบ้านก่อน

สำหรับแหล่งเงินกู้ที่เป็นทางการส่วนใหญ่กู้ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า ธกส. ระยะเริ่มต้นก็กู้ไม่มาก ขณะนี้เป็นลูกค้าชั้นดีเพิ่มเป็นหลายแสน เพื่อมาลงทุน ส่งลูกเรียน เรียนจบก็จ้างเข้าทำงาน ข้อเท็จจริงที่ได้จากการพูดคุยสนทนาเวลาใช้คืนเพื่อต้องการเป็นลูกหนี้ชั้นดีต้องไปกู้นอกระบบ ซึ่งดอกเบี้ยแพง คนชาวบ้านบางคนให้คำนิยาม ธกส.ว่า “ธรรณีกรรแสง”

อย่างไรก็ตาม แม้ชาวบ้านจะเป็นหนี้ ชาวบ้านส่วนใหญ่ก็ไม่จนเพราะเขามีบ้าน มีที่ดินของตนเอง หากปรับกระบวนการดำเนินการดำเนินชีวิตก็มีชีวิตที่ดีได้

การวิเคราะห์หมู่บ้านด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ SWOT ทั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่จะช่วยให้ชุมชนกำหนดจุดแข็งและจุดอ่อน จากสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน การวิเคราะห์แต่ละองค์ประกอบจะทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนา จุดอ่อนเป็นเรื่องที่แก้ไข โอกาสเป็นสถานการณ์ที่ศักยภาพหรือข้อได้เปรียบจะทำให้ชุมชนบรรลุเป้าหมาย ตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดด้อย โอกาส และอุปสรรคของหมู่บ้านก่อ (SWOT analysis)

จุดแข็ง (Strength : S)	จุดด้อย (Weakness : W)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลิตอาหารเองมีความมั่นคงทางอาหาร ● ชยัน อดทน ประหยัด เรียบง่าย ● พระ ข้าว ปลา จาริต ภูมิปัญญา ทนพื้นฐานที่สำคัญ ● ผู้นำและชาวบ้านมีความสามัคคี ● ไกลศัตรูราชการ ● ฟังพากัน ● การจัดระเบียบชุมชนและความขัดแย้งโดยระบบเจ้าโคตร ● การระดมแรงงานเพื่อพัฒนาส่วนรวมโดยไม่ต้องจ่ายค่าแรง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ขาดความอุดมสมบูรณ์ ● ธรรมชาติไม่แน่นอน ● ขาดการจัดการชีวิต ● เกษตรกรอายุมากและเป็นหนี้ ● คนรุ่นใหม่ไม่สนใจทำการเกษตร ● การจัดการขยะของชุมชน
โอกาส (Opportunity : O)	อุปสรรค (Threats : T)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลิตอาหารปลอดสารพิษ ● รวมกลุ่ม เพื่อสร้างอำนาจต่อรอง ● พัฒนาเป็นเกษตรผสมผสาน ● ผลิตสิ่งที่เป็นอัตลักษณ์ ● ฟันฟูระบบคุณค่าของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ● การถือครองที่ดินขนาดเล็ก ● ขาดทักษะการจัดการ ● ฟังพาสินค้านอกชุมชน ● ขาดแคลนแรงงานภาคเกษตร ● ค่าแรงสูง ราคาผลผลิตการเกษตรไม่แน่นอน

ระบบสุขภาพของชุมชน

กระบวนการทัศน์ในการศึกษาระบบสุขภาพของชุมชนเป็นการมองระบบสุขภาพแบบบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนของวิถีชุมชน กรอบความคิดสุขภาพเป็นเรื่องของครอบครัวและชุมชนไม่ใช่เป็นเรื่องของแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น การศึกษาระบบสุขภาพของชาวบ้านมี 2 ระบบใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ระบบสุขภาพวงในชุมชน

การพิจารณาระบบสุขภาพของชุมชนจะมีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้

1.1 ความมั่นคงทางด้านอาหาร อาหารที่บริโภคมีความปลอดภัย มีคุณค่าต่อสุขภาพ

1.2 ความมั่นคงทางด้านอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นการเกษตรหรืองานอื่น ๆ ซึ่งทำให้ได้ปัจจัยพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิต เพื่อซื้อสิ่งจำเป็นที่ผลิตเองไม่ได้

1.3 ความรู้ ภูมิปัญญาเพื่อดูแลสุขภาพของตน ตั้งแต่ความรู้เกี่ยวกับกิน การอยู่ การจัดการชีวิต การป้องกันโรค และการรักษาตัวเองและญาติพี่น้องเมื่อการเจ็บป่วยหรือที่เรียกว่าการแพทย์พื้นบ้าน

2. ระบบสุขภาพวงนอกชุมชน หมายถึง การรักษาที่สถานีนอนามัยโรงพยาบาลต่าง ๆ คลินิก ซึ่งเป็นจุดสุดท้ายที่ชุมชนคิดว่าจะต้องไปพึ่งพา

อาหารการกิน

ชาวบ้านก่อนมีชีวิตความเป็นอยู่คล้ายกับคนอีสานโดยทั่ว ๆ ไป คือมีความเป็นอยู่แบบเรียบง่าย อาหารการกินหาได้จากธรรมชาติรอบตัว เช่น ประเภทปลาหาได้จากนาข้าว ห้วยหนองคลองบึง ประเภท พืชผักหาได้จากธรรมชาติ ป่า ชุมชน ทุ่งนา ไร่ สวน หรือที่ปลูกในสวนหลังบ้าน อาหารที่ชาวบ้านหาได้จากธรรมชาติส่วนมากจะสด สะอาด ปลอดภัยและมีสรรพคุณทางยา เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ นอกจากนี้มีอาหารจากธรรมชาติ ยังได้อาหารมาจากการซื้อขาย โดยเฉพาะช่วงที่อาหารธรรมชาติขาดแคลนหรือช่วงต้องเร่งด่วนสำหรับชาวนาเช่น ช่วงปักดำเกี่ยวข้าว หรือช่วงเก็บใบยาสูบเตอร์รี่ชื้อยเพื่อตากใบยาให้แห้ง เพราะชาวบ้านบางคนไม่มีเวลาหาอาหารจากธรรมชาติ จึงซื้ออาหารจากรถตลาดสดเคลื่อนที่ “ปืดบ่อยากขอให้เงินซื้อ” นี้คือทัศนคติของชาวบ้าน

ชาวบ้านรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักส่วนข้าวเจ้าอาจหุงให้สำหรับผู้สูงอายุในบางครั้งบางครั้ง ส่วนกับข้าวใช้น้ำมัน ต้ม แกง นึ่ง บั๊งหรือย่าง แจ่ว (น้ำพริก) ปั่นปลาสดกับกันไปสำหรับอาหารประเภทเนื้อสัตว์ชาวบ้านจะรับประทานปลาน้ำจืด เช่น ปลาช่อน ปลาดุก ปลาหมอเป็นหลัก ซึ่งหาได้จากในนา ห้วย หนอง หากปีไหน ที่ชาวบ้านเรียกว่า “ฝนดี” ปลาจะมีมากจนชาวบ้านบางคนถึงขั้น “กินแต่ปลาหลายก็เปิด (เปื้อ)” ส่วนเนื้อหมูชาวบ้านไม่ค่อยบริโภคจะบริโภคเนื้อวัวมากกว่า ส่วนสัตว์ปีกเป็นไก่บ้าน เห็นได้ว่าชาวบ้านรับประทานอาหารที่ได้จากธรรมชาติที่สดและสะอาดและปลอดภัย

นอกจากอาหารประเภทเนื้อสัตว์และชาวบ้านยังมีการบริโภคผักพื้นบ้านที่หาได้จากหัวไร่ปลายนาหรือปลูกในสวนครัว จากการสัมภาษณ์ชาวบ้านโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะบริโภคผักพื้นบ้าน ซึ่งมีสรรพคุณทางยาด้วย ซึ่งต้องบริโภคเป็นคือไม่มากหรือน้อยไปก็จะมีคุณค่าต่อสุขภาพ

ผักพื้นบ้าน ที่ชาวบ้านรับประทาน บางชนิดมีตามฤดูกาล บางชนิดมีทุกฤดูกาล ซึ่งสามารถจำแนกตามแหล่งที่มาได้ดังนี้

แหล่งที่มา	รายชื่อผัก
ป่าชุมชนตามหัวไร่ปลายนา	ผักติ้ว ดอกกระเจียว ผักกระโดน ผักกุ่ม หมากลิ้นฟ้า (เพกา) ใบมะตูม หน่อไม้ สะเดา ชี้เหล็ก ผักอีสุ่ม (มะรุ่ม) ผักหวาน มะกอก ผักเม็ก ย่านาง ดอกแคอ่าว (แคนา)
สวน	ถั่วพู บวบ ถั่วแปบ พริก แตง ฟัก แฟง ถั่วฝักยาว หมากอี (ฟักทอง) ข่า ตะไคร้ ตำลึง
ทุ่งนา หนองน้ำ	ผักกะแยง ผักบู่ ผักแว่น เทา ผักหนอก(บัวบก) สายบัว ผักก้านจอก ผักอีฮิน กระเฉดน้ำ ผักตบ ผักโสมเฮบ ผักลิ่มผัว ผักขมน้อย
สวนครัว ผักริมรั้ว	ผักกระเฉด (กระถิน) แคบ้าน ผักหวาน กระเทียม ผักแป้น (กุยช่าย) กระเพรา ผักบั่ว (หอม) ผักข่า (ชะอม) ผักปลั่ง ผักแพง ผักไช้(มะระขี้นก) ผักอีตู๋ (แมงลัก) หมากแข้ง (มะเขือพวง) มะเขือ พริก ผักอีเลิศ (ชะพลู) ผักชี ผักชีหอม ผักหอมเทศ (ผักชีฝรั่ง) สะระแหน่ ผักกาด เป็นต้น

เกี่ยวกับการกินชาวบ้านเติบโตขึ้นด้วยวัฒนธรรมการปันข้าวเหนียว จิ้มแจ่ว ปั่นปลา ชุบเห็ด ลาบเป็ด ตำถั่ว ส้มตำ ฯลฯ จากการสังเกตการรับประทานอาหารโดยเฉพาะคนรุ่นเก่าหรือผู้สูงอายุเวลาชดแวง มักใช้ช้อนที่มีคันเดียวแล้วชดกันรอบวง บางที่ชาวบ้านมาล้อมวงกินกันยามมื้ออาหารพิเศษ เวลามีงานประเพณี เขาก็จะชดกินน้ำแกงจากช้อนคันเดียวกัน แม้มีการอบรมและพยายามทำเป็นตัวอย่างการใช้ช้อนกลางให้ดู เขาก็ไม่คุ่นเคย ไม่ถนัดเอาเสียเลยเหมือนว่าเป็นสิ่งผิดปกติ จนกระทั่งวันหนึ่งมีการอบรมผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพจากโรงพยาบาลมีการสาธิตการออกกำลัง การให้คำแนะนำสุขภาพลักษณะ 9 ประการรวมถึงการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลาง พอพักกลางวันก็ทำอาหารรับประทานร่วมกัน กลุ่มแม่บ้านก็ยกสำรับกับข้าวมาจัดวางเรียบร้อย พร้อมเชิญผู้สูงอายุที่เข้าอบรมสำรับละประมาณ 5-6 คน มีหลายสำรับ แล้วก็แจกช้อนให้ชาวบ้านเอววงไว้ในกับข้าวที่เป็นน้ำแกงทุก ๆ ซาม มีแกงก็อย่าง ก็นำช้อนลงไป พร้อมกับบอกชาวบ้านว่านี่คือ**ช้อนกลาง** ซึ่งชาวบ้านก็รับฟังพร้อมกับพยักหน้าแบบงง ๆ แต่ครั้งเมื่อลงมือรับประทานกันจริง ๆ ต่างก็ใช้ช้อนกลางที่วางอยู่แต่ละด้วยนั้น ชดกันอย่าง

เอิร์ดอ่อยตามความเคยชิน ทำเอาเจ้าหน้าที่สุขภาพวิทยาการการอบรมเป็นงง พร้อมกับอุทานว่า โอ..... ซ่อนกลางของฉัน.....

สำหรับจำนวนมื้ออาหารในแต่ละวันจะมีอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ (มื้อในความหมายของชาวบ้านคือวัน หากถามชาวบ้านโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะไม่ได้คำตอบ “วันหนึ่งกินข้าวก็มื้อ” จะงทั้งผู้ถามและผู้ตอบ)

1. มื้อเช้า ชาวบ้านเรียกกินข้าวสาย ตั้งแต่เข้าไปจนถึงเวลาประมาณ 9 นาฬิกา
2. มื้อกลางวัน เรียกว่ากินข้าวสวยประมาณบ่าย-บ่ายสองโมง และ
3. มื้อเย็น เรียกว่ากินข้าวแลง ตั้งแต่ 6 โมงเย็นจนถึง 2 ทุ่ม

เวลาการรับประทานอาหารของชาวบ้านไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับงานทำในไร่นาแล้ว กลับบ้านเย็นอาจรับประทานอาหารเช้าเกือบสองทุ่ม ซึ่งทำให้เกิดข้อสงสัยเวลาการรับประทานอาหารเย็นของชาวบ้านจะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือไม่เป็นประเด็นที่น่าศึกษา เพราะชาวบ้านรับประทานอาหารเหนียวเป็นหลักซึ่งมีแป้งและน้ำตาลและไขมันเลย

ระบบแพทย์ของชุมชน

หากพิจารณาตามกรอบคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์ (Medical Anthropology) ซึ่งเป็นสาขาวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมทางการแพทย์และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ในชุมชนจะมีระบบการแพทย์มากกว่าหนึ่งระบบ และไม่มีระบบใดสมบูรณ์ในตัวเองในอันที่จะตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยและสามารถสร้างความพึงพอใจ

ตามกรอบแนวคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์ ระบบการแพทย์จะประกอบขึ้นจากองค์ประกอบสองประการคือ

1. ระบบทฤษฎีโรค ซึ่งอธิบายสาเหตุการเกิดโรคลักษณะการดำเนินไปของโรคพยากรณ์โรคตลอดจนวิธีการดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ความซับซ้อนและเป็นระบบมาก ในขณะที่ชาวบ้านโดยทั่วไปจะอธิบายความเป็นไปของโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อย่างง่าย ๆ ระบบทฤษฎีโรคนี้เองที่เป็นความรู้ความเข้าใจที่ใช้สำหรับการแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นแนวคิดสำคัญที่กำหนดท่าทีและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มนุษย์จะต้องตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตลอดจนเป็นตัวกำหนดรูปแบบและระบบการดูแลสุขภาพ

2. ระบบการดูแลสุขภาพ เป็นระบบที่สังคมจัดขึ้น เพื่อให้การดูแลสุขภาพหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจมีรูปแบบแตกต่างกันไป โดยประกอบด้วยผู้ให้การดูแลสุขภาพ ผู้รับการดูแลสุขภาพ สถานที่ที่ใช้สำหรับกิจกรรมการดูแลสุขภาพสุขภาพ รูปแบบของการดูแลสุขภาพ

สุขภาพ ตลอดจนยาอุปกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ รวมไปถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลรักษา

ในวัฒนธรรมการรักษาเจ็บไข้ได้ป่วยของชาวบ้านเป็นภาวะอย่างหนึ่งที่แต่ละชุมชนมีวิธีการจัดการแตกต่างกันไป ความเข้าใจวิกฤติที่จะแก้ไขวิกฤติอย่างกว้างขวางไปได้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแต่การแก้ไขตัวการเจ็บไข้อย่างเดียว เช่น การคลอด หน้าที่ของพ่อคือไปหาเงินเตรียมไว้ให้พร้อมไม้แดง ไม้จิก ผู้หญิงคนอื่นอาจต้องนั่งให้คนป่วยพียงหลัง ลูกสาวต้มน้ำ ฯลฯ การกระทำทั้งหมดเหล่านี้มีผลทางด้านจิตใจอย่างมาก ทั้งแก่สมาชิกในครอบครัวที่ไม่ได้เจ็บป่วยและแก่ตัวคนเจ็บเอง ทำให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บไข้ได้ป่วยได้ดีมาก ไม่เฉพาะแค่เพียงคนในครอบครัวเท่านั้น แม้แต่ญาติใกล้เคียงหรือคนในชุมชนก็มีส่วนร่วมในการรักษาเช่นหากมีพิธีกรรม **เอ็นขวัญหรือเรียกขวัญ** ก็เป็นโอกาสที่เครือญาติและชุมชนจะมาร่วมชุมนุมกัน ในพิธีกรรม แสดงความห่วงหาอาทรแก่คนเจ็บ ในขณะเดียวกันก็รู้สึกสบายใจที่ได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขความเจ็บไข้ได้ป่วยของญาติหรือเพื่อนบ้านไปพร้อมกัน ยิ่งในกรณีความเจ็บไข้ที่นั้นถูกหมอชาวบ้านวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากการละเมิดขนบประเพณีของสังคมชุมชน เช่นไปละเมิดสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของหมู่บ้าน พิธีกรรมที่ต้องทำยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นไปอีก ชาวบ้านจะเข้าร่วมชุมนุมด้วยจำนวนมาก เป็นสักขีพยานว่าคนเจ็บได้ดูแลโทษต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์แล้ว ในขณะเดียวกันพิธีกรรมเช่นนี้ก็เท่ากับเป็นการประกาศการยอมรับของชุมชนต่อบุคคลที่ไปล่วงละเมิดขนบประเพณีให้ได้กลับเข้าเป็นสมาชิกของสังคมดั้งเดิม

ในอดีตจนถึงปัจจุบันเมื่อเจ็บป่วยชาวบ้านก็ดูกันเองด้วยภูมิปัญญาที่สั่งสมต่อกันมา นักหนาสาหัสก็ต้องพึ่ง **หมอยา** ถ้ายังเรื้อรังก็ต้องเปลี่ยนไปใช้หลาย ๆ วิธี ผสมผสานกัน เช่นอาจจะเรียกหา **หมอธรรม หมอสงฆ์** เพื่อดูว่าเกิดอะไรขึ้นบางครั้งต้องใช้กรรมนี้มนต์จากหลวงปู่

ผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์เล่าว่าในช่วงประมาณ พ.ศ. 2500 ต้น ๆ ยังเห็นอาการของคนป่วยที่ถูกผีปอบสิง ซึ่งตามความเชื่อคนอีสานเป็นผีที่เกิดจากคนที่เล่นของเล่นว่านคาถาอาคมแล้วทำผิดข้อห้ามจะกลายเป็นปอบ คนที่เป็นปอบชอบไปสิงอยู่ในผู้คนที่กินตับไตไส้พุงจนผู้ที่ถูกสิงตาย หรือบางคนมีวิชาอาคมอาจจะเลี้ยงผีปอบไว้เพื่อไปทำอันตรายกับคนที่ตนเกลียดให้เจ็บป่วยล้มตายไป ใครที่ถูกชาวบ้านเชื่อว่าเป็นปอบจะถูกขับไล่ไสส่งออกจากหมู่บ้าน เป็นที่เกลียดกลัวของผู้คน นอกจากพวกที่เป็นปอบเพราะทำผิดข้อห้าม ยังมีคนที่เชื่อว่าเป็นปอบเพราะสืบทอดมาจากพ่อแม่พี่น้อง พวกนี้เรียกว่า **ปอบเชื้อ** คนที่เป็นอาจจะไม่รู้เรื่องอะไรมาก่อนก็ได้มารู้ต่อเมื่อคนที่ถูกปอบเข้า **“ออกปาก”** เวลาถูกหมอธรรมหมอผีไล่ ต้องมารับเคราะห์หลบลิ้นไปอยู่ที่อื่นหรือไปหาคนรักษา ชาวบ้านกอรุ่นผู้สูงอายุเล่าว่า ผีปอบที่เข้ามาสิงเป็นผีปอบมาจากบ้านหนอง

สองห้อง ซึ่งเป็นบ้านอยู่ใกล้เคียงกับบ้านก่อ เห็นได้ว่าวิธีการรักษาทฤษฎีการเกิดโรคของชาวบ้าน การเจ็บป่วยมีหลายสาเหตุ อาจเกิดจากการกระทำของผี การเปลี่ยนแปลงของลมฟ้าอากาศ การรักษาก็ต้องสอดคล้องกับอาการที่เป็น แม้ในปัจจุบันการวิเคราะห์โรคของชาวบ้านก็อาจไม่ซับซ้อนมากนัก เช่น เมื่อมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ชาวบ้านก็จะซื้อยาตามร้านขายของชำในหมู่บ้านมารับประทาน หากยังไม่หายจึงจะไปพึ่งระบบการแพทย์สมัยใหม่ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล หรือคลินิก เป็นต้น

เกี่ยวกับความรู้หรือภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพจากการศึกษาพบว่า ชาวบ้าน มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง เช่น

ยาเย็น ใช้เพื่อลดความร้อนของโรค เช่น พืชใช้ ร้อนใน ใช้กาฬ หัด หรือพืชโลहित และพืชลม ตัวอย่างของสมุนไพร เช่น ผักหนอก (บัวบก) มะกอก ข้าวเจ้า ซึ่งสมุนไพรเย็นนี้ มักจะเป็นต้นยาที่มีรสหวาน รสขม รสจืด รสฝาด/เผื่อน

ยาร้อน โดยมากใช้เพื่อรักษาโรคลมและใช้กับผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต เกี้ยว (เหน็บชา) ห้ามใช้กับคนที่เป็นไข้ตัวร้อน สมุนไพรส่วนมากจะอยู่ในกลุ่มเครื่องเทศ ซึ่งมีรสร้อน พริกไทย ดีปลี ไม้กาหลง ฯลฯ วิธีปรุงยารสร้อนมักปรุงแบบต้ม ยาที่ผสมเหล่านี้เป็นกระสาย

ยาคัน คือยาที่ใช้แก้อาการคันต่าง ๆ เป็นตุ่มหมื่นมาน (ลมพิษ) สมุนไพรที่ใช้มักมีรสเผ็ด เช่น เครือย่านาง ใบมะเฟือง ใบมะขาม

ตัวยาที่ใช้ถอนพิษ เช่น กินเห็ดเบือ ใช้ฝางให้ดินดูด กินไข่ดิบให้ฮาก (อวก)

นอกจากนี้ชาวบ้านยังรู้จักการใช้สมุนไพรในการรักษาโรค เช่น ใช้ใบส้มลม ซึ่งเป็นไม้เถาพื้นบ้านใบมีรสเปรี้ยวกินเวลาเป็นลมหรืออาเจียนแดง จากรังมาขยี้ดม เวลาเป็นแผลใช้ใบกระดงฮ้าง (ใบสาบเสือ) ห้ามเลือด เป็นต้น

ส่วนอาการผิดปกติของร่างกายที่ไม่สมดุลงก็มีภาษาใช้สื่อกันในชุมชน เช่น

ภาษาถิ่น	ภาษาไทยกลาง
เฮี้ยม	เรอ
ฮาก	อวก
สแปหมากหูด	สแปร้อนในลำคอเหมือนอาการกรดไหลย้อน
สะเอ้อ	สะอึก
เกี้ยว	เหน็บ
หมื่นมาน	ลมพิษ
ของแสดง	ผิดสำแดง

ภาษาถิ่น	ภาษาไทยกลาง
ปานดง	ประดง
กะบูน	มดลูก
ฮ้อนโน	ร้อโน

ผลจากการศึกษาจะเห็นว่าชุมชนมีระบบสุขภาพที่เรียกว่าเป็นระบบทฤษฎีโรค ซึ่งในความเป็นจริงจะคลุมไปกว้างกว่าทฤษฎีโรคแผนปัจจุบันที่เป็นองค์ความรู้สมัยใหม่ที่เกิดจากการกระทำของเชื้อโรค การเจ็บไข้ได้ป่วยของชาวบ้านมีหลายสาเหตุ ระบบการดูแลสุขภาพที่มีไว้รองรับองค์ประกอบทฤษฎีโรค จึงมีวิธีการหลากหลาย เช่นกัน

ปัญหา ความต้องการ ความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุหรือผู้เฒ่าผู้แก่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากการสำรวจบ้านก้อทั้งหมด 3 และหมู่ 13 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 157 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.2 ของประชากรทั้งหมดของหมู่บ้าน (1,034 คน) ถือว่าเป็นสัดส่วนที่สูง และเมื่อจำแนกตามเพศ พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 56.7 เป็นหญิง และเมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่าเป็นผู้สูงอายุวัยต้นคือ อายุ 60-69 ปี กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.1) รองมาเป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 26.8 และวัยปลาย (80 ปี ขึ้นไป) มีจำนวนรวมกันถึง 30 คน คิดเป็นเกือบหนึ่งในห้า (ร้อยละ 19.1) ของผู้สูงอายุทั้งหมด (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุบ้านก้ออำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามเพศและอายุ

	อายุ (ปี)			รวม
	60-69	70-79	80+	
ชาย	39(45.9)	15(35.7)	14(46.7)	68(43.3)
หญิง	46(54.1)	29(64.3)	16(53.7)	89(56.7)
รวม	85(100.0)	42(100.0)	30(100.0)	157(100.0)
รวมชาย/หญิง	(54.1)	(26.8)	(19.1)	(100.0)

ที่มา (คำนวณจากบัญชีผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพปี พ.ศ. 2553)

กลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมาก (oldest old) เป็นกลุ่มที่ขาดคู่สมรสไม่สามารถทำงาน และสุขภาพไม่ดี แต่ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากลูกหลาน ยังมีญาติพี่น้องเป็นเครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคมไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่อายุมากจะมีปัญหาในการพบปะผู้คน ไม่สามารถเดินได้สะดวก ผู้สูงอายุที่อายุมากของบ้านก้อมีจำนวน 5 ราย (ปี พ.ศ. 2553) ได้แก่

- | | | |
|-------------|------------|----------------|
| 1. นางเทียม | ชามกุลา | อายุ 107 ปี |
| 2. นางสี | โบราณมูล | อายุ 94 ปี |
| 3. นางสอน | ปักกะสีนัง | อายุ 91 ปี |
| 4. นายสม | ภาระยาท | อายุ 91 ปี และ |
| 5. นายไสย์ | นนทศาสตร์ | อายุ 91 ปี |

ผู้สูงอายุทั้ง 5 รายยังแข็งแรงสามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนได้ ยกเว้นนางเทียมชามกุลา จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาการได้ยินและลูกหลานที่ดูแล พบลักษณะที่ร่วมกัน เช่น ผู้สูงอายุเหล่านี้จะไม่อยู่เฉย ๆ ชอบเดินไปสวน หรือไปนา ทำบุญตักบาตร ไปจ้งหันเข้าที่วัด (ถวายอาหารเข้าพระที่วัด) ไม่กินเนื้อหมู กินปลาโดยเฉพาะอาหารอีสานที่เรียกว่า ปนปลา (น้ำพริก) และมองโลกในแง่ดี

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกความต้องการผู้สูงอายุ คือ ต้องการความมั่นคงให้ชีวิตปั่นปลาย ดังคำกล่าวที่ลุงเคน โบราณมูลกล่าวถึงปรัชญาในการดำเนินชีวิตของคนอีสานที่กล่าวไว้ตั้งแต่โบราณว่า

“สุขเพราะมีข้าวกิน สุขเพราะมีที่ดินอยู่
 สุขเพราะมีคูนอนน่าน้ำ สุขเพราะมีเงินค่าเต็มไถ่
 สุขเพราะมีเฮือนหลังใหญ่มุ่งแบ่นกระดาน
 สุขเพราะมีลูกหลานมานั่งเฝ้า
 สุขเพราะเฒ่าแก่แล้ว ได้เข้าวัดฟังธรรม”

จากการสอบถามความเห็นของผู้สูงอายุ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขไม่ใช่เงินทอง แต่ขอเพียงมีลูกที่กตัญญู อยู่เคียงข้างดูแลปรนนิบัติ ส่วนเป้าหมายซึ่งเป็นความเชื่อ ความศรัทธาที่มีต่อจักรวาลคือการมีชีวิตที่ดีหลังตายเห็นได้ว่าชาวบ้านมีความเชื่อและความศรัทธาในเรื่องนี้มาก หากอธิบายตามแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ ชาวบ้านมีการลงทุนเพื่อชาติหน้าค่อนข้างมาก ตั้งแต่การทำบุญการแบ่งปัน มีความเมตตา มีศีลธรรม ดังได้เห็นจากการที่ผู้เฒ่าผู้แก่ชาวบ้านต้องการคือการได้ทำบุญเข้าวัดฟังธรรมเพื่อชาติหน้าจะให้เกิดในภพภูมิที่ดี

ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์กลุ่มและสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุให้ความเห็นว่า มีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง แต่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ มีบางส่วนมี ปัญหาการเดินเพราะปวดเข่า ผู้ดูแลหลักคือลูกหลานและคู่สมรส แม้จะมีผู้สูงอายุที่เป็นโสดใน หมู่บ้านถึง 3 ราย เป็นชายหนึ่งราย ไม่มีปัญหาผู้ดูแล อาจเป็นเพราะมีทรัพย์สินคือที่นา ส่วนผู้ที่อยู่ ตามลำพังเฉพาะผู้สูงอายุ มีจำนวน 1 คู่แม่ไม่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน ก็มีลูกที่แยกครอบครัว คอยดูแลถือได้ว่าผู้สูงอายุไม่ได้ถูกทิ้ง

การบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กินข้าวเหนียวเป็นหลักอาจมีการหุงข้าวเจ้า บางมื้อ ส่วนกับเป็นอาหารอีสาน ผู้สูงอายุกินเหมือนครอบครัวไม่ได้แยกต่างหาก ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

สำหรับอาหารเสริมหรือเครื่องดื่มสุขภาพ ผู้สูงอายุชอบดื่มในตอนเช้า เช่น ไมโล โอวัลติน ส่วนประเภทซูปไก่ที่โฆษณาตามโทรทัศน์ มีผู้สูงอายุบางราย เคยดื่มแต่ไม่ชอบ จากการบอกเล่าของป้ามี (นามสมมุติ) ว่าตอนปีใหม่หลานที่ทำงานกรุงเทพฯ ได้นำกระเช้าของขวัญมาขอ พรปีใหม่ ในกระเช้าก็มีอาหารเสริมประเภทซูปไก่ ป้าลองดื่มไม่หมดขวด “มันคาว” พร้อมกับ หัวเราะยกใหญ่ กว่าจะเล่าต่ออีกว่า ป้าให้ทิดนงซึ่งเป็นลูกชายเอาไปดื่มพร้อมกำชับว่า ให้เอา เฉพาะขวดที่อยู่ข้างนอกกล่อง ส่วนที่อยู่ในกล่องจะให้ทิดทูลลูกชายคนเล็ก ซึ่งมักจะมาเยี่ยมแม่ เป็นประจำ และวันนั้นก็มาถึงลูกชายคนเล็กก็มาเยี่ยมแม่ ป้ามีก็ปฏิบัติเช่นเคย หาผัก ผลไม้ พร้อมกับหยิบกล่องซูปไก่ให้เป็นของฝากลูกสุดที่รัก ทิดทูลพอไปถึงบ้านก็เปิดกล่องซูปไก่เพื่อจะดื่ม เมื่อ จะได้หล่อเหมือนที่เขาโฆษณา ปรากฏว่าในกล่องไม่มีซูปไก่สักขวดอย่างนี้ต้องประท้วง แม่รักลูก ไม่เท่ากัน สองมาตรฐาน “ผู้กินกินพอฮาก (อวก) ผู้อยากอยากพอตาย” จึงโทรศัพท์ถามป้ามีผู้เป็น แม่ว่าทำไมซูปไก่มีแต่กล่องเปล่า ป้ามีผู้เป็นแม่ยังโทษทิดนงไม่เหลือให้น้องเลย ตอนเย็นลูกสาวซึ่ง รู้เรื่องนี้ดีจึงได้อธิบายให้ป้าฟัง จึงเข้าใจว่าเขาจัดกระเช้าอย่างนี้ เขาเอากล่องเปล่าจัดด้วยเพื่อให้ดู ดี แล้วป้ามีก็หัวเราะอึกยกใหญ่ฉลองความทันสมัยของตน

ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ

ในเรื่องการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุให้ความเห็นว่า เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดเข่า ปวดเมื่อย ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานกันมาก ผู้สูงอายุที่ร่วม สนทนารายหนึ่งอธิบายว่าอาจมีสาเหตุมาจากการกินข้าวเหนียว กช. 8 ซึ่งมีรสชาติหวานไม่เหมือน พันธุ์พื้นเมืองในสมัยก่อนเช่น ข้าวกลาง ข้าวพันธุ์ขี้ตมหรืออาจเป็นเพราะ กินอาหารจากรถขาย กับข้าวเคลื่อนที่ก็ได้

เมื่อถามถึงเรื่องเมื่อเจ็บป่วยทำอะไร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสอดคล้องกัน คือจะหายารับประทานเอง แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะไปหาหมอค्लीนิก ถ้าอาการหนักก็จะไปโรงพยาบาลอำเภอหรือจังหวัด ดังกรณีตัวอย่าง ป้าเถิง (นามสมมุติ) ผู้วิจัยได้ศึกษาเส้นทางการรักษา ความเจ็บป่วย ดังนี้

เส้นทางการรักษา

ป้าเถิง 67 ปี ฐานะดี สถานภาพในครอบครัวเป็นแม่และแม่ยาย

อาการ	ผู้ประเมิน	โรค	สาเหตุ	แหล่งรักษา	เหตุผลที่ไป	การประเมิน
เวียนหัว หน้ามืด อาเจียน	⇒ ตัวเอง	⇒ เป็นลม	⇒ ตากแดด เกี่ยวข้าว	⇒ ประคบ น้ำเย็น	⇒ เคยทำ ช่วงเป็นลม	⇒ ยังเวียนหัว แต่ยังไม่หาย
↓						
เวียนหัว หน้ามืด อาเจียน	⇒ ตัวเอง	⇒ เป็น ความดัน	⇒ ตากแดด มาก อากาศร้อน	⇒ กินยา ความดัน 2 เม็ด	⇒ เคยกิน	⇒ อาการไม่ทุเลา
↓						
เวียนหัว หน้ามืด ถ่าย	⇒ ตัวเอง	⇒ กินผิด	⇒ กินของผิด	⇒ ไปคลินิก	⇒ เพื่อนบ้าน บอก	⇒ อาการทุเลา ไม่หาย
↓						
เวียนหัว บ้านหมุน	⇒ ตัวเอง	⇒ ความดันสูง	⇒ ไม่ทราบ	⇒ ไป รพ. อำเภอ	⇒ ลูกสาว และลูกเขย	⇒ หมอให้ยา มาจำนวนมาก ไม่หาย
↓						
เวียนหัว บ้านหมุน	⇒ ตัวเอง	⇒ ไม่ทราบ	⇒ ไม่ทราบ	⇒ ไปคลินิก	⇒ ตัวเอง	⇒ อาการดีขึ้น และหาย หมด ขนาดของยา

ภาพที่ 4.7 กรณีการรักษาป้าเถิง

กรณีของป่าเถิง จะเห็นได้ว่า ในการเจ็บป่วยแต่ละครั้งในระบบสุขภาพของชุมชนนั้น ชาวบ้านคนหนึ่งๆ มีที่พึ่งด้านสุขภาพและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของชาวบ้าน ผู้ที่อยู่ในวงนอก เป็นเพียงส่วนเล็กๆ ในโลกสุขภาพของชาวบ้าน เพราะจริงๆ แล้ว ชาวบ้านทำอะไรต่างๆ อีกมากมายเกี่ยวกับสุขภาพที่คนนอกไม่รู้ และอยู่นอกกระบวนการรักษาแผนสมัยใหม่

พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการกินอาหารไม่เลือกประเภทของอาหาร แต่จะไม่ชอบอาหารมันกะทิและหวาน อาหารจะเป็นรสของอาหารคนอีสานทั่ว ๆ ไป อาหารที่ชอบมากที่สุดคือผักทุกชนิด โดยเฉพาะผักพื้นบ้าน และจากการสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพแต่ตรวจเป็นประจำทุกปี มีน้อยมาก เกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่ชอบเล่นกีฬาหรือรวมกลุ่มกันเล่น รำไม้พลองที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แนะนำ เห็นว่าเหมือนกับผู้เฒ่า “มักป่วย” (ทำอะไรไม่เหมาะสมกับวัย อายุลูกหลาน) ผู้สูงอายุใช้วิธีการเดินไปตามที่ต่าง ๆ เช่นไปนาและสวนมากกว่า

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน

หลังจากที่ได้ศึกษาบริบทชุมชนและสภาพปัญหาความต้องการ ความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว เครือข่ายได้จัดประชุมเพื่อทบทวนงานด้านผู้สูงอายุ และเพื่อกำหนดงานที่จะทำในอนาคต ในด้านการดูแลและการส่งเสริมด้านสุขภาพ ได้กำหนดกรอบในการดำเนินการ 2 ด้านได้แก่ 1) ด้านอนามัยชุมชน และ 2) การส่งเสริมการป้องกันโรค ซึ่งเน้นระบบสุขภาพแบบองค์รวม เป็นกิจกรรมที่เข้ากับบริบทของสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ของชุมชน

วัตถุประสงค์

การดำเนินกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชนมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถป้องกันตนเองจากโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยการลดปัจจัยเสี่ยงร่วม เช่น การลดอาหาร รสเค็ม หวาน มัน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น
3. เพื่อกระตุ้นผู้สูงอายุมีพลังในการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

4. เพื่อส่งเสริมชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะในด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและมีกลไกในการทำงานด้านผู้สูงอายุของชุมชน

กิจกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย

1. ด้านอนามัยชุมชน

เป็นการจัดบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุ เครือข่ายได้ประสานกับโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ซึ่งปี พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลไม่มีนโยบายในการบริการเคลื่อนที่อาจเป็นเพราะขาดงบประมาณ การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงเป็นหน้าที่ของเครือข่ายจะต้องประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุไปรับบริการการคัดกรองโรคที่โรงพยาบาล ซึ่งก็ยังไม่ทั่วถึงทั้งหมด

2. ด้านป้องกันโรค มีกิจกรรม ดังนี้

2.1 การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การบริโภค การออกกำลังกาย การป้องกันเบาหวานและความดันโลหิตสูง การใช้ยาแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ นางศิริลักษณ์ สุดาเดช หัวหน้ากลุ่มงานปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นวิทยากรร่วมกับ อสม.อบรม จำนวน 3 วัน คือ 31 พฤษภาคม 2553 ผู้เข้าอบรมคือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหมู่ 3 จำนวน 57 คน ครั้งที่ 2 คือ วันที่ 3 กรกฎาคม 2553 เป็นผู้สูงอายุและผู้ดูแลหมู่ 13 จำนวน 63 คน และครั้งที่ 3 วันที่ 30 กันยายน 2553 ผู้เข้าอบรมคือผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ดูแล จำนวน 29 คน เนื้อหาการอบรมเน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย กิจกรรมนี้มีหัวหน้า อสม.ของหมู่ 3 คือ นางราตรี จรอนันต์ และหมู่ 13 คือ นางบุญศรี วงศ์คำจันทร์ เป็นผู้ประสานงานและกระจายความรู้ผู้สูงอายุผ่านรายการวิทยุชุมชนคลื่น 90.5 “รายการพบ อสม.” เวลา 14.30-15.30 น. ซึ่งรายการนั้นนอกจากมีสาระดี ๆ ในด้านสุขภาพจาก อสม. ยังเป็นเวทีสำหรับผู้สูงอายุ มาเล่าความหลังสลับกันไปพร้อมกับเปิดเพลงพื้นบ้านคือหมอลำ รุ่งน่เก่า ๆ เป็นรายการที่ชาวบ้านชื่นชอบมาก และถ่ายทอดผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน เพื่อได้รับฟังกันทั่วหน้า

สาระเนื้อหาของอบรมผู้สูงอายุและผู้ดูแล สรุปได้ดังนี้

หลักปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป

อาหาร

1. ควบคุมปริมาณข้าว น้ำตาล ไขมัน
2. กินปลาเป็นหลัก

3. กินผักผลไม้มาก ๆ
4. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว
5. ไม่ควรดื่มน้ำอัดลม หรือน้ำเย็น
6. งดของหมักดอง
7. อาหารไม่รสจัด เค็ม มัน หวาน
8. เคี้ยวอาหารนาน ๆ ก่อนกลืน
9. อาหารควรเคี้ยวง่าย อ่อนนุ่ม ย่อยง่าย
10. จำนวนมื้อของอาหารต่อวันควรมากกว่า 3 มื้อ (คาบ)

ออกกำลังกาย ออกกำลังกายเป็นประจำ สัปดาห์ 3-4 วันต่อสัปดาห์ หรือเดินวันละ 30 นาที ออกกำลังกายโดยการทำงาน ปลูกผัก ทำสวนครัว ทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น

อารมณ์ สังคม ยิ้มแย้ม หัวเราะทุกวัน มีเพื่อนคุย ไม่เครียด ทำบุญ ใส่บาตร สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ รักษาศีล 5 ทำกรรมดี

อากาศ ควรอยู่ในที่ปลอดโปร่ง บริสุทธิ์

นอน หลับวันละ 6 - 8 ชั่วโมง

หมั่น สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย อาทิ แผลเรื้อรัง กลืนลำบาก ท้องอืดเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก ฯลฯ หากพบอาการผิดปกติ ควรพบแพทย์ดีที่สุด

หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น การซื้อยากินเอง ยาเดิมที่เก็บไว้ หรือรับยาจากผู้อื่นมาใช้

ตรวจสุขภาพประจำปี ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีหรืออย่างน้อยทุก 3 ปี

โรคความดันโลหิตสูง

เป็นโรคเรื้อรัง และพบได้บ่อยในคนไทย สามารถตรวจได้ง่ายโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต ซึ่งเครื่องวัดจะแสดงค่าความดันโลหิต 2 ค่า คือค่าความดันโลหิตตัวบน และค่าความดันโลหิตตัวล่าง ในคนปกติจะมีค่าความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท ความดันเลือดปกติจะมีค่าแตกต่างกันแต่ละคนและอายุ ถ้าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้น หรืออาจเปลี่ยนแปลงได้ในเวลาต่างกัน เช่น เมื่อมีอารมณ์เครียดความดันโลหิตอาจสูงขึ้นได้

ผู้สูงอายุถ้าวัดความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง

1. ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ดูแลน้ำหนักร่างกายให้พอดี ควรลดเหล้าและบุหรี่ ลดอาหารเค็ม ควรเลือกอาหารที่ใส่เกลือ หรือน้ำปลาให้น้อยที่สุด
2. หมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การเดิน การวิ่ง โดยเริ่มฝึกทีละน้อย แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ช่วงแรกที่ฝึกอาจจะเริ่มเดินวันละ 10 นาที และค่อย ๆ เพิ่มวันละ 2 นาที ทุกวันจนครบ 30 นาที การวิ่งหรือเล่นกีฬาควรจะไปปรึกษาแพทย์ขอรับการรักษาอยู่ ไม่ควรออกกำลังกายที่หักโหมและแบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก ชักเย่อ วิดน้ำ
3. หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด โมโห ตื่นเต้น
4. ลดปริมาณไขมันในอาหาร ถ้ามีโรคเบาหวาน ต้องควบคุมและรักษาเบาหวานให้ดี
5. รับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่ควรหยุดยาหรือปรับเปลี่ยนยาด้วยตนเอง

โรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในระบบต่อมไร้ท่อ เป็นโรคเรื้อรัง ที่สร้างปัญหาให้ผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จากภาวะแทรกซ้อนที่ปรากฏเกือบทุกระบบได้แก่ ระบบไต ระบบการมองเห็น ระบบหลอดเลือด หัวใจและหลอดเลือด สมองและระบบประสาท ส่วนปลายจนนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพ เช่น การตัดขา สูญเสียดวงตา โรคหัวใจ จนเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง เกิดจากร่างกายผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ เบาหวานมี 2 ชนิด **ชนิดที่ 1** มักจะเกิดขึ้นตั้งแต่อายุยังน้อย ๆ เพราะร่างกายผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ รักษาด้วยการฉีดอินซูลิน และ**ชนิดที่ 2** มักพบกับผู้มีอายุมากเกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ เบาหวานชนิดนี้พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุอ้วนและไม่ค่อยออกกำลังกาย

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน

1. อาหาร ควรรับประทานผักให้มาก โดยเฉพาะผักประเภทใบ ผลไม้เลือกที่ไม่หวาน เช่น ส้ม มะละกอ พุทรา ฝรั่ง งดของหวานทุกชนิดและขนมที่ใส่น้ำตาล หลีกเลี่ยงอาหารที่ทอด

2. การออกกำลังกาย จะช่วยควบคุมน้ำหนักและลดระดับน้ำตาล
3. นั่งสมาธิทำจิตใจให้เบิกบาน
4. ควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการใช้ยารักษา

เพื่อให้มีกลไกในด้านการให้ช่วยเหลือ ผู้ที่ป่วยเป็นเบาหวานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ดำเนินกิจกรรมหลักคือให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง การดูแลด้านอาหาร ร่วมกันจัดทำผังเครือญาติของตนเองเพื่อหากกลุ่มเสี่ยงในครอบครัว และติดตามผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ให้เจาะเลือดดูระดับน้ำตาล และรับรู้แนวทางการปฏิบัติตน โดยการแจกคู่มือในการดูแลสุขภาพฉบับชาวบ้าน

2.2 โครงการรณรงค์กิจกรรม 5 ต้อง 7 ไม่เพื่อสุขภาพที่ดี

จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าชาวบ้านจำนวนมากเป็นโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง สารเคมีในเลือดสูงกว่าค่ามาตรฐาน จึงทำให้เครือข่ายมีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ เช่นการตื่นแหวะโรบิกของกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชนมีการแข่งขันฟุตบอลประจำปี เนื่องจากสุขภาพหรือการมีสุขภาพดีนั้นจะต้องประกอบด้วยหลายทางทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จึงได้มีการรณรงค์กิจกรรม 5 ต้อง 7 ไม่เพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการสื่อที่เข้าใจและง่ายในการปฏิบัติ กิจกรรม 5 ต้อง 7 ไม่เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เช่น การกิน การอยู่ การออกกำลังกาย และการบริหารด้านอารมณ์สังคม กิจกรรมนี้เป็นข้อตกลงเครือข่ายสุขภาพบ้านก่อน ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเริ่มรณรงค์กิจกรรมดังกล่าวมาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2553 เป็นต้นมา กิจกรรม 5 ต้อง 7 ไม่เพื่อสุขภาพที่ดีประกอบด้วย

5 ต้อง

1. ต้องกินปลาเป็นหลัก กินผัก-ผลไม้
2. ต้องปลูกผักและผลไม้กินเอง (เพื่อความปลอดภัย จากสารเคมี ยาฆ่าแมลง และลดค่าใช้จ่าย)
3. ต้องเดินวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 วัน เป็นอย่างน้อย
4. ต้องทำบุญใส่บาตร (สุขภาพะทางด้านจิตวิญญาณ)
5. ต้องมีเพื่อนคุย (สุขภาพะทางด้านสังคม) ส่วน

7 ไม้ ประกอบด้วย

1. ไม้เคียด (จัดการความเคียดโดยการฝึกสมาธิ)
2. ไม้ฉ้วน (ควบคุมน้ำหนัก)
3. ไม้หวาน (ลดกินขนมหวาน)
4. ไม้เค็ม
5. ไม้มัน (ลดอาหารทอด วิธีการปรุงอาหารโดยการนึ่ง แกง)
6. ไม้ต้มน้ำอัดลม เหล้า เบียร์
7. ไม้สูบบุหรี่

โดยการทำให้แผ่นป้ายรณรงค์ติดไว้ห้องประชุมที่ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน ทุกเดือนมีการประชุมและรับเบี่ยยังชีพจะกระตุ้นเตือนจากผู้นำและเครือข่ายสุขภาพเสมอ

2.3 ส่งเสริมความมั่นคงทางด้านอาหาร และปลอดภัยมีกิจกรรมต่อไปนี้

1. ปลูกผัก-ผลไม้ ปลอดภัยบริโภคเอง
2. ปล่อยปลาตามนาข้าวเพื่อมีอาหารประเภทเนื้อสัตว์บริโภค
3. ปลูกป่า “สามะปี” คือปลูกต้นไม้ที่หลากหลายทั้งสมุนไพร ไม้ยืนต้น เช่น พยูง กระโดน ที่ป่าชุมชนโคกป่าเสี้ยว ปลูกผักพื้นบ้านตามหัวไร่ปลายนา
4. สาธิตการทำผงบัว สารปรุงรสพื้นบ้าน เพราะชาวบ้านบริโภคผงบูรสมาก กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจึงแสวงหาแนวทาง เพื่อลดการใช้ผงบูรสม เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการใช้ผงบูรสม การหาวัสดุธรรมชาติที่ทำอาหารอร่อย เช่น ต้มยำไก่ชาวบ้านจะใส่ใบหม่อนหรือส้มตำใส่มะกอกเป็นต้น สำหรับการทำผงบัวมีส่วนประกอบ ดังนี้

ส่วนประกอบ

- | | |
|---------------------------|---------|
| 1. ข้าวเหนียวหนึ่งตากแห้ง | 2 กำมือ |
| 2. ใบผักบัว (หอม) | 1 กำมือ |
| 3. ใบกระเทียม | 1 กำมือ |
| 4. ใบผักแป้น (กุยช่าย) | 1 กำมือ |
| 5. ใบหม่อน | 1 กำมือ |
| 6. ใบส้มป่อย | 1 กำมือ |
| 7. ใบเชียบ (น้อยหน่า) | 3-4 ใบ |

8. โปมะขามอ่อน	ครึ่ง กำมือ
9. โปสั้มพอดี	ครึ่ง กำมือ
10. ผักโขมหนาม	1 ต้น
11. ยอดมะรุ้ม	1 กำมือ
12. โปผักหวาน	1 กำมือ

วิธีทำ

นำข้อ 2-12 มาล้างให้สะอาด แล้วตำผสมกับข้าวเหนียวหนึ่งตากแห้งให้ละเอียดเข้ากันดี ผึ่งลมให้แห้งสนิท 2-3 วัน แล้วร่อนเก็บเป็นผงใส่ขวดเก็บไว้ในที่แห้งนำไปใส่แกงแจ่ว ตำถั่ว ปั่นปลา ตำแตง สั้มตำ อ่อม ลาบปลา ลาบเป็ด ฯลฯ ได้ตามใจชอบ ผงนี้ช่วยรุงรสพื้นบ้านไม่เป็นอันตราย เป็นยาบำรุงสุขภาพ มีสารอาหารต่าง ๆ และช่วงลดไขมันในเลือดป้องกันมะเร็ง ลดภาวะเบาหวาน ขับถ่ายสะดวก ใช้แทนเครื่องปรุงรสเช่น ผงชูรส และลดค่าใช้จ่าย

5. ส่งเสริมการเลี้ยงมดแดง ทั้งนี้เพราะในอดีตบ้านก้อมีมดแดงมาก หน้าแล้งหาเหยื่อมดแดงตามหัวไร่ปลายนาคืออาหารที่มีประโยชน์ ใช้ทำก๋อย ยำ แกงผักหวาน หน่อไม้ แกงปลาช่อนใส่มดแดง ผักตบชวาทำให้รสเปรี้ยวพอดีอร่อยใช้แทนมะนาว นอกจากนี้มดแดงยังช่วยป้องกันหรือจำกัดศัตรูพืชต่าง ๆ เช่น เพลี้ยหนอน ตั๊กแตน มดแดงเป็นยาในการขับพยาธิ ตัวตืด โดยนำตัวมดแดงหมักกับเกลือกินเป็นยา หรือใช้ดม แก้เป็นลมหน้ามืด

วิธีเลี้ยงมดแดง

กำจัดปลวกและมดดำบริเวณต้นไม้ที่จะเลี้ยงมดแดงให้หมดโดยใช้สารสกัดจากสะเดา ที่ไว้ระยะหนึ่งแล้วจึงปล่อยมดแดงให้ทำรัง อาจปล่อยมดแดงตามต้นไม้ตามหัวไร่ปลายนาก็ได้

ใช้ไม้กระดาน ขนาดพอเหมาะทำเป็นแท่นให้อาหาร โดยตอกเป็นแท่นสูงจากพื้นดิน เพื่อป้องกันสุนัขหรือถ้าไม่ทำแท่นก็เพียงแต่เอาอาหารมดแดงไปแขวนไว้ที่กิ่งไม้ก็ได้ หากภาชนะใส่น้ำให้มดแดง อาจเป็นขวดพลาสติกตัดครึ่งห้อยไว้กับกิ่งไม้ให้อาหาร เช่น เศษเนื้อสัตว์ต่าง ๆ กางปลา แมลงต่าง ๆ อาหารที่มดแดงชอบมากคือ อาหารที่แห้งสนิท เช่น ปลาแห้ง แมลงต่าง ๆ มดแดงจะคาบไปสะสมที่รัง ประมาณเดือนธันวาคมถึงเดือนมิถุนายน มดแดงจะไขชานบ้านสามารถเหยื่อมดแดงมาทำเป็นอาหารต่าง ๆ หรือขายได้ราคาเป็นที่ต้องการของตลาด

2.4 ส่งเสริมด้านอารมณ์และสังคมผู้สูงอายุ

เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เช่น การรวมกลุ่มทางด้านเศรษฐกิจ ปลูกผักปลอดสารพิษ กลุ่มทำลวดหนามด้วยมือหมุน เป็นการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุและเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังใช้วัดเป็นศูนย์รวมผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมทางศาสนา โดยเฉพาะในช่วงเข้าพรรษาจะมีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ “กลุ่มพ่อออกแม่ออกจำศีลปฏิบัติธรรมและฝึกสมาธิ โดยมีหลวงปู่สุข สิริบุญโญ เจ้าอาวาส เป็นผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติ

2.5 การจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับชาวบ้าน สำหรับแจก

ผู้สูงอายุทุกครัวเรือน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ข้อปฏิบัติเหล่านี้ได้จากการประชุมเครือข่ายด้านสุขภาพ และได้ตรวจสอบแล้วไม่ขัดต่อหลักการทางการแพทย์ เพื่อนำสู่การปฏิบัติได้ จะใช้ภาษาและข้อความสั้น ๆ นอกจากนี้ในคู่มือฉบับนี้ยังประกอบด้วยเนื้อหาการทำผงนัว การนึ่งไก่บ้านด้วยภูมิปัญญาชาวบ้าน และการเลี้ยงมดแดง เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับลูกหลาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจักได้นำไปปฏิบัติต่อไป

กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการมองสุขภาพเป็นองค์รวมตั้งแต่ระบบของอาหารกิน การออกกำลังกาย การมีเพื่อนคุย ไม่เครียด ทุกกิจกรรมที่ดำเนินจะเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้ระบบสุขภาพของชุมชนดี การเจ็บป่วยหรือการพึ่งพาแพทย์แผนปัจจุบันก็จะลดน้อยลง

ผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนใช้เวลาดำเนินการ 1 ปี คือ ระยะเวลาเดือนเมษายน 2553 ถึง มีนาคม 2554) มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4.3 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการ และตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบโครงการ	ระยะเวลา/ จำนวนครั้ง	ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ
1. กิจกรรมคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตรวจสุขภาพ	อ.สม. ประธานโรงพยาบาล	ผู้สูงอายุรับการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	ผู้สูงอายุทุกคนเข้ารับบริการการคัดกรองเบาหวานและความดันสูง
2. การอบรมผู้สูงอายุ	อ.สม.พยาบาล	3 ครั้ง	ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับการอบรม 149 ราย
3. กิจกรรมส่งเสริมผลิตอาหารปลอดสารพิษ - ปลูกผัก-ผลไม้ - ปล่อยปลา - เลี้ยงมดแดง	เครือข่ายสุขภาพ (ครอบครัว ผู้สูงอายุ ผู้นำ อ.สม. กลุ่มแม่บ้าน)	ตลอดทั้งปี	ครัวเรือนส่วนใหญ่ร่วมกิจกรรม
4. โครงการรณรงค์กิจกรรม 5 ต้อง 7 ไม่ เพื่อสุขภาพที่ดี	เครือข่ายสุขภาพ	รณรงค์ตลอดทั้งปี	ครัวเรือนส่วนใหญ่ร่วมกิจกรรม
5. กิจกรรมปลูกป่าอนุรักษ์ผืนป่าบ้าน	ชาวบ้าน นักเรียน	เดือนสิงหาคม 2553	ชาวบ้าน ทุกครัวเรือนร่วมโครงการ
6. กิจกรรมปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ	หลวงปู่สุข สิริบุญโญ	ช่วงเข้าพรรษา วันพระ	มีกลุ่มฟ้อออกแม่ออกจำศีลปฏิบัติธรรมในวันพระ 1 กลุ่ม
7. จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฉบับชาวบ้าน	เครือข่ายสุขภาพ	เดือนธันวาคม 2553	ทุกครัวเรือนได้รับแจกคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฉบับชาวบ้าน

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

1. ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น หลังจากทำกิจกรรม
2. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม มีผู้นำด้านสุขภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ
3. เกิดเครือข่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนดูแลสุขภาพของชุมชน
4. มีความมั่นคงทางอาหาร ลดค่าใช้จ่าย
5. มีการอนุรักษ์ผักพื้นบ้าน บริโภคตามฤดูกาล
6. เกิดกลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ เพื่อการเพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเข้า

เป็นสมาชิก 30 คน มีนายสัมฤทธิ์ ศรีสมบุญเป็นประธาน

การวัดและประเมินความสำเร็จของโครงการ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ วัดจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ ต้องมีการบูรณาการหลายส่วนเข้าด้วยกัน การจะพิจารณาความสำเร็จจะต้องดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพราะเป้าหมายหลักของโครงการคือต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเองและสามารถทำกิจวัตรประจำวันไม่เป็นภาระให้ยาวนานที่สุด การวัดความสำเร็จของโครงการจำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือในการประเมิน สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยหลักและทีมงานใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์การเข้าร่วมกิจกรรมและการประชุมเพื่อประเมินผลจากผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดร้อยเอ็ด” เป็นการวิจัยทางสังคมวิทยา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action research หรือ PAR) คัดเลือกหมู่บ้านแบบเจาะจงได้หมู่บ้านก่อ ตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาบริบทและระบบสุขภาพของชุมชน
- 2) เพื่อพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่ยังไม่มีกลไกในการทำงานด้านสุขภาพที่เข้มแข็ง
- 3) เพื่อจัดทำและพัฒนาคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุฉบับชาวบ้าน ในบทนี้จะนำเสนอ 3 ประเด็น ได้แก่ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุป

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน สองส่วนแรก คือ บริบทของชุมชนที่ศึกษาและสถานะของปัญหา ความต้องการ ความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการศึกษาผสมผสานระหว่างวิธีวิจัยเชิงคุณภาพกับการวิจัยชาวบ้าน โดยให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาจัดกิจกรรมในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ส่วนที่สามเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน

1. บริบทของชุมชน

การศึกษบริบทของชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมรอบด้านทั้งมิติทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง ระบบสุขภาพและวิถีชุมชน ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นฐานในการตัดสินใจกำหนดรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ได้ตรงตามประเด็น

หมู่บ้านที่ศึกษาคือ บ้านก่อ ตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นหมู่บ้านเกษตรกรรม ชาวบ้านอาศัยน้ำฝนทำนาปีละครั้ง หมู่บ้านนี้มีลักษณะตรงตามประเด็นที่กำหนดไว้ คือ มีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรของหมู่บ้านสูงสุด ยังไม่มีกลไกที่เข้มแข็ง

ในการทำงานด้านผู้สูงอายุ สาเหตุการตายของผู้สูงอายุย้อนหลัง 3 ปี เกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

บ้านก่อนเป็นหมู่บ้านที่ได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและลบจากการพัฒนา แม้ว่าในระยะแรกโดยเฉพาะก่อนที่ประเทศไทยจะประกาศใช้แผนพัฒนาฯ ชาวบ้านในชนบทโดยทั่วไป มีวิถีแบบยังชีพเห็ดดอยเห็ดกิน ไม่ได้ทำเพื่อขาย และเป็นสังคมที่อยู่ขายของของการพัฒนา แม้ช่วงระยะที่มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-3 รัฐได้กำหนดทิศทางพัฒนาประเทศสู่สังคมอุตสาหกรรม โดยการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อเศรษฐกิจแบบทุนนิยมสมัยใหม่ สร้างถนน นำไฟฟ้าสู่ชนบทก็ตาม บ้านก่อนหน้านั้นยังมีลักษณะเป็นสังคมชนบทแบบดั้งเดิม ชาวบ้านยังปลูกข้าวเหนียวเพื่อบริโภคเหลือจึงขาย ชาวบ้านตอบสนองต่อระบบตลาดล่าช้า เหตุผลสำคัญคือความสามารถของหมู่บ้านที่เลี้ยงตัวเองได้ด้วยผลผลิตในชุมชน และจิตสำนึกของชาวนาที่ยังไม่ได้ปรับเข้าสู่การผลิตเพื่อการค้ารวมทั้งเส้นทางคมนาคมที่ไม่สะดวก

ระบบสุขภาพในขณะนั้นชาวบ้านพึ่งพาระบบการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งการอธิบายการเกิดโรคหรือทฤษฎีโรคมีสาเหตุหลายอย่าง ตั้งแต่การกระทำของผี การละเมิดสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การเปลี่ยนของธาตุในร่างกาย วิธีการรักษาอาศัยผู้รู้ที่ชาวบ้านเรียกว่า หมอ เช่น หมอสอง ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำผิดกฎเกณฑ์ ผิดผีหรือล่ำเลิกพ่อแม่ หมอกระดูก หมอยา หมอพ่นน้ำหมาก หมอน้ำมันต์ เป็นต้น ช่วงระยะ พ.ศ.2500 ต้นๆ ชาวบ้านมีอัตราการเกิดสูงและตายจากโรคพยาธิใบไม้ตับสัดส่วนที่สูง เพราะกินปลาดิบ ปลาร้าดิบ กุ้งเต้น ชาวบ้านส่วนใหญ่ยังไม่มีส้วมใช้ ปรัชญาการณนี้เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในขณะนั้น

ในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4-7 เป็นระยะที่หมู่บ้านมีการเปลี่ยนเร็วขึ้น โดยเฉพาะตั้งแต่ปี พ.ศ.2524 เป็นต้นมา เพราะ มีไฟฟ้าเข้าหมู่บ้าน ทำให้เกิดการไหลบ่าของสินค้าออกชุมชน อาทิ วิทยุ โทรทัศน์ จักรยานยนต์ เครื่องมือการเกษตรสมัยใหม่ รถไถนาเดินตามหรือควายเหล็ก ปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 การไถ่นาด้วยควายและประเพณีการลงแขกก็หายไป ถูกแทนที่ด้วยการจ้าง ชาวบ้านมีการทิ้งบ้านไปรับจ้างในเมืองโดยเฉพาะกรุงเทพฯ มากขึ้น และขณะเดียวกันก็เปลี่ยนวิถีการเกษตรเพื่อขาย เริ่มมีครวเรือ่นเปลี่ยนวัฒนธรรมจากการปลูกข้าวเหนียวเป็นหลักมาเป็นปลูกข้าวหอมมะลิเพื่อขาย ซึ่งในปัจจุบันกล่าวได้ว่า ชาวบ้านเกือบทั้งหมดปลูกข้าวเหนียวไว้สำหรับบริโภคในครัวเรือนเพียงเล็กน้อย ในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 - 7 บ้านก่อนได้รับทรัพยากรจากนอกชุมชนโดยเฉพาะงบประมาณลงสู่พื้นที่มาก ซึ่งอาจเป็นเพราะบารมีของหลวงปู่ศรี มหาวิโร พระเกจิ สายวิปัสสนาที่มีลูกศิษย์เป็นข้าราชการผู้ใหญ่ ชาวบ้านมีส่วนร่วมใช้ทุกครัวเรือนมีบ่อน้ำตื้น ถนนหนทางสะดวก มีโรงเรียนสำหรับ

ลูกหลานได้เรียนต่อจากระดับประถมศึกษา แต่การพัฒนาส่วนใหญ่เป็นการหยิบยื่นจากภาครัฐมากกว่า

หมู่บ้านก่อระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 จนถึงปัจจุบัน ถือได้ว่า เป็นหมู่บ้านยุคโลกาภิวัตน์ ชาวบ้านมีระยะห่างทางสังคมไม่ต่างคนเมือง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารชาวบ้านดูโทรทัศน์จากจานดาวเทียม แต่ก็มีปัญหาการเข้าถึงข้อมูลในด้านภาษา สนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้น มีสินค้าสุขภาพ เช่น สุนัขจิ้งจอกจำหน่ายในร้านของชำของหมู่บ้าน ในขณะที่เดียวกันก็เจ็บป่วยด้วยโรควิถีชีวิต ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเมะเร็งมากขึ้น

2. ปัญหาความต้องการ ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถานภาพของผู้สูงอายุหมู่บ้านก่อ เป็นผู้สูงอายุที่เคยหรือกำลังทำงานในภาคเกษตร หมู่บ้านนี้ไม่มีข้าราชการบำนาญ บริการทางสังคมที่เข้าถึง ได้แก่ การบริการด้านสุขภาพ คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบริการเบี่ยงชีฟ ผู้สูงอายุในวัยต้น คือ อายุ 60 - 69 ปี เป็นกลุ่มที่สัดส่วนมากกว่ากลุ่มอื่น มีบุตร 2 - 3 คน ได้รับการดูแลจากครอบครัว ผู้สูงอายุทุกคนมีปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพ โดยเฉพาะมีบ้านและที่ดินเป็นของตนเองมากน้อยแตกต่างกันไป

ปัญหาในด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดเข่า และยังขาดการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม บางส่วนต้องทำงานหนักรับผิดชอบครอบครัวขาดการเอาใจใส่ในด้านสุขภาพ ความต้องการของผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากคนทั่วไป คือ ต้องการความมั่นคง มีเพื่อนคุย ได้ทำบุญใส่บาตร และที่สำคัญคือมีลูกดูแลยามเจ็บไข้ได้ป่วย หมู่บ้านยังไม่มีกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นทางการ แต่จะเป็นการรวมกลุ่มตามธรรมชาติ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่ปฏิบัติธรรม กลุ่มทางเศรษฐกิจ ได้แก่ กลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ เป็นต้น

สำหรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคข้าวเหนียวเป็นหลัก ไม่นิยมรับประทานอาหารมัน จำนวนมื้อการรับประทานเหมือนกับครอบครัวรับประทานผักลดลงเนื่องจากปัญหาเรื่องฟัน ส่วนผลไม้ก็รับประทานตามฤดูกาล เกี่ยวกับการออกกำลังกาย แม้มีการสาธิตการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม เช่น การออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลอง การออกกำลังกายด้วยดนตรีอีสาน ก็ไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมกับวัย อายุลูกหลาน

การออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้สูงอายุควรเป็นการเคลื่อนไหวตามธรรมชาติ เช่น การเดินไกล การทำงาน การวิ่งตามสัตว์เลี้ยง เรื่องอาหารผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านอาหารที่

ถูกหลักโภชนาการ ตามปกติผู้สูงอายุจะมีความต้องการอาหารน้อยลง แต่การพักผ่อนจะต้องการมากขึ้น และควรควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

3. การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นมติจากการประชุมเครือข่ายด้านสุขภาพของหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มแม่บ้าน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน กรอบแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพจะพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน ดังนี้

ด้านอนามัยชุมชน

เป็นกิจกรรมเพื่อบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ และเป็นการป้องกันโรค ได้แก่ การตรวจ การคัดกรองโรคโดยเฉพาะ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้กับผู้สูงอายุทุกคน โดยเครือข่ายสุขภาพบ้านก่อนประสานงานกับโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ในปีการศึกษา หน่วยงานด้านสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้บริการแพทย์เคลื่อนที่ ผู้สูงอายุต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอง

ด้านการป้องกันโรค

1. ส่งเสริมความมั่นคงทางด้านอาหาร มีกิจกรรมต่อไปนี้
 - ปลูกผัก-ผลไม้ปลอดสารพิษเพื่อบริโภคเอง
 - ปลั่อยปลาตามนาข้าว
 - ส่งเสริมการเลี้ยงมดแดง
 - ปลูกป่า “สามะปิ” (พันธุ์ไม้หลากหลาย) ที่โคกป่าเสี้ยวและบริเวณวัดเนินผักพื้นบ้าน
 - สาธิตการทำผงนัว สารปรุงรสเพื่อสุขภาพ
2. ส่งเสริมในด้านอารมณ์และสังคม
 - กระตุ้นผู้สูงอายุรวมกลุ่มทำกิจกรรมทางเศรษฐกิจ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุในการปลูกผักปลอดสารพิษ และกลุ่มทางศาสนา เช่น กลุ่มพ่อออกแม่ออกจำศีล ในการปฏิบัติธรรมรักษาศีล ฝึกสมาธิ

3. จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 3 ครั้ง และมีการกระจายความรู้ผ่านรายการวิทยุชุมชน คลื่น 90.5 วิทยุชุมชนบ้านก่อ จัดโดย อสม. และเครือข่ายสุขภาพ

4. จัดโครงการรณรงค์กิจกรรม **5 ต้อง 7 ไม่** เพื่อดูแลสุขภาพที่ดีของชุมชน **5 ต้อง** ได้แก่

1. ต้องกินปลาเป็นหลัก กินผัก-ผลไม้
2. ต้องปลูกผักและผลไม้กินเอง
3. ต้องเดินวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน
4. ต้องทำบุญใส่บาตร
5. ต้องมีเพื่อนคุย

7 ไม่ ได้แก่

1. ไม่เครียด
2. ไม่อ้วน
3. ไม่หวาน
4. ไม่เค็ม
5. ไม่มัน
6. ไม่ดื่มน้ำอัดลม เหล้า เบียร์ และ
7. ไม่สูบบุหรี่

โดยการรณรงค์ให้ประชาชนและผู้สูงอายุ ตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อมีการประชุมผู้สูงอายุในการรับเบี้ยยังชีพ จะถูกกระตุ้นโดยอสม. และผู้นำผ่านรายการวิทยุชุมชน ผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้านเป็นประจำ และจัดทำป้ายติดไว้ที่ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน

5. จัดทำ “คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับชาวบ้าน” ข้อมูลและเนื้อหาได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติ เน้นภาพและข้อความสั้นๆ เพราะผู้สูงอายุไม่ชอบอ่านข้อความที่มีเนื้อหามากๆ แจกให้ครอบครัวผู้สูงอายุทุกครั้งเดือน ไว้สำหรับเป็นข้อปฏิบัติในการดูแลตนเอง

ความสำเร็จของการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน

เป้าหมายสูงสุด คือ ประชาชนและผู้สูงอายุ มีความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี ชาวบ้านพึ่งพากันและมีกลไกในด้านสุขภาพ โดยภาพรวมในการทำกิจกรรม ชาวบ้านและผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ การดำเนินการจะประสบผลสำเร็จจึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็น

เวลานาน กิจกรรมพัฒนาจากสิ่งที่มีอยู่ในชุมชนและเป็นวิถีของชาวบ้าน ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ ตัวชี้วัดของการดำเนินงานในอนาคต คือ โรคภัยไข้เจ็บที่เป็นประจำลดลง ชาวบ้านสามารถจัดการ ปัจจัยที่ทำลายสุขภาพลดลง เช่น เหล้า บุหรี่ ผงชูรส น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ เป็นต้น ผลผลิต ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับการถ่ายทอดความรู้และสนับสนุนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ ดูแลสุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสม

อภิปรายผล

ระบบสุขภาพของชุมชน มีทุนเดิมที่เอื้อต่อการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพหรือสุขภาพที่ดี อยู่แล้ว เรื่องการกินอาหารของชาวบ้าน ส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่หาได้จากธรรมชาติ เช่น ปลาอาจจับได้จากบ่อน้ำตื้นในนาข้าว พืชผักเก็บจากสวนหลังบ้าน ปลอดภัยพิษ สด สะอาด เกี่ยวกับการมีเพื่อนชาวบ้านไม่ได้เหงา มีกลุ่มธรรมชาติที่ตนชอบ เช่น กลุ่มเครือญาติ กลุ่มที่ทำกิจกรรมทาง ศาสนา หรือการออกกำลังกายก็เป็นการเคลื่อนไหวตามธรรมชาติไม่หนักเกินกำลัง การเดินไกลๆ ทำสวน วิ่งตามสัตว์เลี้ยงหรือหลาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้มีการเสริมสร้างพลังทางจิต โดย หมั่น ทำสมาธิ วิชาศีล จึงทำให้เห็นระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี หากชุมชนและ หน่วยงานด้านสุขภาพมาเสริมสร้างและเติมเต็มในส่วนที่ขาดหรือแก้ไขซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็น อุปสรรคต่อการมีสุขภาพที่ดี การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายมิติ เพราะไม่มีรูปแบบสำเร็จรูปตายตัว ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2547 หน้า 113-141) ที่กล่าวไว้ว่า ระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนจัดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ อาจมีรูปแบบ แตกต่างกันไป ตั้งแต่ผู้ให้การดูแลรักษา ผู้รับการส่งเสริมสถานที่ที่ใช้สำหรับกิจกรรม ดังนั้น การ ส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานด้านสุขภาพ ควรที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ในโลกสุขภาพของชาวบ้าน ควรหลีกเลี่ยงการนำกรอบความคิดของเจ้าหน้าที่ในด้านสุขภาพไป ตัดสินผูกมัดกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชาวบ้าน โดยที่ยังไม่เข้าใจระบบวัฒนธรรมสุขภาพ ในท้องถิ่น เนื่องจากองค์ความรู้ในเรื่องการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของชาวบ้าน อาจขึ้นอยู่กับ เงื่อนไขและปัจจัยที่เหมาะสมกับชุมชน

จากวิถีชาวบ้านเปลี่ยนแปลงเป็นวิถีเมืองมากขึ้น ทำให้แบบแผนในการดำรงชีวิตและ การบริโภคเปลี่ยนไป กอปรกับมีการแก่งแย่งแข่งขันการเอารอดเอาเปรียบ ทุกคนต้องดิ้นรนเพื่อ เลี้ยงดูตนเองและครอบครัว ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ชาวบ้านบริโภคผลิตภัณฑ์ไร้คุณค่า ทางโภชนาการ บริโภคอาหารสำเร็จรูปที่หาได้ง่าย บริโภคประเภทเนื้อที่มีโปรตีนและเป็นอาหารที่

มีไขมันสูง นิยมอาหารรสจัดที่มีความเค็มของโซเดียมสูงและหวานมากเกินไป กินผักและผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้ชาวบ้านเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เนื่องจากชุมชนชนบทเป็นพื้นที่ปลายทาง การรับรู้โดยผ่านการโฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์ ผู้วิจัยเชื่อว่าโรคเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากสังคมที่เจริญขึ้นแต่อย่างใด แต่เป็นเพราะเราขาดความรู้ในเรื่องสุขภาพต่างหาก จึงจำเป็นที่ภาครัฐควรแสวงหาแนวทางการกระจายความรู้เกี่ยวกับสุขภาพสู่ประชาชน ขณะเดียวกันก็ควบคุม ป้องกันสินค้าที่ทำลายสุขภาพ อาทิ น้ำอัดลม ซึ่งชาวบ้านบริโภคกันทุกเพศ ทุกวัย เพราะในปัจจุบันคนไทยบริโภคหวานมากเกินไป ไม่ว่าจะเป็นบริโภคผลไม้รสหวานจัด ดื่มน้ำอัดลมเกิน 325 มิลลิลิตรต่อวัน รวมถึงการเติมน้ำตาลในอาหาร (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2554, หน้า 10) ย่อมส่งผลต่อระบบความสมดุลของแร่ธาตุในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวบ้านมีมุมมองต่อสินค้าเหล่านี้เป็นมูลค่าเพิ่ม กล่าวคือ หากมีงานเลี้ยงเช่น การขอแรงกัน หรือแขกที่มาเยี่ยมที่เป็นผู้อาวุโส มักจะต้อนรับกันด้วยน้ำอัดลมหากเจ้าภาพไม่มีถือว่า “กระจอก” ซึ่งเป็นค่านิยมที่จะต้องรับการแก้ไข

การเรียนรู้และการจัดการทุนทางสังคมที่มีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ทุกคนซึ่งประกอบด้วย ผู้นำ ตั้งแต่ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุนเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนและดึงทุนที่อยู่นอกชุมชน เช่น งบประมาณหน่วยงานด้านสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาสนับสนุนในการดำเนินงาน เช่น ต้นกล้าที่ปลูก พันธุ์ปลาที่ปล่อยตามนาข้าว หรืองบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในรายการ “พบอสม.” ของวิทยุชุมชน บริการด้านสุขภาพ เป็นสวัสดิการของภาครัฐที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากที่สุด แต่ยังขาดมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน การดูแลตนเอง การจัดบริการอบรมในรูปแบบที่หลากหลาย ที่มีผลดีต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งงานที่เครือข่ายผู้สูงอายุทำในขณะนี้ส่วนใหญ่เน้นการคัดกรอง ตรวจวัดโรคเบาหวาน เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต (ชวลิต สวัสดิ์ผล, 2550) แต่ไม่เน้นทางด้านการส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ เพื่อป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพนิยเพื่อป้องกันโรค เพราะการมีสุขภาพดี การมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีจิตใจที่สบายสะอาดสงบ มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอ อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนที่แข็งแรง ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล ซึ่งต้องมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตน องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพไม่มีมลพิษ ปลอดภัยไม่มีความขัดแย้ง และองค์ประกอบทางด้านระบบสาธารณสุขต้องดีด้วย

นอกจากการจัดการทุนทางสังคมวัฒนธรรม จารีต การมีน้ำใจ การพึ่งพาอาศัย แบ่งปันกัน การให้ความเคารพผู้ใหญ่ ความเป็นคุณธรรม ความกตัญญู ตลอดจนการจัดการเรียนรู้ พื้นฟูทุนทางธรรมชาติที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ส่งเสริมการบริโภคผักพื้นบ้าน โดยการปลูกและอนุรักษ์ที่มีอยู่ในธรรมชาติ การจัดการเรียนรู้ในการนำทุนธรรมชาติมาสร้างคุณค่าต่อสุขภาพ

ชาวบ้านอีสานส่วนใหญ่ปรุงแต่งอาหารโดยการต้ม แกง นึ่ง มากกว่าทอด และไม่บริโภคกะทิ ความรู้เหล่านี้ เป็นทุนทางสังคมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้การจัดการทุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของสังคม ศุภรัตน์กุล และดุษฐีย์ อายุวัฒน์ (2552) ที่พบว่า ปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพควรคำนึงถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชนบทอย่างครอบคลุม การดูแลส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายจึงขึ้นอยู่กับทุนทางสังคม (John Field, 2008)

การส่งเสริมสุขภาพของชุมชนต้องอาศัยผู้นำเครือข่ายด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นทุนทางสังคมผ่านองค์กรชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มทางศาสนา เนื่องจากกลุ่มองค์กรเหล่านี้ มีบทบาทต่อการปฏิบัติงาน ทั้งด้านการป้องกันควบคุม และการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ในเบื้องต้นไปพร้อมๆ กัน

อย่างไรก็ตาม เป้าหมายสูงสุดของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ยาวนานนั้น การดำเนินกิจกรรมต้องได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุเอง และเครือข่าย การส่งเสริมสุขภาพต้องดำเนินการในทุกด้านทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ขณะเดียวกัน ชุมชน และสิ่งแวดล้อมก็ต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของนภดล กรรณิกา, เนตรนภิศ ละเอียด และพรภพ แสงทอง (2553) ที่พบว่า สภาพแวดล้อมที่พึงอาศัย บรรยากาศของคนในชุมชน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สุขภาพกาย สุขภาพใจ และความพึงพอใจในการทำงานมีผลต่อความสุขของประชาชน และทำนองเดียวกันผลการสำรวจของสวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (2553) ที่ได้สำรวจตัวชี้วัดความสุขของคนไทยทั่วประเทศ พบว่า การมีอาชีพและรายได้ที่มั่นคง การมีครอบครัวที่อบอุ่น การมีความรักสามัคคี การมีชีวิตที่ปลอดภัย การมีสุขภาพร่างกายและใจที่ดี การมีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีผลต่อความสุขและการมีชีวิตที่ดีของคนไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่มีสูตรสำเร็จ วิธีที่ดีที่สุด (Best Practices) อาจใช้กับชุมชนหนึ่งได้ผล แต่นำไปใช้ชุมชนหนึ่งไม่ได้ ดังนั้น หน่วยงานด้านสุขภาพที่มีการรณรงค์ การส่งเสริมในรูปแบบเดียวกันแบบใส่ “เสื้อโหล” เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกายรำไม้พลอง การเดินแอโรบิกในรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ จะไม่ประสบผลสำเร็จ การที่หน่วยงานภายนอกชุมชนจะนำสิ่งใดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชาวบ้านต้องศึกษาและเข้าใจโลกสุขภาพของชาวบ้าน และควรพัฒนาจากสิ่งที่อยู่ในชุมชนที่เรียกว่า “ทุนทางสังคม” โดยให้ชาวบ้านเป็นตัวแสดงหน่วยงานข้างนอกต้องมีความจริงใจในการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนมากมักทำงานตามตัวชี้วัด ถ้ายู่อรูปเป็นผลงานของหน่วยงาน ขาดการติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่อง

2. การทำงานส่งเสริมด้านสุขภาพของชาวบ้าน จำเป็นต้องพึ่งพาเครือข่ายข้างนอกชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสุขภาพ ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งในเรื่องงบประมาณ บุคลากร และความรู้หรือนวัตกรรม โดยเฉพาะสื่อบุคคล ชาวบ้านจะเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมากกว่าชาวบ้านด้วยกัน ดังนั้น เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องปรับเปลี่ยนข้อมูลเชิงวิชาการ ที่ทำให้ชาวบ้านเข้าใจง่ายต่อการปฏิบัติ

3. ควรสร้างแนวนโยบายส่งเสริมสุขภาพในมิติทางสังคมให้มากขึ้น โดยเฉพาะในระดับครอบครัว เพราะเป็นหน่วยงานทางสังคมที่มีบทบาทในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน ควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ความสมัครสมานสามัคคีของคนทำให้เกิดพลังและมีความมั่นคงด้านสุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณและสังคม

4. ควรสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชนในระบบสุขภาพชุมชนให้ดำเนินต่อไป โดยสนับสนุนส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐาน

5. การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพควรดำเนินไปพร้อมๆ กัน ทั้งการป้องกันการรักษา และการบริการสุขภาพของรัฐควรมีมาตรฐาน

6. ในชุมชนชนบทควรมีกิจกรรมการทำงานด้านผู้สูงอายุ เพราะในอนาคตบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุจะมีจำนวนลดลง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่ม เริ่มจากกลุ่มทางศาสนา หรือกลุ่มทางเศรษฐกิจก่อน โดยผู้นำชุมชนยังคงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนมากกว่าตัวผู้สูงอายุ หากกลุ่มผู้สูงอายุเข้มแข็ง บทบาทของผู้นำชุมชนอาจลดลงได้

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยประเมินและพัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จ การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ควรวิจัยเชิงบูรณาการแบบสหวิชาการเพื่อครอบคลุมอย่างองค์รวม ตลอดจนการศึกษาเปรียบเทียบชุมชนที่เป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อจะได้รูปแบบที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2544). **ประชาสังคมกับสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซท์.
- _____. (2547). “ผลกระทบโลกาภิวัตน์สู่กระบวนการทัศน์ทางเลือกด้านสุขภาพ” ใน **สุขภาพแบบบูรณาการ มนุษยศาสตร์ เต่า โยคะ**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิถีทรรศน์.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. (2550). **รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2573**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- _____. (2550). **สรุปวิวัฒนาการของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ**. [online]. Available : <http://www.nesdb.go.th.interesting-menu/plan1-8/bottombarcopy.html>. [2550, มีนาคม 25]
- จันทนา อึ้งชูศักดิ์. (2554, 16 มีนาคม). **น้ำอัดลมทำลายสุขภาพเสื่อม**. **มติชน**. หน้า 10.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล. (2550). **การพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเขตปริมณฑล**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการภาครัฐ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- ชาติชาย ณ เชียงใหม่. (2542). **ตัวแบบการบริหารงานพัฒนาชนบทแบบองค์รวม**. **วารสารพัฒนาบริหารศาสตร์**. ปีที่ 39 (4) : หน้า 2-31.
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (บรรณาธิการ). (2550). **การวิจัยนโยบายสาธารณะ**. กรุงเทพฯ : พีเอ ลิฟวิ่ง.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2548). **กัน/แก้...แก้**. บรรณาธิการ. **สุรศักดิ์ วงศ์รัตนชีวินและคณะ**. กรุงเทพฯ : มูลนิธิบัณฑิตยสภา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย.
- นภดล กรรณิกา, เนตนิศ ละเอียด และพรภพ แสงทอง. (2553). **การพัฒนาตัวชี้วัด และวิจัยความสุขมวลรวมประชาชนภายในประเทศไทย**. [online], Available : http://www.abacpollcourses.au.edu//ABAC_Poll.Model-of-Measurement-for-predicting-the GDH in Thailand.Pdf. [2553, พฤศจิกายน 11].
- นาถ พันธุ์นาวัน และคณะ. (2549). **รายงานการวิจัยการศึกษาการดำเนินงานขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน**. กรุงเทพฯ : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2544). **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์**. (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

- ประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน. (2551). **คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- ประเวศ วะสี. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล (2552). **ประเทศไทยควรมีพอเพียงเท่าไรจึงจะพอดี**. กรุงเทพฯ : แพลน ฟรันท์ ดิจ.
- ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ. (2543). **กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ปรีชา เปี่ยมพงศ์สาส์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ. (2543). “แนวคิดและความใฝ่ฝันของ 14 นักคิดอาวุโสไทย” ใน **วิถีแห่งการพัฒนา : วิถีวิทยาศาสตร์สังคมไทย**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2548). **สุขภาพของคร่อมแนวพุทธ**. กรุงเทพฯ : บริษัท สหธรรมิก.
- ไพโรจน์ ภัทรนรากุล. (2545). ยุทธศาสตร์การพัฒนาชาติตามแนวทางการพึ่งตนเอง แบบยั่งยืน : กรอบนโยบายและตัวแผนการจัดการ. **วารสารพัฒนบริหารศาสตร์**. ปีที่ 42 (3) : หน้า 54-57.
- ภากร กังวานพงศ์ และคณะ. (2546). **การสร้างเสริมความเข้มแข็งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2545). “ชุมชนและผู้สูงอายุ” ใน **ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**. สุทธิชัย จิตรพันธ์กิจ, นภาพร ชัยวรธร และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส. ผส.). (2550). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550**. [online], Available : <http://www.fgri.thainht.org>. [2550, กันยายน 22].
- วาทีณี บุญชะลิกษ์, พงษ์ศักดิ์ หมื่นศักดิ์, นภาพล เอกสาร และรัชนิญ จันทรินดิบ. (2547). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับสถานอนามัยในอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารวิชาการหมายเลข 278.

- วาทีนี บุญชะล็กชี พงษ์ศักดิ์ หมิ่นศักดิ์, เสาวนีย์ เงินโพธิ์กลางดี และจินดา เห็นประเสริฐ. (2551). **การวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิต นันทสุวรรณ. (2544). **แผนแม่บทการพัฒนาวิสาหกิจชุมชนในวิสาหกิจชุมชนชุมชน** **แผนแม่บทแนวคิด แนวทาง ตัวอย่าง ร่างพระราชบัญญัติ**. กรุงเทพฯ : ภูมิปัญญาไทย.
- เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ. (2545). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการ** **นโยบายและทิศทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในอนาคต**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). **ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- _____. (2550). **รายงานวิจัยเรื่อง กลไกการดำเนินงานเพื่อออกความยั่งยืนของศูนย์** **เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภัคดีพรหม. (2549). **ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของ** **ไทย**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- สถาบันวิจัย ประชากร และสังคม. (2553). **ประชากรและสังคม**. 2553. สุชาดา ทวีสิทธิ์, สรวัย บุญยमानนท์ บรรณาธิการ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2551). **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย** **พ.ศ.2550**. กรุงเทพฯ : อาเพรส.
- _____. (2552). **รายงานสถิติจังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ.2552 จังหวัดร้อยเอ็ด**. ร้อยเอ็ด ; สำนักงานสถิติจังหวัดร้อยเอ็ด.
- สมพงศ์ อรุณรัตน์ และคณะ. (2549). **การศึกษาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในระดับ** **ครัวเรือนและชุมชนของหมู่ที่ 5 ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัด** **พัทลุง**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- สวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. (2553(2553, ธันวาคม 13).). **ตัวชี้วัดความสุขของ** **คนไทย**. [online]. Available : <http://dusitpoll.dusit.ac.th/polldata/2552/2552-139.html>. [2553, ธันวาคม 13].

- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). **คู่มือการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care)**. กรุงเทพฯ : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สังคม ศุภรัตน์กุล และดุษฎี อายุวัฒน์. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท ใน **วารสารประชากร**. ฉบับที่ 2. ปีที่ 1. (มีนาคม 2553) : หน้า 41-54.
- สุชาติ ทวีสิทธิ์. (2535). “การสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กร ประชาชนด้วยกลยุทธ์การวิจัยแบบมีส่วนร่วม” **วารสารสาธารณสุข สุขมูลฐานและการพัฒนา**. ฉบับที่ 1 ปีที่ 5 (มกราคม-มิถุนายน 2535) : หน้า 31-47.
- สุภาค์ จันทวานิช. (2546). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อานันท์ กาญจนพันธ์. (2544). **มิติชุมชน วิถีคิดท้องถิ่น ว่าด้วยสิทธิ อำนาจ และการจัดการทรัพยากร**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- อุทัย ดุลยเกษม. (2545). **สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา : แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยและการพัฒนา**. สุเทพ บุญซ้อน (บรรณาธิการ) บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏเพชรบุรีวิทยาลัยสงฆ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2546). **ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิบัติชีวิต และสังคม**. กรุงเทพฯ : อุษากาการพิมพ์.
- Field, J. (2008). **Social Capital**. Second Edition, Published in USA and Canada by Roulledge London and New York.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและบริบทชุมชน

ภาคผนวก ก

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและบริบทชุมชน



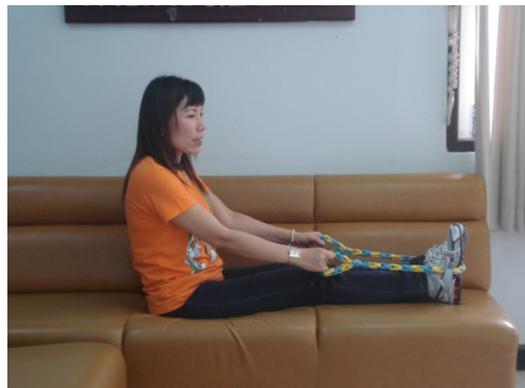
ประชุมประชาคมหมู่บ้าน



ประชุมเครือข่าย



อบรมผู้สูงอายุและผู้ดูแล



สาธิตการออกกำลังกายโดยวิทยากร



การทำอุปกรณ์ออกกำลังกาย



นั่งสมาธิใจสบาย



ออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด



สู้ๆ คุณลุง



จำไม้พลอง



รณรงค์กิจกรรม 5 ต้อง 7 ไม่



ประชุมทีมงาน



ทำบุญใส่บาตร



ประชุมผู้สูงอายุ



ฝึกการออกกำลังกายด้วยรำไม้พลอง



กระจายความรู้ผ่านวิทยุชุมชน

บริบทชุมชนหมู่บ้านก่อ



ผู้สูงอายุคือ ประวัติศาสตร์ชุมชน



เข้าวัดฟังธรรม “กลุ่มแม่อกจำศีล”



เดินไปวัด



ทำงานช่วยครอบครัว



เป็นที่เคารพของลูกหลาน



รดน้ำเจ้าโคตร



ปลูกผักกินเอง



ปลาจากบ่อน้ำตื้น “ผู้เฒ่าธรรมชาติของชาวบ้าน”



ไส้เดือนแดง



ร่วมกันปลูกป่า



ขอแสงพัฒนาสาธารณประโยชน์กินข้าวด้วยกัน



ปลูกข้าวอินทรีย์

ภาคผนวก ข

คณะทำงาน

ป้ายรณรงค์โครงการ 5 ต้อง 7 ไม่

คู่มือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฉบับชาวบ้าน (ต้นฉบับ)

คณะทำงาน

(เครือข่ายสุขภาพบ้านก่อ)

1. หลวงปู่สุข	สิริบุญโญ	เจ้าอาวาสวัดบ้านก่อ
2. นายกิตติศักดิ์	พันโกคา	กำนันตำบลศรีสมเด็จ
3. นายจำนง	ภาระยาท	รองนายกฯ อบต.ศรีสมเด็จ
4. นายสัมฤทธิ์	ศรีสมบุรณ์	ประธานกลุ่มผู้สูงอายุ
5. นายผดุงศักดิ์	พานอนันต์	รองประธานกลุ่มผู้สูงอายุ
6. นางจำจิตร	มงคลละไม	ตัวแทนผู้สูงอายุ
7. นางเถิง	โบราณมูล	ตัวแทนผู้สูงอายุ
8. นางปิ่น	ไชยหงส์	ตัวแทนผู้สูงอายุ
9. นายเกษม	เพ็งผลา	ผู้ใหญ่บ้านบ้านก่อหมู่ 3
10. นางอำนวยการ	นนทศาสตร์	ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ
11. นางราตรี	จรวงศ์	ประธาน อสม. หมู่ 3
12. นางบุญศรี	วงศ์คำจันทร์	ประธาน อสม. หมู่ 13
13. นายสมร	เวียงดอนก่อ	แกนนำสุขภาพ

ป้ายรณรงค์โครงการ 5 ต้อง 7 ไม่

โครงการ 5 ต้อง 7 ไม่

5 ต้อง

1. ต้องกินปลาเป็นประจำ
2. ต้องปลูกผักผลไม้กินเอง
3. ต้องเดินออกกำลังกาย 30 นาที
4. ต้องทำบุญทุกวัน
5. ต้องมีเพื่อนคุย

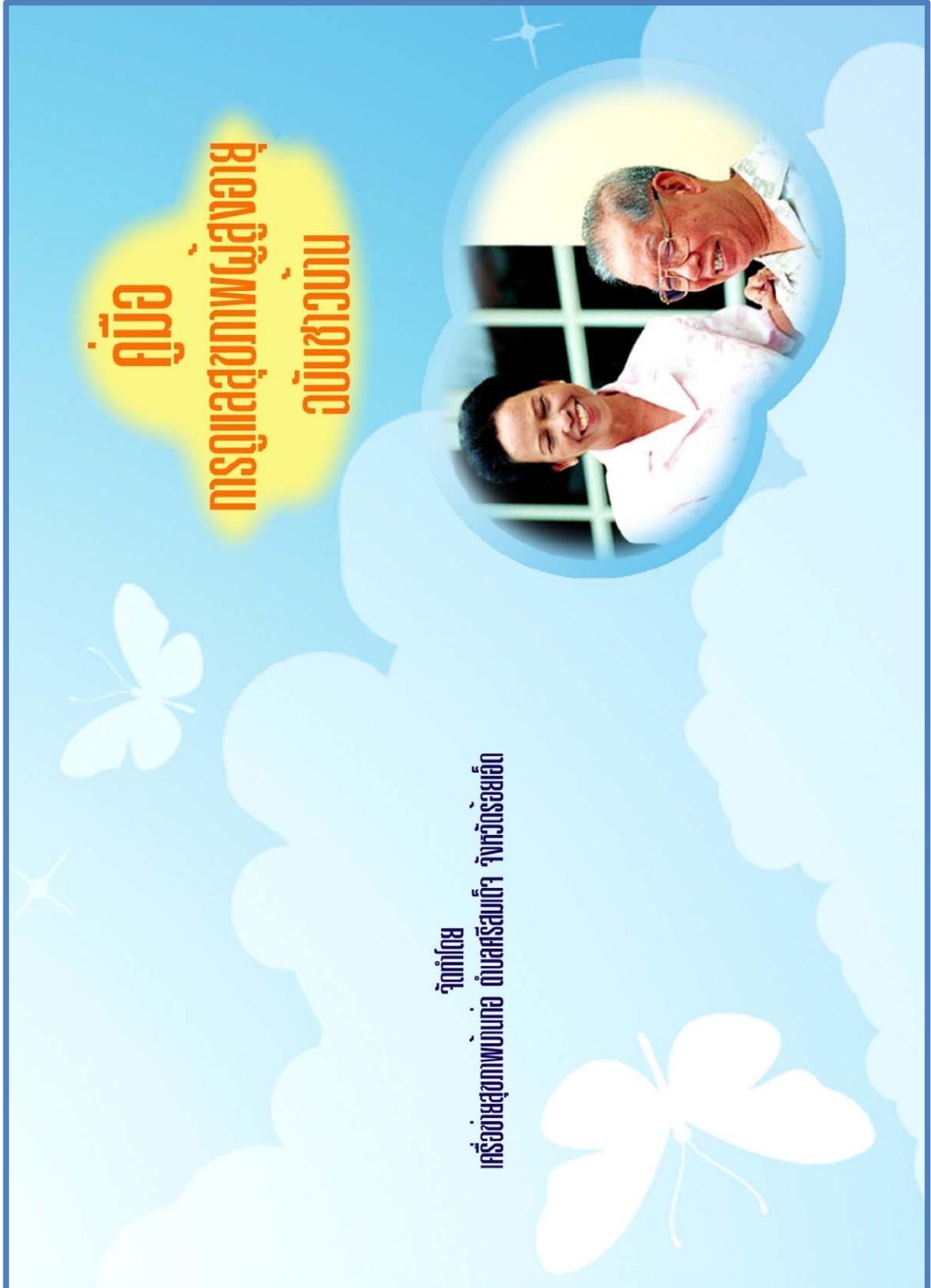
ไม่เพื่อสุขภาพที่ดี

7 ไม่

1. ไม่เครียด
2. ไม่อ้วน
3. ไม่หวาน
4. ไม่เค็ม
5. ไม่กับ
6. ไม่ดื่มน้ำอัดลม
7. ไม่สูบบุหรี่

(เครือข่ายสุขภาพ บ้านก้อ)

คู่มือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฉบับชาวบ้าน (ต้นฉบับ)



<p style="text-align: center;">คู่มือ</p> <p style="text-align: center;">การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p style="text-align: center;">ฉบับชาวบ้าน</p> <p style="text-align: center;">คณะทำงาน</p> <p style="text-align: center;">ที่ปรึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นายแพทย์บุญมี โปธิ์สนาม ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดร้อยเอ็ด 2. นางศิริลักษณ์ สุตาเดช หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดร้อยเอ็ด 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาลิต สวัสดิ์ผล คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวน คูสิต <p style="text-align: center;">ผู้จัดทำ</p> <p style="text-align: center;">เครือข่ายสุขภาพบ้านก่อ ตำบลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด</p>	<p style="text-align: center;">คำนำ</p> <p>คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับชาวบ้านจัดทำขึ้นเพื่อเป็น หลักปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดัน โลหิตสูง โรคเบาหวาน เนื้อหาข้อมูลได้จากการประชุมเครือข่ายสุขภาพ บ้านก่อ มีภาพประกอบเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจง่าย นอกจากนี้เนื้อหาในคู่มือได้ นำเสนอวิธีการทำถนอมเครื่องปรุงรสพื้นบ้าน สามารถใช้แทนผงชูรส การ ทำอาหารเพื่อสุขภาพคือการทำกับข้าวด้วยภูมิปัญญาชาวบ้านและการ เลือกมดแดงเพื่อเป็นอาหารสุขภาพ</p> <p>หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฉบับชาวบ้าน คงเป็นประโยชน์กับผู้สนใจ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ขอขอบคุณผู้เข้าร่วม ประชุมที่ช่วยเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหาและรูปแบบการนำเสนอ</p> <p style="text-align: right;">เครือข่ายสุขภาพบ้านก่อ มีนาคม 2554</p>
---	---

สารบัญ

หน้า	หน้า
หลักปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป	1
หลักปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง	11
หลักปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน	12
สิ่งดี ๆ มีประโยชน์	15
การทำผงนวดผงปรุงรสพื้นบ้าน	16
การนึ่งไก่บ้านเพื่อสุขภาพ	18
การเลี้ยงมดแดงอาหารชั้นสูง	21

หน้า 2

หลักปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป

อาหาร

1. กินอาหารให้ครบถ้วนทุกหมวดหมู่ในปริมาณที่เหมาะสม
 - 1.1 ลดหมวดอาหารประเภทไขมัน โดยการเลือกอาหารประเภทต้ม ตุ่น นึ่ง ย่าง อบ ยำ พยายามกินขนมหวานหรือขนมที่ทำด้วยกะทิ

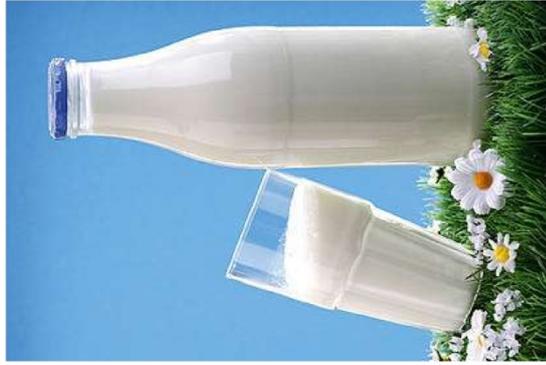


- 1.2 อาหารหมวดเนื้อสัตว์ ควรเป็นปลา เพราะย่อยง่าย
 - ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง ช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน



หน้า 3

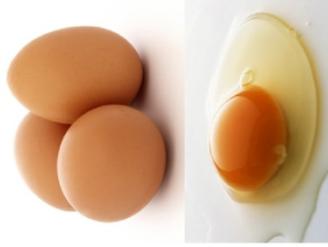
- นม ควรดื่มประมาณวันละ 2-3 แก้ว ถ้ามีปัญหาโคเลสเตอรอล (ไขมันในเลือดสูง) ควรเป็นนมพร่องมันเนย



นมพร่องมันเนย

หน้า 4

- ไข่ควรกินไข่ สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง ผู้มีไขมันในเลือดควรกินไข่ขาว



- ถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเหลืองควรกินสลับกับเนื้อสัตว์มีคุณค่าอาหารสูง



หน้า 5

1.3 หมวดผักผลไม้ ควรกินผัก ผลไม้ให้หลากหลายที่จะทำได้

กินหลากหลายและตามฤดูกาล

- ผักที่ควรกินช่วยบำรุงกระดูก เพราะให้แคลเซียมสูงคือ ใบยอ ใบผักอีเล็ค (ชะพลู) ผักกะขามอ่อน ยอดแค ผักกระเฉดน้ำ ตำลึง
- ผักที่ควรกินเพื่อช่วยลดความดันเลือดคือ กระเทียม ผักเป็น (กุยช่าย) ผักหนอก (ใบบัวบก) กระเจี๊ยบ ชันช่าย
- ผักที่ช่วยลดน้ำตาลในเลือดคือ ผักไซ้ (มะระจีนก) กระเทียม กะเพรา ผักอีเล็ค (ชะพลู)



หน้า 6

- 1.4 อาหารมีเชื้อดีต่อกินให้อม
- 1.5 อาหารเย็น (ข้าวแดง) ต้องกินผักผลไม้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารจำพวกทอด ควรกินอาหารเย็นพอสมควร จะช่วยทำให้ ไม่อ้วนท้อง
- 1.6 กินอาหารที่ปรุงแต่งน้อยที่สุด ควรกินอาหารที่สดใหม่ งดอาหารหมักดอง ได้กรอก ปลาต้ม เนื้อต้มหรือปลาร้า



1.7 กินอาหารตามรสที่ควรจะเป็น เช่น มะระขี้นกสม
กระเทียม พริกขี้หนูมีรสเผ็ด ผลไม้สดอาจมีรสหวาน
เปรี้ยว ไม่ควรจะกินน้ำตาลหรือเกลือมาก ๆ เพราะ
อันตรายต่อสุขภาพ



หลักการในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

- ควรออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อดีใหญ่ เช่น แขน ลำตัว
- ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
- ออกกำลังกายต่อเนื่องวันละ 20-30 นาที ถ้าดีก็เบา ๆ ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง
- ก่อนและหลังการออกกำลังกายควรฝึกเดินการบริหารอย่างช้า ๆ ตัวอย่างเช่น
 - การเดิน-เดินเร็ว อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที
 - การบริหารต่าง ๆ ราไ่ม่พลอง โยคะ อย่างน้อยวันละ 30-40 นาที
 - การจับกรรขานอยู่กับที่อย่างน้อยวันละ 15-20 นาที



<p style="text-align: center;">หน้า 9</p> <p>อารมณ์ สังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ยิ้มแย้ม หัวเราะทุกวัน ● มีเพื่อนคุย ● ไม่เครียด ● ทำบุญใส่บาตร ● สวดมนต์ไหว้พระ ● นั่งสมาธิ ● รักษาศีล 5 ทักธรรมดี <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;">   </div>	<p style="text-align: center;">หน้า 10</p> <p>อากาศ</p> <p>ควรอยู่ในที่ปลอดโปร่งบริสุทธิ์</p> <p>นอนหลับ</p> <p>วันละ 6-8 ชั่วโมง</p> <p>หมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย อาทิ แผลเรื้อรัง กลืนลำบาก ท้องอืดเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เห็นอวัยวะ แขนง่าย แขนง่าย นอก ฯลฯ</p> <p>หากพบอาการผิดปกติควรพบแพทย์ที่ดีที่สุด</p> <p>หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม</p> <p>เช่น การซื้อยากินเอง ยาเดิมที่เก็บไว้หรือรับยาจากผู้อื่นมาใช้</p> <p>ตรวจสอบสุขภาพประจำปี</p> <p>ควรตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำทุกปีหรืออย่างน้อยทุก 3 ปี</p> 
--	---

หลักปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยควรดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับรักษาด้วยยา โดยมีข้อแนะนำ ดังนี้

- กรณีที่ผู้ป่วยอ่านควรลดน้ำหนัก
- ลดการดื่มแอลกอฮอล์
- ออกกำลังกายเป็นประจำ
- ไม่รับประทานอาหารเค็ม ลดการกิน อาหารมัน
- ไม่สูบบุหรี่
- หลีกเลี่ยงความเครียด



จากการศึกษาทางแพทย์ พบว่าการนั่งสมาธิติดต่อกัน 2 เดือนสามารถลดความดันได้

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง เกิดจากร่างกายผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ เบาหวานมี 2 ชนิด

เบาหวานชนิดที่ 1 มักจะเกิดขึ้นแต่อย่างตั้งแต่อายุยังน้อย ๆ เพราะร่างกายผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ รักษาด้วยการฉีดอินซูลิน

เบาหวานชนิดที่ 2 มักพบกับผู้มีอายุมากเกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ เบาหวานชนิดพบมากที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุอันและ ไม่ค่อยออกกำลังกาย

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน

- อาหาร ควรทานผักให้มาก โดยเฉพาะผักประเภทใบ ผลไม้เลือกทานที่ไม่หวาน เช่น ส้ม มะละกอ พุทรา ฝรั่ง



หน้า 13

- งดของหวานทุกชนิดและขนมที่ใส่น้ำตาล



- หลีกเลี่ยงอาหารที่ทอด



หน้า 14

- การออกกำลังกาย จะช่วยควบคุมน้ำหนักและลดระดับน้ำตาล



- นิ่งสมาธิก็จิตใจให้เบิกบาน



ควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการใช้ยารักษา

<p style="text-align: center;">หน้า 17</p> <p>วิธีทำ</p> <p>นำข้อ 2-12 มาล้างให้สะอาด แล้วตัดผสมกับข้าวเหนียวหนึ่งตากแห้งให้ละเอียดเข้ากันดี ผึ่งลมให้แห้งสนิท 2-3 วัน แล้วร่อนเก็บเป็นผงใส่ขวด เก็บไว้ในที่แห้งนำไปใส่แกง แจ่ว ต้มยำ ป้มปลา ต้มแดง ส้มตำ อ่อม ปลาปลา ลาบแป็ด ฯลฯ ได้ตามใจชอบ</p> 	<p style="text-align: center;">หน้า 18</p> <p>การนึ่งไก่บ้านเพื่อสุขภาพ</p> <p>รายการอาหารของคนอีสานมีหลากหลายตั้งแต่แกง อ่อม ลาบ ปุ้น แจ่ว ชูบหรือยำ และเริ่มมีการทอด เช่น ทอดไข่ปลา ไก่ ซึ่งอาจทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อสุขภาพอนามัย ลดไขมันในเส้นเลือด เปลี่ยนวิกฤติเป็นโอกาสจากน้ำมันพืชแพง หันมาปรุงอาหารด้วย การนึ่ง โดยเฉพาะนึ่งไก่บ้านด้วยภูมิปัญญาชาวบ้าน</p> <p>วิธีทำ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เนื้อไก่บ้านตามที่ต้องการหันเป็นชิ้น เช่น ส่วน นอก น่อง เครื่องใน 
---	---

หน้า 19

2. เครื่องปรุงที่ทำได้

1. กระเทียม
2. พริกไทยแห้ง
3. รากผักชีหอม (ผักชี)
4. ตะไคร้หั่นประมาณ 3-5 ต้น



3. ตำ 1-4 ให้เข้ากันแล้วคั่วจนเคล้ากับเนื้อไก่ที่จะนึ่งจากปรุงรสด้วยผงนัว หรือเครื่องปรุงรสที่ซื้อจากตลาดตามที่ต้องการหรือใส่ให้พียงแทนก็ได้



หน้า 20

4. นำไก่ที่ปรุงเสร็จแล้ว ใสลงหม้อที่นึ่งข้าวเหนียวไม่ต้องใส่น้ำแล้วนำภาชนะที่ใส่น้ำเช่น หม้อแกงหรือกาละมังสแตนเลส ปิดด้านบนหม้อไก่ พอน้ำเดือดประมาณ 10-15 นาที ใ้สุกจะกลิ่นหอม เป็นวิธีการนึ่งไก่โดยใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน แทนวิธีการทอดที่ใช้น้ำมันที่เสนาหาซื้อยากและราคาแพง



การเลี้ยงมดแดงอาหารชั้นสูง

เดิมบ้านก่อนมีมดแดงมาก หน้าแล้งหาเหยื่อไปมดแดงตามหัวไร่ ปลายนาเป็นอาหารที่มีประโยชน์ ใช้ทำก๋วยเตี๋ยว แกงผักหวาน หน่อไม้ แกงปลาช่อนใส่ มดแดงผักตบชวาทำให้รสอร่อยใช้แทนมะนาว

นอกจากนี้มดแดงยังช่วยป้องกันหรือกำจัดศัตรูพืชต่าง ๆ เช่น เพลี้ย หนอน ตากแตน

มดแดงเป็นยาในการขับพยาธิตัวดี โดยนำตัวมดแดงหมักกับเกลือทาน หรือใช้เป็นยาคุม แก้เป็นลมหน้ามืด



วิธีเลี้ยงมดแดง

ถ้าจัดปลวกและมดดำ บริเวณต้นไม้ที่จะเลี้ยงมดแดงให้หมด โดยใช้สารสกัดจากสะเดา ทั้งไว้ระยะหนึ่งแล้วจึงปล่อยมดแดงให้ทำรัง อาจปล่อยมดแดงตามต้นไม้ตามหัวไร่ปลายนาก็ได้

ใช้ไม้กระดาน ขนาดพอเหมาะทำเป็นแท่นให้อาหาร โดยตอกเป็นแท่นสูงจากพื้นดิน เพื่อป้องกันหมาหรือถ้าไม่ทำแท่นก็เพียงแต่เอาอาหารมดแดงไปแขวนไว้ที่กิ่งไม้ก็ได้ หากหาคนะใส่ น้ำให้มดแดง อาจเป็นขวดพลาสติกตัดครึ่งห้อยไว้กับกิ่งไม้ให้อาหารเช่น เศษเนื้อสัตว์ต่าง ๆ กางปลา แมลงต่าง ๆ อาหารที่มดแดงชอบมากคืออาหารที่แห้งสนิท เช่น ปลาแห้ง แมลงต่าง ๆ มดแดงจะคาบไปสะสมที่รัง ประมาณเดือนธันวาคม ถึงเดือนมิถุนายน มดแดงจะไข่หย่อมทำเป็นอาหารต่างๆ หรือขายได้ราคาเป็นที่ต้องการของตลาด

