

การศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ

นางสาวรชชนก จินดาคำ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2557

**A Study of Approaches to Reduce Health Risk Behaviors of the Community
in the Northern Region**

Miss Rakchanok Chindakham



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Education in Nonformal and Informal Educational Administration

School of Educational Studies

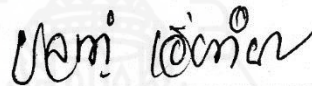
Sukhothai Thammathirat Open University

2014

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ
ชื่อและนามสกุล นางสาวรักชนก จินดาคำ
แขนงวิชา การศึกษานอกระบบ
สาขาวิชา ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกนารถ บุญวัฒน์ะกุล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สารีพันธุ์ ศุภวรรณ

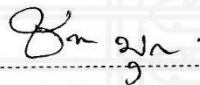
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2558

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



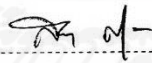
ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร. ชลทิตย์ เอี่ยมสำอางค์)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกนารถ บุญวัฒน์ะกุล)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สารีพันธุ์ ศุภวรรณ)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(ศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)



ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ

ผู้วิจัย นางสาวรักชนก จินดาคำ รหัสนักศึกษ 2552900371

ปริญญา ศีษศาสตรมหาบัณฑิต (การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกันทร บัญญัติณะกุล (2) รองศาสตราจารย์ ดร. สารีพันธุ์ ศุภวรรณ

ปีการศึกษา 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือ และ (2) เสนอแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ ในการศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน เป็นชุมชนที่มีการดำเนินงานด้านการลดการดื่มสุรา จำนวน 40 คน ชุมชนบ้านนาถาว ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่มีการดำเนินงานด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการบริโภคผักปลอดสารพิษ จำนวน 40 คน และชุมชนบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ที่มีการดำเนินงานด้านการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชนด้วยการแก้ไขปัญหายขยะ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเลือกตอบ แบบมาตราประมาณค่าและคำถามปลายเปิด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับคำถามปลายเปิด ในการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวแทนผู้นำจากหลายภาคส่วน ในชุมชน ชุมชนละ 12 คน รวมทั้งหมด 36 คน ชุมชนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้ ได้แก่ ประเด็นสนทนากลุ่ม มีการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัยปรากฏว่า สภาพปัญหาและความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือในด้านการลดการดื่มสุรา มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสมาชิกบางส่วนในชุมชน ยังมีความคิดเห็นในเรื่องการดื่มสุราว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคล ยังไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพและปัญหาชุมชนในระดับรุนแรง ในด้านของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก เนื่องจากปัญหาในด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในชุมชน ส่วนหนึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมการบริโภคที่สะสมมาอย่างยาวนาน กิจกรรมจะสามารถกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ในด้านการจัดการสภาพแวดล้อมของชุมชน ด้วยการแก้ไขปัญหายขยะ มีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก เนื่องจาก ปัญหายขยะส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม ทั้งดิน น้ำและอากาศ สำหรับปัญหาที่สำคัญของการดำเนินกิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งสามประเด็น พบว่า ปัญหาที่สำคัญคือ เรื่องการขาดความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลต่อการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม สำหรับแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ พบว่าจะต้องมีแนวทางในสามระดับ ได้แก่ ในระดับของผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในปัญหา สามารถปฏิบัติเป็นแบบอย่างได้ ในระดับชุมชน สมาชิกในชุมชนต้องมีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจ ในผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับปัจเจกบุคคล และควรมีกระบวนการ ในชุมชนที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระดับเครือข่าย จำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆจากหน่วยงานอื่นๆที่เป็น ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ พฤติกรรมเสี่ยง ชุมชน สุขภาพ

Thesis title: A Study of Approaches to Reduce Health Risk Behaviors of the Community in the Northern Region

Researcher: Miss Rakchanok Chindakham; **ID:** 2552900371;

Degree: Master of Education (Nonformal and Informal Education);

Thesis advisors: (1) Dr. Chanoknart Boonwatthanakul, Assistant Professor;

(2) Dr. Sareephan Suphawan, Associate Professor; **Academic year:** 2014

Abstract

The objectives of this research were (1) to study the problem conditions of and needs for reducing health risk behaviors of the community in the Northern Region; and (2) to propose the approaches to reduce health risk behaviors of the community in the Northern Region. In the quantitative study, the research sample consisted of 40 members of Ban Mae Pakha community, Tha Pla Duk sub-district, Mae tha district, Lamphun province, which was a community working on reduction of liquor drinking; 40 members of Ban Na Kwang community, Don Fai sub-district, Mae Tha district, Lampang province, which was a community working on reduction of health risk behaviors by consuming pesticide-free vegetables; and 40 members of Ban Khuangbuk community, Huay Rai sub-district, Den Chai district, Phrae province, which was a community working on improving its environmental condition by solving garbage problems. The employed research instrument was a questionnaire composing of multiple-choice items, rating scale items, and open-ended items. Data were analyzed using the percentage, mean, standard deviation, and content analysis for open-ended questions. In the qualitative study, the research sample totaling 36 people consisted of 12 representatives of sector leaders from each of the three communities. The focus group discussion was held three times, once for each community. The employed research instrument in this study was a form containing issues for focus group discussion.

Research findings showed that the community members were satisfied at the moderate level with the problem conditions and needs for reducing health risk behavior of liquor drinking of the community in the Northern Region due to the fact that some community members still had the opinion that liquor drinking was a personal matter that did not have any serious effect on health problems of the community. The community members were satisfied at the high level with the problem conditions and needs for adjusting consuming behavior due to the fact that some health problems faced by community members were the results of bad consuming behaviors that had accumulated for a long time. Therefore, the activities would stimulate the community members to be aware of the problems and subsequently modify their consuming behavior. Also, their satisfaction with the improvement of the community's environmental condition by solving garbage problems was at the high level due to the fact that the garbage problems would affect both the soil, water, and air environmental conditions. As for the main problem of undertaking activities to reduce all three health risk behaviors, it was found that the main problem was the lack of knowledge and understanding which affected the practice of and participation in the activities. Regarding the approaches for reducing health risk behaviors of the community in the Northern Region, it was found that the approaches should be implemented at three levels. At the community leader level, the community leaders must have knowledge and understanding, be aware of the problems, and conduct themselves as good models. At the community level, the community members must have knowledge, understanding and awareness of the impacts of health risk behaviors. Each individual must adjust his/her behaviors, and there should be community measures to promote the change of health risk behaviors. At the network level, other agencies that are network parties must provide resources in support of the community on a continuous basis.

Keywords: Risk behavior, Community Health

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ ฉบับนี้ สำเร็จได้โดยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ตลอดจนผู้ใหญ่บ้านบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ผู้ใหญ่บ้านบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง และผู้ใหญ่บ้านบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ข้อมูลอันมีค่า ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกนารถ บุญวัฒน์กุล ที่ได้ให้ความกรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชลทิตย์ เอี่ยมสำอางค์ รองศาสตราจารย์ ดร.สารีพันธ์ุ สุภวรรณ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจน บุคลากรสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่าน ที่ได้มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

รักชนก จินดาลำ

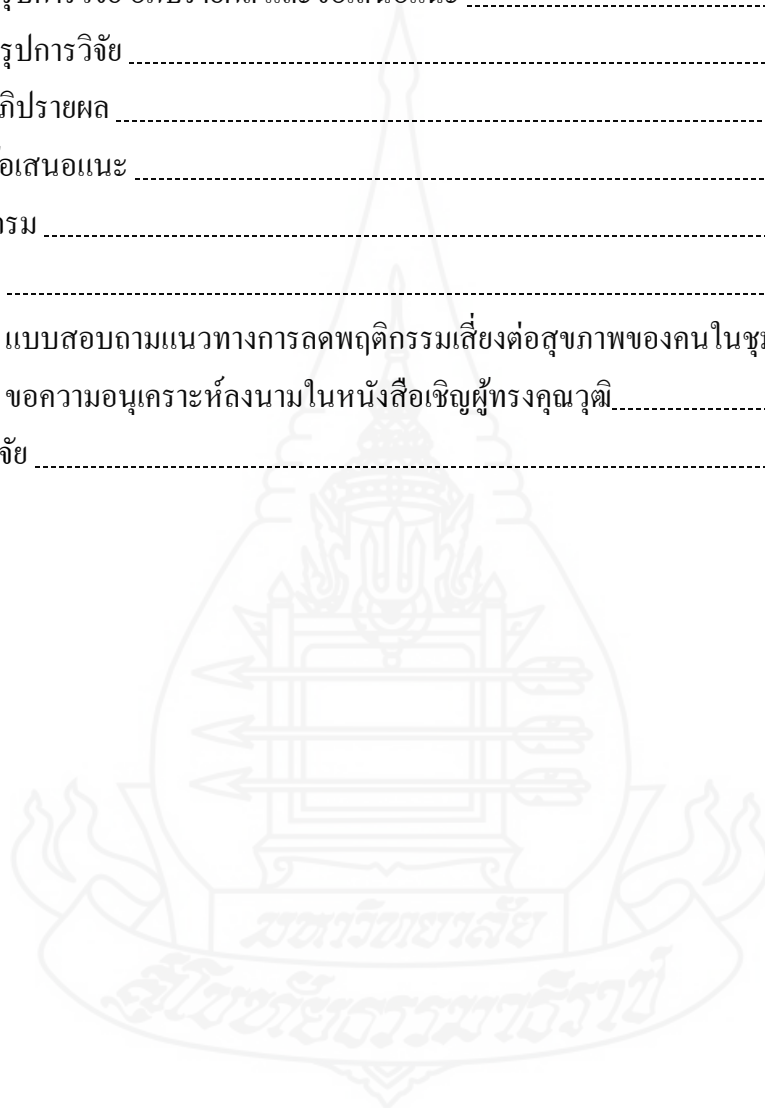
สิงหาคม 2558

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดของการวิจัย	6
ขอบเขตการศึกษาวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	10
แนวคิดการจัดการความรู้และกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการความรู้	23
แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้	39
แนวคิดการมีส่วนร่วม	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	53
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	54
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ	67
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	76
สรุปการวิจัย	79
อภิปรายผล	85
ข้อเสนอแนะ	90
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	95
ก แบบสอบถามแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชน	96
ข ขอความอนุเคราะห์ลงนามในหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	109
ประวัติผู้วิจัย	113



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ชุมชนบ้านแม่ป่าช้า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง และ ชุมชนบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่	54
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามในด้านการลดการดื่มสุรา ชุมชนบ้านแม่ป่าช้า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน	58
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจการดำเนินกิจกรรม เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการลดการดื่มสุราในชุมชน บ้านห้วยป่าช้า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน	60
ตารางที่ 4.4	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามในด้านการบริโภค	61
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ของผู้ตอบแบบสอบถามของชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำพูน มีการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม สุขภาพด้วยการส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคในชุมชน	62
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคของคนในชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง	64
ตารางที่ 4.7	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม	65
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องความพึงพอใจ ในกิจกรรมด้านการแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมของชุมชนและการจัดการขยะ ของบ้านช่วงบุก ต.ห้วยไร่ อ.เด่นชัย จ.แพร่	66
ตารางที่ 4.9	ความคิดเห็นต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการลด การดื่มสุราของคนในชุมชนบ้านแม่ป่าช้า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน	69
ตารางที่ 4.10	แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภค ของคนในชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง	72

ญ

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.11 แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งแวดล้อม
ของคนในชุมชนบ้านข่วงนุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่..... 75



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 กระบวนการเรียนรู้แบบสรุปบทเรียน	41
ภาพที่ 5.1 แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ	84



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนที่ให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก แต่เมื่อพูดถึงสุขภาพแล้วคนไทยมักนึกถึงเรื่องสุขภาพแบบตั้งรับ คือ เมื่อเกิดโรคแล้วค่อยไปรักษา อีกทั้งปัญหาสุขภาพของคนไทยปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงจากอดีตเป็นอย่างมาก กล่าวคือ การเจ็บป่วยและการตายจากโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุหลักในอดีตกลับลดลง เปลี่ยนมาเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น อุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ที่ทำลายบั่นทอนสุขภาพของคนไทยลงไปทีละน้อย ซึ่งล้วนมาจากวิถีชีวิต (Life Style) ที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภค การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย รวมทั้งสภาพแวดล้อมและสังคมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี เป็นที่น่าสังเกตว่าโรคภัยไข้เจ็บและความตายที่เกิดจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมนั้นส่วนใหญ่ป้องกันได้ ดังนั้นจึงเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์(แนวคิด)สุขภาพแบบใหม่ มองสุขภาพแบบ “บูรณาการ” นั่นคือมองว่า สุขภาพไม่ใช่เรื่องของทางร่างกายหรือการรักษาทางชีววิทยาเท่านั้น แต่สุขภาพคือ สุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคมและปัญญา (ประมวล วะสี:2536:12) โดยองค์ประกอบทั้ง 4 ต้องมีความสมดุลกันแล้วร่างกายก็จะมีสุขภาพดี มีความยั่งยืน จะทำให้เป็นอิสระจากการบีบคั้นทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และปัญญา หากเจ็บป่วยไม่สบายก็คือ การเสียคุณภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับการวิเคราะห์แนวโน้มของสถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่กล่าวถึง แนวโน้มภาระโรคของคนไทยจะเกิดจากโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นหลัก โรคเฉียบพลันและโรคติดต่อมีแนวโน้มลดลง โดยมีสาเหตุของภาระโรค 5 ลำดับแรก ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบริโภคยาสูบและสารเสพติด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน อุบัติเหตุจากรถ โรค เอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรค ได้แก่ การบริโภคสุราและยาสูบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อุบัติเหตุ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคอาหารประเภทแป้งและไขมันสูง การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ และการขาดการเคลื่อนไหวทางร่างกาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) : 2555)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าในปี 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง 35 ล้านคน ซึ่งมีค่าประมาณ 2 เท่าของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทั้งหมด (รวมผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี /โรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค) , มารดาและเด็กที่อยู่ในครรภ์ (maternal and perinatal conditions) และการบกพร่องทางโภชนาการ (nutritional deficiencies combined) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ การเสียชีวิตของทารกก่อนคลอดหรือแรกเกิด (perinatal conditions) และจากการบกพร่องทางโภชนาการ (nutritional deficiencies) จะลดลง ร้อยละ 3 ในอีก 10 ปีข้างหน้า ส่วนการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17 ในปี 2558 การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัย หรือร่วมกันมากกว่า 1 ปัจจัย จากการใช้วิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ บริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง กินผักผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และ ความเครียด สอดคล้องกับสาเหตุการตายของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปจากเดิม ในอดีตคนไทยตายมากเพราะโรคติดเชื้อที่แพร่ระบาดไปได้ทั้งทางน้ำ อากาศ หรือโดยพาหะนำโรคชนิดต่างๆ ปัจจุบันการตายของประชากรไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมกรรมกรกินอยู่ และการใช้ชีวิตของตนเอง สาเหตุการตายที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจและหลอดเลือด มะเร็ง เอดส์ โรคหัวใจ ความดันเลือด รวมทั้งอุบัติเหตุบนถนน โรคสมัยใหม่หลายอย่างสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรม การกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การขับขี่ยานพาหนะ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมาว่าพัฒนางศ์, สุขภาพคนไทย : 2555 : 14)

การดูแลสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ของคนไทย จะมุ่งเน้นที่ระบบการบำบัดรักษา เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ก็จะพึ่งระบบบริการสุขภาพ มีแพทย์ พยาบาล ให้คำวินิจฉัย และจ่ายยา เพื่อบรรเทา รักษาอาการ การซื้อยารับประทานเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ไม่ให้เสียเวลาในการเข้าไปใช้สิทธิในโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้รอใช้บริการในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก ในขณะที่กระแสการดูแลสุขภาพป้องกันโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบำรุงร่างกายด้วยอาหารเสริมต่างๆ ได้รับความสนใจจากสื่อ และบุคคลในสังคมค่อนข้างมาก แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องเวลา ค่าใช้จ่าย ทำให้กระแสดังกล่าว เป็นเพียงการปฏิบัติในลักษณะปัจเจกบุคคลที่สามารถทำได้ การดูแลสุขภาพอาการเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ ของคนในสังคมไทยส่วนใหญ่ จึงฝากความหวัง และ ยกภารกิจนี้ให้กับแพทย์ พยาบาลและบุคลากรในระบบสุขภาพ

ในด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ยังคงยึดรูปแบบเดิมที่ดำเนินการมากกว่าทศวรรษ โดยมีแบบกิจกรรมสำเร็จรูปที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งยังคงยึดรูปแบบเดิม ทั้งรูปแบบและเนื้อหาของงานสาธารณสุขที่ขาดความหลากหลายและไม่

สามารถตอบสนองกับสภาพปัญหาท้องถิ่นได้อย่างเฉพาะเจาะจง (ทวิทอง หงส์วิวัฒน์และคณะ, 2531)

ข้อผิดพลาดของแนวทางดังกล่าว สตีเวน พอลการ์ (Steven Polgar) ได้วิจารณ์ว่า แผนงานสาธารณสุขที่เป็นอยู่ทั่วโลกเกิดจากมิจฉาทิฐิ หรือข้อผิดพลาด 4 ประการ (The Four Fallacies, Polgar 1962 cited in Heggenhougen & Draper 1990)

1. แผนงานสาธารณสุขมักถือเอาว่า ชุมชนเปรียบเสมือนภาชนะว่าง กล่าวคือ ชุมชนไม่มีความรู้ ความคิด เทคนิค หรือกลไกทางสังคมใดๆ ที่จะจัดการปัญหาของตน ต้องรอให้นักวิชาการสาธารณสุขนำเอาความรู้และแนวทางการแก้ไขปัญหาามาเทใส่ให้

2. แผนงานสาธารณสุขมักถือเอาว่า ชุมชนมีองค์กรหรือโครงสร้างเพียงอันเดียว ซึ่งก็คือ กรรมการ หรือ องค์กรที่รัฐเข้าไปแต่งตั้งหรือสถาปนาขึ้นเท่านั้น

3. แผนงานสาธารณสุขมักถือว่า ปัญหาสาธารณสุขแต่ละอย่างดำรงอยู่แยกขาด ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองอื่นๆ การแก้ปัญหาจึงใช้วิธีตัดตอนมาแก้ไขเฉพาะเป็นส่วนๆ

4. แผนงานสาธารณสุขถือว่า หากแผนงานหรือโครงการใดโครงการหนึ่งดำเนินงานได้ผลดี ก็จะสามารถนำแบบจำลองเดียวกันไปใช้ได้กับชุมชนอื่นๆ ทุกๆ แห่ง

ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและระบบการแพทย์แผนใหม่ ที่มองและจัดการสุขภาพว่าร่างกายมนุษย์เหมือนเครื่องจักรที่สามารถแยกออกเป็นส่วนย่อย ดังนั้นความเจ็บป่วย คือ ความขัดข้องชำรุดของเครื่องจักรกลไก ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ แพทย์มีหน้าที่ในการซ่อมแซมแก้ไขให้อวัยวะต่างๆ สามารถทำงานได้อย่างปกติ ตามแนวคิดนี้ ร่างกายและจิตใจถูกแยกออกจากกัน และให้ความสนใจในส่วนของร่างกายเป็นหลัก มองเชื้อโรคและการเจ็บป่วยคือศัตรูที่ต้องกำจัดให้หมดไป ส่วนความตายคือหายนะที่ยิ่งใหญ่ของมนุษย์เมื่อองค์ความรู้ทางการแพทย์ภายใต้กระบวนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนต้องใช้เวลาและความพยายามสูงในการศึกษา ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะอย่าง ส่งผลให้แพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขกลายเป็นอาชีพที่มีบทบาทสูงในสังคม เป็นผู้รู้เพียงผู้เดียว ผู้ป่วยก็คือ ผู้ไม่มีความรู้ทางการแพทย์ เป็นเพียงผู้รับการรักษา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เป็นลักษณะพึ่งพา ไม่มีความเท่าเทียมกัน ไม่สามารถแลกเปลี่ยนซักถามกันได้เต็มที่ ด้วยเหตุนี้อำนาจในการรักษาจึงรวมศูนย์อยู่กับสถาบันแพทย์ และแพทย์เองก็กระจุกอยู่ตามโรงพยาบาลใหญ่ๆ ความรู้และเทคโนโลยียากที่จะกระจายไปยังคนทั่วไป ส่วนบริการทางการแพทย์มีลักษณะเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ออกมาจากโรงงานเดียวกันสำหรับทุกคนที่มีโรคอย่างเดียวกัน กล่าวคือ จัดระบบให้บริการเหมือนกันและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะรักษาแต่ละโรค ไม่มีใคร

รับผิดชอบผู้ป่วยได้ครบทุกคน เน้นยา เครื่องมือและเทคโนโลยีขั้นสูงที่มีราคาแพง ละเลยคุณค่าของการเอาใจใส่ใกล้ชิดความสัมพันธ์อันดีเพื่อนมนุษย์ที่แพทย์พึงมีต่อผู้ป่วย

นอกจากนี้การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องเฉพาะของแพทย์ หรือ “ผู้เชี่ยวชาญ” เป็นเรื่องของบุคลากรสาธารณสุขที่จะนำความรู้หรือเทคโนโลยีมาช่วยแก้ปัญหา บทบาทของครอบครัวและชุมชนที่เข้ามาจัดการเรื่องสุขภาพ จึงลดบทบาทเพียงผู้รับข้อมูล ภูมิปัญญาท้องถิ่นการรักษาพื้นบ้าน รูปแบบการช่วยเหลือในชุมชนที่ถูกทอดทิ้ง ระบบการแพทย์อื่นๆ ที่มีกระบวนการทัศน์ในการมองความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป หรือถูกปรับให้มีวิธีการรักษาเหมือนการแพทย์กระแสหลัก หรือมีการแทนที่ด้วยระบบบริการสุขภาพและป้องกันโรคที่มี “คุณภาพ” และ “มาตรฐาน” เดียวกันทั้งประเทศ (ลักษณะ เดิมศิริกฤษชัย, สุชาติ ตังทางธรรม:2549)

ทำให้ที่ผ่านมา ปรากฏการณ์ปัญหาหลายอย่างที่ได้รับผลกระทบจากแผนการดำเนินงานของสาธารณสุข ทำให้เห็นว่าแบบแผนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของครอบครัว และชุมชนในสังคมไทยกำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในสถานการณ์การณ์เศรษฐกิจฟองสบู่การเติบโตของบริการทางการแพทย์โดยเฉพาะภาคเอกชนเป็นไปอย่างรวดเร็วอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน จำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจากประมาณ 180 แห่งเป็น 240 แห่งในช่วงปี พ.ศ. 2530 – 2540 (ทรงยศ ชัยชนะ: 2540) ส่งผลให้การพัฒนารูปแบบพึ่งพาตัวเองเป็นรากฐานสำคัญที่สังคมไทยขาดหายไปในช่วง 40 ปี ที่ผ่านมา สังคมไทยได้ใช้ความเห็นและความจริงกับการพึ่งพิงระบบการปกครองของรัฐ ที่รัฐต้องเป็นผู้จัดหาและผู้จัดการให้การดำรงของชีวิตคนในสังคมอยู่ได้ การแลกเปลี่ยนระหว่างรัฐที่เก็บภาษีส่วนหนึ่งจากสังคมไปใช้ในการจัดหาและจัดการ ทำให้หลายคนเกิดความเข้าใจว่ารัฐจะต้องเป็นผู้ดำเนินการให้ โดยขาดการ เชื่อมต่อทางความคิดอย่างต่อเนื่องว่า ทรัพยากรที่รัฐมีอยู่ที่เก็บได้นั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งหลายทั้งปวงของสังคมได้ทั้งหมด เช่น การรักษาพยาบาล การเรียนการสอน สวัสดิการสังคม หลักประกันสังคม เป็นต้น ล้วนเป็นตัวอย่างให้เห็นว่าการพึ่งพิงรัฐฝ่ายเดียวนั้นไม่สามารถจะทำให้การดำรงชีวิตนั้นดำเนินไปได้ (สมบัติ เหลสกุล และคณะ : 2547: 16) อีกทั้งการแข่งขันการค้าและกาโฆษณาสินค้าและบริการทางการแพทย์มีผลต่อแบบแผนการพึ่งตนเองของประชาชน กำลังซื้อที่มากขึ้นบวกกับระบบยาที่ประชาชนสามารถซื้อหาไปได้ง่าย อาจทำให้ขีดความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับปัจเจกสูงขึ้น แต่กลับทำให้การพึ่งตนเองในระดับชาติลดลงและที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยปีละกว่า 3 แสนล้านบาทนั้น (80% ประชาชนเป็นผู้จ่าย อีก 00% รัฐเป็นผู้จ่าย) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ประมาณ 10% ต่อปี แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ คนยังเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นอีกจำนวนมาก และยังได้รับการบริการสุขภาพไม่ทั่วถึง เกิดภาระมากขึ้นกับทุกฝ่าย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ: 2545: 12)

ปัญหาความเสี่ยงสุขภาพ นอกจากจะเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องจากพันธุกรรมแล้ว ยังเป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการกิน การอยู่ การประกอบอาชีพ ของแต่ละบุคคล ท่ามกลางกระแสบริโภคนิยม ที่กระตุ้นให้คนในสังคม บริโภคอย่างไร้ขีดจำกัด ทั้งในด้านของอาหาร การกิน การดำรงชีวิต รวมถึงวิถีการผลิต ฯลฯ ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพของคนไทยจึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพให้มีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสังคมต้องมีจิตสำนึก มีกระบวนการทัศน์ใหม่ในเรื่องสุขภาพดี และเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมในวงกว้าง หรือแม้แต่สื่อมวลชนและสถาบันการศึกษาก็ควรจะมีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ และส่งเสริมให้คนมีจิตสำนึกในเรื่องการมีสิทธิที่จะมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย ล้มตาย สูญเสียโดยไม่จำเป็น มีการศึกษาหาความรู้เพื่อส่งเสริมให้สามารถสร้างสุขภาพ มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการกินที่ถูกต้อง กินพอประมาณ ไม่มากไม่น้อยจนเกินไป อีกทั้งสิ่งที่จะส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพคือ การมีสภาพแวดล้อมทางสังคมและการจัดการเรียนรู้ที่ดี เนื่องจาก “ความสุขเป็นแรงจูงใจอันยิ่งใหญ่ที่ทำให้อยากเรียนรู้ มนุษย์มีศักยภาพในการเรียนรู้มาก และเรียนรู้ให้เกิดอะไร ๆ ก็ได้ รวมทั้งเรียนรู้ให้สุขภาพดี การเรียนรู้จึงเป็นปัจจัยสร้างสุขภาพที่สำคัญ” (ประเวศ วะสี : 2541:23) การบำบัดรักษาฟื้นฟู โดยบุคลากรในระบบสุขภาพ เป็นวิธีการเยียวยาแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ การให้ความสำคัญกับส่งเสริมให้มีการป้องกันเฝ้าระวัง การเรียนรู้แบบมีข้อมูล การสร้างสภาพแวดล้อม เพื่อเป็นเกราะป้องกัน และเท่าทันการบริโภคนิยมในสังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่สาเหตุ การแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมกับบริบท หรือวัฒนธรรมของชุมชน เป็นการลดภาระโรค ลดภาระการดูแลจากระบบสุขภาพ และเป็นการป้องกัน ไม่ให้มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเป็น การส่งเสริมแนวคิดในการแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยมีภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วม ไม่เป็นการผลักภาระให้กับภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว

กระบวนการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ของประชาชนในชุมชน การเรียนรู้ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ แนวทางของการศึกษานอกระบบ มีส่วนสำคัญในส่งเสริมการจัดการศึกษาตามความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น เน้นการศึกษาที่ผู้ศึกษาสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้โดยตรง เป็นการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพในการทำงานประกอบอาชีพและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งนับวันการศึกษานอกระบบจะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น เพราะเป็นการแก้ปัญหการศึกษาที่ตรงตามความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง การขยายแนวทางการศึกษานอกระบบแก่ประชาชน อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในชนบท นับได้ว่าเป็นเสริมสร้างการพัฒนาสังคมที่สำคัญยิ่งการศึกษาวิจัยแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ของชุมชนในเขตภาคเหนือ จึงเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการใน

การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือ พร้อมทั้งเป็นการเสนอแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ หน่วยงานหรือชุมชนที่มีความสนใจ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันกับพื้นที่ที่ศึกษาวิจัยได้นำไปพัฒนาปรับใช้ในชุมชนต่อไป

2. คำถามการวิจัย

3.1 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือมีสภาพอย่างไร

3.2 แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ ควรเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือ

2.2 เพื่อเสนอแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ

4. กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน สภาพปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ คือ บริบทของชุมชน สถานการณ์ด้านสุขภาพ และอนามัยของคนในชุมชน การจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชน เป็นกรอบแนวคิด ในการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของ 3 ชุมชน ที่มีบริบทของการดำเนินงานกิจกรรมที่ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการลดการดื่มสุรา ที่บ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำพูน 2) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคบ้านนาขวาง ตำบลดอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง และ 3) ด้านการจัดการสภาพแวดล้อม บ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ทั้งสามชุมชนเป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ครอบคลุมกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

สภาพปัญหาและความต้องการลดพฤติกรรม
เสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในเรื่องการลดการดื่ม
สุรา/การปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภค/การจัด
สภาพแวดล้อม

1. วิธีการแก้ปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล
2. การดำเนินกิจกรรมการลดพฤติกรรมเสี่ยง
ต่อสุขภาพของชุมชน
3. ผลการดำเนินงาน / ปัญหาอุปสรรค

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวคิดการจัดการความรู้และ
กระบวนการเรียนรู้ในการจัดการ
ความรู้
3. แนวคิดเกี่ยวกับองค์กรแห่งการ
เรียนรู้
4. แนวคิดการมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

- การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการ
ลดการดื่มสุรา
- การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการ
ปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภค
- การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการ
จัดการสภาพแวดล้อม

5. ขอบเขตการศึกษาวิจัย

5.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในเขตภาคเหนือ แบ่งเป็นประเด็นดังนี้

- 5.1.1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมประเพณี การศึกษา
- 5.1.2 สุขภาพและอนามัย สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- 5.1.3 กระบวนการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชนทั้งในด้านการป้องกัน และการแก้ไขปัญหา
- 5.1.4 ผลการดำเนินกิจกรรม
- 5.1.5 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน
- 5.1.6 โอกาสในการพัฒนางานด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน

5.2 การศึกษาแนวทางการการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในเขตภาคเหนือในด้าน

- 5.2.1 การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการลดการดื่มสุรา
- 5.2.2 การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการปรับพฤติกรรมการบริโภค
- 5.2.3 การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการจัดการสภาพแวดล้อม

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 **ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ** หมายถึง ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสของการเกิดโรคและผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายเท่านั้น หากยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมด้วย

6.2 **สุขภาพ** หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3) ประกอบด้วย สัมผัส ได้แก่ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม

6.2.1 **สุขภาวะทางกาย** หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียงอยู่ ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่มีอุบัติเหตุ

6.2.2 **สุขภาวะทางจิต** หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ปรับตัวได้เมื่อเผชิญปัญหาและความเปลี่ยนแปลง

6.2.3 **สุขภาวะทางปัญญา** หมายถึง การรอบรู้ รู้เท่าทันสรรพสิ่ง มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ

6.2.4 **สุขภาวะทางสังคม** หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ชุมชน สถานที่ทำงาน คนในชุมชน รวมถึง การมีบริการทางสังคมที่ดี มีความเสมอภาคและมีสันติภาพ

6.3 **ชุมชน** หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันหรือต่างพื้นที่ก็ได้ แต่กลุ่มบุคคลเหล่านั้น จะต้องมีความสนใจร่วมกัน (Common Interest) มีความสัมพันธ์กัน (Relationship) มีการกระทำระหว่างกัน (Interaction) มีความรู้สึก (Sense) และมีสถาบันครอบครัว หรือระบบวัฒนธรรมที่ตอบสนองความจำเป็นเพื่อการดำรงอยู่ของมนุษย์ เช่น สถาบันครอบครัว เครือญาติ การเมืองการปกครอง ศาสนา ศิลปะ

6.4 **ภาคเหนือ** หมายถึง ชุมชนในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย ในงานวิจัยนี้ คือ จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูนและจังหวัดแพร่ ที่มีการดำเนินงานด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชน

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ข้อมูลจากการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือ

7.2 แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ ที่เป็นประโยชน์กับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันนำไปปรับใช้

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ ในครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้นำแนวทางที่ได้จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิด การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อช่วยให้อธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับแนวทางการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนทราบถึงเงื่อนไขและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างละเอียดและสมบูรณ์ กรอบแนวคิดทางทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวคิดการจัดการความรู้และกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการความรู้
3. แนวคิดเกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้
4. แนวคิดการมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ในส่วนนี้เป็นการทำความเข้าใจในแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพใน 4 เรื่องคือ เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งในทั้ง 4 เรื่อง มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยง และเป็นปัจจัยในการพิจารณาการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน

1.1 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นคุณสมบัติส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งคุณลักษณะ บุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันสุขภาพ (Gochman, อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534: 18)

พฤติกรรมสุขภาพมุ่งเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย (Health related behavior) ของบุคคลตามแนวคิดของ คาสล์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1986: 246) ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ และเพื่อการป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในขณะที่ยังไม่ได้แสดงอาการออกมา

Leavall and Clark (อ้างใน Green, 1985: 9) ได้แบ่งพฤติกรรมการป้องกันออกเป็น 3 ระดับคือ

1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ เป็นการปฏิบัติตนก่อนที่จะเกิดโรคโดยการดูแลตนเองให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ เช่นการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การไม่สูบบุหรี่ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค รวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน เช่น การสวมหมวกป้องกันศีรษะสำหรับผู้ขับขี่จักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัย สำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ หรือสวมใส่เครื่องป้องกันในขณะทำงานกับเครื่องจักรกล

2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งขจัดโรค ให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น โดยการค้นหาโรคตั้งแต่วัยเริ่มแรก และรีบรักษาตั้งแต่แรกพบ เช่น การตรวจค้นหาโรคมะเร็ง การตรวจร่างกายประจำปี รวมถึงการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไปสู่บุคคลอื่นนอกจากนี้ยังรวมถึงการไปรับการรักษาโรค ตั้งแต่วัยเริ่มป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต

3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ เป็นระดับการป้องกันในระยะที่มีการเจ็บป่วยแล้ว โดยให้มีการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุดเพื่อป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นในระดับนี้รวมถึงการฝึกทักษะต่างๆ ให้แก่ผู้พิการในชุมชนด้วย

พฤติกรรม เมื่อรู้สึกไม่สบาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลมีความเชื่อมั่นว่า เป็นอาการของความเจ็บป่วยโดยพยายามอธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของคนและจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ โดยการขอคำปรึกษาขอความคิดเห็น คำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อนเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วยรวมทั้งหาวิธีการที่จะทำให้อาการของโรคนั้นทุเลาลง หรือหมดไปก่อนที่จะบุคคลนั้นจะมาพบแพทย์

พฤติกรรมผู้ป่วย เป็นบทบาทที่ไม่พึงปรารถนา หรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติ เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด หรือวิชาชีพแพทย์ว่าป่วย บุคคลนั้นจะต้องรับ

บทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมกำหนด 4 ประการ คือ 1) ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วย หรือ การไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ปกติของเขา 2) ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ที่ทำอยู่เป็นการชั่วคราว 3) ผู้ป่วยต้องการที่จะหายเป็นปกติและ 4) ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์และให้ความร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำ เพื่อให้หายป่วยโดยเร็วที่สุด

แนวคิดการเปลี่ยนแปลง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมีพื้นฐานมาจาก ความคิดทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคิดของเคลมาน (Kelman, อ้างใน สุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534: 42) ฮิลการ์ดและ เบาเวอร์ (Hilgard and Bower, อ้างใน อرنันท์ หาญยุทธ, 2532: 115) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน เนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ และสิ่งนั้นตรงกับความต้องการ ตรงกับค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ และ สิ่งนั้นตรงกับความต้องการ ตรงกับค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมภายในและภายนอกบุคคล นั่นคือ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวรเพราะบุคคลนั้นยอมรับด้วยตนเองและสมัครใจที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลจากการฝึกฝนและประสบการณ์มิใช่ผลจากการตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น สัญชาตญาณ วุฒิภาวะ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงนี้ทำได้ โดยการให้ความรู้หรือการใช้วิธีการศึกษา เช่น การให้สุศึกษา หรือการจัดกิจกรรมทางการศึกษา เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิดเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติ ทั้งสมัครใจและลงมือปฏิบัติด้วยตนเองเป็นประการสำคัญ

พฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเชื่อมโยงกัน Green (อ้างใน อرنันท์ หาญยุทธ, 2532: 70) ได้แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่าง 3 ปัจจัยหลัก คือ

ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจหรือพอใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยนำที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม และการรับรู้รวมทั้งสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ และขนาดของครอบครัว

ปัจจัยเสริม เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ทั้งเป็นรางวัลและการลงโทษ ซึ่งจะเป็นส่วนสนับสนุนหรือยับยั้งผลสะท้อนเหล่านี้ของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพล เช่น ญาติ เพื่อน หัวหน้างาน แพทย์ เป็นต้น

ปัจจัยเอื้ออำนวย เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล และทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เช่น สถานบริการทางสุขภาพรวมทั้งความสามารถในการใช้แหล่งบริการเหล่านั้นด้วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา และที่สำคัญคือ ความสามารถในการเข้าถึงการบริการ

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ หมายถึง ความแน่ใจ ความเชื่อมั่นในปรากฏการณ์นั้นว่าถูกต้องเป็นจริง Green and Associates (อ้างใน Green and Simons-Morton, 1984: 163) ความเชื่อ คือ ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2556: 814) ความเชื่อของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ที่เขามีอยู่กับข้อมูลข่าวสารที่เขาได้รับจากแหล่งที่เขาเชื่อถือ โดยความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอีกต่อหนึ่ง นั่นคือ บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดตามความเชื่อของเขา หรือความเชื่อจะเป็นตัวเสริมกำลังอย่างที่เขาทำไปแล้วให้เกิดความคงทนยิ่งขึ้น (พันธุทิพย์ รามสูต, 2531:401) ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีความสำคัญต่อขบวนการให้ความรู้ ดังนั้นการให้ความรู้ คำแนะนำจะมีประสิทธิภาพควรจะต้องคำนึงถึงความเชื่อของบุคคลด้วย (King, 1984: 53)

ในอดีตได้มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบุคคล เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย และค้นพบว่าความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้เสนอแนะว่า บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เมื่อมีความรู้สึกหวังใยในสุขภาพของตนเองและได้รับแรงจูงใจที่จะมีการป้องกันสุขภาพนั้นคือ เมื่อบุคคลเชื่อว่าคนมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดโรคนั้น และเชื่อว่าถ้าปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หรือให้ความร่วมมือตามคำแนะนำของแพทย์ จะได้รับประโยชน์ คือสามารถลดความรุนแรงของโรคนั้นได้เมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เช่น ความเจ็บป่วย ความอาย การเสียเวลา เป็นต้น

แนวคิดเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นในระหว่าง ค.ศ. 1950-1960 โดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ ฮอคซ์บอม (Hochbaum) เคเกลส์ (Kegeles) ลีเวนทอล (Levental) และ โรเซนสตอก (Rosenstock, 1974: 329-330) แนวคิดนี้ได้พัฒนาขึ้น เพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับบุคคล กรอบแนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีสถานภาพพลังของเลวิน (Lewinian Field theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนมีขอบเขตหรืออาณาบริเวณแห่งตน (Life Space) ประกอบด้วยอาณาเขตที่มีการให้คุณค่าทางบวก (Positive Valencad) และอาณาเขตการให้คุณค่าทางลบ (Negative Valencad) เมื่อนำแนวคิดของเลวินมาประยุกต์ใช้ในปัญหาสุขภาพโดย คาดว่าโรคภัยไข้เจ็บ เป็นส่วนประกอบอาณาบริเวณทางลบ และคาดหวังว่าบุคคลจะเคลื่อนตัวเองออกจากบริ

เวลานี้ และพฤติกรรมการป้องกันหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะกระทำขึ้นเพื่อคุ้มครองบุคคลกลับมาสู่อาณาบริเวณบวก

องค์ประกอบที่โรเซนสตอก กล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือ การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตของเขาซึ่งเป็นตัวทำให้เกิดการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุณภาพทางสุขภาพ และเชื่อว่าเมื่อเลือกกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะมีประโยชน์สำหรับเขาที่จะลดความเสี่ยง ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในขณะที่เดียวกัน บุคคลก็อาจจะต้องเข้าใจว่า อุปสรรคในการมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง หรือลดความเสี่ยงนั้น มีอะไรบ้าง เช่น การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผลประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลรับรู้ในผลประโยชน์มากกว่าอุปสรรคบุคคลจะตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น

ไมแมนและเบคเกอร์ Maiman and Becker (อ้างในมัลลิกา มัติโก, 2534: 74) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพนั้น จะมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ หมายถึงความพร้อมทางด้านจิตใจ หรือมีความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติอันสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพ และเงื่อนไขทางสุขภาพนั้นๆ จะถูกกำหนดโดย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หมายถึงการที่บุคคลจะประเมินพฤติกรรมที่พึงกระทำในแง่ของความเป็นไปได้ และผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ เป็นการประเมินผลประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก การเสียเวลา ตามที่บุคคลคาดการณ์หรือรับรู้ว่าจะเกิดขึ้น

ต่อมาเบคเกอร์และคนอื่นๆ Becker et al. (อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534: 83) ได้ทำการพัฒนาแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น โดยเพิ่มปัจจัยขึ้นอีกตัวหนึ่งเรียกว่า ปัจจัยการจูงใจทางสุขภาพและปัจจัยร่วมต่างๆ เพิ่มเติมจากที่โรเซนสตอกได้ศึกษาไว้ เพื่อจะได้ครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคล ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

บุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่า ตนเองมีโอกาสดเกิดโรคการที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเกิดโรคจำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและรับรู้ว่ตนเองมีโอกาสดเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน ซึ่งแสดงออกโดยความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ เช่นอาจไม่เชื่อ

เรื่องการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่เคยเจ็บป่วย จะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการเกิดโรคซ้ำได้อีกและบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค

เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้ความเสี่ยงที่เป็นโรคนั้น ๆ แล้ว บุคคลย่อมประเมินเช่นกันว่า โรคที่คุกคามสุขภาพนั้น มีความรุนแรงระดับใด โรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลไปลดระบบการทำงานทั้งร่างกายและจิตใจ หรือไม่เพียงใดหรือนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่ บางคนรับรู้ความรุนแรงของโรคว่า มีผลต่อการทำงานของตนมีผลต่อชีวิตครอบครัวและอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลด้วย จึงเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมอนามัยเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ในด้านนี้ เป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค หรือปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน

จากการที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรคย่อมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยบุคคลมีความเชื่อว่า ทางเลือกที่กระทำนั้นมีประโยชน์สำหรับเขา ในการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น บุคคลจะมีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรค เช่น การกระทำนั้นเป็นสิ่งไม่สะดวก ทำให้เสียเวลา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ความอายน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวเร้าให้เกิดการหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่าจะนำประโยชน์นั้น

5. แรงจูงใจทางสุขภาพ

คือการเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยการให้สิ่งเร้าบางอย่างซึ่งเป็นปัจจัยในทางบวก (Positive Health Motivation) การจูงใจที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่อาจเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลเข้าไปสู่การแสดงพฤติกรรมป้องกันนั้น

6. ปัจจัยร่วมต่างๆ

เป็นปัจจัยตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวาง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาเช่น ชนชั้นทางสังคม กลุ่มเพื่อน ความกดดันจากกลุ่มต่างๆ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษาสถานภาพทางเศรษฐกิจ เชื้อชาติ ปัจจัยกับภูมิหลัง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นตัวชี้แนะหรือตัวกระตุ้นให้เกิด

การแสดงการกระทำที่เหมาะสมออกมา ซึ่งอาจแบ่งเป็นตัวชี้แนะภายในได้แก่การรับรู้สภาวะร่างกาย และตัวชี้แนะภายนอกได้แก่ การปะทะสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผลกระทบของสิ่งต่างๆ ในการสื่อสาร การได้รับบัตรเตือน คำแนะนำเพื่อให้แสดงพฤติกรรม

องค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว เป็นการปรับปรุงมาเพื่อให้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ ซึ่งจัดอยู่ในพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอนามัย โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายใน 3 องค์ประกอบหลักคือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อผลเสียหรือผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ และ ตัวแปรภายนอกบางตัว ได้แก่ อายุ รายได้ครอบครัว ประสบการณ์ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ซึ่งมีกล่าวไว้ในองค์ประกอบด้านแรงจูงใจที่จะปฏิบัติและปัจจัยร่วม

การสร้างเสริมสุขภาพ

ตามทฤษฎีการอนามัยโลก(The World Health Organization : WHO) ได้ประกาศว่าการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) คือ “กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้น คือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์สำคัญ 5 ประการ คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะทางด้านการดูแลสุขภาพ (Build Health Public Policy) ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี (Create Supportive Environments) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ชีวภาพและสังคม ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมของชีวิตประจำวัน ได้แก่ บ้าน ที่ทำงาน โรงเรียน ตลาด เส้นทางสัญจร
3. การทำให้พลังชุมชนเข้มแข็ง (Strengthen Community Action) การสร้างกระบวนการที่ทำให้กลุ่มและชุมชนมีพลังและความสามารถในการร่วมมือกันดำเนินการ เพื่อปรับเปลี่ยนชีวิตและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
4. การพัฒนาทักษะให้แก่บุคคล (Develop Personal Skills) คือการให้การศึกษารื่องสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทราบถึงเหตุผล และทางเลือกในการควบคุมสุขภาพของตนเอง และสิ่งแวดล้อม

5. การปรับปรุงทิศทางของระบบการบริการด้านสุขภาพ (Reorient Health Service) โดยการปรับเปลี่ยนการให้บริการ จากเดิมที่มุ่งเน้นการซ่อมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การรักษาโรคภัยไข้เจ็บ ณ ปลายเหตุ มาเป็นการมุ่งสร้างสุขภาพ เพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุก่อน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของสังคมไทยให้เป็น “สังคมอยู่เย็นเป็นสุข” โดยส่วนหนึ่งได้แก่การมุ่งไปสู่ “ระบบสุขภาพพอเพียง” อันประกอบด้วยคนไทยสุขภาพดี เข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี อาศัยอยู่ในสังคมที่ดี มีภูมิคุ้มกันความเสี่ยง และชีวิตเป็นสุขแบบพอเพียง โดยคุณลักษณะของระบบสุขภาพพอเพียงรวมถึง

1. คนไทยมีวิถีชีวิตแบบพอเพียงเป็นองค์รวม
2. สังคมไทยมีการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถลดปัจจัยเสี่ยง และเอื้อให้เกิดปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการมีสุขภาพดี
3. คนไทยรู้เท่าทันปัจจัยที่ทำลายและส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินชีวิตอย่างผสมผสานภูมิปัญญาไทยกับสากลในการดูแลสุขภาพของบุคคลและสังคม ตลอดจนสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด
4. ชุมชนมีการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนเอง โดยการบริหารจัดการสุขภาพของชุมชนเชื่อมประสานกับเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง
5. สังคมไทยมีภูมิคุ้มกันในเชิงระบบที่จะรับมือกับโรคและภัยคุกคาม ได้ทันกาลและมีประสิทธิภาพ
6. ประชาชนและสังคมไทยสามารถใช้ปัญญาเรียนรู้และจัดการความรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพ
7. สังคมไทยเอื้อเพื่อดูแลคนจน คนทุกวัย และผู้ขาดโอกาส โดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
8. คนไทยมีหลักประกันสุขภาพทั่วถึง เป็นธรรม มีคุณภาพ
ระบบสุขภาพจะต้องมีผู้ขับเคลื่อนที่ครบถ้วน และปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกันอย่างบูรณาการ ได้แก่
 1. องค์กรของรัฐตามรัฐธรรมนูญ (เช่น รัฐสภา รัฐบาล ศาล) ให้ความสำคัญแก่การสร้างสุขภาพผ่านการตรากฎหมาย กำหนดนโยบาย ตัดสินหรือคลี่คลายข้อขัดแย้ง ฯลฯ โดยยึดถือเกณฑ์พิจารณาที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

2. กระทรวงสาธารณสุขบูรณาการนโยบายร่วมกับกระทรวงต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มประชาชนอย่างทั่วถึง โดยดำเนินมาตรการของแต่ละกระทรวงอย่างสอดคล้องกัน ตามแนวทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแผนและงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพฯ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4. องค์กรสาธารณสุขประโยชน์มีบทบาทพัฒนาสุขภาพร่วมกับภาคราชการอย่างสอดคล้องประสานเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

5. หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยกำหนดนโยบายและหน่วยจัดสรรงบประมาณจัดให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตามความจำเป็นโดยทั่วถึง เป็นธรรมและมีคุณภาพ

6. สถาบันทางวิชาการร่วมเรียนรู้กับภาคอื่นๆ ข้างต้น โดยมีบทบาทสร้างความรู้ เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติและการกำหนดนโยบาย/มาตรการสร้างเสริมสุขภาพฯ

7. องค์กรธุรกิจเอกชนมีความรับผิดชอบต่อสังคมในการผลิตและบริการสินค้าที่ไม่ทำลายสุขภาพ

8. สื่อมวลชนให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในการดูแลสุขภาพและไม่ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาชวนเชื่อ

9. องค์กรระหว่างประเทศสนับสนุนให้มั่นนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพฯ และส่งเสริมการเรียนรู้ระหว่างประเทศ

การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

ในความหมายด้านการพึ่งตนเองนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายของการพึ่งตนเองไว้ต่างๆ ดังนี้

นักการสาธารณสุขมูลฐานหลายท่านได้ให้ทัศนะต่อการพึ่งตนเองทางสุขภาพว่า ในมิติของการพัฒนาเพื่อประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพนั้น จะจะเป็นความรู้สึกร่วมที่มีอาจมีผู้ใดปฏิเสธได้ เพราะประเด็นความสำคัญของการพัฒนาดังกล่าว เราสามารถมองเห็นได้ในบริบทของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) การพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality of Life Development) และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ (Human Environment Development) ซึ่งเกี่ยวโยงไปถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health Care System Development) และถ้ามองตามนัยยะของทัศนะดังกล่าวนี้ ความสำคัญของการพัฒนาการพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ ถูกมองในฐานะที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ดังนี้

ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน กับศักยภาพในการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพ การเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบเรื่องการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยเป็นความพยายามร่วมกันของทั้งชุมชนจะมีมากขึ้น การดำเนินการดังกล่าวเชื่อมโยงไปกับความรับผิดชอบต่อการส่งเสริมคนในครอบครัวดังนี้

1. ให้ได้รับการศึกษาในเรื่องสุขภาพ
2. สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ
3. ส่งเสริมวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพดี
4. มีการลงทุนทางสุขภาพด้วยตนเองในฐานะผู้บริโภค

กาญจนา แก้วเทพ (2530: 34) ได้ให้ความหมายการพึ่งตนเองที่แตกต่างออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การให้ความหมายในเชิงปัจเจกบุคคล การพึ่งตนเอง หมายถึง กิจกรรมทั้งหลายที่กระทำโดยปัจเจกชนและครัวเรือน เพื่อบรรลุถึงการมีหลักประกันของการดำรงชีพของเรา
2. การให้ความหมายในลักษณะของกลุ่ม การพึ่งตนเอง หมายถึง สังคม (กลุ่ม) ที่มีการจัดระบบเพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเองด้วยวิธีการช่วยเหลือตนเอง ด้วยการร่วมมือกับคนอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ทั้งนี้การพึ่งตนเองอย่างแท้จริงต้องหมายรวมถึงกลุ่มชนนั้นมีอิสระในการตั้งเป้าหมายและมีอิสระในการดำเนินการให้เป้าหมาย โดยอาศัยความพยายามและกำลังของตนเอง

อภิชาติ ทองอยู่ และคณะ (2530: 7) ได้แบ่งขอบเขตของการพึ่งตนเองเป็น 2 ลักษณะที่เกี่ยวข้องกันคือ การพึ่งตนเองทางกายภาพ ได้แก่ การพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจและการปกครอง ตลอดจนจนถึงการจัดความสัมพันธ์ทางสังคมแบบแผนของตนเอง ซึ่งเป็นการผลิตเพื่อบริโภคเป็นหลักโดยสัมพันธ์กับ ส่วนที่สอง คือ การพึ่งตนเองทางวัฒนธรรมความคิด ความเชื่อ สติปัญญาและอำนาจการตัดสินใจ ซึ่งมีผลต่อกันทั้งสองด้าน การพึ่งตนเองดังกล่าวมิใช่การปิดตัวเอง และโดดเดี่ยวตัวเองออกจากสังคมทั่วไป หากเมื่อกล่าวถึงหมู่บ้านพึ่งตนเองก็จะมี ความหมายว่าเป็นสังคมที่มีแบบแผนทางวัฒนธรรมและการผลิตแบบของตัวเอง มีการผลิตเพื่อการบริโภคเป็นหลัก มีศักยภาพที่ดำเนินไปตามรากฐานทางวัฒนธรรมของตัวเองสูง ขณะเดียวกันก็มีการช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างกันทั้งภายในหมู่บ้านกับภายนอกหมู่บ้าน โดยที่ยังสามารถดำรงความเป็นตัวของตัวเองที่สืบทอดวิถีการพึ่งตนเองมาได้ทั้งสองด้าน

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา (2529: 95 - 101) ได้เสนอเงื่อนไขของการพึ่งตนเองของชุมชน 6 ประการคือ

1. การพัฒนาต้องเป็นแบบกลุ่ม ชาวบ้านจะต้องอยู่ร่วมกันเป็นชุมชนเป็นหมู่บ้าน ไม่ใช่ต่างคนต่างอยู่
2. ต้องมีจิตสำนึก มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันพื้นฐานก็คือ การพึ่งตนเองขึ้นอยู่กับจิตใจ ความสมัครใจที่จะทำอย่างนั้น(กิจกรรมพัฒนา) ของผู้คน (ชาวบ้าน)
3. จิตสำนึกต้องผลิตซ้ำขึ้นมาอีกได้ คือ ต้องสร้างมันขึ้นมาใหม่ให้ชัดเจนต่อเนื่อง
4. ต้องมีการรวมตัวกันในรูปแบบสหพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ต้องมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มในหน่วยย่อย คือ ในหมู่บ้าน และหมู่บ้านเหล่านี้สามารถที่จะรวมกันเป็นสหพันธ์ กล่าวคือ ต้องพัฒนาให้เป็นเขตเพื่อสามารถต่อรองกับสถาบันภายนอก เช่น พ่อค้าและรัฐได้อย่างมีพลัง
5. การประสานวัฒนธรรม เราน่าจะส่งเสริมให้ชาวบ้านประสานงานวัฒนธรรมของตัวเองหรือกิจกรรมของตัวเองกับกลุ่มคนอื่นๆ ในสังคมด้วย
6. ชุมชนควรมีความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับสภาวะแวดล้อมธรรมชาติ
ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543: 245 - 255) กล่าวถึงเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาว่าชุมชนหรือหมู่บ้านสามารถพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุขหรือไม่นั้นพิจารณาได้จาก
 1. ชุมชนสามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนนั้นๆ สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพ มีความต่อเนื่องและผสมผสานกับชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่น
 2. ชุมชนสามารถจัดองค์กรและกำลังคนที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการแก้ไขปัญหาพัฒนาสุขภาพและชีวิตได้
 3. ชุมชนมีการจัดขบวนเพื่อให้การศึกษาในเรื่องสุขภาพ รวมทั้งมีการส่งเสริมบุคคลครอบครัวและกลุ่มต่างๆ เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพ
 4. ชุมชนมีการสำรวจและประเมินสถานะด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนรวมทั้งมีการสื่อสารถ่ายทอดข้อมูล
 5. ชุมชนมีการสร้างหลักประกันสำหรับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของกลุ่มคนต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน มีการพัฒนาระบบสวัสดิการของชุมชน
 6. พัฒนาชุมชนให้มีภาวะผู้นำด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต
 7. มีการร่วมมือกับชุมชนอื่นๆ เพื่อพัฒนาท้องถิ่นของตนเองให้ดีขึ้น
 ชาติชาย ณ เชียงใหม่ (2530: 28) กล่าวว่า แนวทางการพึ่งตนเองในการพัฒนาชนบทนั้น การพึ่งตนเองของประชาชนเป็นเรื่องที่จำเป็น และยอมรับก่อนที่จะพึ่งตนเองได้นั้นทั้ง

รัฐและชุมชนจะต้องร่วมกันดำเนินการให้ประชาชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนยากจนให้เกิดการพึ่งตนเองได้

การพึ่งตนเองได้นั้นจำเป็นต้องมีความเชื่อมั่นว่า คนย่อมช่วยตนเองได้ก่อนในการที่จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าคนย่อมช่วยตนเองได้นั้น มีกระบวนการที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ คือ

1. ความรู้สึกของการรวมกันเป็นกลุ่มของคน ที่มีความสนใจร่วมกันและรวมกันอย่างครบถ้วน
2. ค่านิยมประชาธิปไตย โดยเน้นในเรื่องของการปลูกฝังให้คนในชุมชนมีการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และใช้มติของที่ประชุมตัดสินใจโดยไม่ใช้อิทธิพลส่วนตัวของใครเข้าไปแทรกแซงในการตัดสินใจเพื่อผลประโยชน์ของกลุ่มชนบท
3. สปีริตในการทำงานร่วมกันคือ จะต้องมีการตกลงร่วมกันเกี่ยวกับกิจกรรมร่วมและกระทำร่วมกันโดยมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและร่วมช่วยเหลือกัน
4. สปีริตในการทำเป็นกลุ่ม โดยสร้างให้เกิดสปีริตที่จะมองและให้ความสำคัญต่อความสนใจของกลุ่มว่าเป็นเรื่องสำคัญ และมีความพยายามร่วมกันในอันที่จะดำเนินการให้บรรลุผลของความสนใจนั้น
5. สปีริตในการสร้างสรรค์คือ ปลูกฝังให้มีความคิดริเริ่มมีการแสวงหาทรัพยากรใหม่ๆ และใช้สิ่งเหล่านี้แก้ปัญหาของชุมชน การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เหมาะสม การบริหารและการจัดรูปองค์กรใหม่ มีประสบการณ์ใหม่ๆ
6. สปีริตของการร่วมกันสร้างความเชื่อถือว่าช่วยตนเองได้โดยมีการรวบรวมทรัพยากรของกลุ่ม หรือชุมชนทั้งทางกายภาพหรือทางวัตถุ ผนวกกับทางจิตใจกระทำการให้เกิดผลให้มากที่สุด และมองทรัพยากรจากภายนอกชุมชนมีความสำคัญเป็นอันดับรอง หรือเป็นเพียงตัวประกอบเท่านั้น

นอกจากนี้จารูวรรณ ธรรมจักร (2531: 101) ได้กล่าวถึงปัจจัยการพึ่งตนเองและการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ในกลุ่มชน คือ การมีลักษณะร่วม เช่น ชาติพันธุ์เดียวกัน ศาสนาเดียวกัน ภาษาเดียวกันหรือหมู่บ้านเดียวกัน การพึ่งกันรูปแบบนี้มีลักษณะขยายตามลำดับ คือ กลุ่มเครือญาติ กลุ่มเพื่อนบ้านใกล้เคียง กลุ่มคุ้มวัดเดียวกันหรือผู้ถือผีตัวเดียวกัน กลุ่มลูกบ้านเดียวกัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยการพึ่งตนเองที่เกิดจากความจำเป็นเชิงสังคมหลายประการ เช่น เงื่อนไขทางด้านแรงงาน เงื่อนไขทางจิตจำกัดทางด้านภูมิปัญญา

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2531: 60) ได้พูดถึงการพึ่งตนเองของประชาชนว่าเป็นการดูแลรักษาตนเอง ซึ่งใช้แทนการไปหาบุคลากรทางการแพทย์หรือใช้คู่มือ การดูแลรักษาเหล่านี้ทำได้ด้วยตนเอง ครอบครัว โดยคนรู้จัก หรือ โดยชุมชน ซึ่งมีลักษณะไม่ทำอะไร หรือคอยดูไป

ก่อน รักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา เช่น ออกกำลังกาย อาหาร พักผ่อน ทำงานน้อยลง พรมน้ำมันต์ สะเดาะเคราะห์ เป็นต้น ใช้ยารักษาตนเอง ยานี้อาจเป็นสมุนไพร ยาแผนโบราณ ยาแผนปัจจุบัน เป็นต้น การดูแลรักษาตัวเองอาจทำคู่ไปกับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และการรักษาตนเองที่ทำโดยการคัดแปลงการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ลดหรือเพิ่มขนาดยา เลิกรักษาเปลี่ยนหมอหรือการใช้การรักษาหลายอย่าง

ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2538: 19) ได้พูดถึงการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านว่า วิถีชีวิตแบบเดิม ชาวบ้านแต่ละคนสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพได้ในระดับหนึ่งดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาทางสุขภาพของบุคคลก็จะเริ่มจากการตรวจสอบที่ตัวเองก่อนว่าอยู่ในวิสัยที่จะแก้ไข ปัญหาด้วยตนเองได้หรือไม่ และอาจรวมถึงการพึ่งพิงญาติพี่น้องหรือเพื่อนพ้องด้วยซึ่งเป็นจุดสำคัญที่จะมองข้ามไม่ได้ กล่าวคือ แม้การเจ็บป่วยเพียงบุคคลเดียว แต่เกี่ยวเนื่องไปถึง ครอบครัวและญาติมิตรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาทางสุขภาพของบุคคลถึงขั้นที่ต้องพึ่งพาความชำนาญการของหมอ ถ้าการพึ่งตนเองและพวกพ้องมีข้อจำกัดหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงเกินกว่าความสามารถที่จะดูแลรักษาเองได้ก็ต้องพึ่งพาหมอพื้นบ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หรือหมอโรงพยาบาลรวมทั้งคลินิกเอกชนตามแต่ความศรัทธา ลักษณะของปัญหา เศรษฐฐานะ ความพึงพอใจ และความสะดวกของแต่ละบุคคลที่สำคัญตามความเห็นชอบของครอบครัวและญาติมิตร เพราะแท้จริงแล้วผู้ป่วยที่ดูแลรักษาตนเองไม่ได้นั้น การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษามักจะขึ้นอยู่กับครอบครัวและญาติมิตรผู้พาไป

จากแนวคิดเรื่องการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า ชุมชนที่พึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ ชาวบ้านแต่ละคนสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองหรือไม่ และอาจรวมถึงการพึ่งพิงญาติพี่น้องหรือเพื่อนพ้องด้วย ซึ่งเป็นจุดสำคัญที่จะมองข้ามไม่ได้ กล่าวคือ แม้การเจ็บป่วยเพียงบุคคลเดียว แต่เกี่ยวเนื่องไปถึง ครอบครัวและญาติมิตรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาทางสุขภาพของบุคคลถึงขั้นที่ต้องพึ่งพาความชำนาญการของหมอ ถ้าการพึ่งตนเองและพวกพ้องมีข้อจำกัดหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงเกินกว่าความสามารถที่จะดูแลรักษาได้เองก็ต้องพึ่งพาหมอพื้นบ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หรือหมอโรงพยาบาลรวมทั้งคลินิกเอกชนตามแต่ความศรัทธา ลักษณะของปัญหา เศรษฐฐานะ ความพึงพอใจ และความสะดวกของแต่ละบุคคล (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2538: 19)

2. แนวคิดการจัดการความรู้และกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการความรู้

ในส่วนนี้เป็นการทำความเข้าใจเนื้อหาเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องใน 4 เรื่อง คือ เรื่องการจัดการความรู้(Knowledge Management) ชุมชนปฏิบัติการ (Community of Practice) องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) และ กระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) ซึ่งในทั้ง 4 เรื่อง มีความสัมพันธ์ซ้อนทับกันอยู่ และแนวคิดต่างๆ ดังกล่าว ก็เป็นปัจจัยในการพิจารณาการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน

การจัดการความรู้ (Knowledge Management)

สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (2547, หน้า 6) ได้อธิบายถึงการจัดการความรู้ว่า เป็นลักษณะของกระบวนการที่เกิดขึ้นกับองค์กรหรือในที่นี้อาจมองในลักษณะของการเพิ่มสมรรถภาพ และศักยภาพ ให้ชุมชนเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สูงขึ้นในการทำงานต่างๆ ตามเป้าหมาย โดยมีตัวของการความรู้เป็นทรัพยากรอันสำคัญที่นำมาจัดการแล้วเกิดผลดังกล่าวขึ้น โดยที่สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม กล่าวว่า การจัดการความรู้ (Knowledge Management) เป็นกิจกรรมที่มีความหมายรวมถึงการรวบรวม การจัดระบบ การจัดเก็บและการเข้าถึงที่มาและตรวจสอบแนวคิดของความรู้ต่างๆ ตลอดจนการแบ่งปันความรู้เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน ขบคิด ต่อยอดความรู้สำหรับนำไปใช้งาน ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ ดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัย “การเชื่อมโยงระหว่างบุคคล” เป็นกลไกสำคัญโดยมี “เทคโนโลยี” เป็นเครื่องมือสนับสนุน

การจัดการความรู้ (Knowledge Management) จึงเป็นกระบวนการสร้างสรรค์องค์ความรู้ผ่านกระบวนการรูปแบบต่างๆ ที่สำคัญคือ การแบ่งปัน (Sharing) การให้คุณค่า การจัดเก็บรวบรวม จัดระบบวิเคราะห์ สังเคราะห์ การประยุกต์ การปฏิบัติและจัดกิจกรรมรวมถึงการรู้จักใช้ทรัพยากรจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ผ่านกระบวนการเรียนรู้ ทำให้เกิดขึ้นเป็นองค์ความรู้และเสริมสร้างทุนทางปัญญา โดยในเบื้องต้นกระบวนการเหล่านี้จะอยู่บนพื้นฐานของการเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม ความสัมพันธ์ของคนในลักษณะของเครือข่ายและมีเป้าหมายของแต่ละคนที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการสื่อสาร มีการใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ ทุกคนสามารถที่จะเข้าถึงประโยชน์ดังกล่าวได้

เราสามารถเห็นได้ว่า การจัดการความรู้ เป็นกรอบของกระบวนการที่ทำให้ได้มาซึ่งความรู้ว่าควรทำอะไรบ้างมีแนวทางอย่างไรที่จะกลั่นกรองซึ่งความรู้ที่กระจัดกระจาย ขาดการให้คุณค่า แล้วนำมาสร้างคุณค่าเพื่อเป็นฐานของทุนที่จะนำไปขยายความสามารถในการปฏิบัติงานในระดับที่มีความเป็นรูปธรรม คล้ายกับการทำความรู้ที่แฝงอยู่ให้ปรากฏออกมาและสามารถ

หยิบฉวย เพื่อนำมาใช้งานได้สำหรับคนในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็น นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ในองค์กร หรือชาวบ้านโดยทั่วไป

นอกจากนี้ถ้ามองให้ลึกลงไปในตัวความรู้ (Body of Knowledge) การจัดการความรู้ มุ่งเน้นสาระในส่วนที่เป็นความรู้โดยนัย (Tacit) หรือความรู้ภายในตัวคนมากกว่า ความรู้แบบเปิดเผย (Explicit) ซึ่งถ้าลองพิจารณาแล้ว ความรู้โดยนัยนั้นมีความสับสน และต้องใช้ศิลปะในการพินิจวิเคราะห์อย่างแยบยล จึงจะสามารถทำให้เกิดความชัดเจนขึ้นมาได้ ซึ่งในการจัดการความรู้เองมุ่งที่จะกลั่นกรองความรู้ดังกล่าวออกมาให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ดังนั้นการแยกให้เห็นซึ่งประเภทของความรู้เป็นเพียงการทำให้เกิดความเข้าใจในความรู้แต่ละอย่างเท่านั้น เพราะในการแยกประเภทของความรู้ตามความเป็นจริงแล้วแยกได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับว่าจะใช้เกณฑ์อะไรในการกำหนด ซึ่งการแยกประเภทจากที่ได้กล่าวมานั้น มีความสอดคล้องกับสายงานการพัฒนาที่ต้องการพัฒนาคนและการจัดการความรู้ที่มุ่งเน้นการพัฒนาองค์กรพร้อมกับพัฒนาคนให้เกิด ความรู้ การแบ่งลักษณะดังกล่าวจึงน่าจะมีความเหมาะสมสำหรับทำการวิจัยในครั้งนี้

พร้อมกันนั้นในการสร้างความรู้ต้องอาศัยหลักการสร้างความรู้ ซึ่ง อิกุจิโร่ โนนากะ (Ikujiro Nonaka) ได้อธิบายถึง การสังเคราะห์หรือหลอมความรู้ที่ชัดเจน กับความรู้ที่ฝังลึกผ่านกระบวนการ 4 ส่วนที่เรียกว่า “เซกิ” (SECI) ซึ่งได้แก่

1. การขัดเกลาทางสังคม (Socialization) โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อคิดเห็น ความเชื่อ วิธีการ ฯลฯ ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลผู้สนใจแบบตัวต่อตัว
2. การสกัดความรู้ออกจากตัวคน (Externalization) หมายถึง การเปลี่ยนความรู้ที่ฝังลึกอยู่ภายในตัวบุคคล ไปเป็นความรู้ที่ชัดเจนที่ผู้อื่นสามารถเข้าถึงได้ ซึ่งอาจทำได้โดยการสนทนากลุ่ม จับกลุ่มคุยเพื่อหาความคิดใหม่ๆ เป็นการแลกเปลี่ยนแบบกลุ่ม
3. การควบรวมหรือผนวกความรู้ (Combination) หมายถึง การนำความรู้ที่ชัดเจนอันมากมายหลายหลาก มารวบรวม บันทึก จัดกลุ่ม แบ่งหมวดหมู่ ได้เป็นความรู้ที่ชัดเจนที่ยกระดับมากขึ้น ความรู้ที่อยู่ในขั้นนี้จะอยู่ในรูปแบบที่เผยแพร่ได้กว้างขวาง
4. การฝังหรือผนึกความรู้ (Internalization) หมายถึง การนำความรู้ที่ชัดเจนไปปฏิบัติประยุกต์เป็นผลิตภัณฑ์ กระบวนการ วิธีการใหม่ หรือปรับปรุงของเก่าให้เกิดคุณค่าและมูลค่า โดยในกระบวนการนี้เอง ก็จะเกิดการเรียนรู้เป็นความรู้ฝังลึกที่ยกระดับขึ้นไปอีกในตัวบุคคล (สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม, 2547, หน้า 10-12)

เมื่อพิจารณาจากหลักสำคัญของการสร้างความรู้ดังกล่าว มีลักษณะที่ให้ความสำคัญกับความรู้จากตัวคนมาก ทั้งสี่หลักการพยายามที่จะดึงความรู้จากบุคคลให้ได้มากที่สุด เท่าที่จะทำได้ ปฏิบัติซ้ำอยู่เรื่อยๆ ในลักษณะของการเป็นวัฏจักรที่หมุนเวียนเพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ ๆ และพัฒนาการเรียนรู้ภายในชุมชนเสมอ อันจะนำมาซึ่งความรู้ในระดับที่สูงขึ้นและมีความเชื่อมโยงกับการปฏิบัติ

นอกจากนี้หลักการสร้างความรู้ทั้ง 4 ประการทำให้สามารถทราบถึงแนวทางที่ทำให้เกิดความรู้ขึ้นมาในชุมชนหรือองค์กรได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งวงจร “เชกิ” เป็นเสมือนทิศทางชี้แนะให้ปฏิบัติหรือยึดถือและเข้าใจว่า การจัดการและสร้างให้เกิดองค์ความรู้ สมควรที่จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสำหรับในทางปฏิบัติแล้ว การจัดการความรู้ ควรที่จะมีแนวทางและกิจกรรมที่มีความรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

ชุมชนปฏิบัติการ (Community of Practice)

ผู้วิจัยใช้คำว่าชุมชนปฏิบัติการซึ่งอาจชี้ให้เห็นถึงการดำเนินการอันเป็นกระบวนการของชุมชนที่มุ่งเน้นการปฏิบัติ เน้นประสบการณ์จากการทำงานไปพร้อม ๆ กัน ทั้งชุมชนโดยนักวิชาการบางท่านอาจใช้คำว่า ชุมชนแนวปฏิบัติ หรือชุมชนนักปฏิบัติ ซึ่งก็มีนัยที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนากลุ่มคน ชุมชน โดยใช้องค์ความรู้ การปฏิสัมพันธ์ของการแลกเปลี่ยน การร่วมปฏิบัติงาน เป็นตัวขับเคลื่อนให้มีการพัฒนา

ชุมชนปฏิบัติการ เป็นการรวมตัวกันของกลุ่มคนที่ทำงาน ปฏิบัติงานแนวทางเดียวกัน โดยมีการรวมตัวกันเป็นทีม และเครือข่ายจากสามัญสำนึกร่วม ความสนใจ และแรงปรารถนาเดียวกัน มีปัญหาคล้ายกัน หรืออาจมากกว่า หรืออาจมาจาก ความสนใจในชุดความรู้ (Knowledge Domain) เดียวกัน ซึ่งแรกเริ่มกลุ่มคนเหล่านี้ อาจมาจากคนที่มีอัตลักษณ์ (Identity) เดียวกันหรือแตกต่างกันก็ได้ แต่ท้ายที่สุดแล้วถ้าชุมชนแนวปฏิบัติมีการพัฒนาก็จะเกิดความเป็นพวกพ้องและอัตลักษณ์เดียวกันในที่สุด โดยกลุ่มคนเหล่านี้จะมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ แบ่งเป็นความรู้และประสบการณ์ในการทำงาน ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา ร่วมวิเคราะห์ มีการใช้ความรู้เสริมสร้างความรู้ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงความรู้ มีการให้คุณค่าแก่ความรู้ และการให้คุณค่าแก่ความเป็นชุมชน มีการพัฒนาการปฏิบัติอันเกิดขึ้นเป็นความรู้เพื่อการปฏิบัติอย่างแท้จริงซึ่งชุมชนที่เกิดขึ้นจะอยู่ภายใต้ฐานของการปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง หลาย ๆ ช่วงเวลาที่มีโครงสร้างอย่างไม่เป็นทางการ ไม่จำกัดหรือยึดติดกับพื้นที่ สมาชิกมีบทบาทที่หลากหลายและที่สำคัญคือ เกิดขึ้นโดยธรรมชาติอย่างแท้จริง

กลุ่มคนเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องทำงานด้วยกันทุกวัน แต่พวกเขาจะพบปะกันเพราะมองเห็นคุณค่าในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เวลาที่พวกเขาจะรวมตัวกันจะเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ความรู้ที่ลึกซึ้ง รวมถึงคำแนะนำต่างๆ ซึ่งพวกเขาจะช่วยกันและกันในการแก้ไขปัญหา และพูดคุยกันเกี่ยวกับสถานการณ์ ความทะเยอทะยาน และความต้องการของกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ไปสำรวจความคิดต่างๆ ราวกับเป็นคณะกรรมการบริหารขนาดย่อม พวกเขาอาจจะสร้างเครื่องมือ มาตรฐาน การออกแบบพื้นฐานคู่มือ และเอกสารต่างๆ หรือพวกเขาอาจเพียงพัฒนาความเข้าใจร่วมกันเท่านั้น ไม่ว่าจะสะสมองค์ความรู้ในรูปแบบใด พวกเขาได้ถูกเชื่อมโยงเข้ากันอย่างไม่เป็นทางการ ผ่านคุณค่าที่พวกเขาค้นพบจากการเรียนรู้ร่วมกัน คุณค่าที่เกิดขึ้นนี้ไม่ได้เป็นเครื่องมือสำหรับการทำงานร่วมกันเท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดความพึงพอใจจากการที่ได้รู้จักเพื่อนสมาชิกที่เข้าใจมุมมองของกันและกัน และการได้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของคนที่น่าสนใจ ครั้นเมื่อเวลาผ่านไปพวกเขาก็ได้ร่วมกันพัฒนามุมมองในแบบที่ไม่ซ้ำใครรวมไปถึงองค์ความรู้ แนวปฏิบัติและแนวทางต่างๆ นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนาความสัมพันธ์และกำหนดแนวทางในการติดต่อกันหรือพวกเขาอาจพัฒนาจนเกิดเป็นความรู้สึกถึงตัวตนขึ้นมา เมื่อถึงจุดนี้ พวกเขาจึงกลายเป็นชุมชนแนวปฏิบัติในที่สุด(พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, ผู้แปล, 2547: 4)

นอกจากนี้ การพิจารณาชุมชนปฏิบัติการในระดับที่ลึกซึ้ง โดยมองเลยไปถึงการสร้างเป็นวัฒนธรรมขององค์กรในระยะยาวนั้นก็อาจเป็นการให้มุมมองของแนวคิดดังกล่าวที่กว้างขึ้น โดย โกลด์ ดิสิคิธรรม (2546: 46) กล่าวว่า ชุมชนปฏิบัติการ เป็นกลุ่มบุคคลในองค์กรที่มีความสนใจ ในการถ่ายทอด หรือใช้ความรู้ สมาชิกของกลุ่มดังกล่าวจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบจัดการความรู้ รวมทั้งมีความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายของโครงการ จึงก่อให้เกิด วัฒนธรรมขององค์กรของการมีส่วนร่วม ซึ่งลักษณะของการสร้างให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรดังกล่าวจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้และปลูกฝังอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งหากเกิดผลขึ้นจริง ย่อมทำให้เกิดการพัฒนาและการเรียนรู้ที่ยั่งยืนในที่สุด

เห็นได้ว่าชุมชนปฏิบัติการนั้นอยู่ในกรอบการจัดการความรู้ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเชื่อมโยงซึ่งความสัมพันธ์ของกลุ่มคน โดยที่ พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ (2547: 1) กล่าวว่า “ชุมชนแนวปฏิบัติ” เป็นแนวทางการจัดการความรู้ที่เปลี่ยนโครงสร้างของการจัดการความรู้ จากที่เคยพยายามเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมของพนักงานแต่ละคนรวมทั้งวัฒนธรรมองค์กร ให้พนักงานหันมาเรียนรู้และแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน ไปสู่การจัดการความรู้ด้วยโครงสร้างทางสังคม ด้วยการกำหนดหัวข้อความรู้ที่มีความสำคัญต่อพนักงานและองค์กร และเปิดโอกาสให้พนักงานในองค์กรเข้าร่วมเป็นสมาชิกชุมชน เพื่อพัฒนาความรู้ในด้านที่ตนสนใจ โดยชุมชนแนวปฏิบัติถูกคิดค้นภายใต้ความเชื่อที่ว่า ความรู้ที่มีความซับซ้อน ซ่อนเร้น และสามารถถ่ายโอนได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งในวงการจัดการความรู้และพัฒนาชุมชน ได้ให้ความสำคัญกับแนวทางดังกล่าวมากขึ้น

การมองชุมชนแนวปฏิบัติดังที่ได้เสนอนั้น ก่อนข้างที่จะมีรายละเอียดสูง ปลึกย่อย ซึ่งในความเป็นจริงแล้วเป็นเรื่องปกติของชุมชนที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขปัจจัย และบริบทที่ต้องทำความเข้าใจแยกเฉพาะลงไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องทำการพิจารณาในเรื่องของ ประเภทหรือรูปแบบของชุมชนแนวปฏิบัติด้วยเหตุผลที่ว่า ความเป็นชุมชนแนวปฏิบัติ นั้น แม้จะมี คำนิยาม ที่ความหมายชัดเจนเพียงใด แต่ก็ยังคงต้องจำแนกรูปแบบเพื่อความชัดเจนในการพิจารณา ชุมชนแต่ละชุมชนที่เราทำการวิจัยด้วย

รูปแบบของชุมชนปฏิบัติการสามารถจำแนกโดยใช้เกณฑ์หลากหลาย ดังนี้

1. ขนาดเล็กหรือใหญ่ ชุมชนปฏิบัติการอาจมีขนาดเล็กหรือใหญ่ก็ได้ แต่การคำนึงถึงขนาดจะมีความสำคัญเพราะชุมชนขนาดใหญ่มีโครงสร้างที่ต่างออกไป โดยมากจะแบ่งออกเป็น ชุมชนย่อยตามพื้นที่หรืออาจแบ่งตามหัวข้อย่อย ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วน ร่วมอย่างตื่นตัวมากขึ้น

2. อายุยืนยาวหรืออายุสั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติมักกินระยะเวลายาวนาน แต่ช่วงอายุ ของชุมชนก็อาจผันแปรเป็นอย่างมาก บางชุมชนอาจมีอายุยาวนานหลายร้อยปี แต่หลายชุมชนก็มี อายุสั้นแม้อายุหลายปีเช่นกัน

3. การอยู่ร่วมกันหรือกระจายตัว การแลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติจำเป็นที่จะต้องอาศัยการ ปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วชุมชนจำนวนมากเริ่มต้นด้วยกลุ่มคนที่ทำงาน เดียวกันหรือใกล้เคียงกัน แต่การอยู่ร่วมกันก็ไม่ใช่อะไรที่จำเป็นเสมอไป หลายชุมชนกระจายตัวอยู่ในหลาย พื้นที่ บางชุมชนก็ติดต่อกันผ่านอีเมลล์และโทรศัพท์เป็นหลัก และอาจพบกันเพียงครั้งหรือสองครั้ง ต่อปี สิ่งที่จะช่วยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน ไม่ใช่รูปแบบการสื่อสารแบบใดแบบหนึ่ง แต่ เป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ ปัญหา หรือมุมมองที่เห็นร่วมกัน

4. มีความเป็นเนื้อเดียวกันหรือส่วนผสมที่หลากหลาย การมีปัญหาที่คล้ายคลึงกันก็ เป็นแรงจูงใจอย่างแรงกล้าในการสร้างแนวปฏิบัติร่วมกัน แม้ว่าสมาชิกแต่ละคนอาจไม่มีพื้นฐาน ใดร่วมกันเลย จนท้ายที่สุดแล้วชุมชนที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีพื้นฐานแตกต่างกันก็อาจมี ความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นแทบไม่ต่างอะไรจากชุมชนที่มีสมาชิกรวมตัวกันเพราะความเหมือนเลย

5. ภายในขอบเขตหรือข้ามขอบเขต อาจแยกได้ดังนี้

5.1 ภายในหน่วยเดียวกัน ชุมชนแนวปฏิบัติเกิดขึ้นจากกลุ่มคนที่ต้องคอยแก้ไข ปัญหาซ้ำๆร่วมกัน อาจสร้างชุมชนแนวปฏิบัติขึ้นมาเพื่อเร่งกระบวนการพิจารณาให้เร็วขึ้น ด้วยการเข้าร่วมในหน่วยความจำร่วม (Communal Memory) ของชุมชน พวกเขาจึงสามารถทำงาน โดยไม่ต้องจดจำทุกสิ่งทุกอย่างด้วยตนเอง

5.2 ข้ามหน่วยเดียวกัน คนที่อยู่ในทีมข้ามสายงาน (Cross-function Teams) จึงต้องสร้างชุมชนแนวปฏิบัติ เพื่อติดต่อกับเพื่อนร่วมงานในส่วนต่างๆ ของบริษัท และทำให้ตนมีความเชี่ยวชาญอยู่ตลอดเวลา

5.3 ข้ามขอบเขตขององค์กร ชุมชนแนวปฏิบัติไม่ได้จำกัดเพียงแค่ภายในองค์กรเท่านั้น ด้วยการให้ความสำคัญกับการเป็นบริษัทที่ขยายขอบเขตครอบคลุมอย่างทั่วถึง (Extended Enterprises)

5.4 แบบไม่ได้วางแผนหรือแบบเจตนา บางชุมชนเกิดจากการวางแผนให้เกิดบางชุมชนก็เกิดขึ้นได้เอง แต่ไม่ว่าชุมชนจะเกิดขึ้นแบบไม่ได้วางแผนหรือเจตนา ก็ไม่ได้กำหนดระดับความเป็นทางการของชุมชนแต่อย่างใด ชุมชนในระยะเติบโตและต้นตัวอยู่กลับมีความไม่เป็นที่ทางการสูง ในขณะที่บางชุมชนกลับเน้นเรื่องโครงสร้างเป็นอย่างมาก โดยมีทั้งการเรียกประชุม การกำหนดวาระการประชุม การกำหนดบทบาทที่ชัดเจน และการสร้างประดิษฐกรรม (Artifacts) ของชุมชน

5.5 ไม่ได้รับการรู้จักไปจนถึงการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ (Institutionalize) ชุมชนแนวปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับองค์กรในรูปแบบที่หลากหลาย ตั้งแต่รูปแบบที่แทบไม่มีใครรู้จักจนถึงรูปแบบที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างใหญ่โต ชุมชนบางแห่งถูกค้นพบว่ามีคุณค่าอย่างมากต่อองค์กร จนถูกผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร การแต่งตั้งอย่างเป็นทางการเช่นนี้เมื่อได้รับการจัดการเป็นอย่างดี จะสามารถมอบสิทธิและทรัพยากรแก่ชุมชน แต่จุดสำคัญไม่ได้อยู่ที่รูปแบบความสัมพันธ์แบบใดแบบหนึ่ง แต่ที่สำคัญก็คือ เมื่อระดับความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป ย่อมทำให้ประเด็นที่ท้าทายชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย (พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, ผู้แปล, 2547: 22-25)

รูปแบบของชุมชนแนวปฏิบัติอาจเป็นแนวทางในการมองความแตกต่าง และลักษณะของชุมชนในแต่ละแห่งที่ได้ทำการวิจัย ซึ่งจะเป็นเกณฑ์ที่สามารถทำให้การวิจัยมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยที่รูปแบบดังกล่าวนี้มีได้แยกออกจากกันโดยตายตัว อาจมีความเหลื่อมล้ำและซ้อนทับกันอยู่ เช่น อาจเป็นรูปแบบของชุมชนขนาดใหญ่ ที่มีการกระจายตัว และเป็นแบบที่ไม่ได้วางแผน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ขึ้นอยู่กับว่าในการศึกษาชุมชน จะนำเกณฑ์ในการกำหนดไปพิจารณาและให้ความสำคัญส่วนไหน

อย่างไรก็ดี โมเดลโครงสร้างของชุมชนแนวปฏิบัติ สามารถใช้เป็นกรอบคิดพื้นฐานในการมองชุมชนที่ทำการวิจัยเบื้องต้น ซึ่งจะช่วยในการพิจารณาการเกิดและการดำเนินไปของชุมชนแนวปฏิบัติ เป็นไปอย่างไม่สับสน เกิดความเข้าใจในที่มา และเล็งเห็นถึงความสำคัญของทั้งสามองค์ประกอบ รวมถึงการชั่งน้ำหนัก หรือประเมินชุมชนทั้งสามองค์ประกอบ ว่ามี

ความสมดุลมากน้อยเพียงใด แต่นั่นอาจเป็นเพียงการทำความเข้าใจว่าองค์ประกอบในแต่ละส่วน เป็นอย่างไรเท่านั้น สำหรับการศึกษางานพัฒนาชุมชน เมื่อทราบพื้นฐานแล้ว ไม่สามารถที่จะ ละเลยในส่วนของการแปลงไปสู่ภาคลงมือปฏิบัติจริงได้ เพื่อความเป็นรูปธรรมที่มากขึ้น จึงต้อง สร้างความเข้าใจ การนำโมเดลโครงสร้างนี้ไปสู่ภาคปฏิบัติด้วย

รูปแบบการปฏิบัติที่นำไปสู่การพัฒนา ได้แก่

โดเมน การเจรจาเพื่อตกลงกับโดเมนร่วม นับเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนา ชุมชน ชุมชนต้องถามตัวเองว่า หัวข้อหรือประเด็นที่เราใส่ใจจริงๆ จะผูกโดเมนเข้ากับกลยุทธ์ของ องค์กรได้อย่างไร สำหรับพวกเราแล้วองค์ประกอบย่อยในโดเมนมีอะไรบ้าง อะไรคือประเด็นที่ยัง ไม่ได้แก้ไข และความล้ำสมัยของโดเมนของเรา พวกเราพร้อมหรือยังที่จะรับบทบาทผู้นำในการ พัฒนาโดเมน พวกเราต้องการมีอิทธิพลต่อองค์กรในระดับใด ซึ่งการพิจารณาคำถามประเภทนี้จะ ช่วยให้ผู้ชุมชนพัฒนาความเข้าใจร่วมกันในโดเมนของตน ค้นพบสิทธิของตนในองค์กรและเข้าใจ แรงปรารถนาของสมาชิกในชุมชน

ชุมชน องค์กรประกอบด้านชุมชนจำเป็นต้องได้รับการใส่ใจ การจัดระเบียบและการ ดูแล อะไรคือบทบาทของสมาชิกแต่ละคน ชุมชนควรพบปะกันบ่อยครั้งเท่าใด และสมาชิก เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องได้อย่างไร กิจกรรมใดที่ก่อกำเนิดพลังและพัฒนาและความไว้วางใจ ชุมชนจะทำให้ความต้องการที่แตกต่างกันของพนักงานเกิดความสมดุลได้อย่างไร สมาชิกจะรับมือ กับความขัดแย้งได้อย่างไร การแนะนำสมาชิกใหม่เข้าสู่ชุมชนจะทำในรูปแบบใด ซึ่งการพิจารณา คำถามประเภทนี้จะช่วยให้ชุมชนค้นพบแนวทางเฉพาะตัวสำหรับการดำเนินงาน การสร้าง ความสัมพันธ์ และการเติบโต

แนวปฏิบัติ ชุมชนใดก็ตามที่มีการปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในโดเมน จะพัฒนาแนว ปฏิบัติอย่างไรอย่างหนึ่งขึ้นมา อย่างไรก็ตาม ชุมชนย่อมสามารถพัฒนาแนวปฏิบัติเชิงรุกได้ เช่นกัน ความรู้ อะไรที่ต้องการแลกเปลี่ยน พัฒนาและบันทึก จะจัดกิจกรรมการเรียนรู้ประเภทใด จะจัดคลังความรู้ (Knowledge Repository) อย่างไรให้สะท้อนถึงการปฏิบัติงานของสมาชิกและง่าย ต่อการใช้งาน เมื่อใดที่ควรทำกระบวนการให้เป็นมาตรฐาน และเมื่อใดที่ความแตกต่างน่าจะ เหมาะสมกว่า โครงการพัฒนาใดที่ชุมชนควรดำเนินการที่ใดที่เป็นแหล่งความรู้และเป็นแหล่ง เบนซ์มาร์คภายนอกชุมชน ซึ่งคำถามประเภทนี้จะช่วยให้ชุมชนกลายเป็นทรัพยากรด้านความรู้ที่มี ประสิทธิภาพต่อสมาชิกของตน รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ ที่อาจได้รับประโยชน์จากความเชี่ยวชาญ ของชุมชน (พูนลาก อภัยเลิศอรุณ, ผู้แปล, 2547: 42-44)

โครงสร้างทั้งสามเป็นลักษณะของสามเส้าที่คานกันอยู่ จะต้องมีการดำเนินไปอย่าง สมดุลให้ความสำคัญกับทุกส่วนตามช่วงระยะ หรือบริบทของชุมชนแนวปฏิบัติที่เกิดขึ้นพร้อมกัน

นั้นความสัมพันธ์ของสามส่วน ย่อมที่จะต้องส่งผลกระทบต่อกันอยู่ตลอดเวลาด้วยความที่ชุมชนปฏิบัติการนั้นมีความเป็นพลวัตร เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว จึงเป็นหลักการพิจารณาเพื่อให้รู้เท่าทันซึ่งความเป็นไปของชุมชนปฏิบัติการด้วย

โมเดลทั้งสามจะสะท้อนให้เห็นแนวทางแห่งการนำไปปฏิบัติว่าควรจะให้ ความสำคัญและดำเนินการในแต่ละโครงสร้างหรือในแต่ละองค์ประกอบอย่างไร อาจเป็นเพียง แนวทางที่เสนอให้เห็นซึ่งทิศทางที่สามารถพิจารณาจากตัวอย่างในการดำเนินการเท่านั้น ซึ่งใน ความเป็นจริงแล้วในแต่ละชุมชนอาจมีแนวทางในการปฏิบัติที่ปลีกย่อยและแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่ กับบริบทและความคิดร่วมกันที่ชุมชนปฏิบัติการในแต่ละแห่งได้เพาะบ่ม หรือสร้างสรรค์ขึ้นมา

นอกจากนี้ในการใช้โมเดลปฏิบัติในการวิจัย อาจสามารถช่วยในการพิจารณา ลักษณะการเกิดขึ้นของชุมชน ความมีวิวัฒนาการ ว่ามีปัจจัยหรือองค์ประกอบใด ที่ก่อให้เกิด ชุมชนแนวปฏิบัติ พร้อมกันนั้นด้วยเหตุที่ชุมชนแนวปฏิบัติเกิดขึ้นด้วยกลุ่มคนที่เป็นสมาชิกของ ชุมชนจึงต้องให้ความสำคัญกับการมองการปฏิบัติของสมาชิกเองว่าจะใช้หลักการใด ในการสร้าง ความเป็นกลไกของชุมชน หรือองค์กรเอง

เมื่อทำความเข้าใจในพื้นฐานแล้ว ในการมองวิวัฒนาการ การดำเนินไปของชุมชน แนวปฏิบัติ สิ่งหนึ่งที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญคือ เมื่อเกิดการก่อตัวของชุมชนขึ้นมาแล้ว ชุมชนและ สมาชิกจะสามารถประคับประคองร่วมมือกันบำรุง ขับเคลื่อนชุมชนแนวปฏิบัติได้อย่างไร ซึ่งอาจ ใช้หลักในการดูแลชุมชนแนวปฏิบัติเข้ามาประยุกต์ใช้กับชุมชน

การใช้หลักการดูแลชุมชนแนวปฏิบัติถือเป็นแนวทางในการพิจารณาว่าชุมชนที่ทำการวิจัยได้ปฏิบัติการในการดำเนินการขับเคลื่อนชุมชนร่วมกันอย่างไร ใช้หลักอะไรในการรักษา ความเป็นชุมชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและทำอย่างไร เมื่อใช้หลักการดูแลทำนุบำรุงเหล่านี้แล้ว ความเป็นชุมชนแนวปฏิบัติจะสามารถดำเนินไปได้ดีเพียงใด ส่งผลกระทบต่ออย่างไรแก่ทั้งสมาชิกใน ชุมชน องค์กร และสังคมโดยรวมอย่างไร เป็นต้น

หลักในการดูแลชุมชนปฏิบัติการเป็นแนวทางที่พิจารณาได้ 7 ประการดังนี้

1. การออกแบบเพื่อให้เกิดวิวัฒนาการ

การออกแบบชุมชนเป็นการทำให้เกิดวิวัฒนาการ มากกว่าการสร้างใหม่ตั้งแต่ เริ่มต้นการออกแบบชุมชน คล้ายกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life-Long Learning) มากกว่าเป็นการ ออกแบบของค์กรแบบดั้งเดิม ชุมชนที่มีชีวิตชีวาจะสะท้อนให้เห็นตัวเองและการปรับเปลี่ยน องค์กรตราบเท่าที่ยังดำรงอยู่ ซึ่งมีองค์ประกอบเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่มาเกี่ยวข้อง เมื่อเทียบกับ โครงสร้างองค์กรดั้งเดิม กุญแจของการออกแบบเพื่อให้เกิดวิวัฒนาการคือ การผสมผสาน องค์ประกอบต่างๆ ของการออกแบบ ด้วยรูปแบบที่ช่วยเร่งการพัฒนาชุมชนให้รวดเร็วขึ้น

โครงสร้างทางกายภาพเช่นถนนหรือสวนสาธารณะสามารถเร่งการพัฒนาเมือง ดังนั้นโครงสร้างทางสังคมและองค์การไม่ว่าจะเป็นผู้ประสานงานของชุมชน หรือการประชุมแก้ไขปัญหา ย่อมสามารถเร่งวิวัฒนาการของชุมชนได้เช่นกัน แต่องค์ประกอบใดในการออกแบบจะเหมาะสมที่สุดนั้นขึ้นอยู่กับช่วงระยะของพัฒนาการ สภาพแวดล้อมความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิก รวมทั้งประเภทความรู้ที่แลกเปลี่ยนกัน อย่างไรก็ตามวิวัฒนาการนั้นเป็นสิ่งปกติสำหรับชุมชนทุกแห่งและบทบาทหลักของการออกแบบคือการเร่งวิวัฒนาการดังกล่าวให้รวดเร็วยิ่งขึ้น (พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, ผู้แปล, 2547: 50-51)

การออกแบบเพื่อให้เกิดวิวัฒนาการในที่นี้จึงอาจเป็นการมองชุมชนที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน โดยพิจารณาจากองค์ประกอบรวมเข้าไว้ด้วยกัน โดยเบื้องต้นเพื่อให้เกิดวิวัฒนาการนั้น ต้องอาศัยระยะเวลาในการปฏิบัติงานโดยคำนึงถึง การเอื้อให้เกิดผลที่รวดเร็วมั่นคง ยั่งยืน และพัฒนาชุมชนของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เหล่านี้มาจากปัจจัย หรือบริบทที่เอื้อให้เกิดวิวัฒนาการไปในทางแห่งการพัฒนาอย่างไร เป็นต้น

1. การเปิดการสนทนาคด้วยมุมมองจากทั้งภายในและภายนอก

การออกแบบชุมชนที่มีประสิทธิผลนั้นเกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่สะสมร่วมกันของสมาชิกในชุมชน ดังนั้นจึงมีเพียงคนในเท่านั้นที่มองเห็นประเด็นที่เป็นแก่นของโดเมน แต่บ่อยครั้งที่มุมมองจากภายนอกกลับเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกมองเห็นความเป็นไปได้เหล่านี้ ทั้งนี้เพราะชุมชนที่จัดตั้งอย่างจริงจังนับเป็นสิ่งที่ใหม่สำหรับองค์การเกือบทุกแห่ง ดังนั้นสมาชิกจึงพบกับความยากลำบากในการสร้างจินตนาการว่า ชุมชนที่พัฒนาแล้วจะปรับปรุงขึ้นจากความสัมพันธ์ส่วนตัวในปัจจุบันได้อย่างไร ดังนั้นการออกแบบชุมชนที่ดีจึงควรนำข่าวสารจากภายนอกชุมชนเข้าสู่การสนทนาภายในชุมชนเกี่ยวกับสิ่งที่ชุมชนสามารถทำได้บางครั้งเป็นการให้การศึกษาแก่สมาชิกชุมชนเกี่ยวกับบทบาทของชุมชนในองค์การอื่นๆ หรืออาจหมายถึงการนำ “คนนอก” เข้ามาพูดคุยกับผู้นำของชุมชนและสมาชิกแกนหลักขณะออกแบบชุมชน การสนทนาเช่นนี้จะทำให้คนที่เข้าใจประเด็นชุมชนและมีบทบาทในชุมชนสามารถเห็นความเป็นไปได้และแสดงบทบาทของผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, ผู้แปล, 2547: 51-52)

สำหรับหลักการในข้อนี้ชี้ให้เห็นในลักษณะของการมองชุมชนปฏิบัติการในการเป็นระบบเปิด กล่าวคือ การจะเป็นชุมชนปฏิบัติการได้นั้นมุมมองที่หลากหลายและเป็นประโยชน์จะเอื้อให้เกิดการคิดและสร้างสรรค์แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มุมมองทั้งจากภายนอกและภายในจะทำให้องค์ความรู้และการพัฒนาการเรียนรู้เป็นไปได้อย่างกว้างไกล รู้เท่าทันสิ่งที่เกิดขึ้นจากบริบททางสังคมอันหลากหลายและเป็นพลวัต

1. การเชื่อเชิญให้เข้าร่วมในระดับที่ต่างกัน

ชุมชนแนวปฏิบัติจะมีผู้ที่เข้าร่วมชุมชนในระดับที่หลากหลาย เพราะมนุษย์เรามีระดับความสนใจในชุมชนที่แตกต่างกัน สิ่งที่เราคาดหวังว่าจะให้ทุกคนเข้าร่วมชุมชนอย่างเท่าเทียม จึงไม่ได้สะท้อนถึงความเป็นจริง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเราสามารถพบระดับการมีส่วนร่วมในชุมชน 3 ระดับ ด้วยกัน

1.1 กลุ่มแกนหลัก (Core Groups) ซึ่งเป็นผู้ที่เข้าร่วมในการพูดคุยอย่างระตือหรือร้อน หรือแม้กระทั่งโต้เถียงกัน ในเวทีสาธารณะของชุมชน พวกเขาจะเข้าร่วมในการโครงการของชุมชน กำหนดหัวข้อที่ชุมชนควรมุ่งเน้น และขับเคลื่อนชุมชนไปตามวาระการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ กลุ่มนี้จัดได้ว่าเป็นหัวใจของชุมชน เมื่อชุมชนเติบโตขึ้นกลุ่มแกนหลักจะรับผิดชอบต่อบทบาทผู้นำในชุมชนเกือบทั้งหมด และสมาชิกในกลุ่มนี้อาจกลายเป็นผู้ประสานงานชุมชน อย่างไรก็ตามกลุ่มนี้มักจะมีขนาดค่อนข้างเล็ก เพียงแค่ 10-15 เปอร์เซ็นต์ของประชากรในชุมชนทั้งหมด ส่วนในระดับถัดไปที่อยู่นอกกลุ่มแกนหลักคือ กลุ่มประจำ

1.2 กลุ่มประจำ (Active Groups) สมาชิกกลุ่มนี้เข้าร่วมประชุมเป็นประจำและมีส่วนร่วมค่อนข้างบ่อยในเวทีชุมชน แต่ในระดับที่ต่างจากกลุ่มแกนหลัก กลุ่มประจำมีขนาดค่อนข้างเล็กเพียง 15-20 เปอร์เซ็นต์

1.3 กลุ่มเปลือกนอก (Peripheral) เป็นสมาชิกชุมชนกลุ่มใหญ่ที่สุด ซึ่งแทบไม่ได้เข้าร่วมในชุมชนเลย ในทางตรงกันข้าม พวกเขาจะอยู่ที่รอบนอกคอยดูการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกแกนหลักและสมาชิกประจำ บางคนถึงกับซ่อนตัวอยู่ภายนอก เพราะรู้สึกว่าการที่พวกเขาคอยสังเกตนั้น เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมสำหรับชุมชนโดยรวมหรือรู้สึกว่าพวกเขาไม่มีสิทธิ์ทำเช่นนั้น ในขณะที่บางคนไม่มีเวลาสำหรับการเข้าร่วมอย่างจริงจังจึงเราคงไม่สนับสนุนให้เกิดการเข้าร่วมเพียงชั่วคราวเช่นนี้ แต่สำหรับชุมชนในแนวปฏิบัติแล้ว กิจกรรมจากเปลือกนอกเช่นนี้เป็นมิติที่สำคัญยิ่ง กล่าวคือ พวกเขาเรียนรู้ด้วยตนเองจากการพูดคุยที่เกิดขึ้นและนำความรู้ไปปฏิบัติ ทำให้พวกเขาได้เรียนรู้มีใช้น้อย

และในระดับสุดท้ายนอกเหนือจากที่กล่าวมาคือ คนนอกชุมชนผู้ซึ่งไม่ได้เป็นสมาชิก แต่มีความสนใจในชุมชน คนเหล่านี้ได้แก่ ลูกค้า ผู้ส่งมอบชิ้นส่วนให้แก่บริษัท (Suppliers) และ “เพื่อนบ้านทางปัญญา” (Intellectual Neighbors) สมาชิกชุมชนอาจเคลื่อนย้ายไปตามระดับทั้งสามนี้ แม้แต่คนภายนอกก็สามารถที่จะมาเข้าร่วมในชุมชนได้ (พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, 2547: 52-55)

ชุมชนปฏิบัติการเปิดกว้างสำหรับสมาชิกที่เข้าร่วมในหลายระดับ ทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วม แม้จะเป็นเพียงในระดับที่ไม่มากนักล้วนได้รับผลประโยชน์จากการสร้างความเป็น

ชุมชน ในหลักการนี้จึงมองภาพที่สามารถขยาย หรือแตกความรู้ในแนวทางของการปฏิบัติออกไปให้กว้างไกล ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกหลักหรือผู้สังเกตการณ์อยู่นอกล้วนมีส่วนสำคัญในการแลกเปลี่ยนความรู้ทั้งสิ้น การมองว่าสมาชิกทุกคนที่เกี่ยวข้องล้วนสำคัญนี้ เป็นส่วนดีข้อหนึ่งของชุมชนปฏิบัติการในการสร้างองค์ความรู้ อีกทั้งยังเป็นการเล็งดูชุมชนให้เจริญงอกงามมากขึ้นด้วย

2. การเสริมสร้างให้เกิดพื้นที่สาธารณะและพื้นที่ส่วนตัว

ทั้งมิติสาธารณะและมิติส่วนตัวภายในชุมชนนั้นมีความสัมพันธ์ต่อกันเมื่อความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างหมู่สมาชิกที่มีความแข็งแกร่ง งานที่จัดขึ้นจึงมีความหมายมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่เข้าร่วมงานรู้จักกันเป็นอย่างดี พวกเขาขอมมาจากงานของชุมชนด้วยวาระหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการทำงานย่อยให้เสร็จสิ้น การขอบคุณบางคนสำหรับแนวคิดที่ได้รับหรือการพบกับบางคนเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา ซึ่งงานที่ดีของชุมชนจะเผื่อเวลาให้ผู้คนได้สร้างเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการด้วย โดยงานสาธารณะที่ผ่านการเตรียมการมาเป็นอย่างดีจะเต็มไปด้วยชีวิตชีวา ขอมช่วยส่งเสริมการเชื่อมโยงแบบตัวต่อตัว ญุญแจสำคัญในการออกแบบพื้นที่ชุมชนก็คือ การนำกิจกรรมทั้งในพื้นที่สาธารณะและพื้นที่ส่วนตัวที่สร้างขึ้นจากจุดแข็งความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมาทำให้งานที่จัดโดยชุมชนมีความหมายมากขึ้น และในทางกลับกันก็ใช้งานชุมชนเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, 2547: 55-56)

การเสริมสร้างพื้นที่สาธารณะและพื้นที่ส่วนตัวนี้ อาจมองได้ในลักษณะของการสร้างแนวร่วมและเครือข่ายที่หลากหลาย ผ่านการทำงานร่วมกันในเวทีต่างๆแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่มากขึ้น กว้างขึ้น การใช้กิจกรรมต่าง ๆ เข้ามารวมตัว รู้จัก และเสริมสร้างชุมชนแนวปฏิบัติพร้อมกันไป

3. การมุ่งเน้นคุณค่า

คุณค่า เป็นญุญแจดอกสำคัญที่กุมชะตาชีวิตของชุมชน ทั้งนี้เพราะการเข้าร่วมในชุมชน เกือบทุกแห่งนั้นเกิดจากความสมัครใจ แต่คุณค่าของชุมชนยังคลุมเครือในระยะเริ่มต้นแต่เมื่อชุมชนเติบโตขึ้น การพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นระบบ และสามารถเข้าถึงได้โดยง่ายกลับมีความสำคัญมากขึ้น ซึ่งแทนที่จะพยายามกำหนดความคาดหวังเกี่ยวกับคุณค่าไว้ล่วงหน้า ชุมชนจำเป็นต้องจัดงาน กิจกรรม และสร้างความสัมพันธ์ เพื่อช่วยให้เกิดคุณค่าที่มีศักยภาพ และช่วยให้ชุมชนค้นพบหนทางใหม่ที่จะเก็บเกี่ยวคุณค่าเหล่านี้

กิจกรรมที่มีคุณค่าต่อชุมชนหลายอย่างเป็นการปฏิสัมพันธ์ธรรมดาในชีวิตประจำวันไม่จำเป็นที่จะเป็นการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแก้ไขปัญหา หรือการแลกเปลี่ยนข้อมูลตัวต่อตัวเกี่ยวกับเครื่องมือ แนวทางการดำเนินงานหรือหลักฐานข้อมูล อย่างไรก็ตาม คุณค่าที่แท้จริงของการแลกเปลี่ยนเช่นนี้ อาจไม่ชัดเจนทันที เมื่อเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ คนผู้นั้น

มักไม่รู้สึกละสิ่งนั้นมีประโยชน์ต่อผู้อื่นอย่างไร จนกระทั่งผู้ที่นำไปใช้ได้รายงานมาว่า แนวคิดนั้นถูกนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างไร ผลกระทบจากการประยุกต์ใช้แนวคิดใดๆ อาจกินระยะเวลานานนับเดือนกว่าจะเห็นผล ดังนั้นการติดตามผลกระทบของการแลกเปลี่ยนแนวคิดอาจต้องใช้เวลาและความใส่ใจ ซึ่งแท้จริงแล้วองค์ประกอบสำคัญในการออกแบบเพื่อคุณค่านั้นคือ การส่งเสริมให้สมาชิกเปิดเผยคุณค่าของชุมชนที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตของชุมชน (พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, 2547: 56-58)

การให้เกิดซึ่งคุณค่าในชุมชนปฏิบัติการ จะเป็นผลระยะยาวที่ยั่งยืน แต่ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะสามารถทำให้เกิดขึ้นมาได้ สำเนียงร่วมของสมาชิกจึงมีความจำเป็น กิจกรรมต่างๆ ของชุมชนที่เกิดขึ้น จึงต้องแทรกไว้ซึ่งการให้ตระหนักเห็นถึงคุณค่าของความเป็นชุมชนให้มากที่สุด มีระบบการจัดการที่ดีให้สมาชิกชุมชนเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ นอกจากนี้สมาชิกที่สามารถเข้าใจในระบบคุณค่าก็จะสามารถเป็นส่วนสำคัญให้ชุมชนโดยรวมสามารถพัฒนาสำเนียงร่วม อันทำให้เห็นถึงคุณค่าของสิ่งที่ได้ปฏิบัติในที่สุด

4. การผสมผสานเหตุการณ์ที่คุ้นเคยและความตื่นเต็น

ชุมชนที่มีชีวิตชีวาจะผสมผสานเหตุการณ์ที่คุ้นเคยและเหตุการณ์ที่น่าตื่นเต็น เพื่อให้สมาชิกสามารถพัฒนาความสัมพันธ์ที่จำเป็นต่อการเชื่อมโยงกัน รวมถึงเพื่อสร้างความตื่นเต็นที่จำเป็นต่อการเข้าร่วมอย่างเต็มตัว ในขณะที่กิจกรรมประจำวันช่วยให้เกิดสภาวะอยู่ตัวสำหรับการเชื่อมโยงเพื่อสร้างความสัมพันธ์ ส่วนเหตุการณ์ที่น่าตื่นเต็นจะช่วยให้รู้สึกถึงการผจญภัย (พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, 2547: 58-59)

การผสมผสานระหว่างความคุ้นเคยและความตื่นเต็นดังกล่าวนี้ เป็นศิลปะของการสร้างชีวิตชีวา และเสน่ห์ของการเข้าร่วมชุมชน ด้วยเหตุที่หากการร่วมมือกันทำงานที่ซ้ำซากจำเจ ย่อมทำให้การปฏิบัติงานไม่น่าสนใจ อย่างไรก็ตามการมองลักษณะของความคุ้นเคยอาจสื่อออกมาในรูปแบบของสิ่งที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ อันมีความจำเป็นเพื่อให้ชุมชนดำเนินไปได้ แต่จะเสริมหรือสอดแทรกเข้าไปซึ่งกิจกรรมที่แปลกใหม่น่าสนใจ น่าค้นหา เพื่อให้เกิดการเติบโตของชุมชนปฏิบัติเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

5. การสร้างจังหวะชีวิต หรือจังหวะของเมืองที่แต่ละช่วงเวลาจะมีงานหรือกิจกรรมต่างๆ ซึ่งชุมชนแนวปฏิบัติที่เปี่ยมด้วยพลังก็มีจังหวะของตนเช่นกัน หัวใจของชุมชนคือสายใยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในหมู่สมาชิก แต่การปฏิสัมพันธ์จะเร็วหรือช้าเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับจังหวะของเหตุการณ์ในชุมชน การประชุมแบบปกติ การประชุมทางโทรศัพท์ กิจกรรมทางเว็บไซต์ และอาหารกลางวันแบบไม่เป็นทางการ จะขึ้นและลงตามจังหวะหัวใจของชุมชนเมื่อหัวใจเต้นแรงและได้จังหวะชุมชนย่อมมีความรู้สึกถึงการเคลื่อนไหวและความมีชีวิตชีวา แต่ถ้าจังหวะหัวใจเต้นแรงเกินไปชุมชนย่อมรู้สึกเหนื่อยล้า ผู้คนพากันไม่เข้าร่วมเพราะรู้สึกว่ามันมากเกินไป แต่ถ้า

จังหวะหัวใจแผ่วเบาเกินไป ชุมชนจะรู้สึกได้ถึงความเฉื่อยชา ทั้งนี้ไม่มีจังหวะการเต้นที่ถูกต้องเสมอสำหรับทุกชุมชนและจังหวะเหล่านี้ก็มักเปลี่ยนไป เมื่อชุมชนเริ่มมีวิวัฒนาการ แต่การค้นหาจังหวะที่เหมาะสมในแต่ละช่วงนั้นนับเป็นกุญแจดอกสำคัญไปสู่การพัฒนาของชุมชน (พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, 2547: 59-61)

ลักษณะของการสร้างจังหวะชีวิตแก่ชุมชน ในที่นี้อาจพิจารณาได้ว่า เหตุการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น ควรมีความสม่ำเสมอ ไม่ขาดหายหรือขาดช่วงจนไม่สามารถติดตามสิ่งที่เกิดขึ้นได้ พร้อมกันนั้นระยะห่างที่จังหวะต่างๆ เหล่านี้ ได้เกิดขึ้น ตัวของชุมชนปฏิบัติการจะเป็นผู้กำหนดขึ้นมาเองอย่างเหมาะสม ตามสภาพแวดล้อมและบริบทในแต่ละชุมชน ซึ่งในระยะแรกๆ อาจต้องค่อยๆ เรียนรู้ ลองผิดลองถูกไปพร้อมๆ กัน จึงจะสามารถสร้างจังหวะที่เหมาะสมสำหรับชุมชนตนเองขึ้นมาได้

อย่างไรก็ดี จากหลักการเลี้ยงดูชุมชนปฏิบัติการทั้งหมดจะต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนร่วมกันประยุกต์ใช้ และปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม ให้ชุมชนสามารถดำรงอยู่ได้ ตลอดถึงการงอกงามมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ในมิติของชุมชนแนวปฏิบัติ การดำเนินไปในขอบเขตของชุมชน ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้ ผลผลิตสำคัญที่ได้จากชุมชน คือการเรียนรู้อันเกิดขึ้นจากสมาชิกของชุมชน ผู้วิจัยจึงได้มองชุมชนแนวปฏิบัติในลักษณะของ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) เพื่อให้เข้าใจในการสร้างสรรค์ซึ่งความรู้ที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือองค์กรในตนเองเดียวกัน

องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

ในการศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชนภาคเหนือ นั้นมีความสัมพันธ์กับแนวคิดเรื่อง องค์กรแห่งการเรียนรู้ ความเป็นชุมชนที่มีความต้องการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพนั้น ให้ความสำคัญกับ องค์ความรู้และการใช้ความรู้ อย่างไรก็ตาม ทั้งสองส่วนก็มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกันบ้าง

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ (2547: 12) ได้กล่าวถึงองค์กรแห่งการเรียนรู้ไว้ คือ เป็นองค์กรที่บุคคลภายในองค์กรได้ขยายความสามารถของตนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่บุคคลในระดับต่างๆ ต้องการอย่างแท้จริง และเป็นองค์กรที่มีความคิดใหม่ๆ มีการแลกเปลี่ยนของความคิด ได้รับการยอมรับเอาใจใส่ และเป็นองค์กรที่บุคคลในองค์กรมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในเรื่องวิธีการที่จะเรียนรู้ไปด้วยกันทั้งองค์กร

องค์กรแห่งการเรียนรู้แสดงให้เห็นถึง ความเชื่อมโยงต่างๆ ในลักษณะของการทำงาน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความรู้ ทั้งภายในและภายนอกองค์กรอาจเป็น

การเรียนรู้ด้วยตนเอง จากเพื่อนร่วมงาน หรือจากต่างองค์กร รวมทั้งการนำความรู้จากเอกสารและผู้เชี่ยวชาญมาผสมผสาน สิ่งเหล่านี้นำมาสู่การทดสอบอย่างสม่ำเสมอ พร้อมๆกับการขยายความสามารถของคนและองค์กรควบคู่กันไป ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่นวัตกรรมและศักยภาพที่มีมากขึ้น จากนั้นจึงแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นสู่การปฏิบัติจริง เพื่อสนองต่อการปรับปรุงพฤติกรรมขององค์กร สมาชิกในองค์กร และเพื่อรับมือกับงานในอนาคตที่ยากสำหรับการคาดการณ์ ให้สมาชิกในองค์กรเข้าใจว่าจะเรียนรู้อย่างไร จนเกิดเป็นวัฒนธรรมของการเรียนรู้ในองค์กร โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นจะถูกกำกับอยู่ภายใต้ สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงและความรู้ที่เป็นพลวัต ทำให้องค์กรจะต้องมีการปรับตัวเสมอ และที่สำคัญคือการอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม กระบวนการเรียนรู้ที่มีอย่างต่อเนื่อง มีการเปิดกว้าง สร้างสรรค์น่าเชื่อถือ พร้อมกับพื้นฐานทางความต้องการที่เป็นความต้องการอย่างแท้จริงของสมาชิก และองค์กร ความต้องการที่ปราศจากการครอบงำสมาชิกทุกคนสามารถที่จะเข้าถึงได้ รวมถึงอาจมีแรงสนับสนุนจากบรรยากาศแห่งการเรียนรู้การแลกเปลี่ยนข่าวสาร และเทคโนโลยี เป็นต้น ซึ่งสำหรับงานพัฒนาชุมชนแล้ว องค์กร ที่มีกระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นภายในชุมชนอยู่ตลอดเวลาแน่นอน

การทำความเข้าใจในนิยามความหมายขององค์กรแห่งการเรียนรู้ สามารถบ่งชี้ได้ว่า องค์กรแห่งการเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นในชุมชนแนวปฏิบัติได้ มีแนวความคิดที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ ผ่านสัมพันธภาพของบุคคลภายในองค์กรหรือชุมชนเอง มีการแบ่งปัน (Sharing) แลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาในลักษณะของการเกิดขึ้นที่ซ้อนทับกันอยู่ขององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่เกิดภายใต้ชุมชนแนวปฏิบัติอันสามารถช่วยในการมองลักษณะของการเรียนรู้ในชุมชนแนวปฏิบัติให้มีความชัดเจน และมีแง่มุมที่มากยิ่งขึ้น ซึ่งจำเป็นที่จะต้องอาศัยการพิจารณาแนวคิดขององค์กรแห่งการเรียนรู้ให้ลึกยิ่งขึ้น ซึ่งอาจทำความเข้าใจในส่วนขององค์ประกอบพื้นฐานเป็นลำดับดังนี้

องค์ประกอบที่นำมาพิจารณาคอนข้างที่จะอธิบายได้ครอบคลุมทั้งองค์กรภายใต้กรอบคิดของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และชุมชนแนวปฏิบัติ การทำความเข้าใจองค์ประกอบขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของผู้วิจัยจะช่วยให้สามารถแยกการวิเคราะห์ในแต่ละองค์ประกอบว่าสนับสนุนให้เกิดความรู้ การเรียนรู้ และส่งเสริมความเป็นชุมชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพในส่วนใหญ่หรือส่วนใดบ้าง อย่างไรก็ดี การแยกให้เห็นซึ่งองค์ประกอบตามที่เสนอมานั้น ไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานการคิดแบบแยกส่วน แต่เป็นเพียงสิ่งที่ทำให้เกิดการศึกษาสามารถทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นเท่านั้น การมององค์ประกอบต้องอาศัย การพิจารณาในแต่ละส่วนที่ทำให้ความสัมพันธ์กับความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันด้วย

เมื่อทราบถึงองค์ประกอบของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้แล้ว จำเป็นที่ต้องทำความเข้าใจเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่จะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นมา ซึ่งแท้จริงแล้วการศึกษากระบวนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพในชุมชนกระบวนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพในชุมชนบ้านแม่ฮักพัฒนา เป็นการศึกษาที่ต้องอาศัยวิวัฒนาการ การก่อเกิด ปัจจัยที่ทำให้เกิดเหล่านี้ จึงมีความจำเป็นในการทำความเข้าใจเรื่องดังกล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การจะทำให้เกิดขึ้นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในชุมชนที่มีแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพนั้น อาจมองได้ในลักษณะของการสร้างจากจุดเล็กๆ สร้างคน แล้วก่อร่างเป็นกลุ่มความสัมพันธ์ของคนให้ตระหนักถึงการสร้างสรรค์ความรู้ต่างๆ ในการพัฒนาองค์กรและชุมชนพร้อมกันนั้นจึงร่วมสร้างกิจกรรม กลยุทธ์และแผนงานร่วมกัน โดยมีกรอบความคิดในการทำงานที่ได้จากการตกลงไว้ในเบื้องต้นซึ่งอาจชี้บ่งหรือทำความเข้าใจจากองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้นพร้อมกันนั้นจึงสร้างหรือจัดสิ่งแวดล้อม ระบบต่างๆ ในสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน อาจเป็นการปรับปรุงสิ่งที่มีอยู่ หรือสร้างขึ้นมาใหม่ พร้อมกับการปรับตัวในระบบสังคมที่เป็นอยู่ในโลกปัจจุบัน เพื่อให้รู้เท่าทัน ระหว่างการดำเนินไปขององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชนดังกล่าว

กระบวนการเรียนรู้ (Learning Process)

ในการทำความเข้าใจในเรื่องกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการความรู้ ตามลักษณะของชุมชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพนั้น สิ่งสำคัญพื้นฐานที่เกิดขึ้นหมุนเวียน ซ้ำแล้วซ้ำเล่าตลอดการดำรงอยู่ของชุมชน คือ การเรียนรู้ โดยการเรียนรู้จะสามารถเข้าใจได้ว่าเป็นกระบวนการทำความเข้าใจและสามารถที่จะนำไปปฏิบัติได้ อันเกิดจากการแบ่งปัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกฝนประสบการณ์ร่วมกันของกลุ่มคน เครือข่ายที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคคลและชุมชนในการเพิ่มสมรรถภาพขีดความสามารถในการคิดและการปฏิบัติที่ดีขึ้น โดยที่การทำความเข้าใจเรื่องกระบวนการเรียนรู้นี้ หลายแง่มุมได้เน้นความสำคัญในแต่ละจุดปลีกย่อยไปบ้างก็เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

บ้างก็มุ่งเน้นในลักษณะของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่ง เอกวิทย์ ฌ กลาง (2540: 46) กล่าวถึงการเรียนรู้ว่า เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ระหว่างกลุ่มคนที่แตกต่างกัน ทั้งในทางชาติพันธุ์ ถิ่นฐาน การทำมาหากิน รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนกับคนต่างวัฒนธรรมทำให้กระบวนการเรียนรู้ขยายตัว มีความคิดใหม่ วิธีการใหม่ เข้ามาผสมผสานกลมกลืนกันบ้าง ขัดแย้งกันบ้าง แต่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลายและกว้างขวางทั้งในด้านสาระ รูปแบบ และวิธีการ กระบวนการเรียนรู้ของคนในสังคมจึงมีพลวัตวิวัฒนาการที่มากกว่าเดิม ส่วนหนึ่งไปกับกระแสเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสารอันทันสมัย ส่วนหนึ่งไปกับโลกกายภาพหรือ

ธรรมชาติแวดล้อม และอีกส่วนหนึ่งมุ่งไปทางจิตวิญญาณขณะเดียวกันก็มีเครือข่ายของการขยายตัวของการเรียนรู้ที่กว้างขวางและหลากหลาย อย่างไรก็ตามลักษณะการสรุปความหมายของการเรียนรู้นั้น เห็นได้ถึงลักษณะของการเป็นกระบวนการที่จะต้องมีการคิดและปฏิบัติจริงควบคู่กันไป เพื่อให้ได้มาซึ่งทักษะ และความรู้ใหม่ๆ ในการปฏิบัติงานมีการเกิดขึ้นโดยต้องใช้ระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ก็ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนตลอดเวลา มีการสร้างความร่วมมือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อันก่อให้เกิดองค์ความรู้ภายใต้ความเป็นเครือข่ายของชุมชนนั่นเอง

พร้อมกันนั้น การทำความเข้าใจในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อที่จะสามารถบ่งชี้ได้ว่า ชุมชนที่ทำการวิจัยนั้นเกิดกระบวนการเรียนรู้ขึ้นมากน้อยเพียงใด อาจพิจารณาจากลักษณะสำคัญที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งจากที่ ลีลาภรณ์ นาครทรรพ (2539: 61-63) ได้กล่าวถึงหลักสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ คือ กระบวนการเรียนรู้เกิดจากกระบวนการกลุ่มในการร่วมปฏิสัมพันธ์ การเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง การเรียนรู้เพื่อพยายามที่จะแก้ไขปัญหา และท้ายที่สุดคือ การเรียนรู้และการทำงานร่วมกันลักษณะที่เป็นเครือข่าย เครือข่ายเป็นลักษณะของความสัมพันธ์ในแนวราบมากกว่าแนวตั้ง ความเชื่อมโยงระหว่างคนที่เข้ามาสัมพันธ์กันเป็นเครือข่ายนี้คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของกันและกันและการแลกเปลี่ยนความคิดระหว่างกันมีการช่วยเหลือกัน มีการติดต่อสื่อสารถึงกัน แต่ไม่มีการบังคับบัญชา สั่งการ ไม่มีโครงสร้างอำนาจจตุรร่วมของคนหรือชุมชนที่เข้ามาเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย ได้แก่ การมีแนวคิดคล้ายกัน มีความสนใจหรือทำงานในเรื่องประเภทเดียวกัน โดยนัยนี้เครือข่ายในแต่ละชุมชนก็คือ กลุ่มคนที่เข้ามาร่วมกันเรียนรู้และทำงานโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน

จากแนวคิดเรื่องการจัดการความรู้และกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการความรู้ อาจกล่าวได้ว่า ลักษณะสำคัญของการเรียนรู้เกิดจากการปฏิบัติ และปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มคนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะของกระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง การเรียนรู้จากปัญหาในชีวิตจริงและเป็นการเรียนรู้เพื่อพยายามแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมถึงการเรียนรู้และการทำงานร่วมกัน ชุมชนจะต้องมีการคิดและปฏิบัติจริงควบคู่กันไป เพื่อให้ได้มาซึ่งทักษะ และความรู้ใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน มีการเกิดขึ้นโดยต้องใช้ระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการเป็นชุมชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพก็ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ภายในชุมชนอยู่ตลอดเวลา มีการสร้างความร่วมมือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อันก่อให้เกิดองค์ความรู้ภายใต้ความเป็นเครือข่ายของชุมชนนั่นเอง (เอกวิทย์ ฌ กลาง, 2540: 46)

การศึกษาเรื่องแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพชุมชนในเขตภาคเหนือครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาและวิเคราะห์ชุมชนแห่งการเรียนรู้เพื่อมุ่งชี้ให้เห็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้

ชุมชนเกิดการดำเนินงานการส่งเสริม ป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชน เพื่อศึกษา แนวทางการดำเนินงานและนำเสนอแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชนเขต ภาคเหนือต่อไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้

การเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ เพราะการเรียนรู้ จะช่วยให้มนุษย์ดำรงอยู่ใน สังคมได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงไปตามที่เราได้เรียนรู้มา ดังที่มีผู้ที่กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้คือ “กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันเนื่องมาจากประสบการณ์ หรือมาจากการฝึกหัด ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจะเป็นพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร” (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2542: 77) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura) ที่กล่าวไว้ว่า “มนุษย์มีความสัมพันธ์กับสรรพสิ่งต่างๆ ที่เป็นเหตุเป็นผล ซึ่งมนุษย์จะเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง และมีผลต่อความเชื่อ รวมทั้งมีผลต่อการควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ด้วย” จากที่กล่าวมาจึงสรุป ได้ว่าการเรียนรู้คือกระบวนการของการที่บุคคลพยายามปรับพฤติกรรมของตน เพื่อให้เข้ากับ สภาพแวดล้อม ตามสถานการณ์ต่างๆ จนสามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่แต่ละบุคคลได้ตั้งเอาไว้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น เกิดเนื่องมาจากการฝึกหัด และประสบการณ์การเรียนรู้

เนื่องจากการเรียนรู้มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ในการดำรงชีวิตในสังคม ดังนั้นจึง ควรมีการพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการส่งเสริมวิถีคิด และกระบวนการคิดที่เป็นระบบและมีความสร้างสรรค์ ซึ่งมีผู้อธิบายว่า “การเรียนรู้อย่างมีความหมายจะเกิดขึ้นได้ หากการเรียนรู้สามารถเชื่อมโยงกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มามีมาก่อน” (ออลชูเบล อ้างถึงใน ปารีชาติ วลัยเสถียร: 2543) โดยมียุทธศาสตร์ในการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3.1 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

จากคำกล่าวที่ว่า “การเรียนรู้ที่รู้ขึ้นที่จิตใจ” ดังนั้นการเรียนรู้การสอนที่ไม่ เข้าถึงจิตใจจึงไม่สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพคือ การเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วม โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ จะเป็นการช่วยเตรียมบุคคลให้มีความพร้อมที่จะเผชิญ กับชีวิตจริง เพราะลักษณะของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้ผู้รับผิดชอบต่อการเรียน ของตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติได้ทำกิจกรรมกลุ่ม ได้ฝึกทักษะการเรียนรู้ ทักษะการบริหารจัดการ การเป็นผู้นำ-ผู้ตาม และที่สำคัญเป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับชีวิตจริงมากที่สุด อีกทั้งช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี ฝึกฝนความเป็นประชาธิปไตย ฝึกการช่วยเหลือ

เกือบทุก นอกจากนั้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมยังช่วยลดความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ทุกคนได้รับการยอมรับ ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เกิดความสุขในการอยู่ร่วมกัน (ปาริชาติ วัลย์เสถียร และคณะ, หน้า 188-189)

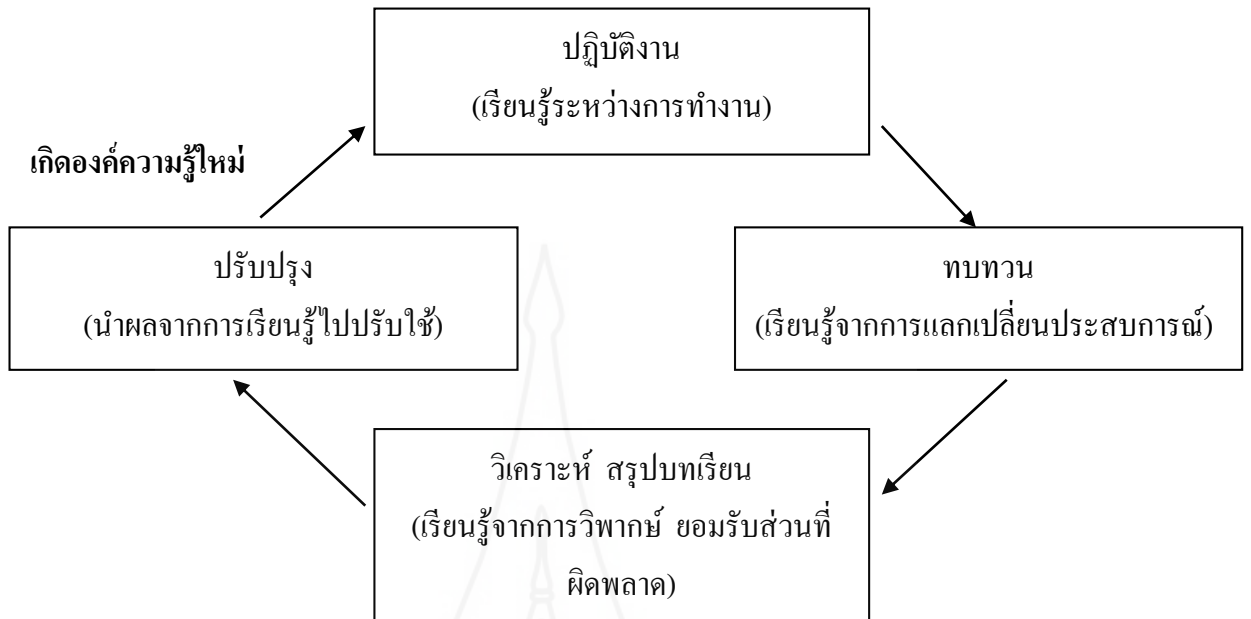
3.2 ลักษณะกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (บัณฑิต อ่อนคำและคณะ, 2544:26-31)

3.2.1 การเรียนรู้ที่จะสร้างจิตสำนึกทางอุดมการณ์ สำนึกของคุณค่า ศักดิ์ศรีของมนุษย์และพลังของการรวมกลุ่มพลังชุมชน

โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีเป้าหมายหลักคือ การสร้างจิตสำนึกในคุณค่า ศักดิ์ศรี สำนึกทางชนชั้น ความตระหนักในสิทธิเสรีภาพ คุณค่าของตนและชุมชน รวมทั้งการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคคล โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะนำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมที่เชื่อมโยง ระดมพลังศักยภาพต่างๆ ที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนสู่เป้าหมายในการพัฒนาที่ยั่งยืน เสมอภาคและเป็นธรรม

3.2.2 การเรียนรู้แบบองค์รวมเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน คือ การมองตามความจริงที่ทุกสิ่งสัมพันธ์กัน เป็นการเรียนรู้ไม่แยกส่วนระหว่างความเป็นชุมชน กับโครงสร้างอำนาจภายนอกชุมชน โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้จำเป็นต้องค้นหาคุณค่าเดิมที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อค้นหาแนวทางหรือกระบวนการปรับตัว การต่อสู้ทางสังคมที่จะสร้างคุณอำนาจให้เกิดความเท่าเทียม

3.2.3 การเรียนรู้ที่ประสานระหว่างการเรียนรู้เชิงประจักษ์ร่วมกับทฤษฎี คือ การเรียนรู้ท่ามกลางการปฏิบัติ การเรียนรู้จากการทำงานจริง ที่ผ่านการลงมือทำด้วยตนเอง มีกระบวนการสรุปบทเรียนจากการปฏิบัตินั้น การบวนการดังกล่าวนี้เอง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สร้างการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การวิเคราะห์ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งส่งผลต่อการเกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ



ภาพที่ 2.1 กระบวนการเรียนรู้แบบสรุปบทเรียน

3.2.4 การเรียนรู้ตรงจากการเห็นของจริงหรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง

เป็นการเรียนรู้ที่ได้พบได้เห็นของจริง จำต้อง สัมผัสได้ หรือได้แลกเปลี่ยนกับผู้มีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง กระบวนการเรียนรู้ตรงจะทำให้ผู้เรียนรู้ได้วิเคราะห์ เลือกและตัดสินใจจากการวิเคราะห์สิ่งที่พบเห็น และประสบการณ์ที่ได้รับร่วมกับประสบการณ์ตรงของตนเอง

3.2.5 ให้ผู้เข้าร่วมการเรียนรู้เป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้

โดยคำนึงถึงพื้นฐาน และประสบการณ์ของผู้ร่วมเรียนรู้เป็นส่วนสำคัญในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการเรียนรู้เป็นผู้ค้นหาข้อมูล ประเมินปัญหา ความต้องการและความจำเป็นของการจัดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้เข้าร่วมควรได้เรียนรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ของกันและกันเป็นหลัก โดยผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ เป็นเพียงผู้จัดหรือผู้เอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ระหว่างกันได้เต็มที่ เพราะธรรมชาติของการเรียนรู้ของคนนั้นต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของการเรียนรู้ และต้องการความมีอิสระในการเรียนรู้มากกว่าฟังฟังผู้อื่น ผลของการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์และการแสดงออกของตนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี

3.2.6 การใช้กระบวนการกลุ่มที่เน้นความร่วมมือและช่วยเหลือกันและกัน

ความร่วมมือจะเสริมการเรียนรู้ และสร้างสำนึกของการมีส่วนร่วมแก่ผู้เข้าร่วมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมยอมรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง กระตุ้นสำนึกในความเชื่อมั่น ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีความพร้อม มีความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็น การเสนอประสบการณ์และศักยภาพของคน และพร้อมที่จะให้โอกาสซึ่งกันและกัน บรรยากาศของการสร้างความร่วมมือกันในลักษณะการทำงานเป็นทีมเพื่อร่วมกันคิด วิเคราะห์แก้ปัญหาที่มีจะช่วยเสริมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เน้นให้เรียนรู้จากการค้นคว้า ชักถามอภิปราย ตรวจสอบ ฝึกปฏิบัติ ทดลองลงมือแก้ปัญหาในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน เน้นที่ความคิดสร้างสรรค์กระบวนการใหม่ๆ ในการค้นหาทางแก้ปัญหาที่เปิดกว้าง

การเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จามตระหนัก และส่งผลต่อเป็นสิ่งสำคัญของการเรียนรู้ที่ประสบผลในการสร้างความตระหนัก และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง การให้ผู้เข้าร่วมได้ดำเนินการวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทดลองฝึกปฏิบัติด้วยตนเองจะเรียนรู้ได้ดีกว่าการให้การบรรยายโดยทั่วไป ผู้เข้าร่วมต้องการที่จะมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ชักถามอภิปราย เพื่อท้าทายโต้ตอบ แลกเปลี่ยนให้เกิดความชัดเจนมากกว่าการรับฟังจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในลักษณะการสื่อสารทางเดียว

3.2.7 เน้นกระบวนการมากกว่าเนื้อหา

โดยไม่กำหนดโครงสร้างของการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบตายตัว เปิดโอกาสให้เรียนรู้ ตามสถานการณ์ เนื้อหาและกระบวนการกำหนดขึ้นมาจากวัตถุประสงค์ที่มาจากความต้องการของผู้เข้าร่วมการเรียนรู้ เน้นที่ความคิดสร้างสรรค์กระบวนการใหม่ๆ ในการค้นหาทางแก้ไขปัญหาที่เปิดไว้กว้างๆ จะไม่มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินตรวจสอบ คือไม่เน้นการตรวจสอบผลของการเรียนรู้ด้านเนื้อหาว่าผิดหรือถูก แต่จะเน้นกระบวนการเรียนรู้ ที่เกิดขึ้นว่า ผู้เข้าร่วมการเรียนรู้ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สามารถแสดงออกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งกันและกันได้อย่างเต็มที่ โดยสามารถใช้ประสบการณ์ต่างๆ ในการวิเคราะห์เรียนรู้

3.2.8 กระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง

โดยมีการวางแผนการจัดการเรียนรู้ที่จะส่งผลในระยะยาว เช่นการพัฒนาแกนนำชุมชนที่เชื่อมโยงไปสู่การจัดการเกษตรในชุมชน ซึ่งควรมีแผนงานในการติดตามสนับสนุนให้แกนนำสามารถดำเนินการจัดทำแผนการจัดการเกษตรในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3.2.9 เน้นการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการ

โดยผู้จัดกระบวนการเรียนรู้และผู้เข้าร่วมมีความเป็นกันเอง บรรยากาศมีความเป็นกันเองจะช่วยสร้างความรู้ที่ไว้นื้อเชื่อใจกัน ใจกว้าง และสร้างให้เกิดความร่วมมือสามัคคี ช่วยเหลือกัน

3.2.10 จัดวางความสัมพันธ์ที่เสมอภาคเท่าเทียมกัน

มีลักษณะที่ไม่ใช่ผู้ให้กับผู้รับ แต่ต่างเรียนรู้กันและกัน เกิดการสื่อสารโต้ตอบ ให้ผู้เข้าร่วมการเรียนรู้เสนอความคิดเห็น และสะท้อนกลับ โดยผู้จัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีบทบาทเป็นผู้เอื้ออำนวย ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมเรียนรู้มีการซักถาม มีการใช้วิจารณญาณของตน

3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้

เห็นได้ว่าการเรียนรู้เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ซึ่งทำให้บุคคลมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาศักยภาพทางด้านต่าง ๆ แต่เนื่องจากแต่ละบุคคล รวมทั้งประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวบุคคล ส่งผลให้แต่ละบุคคลมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน โดยวรรณิ ลิมอักษร ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกันคือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้เรียน เช่น เพศ อายุ ความสนใจและความตั้งใจ ระดับสติปัญญา ทักษะคิด รวมทั้งความรู้หรือประสบการณ์เดิมที่ผู้เรียนมีอยู่ และปัจจัยที่เกี่ยวกับบทเรียนและวิธีเรียน เช่น ความสั้น-ยาว ของบทเรียน ความยากง่าย ทั้งนี้ถ้าผู้เรียนได้มีประสบการณ์โดยตรงในการเรียนรู้ ก็จะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าการอธิบายหรือการบอก รวมทั้งคุณสมบัติของตัวผู้สอนต้องมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวอีกทั้งมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ การเรียนรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ละบุคคลไม่อาจบรรลุได้ในระดับเดียวกัน เพราะมีอุปสรรคมาขัดขวาง คือ มีสภาพร่างกายไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องของอวัยวะรับสัมผัส หรือมีอาการเจ็บป่วย การมีอารมณ์ไม่เหมาะสม เกิดความวิตกกังวล ตื่นเต้นไม่มีสมาธิ มีความบกพร่องของสมองและสติปัญญา หรือแม้กระทั่งสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ เช่น ยากจน ต้องช่วยเหลือบิดามารดาทำงาน บ้านเรือนตั้งอยู่ในแหล่งมั่วสุม

4. แนวคิดการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม

การพัฒนาในอดีตที่ผ่านมา แม้ว่าภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในหลายๆด้าน ส่งผลให้เป็นรูปธรรมหลายประการ แต่ยังมีปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย จากผลของการพัฒนา

ในอดีต เช่น ปัญหาความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปัญหาสังคม และ ปัญหาความยากจน ดังนั้น กระบวนการพัฒนาจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ตลอดจนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาในอดีต โดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในทุกขั้นตอน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา ได้รับการยอมรับและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานพัฒนา กระบวนการของการมีส่วนร่วมมิได้ขึ้นอยู่กับการริเริ่มหรือการวางแผนโดยรัฐ แต่ความสำเร็จนั้นอยู่ที่ประชาชนในชุมชนต้องมามีส่วนร่วมในกระบวนการอย่างเป็นอิสระ เน้นการทำงานในรูปกลุ่มหรือองค์กรชุมชนที่มีวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมอย่างชัดเจน พลังของกลุ่มเป็นปัจจัยสำคัญทำให้งานพัฒนาต่างๆ บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย (จรัญญา วงษ์พรหม, 2536: 136)

นอกจากนี้การพัฒนาจำเป็นต้องมีการรวมพลังในลักษณะ เบญจภาคี ได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ และประชาชนเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยทั่วไปจะมีความหมายกว้าง คือ การที่ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรธรรมชาติ ตลอดจนปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจ และสังคม การมีส่วนร่วมในความหมายนี้จึงเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวการปกครองในระบอบประชาธิปไตย ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนพัฒนาการรับรู้ สติปัญญา และความสามารถในการตัดสินใจกำหนดชีวิตด้วยตนเอง ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นทั้งวิธีการ (Means) และเป้าหมาย (Ends) ในเวลาเดียวกัน เพื่อให้เกิดมุมมองที่หลากหลายเกี่ยวกับมิติการมีส่วนร่วมในงานพัฒนาได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังต่อไปนี้ คือ

วิลเลียม ดับบลิว รีคเดอร์ (William W. Reeder) อ้างใน ฉอาน วุฒิกรรมรักษา (2526) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า “การมีส่วนร่วมหมายถึงการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม” วิลเลียม เออร์วิน (William Ervin) อ้างใน สุรัสวดี หุ่นพยนต์ (2528) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวข้องกับความหมายของการมีส่วนร่วมว่า “การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม คือกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหา ของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแท้จริงของประชาชน ให้ความสำคัญสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชน แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง”

ในส่วนของนักวิชาการไทยก็ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้หลากหลายดังต่อไปนี้ คือ

อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง (2522: 19) ได้อธิบายเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า “การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการที่คนเราสามารถรวมกันได้ ควรจะต้องมีความตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการเปลี่ยนแปลงและเห็นพ้องต้องกันนั้น จะต้องมียากพอจะเกิดความริเริ่มโครงการเพื่อการนั้นๆ เหตุผลเบื้องต้นของการกระทำทั้งหมดนี้ทำโดย หรือ ทำในนามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์การ ดังนั้น องค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการได้”

จากความหมายของการมีส่วนร่วมที่กล่าวมาทั้งหมดก็ดี ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมอยู่ 4 ประเด็น คือ

1. อำนาจการเข้าไปควบคุมและตัดสินใจของประชาชน
2. ความสมัครใจ ความเห็นพ้องต้องกัน ของประชาชนในการเข้าไปแก้ปัญหา
3. โอกาสที่รัฐบาลหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมและทำการ

ส่งเสริม

4. การยอมรับในความรู้ ความสามารถและศักดิ์ศรีของประชาชน

กล่าวโดยสรุปจากการรวบรวมนิยามความหมายของการมีส่วนร่วม และศึกษาการให้ความหมายต่างๆ ได้แนวคิดรวมๆ ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง กระบวนการที่ประชาชนได้เรียนรู้ และรับรู้ความสามารถของตนเองแล้วพยายามเข้าไปควบคุมและตัดสินใจในการใช้ทรัพยากร จัดการทรัพยากรของชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชนของตนเอง

กระบวนการมีส่วนร่วม

ในกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ ซึ่ง อคิน รพีพัฒน์ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในการพัฒนาซึ่งมี 5 ระดับ คือ

1. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา พิจารณาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา
3. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหา และพิจารณาหาแนวทาง วิธีการแก้ไขปัญหา
4. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมการพัฒนา
5. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมการพัฒนา

ซึ่งสอดคล้องกับที่เจมส์ คัดด์ ปันทอง (2526: 10) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมว่า เริ่มจากการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผนดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหา การปฏิบัติงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการติดตามประเมินผล

นอกจากนี้ ลอว์สัน วุฑฒิกกรรมรักษา (2526: 16) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมไว้ 5 ขั้นตอน คือ ขั้นกำหนดความต้องการ ขั้นวางแผนการดำเนินการ ขั้นตัดสินใจ ขั้นดำเนินการ และขั้นตอนติดตามผลงาน

สำหรับการมีส่วนร่วม ไพรัตน์ เจริญรินทร์ (อ้างถึงใน นฤมล หาญเชิงชัย, 2544: 13) ได้พูดถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมคือ

1. ร่วมทำการศึกษา ค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน
2. ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบบริหารงานพัฒนา ให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผล
6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรมของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการ และกิจกรรมที่ได้ทำไว้ จากบุคคล

สุรัสวดี หุ่นพยนต์ (2528) ได้สรุปลักษณะของการมีส่วนร่วมจากการศึกษาในเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาชุมชนของประชาชนยากจน” ไว้ดังนี้

1. ร่วมเป็นประธาน
2. ร่วมเป็นกรรมการ
3. ร่วมการแสดงความคิดเห็น
4. ร่วมประชุม
5. ร่วมใช้แรงงาน
6. ร่วมออกเงินและวัสดุอุปกรณ์

จากกระบวนการและลักษณะของการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาเกี่ยวแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมจากแนวคิดของหลายท่าน โดย การมีส่วนร่วม คือ กระบวนการในการเข้าร่วมหรือขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การมีความรู้สึกร่วม มีความต้องการในการ

แก้ไขปัญหาาร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการสรุปและประเมินผล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพและขีดความสามารถในการบริหารจัดการสุขภาพและพัฒนาศาธารณสุขในชุมชน พบว่าเพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีสุขภาพดีได้ ประกอบด้วย

1. ชุมชนสามารถจัดบริการสาธารณสุขด้วยชุมชนเอง โดยต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ตอบสนองต่อความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสุขภาพบริการนั้นเป็นที่ยอมรับ มีความต่อเนื่องและผสมผสานอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่น

2. ชุมชนสามารถจัดองค์กรและทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้และทักษะในการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหา พัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมทั้งการจัดบริการสาธารณสุขในชุมชนตลอดจนมีการส่งเสริมและสนับสนุนภาคีความร่วมมือให้บุคคล ครอบครัวและกลุ่มองค์กรต่างๆ สถาบันที่สำคัญของชุมชน เช่น การศึกษา ศาสนา แพทย์พื้นบ้าน ฯลฯ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่อยู่ในและนอกชุมชน เข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพคนในชุมชน

3. ชุมชนมีการจัดกระบวนการเพื่อให้การศึกษาในเรื่องสุขภาพ พัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะของทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่มต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งพัฒนาผู้นำในด้านสุขภาพ เป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ และพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่มีค่านิยมสุขภาพดี มีสำนึกและความเสียสละเพื่อส่วนรวม

4. ชุมชนมีการสำรวจและประเมินสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน โดยมีการพัฒนาระบบการสำรวจและนำข้อมูลด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน โดยมีการพัฒนาระบบการสำรวจและนำข้อมูลด้านสุขภาพ มาใช้ในการวางแผนและประเมินผลมีการส่งข่าวสารเรื่องสุขภาพถึงในทุกครอบครัว เพื่อร่วมกันป้องกันแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ปรับปรุงวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งมีการปกป้องสิทธิประโยชน์ในเรื่องสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

5. ชุมชนมีการพัฒนาเพื่อสร้างหลักประกันสำหรับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของกลุ่มคนต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสและกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ โดยการสร้างหลักประกันดังกล่าวผสมผสานไปกับการจัดบริการสาธารณสุขด้วยชุมชนเอง การ

ส่งเสริมให้ครอบครัวมีการเตรียมการเพื่อให้คนในครอบครัวสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขได้ เมื่อมีความจำเป็น และพัฒนาชุมชนตนเองให้เป็นผู้นำในเรื่องสุขภาพและคุณภาพชีวิต ร่วมกับชุมชนอื่นเพื่อพัฒนาท้องถิ่นของตนดีขึ้น

กูริวัจน์ อินทร์คุ้ม (2544) ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพอนามัย พบว่า โครงสร้างทางสังคมของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กันในระดับครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน องค์กรชุมชนและเครือข่ายการเรียนรู้ทั้งในและนอกชุมชน มีผลต่อการจัดการด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนในด้านการช่วยเหลือ เกื้อกูล การดูแลยามเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การตัดสินใจ การให้กำลังใจ การรวมกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหา และการประสานความช่วยเหลือจากภายนอกชุมชน เพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และชุมชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาด้านอนามัยเพราะชุมชนมีทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นกลไกทางสังคม เช่น ผู้นำ กลุ่ม/องค์กร ภูมิปัญญาชุมชนที่จะแสดงบทบาทของตนเพื่อแก้ไขปัญหา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนามาจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีในเรื่องการจัดการความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การสร้างแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือ ที่นำเสนอ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้เลือกประเด็นต่างๆ มาใช้ในการศึกษาได้แก่ ศักยภาพในการดูแล จัดการตนเองในด้านสุขภาพของชุมชน การจัดการความรู้ ทูตทางสังคม เช่น วัฒนธรรมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน การเรียนรู้ การปฏิสัมพันธ์ การให้โอกาสชุมชนได้ดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภายนอกชุมชน ซึ่งเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งของชุมชนในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตน

ประเด็นต่างๆ ที่นำมาใช้ในการศึกษาเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยง มีกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ในระหว่างทางจนนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพ และเกิดเป็นแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการคิด วิเคราะห์ และการปรับเปลี่ยนแนวทางในการเลือกดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดพลังความร่วมมือร่วมใจในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน อันนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการสร้างแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชนต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

สภาพปัญหาและความต้องการลดพฤติกรรม
เสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในเรื่องการลดการดื่ม
สุรา/การปรับพฤติกรรมการบริโภค/การจัด

สภาพแวดล้อม

1. วิธีการแก้ปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล
2. การดำเนินกิจกรรมการลดพฤติกรรมเสี่ยง
ต่อสุขภาพของชุมชน
3. ผลการดำเนินงาน / ปัญหาอุปสรรค

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวคิดการจัดการความรู้และ
กระบวนการเรียนรู้ในการจัดการ
ความรู้
3. แนวคิดเกี่ยวกับองค์กรแห่งการ
เรียนรู้
4. แนวคิดการมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

- การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการ
ลดการดื่มสุรา
- การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการ
ปรับพฤติกรรมการบริโภค
- การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการ
จัดการสภาพแวดล้อม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ การศึกษาแนวทาง การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ” เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ผู้วิจัยได้นำแนวทางในการศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้สร้างกรอบแนวคิดและสร้างเครื่องมือในการศึกษา โดยอาศัย จากการพิจารณาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการ วิเคราะห์เนื้อหา โดยจะมุ่งเน้นการพรรณนาเพื่อสนับสนุนและบ่งชี้ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามกรอบ แนวคิดในการศึกษา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) คณะกรรมการ หมู่บ้าน กลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน(อสม.) สมาชิกในชุมชน ชุมชนละ 40 คน ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ตัวแทนแหล่งทุน ที่ให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่จำนวน 12 คน ผู้ให้ข้อมูลหลัก รวม 156 คน ผู้ให้ข้อมูลหลักเหล่านี้ เป็นแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ความเชื่อ การปฏิบัติ เกี่ยวกับดูแลสุขภาพของคนในชุมชน การร่วมกิจกรรมของชุมชนและพัฒนาการทางด้านการลด ปัจจัยเสี่ยงในพฤติกรรมสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

2.1 เครื่องมือการวิจัย

เพื่อให้ได้ข้อมูลและคำตอบที่เป็นจริง ถูกต้อง ครบคลุมสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ ของการวิจัยที่มุ่งศึกษาครั้งนี้ การวิจัยเป็นลักษณะการวิจัยแบบผสมผสาน เครื่องมือในการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และ การสนทนากลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 แบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลประเภทปฐมภูมิ (Primary data) ที่ทันสมัย ถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์ แบบสอบถามจึงแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ทำแบบสอบถาม เพศ อายุ การศึกษา รายได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัย ปัญหาและแนวทางแก้ไขของตัวบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับชุมชน

ส่วนที่ 3 ความต้องการ ข้อเสนอแนะต่อแนวทางในด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการปรับพฤติกรรมการบริโภค การจัดการสภาพแวดล้อมและการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการออกกำลังกาย

2.1.2 แบบสัมภาษณ์ นั้น เป็นแบบสัมภาษณ์สมาชิกในชุมชน ชุมชนละ 40 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัย วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นคำถามไว้ล่วงหน้าเป็นหัวข้อไว้กว้าง ๆ ตามประเด็นที่จะศึกษา เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ แนวคำถามจะครอบคลุม 3 ส่วนหลักดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม อาชีพหลัก วัฒนธรรมชุมชน เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ชีวิต

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน

ส่วนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ

2.1.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลในประเด็นเฉพาะเจาะจง การสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็น ผู้นำชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่มในการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการ แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่ชุมชนเคยดำเนินกิจกรรมและปัจจัยที่จะส่งเสริมให้มีแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการปรับพฤติกรรมการบริโภค การจัดการสภาพแวดล้อมและการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มสนทนาแบ่งเป็นชุมชนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง ในแต่ละครั้งผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นการสนทนาในเรื่อง สภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไปของชุมชน ด้านอาชีพ การปกครอง การศึกษาและสาธารณสุข ประวัติของชุมชนรวมทั้งประเพณีและวัฒนธรรม ปัญหาเรื่องสุขภาพโดยรวม ลักษณะการแก้ไขในระดับปัจเจก ครอบครัว และระดับชุมชน ผลการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ผ่านมาระดับความพึงพอใจ และ

โอกาสพัฒนาในแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของคนในชุมชน

2.2 การทดสอบเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามที่สร้างจากกรอบแนวคิด ในการวิจัยได้นำมาให้คณะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบ และให้ความคิดเห็นการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย ก่อนนำไปทดสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) เป็นข้อมูลที่รวบรวมจาก แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวม ดังนี้

3.1.1 ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนามด้วยตนเอง เป็นเวลา 10 วัน

3.1.2 ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ก่อนที่จะนำมาประมวลผล

3.1.3 ผู้ศึกษานำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนคัดเลือกเฉพาะฉบับที่มีความสมบูรณ์มาลงรหัสตัวเลข (code) ตามเกณฑ์ของเครื่องมือแต่ละส่วนแล้วจึงนำไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไป

3.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากหนังสือ ตำรา บทความ ผลงานวิจัยและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้และใช้อ้างอิงในการเขียนรายงานผลการศึกษา

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้เครื่องมือคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป นำข้อมูลที่ได้จากการสอบถามมาลงรหัสข้อมูลเชิงปริมาณ โดยกำหนดค่าเป็นตัวเลขเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งตามเนื้อหาและกรอบคำถามในแบบสอบถาม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในเขตภาคเหนือ 3 ชุมชน ประกอบด้วย

1.1 สมาชิกในชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ที่เป็นตัวแทนของชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการ ลดการดื่มสุรา

1.2 สมาชิกในชุมชนบ้านนาขวาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่เป็นตัวแทนของชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

1.3 สมาชิกในชุมชนบ้านข่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ที่เป็นตัวแทนของชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการจัดการสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ของชุมชนในเขตภาคเหนือ 3 ชุมชน ประกอบด้วย

2.1 สมาชิกในชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ที่เป็นตัวแทนของชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการ ลดการดื่มสุรา

2.2 สมาชิกในชุมชนบ้านนาขวาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่เป็นตัวแทนของชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

2.3 สมาชิกในชุมชนบ้านข่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ที่เป็นตัวแทนของชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการจัดการสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในเขตภาคเหนือ 3 ชุมชน ประกอบด้วย

3.1 แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนในชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

3.2 แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับพฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชนบ้านนาควาง ตำบลดอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

3.3 แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชนบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ชุมชนบ้านนาควาง ตำบลดอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง และ ชุมชนบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

	สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	55	46.0
	หญิง	65	54.0
	รวม	120	100.0
อายุ	ต่ำกว่า 15 ปี	1	0.8
	ระหว่าง 16 – 25 ปี	2	1.6
	ระหว่าง 26 – 35 ปี	10	8.3
	ระหว่าง 36 – 45 ปี	31	26.0
	ระหว่าง 46 – 55 ปี	49	40.8
	มากกว่า 55 ปี	27	22.5
	รวม	120	100.0
น้ำหนัก	ต่ำกว่า 40 กิโลกรัม	4	3.3
	ระหว่าง 40 – 45 กิโลกรัม	10	8.3
	ระหว่าง 46 – 50 กิโลกรัม	26	22.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระหว่าง 51 – 55 กิโลกรัม	32	26.5
ระหว่าง 56 – 60 กิโลกรัม	22	18.3
ระหว่าง 61 – 65 กิโลกรัม	16	13.3
ระหว่าง 66 – 70 กิโลกรัม	7	5.8
มากกว่า 70 กิโลกรัม	3	2.5
รวม	120	100.0
ส่วนสูง		
ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร	18	15.0
ระหว่าง 150 – 160 เซนติเมตร	62	51.6
ระหว่าง 161 – 170 เซนติเมตร	34	28.3
มากกว่า 170 เซนติเมตร	6	5.1
รวม	120	100.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.8
ต่ำกว่าปริญญาตรี	114	95.1
ปริญญาตรี	4	3.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.8
รวม	120	100.0
อาชีพ		
เกษตรกร	42	35.0
รับจ้าง	54	45.0
รับราชการ	3	2.5
ค้าขาย	11	9.17
นักเรียน/นักศึกษา	4	3.33
แม่บ้าน	6	5.0
รวม	120	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
ไม่มีเงินเดือน	4	3.3
รายได้ไม่แน่นอน	16	13.3
ต่ำกว่า 5,000 บาท	69	57.6
5,001 – 10,000 บาท	28	23.3
10,001 – 20,000 บาท	3	2.5
รวม	120	100.0
การออกกำลังกาย		
เดิน	79	66.0
วิ่ง	21	17.6
ไม่พลอง	2	1.6
ยางยืดเหยียด	2	1.6
โยคะ	1	0.8
ทำงานเคลื่อนไหวร่างกาย	1	0.8
ปั่นจักรยานสม่ำเสมอ	9	7.5
เดิน-วิ่ง ปั่นจักรยานแล้วแต่โอกาส	1	0.8
ฟุตบอล	1	0.8
เล่นฮูลาฮูป	1	0.8
ไม่ออกกำลังกาย	2	1.6
รวม	120	100.0
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	88	73.3
มีโรคประจำตัว	32	26.7
รวม	120	100.0
โรคประจำตัวที่พบใน 32 ราย		
กระเพาะอาหาร	4	12.5
เบาหวาน	7	21.9

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	12	37.5
ต้อหิน	1	3.12
มะเร็งเต้านม	4	12.5
มะเร็งปากมดลูก	2	6.24
ปวดกล้ามเนื้อ กระดูกทับเส้น	2	6.24
รวม	32	100.0
วิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพ		
ซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง	7	5.84
ไปพบแพทย์	87	72.5
กินยาต้ม/กินยาสมุนไพร	6	5.0
รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพิ่มขึ้น	7	5.84
ไปพบแพทย์และ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	13	10.8
รวม	120	100.0

จากตารางที่ 4.1 ภาพรวมของปัญหาสุขภาพของชุมชนในเขตภาคเหนือ ที่ได้ทำการศึกษา ใน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบ้านแม่ป่าช้า อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง และชุมชนบ้านช่วงนุก อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ซึ่งได้ทำแบบสอบถามในสมาชิกของทั้งสามชุมชน ชุมชนละ 40 คน รวมผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 120 คน ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์จากแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54 ผู้ตอบส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 40.8 ระดับการศึกษาของผู้ตอบส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 95.1 ผู้ตอบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 45 และ อาชีพเกษตรกรร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทถึงร้อยละ 67.5 ในด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 87.5 มีการออกกำลังกายด้วยการเดิน ร้อยละ 57.6 และมีรายได้ตั้งแต่ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 23.3 ในด้านของภาพรวมสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย ด้วยการเดิน ร้อยละ 66 การวิ่ง ร้อยละ 17.6 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.3 และมีโรคประจำตัวจำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.7 ซึ่งในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.9

เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ผู้ตอบส่วนใหญ่ เลือกรักษาไปพบแพทย์ร้อยละ 72.5 รองลงมา คือ การไปพบแพทย์ และมีการดูแลสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคและการออกกำลังกาย ร้อยละ 10.8

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ในด้านของ พฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนได้แบ่งตามบริบทของชุมชนที่มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามในด้านการลดการดื่มสุรา ชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาบลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ของการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	12	30.0
ดื่มเดือนละครั้ง	9	22.5
ดื่ม 2-4 ครั้ง/เดือน	4	10.0
ดื่ม 2-4 ครั้ง/สัปดาห์	4	10.0
ดื่ม 4 ครั้ง/สัปดาห์	-	-
ดื่มทุกวัน	-	-
ดื่มปีละประมาณ 5 ครั้ง	11	27.5
รวม	40	100.0
ประเภทของสุรา		
เหล้าขาว	1	2.5
เหล้าแดง	2	5.0
ไวน์	-	-
สุรากลั่น	16	40.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สาโท	2	5.0
เบียร์	7	17.5
รวม	28	70.0
ระดับของการดื่ม		
ไม่เกิน 1 แก้วในแต่ละครั้งที่ดื่ม	14	35.0
มีนๆ วิ่งเวียนศรีษะ	14	35.0
เมา จนกลับบ้านไม่ได้	-	-
รวม	28	70.0
สาเหตุการดื่มสุรา		
เพื่อเข้าสังคม/งานเลี้ยง	8	20.0
เพื่อฉลองกับเพื่อนๆตามวาระต่างๆ	5	12.5
ดื่มหลังเลิกงานเพื่อพูดคุยกับเพื่อน	10	25.0
ดื่มเพราะมีปัญหาชีวิต	1	2.5
ดื่มเพราะเชื่อว่าเป็นยา	4	10.0
รวม	28	70.0
เคยทราบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราหรือไม่		
มี	34	85.5
ไม่มี	6	15.0
รวม	40	100.0

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ของชุมชนบ้านห้วยป่าช้า ตำบลทาบลาตุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ไม่มีการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 30 มีผู้ที่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 70 ในจำนวนผู้ที่ดื่มสุรามีการดื่มสุราเดือนละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.5 ดื่มสุรา 2-4 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 10 ดื่มสุรา 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 10 และดื่มปีละประมาณ 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.5 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มผู้ดื่มสุรา 28 ราย แบ่งเป็น สุรากลั่น คิดเป็นร้อยละ 40.0 เบียร์ คิดเป็นร้อยละ 25.0 เหล้าแดง คิดเป็นร้อยละ 5.0 และสาโท คิดเป็นร้อยละ 5.0 และ ในจำนวนของผู้ที่มีการดื่มสุรา มีระดับการดื่มสุรา ในระดับที่แสดงผลว่ามีอาการมีนๆวิ่งเวียน

ศรีษะ คิดเป็นร้อยละ 50 และระดับการดื่มอยู่ที่ 1 แก้วต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50 โดยสาเหตุของการดื่ม ส่วนใหญ่จะดื่มสุราเนื่องจาก ดื่มหลังเลิกงานเพื่อพูดคุยกับเพื่อนๆ คิดเป็นร้อยละ 25.0 เข้าสังคม คิดเป็นร้อยละ 20.0 มีการฉลองกับกลุ่มเพื่อนในวาระต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 12.5 ดื่มสุราเพราะคิดว่า เป็นยา คิดเป็นร้อยละ 10.0 และดื่มเนื่องจากมีปัญหาชีวิต คิดเป็นร้อยละ 2.5 ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.5 เคยทราบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา มีปัญหาต่อสุขภาพ และ ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยทราบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา มีปัญหาต่อสุขภาพ ร้อยละ 15.0

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการลดการดื่มสุราในชุมชนบ้านห้วยป่าช้า ตำบลทาบลาตุก อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน

กิจกรรม	\bar{X}	S.D.
- กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ	2.78	0.69
- กิจกรรมการอบรมโทษของการดื่มสุรา	2.90	0.74
- กิจกรรมเกี่ยวกับการงดเหล้าเข้าพรรษา	3.20	0.75
- กิจกรรมงดเหล้าในงานศพ	3.22	0.76
- กิจกรรมงดเหล้าในงานบุญประเพณี	3.07	0.79
- กิจกรรมครอบครัวอบอุ่น ชุมชนลดเหล้า	3.50	0.75
- กิจกรรมศึกษาดูงานชุมชนที่มีการดำเนินงานลดสุราในชุมชน	3.08	0.79
- กิจกรรมค่ายครอบครัว	2.88	0.91
- การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน	2.55	1.03

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ความพึงพอใจการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้วยการลดการดื่มสุราในภาพรวม อยู่ที่ระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 สำหรับผลการพิจารณารายข้อ พบว่า ความพึงพอใจของสมาชิกในชุมชนเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยใน 3 ลำดับแรก ดังนี้ กิจกรรมครอบครัวอบอุ่น ชุมชนลดเหล้า (\bar{X} เท่ากับ 3.50, S.D.เท่ากับ 0.75) กิจกรรมงดเหล้าในงานศพ (\bar{X} เท่ากับ 3.22, S.D.เท่ากับ 0.76) และ กิจกรรมการงดเหล้าเข้าพรรษา (\bar{X} เท่ากับ 3.20, S.D.เท่ากับ 0.75) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามในด้านการบริโภค

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
รสชาติอาหารที่ชอบทาน		
หวาน	4	10.0
เผ็ด	19	47.5
เค็ม	2	5.0
เปรี้ยว	3	7.5
จืด	12	30.0
มัน	-	-
รวม	40	100.0
การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ		
เฉพาะมื้อเช้า	1	2.5
เฉพาะมื้อกลางวัน	-	-
เฉพาะมื้อเย็น	1	2.5
มื้อเช้า-มื้อกลางวัน-มื้อเย็น	38	95.0
รวม	40	100.0

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ของผู้ตอบแบบสอบถามของชุมชนบ้านนาขวาง ตำบลคอนไฟ อำเภอมะทะ
จังหวัดลำพูน มีการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพด้วยการส่งเสริม
ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคในชุมชน

รายการ	เป็นประจำ	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย	รวม
	จำนวน / ร้อยละ	จำนวน / ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อย ละ	จำนวน/ร้อย ละ
รับประทานอาหารที่ ปรุงเอง	32 / 80.0	7 / 17.5	1 / 2.5	-	40 / 100.00
ซื้ออาหารจากตลาด	-	5 / 12.5	31 / 77.5	4 / 10.0	40 / 100.00
หาบเร่ แผงลอย					
รับประทานอาหารที่ ร้านอาหารนอกบ้าน	-	1 / 2.5	17 / 42.5	22 / 55.0	40 / 100.00
อาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่	1 / 2.5	3 / 7.5	21 / 52.5	15 / 37.5	40 / 100.00
ซื้อวัตถุดิบจากตลาด	4 / 10.0	3 / 7.5	33 / 82.5	-	40 / 100.00
หาบเร่ แผงลอย					
รับประทานอาหารที่ปลูก	27 / 67.5	8 / 20.0	4 / 10.0	1 / 2.5	40 / 100.00
ผักไว้รับประทาน					
คั้นน้ำอัดลม หรือ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน	-	3 / 7.5	30 / 75.0	7 / 17.5	40 / 100.00
รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่ ติดมัน	-	31 / 77.5	4 / 10.0	5 / 12.5	40 / 100.00
ใช้น้ำมันพืชประกอบ อาหาร	39 / 97.5	-	-	1 / 2.5	40 / 100.00

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ของชุมชนบ้านนาขวาง ต.คอน
ไฟ อ.แม่ทะ จังหวัดลำปาง ชอบทานอาหารที่มีรสเค็ม ร้อยละ 47.5 ชอบรับประทานอาหารที่มีรส

จัด ร้อยละ 30 รับประทานอาหารที่มีรสหวาน ร้อยละ 10 และ ชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ร้อยละ 5

ในด้านพฤติกรรมที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคในชีวิตประจำวัน ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ รับประทานอาหารที่ปรุงเองเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 80 และ รับประทานอาหารที่ปรุงเองเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.5 ตอนใหญ่มีการไปซื้ออาหารจากตลาด หาบเร่ แผงลอย นานๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.5 และซื้ออาหารจากตลาดหาบเร่แผงลอย เป็นบางครั้ง ร้อยละ 12.5 ตอนใหญ่ไม่เคยรับประทานอาหารนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 55 และมีการรับประทานอาหารนอกบ้าน นานๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.5 การรับประทานอาหารสำเร็จรูป ตอนใหญ่ตอบว่า นานๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.5 และไม่เคยรับประทานอาหารสำเร็จรูปคิดเป็นร้อยละ 37.5 มีการซื้อวัตถุดิบจากตลาด หาบเร่ แผงลอย ส่วนใหญ่ตอบว่านาน ๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 82.5 และ ซื้อวัตถุดิบจากตลาดหาบเร่ แผงลอย เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 10 การรับประทานผักที่ปลูกไว้รับประทานในครัวเรือน ส่วนใหญ่ตอบว่ามีเป็นประจำร้อยละ 67.5 และ มีการปลูกผักไว้รับประทานในครัวเรือน เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20 ในด้านพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ส่วนใหญ่ตอบว่านานๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 17.5 ตอบว่าไม่เคย การรับประทานเนื้อสัตว์ที่ติดมัน ส่วนใหญ่ตอบว่า นานๆ ครั้ง ร้อยละ 75 และ ไม่เคยรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ร้อยละ 12.5 การใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร ส่วนใหญ่ตอบว่าเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 97.5 และตอบว่าไม่เคยใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร ร้อยละ 2.5

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการลด
พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชน
บ้านนาขวาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

กิจกรรม	\bar{X}	S.D.
- กิจกรรมอบรมการลดบริโภค หวาน มัน เค็ม	2.55	0.71
- กิจกรรมอบรมความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพ	2.57	0.71
- กิจกรรมรณรงค์การบริโภคผักปลอดสารพิษในครัวเรือน	2.70	0.82
- กิจกรรมส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษในครัวเรือน โดย การแจกเมล็ดพันธุ์ผัก	2.57	0.78
- กิจกรรมอบรมปฏิบัติการทำปุ๋ยชีวภาพ	2.43	0.63
- กิจกรรมประกวดแปลงผักในบ้าน	2.45	0.63
- กิจกรรมตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและตรวจวัดความดัน	2.65	0.77
- กิจกรรมประกวดอาหารปลอดภัยในชุมชน	2.53	0.71

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ความพึงพอใจการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้วยการลดการดื่มสุราในภาพรวม อยู่ที่ระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 สำหรับผลการพิจารณารายข้อ พบว่า ความพึงพอใจของสมาชิกในชุมชนเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยใน 3 ลำดับแรก ดังนี้ กิจกรรมตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและตรวจวัดความดัน (\bar{X} เท่ากับ 2.65, S.D. เท่ากับ 0.77) กิจกรรมส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษในครัวเรือน โดยการแจกเมล็ดพันธุ์ผัก (\bar{X} เท่ากับ 2.57, S.D. เท่ากับ 0.78) และ กิจกรรมอบรมความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพ (\bar{X} เท่ากับ 2.57, S.D. เท่ากับ 0.71) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดการขยะของครัวเรือน		
เผารวมทั้งหมดในพื้นที่บ้านตนเอง	8	20.0
ฝังกลบรวมทั้งหมดในพื้นที่บ้านตนเอง	1	2.5
มีการคัดแยกขยะก่อนเผาในพื้นที่สวนของตนเอง	8	20.0
ทิ้งข้างทาง/แม่น้ำลำคลองหรือพื้นที่รกร้างหรือลำห้วยในชุมชน	1	2.5
คัดแยกขยะและฝังกลบในพื้นที่ของตนเอง	2	5.0
คัดแยกขยะขาย เผาหรือฝังกลบในพื้นที่ของตนเอง	11	27.5
คัดแยกขยะขาย บางตอนทำปุ๋ยหมัก ที่เหลือเผาหรือฝังกลบในพื้นที่ตนเอง	9	22.5
รวม	40	100.0
การดำเนินชีวิตประจำวันกับความเกี่ยวข้องกับสารเคมีในการเกษตร		
มีการใช้สารเคมีในการเร่งผลผลิตและกำจัดศัตรูพืช	9	22.5
มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	5	12.5
มีการใช้สารเคมีในการเพิ่มผลผลิต	5	12.5
มีการใช้สารเคมีสลับกับการใช้ปุ๋ยหรือน้ำหมักชีวภาพ	14	35.0
ใช้ปุ๋ยชีวภาพในการเกษตรทั้งหมด	5	12.5
ไม่ใช้สารเคมี ไม่ใช้ปุ๋ยชีวภาพ ปลูกผักรับประทานเอง	2	5.0
รวม	40	100.0

จากตารางที่ 4.7 สมาชิกในชุมชนบ้านช่วงบุก หมู่ที่ 7 ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ที่เป็นตัวแทนของชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน มีวิธีการจัดการขยะของครัวเรือน โดยส่วนใหญ่มีการคัดแยกขยะบางส่วนขาย บางส่วนเผาหรือฝังกลบในพื้นที่ของตนเอง ร้อยละ 27.5 และ คัดแยกขยะขาย บางตอนทำปุ๋ยหมัก ที่เหลือเผาหรือฝังกลบในพื้นที่ ร้อยละ 22.5 มีการคัดแยกขยะก่อนเผาในพื้นที่สวนของตนเอง ร้อยละ 20 เผารวมทั้งหมดในพื้นที่บ้านตนเอง ร้อยละ 20 ฝังกลบในพื้นที่บ้านตนเอง ร้อยละ 2.5 และ ทิ้งข้างทาง/แม่น้ำลำคลองหรือพื้นที่รกร้างหรือลำห้วยในชุมชน ร้อยละ 2.5

พื้นที่ของตนเอง ร้อยละ 5 ฝั่งกลบรวมทั้งหมดในพื้นที่บ้านตนเอง ร้อยละ 2.5 และ ทิ้งข้างทาง/
แม่น้ำลำคลองหรือพื้นที่รกร้างหรือลำห้วยในชุมชน ร้อยละ 2.5

ในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันกับความเกี่ยวข้องกับสารเคมีในการเกษตร มีการใช้
สารเคมีสลับกับการใช้ปุ๋ยหรือน้ำหมักชีวภาพ ร้อยละ 35 มีการใช้สารเคมีในการเร่งผลผลิตและ
กำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 22.5 มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 12.5 มีการใช้สารเคมีในการเพิ่ม
ผลผลิต ร้อยละ 12.5 ใช้ปุ๋ยชีวภาพในการเกษตรทั้งหมด ร้อยละ 12.5 และไม่ใช้สารเคมี ไม่ใช้ปุ๋ย
ชีวภาพ ปลูกผักรับประทานเอง ร้อยละ 5

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องความพึงพอใจใน
กิจกรรมด้านการแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมของชุมชนและการจัดการขยะของบ้าน
ช่วงบุก ต.ห้วยไร่ อ.เด่นชัย จ.แพร่

กิจกรรม	\bar{X}	S.D.
- กิจกรรมสำรวจการใช้สารเคมีและคืนข้อมูลให้กับสมาชิกใน ชุมชนทราบ	2.28	0.55
- กิจกรรมอบรมการให้ข้อมูลผลกระทบจากการใช้สารเคมี	2.28	0.75
- กิจกรรมอบรมปฏิบัติการทำปุ๋ยชีวภาพ จากขยะหรือวัสดุเหลือใช้	2.18	0.63
- กิจกรรมรณรงค์การลดการใช้สารเคมีในการผลิต	2.55	0.93
- กิจกรรมปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือน	2.37	0.80
- กิจกรรมศึกษาดูงานพื้นที่ที่มีการลดการใช้สารเคมี	2.50	0.90
- กิจกรรมประกวดครัวเรือนต้นแบบลดการใช้สารเคมี	2.25	0.74

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ความพึงพอใจการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
สุขภาพ ด้วยการจัดการสภาพแวดล้อม ในภาพรวม อยู่ที่ระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34
สำหรับผลการพิจารณารายข้อ พบว่า ความพึงพอใจของสมาชิกในชุมชนเรียงลำดับจากมากไปหา
น้อยใน 3 ลำดับแรก ดังนี้ กิจกรรมรณรงค์การลดการใช้สารเคมีในการผลิต (\bar{X} เท่ากับ 2.55, S.D.
เท่ากับ 0.93) กิจกรรมศึกษาดูงานพื้นที่ที่มีการลดการใช้สารเคมี (\bar{X} เท่ากับ 2.50, S.D.เท่ากับ 0.90)
และ กิจกรรมปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือน (\bar{X} เท่ากับ 2.37, S.D.เท่ากับ 0.80)
ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และการทำสนทนากลุ่ม (focus group) ซึ่งแบ่งการวิเคราะห์เนื้อหาออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการลดการดื่มสุราของคนในชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาบลาตุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

1.1 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือ

1.2 ความคิดเห็นต่อแนวทางดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มสุรา

2. แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับพฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

2.1 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือ

2.2 ความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับพฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชน

3. แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชนบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

3.1 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือ

3.2 ความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน

4. แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการลดการดื่มสุราของคนในชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาบลาตุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

4.1 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือ

พบว่า สมาชิกในชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาบลาตุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน มีปัญหาการดื่มสุรา โดยเฉพาะในช่วงเวลาเลิกงาน และช่วงเทศกาลต่างๆ เช่น เทศกาลสงกรานต์ งานบุญประเพณีต่างๆ ของท้องถิ่น เป็นต้น การดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการดื่มสุราเริ่มต้นจาก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทาบลาตุกเล็งเห็นปัญหา ด้านสุขภาพ

ปัญหาการทะเลาะวิวาทของวัยรุ่น การใช้ความรุนแรงในครอบครัว ความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวลดลง และอุบัติเหตุที่เกิดจากการดื่มสุรา การเป็นแบบอย่างในด้านพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของพ่อแม่ผู้ปกครอง ประกอบกับ สมาชิกในชุมชนบางส่วนยังคิดว่าปัญหาการดื่มสุราเป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ได้เป็นปัญหาใหญ่ของครอบครัวและชุมชน ในขณะที่กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน(อสม.)และสมาชิกส่วนใหญ่ของชุมชนมีความเห็นว่า การดื่มสุราของสมาชิกในชุมชน ควรได้รับการแก้ไข หรือปรับทัศนคติ การให้ข้อมูลปัญหา ข้อมูลผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา และนำไปสู่การแก้ไขในแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ที่ผ่านมามีความพยายามร่วมคิด ร่วมทำ และชักชวนสมาชิกในชุมชนทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา ดังนี้

1) กิจกรรมประชุมชี้แจงข้อมูลผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา มีวิทยากรจาก รพ.สต. ทาปลาตุกมาให้ข้อมูลทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และความอบอุ่นในครอบครัวลดลง

2) กิจกรรม อาสาสมัคร ลด เลิก การดื่มสุรา เพื่อเป็นแบบอย่างกับลูกหลานเยาวชน มีผู้สมัครใจลดการดื่มสุรา ทั้งหมด 8 คน

3) กิจกรรมเยาวชนขอบคุณผู้ใหญ่ ที่สมัครใจเป็นแบบอย่างในการลด เลิกสุรา ด้วยการทำน้ำยาล้างจาน ไปมอบให้ในวันสงกรานต์

4) กิจกรรมเห็นปัญหาจริง นำพาไปสู่การลดการดื่มสุรา เพื่อครอบครัวอบอุ่น ตัวแทนครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวละ 2 คน ไปเยี่ยม ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการดื่มสุรา รับฟังประสบการณ์ ผลกระทบต่างๆ เพื่อเป็นแรงบันดาลใจในการลดการดื่มสุราเพื่อครอบครัว

4.2 ความคิดเห็นต่อแนวทางดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มสุรา

พบว่า แนวทางดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มสุราที่สำคัญคือ

ในระดับผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรา ที่เป็นผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิกและผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในชุมชน ควรพร้อมเป็นแบบอย่าง และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในการ ป้องกันบรรณภัยปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา กิจกรรมการแก้ไขปัญหามสุรา การสร้างมาตรการและการบังคับใช้กฎหมายตามพรบ. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับร้านค้าในชุมชนที่มีการจำหน่ายสุราให้กับเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี

ในระดับชุมชน สมาชิกต้องมีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคมชุมชน เห็นผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การใส่ใจ ห่วงใยลูกหลาน การให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล ตระหนักถึงการเป็นแบบอย่างและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว สมาชิกในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ลดการเข้าถึงสุรา โดยเริ่มต้นที่งานบุญงานประเพณี หรืองานชาวดำ ปลอดสุราเป็นต้น

ในระดับนโยบาย ในพื้นที่ ภาครัฐเครือข่ายและ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมที่สร้างสรรค์ของเด็กและเยาวชน และการสนับสนุนสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน รณรงค์ การให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการดื่มสุรา เป็นต้น การสนับสนุนในด้านต่างๆ ต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งในชุมชนต้องมีผู้ที่รับผิดชอบในเรื่องนี้อย่างชัดเจน ในด้านนโยบายควรมีการจัดการตามมาตรการทางกฎหมาย เช่น การไม่ขายสุราให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี มีมาตรการที่จะเอาผิดกับร้านค้าฝิ่น

ตารางที่ 4.9 ความคิดเห็นต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการลดการดื่มสุราของ
คนในชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาบลาตุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

กิจกรรม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ชุมชนมีศักยภาพในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชนตนเองได้	4.42	0.59	มาก
การดูแลสุขภาพสามารถเริ่มต้นที่ตนเองและในระดับชุมชนได้	4.50	0.59	มาก
การออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นได้	4.50	0.50	มาก
การลดการดื่มสุราสามารถสร้างเป็นมาตรการชุมชนได้	4.28	0.87	มาก
การได้รับข้อมูล ความรู้ผลกระทบจากสุราทำให้สามารถลดการดื่มได้	4.48	0.81	มาก
ควรจำกัดพื้นที่การดื่มในชุมชนอย่างจริงจัง เช่น วัด ศาลาหรือพื้นที่ส่วนกลางของชุมชน	4.65	0.62	มาก

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

กิจกรรม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมสร้าง ความสัมพันธ์ในครอบครัว สามารถลดพฤติกรรม การดื่มได้	4.57	0.59	มาก
ควรสนับสนุนกิจกรรมเยาวชนที่สร้างสรรค์เพื่อ ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่	4.63	0.58	มาก
การบังคับใช้กฎหมาย	4.80	0.46	มาก

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ความเห็นต่อแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้วยการลดการดื่มสุราในภาพรวม อยู่ที่ระดับเห็นด้วยในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 สำหรับผลการพิจารณารายข้อ พบว่า แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยการลดการดื่มสุรา เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยใน 3 ลำดับแรก ดังนี้ แนวทางการบังคับใช้กฎหมาย (\bar{X} เท่ากับ 4.80, S.D. เท่ากับ 0.46) แนวทางการจำกัดพื้นที่การดื่มในชุมชนอย่างจริงจัง เช่น วัด ศาลาหรือพื้นที่ส่วนกลางของชุมชน (\bar{X} เท่ากับ 4.65, S.D. เท่ากับ 0.62) และ แนวทางการสนับสนุนกิจกรรมเยาวชนที่สร้างสรรค์เพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ (\bar{X} เท่ากับ 4.63, S.D. เท่ากับ 0.58) ตามลำดับ

2. แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับพฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

2.1 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือ

พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง สมาชิกในชุมชน ส่วนใหญ่มีความรู้ในเบื้องต้นว่าพฤติกรรมการบริโภคมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพ สมาชิกส่วนใหญ่ยังคงใช้ชีวิตดั้งเดิม มีการปลูกผักในครัวเรือน มีแปลงผักที่ปลูกเองในครัวเรือน อย่างน้อย 1 แปลง ประเภทผักที่ปลูกเป็นผักพื้นบ้าน เช่น ตะไคร้ พริก ต้นหอม ผักชี มะเขือ เป็นต้น แต่เนื่องจากความเร่งรีบในการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ ทำให้สมาชิกในชุมชนบางส่วนเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่สะดวกกับระยะเวลา ง่ายต่อการจัดการ การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เริ่มต้นจาก กลุ่มผู้นำ ซึ่งมี

สถานะเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) ได้รับทราบข้อมูล การเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของสมาชิกในชุมชน ที่มีเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับ การสังเกตของกลุ่มผู้นำที่มีร้านค้าขายของชำและแผงผักในชุมชน จะมีสมาชิกไปซื้อผักไปประกอบอาหารเพิ่มมากขึ้น ผู้นำชุมชน กลุ่มอสม. มีการนำข้อมูลปัญหาดังกล่าว เสนอในที่ประชุมร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาควาง เพื่อให้มีการดำเนินกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม การบริโภค ที่ผ่านมามีชุมชนบ้านนาควางมีประสบการณ์ในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภค ดังนี้

- 1) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องการลด หวาน มัน เค็ม การบริโภคอย่างไร ได้สุขภาพอย่างนั้น
- 2) กิจกรรมสำรวจข้อมูลการปลูก การซื้อและบริโภคผักของแต่ละครัวเรือน
- 3) กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ทำปุ๋ยหมักชีวภาพและส่งเสริมการบริโภคผักที่ปลูกไว้บริโภคในครัวเรือน เกิดครัวเรือนตัวอย่างที่มีการผลิตปุ๋ยหมักชีวภาพ และปลูกผักไว้บริโภคในครัวเรือน 20 ครัวเรือน มีการปลูกผักอย่างน้อย ครัวเรือนละ 3 ชนิด
- 4) กิจกรรมการนำความรู้เรื่องการปลูกและบริโภคผักปลอดสารจากชุมชนสู่โรงเรียน สมาชิกในชุมชนที่ผ่านการอบรม อาสาไปให้ความรู้และสาธิตการทำปุ๋ยหมักชีวภาพและการปลูกผักปลอดสารในแปลงสาธิตของโรงเรียนบ้านนาควาง เพื่อให้เกิดการรณรงค์ในทุกมิติและหลากหลายกลุ่มเป้าหมาย เชื่อมโยงให้เกิดกระแสสาธารณะในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคของชุมชน
- 5) กิจกรรมติดตามประเมินผลการนำข้อมูลความรู้ไปใช้ปฏิบัติจริงในครัวเรือน
- 6) กิจกรรมการสรุปผลการดำเนินงานและชี้แจงให้กับสมาชิกในชุมชนทราบ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์และข้อเสนอแนะในการดำเนินกิจกรรมให้มีความต่อเนื่องยั่งยืน

2.1 ความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับพฤติกรรมบริโภคของคนในชุมชน

พบว่า แนวทางการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับพฤติกรรมบริโภคของคนในชุมชน

ในระดับผู้นำชุมชน ควรมีข้อมูลผลกระทบที่ชัดเจน มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคของสมาชิกในชุมชนให้กับสมาชิกในชุมชนทราบ ผู้นำควรมีความพร้อมในการเป็นผู้นำทางความคิดและเป็นแบบอย่างในการดำเนินกิจกรรม และสนับสนุนให้

เกิดกิจกรรมในการ รณรงค์ให้สมาชิกในชุมชนมีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค การกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้นำต้องสามารถประสานเครือข่ายหน่วยงานให้เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

ในระดับชุมชน สมาชิกต้องมีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคต่อสุขภาพของตนเอง มีกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง สมาชิกต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรม ในชุมชนควรส่งเสริมให้มีตลาดหรือแหล่งอาหารปลอดภัย ที่รองรับความต้องการของสมาชิกในชุมชน ลดการนำเข้าผักและอาหารถุง จากภายนอกชุมชน ตลอดจน ควรมีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของสมาชิกในทุกด้าน

ในระดับนโยบาย ในพื้นที่ ภาาเครือข่าย และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมที่สร้างสรรค์ในด้านส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคระหว่างโรงเรียนและชุมชน และการสนับสนุนสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ควรมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแรงจูงใจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคของสมาชิกในชุมชนได้

ตารางที่ 4.10 แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนในชุมชนบ้านนาขวาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

กิจกรรม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ชุมชนมีศักยภาพในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชนตนเองได้	4.27	0.45	มาก
2. การดูแลสุขภาพสามารถเริ่มต้นที่ตนเองและในระดับชุมชนได้	4.35	0.48	มาก
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค การลดอาหารหวาน มัน เค็ม สามารถทำให้โรคลดลง	4.30	0.46	มาก
4. การลดการใช้สารเคมี สามารถลดการเกิดโรคของคนในชุมชนได้	4.10	0.37	มาก

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

กิจกรรม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
5. การออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นได้	4.30	0.46	มาก
6. การปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือน สามารถลดการเกิดโรคได้	4.20	0.46	มาก

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ความเห็นต่อแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคบริโภคในภาพรวม อยู่ที่ระดับเห็นด้วยในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 สำหรับผลการพิจารณารายข้อ พบว่า แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยการลดการดื่มสุรา เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยใน 3 ลำดับแรก ดังนี้ แนวทางการดูแลสุขภาพสามารถเริ่มต้นที่ตนเองและในระดับชุมชนได้ (\bar{X} เท่ากับ 4.35, S.D.เท่ากับ 0.48) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค การลดอาหารหวาน มัน เค็ม สามารถทำให้โรคลดลง (\bar{X} เท่ากับ 4.30, S.D.เท่ากับ 0.46) และ แนวทางการออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นได้ (\bar{X} เท่ากับ 4.30, S.D.เท่ากับ 0.46) ตามลำดับ

3. แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชนบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดแพร่

3.1 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือ

พบว่า สมาชิกในชุมชน ขาดความตระหนัก ในเรื่องการจัดการขยะที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสภาพแวดล้อมเกิดมลพิษ และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ การจัดการขยะของชุมชนบ้านช่วงบุก สมาชิกในชุมชนยังคงมีการจัดการขยะด้วยการเผา การฝัง และการทิ้งลงแม่น้ำสาธารณะของชุมชน ซึ่งเป็นความเคยชินที่มีการปฏิบัติกันมายาวนาน ในด้านการประกอบอาชีพการเกษตร พบว่ายังคงมีการใช้สารเคมี เพื่อเร่งผลผลิตและกำจัดศัตรูพืช ในพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้ผู้นำของชุมชนบ้านช่วงบุกและผู้นำชุมชนใกล้เคียง ตลอดจนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไร่ เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา การจัดการขยะที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม ยังมีการทิ้งขยะลงแม่น้ำลำคลอง การเผาขยะ และ การใช้สารเคมีในการเกษตร พฤติกรรมจัดการขยะ และการใช้สารเคมี ของสมาชิกในชุมชน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ได้รับจากแหล่งน้ำสาธารณะที่สมาชิกในชุมชนใช้เป็นแหล่งน้ำ

เพื่ออุปโภคและบริโภค ผื่นดินเนื่องจากการฝังและเผาขยะเคมีอันตราย อากาศที่มีมลภาวะ จาก การเผาขยะ และ การใช้สารเคมีในการเกษตร ปัญหาต่างๆเหล่านี้ได้ทำให้หน่วยงานในพื้นที่ ได้ ร่วมกันนำเสนอกิจกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดีของสมาชิกในชุมชน กิจกรรม ที่มีการดำเนินการในชุมชนบ้านช่วงบูก ประกอบด้วย

- 1) กิจกรรมสำรวจแหล่งทิ้งขยะ และวิธีการจัดการขยะของแต่ละครัวเรือน
- 2) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม กับ ผลกระทบในด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชน พร้อมทั้งเสนอแนะทางเลือกในการจัดการขยะที่ เหมาะสม
- 3) กิจกรรมอบรมการทำปุ๋ยหมักชีวภาพจากขยะเปียก ขยะในครัวเรือน ประเภท เศษอาหาร เศษผัก ผลไม้ ต่างๆ เพื่อให้ได้ปุ๋ยชีวภาพที่นำไปใช้ลดสารเคมีในครัวเรือนและในแปลง เกษตร
- 4) กิจกรรมรณรงค์การคัดแยกขยะ ด้วยการจัดผ้าป่าขยะ นำขยะที่มีการคัดแยกใน ครัวเรือน มาขายให้กับผู้ประกอบการ ณ จุดรับซื้อที่ชุมชนจัดให้ และนำรายได้มอบให้กับกองทุน พัฒนาชุมชน
- 5) กิจกรรมติดตามผลการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมในเรื่องจัดการขยะ การทำ ปุ๋ยหมักเพื่อลดการใช้สารเคมี
- 6) กิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับชุมชน ใกล้เคียง เนื่องจากการใช้แหล่งน้ำสาธารณะร่วมกัน

3.2 ความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจาก การจากการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน

พบว่า แนวทางการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจาก การจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน

ในระดับผู้นำชุมชน ควรมีข้อมูลผลกระทบที่ชัดเจน มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วย การเป็นโรคที่เกิดจากผลกระทบของสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีต่อสุขภาพของสมาชิกในชุมชนให้กับ สมาชิกในชุมชนทราบ ผู้นำควรมีความพร้อมในการเป็นผู้นำทางความคิดและเป็นแบบอย่างในการ ดำเนินกิจกรรม และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในการ รณรงค์ให้สมาชิกในชุมชนมีความตระหนัก ต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม การ กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้นำต้องสามารถประสานเครือข่าย หน่วยงานให้เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

ในระดับชุมชน สมาชิกต้องมีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของตนเอง มีกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุนกิจกรรมที่สร้างกระแสรณรงค์ให้เกิดจิตสำนึกรักสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ในทุกวัย ทุกกลุ่มคน มีตลาดรับซื้อขยะเพื่อรองรับขยะที่สมาชิกได้คัดแยกประเภทแล้ว

ในระดับนโยบาย ในพื้นที่ ภาาติเครือข่าย และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม การสร้างมาตรการเพื่อบังคับใช้ในระดับชุมชนและในระดับตำบลตามบริบท เช่น มาตรการการดูแลแหล่งน้ำร่วมกัน การดูแลถนนร่วมกัน เป็นต้น เพื่อให้มีการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ตลอดจนการสนับสนุนสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของสมาชิกในชุมชน

ตารางที่ 4.11 แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชนบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดแพร่

กิจกรรม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ชุมชนมีศักยภาพในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชนตนเองได้	4.35	0.58	มาก
2. การดูแลสุขภาพสามารถเริ่มต้นที่ตนเองและในระดับชุมชนได้	4.22	0.48	มาก
3. ชุมชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะในครัวเรือนได้	4.45	0.55	มาก
4. การลดการใช้สารเคมี สามารถลดการเกิดโรคของคนในชุมชนได้	4.38	0.49	มาก
5. การออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นได้	4.45	0.50	มาก
6. การปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือนสามารถลดการเกิดโรคได้	4.45	0.50	มาก
7. การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้สารเคมีที่มีผลต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม	4.32	.526	มาก

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ความเห็นต่อแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้วยการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชนในภาพรวม อยู่ที่ระดับเห็นด้วยในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 สำหรับผลการพิจารณารายข้อ พบว่า แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยการลดการดื่มสุรา เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยใน 3 ลำดับแรก ดังนี้ แนวทางที่ชุมชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพได้ (\bar{X} เท่ากับ 4.45, S.D.เท่ากับ 0.55) แนวทางการออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นได้ (\bar{X} เท่ากับ 4.45, S.D.เท่ากับ 0.50) และ แนวทางการการปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือน สามารถลดการเกิดโรคได้ (\bar{X} เท่ากับ 4.45, S.D.เท่ากับ 0.50) ตามลำดับ



บทที่ 5

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เรื่อง การศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในเขตภาคเหนือ 3 ชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 2 ข้อ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในเขตภาคเหนือ

2. เพื่อเสนอแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ

ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย การศึกษาเอกสาร บทความ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการหาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับสภาพทางกายภาพของชุมชนบ้านแม่ข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน เป็นชุมชนหนึ่งที่มีปัญหาสุราและมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการลดการดื่มสุราในชุมชน ชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นชุมชนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพที่มาจากพฤติกรรมการบริโภคและมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการปรับพฤติกรรมการบริโภคในชุมชน และชุมชนบ้านข่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ เป็นชุมชนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพที่มาจากพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน การศึกษาใน 3 ชุมชน เป็นการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในเขตภาคเหนือ และข้อเสนอแนะแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ในขั้นตอนที่ 1 มีสมาชิกในแต่ละชุมชนที่เป็นตัวแทนของชุมชนในเขตภาคเหนือ จำนวน 3 ชุมชน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เพื่อตอบแบบสอบถามจำนวน 120 คน ได้แก่ สมาชิกที่พักอาศัยในชุมชน บ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน จำนวน 40 คน สมาชิกที่พักอาศัยในชุมชน บ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 40 คน และสมาชิกที่พักอาศัยในชุมชน บ้านข่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 40 คน ในขั้นตอนที่สอง เป็นกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อให้ได้ข้อมูลในการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ มีประชากรที่ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้นำชุมชนที่เป็น

ทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสามารถสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ตัวแทนแหล่งทุน ที่ให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่จำนวน 12 คน จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก รวม 156 คน ผู้ให้ข้อมูลหลักเหล่านี้ เป็นแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ การปฏิบัติเกี่ยวกับดูแลสุขภาพของคนในชุมชน กระบวนการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนและพัฒนาการทางการดำเนินการดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยหลักแนวคิด ทฤษฎีและรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ทำแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนี้ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านให้คะแนนเพื่อใช้ในการหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (OIC: Index of Item-Objective Congruence) และคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่ได้ค่า IOC .67 ขึ้นไปเพื่อนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มประชากรในชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวมทั้งสิ้น 30 คน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ชัดเจนของภาษาที่ใช้ และคะแนนที่ได้นำไปตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึง ผู้ใหญ่บ้านบ้านแม่ป่า บ้านนาควาง และบ้านช่วงบุก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสมาชิกในชุมชน จากนั้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถามโดยการหาค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในเขตภาคเหนือ ที่มีลักษณะแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ที่ได้จากคำถามปลายเปิด โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามในการสำรวจขั้นตอนที่ 1 จัดทำเป็นประเด็นสนทนากลุ่ม เพื่อขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากตัวแทนสมาชิกในชุมชน ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน เพื่อวิเคราะห์และนำเสนอแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในขั้นตอนการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) รวม 12 คน โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มสนทนาแบ่งเป็นชุมชนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในขั้นตอนนี้ ได้แก่ประเด็นสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น จากข้อมูลที่ได้รวบรวมจากแบบสอบถามในการสำรวจในขั้นตอนที่ 1 นำมาจัดการสนทนาโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเอง และมีผู้จดบันทึกการสนทนา (note taker) จำนวน 2 คน ตลอดการสนทนากลุ่ม มีการบันทึกเสียงการสนทนาด้วยเครื่องบันทึกเสียง นอกจากนี้ยังมีผู้ช่วยทั่วไปอีก 2 คน ซึ่งจะทำหน้าที่ในการควบคุมเครื่องบันทึกเสียงและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ดำเนินการสนทนาและผู้จดบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

1. สรุปการวิจัย

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ภาพรวมของปัญหาสุขภาพของชุมชนในเขตภาคเหนือ ที่ได้ทำการศึกษา ใน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบ้านแม่ป่าข่า อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ชุมชนบ้านนาควาง ตำบลดอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง และชุมชนบ้านข่วงบุก อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ซึ่งได้ทำแบบสอบถามในสมาชิกของทั้งสามชุมชน ชุมชนละ 40 คน รวมผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 120 คน ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์จากแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54 ผู้ตอบส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 40.8 ระดับการศึกษาของผู้ตอบส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 95.1 ผู้ตอบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 45 และ อาชีพเกษตรกรร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทถึงร้อยละ 67.5 ในด้านการออก

กำลังกาย ร้อยละ 87.5 มีการออกกำลังกายด้วยการเดิน ร้อยละ 57.6 และมีรายได้ตั้งแต่ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 23.3 ในด้านของภาพรวมสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย ด้วยการเดิน ร้อยละ 66 การวิ่ง ร้อยละ 17.6 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.3 และมีโรคประจำตัวจำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.7 ซึ่งในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.9 เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ผู้ตอบส่วนใหญ่ เลือกวิธีไปพบแพทย์ร้อยละ 72.5 รองลงมา คือ การไปพบแพทย์ และมีการดูแลสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย ร้อยละ 10.8

1.2 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน

ผู้วิจัยขอเสนอสภาพปัญหาและความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนที่เป็นตัวแทนของชุมชนในเขตภาคเหนือ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังนี้

1.2.1 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนภาคเหนือการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน เป็นชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาคัดค้านการดื่มสุราในชุมชน เป็นพื้นที่ในการศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการลดการดื่มสุรา พบว่า สมาชิกในชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน มีปัญหาคัดค้านการดื่มสุรา โดยเฉพาะในช่วงเวลาเลิกงาน และช่วงเทศกาลต่างๆ เช่น เทศกาลสงกรานต์ งานบุญประเพณีต่างๆของท้องถิ่น เป็นต้น การดำเนินกิจกรรมเริ่มต้นจาก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทาปลาดุกถึงเห็นปัญหาด้านสุขภาพและการเป็นแบบอย่างในด้านพฤติกรรมการดื่มสุราของพ่อแม่ผู้ปกครอง ประกอบกับสมาชิกในชุมชนบางส่วนยังคิดว่าปัญหาคัดค้านการดื่มสุราเป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ได้เป็นปัญหาใหญ่ของครอบครัวและชุมชน ในขณะที่กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน(อสม.)และสมาชิกส่วนใหญ่ของชุมชนมีความเห็นว่า การดื่มสุราของสมาชิกในชุมชน ควรได้รับการให้ข้อมูลปัญหาและนำไปสู่การแก้ไขในแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

1.2.2 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนของคนในชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นชุมชนที่มีการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค เป็นพื้นที่ในการศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชนบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง สมาชิกในชุมชน ส่วนใหญ่มีความรู้ในเบื้องต้นว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพ สมาชิกส่วนใหญ่ยังคงใช้ชีวิตดั้งเดิม มีการปลูกผักในครัวเรือน มีแปลงผักที่ปลูกเองในครัวเรือน

อย่างน้อย 1 แปลง ประเภทผักที่ปลูกเป็นผักพื้นบ้าน เช่น ตะไคร้ พริก ต้นหอม ผักชี มะเขือ เป็นต้น แต่เนื่องจากความเร่งรีบในการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ ทำให้สมาชิกในชุมชนบางส่วนเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่สะดวกกับระยะเวลา ง่ายต่อการจัดการ การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เริ่มต้นจาก กลุ่มผู้นำ ซึ่งมีสถานะเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) ได้รับทราบข้อมูล การเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของสมาชิกในชุมชน ที่มีเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับ การสังเกตของกลุ่มผู้นำที่มีร้านค้าขายของชำและแผงผักในชุมชน จะมีสมาชิกไปซื้อผักไปประกอบอาหารเพิ่มมากขึ้น ผู้นำชุมชน กลุ่ม อสม. มีการนำข้อมูลปัญหาดังกล่าว เสนอในที่ประชุมร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาควาง เพื่อให้มีการดำเนินกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมบริโภค

1.2.3 สภาพปัญหา และความต้องการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดแพร่ ที่เป็นชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมในการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นพื้นที่ในการศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน พบว่า สมาชิกในชุมชน ขาดความตระหนัก ในเรื่องการจัดการสภาพแวดล้อม ในเรื่องการจัดการขยะ ยังคงมีการจัดการด้วยการเผา การฝัง และการทิ้งลงแม่น้ำสาธารณะของชุมชน ในด้านการประกอบอาชีพการเกษตร พบว่า ยังคงมีการใช้สารเคมี เพื่อเร่งผลผลิตและกำจัดศัตรูพืช ในพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้ผู้นำของชุมชนบ้านช่วงบุกและผู้นำชุมชนใกล้เคียง ตลอดจน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไร่ เห็นถึงความสำคัญของปัญหา ขยะ ที่ทิ้งลงแม่น้ำลำคลอง การเผาขยะ และ การใช้สารเคมีในการเกษตร จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยผ่านแม่น้ำสาธารณะที่สมาชิกในชุมชนใช้เป็นแหล่งน้ำเพื่ออุปโภคและบริโภค ผืนดิน และอากาศที่มีมลภาวะ ทั้งจากการเผาขยะ และ การใช้สารเคมีในการเกษตร เกิดเป็นภาคีความร่วมมือของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไร่และกลุ่มผู้นำชุมชนห้วยปากทอด ได้ร่วมกันนำเสนอกิจกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดีของสมาชิกในชุมชน

1.3 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

1.3.1 แนวทางดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มสุรา พบว่า

1) ในระดับผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรา ที่เป็นผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิกและผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในชุมชน ควรพร้อมเป็นแบบอย่าง และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในการ ป้องกันบรรณงค์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา กิจกรรมการแก้ไขปัญหาสุรา การสร้างมาตรการและการบังคับใช้กฎหมาย

ตามพรบ.เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับร้านค้าในชุมชนที่มีการจำหน่ายสุราให้กับเด็กและเยาวชน อายุต่ำกว่า 20 ปี

2) ในระดับชุมชน สมาชิกต้องมีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคมชุมชน เห็นผลกระทบของปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น การใส่ใจ ห่วงใยลูกหลาน การให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล การเป็นแบบอย่างและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ตลอดจนการมีกระบวนการของชุมชนส่งเสริมให้เป็นบุคคลตัวอย่าง และการณรงค์ให้ความรู้กับสมาชิกอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรามากขึ้น

3) ในระดับนโยบาย ในพื้นที่ ภาาติเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมที่สร้างสรรค์ของเด็กและเยาวชน และการสนับสนุนสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน รณรงค์ การให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการดื่มสุรา เป็นต้น

1.3.2 แนวทางการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชน พบว่า

1) ในระดับผู้นำชุมชน ควรมีข้อมูลผลกระทบที่ชัดเจน มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วย โรคที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคของสมาชิกในชุมชนให้กับสมาชิกในชุมชนทราบ ผู้นำควรมีความพร้อมในการเป็นผู้นำทางความคิดและเป็นแบบอย่างในการดำเนินกิจกรรม และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในการ รณรงค์ให้สมาชิกในชุมชนมีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภค การกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้นำต้องสามารถประสานเครือข่ายหน่วยงานให้เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

2) ในระดับชุมชน สมาชิกต้องมีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการบริโภคต่อสุขภาพของตนเอง มีกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง

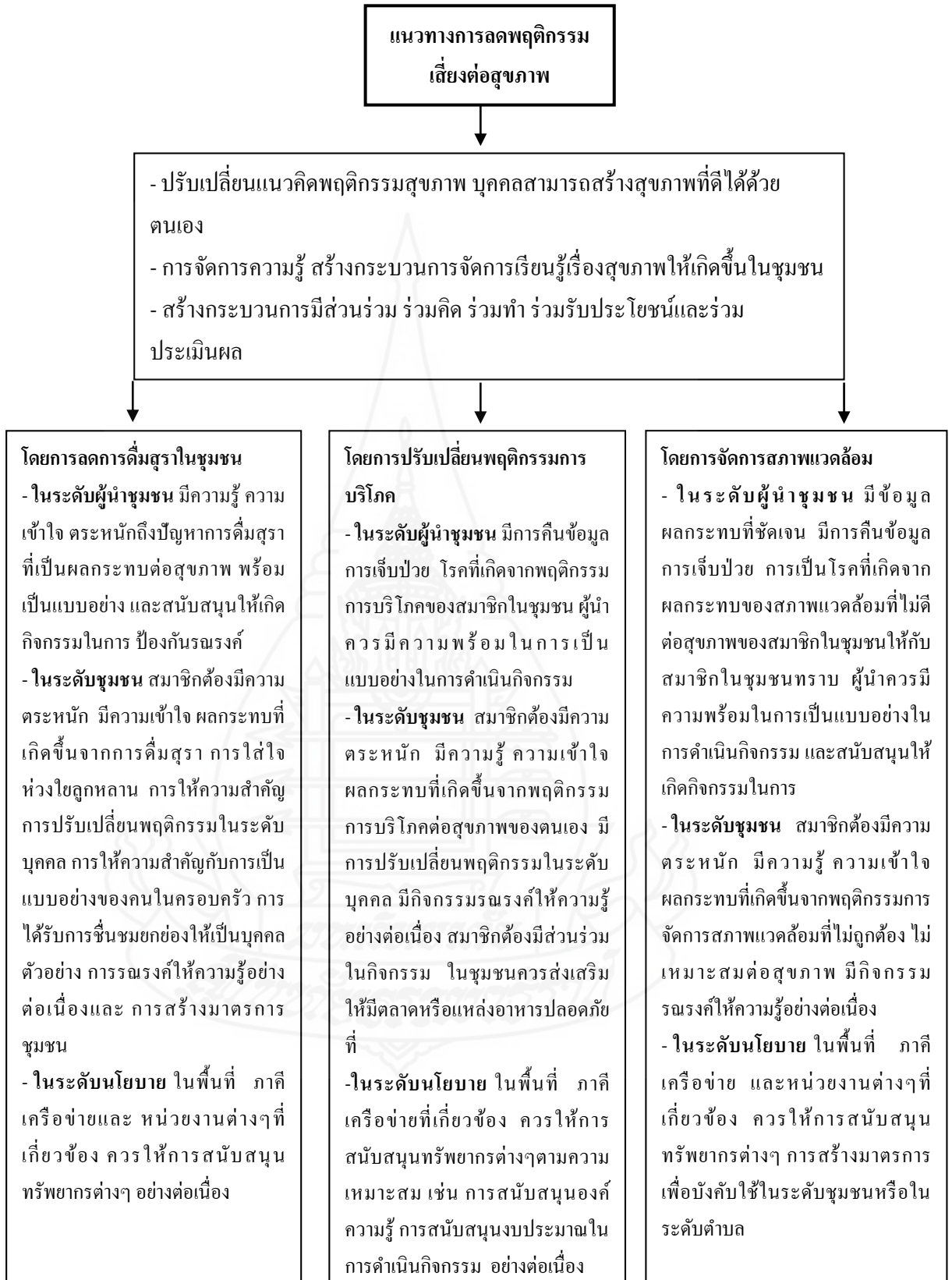
3) ในระดับนโยบาย ในพื้นที่ ภาาติเครือข่าย และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมที่สร้างสรรค์ในด้านส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคระหว่างโรงเรียนและชุมชน และการสนับสนุนสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

1.3.3 แนวทางการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน พบว่า

1) ในระดับผู้นำชุมชน ควรมีข้อมูลผลกระทบที่ชัดเจน มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วย การเป็นโรคที่เกิดจากผลกระทบของสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีต่อสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ให้กับสมาชิกในชุมชนทราบ ผู้นำควรมีความพร้อมในการเป็นผู้นำทางความคิดและเป็นแบบอย่างในการดำเนินกิจกรรม และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในการ รณรงค์ให้สมาชิกในชุมชนมีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม การกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้นำต้องสามารถประสานเครือข่ายหน่วยงานให้เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

2) ในระดับชุมชน สมาชิกต้องมีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของตนเอง มีกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพื้นที่และความต้องการของสมาชิกในชุมชน

3) ในระดับนโยบาย ในพื้นที่ ภาครีเครือข่าย และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมที่สร้างสรรค์ในด้านส่งเสริมพฤติกรรมกรบรีโภคระหว่างโรงเรียนและชุมชน การสร้างมาตรการเพื่อบังคับใช้ในระดับชุมชนและในระดับตำบลตามความเหมาะสม เพื่อให้มีการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ตลอดจนการสนับสนุนสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ



ภาพที่ 5.1 แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

2. อภิปรายผล

การศึกษาการศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ มีประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยจะนำมาอภิปราย ดังนี้

2.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาวิเคราะห์พบว่า จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 120 คน ที่เป็นตัวแทนสมาชิกชุมชนบ้านแม่ป่าข่า ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน สมาชิกบ้านนาควาง ตำบลคอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง และบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ มีทั้งเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี และมีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี มีสุขภาพแข็งแรง ในส่วนที่มีโรคประจำตัว โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพชุมชนในเขตภาคเหนือ ในปี 2554 ที่ผ่านมาระบุว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรค ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของพื้นที่ 8 จังหวัด ภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ.2554 มีจำนวนผู้ป่วยสะสม เท่ากับ 343,583 ราย อัตราความชุก เท่ากับ 11,217.43 ต่อประชากรแสนคน โรคที่มีอัตราความชุกสูงสุด คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 219,239 ราย คิดเป็น 7,157.80 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 88,790 ราย คิดเป็น 2,898.85 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 17,977 ราย คิดเป็น 586.92 ต่อประชากรแสนคน และ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17,577 ราย คิดเป็น 573.86 ต่อประชากรแสนคน (กลุ่มระบาดวิทยาและข่าว กรองสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ภาคเหนือตอนบน. 2554)

2.2 สภาพปัญหาและความต้องการต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชนภาคเหนือ

มีการศึกษาวิจัยใน 3 ด้าน ได้แก่ การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการลดปัญหาการดื่มสุรา การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน

ด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้วยการลดปัญหาการดื่มสุรา ในระดับของความพึงพอใจผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สมาชิกในชุมชนให้ความร่วมมือในกิจกรรมในระดับหนึ่ง การดำเนินงานยังไม่เห็นผลการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน ปัญหาที่สำคัญได้แก่ สมาชิกในชุมชนส่วนหนึ่งยังมีความคิดเห็นว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องส่วนบุคคล ยังไม่ใช่ปัญหาในระดับชุมชนที่จะต้องร่วมกันแก้ไขอย่างจริงจัง การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุรา ควรเริ่มต้นจากการทำให้ผู้นำและสมาชิกในชุมชนเข้าใจ และตระหนักถึงปัญหา เพื่อนำไปสู่แนวทางและการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาสุราโดยชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับที่เจมส์ค็อกซ์

ปิ่นทอง (พ.ศ.2526, หน้า 10) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมว่า เริ่มจากการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผนดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหา การปฏิบัติงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการติดตามประเมินผล แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการลดการดื่มสุราที่ได้จากการศึกษาวิจัย ได้แก่

2.2.1 ในระดับผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรา ที่เป็นผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิกและผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในชุมชน ควรพร้อมเป็นแบบอย่าง และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในการ ป้องกันรณรงค์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา กิจกรรมการแก้ไขปัญหามสุรา

2.2.2 ในระดับชุมชน ควรมีกระบวนการที่ส่งเสริมให้สมาชิกมีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคม ชุมชน เห็นผลกระทบของปัญหารูปธรรมที่เกิดขึ้น การใส่ใจ ห่วงใยลูกหลาน การให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล การเป็นแบบอย่างและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว การสร้างมาตรการและการบังคับใช้กฎหมายตามพรบ.เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับร้านค้าในชุมชนที่มีการจำหน่ายสุราให้กับเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี

2.2.3 ในระดับนโยบาย ในพื้นที่ ภาาติเครือข่ายและ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมที่สร้างสรรค์ของเด็กและเยาวชน และการสนับสนุนสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน รณรงค์ การให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการดื่มสุรา เป็นต้น

ด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ในระดับของความพึงพอใจ จากข้อมูลการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างและการทำสนทนากลุ่ม พบว่า สมาชิกมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจาก เห็นความสำคัญ เมื่อได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภค ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมบริโภค การดำเนินชีวิต ตลอดจนการดำเนินงานที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาควาง คอยให้กับสนับสนุน ทั้งในส่วนของข้อมูลสภาพปัญหาการเจ็บป่วยในพื้นที่ชุมชนบ้านนาควาง ส่งผลต่อ กระบวนการเรียนรู้และวางแผนการดำเนินงาน แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่ได้จากการศึกษาวิจัย ได้แก่

1) ในระดับผู้นำชุมชน ควรมีข้อมูลผลกระทบที่ชัดเจน มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วย โรคที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคของสมาชิกในชุมชนให้กับสมาชิกในชุมชนทราบ

ผู้นำควรมีความพร้อมในการเป็นผู้นำทางความคิดและเป็นแบบอย่างในการดำเนินกิจกรรม และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในการ รณรงค์ให้สมาชิกในชุมชนมีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภค การกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้นำต้องสามารถประสานเครือข่ายหน่วยงานให้เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

2) ในระดับชุมชน สมาชิกต้องมีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการบริโภคต่อสุขภาพของตนเอง มีกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง สมาชิกต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรม ในชุมชนควรส่งเสริมให้มีตลาดหรือแหล่งอาหารปลอดภัย ที่รองรับความต้องการของสมาชิกในชุมชน ลดการนำเข้าผักและอาหารถุง จากภายนอกชุมชน ตลอดจน ควรมีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของสมาชิกในทุกด้าน

3) ในระดับนโยบาย ในพื้นที่ ภาศิเครือข่าย และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมที่สร้างสรรค์ในด้านส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคระหว่างโรงเรียนและชุมชน และการสนับสนุนสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อส่งเสริมสุขภาพะ เป็นต้น ทั้งนี้หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ควรมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแรงจูงใจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของสมาชิกในชุมชนได้

ด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้วยการจัดการสภาพแวดล้อม ในระดับของความพึงพอใจ จากข้อมูลการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างและการทำสนทนากลุ่ม พบว่า สมาชิกมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องปัญหาสุขภาพและข้อมูลปัญหาสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อ กระบวนการเรียนรู้และวางแผนการดำเนินงาน แนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการจัดการสภาพแวดล้อม ที่ได้จากการศึกษาวิจัย ได้แก่

1) ในระดับผู้นำชุมชน ควรมีข้อมูลผลกระทบที่ชัดเจน มีการชี้แจงข้อมูลให้กับสมาชิกในชุมชนได้รับทราบ ในเรื่องการเจ็บป่วย การเป็นโรคที่เกิดจากผลกระทบของสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี ส่งผลต่อสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ผลกระทบจากการจัดขยะที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมโดยรวม ผู้นำควรมีความพร้อมในการเป็นผู้นำทางความคิดและเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในการ รณรงค์ให้สมาชิกในชุมชนมีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม การกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้นำต้องสามารถประสานเครือข่ายหน่วยงานให้เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

3) ในระดับชุมชน สมาชิกต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนัก ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของตนเอง มีกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สร้างกระแสรณรงค์ให้เกิดจิตสำนึกรักสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง มีการสร้างแรงจูงใจให้มีการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ ใน ในทุกวัย ทุกกลุ่มคน มีตลาดรับซื้อขยะเพื่อรองรับขยะที่สมาชิกได้คัดแยกประเภทแล้ว

4) ในระดับนโยบาย ในพื้นที่ ภาศิเครือข่าย และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม การสร้างมาตรการเพื่อบังคับใช้ในระดับชุมชนและในระดับตำบลตามบริบท เช่น มาตรการการดูแลแหล่งน้ำร่วมกัน การดูแลถนนร่วมกัน เป็นต้น เพื่อให้มีการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ตลอดจนการสนับสนุนสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของสมาชิกในชุมชน

จากการศึกษาแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ ในด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการลดปัญหาการดื่มสุรา การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน พบว่า ในแต่ละชุมชนที่มีการดำเนินงานด้านกิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มีความเห็นต่อแนวทางสอดคล้องกัน ในเรื่องการดำเนินงานในสามระดับ ได้แก่ ในระดับผู้นำ ระดับชุมชน และระดับภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูริวัจน์ อินทร์คุ้ม (2544) ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพอนามัย พบว่า โครงสร้างทางสังคมของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กันในระดับครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน องค์กรชุมชนและเครือข่ายการเรียนรู้ทั้งในและนอกชุมชน มีผลต่อการจัดการด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนในด้านการช่วยเหลือ เกื้อกูล การดูแลยามเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การตัดสินใจ การให้กำลังใจ การรวมกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหา และการประสานความช่วยเหลือจากภายนอกชุมชน เพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และชุมชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาด้านอนามัยเพราะชุมชนมีทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นกลไกทางสังคม เช่น ผู้นำ กลุ่ม/องค์กร ภูมิปัญญาชุมชนที่จะแสดงบทบาทของตนเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งการดำเนินงานในสามระดับ จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่เป็นส่วนสำคัญต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคเหนือ ดังนี้

1. องค์ความรู้และกระบวนการเรียนรู้ ในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจในประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การสร้างกิจกรรมรณรงค์ และกิจกรรมเพิ่มทักษะ การฝึกปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2542 : 77) การเรียนรู้ของมนุษย์ พบว่า การเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ เพราะการเรียนรู้ จะช่วยให้มนุษย์ดำรงอยู่ในสังคมได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงไปตามที่เราได้เรียนรู้มา ดังที่มีผู้ที่กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้คือ กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันเนื่องมาจากประสบการณ์ หรือมาจากการฝึกหัด ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจะเป็นพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร นอกจากนี้ ในด้านของการดำเนินกิจกรรมในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน เป็นการแสดงถึง ความพยายามในการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2531: 60) ได้พูดถึงการพึ่งตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพ ใช้แทนการไปหาบุคลากรทางการแพทย์หรือใช้ดูก่อน การดูแลรักษาเหล่านี้ทำได้ด้วยตนเอง ครอบครัว โดยคนรู้จัก หรือ โดยชุมชน รักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา เช่น ออกกำลังกาย อาหาร พักผ่อน เป็นต้น การดูแลรักษาตัวเองอาจทำคู่ไปกับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ ยังมีความสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก(The World Health Organization : WHO) ได้ประกาศว่าการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) คือ “ กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้น คือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์สำคัญ 5 ประการ คือ

- 1) การสร้างนโยบายสาธารณะทางด้านการดูแลสุขภาพ (Build Health Public Policy) ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
- 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี (Create Supportive Environments) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ชีวภาพและสังคม ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมของชีวิตประจำวัน ได้แก่ บ้าน ที่ทำงาน โรงเรียน ตลาด เส้นทางสัญจร
- 3) การทำให้พลังชุมชนเข้มแข็ง (Strengthen Community Action) การสร้างกระบวนการที่ทำให้กลุ่มและชุมชนมีพลังและความสามารถในการร่วมมือกันดำเนินการ เพื่อปรับเปลี่ยนชีวิตและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
- 4) การพัฒนาทักษะให้แก่บุคคล (Develop Personal Skills) คือการให้การศึกษาเรื่องสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทราบถึงเหตุผล และทางเลือกในการควบคุมสุขภาพของตนเอง และสิ่งแวดล้อม
- 5) การปรับปรุงทิศทางของระบบการบริการด้านสุขภาพ (Reorient Health Service) โดยการปรับเปลี่ยนการให้บริการ จากเดิมที่มุ่งเน้นการซ่อมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การรักษา

โรคภัยไข้เจ็บ ณ ปลายเหตุ มาเป็นการมุ่งสร้างสุขภาพ เพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ เป็น การแก้ปัญหาที่ต้นเหตุก่อน (กรมอนามัย : 2558)

2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ตั้งแต่กระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบและร่วมประเมินผล เพื่อนำไปสู่การพัฒนา แก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญา วงษ์พรหม (2536: 136) ในการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา ได้รับการยอมรับและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานพัฒนา กระบวนการของการมีส่วนร่วมมิได้ขึ้นอยู่กับการริเริ่มหรือการวางแผนโดยรัฐ แต่ความสำเร็จนั้น อยู่ที่ประชาชนในชุมชนต้องมามีส่วนร่วมในกระบวนการอย่างเป็นทางการเป็นอิสระ เน้นการทำงานในรูป กลุ่มหรือองค์กรชุมชนที่มีวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมอย่างชัดเจน พลังของกลุ่มเป็นปัจจัยสำคัญทำ ให้งานพัฒนาต่างๆ บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ผู้นำชุมชน สมาชิกในชุมชน ที่สนใจสามารถใช้แนวทางในการดำเนิน กิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพไปปรับใช้ในชุมชนได้

3.1.2 ผู้นำชุมชน ควรประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแก้ไข ปัญหาสุขภาพเข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่าย ในการดำเนินกิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพใน ชุมชน02

3.1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเปิดโอกาสและส่งเสริมให้ชุมชน เข้าไปมีส่วนร่วมใน การจัดกิจกรรม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีแนวทางการลดพฤติกรรม เสี่ยงต่อสุขภาพในด้านอื่นๆร่วมด้วย เช่น ชุมชนที่มีกิจกรรมแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อ สุขภาพโดยการส่งเสริมการลดการสูบบุหรี่ในชุมชน เป็นต้น

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2540). ประชาสังคม: ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ. ใน
บทวิเคราะห์ทางวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- _____. (2545). มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ. กรุงเทพฯ:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2530). การพึ่งตนเอง ศักยภาพในการพัฒนาของชนบท. กรุงเทพฯ: รุ่งเรือง
ศาสน์การพิมพ์.
- _____. (2538). การพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน โดยถือเอามนุษย์เป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ:
สภาคาทอติกแห่งประเทศไทย.
- การพัฒนาสังคม. (2558). สถาบันส่งเสริมและพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้. สืบค้นเมื่อวันที่ 20
กรกฎาคม 2558 จาก http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/so02/so20_5.html.
- ชุมทรัพย์ความรู้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2558 จาก
www.kcenter.anamai.moph.go.th/download.php?info_id=1166
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. ใน ทวีทอง หงส์วิวัฒน์
บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- ฉอ้าน วุฒิกรรมาธิกา. (2526). ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของ
ประชาชนในโครงสร้างงานในชนบท. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์บัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ชาติชาย ณ เชียงใหม่. (2530). เอกสารประกอบการสอนกระบวนการวิชาการรัฐประศาสนศาสตร์
นโยบายและการบริหารงานชนบทไทย. กรุงเทพฯ.
- นิตยา พันธุเวทย์ และ นุชรี อาบสุวรรณ (2558). สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
สืบค้น เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2558 จาก www.thaincd.com/document/file/news.
- บัณฑิต อ่อนคำ และคณะ. (2544). การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. เชียงใหม่. หจก.
เชียงใหม่.บี.เอส. การพิมพ์.
- เบญจมาศ นันดาภิราษ. (2552). กระบวนการพึ่งพาตนเองในด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนแม่ฮ่อง
พัฒนา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ประเวศ วะสี. (2536). *องค์รวมแห่งสุขภาพ ทศนะใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชีวิตและการบำบัดรักษา*.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- _____. (2536). *แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- _____. (2536). *การระดมสรรพกำลังเพื่อการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: วารสารการศึกษาแห่งชาติ.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล (2558) สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2558 จาก
<http://ipsr.healthrepository.org/browse?type=author&value>.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. (2543). *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*.
กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ และคณะ. (2533). *พฤติกรรมสุขภาพ*. เครือข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ
ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ธีรพงศ์ แก้วหาวงษ์. (2543). *ทศวรรษใหม่การสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาสุขภาพเพื่อมวลชน*.
ขอนแก่น. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- ภูริวัจน์ อินทร์คุ้ม. (2544). *ศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพอนามัย*.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.
- มัลลิกา มดีโก. (2534). *คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ชุดที่ 1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม
สุขภาพ*. โครงการข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และ
สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2538). *ความเชื่อและภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพการแพทย์ทางเลือก
ของหมู่บ้าน (Alternative Medicine)*. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการการองค์
ความรู้เกี่ยวกับหมู่บ้าน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เวนเกอร์, เอเดียน, เมกเคอร์มีอท, ริชาร์ด และ ชไนเดอร์, วิลเลียม เอ็ม. (2547) *ชุมชนแนวปฏิบัติ :
การจัดการความรู้สายพันธุ์ใหม่*. แปลโดย พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ. กรุงเทพฯ.
อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. (2558). สืบค้นเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2558 จาก
<http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php?pn=2>.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2555). สืบค้น เมื่อวันที่ 30 มกราคม
2558 จาก www.thaihealth.or.th.
- เอกวิทย์ ณ ถลาง. (2540). *ภูมิปัญญาชาวบ้านกับกระบวนการเรียนรู้และการปรับตัวของชาวบ้าน
ไทย*. กรุงเทพฯ. มูลนิธิภูมิปัญญา.

- อคิน รพีพัฒน์. (2527). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย : การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา*. ใน ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- อภิชาติ ทองอยู่. (2530). *พึ่งตนเองในชนบทอีกบทหนึ่งของการทบทวนโลกทัศน์แห่งการพึ่งตนเอง*. สถาบันวิจัยพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แบบสอบถามแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชน



**แบบสอบถามแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชน
(ในด้านการลดการดื่มสุรา)**

แบบสำรวจเลขที่.....

ชุมชนบ้าน

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นแบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในชุมชน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน เพื่อจะได้ทราบถึงสถานะพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในชุมชนและความต้องการแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จึงขอความร่วมมือจากท่านตอบแบบสำรวจโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความในช่องที่เว้นไว้ให้ตรงกับข้อมูลความเป็นจริงของท่าน

2. แบบสอบถามมี 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี
 - 2) ปริญญาตรี
 - 3) สูงกว่าปริญญาตรี
 - 4) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ.....รายได้.....บาทต่อเดือน
6. ปัจจุบันท่านออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1) <input type="checkbox"/> เดิน	2) <input type="checkbox"/> วิ่งเหยาะ ๆ	3) <input type="checkbox"/> เต้นแอโรบิค
4) <input type="checkbox"/> ว่ายน้ำ	5) <input type="checkbox"/> ปั่นจักรยาน	6) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- 1) ไม่มี 2) มีโรคประจำตัว โปรดระบุ.....

8. วิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น หรือ การบำบัดรักษาของท่าน

- 1) ซื้อยาที่ร้านขายยามารับประทาน
 2) ไปพบแพทย์
 3) กินยาต้ม / ยาสมุนไพร
 4) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. คุณดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน

- () ไม่เคย () เดือนละครั้ง () 2-4 ครั้ง/เดือน () 2-4 ครั้ง/สัปดาห์

- () 4 ครั้ง/สัปดาห์ () อื่นๆ ระบุ

2. ในแต่ละครั้งที่คุณดื่ม คุณดื่มในระดับใด

- () 1 แก้ว () มีน้า วิงเวียนศรีษะเล็กน้อย () เมากลับบ้านไม่ได้ /เพื่อนไปส่งเป็นประจำ

- () อื่นๆ ระบุ

3. คุณดื่มสุราเพื่อสาเหตุใด

- () เพื่อเข้าสังคม/งานเลี้ยง () เพื่อฉลองกับเพื่อนๆตามวาระต่างๆ () ดื่มหลังเลิกงานเพื่อพูดคุยกับเพื่อน

- () ดื่มเพราะมีปัญหาชีวิต () ดื่มเพราะเชื่อว่าเป็นยา () อื่นๆ ระบุ

4. เคยมีญาติหรือเพื่อนๆ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ แสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่มของคุณหรือไม่

- () เคย () ไม่เคย

5. ท่านรับทราบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราหรือไม่

- () มี () ไม่มี

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มสุราในชุมชน

3.1 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการลดการดื่มสุรา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในเรื่องเหล่านี้หรือไม่	เคย	ไม่เคย	ระดับความพึงพอใจ			
			เฉยๆ	พอใจ	พอใจมาก	พอใจมากที่สุด
1. กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ						
2. กิจกรรมการอบรมโทษของการดื่มสุรา						
3. กิจกรรมเกี่ยวกับการงดเหล้าเข้าพรรษา						
4. กิจกรรมงดเหล้าในงานศพ						
5. กิจกรรมงดเหล้าในงานบุญประเพณี						
6. กิจกรรมครอบครัวอบอุ่น ชุมชนลดเหล้า						
7. กิจกรรมศึกษาดูงานชุมชนที่มีการดำเนินงานลดสุราในชุมชน						
8. อื่นๆ เช่น						

3.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการดื่มสุราของคนใน

ชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ทัศนคติต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยง	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	อย่างยิ่ง	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	อย่างยิ่ง
1. ชุมชนมีศักยภาพในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชนตนเองได้				
2. การดูแลสุขภาพสามารถเริ่มต้นที่ตนเองและในระดับชุมชนได้				
3. การออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นได้				

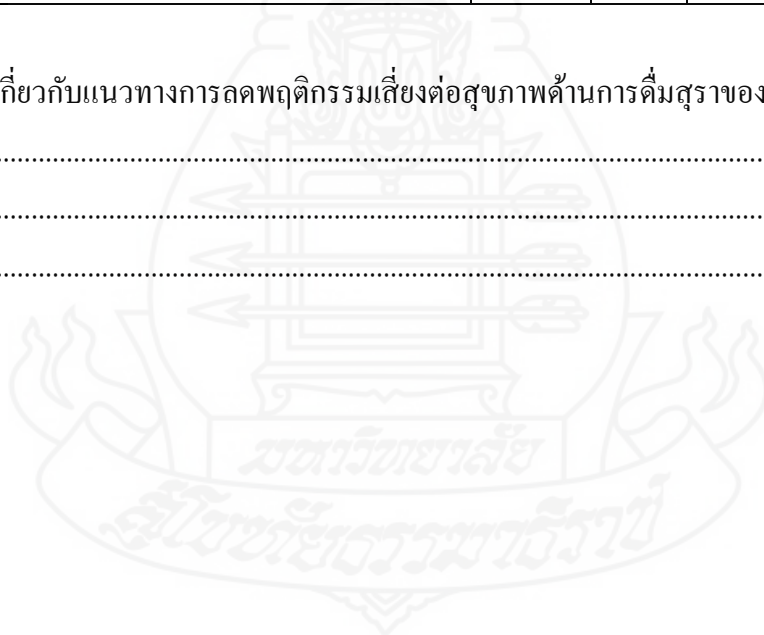
ทัศนคติต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4. การลดการดื่มสุราสามารถสร้างเป็นมาตรการ ชุมชนได้					
5. การได้รับข้อมูล ความรู้ผลกระทบจากสุราทำ ให้สามารถลดการดื่มได้					
6. ควรจำกัดพื้นที่การดื่มในชุมชนอย่างจริงจัง เช่น วัด ศาลาหรือพื้นที่ส่วนกลางของชุมชน					
7. การให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมสร้าง ความสัมพันธ์ในครอบครัว สามารถลดพฤติกรรม การดื่มได้					
8. ควรสนับสนุนกิจกรรมเยาวชนที่สร้างสรรค์ เพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่					

ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้านการดื่มสุราของคนในชุมชน

.....

.....

.....



แบบสอบถามแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชน(ในด้านการบริโภค)

แบบสำรวจเลขที่.....

ชุมชนบ้าน

คำชี้แจง

3. แบบสอบถามนี้เป็นแบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในชุมชน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน เพื่อจะได้ทราบถึงสภาวะพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในชุมชนและความต้องการแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จึงขอความร่วมมือจากท่านตอบแบบสำรวจโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความในช่องที่เว้นไว้ให้ตรงกับข้อมูลความเป็นจริงของท่าน

4. **แบบสอบถามมี 3 ส่วนคือ**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี
 - 2) ปริญญาตรี
 - 3) สูงกว่าปริญญาตรี
 - 4) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ.....รายได้.....บาทต่อเดือน
6. ด้านพฤติกรรมการบริโภค
 - 1) ผลิตเอง/ปลูกผักไว้รับประทานเอง
 - 2) ชอบทานข้าวนอกบ้าน
 - 3) ชื่อของสดที่ตลาดสดของชุมชน
 - 4) ซุปเปอร์มาเก็ตใกล้บ้าน
 - 5) อื่น ๆ
7. ปัจจุบันท่านออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1) เดิน
 - 2) วิ่งเหยาะ ๆ
 - 3) เต้นแอโรบิค

- 4) ไข้กัก 5) ปั่นจักรยาน 6) อื่น ๆ
8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
- 1) ไม่มี
- 2) มีโรคประจำตัว โปรดระบุ.....
9. วิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น หรือ การบำบัดรักษาของท่าน
- 1) ซื้อยาที่ร้านขายยารับประทาน
- 2) ไปพบแพทย์
- 3) กินยาต้ม / ยาสมุนไพร
- 4) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรการบริโภค

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการบริโภค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

พฤติกรรมกรการบริโภค

6. ตามปกติท่านชอบรับประทานอาหารรสชาติใดมากที่สุด
- () หวาน () เฝื่อน () เค็ม () เปรี้ยว
- () จืด () มัน () อื่นๆ ระบุ
7. ตามปกติใน 1 วันท่านรับประทานอาหารมื้อใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () มื้อเช้า () มื้อพิเศษ/อาหารระหว่างมื้อ
- () มื้อกลางวัน
- () มื้อเย็น
8. ท่านปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้หรือไม่ บ่อยเพียงใด
- (ประจำ หมายถึง ปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์, บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์, นานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ1ครั้ง ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป, ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย)

พฤติกรรมกรบริโภค	ความถี่ของการปฏิบัติ			
	ประจำ	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
รับประทานอาหารที่ปรุงเอง				
ไปซื้ออาหารจากตลาด หาบเร่ แผงลอย				
ไปรับประทานที่ร้านอาหารนอกบ้าน				
อาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่				
ซื้อวัตถุดิบจากตลาด หาบเร่ แผงลอย				
รับประทานผักที่ปลูกผักไว้รับประทาน				
คัมน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน				
รับประทานเนื้อสัตว์ที่ติดมัน				
ใช้น้ำมันพืชประกอบอาหาร				

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการปรับพฤติกรรมกรบริโภคในชุมชน

3.1 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมปรับพฤติกรรมกรบริโภคในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในเรื่องเหล่านี้หรือไม่	เคย	ไม่เคย	ระดับความพึงพอใจ			
			เฉยๆ	พอใจ	พอใจมาก	พอใจมากที่สุด
1. กิจกรรมอบรมการลดบริโภค หวาน มัน เค็ม						
2. กิจกรรมอบรมความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพ						
3. กิจกรรมรณรงค์การบริโภคผักปลอดสารพิษในครัวเรือน						
4. กิจกรรมส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษในครัวเรือน โดยการแจกเมล็ดพันธุ์ผัก						
5. กิจกรรมอบรมปฏิบัติการทำปุ๋ยชีวภาพ						
6. กิจกรรมประกวดแปลงผักในบ้าน						

ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในเรื่องเหล่านี้หรือไม่	เคย	ไม่เคย	ระดับความพึงพอใจ			
			เฉยๆ	พอใจ	พอใจมาก	พอใจมากที่สุด
7. กิจกรรมตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและตรวจวัดความดัน						
8. กิจกรรมประกวดอาหารปลอดภัยในชุมชน						
9. อื่นๆ เช่น						

3.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ทัศนคติเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. ชุมชนมีศักยภาพในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชนตนเองได้						
2. การดูแลสุขภาพสามารถเริ่มต้นที่ตนเองและในระดับชุมชนได้						
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค การลดอาหารหวาน มัน เค็ม สามารถทำให้โรคลดลง						
4. การลดการใช้สารเคมี สามารถลดการเกิดโรคของคนในชุมชนได้						
5. การออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นได้						
6. การปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือน สามารถลดการเกิดโรคได้						

ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการปรับพฤติกรรม
บริโภคของคนในชุมชน

.....

.....

.....



**แบบสอบถามแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนในชุมชน(ด้านการจัดการ
สิ่งแวดล้อม)**

แบบสำรวจเลขที่.....

ชุมชนบ้าน

คำชี้แจง

5. แบบสอบถามนี้เป็นแบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในชุมชน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน เพื่อจะได้ทราบถึงสถานะพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในชุมชนและความต้องการแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จึงขอความร่วมมือจากท่านตอบแบบสำรวจโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความในช่องที่เว้นไว้ให้ตรงกับข้อมูลความเป็นจริงของท่าน

6. แบบสอบถามมี 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี
 - 2) ปริญญาตรี
 - 3) สูงกว่าปริญญาตรี
 - 4) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ.....รายได้.....บาทต่อเดือน
6. ปัจจุบันท่านออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1) <input type="checkbox"/> เดิน	2) <input type="checkbox"/> วิ่งเหยาะ ๆ	3) <input type="checkbox"/> เต้นแอโรบิค
4) <input type="checkbox"/> ว่ายน้ำ	5) <input type="checkbox"/> ปั่นจักรยาน	6) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- 1) ไม่มี 2) มีโรคประจำตัว โปรดระบุ.....

8. วิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น หรือ การบำบัดรักษาของท่าน

- 1) ซื้อยาที่ร้านขายยามารับประทาน
 2) ไปพบแพทย์
 3) กินยาต้ม / ยาสมุนไพร
 4) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน
 คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

9. ประเด็นขยะ

ตามปกติในครอบครัวท่านมีการจัดการขยะแบบใด

- () ทิ้งในถังขยะที่บ้านตัวเอง และรอรถเก็บขยะส่วนกลางมาจัดเก็บ
 () เผา
 () ฟังกลบ
 () ถังขยะส่วนกลางของชุมชน
 () คัดแยกประเภทขยะก่อนทิ้ง
 () ทิ้งข้างทาง แม่น้ำลำคลอง หรือพื้นที่รกร้างในชุมชน
 () อื่นๆ ระบุ

10. ประเด็นการใช้สารเคมีในการเกษตร

กิจกรรมประจำวันของท่านมีความเกี่ยวข้องกับสารเคมีในการเกษตรอย่างไรบ้าง

- () มีการใช้ปุ๋ยเคมีในการเกษตร
 () มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
 () มีการใช้สารเคมีในการเพิ่มผลผลิต
 () มีการใช้สารเคมีสลับกับการใช้ปุ๋ยชีวภาพหรือปุ๋ยทางเลือกอื่นที่ไม่มีสารเคมี
 () การซื้อผักหรือผลไม้จากตลาดมารับประทาน
 () ไม่ใช้สารเคมีในการเกษตรเลย
 () อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อแนวทางการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชน

3.1 กิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในเรื่องเหล่านี้หรือไม่	เคย	ไม่เคย	ระดับความพึงพอใจ			
			ใดๆ	พอใจ	พอใจมาก	พอใจมากที่สุด
1. กิจกรรมสำรวจการใช้สารเคมีและเก็บข้อมูลให้กับสมาชิกในชุมชนทราบ						
2. กิจกรรมอบรมการให้ข้อมูลผลกระทบจากการใช้สารเคมี						
3. กิจกรรมอบรมปฏิบัติการทำปุ๋ยชีวภาพจากขยะหรือวัสดุเหลือใช้						
4. กิจกรรมรณรงค์การลดการใช้สารเคมีในการผลิต						
5. กิจกรรมปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือน						
6. กิจกรรมศึกษาดูงานพื้นที่ที่มีการลดการใช้สารเคมี						
7. กิจกรรมประกวดครัวเรือนต้นแบบลดการใช้สารเคมี						

ภาคผนวก ข

ขอความอนุเคราะห์ลงนามในหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



99/9 หมู่ที่ 5 ต.สุเทพ อ.เมือง
จ.เชียงใหม่ 50200

วันที่ 16 มิถุนายน 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ลงนามในหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ (ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

ข้าพเจ้า นางสาวรักชนก จินดาคำ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย วิชาเอกการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย มีความประสงค์ขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อเชิญผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนามในหนังสือที่แนบมาท้ายนี้ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....
(นางสาวรักชนก จินดาคำ)

โทรศัพท์ 081-4834974

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

เพื่อโปรดลงนามในหนังสือที่แนบมาท้ายนี้

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกนารถ บุญวิวัฒนะกุล)

หมายเหตุ นักศึกษาส่งเอกสารต้นฉบับให้กับอาจารย์ที่ปรึกษา และส่งไฟล์มาที่

manerat.lea@stou.ac.th

1. ชื่อ รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ตันธสุรเศรษฐ์
 สถานที่ทำงาน สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 วุฒิการศึกษา ค.บ.(เกียรตินิยม), M.B.S.(Teaching- English as a Second Language)
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ ด้านการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย การศึกษา
 ต่อเนื่อง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย

 2. ชื่อ อาจารย์กิตติกาญจน์ หาญกุล
 สถานที่ทำงาน อาจารย์ประจำสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 วุฒิการศึกษา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต เอกสังคมศาสตร์และการพัฒนา มหาวิทยาลัย
 อุบลราชธานี ปีที่จบ พ.ศ. 2554
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ ด้านการพัฒนาองค์กรชุมชน องค์กรภาคประชาชน และ การ
 ทำงานกับคนรุ่นใหม่ ส่งเสริมกิจกรรมนักศึกษาเพื่อสังคม

 3. ชื่อ นายประจักษ์ กองตัน
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา
 วุฒิการศึกษา
 ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปีที่จบ 2537 ประเทศไทย
 ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
 มหาวิทยาลัยพะเยา ปีที่จบ 2555 ประเทศไทย
- ประสบการณ์หรือความชำนาญ**
1. คณะกรรมการสมาคมสาธารณสุข จังหวัดพะเยา
 2. คณะทำงานด้านส่งเสริมการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล
 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
 3. คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรแกนนำชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มหาวิทยาลัยมหิดล
 4. คณะทำงานพัฒนาโครงการชุมชนนำอยู่ภาคเหนือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง
 เสริมสุขภาพ (สสส.)
 5. คณะทำงานติดตาม ประเมินผลและสังเคราะห์ความรู้ภาคเหนือ สำนักงานกองทุนสนับสนุน
 การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ด้านงานวิจัยที่ดำเนินการ

โครงการวิจัย ร่วมกับ ม.นเรศวร พะเยา ปี 2555

“การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อลดการใช้สารเคมี ป้องกันกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตำบลสันโค้ง อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา”

หัวหน้าโครงการวิจัย ปี 2555

“การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่รับการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยแพทย์แผนไทยกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติปี 2555”

หัวหน้าโครงการวิจัย แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดสารเสพติดในชุมชน ปี 2555

“การบำบัดสารเสพติดและสุราด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน”

หัวหน้าโครงการวิจัย ทู่นสำนักวิชาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี 2556

“ความพร้อมด้านบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพะเยา”

หัวหน้าโครงการวิจัย ทู่นสำนักวิชาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกปี 2556

“การสำรวจพืชสมุนไพรตามแหล่งกำเนิด เขตป่าชุมชนตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา”

หัวหน้าโครงการวิจัย ปี 2557

“กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ เสี่ยงการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง”

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวรักชนก จินดาคำ
วัน เดือน ปีเกิด	23 มีนาคม 2520
สถานที่เกิด	ตำบลเวียงทอง อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่
ประวัติการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง 2542
สถานที่ทำงาน	แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด(พรส.) ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
ตำแหน่ง	นักวิชาการเชี่ยวชาญ

