

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยครั้งนี้ มีการประมวลทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.2 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- 2.4 แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)
- 2.5 ข้อมูลทั่วไป และสถานะสุขภาพตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

##### 2.1.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

ในยุคแรกๆ มีการให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพไว้ในลักษณะที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจงไปที่วิธีการหรือกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเลือกใช้เพื่อป้องกันภาวะเจ็บป่วยที่จะเกิดในอนาคต (Kasl and Cobb, 1966) โดยจำแนกออกเป็น 3 พฤติกรรมย่อย คือ 1) พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ 2) พฤติกรรมเมื่อรับรู้ภาวะเจ็บป่วย และ 3) พฤติกรรมเพื่อบำบัดรักษาโรค ซึ่งต่อมาถูกโต้แย้งว่าเป็นนิยามที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันเชื้อโรคและภาวะเจ็บป่วยมากเกินไปจนไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่เป็นวิถีชีวิตประจำวันอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมใดๆ ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ (Belloc and Breslow, 1972)

Parkerson, et al. (1993) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ในลักษณะองค์รวมว่า หมายถึง การกระทำใดๆ ของบุคคล กลุ่ม หรือองค์กร หรือที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม นโยบาย และปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาทักษะ และยกระดับคุณภาพชีวิต

Gochmon (1997) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพที่ครอบคลุมตามแนวคิดด้านพฤติกรรมศาสตร์ยุคใหม่ว่า หมายถึง การกระทำใดๆ ที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ทั้งการกระทำภายนอก เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อัตราการเต้นของหัวใจ และการกระทำภายใน เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ คุณค่าการรับรู้ บุคลิกภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต และอุปนิสัยใจคอ

Cokerham (2010) ได้ให้ความหมายคำว่า พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลง ปฏิบัติการ หรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเกี่ยวกับชีวิตและความเป็นอยู่ทั้งที่เป็นพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายในตัวบุคคล ทั้งอยู่ในรูปของการกระทำและละเว้นการกระทำ และทั้งที่ส่งผลดีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือสังคมของบุคคล กลุ่มและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันตนเองจากโรคร้ายไข้เจ็บ การรักษาชีวิต และการเสริมสร้างร่างกาย ให้มีรูปลักษณ์ร่างกายที่สวยงามตามต้องการ นอกจากนี้ เขายังได้ให้ความหมายคำว่าวิถีชีวิตสุขภาพ (Health Lifestyle) ไว้ว่าหมายถึงการตัดสินใจ การแสดงออก หรือแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ วิถีชีวิตสุขภาพจะผันแปรไปตามสถานะทางสุขภาพ สถานภาพทางสังคม และโอกาสในชีวิตของบุคคล ดังกล่าว รวมถึงผันแปรไปตามคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่บุคคลนั้นๆ อาศัยอยู่

กองสุศึกษา (2559) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือละเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองที่เป็นผลมาจากปัจจัยด้านพุทธิพิสัย เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ด้านเจตพิสัย เช่น ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ท่าที ความคิดเห็น และด้านทักษะพิสัย เช่น ความสามารถหรือความชำนาญในการกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใด โดยจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล 2) พฤติกรรมการป้องกันโรค 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 4) พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของส่วนรวม

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการงดเว้นการกระทำใดๆ ทั้งมีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งได้มาจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ พุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น นโยบาย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยจำแนกประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ คือ 1) พฤติกรรมการรักษาโรค หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม เช่น เมื่อเกิดอาการเจ็บคอที่มีสาเหตุมาจากเชื้อโรคก็จะแสดงออกด้วยการรับประทานยาฆ่าเชื้อโรค นอกจากนี้ ยังรวมถึงพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่เป็นทางเลือกอื่นๆ ตามความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การประกอบพิธีกรรมช่วยคนทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เพื่อเอาพยาธิตัวจิ๋วออกจากร่างกายโดยให้คนไข้นอนราบกับพื้นแล้ววางใบพลูและไข่ไก่ตามจุดต่างๆ ของร่างกายพร้อมๆ กับบริกรรมภาคาโดยหมอเป่าเป็นหมอพื้นบ้าน 2) พฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งที่เป็นกระทำในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือไม่กระทำในสิ่งที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ การลด ละ เลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ยัง

รวมถึงพฤติกรรมกำบังโรคในด้านมิติสลับเหนือธรรมชาติที่เป็นลัทธิ ความเชื่อ ศาสนา และ วัฒนธรรมที่สืบต่อกันมา เช่น การทำพิธีบูชาคุณแม่กาธิมัยของชาวเนปาล ด้วยการฆ่าสัตว์ เลี้ยง เช่น วัว ควาย แพะ แกะ จำนวนมากกว่าสองแสนตัว เพราะเชื่อว่าจะช่วยบำบัดเป่าสิ่งชั่วร้ายต่างๆ ได้

3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่เป็นภาครกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าให้ครบ 5 หมู่ การเข้าวัดปฏิบัติธรรมเพื่อให้จิตใจสงบและเป็นสุข และพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นความสวยงามของรูปร่างหน้าตาที่กำลังเป็นที่นิยมของคนยุคปัจจุบัน เช่น การรับประทานเสริมเพื่อผิวพรรณที่ขาวโลกหรือเพื่อชะลอวัยการเข้าโปรแกรมล้างพิษสะสมใน ตับ 4) พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือ พฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เป็นการกระทำที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของส่วนรวม เช่น การรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน การระดมทุนเพื่อจัดหาอาหารกลางวัน ให้กับนักเรียนในโรงเรียน รวมถึงพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการคัดค้านหรือต่อต้านโครงการต่างๆ ของภาครัฐที่เชื่อว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน เช่น กรณี ชาวบ้านอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่รวมตัวกันคัดค้านการทำเหมืองทองคำ 5) พฤติกรรมการ คัดกรองสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมในระดับนโยบาย กฎหมาย และกฎระเบียบข้อบังคับทั้งในระดับ กลุ่ม ชุมชน และสังคมเพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพของประชาชน เช่น การเฝ้าระวังและตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 การเฝ้าระวังและดำเนินคดีกับการโฆษณาหลอกลวงประชาชนที่เผยแพร่ทางสื่อสารมวลชน ประเภทต่างๆ

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ตำบลแม่ลาน เกี่ยวกับการสร้างมาตรการชุมชน

### 2.1.2 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การมีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเป็นสิ่งต้องการของมนุษย์ทุกคน ซึ่งการที่จะมีสุขภาพดีได้ต้องมีการส่งเสริมสุขภาพ โดยที่การเข้าใจความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญอันจะนำไปสู่การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพที่ดี

Clark and Maben(1995) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่สมบูรณ์ เน้น การเปลี่ยนแปลงแบบแผนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองและทำให้สุขภาพดีขึ้นถึงจุดสูงสุด

Kemm and Close(1995)พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรม เพื่อป้องกันภาวะเจ็บป่วยและการเกิดโรค และทำให้บุคคลในสังคมหรือชุมชนนั้นมีสุขภาพที่ดี

Pender(1996)พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคล ชุมชนกระทำเพื่อเพิ่มระดับความเป็นปกติสุข และบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชนและสังคม โดยมุ่งการกระทำในเชิงบวกหรือการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

World Health Organization (1998)พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อส่งเสริมและป้องกันให้ตนเองมีสุขภาพที่สมบูรณ์ อันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดี

สรุป พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดี

### 2.1.3 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996 : 66-73) โดยมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 ด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual Characteristic and Experience) ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคลมีลักษณะเฉพาะ เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีผลกระทบต่อกรกระทำในภายหลัง ความสำคัญของผลกระทบนี้จะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมที่นำมาพิจารณา ปัจจัยซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตนั้นอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของพฤติกรรมสุขภาพหรืออาจมีความสัมพันธ์เฉพาะในกลุ่มประชากรเป้าหมายนั้นแต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมในอดีต ปัจจัยของพฤติกรรมด้านพฤติกรรมในอดีต เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ซ้ำๆ กัน แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการปฏิบัติพฤติกรรมซ้ำๆ อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในปัจจุบันในรูปแบบของนิสัยหรือความเคยชินซึ่งเป็นผลโดยตรง ในส่วนของผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) และการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-Relate Affect)

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal Biologic Factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะเจริญพันธุ์ เครื่องชั่งวัดขนาดของร่างกาย ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉง หรือความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal Psychological Factors) ประกอบด้วย ตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงจูงใจ

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal Sociocultural Factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา ภาวะเศรษฐกิจและสังคม

2. ความรู้ ความเข้าใจ และความรู้อีกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นตัวแปรที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Action) ประโยชน์ที่เคยได้รับจะเป็นเสริมแรงในทางบวก สามารถเกิดได้ทั้งภายในและภายนอกก็ได้ เช่น ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การลดความรู้สึกเหนื่อยล้า การเพิ่มความตื่นตัว ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอก ได้แก่ รางวัล ทรัพย์สินหรือเงินทอง เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งโดยตรง และโดยอ้อม ด้วยการกำหนดเป็นความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และเข้าสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Action) เป็นการรับรู้ที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่คาดคะเนขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งขัดขวางบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม ตัวอย่างของการรับรู้อุปสรรค ได้แก่ ความยากลำบาก ค่าใช้จ่ายสูง ความไม่สะดวกสบาย เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวขัดขวางพฤติกรรมและมีผลในทางอ้อมต่อการลดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม

### 2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจว่าตนเองสามารถทำงานได้ในระดับใด โดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะในการทำกิจกรรมนั้นๆ หรือไม่ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมาย โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้มีพื้นฐานมาจากปัจจัย 4 ประการ คือ

2.3.1 การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรม และการประเมินการกระทำตามมาตรฐานของตนเองหรือจากการประเมินที่ได้รับจากผู้อื่น

2.3.2 ประสบการณ์ที่เกิดจากการเห็นการกระทำของผู้อื่น โดยจะนำการสังเกตที่พบเห็นมาเปรียบเทียบกับตนเอง

2.3.3 จากการชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถใช้ความสามารถที่มีอยู่ในตนเองมาใช้ในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ

2.3.4 สภาพร่างกาย จะเป็นส่วนที่บุคคลนำมาตัดสินความสามารถของตนเอง เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บ เป็นต้น

#### 2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-related Affect)

ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านความรู้สึกนี้จะถูกตัดสินด้วยความคิด และเก็บไว้ในความจำ จากนั้นจึงนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมาการตอบสนองทางด้านความรู้สึกนี้มี 3 องค์ ประกอบ ได้แก่ การกระตุ้นทางอารมณ์ต่อการกระทำของมันเป็นเอง การกระทำด้วยตัวเองและสภาพแวดล้อมการตอบสนองทางด้านความรู้สึกนี้อาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ และผลของความรู้สึกนี้จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ซ้ำอีกหรือไม่

#### 2.5 อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ (Interpersonal Influences)

อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น การเรียนรู้นี้อาจจะตรงกับความจริงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ โดยการเรียนรู้นี้จะเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ผ่านกระบวนการของการสังเกตการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่น อิทธิพลด้านสัมพันธภาพประกอบด้วยกระบวนการปฏิบัติสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 3 ด้านก็คือ

- (1) บรรทัดฐานของสังคม จะเป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการกระทำ
- (2) การสนับสนุนทางสังคม จะเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้อื่น
- (3) การเป็นแบบอย่าง ซึ่งเป็นการกระทำที่กระทำต่อเนื่องกันมา

ตัวแปรอิทธิพลด้านสัมพันธภาพนี้ถือเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมโดยเป็นแรงกดดันทางสังคมหรือส่งเสริม กระตุ้นให้บุคคลคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### 2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation Influences)

การเรียนรู้ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือบริบทใดๆ ที่จะเอื้อ หรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะถูกชักจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีภายใต้สถานการณ์ที่บุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมีความรู้สึกผูกพันกันมากกว่าความแตกแยก เป็นต้น

### 3. พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Outcome)

3.1 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ (Commitment to a plan of action) การกระทำพฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปส่วนมากจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ

ความตั้งใจเป็นตัวกำหนดแสดงพฤติกรรมที่สำคัญคือ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้กระบวนการด้านความรู้สึกรู้สึกความเข้าใจ ได้แก่

3.1.1 ความตั้งใจที่มีต่อการกระทำซึ่งจะเกิดขึ้นเฉพาะ ภายใต้เวลาสถานที่และบุคคลที่เฉพาะโดยไม่คำนึงถึงสิ่งใดๆ ที่เข้ามาแทรก

3.1.2 การวิเคราะห์หาวิธีการ ที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจเพียงอย่างเดียวโดยไม่สัมพันธ์กับวิธีการจะทำให้เกิดผลของความตั้งใจที่ดี (Good Intention) แต่จะล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรม

3.2 ความต้องการและความพอใจในการเลือกกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Immediate-Competing Demands and Preferences) ความต้องการและความพอใจในการเลือกกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้พฤติกรรมอื่นๆ แทรกเข้ามาโดยบุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นก่อนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งใจจะกระทำซึ่งได้ถูกกำหนดไว้แล้ว พฤติกรรมที่แทรกเข้ามาจะสร้างความพึงพอใจให้ผู้ปฏิบัติ หรือให้ผลตอบแทนมากกว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งใจกระทำ ความสามารถในการเอาชนะปัจจัยที่แทรกแข่งขันมา ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมตนเองของบุคคล (Self-regulating) เช่น การเลือกอาหารที่มีไขมันสูงโดยไม่เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เพราะรสชาติของอาหาร เป็นต้น

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting Behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งจะก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพในทางบวกต่อผู้ปฏิบัติโดยสามารถนำไปใช้ได้กับการดำเนินชีวิต โดยการผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพในทางบวกไปตลอดชีวิต แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้

3.3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นความตระหนักต่อสุขภาพของตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจ เอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตน โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย การสนใจความรู้ด้านสุขภาพ และรับบริการจากบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนขอคำปรึกษาหรือขอคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ

3.3.2 กิจกรรมการออกกำลังกาย (Physical Activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ โดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและความมีอายุยืนยาว

3.3.3 โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และได้คุณค่าทางโภชนาการ

3.3.4 การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความรัก และความจริงใจ

ต่อบุคคลอื่น มีความสงบและพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ

3.3.5 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ มีการให้และรับ ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่การได้รับการสนับสนุน

3.3.6 การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำเพื่อนผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1998) สามารถประเมินหรือพิจารณาได้จากวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting lifestyles) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถประเมินได้จากแบบวัดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Health-Promoting Lifestyle Profile II : HPLP II) ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวจะเป็นวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศทางตะวันตก ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ในบริบทสังคมไทยเพื่อให้เหมาะสมกับประชาชนชาวไทย โดยยังคงยึดตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบันไม่สามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้าได้ การปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดี เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นลดลง ประชาชนเองจะต้องรับผิดชอบต่อเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองด้วย เพื่อให้มีสุขภาพดีที่ยั่งยืน ซึ่งกิจกรรมที่ถือว่าเป็นความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย การสนใจแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการเข้ารับตรวจร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอเพื่อค้นหาความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่ระยะแรก

2. กิจกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อและร่างกายให้เคลื่อนไหวทำให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี นอกจากนี้ยังผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล ทำให้อารมณ์ดีและยังช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บด้วย เมื่ออายุมากขึ้นสภาพร่างกายก็จะเสื่อมลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูก จะเสื่อมสภาพเร็ว และใช้พลังงานของร่างกายบ่อยทำให้เสื่อมต่อการเกิดโรค เช่น หลอดเลือดหัวใจอุดตัน ไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคเหล่านี้มีสาเหตุส่วนหนึ่งจากการที่คนเราไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ดังนั้น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วย



เสริมสร้างให้ทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเจริญเติบโต มีรูปร่างได้สัดส่วน นำไปสู่การพัฒนาทางร่างกาย และสติปัญญาตามวัย

3. โภชนาการ อาหารเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญของการดำรงชีวิต การรับประทาน อาหารที่ถูกหลัก ครบถ้วน เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกวันจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ และมีหลัก ครบถ้วน เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกวันจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ และมีการพัฒนาอย่างเต็มที่ และที่สำคัญจะต้องรับประทานที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัยจากการปนเปื้อนของเชื้อโรค และสารเคมี จะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ดำรงชีวิตเป็นปกติ หรือทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากรับประทาน อาหารไม่ได้สัดส่วนตามความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทาง โภชนาการ ซึ่งถ้ารับประทานอาหารไม่ครบถ้วนเพียงพอ จะก่อให้เกิดโรคขาดสารอาหาร แต่ถ้า รับประทานมากเกินไปความต้องการก็จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วน ดังนั้นเพื่อให้ ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีภาวะโภชนาการที่ดี

4. การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณสุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นสุขภาพที่สมบูรณ์จึงต้องมาจากความสมดุลระหว่างส่วนต่างๆ ของคนๆ นั้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นคุณภาพที่เกิดขึ้น ในส่วนที่ลึกของมนุษย์ ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายนอก อันจะนำมาซึ่ง ความรู้สึกเป็นสุข เป็นคุณค่าแห่งชีวิตและสร้างสรรค์ เป็นภาวะที่มีความเข้าใจตนเอง เข้าใจธรรมชาติ ที่อยู่รอบตัวตามความเป็นจริงของโลก ทำให้มีชีวิตและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และเอื้อ ประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เป็นภาวะที่จิตใจมีความสงบสุข เป็นภาวะทางจิตล้วนๆ ไม่เกี่ยวกับกาย บุคคลนั้นจะเป็นผู้มีความสุข ชีวิตมีเป้าหมาย มีอุดมคติ มีความหวัง มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต และมนุษย์เรานั้นมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และเข้าถึงความจริง ความดี ความงาม ที่มีอยู่แล้วในธรรมชาติ ของตนเอง เพียงแต่เราตระหนักรู้ ใช้ชีวิตอยู่บนหนทางของพัฒนาจิตวิญญาณ ผ่านการเจริญ สติ ปฏิบัติภาวนา ทำสมาธิ หรือปฏิบัติตนตามหลักศาสนา เราจะสามารถปลดปล่อยตนเองให้หลุดพ้น จากความคับแคบยึดติดในตัวตน เป็นอิสระ เข้าถึงความสุขภายในและค้นพบคุณค่าในตนเอง เกิดสุข ภาวะทางจิตวิญญาณ การที่เรามีสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะส่งผลให้เรามีสุขภาวะทางกาย สุขภาวะ ทางจิต และเกิดสุขภาวะทางสังคมและสุขภาวะทางสังคมนั้นก็จะส่งผลย้อนกลับมาเป็นปัจจัยให้เรา เกิดการพัฒนาทางจิตวิญญาณไปสู่ความสมบูรณ์ สิ่งเหล่านี้มีความเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว การพัฒนา ทางจิตวิญญาณของเรานั้นจึงมิได้หมายถึงการกระทำเพื่อตนเองฝ่ายเดียวแต่หมายถึง การกระทำ เพื่อส่วนรวมเพื่อความสุขสงบ ความรัก ความสมานไมตรีของสังคมนั้นรวมทั้งตัวเราเอง(ชัยวัฒน์ จันสิริ บุญมี, 2556)

5. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่น จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความคิดเห็น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทางด้านการรับรู้ทางสังคมและพฤติกรรมด้านต่างๆ นอกจากนี้ถ้าได้รับการสนับสนุนหรือการเอาใจใส่ จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้น โดยการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้นั้นต้องเริ่มที่ การพัฒนาตนเองให้เข้ากับบุคคลอื่นได้ง่าย ให้ความรักความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด ยอมรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่นๆ เปิดเผยตนเองเมื่อมีปัญหาถ้าจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

6. การจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจขาดสมดุลอันเป็น ผลมาจากสิ่งกระตุ้นความเครียดทั้งภายในและภายนอก จากปัจจัยโดยทั่วไปและปัจจัยทางด้านการ ทำงาน ซึ่งทำให้เกิดอาการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดศีรษะ เหนื่อยหอบ หงุดหงิดวิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า เป็นต้น เมื่อเกิดความเครียดแล้วจะทำให้ ร่างกายและจิตใจ ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ในการปรับตัว ถ้าหากการปรับตัวไม่สามารถรักษา ความสมดุลของร่างกาย และจิตใจ ในขณะที่เกิดความเครียดไว้ได้ก็จะมีภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นการจัดการ กับความเครียด จึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดี จากการทบทวนวรรณกรรมสรุป วิธีการจัดการกับความเครียด เช่น การรับรู้และทำความเข้าใจเหตุการณ์ในทางที่ถูกต้อง ตาม ข้อเท็จจริงยอมรับความจริงและปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์นั้นๆ การหาสาเหตุที่ทำให้เกิด ความเครียดแล้วหาวิธีแก้ปัญหาในเรื่องนั้นๆ การปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีความวิตกกังวลหรือ ความเครียด และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง รวมถึงการใช้หลักศาสนา โดยการนั่งสมาธิ

## 2.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความหมายและแนวคิดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ปัจจุบัน คำว่า “การมีส่วนร่วม” ถือได้ว่าเป็นคำที่มีการนำมาใช้ในการพัฒนาชุมชน หรือ องค์กรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน รวมทั้งยังได้นำมาบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติหลายฉบับด้วยกัน โดยเฉพาะในฉบับที่ 8 และ 9 ที่เน้นให้ “คน” เป็นศูนย์กลางของการ พัฒนา เนื่องจากปัจจุบันปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมมีความซับซ้อน และการพัฒนาอย่างยั่งยืน ต้องอาศัยกระบวนการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของปลายฝ่ายในสังคม ในขณะที่พัฒนาใน ระยะเวลาที่ผ่านมาได้ทำให้ภาคประชาชนเติบโตและมีศักยภาพและมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมใน การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการของรัฐและบริหารจัดการชุมชน อีกทั้งภาครัฐเองมีขีด ความสามารถในการพัฒนาอย่างจำกัด จึงจำเป็นต้องเปิดโอกาสและส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนและ สังคมได้มีส่วนเข้ามาแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ความหมายของการมีส่วนร่วม

ได้มีนักวิชาการหลายท่านที่ได้ให้ความหมายที่หลากหลาย ซึ่งสรุปความหมายของนักวิชาการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้คือ นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ ของบุคคล ซึ่งผลการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าให้กระทำการ เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม อีกทั้งทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย และยังกล่าวได้อีกว่าการมีส่วนร่วม หมายถึง การทำงานกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยกระทำการในห้วงเวลาและลำดับเหตุการณ์ที่ทรงประสิทธิภาพ คือ ถูกจังหวะและเหมาะสม รวมทั้งกระทำการดังกล่าวด้วยความรู้สึกผูกพันให้ประจักษ์ว่าเชื่อถือไว้วางใจได้และตามนัยนี้การมีส่วนร่วมจึงเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลังการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มการประสานงาน ความรับผิดชอบในส่วนร่วมของยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2534) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสรุปได้ดังนี้ การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมกันกระทำของชุมชนหรือประชาชนในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในลักษณะของการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจร่วมปฏิบัติร่วมกับผลประโยชน์ ร่วมติดตาม ประเมินผล และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ ซึ่งเป็นกระบวนการที่กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้โอกาส และใช้โอกาสที่ได้รับแสดงออกมาถึงความรู้สึกนึกคิดเพื่อที่จะแก้ปัญหาตามความต้องการของตน โดยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกน้อยที่สุด ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527) กล่าวคือความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การที่บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจการใดกิจกรรมหนึ่ง โดยมากเป็นกิจกรรมของหมู่คณะที่บุคคลมีส่วนได้ส่วนเสียอยู่ด้วย การทำงานเป็น คณะทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีส่วนร่วมในงานของสมาชิก และผู้ร่วมงานแต่ละคนมีความสำคัญยิ่ง การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจของการพัฒนาสังคมให้เจริญก้าวหน้ารวดเร็วกว่าที่ควรจะเป็น เพราะเป็นสิ่งที่มาจากการตัดสินใจ การปฏิบัติที่รับผลประโยชน์ และการประเมินผลร่วมกัน การมีส่วนร่วมของชุมชน จึงหมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการใช้ การกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคมเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในการมีส่วนร่วม ประชาชนได้เกิดการพัฒนา รับรู้และเกิดภูมิปัญญา ซึ่งแสดงออกในรูปของการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของตนเองอย่างเป็นตัวของตัวเอง การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การที่ประชาชนหรือชุมชนได้มีการพัฒนารับรู้และภูมิปัญญาในการจัดการและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการตัดสินใจในการกำหนดด้วยตนเอง

จากความหมายของการมีส่วนร่วมข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึงการที่ประชาชนหรือชุมชนเป็นส่วนหนึ่งในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง โดยเริ่มจากการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมกันปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อตัวประชาชนหรือชุมชน ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมจะได้ร่วมลงทุน ลงแรง และได้รับ

ผลประโยชน์จากการมีส่วนร่วม ซึ่งจะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ สนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งติดตาม ควบคุมไปจนเสร็จสิ้นโครงการหรือการปฏิบัติงานนั้นๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน

### แนวคิดเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนนั้น เกิดจากแนวความคิดที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1) ความสนใจและความห่วงกังวลส่วนบุคคล ซึ่งบังเอิญพ้องต้องกันจนกลายเป็นความสนใจและความห่วงกังวลของส่วนรวม

2) ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกันที่มีต่อสภาพการณ์ที่เป็นอยู่นั้นผลักดันให้มุ่งไปสู่การรวมกลุ่มวางแผนและลงมือกระทำร่วมกัน

3) การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่พึงปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันที่จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความคิดริเริ่มกระทำที่สนองตอบความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น (ชนพรพรณ สุนทร, 2547:9)

ทั้งนี้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงได้ทำการรวบรวมไว้และจะนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ลักษณะและรูปแบบของการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม และความสำคัญของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

#### ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน ชุมชนท้องถิ่นหรือภาคีอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ศึกษาปัญหา ร่วมคิดวิเคราะห์และวางแผนร่วมดำเนินการในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ตรวจสอบการดำเนินกิจกรรม ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาชุมชนและกระบวนการพัฒนาระบบประชาธิปไตยในระดับชุมชนควบคู่กันไป โดยขั้นตอนของการมีส่วนร่วมมีทั้งนักวิชาการไทยและต่างประเทศที่ได้สรุปไว้ดังนี้ Cohen and Uphoff (1977) ได้จำแนกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งทุกขั้นตอนมีความสัมพันธ์โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมที่ขั้นตอนการตัดสินใจเป็นประการสำคัญ ซึ่งในแนวทางการมีส่วนร่วมที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้ที่มีบทบาทในทุกๆ เรื่อง ไม่ใช่ที่กำหนดให้ประชาชนปฏิบัติใน

เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องของประชาชนที่จะคิด ซึ่งแนวความคิดนี้มีกรอบพื้นฐานและการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นขั้นตอนที่ต้องกำหนดความต้องการของประชาชน เพื่อที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผน และการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เป็นขั้นตอนที่มีการนำแผนที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้นมาดำเนินงาน ซึ่งขั้นตอนนี้จะนำมาซึ่งการนำทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ มาสนับสนุนให้แผนงานสำเร็จ ลุล่วงไปได้

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เกิดจากการที่ประชาชนเป็นผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ร่วมกันภายในกลุ่ม ซึ่งผลประโยชน์อาจเป็นทั้งผลดีและผลเสียที่ส่งผลกระทบต่อคนในกลุ่มได้

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการมีส่วนร่วม โดยเป็นการติดตามผลงานที่ได้กระทำไปแล้ว โดยเป็นการนำสิ่งที่ได้จากการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงหรือพัฒนา

#### ลักษณะหรือรูปแบบของการมีส่วนร่วม

ลักษณะหรือรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากตัวของประชาชนหรือชุมชนเอง หรือการได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทั้งภาครัฐและเอกชน ล้วนแล้วแต่เป็นองค์ประกอบหนึ่งซึ่งร่วมกันประสานงานในการแก้ไขปัญหาต่างๆ นั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลักษณะหรือรูปแบบของการมีส่วนร่วมได้มีผู้ที่ศึกษาได้เสนอไว้มีหลายรูปแบบ พอสรุปได้ดังนี้

Cohen and Uphoff (1977) ได้กล่าวถึงลักษณะของการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา โดยทั่วไปนั้นประชาชนอาจเข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจว่าจะทำอะไรเข้าร่วมในการนำโครงการไปปฏิบัติโดยเสียสละทรัพยากรต่างๆ เช่น แรงงาน วัสดุ เงิน หรือร่วมมือในองค์การหรือกิจกรรมเฉพาะด้านเข้าร่วมในผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนาและร่วมในการประเมินผลโครงการ ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือ การร่วมกันในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข การร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางและการวางแผนพัฒนาแก้ไขปัญหา การร่วมกันปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน และการร่วมกันประเมินผลงานกิจกรรมพัฒนา ในส่วนลักษณะการมีส่วนร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด โดยเริ่มจากการที่ประชาชนต้องเกิดจิตสำนึกและถือว่าสิ่งที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นเป็นภาระหน้าที่ของตนเองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่จะต้องมีการร่วมกับแก้ไข เมื่อเกิดจิตสำนึกแล้วต้องมีการร่วมกันค้นหาสิ่งที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ว่ามีสาเหตุเกิดจากอะไร และควรที่จะมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาว่าควรที่จะแก้ไขปัญหาใดก่อนหรือหลัง เมื่อมีการร่วมกันค้นหาปัญหาและลำดับขั้นตอนในการแก้ไขปัญหา

แล้ว ต้องมีการวางแผนการดำเนินงานว่าควรที่จะมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการอะไร จะทำการแบ่งหน้าที่กันอย่างไร ใช้งบประมาณมากน้อยเพียงใด และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยประชาชนทุกคนจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมอย่างเต็มที่ เมื่อหลังจากดำเนินกิจกรรมต้องมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ซึ่งประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการทำงานร่วมกัน ว่ามีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง แล้วจึงร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อให้กิจกรรมสำคัญลุล่วงไปได้ รวมไปถึงการร่วมรับผลประโยชน์ ซึ่งการได้รับผลประโยชน์นั้น อาจไม่จำเป็นว่าจะต้องอยู่ในรูปของตัวเงิน วัตถุสิ่งของ แต่อาจเป็นความยินดี และภาคภูมิใจที่ตนได้เป็นส่วนหนึ่งในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

ธนพรรณ สุนทร (2547) ได้กล่าวถึงรูปแบบการมีส่วนร่วม ซึ่งสามารถจำแนกได้ 3 ประเภทตามลักษณะของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมโดยตรง โดยผ่านองค์กรจัดตั้งของประชาชน เช่น การรวมตัวของกลุ่มชาวบ้านจัดโครงการทอดผ้าป่าต้นไม้
2. ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อมผ่านองค์กรผู้แทนประชาชน เช่น กรรมการหมู่บ้าน
3. ประชาชนมีส่วนร่วมโดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวนหรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อใดก็ได้

### ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

การที่จะทำให้ชุมชนหรือประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น จะต้องมียปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยเสริมและสนับสนุนให้เข้าร่วมในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งได้มีนักวิชาการไทยและนักวิชาการต่างประเทศได้ทำการสรุปและรวบรวมไว้ ดังนี้

W.Reeder(1974) ได้แบ่งปัจจัยที่เป็นเหตุผลในการตัดสินใจของคน เพื่อจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมเป็น 3 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ

1. ปัจจัยดึงดูด (Pull factors) ได้แก่
  - 1.1 เป้าหมาย (goal) การกระทำทุกอย่างจะต้องมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์อาจจะเป็นความเชื่อ ความรู้สึก แลกเปลี่ยนของทางราชการ และอาจจะเป็นเงื่อนไขที่ตนเองหรือคนอื่นเป็นผู้กำหนดให้เป็นไปในแนวความปรารถนา
  - 1.2 ความเชื่อ (belief) เป็นความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเอง โดยปราศจากการอ้างอิงใดๆ ความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ เพราะคนส่วนมากจะเลือกทำตามความเชื่อพื้นฐานที่เขามีอยู่ดั้งเดิม

1.3 ค่านิยม (value) เป็นระบบหนึ่งของความเชื่อ การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมนั้นๆ จะต้องสร้างเงื่อนไขในการดำรงชีวิต จะทำหรือไม่ทำอะไรสิ่งหนึ่ง มีพื้นฐานจากการที่สังคมนั้นตัดสินใจแล้วว่าดีหรือเลว

1.4 ความเคยชินและขนบธรรมเนียมประเพณี (habit and customs) เป็นรูปแบบที่สร้างขึ้นมาจากความรับผิดชอบภายในกลุ่ม ซึ่งคนในสังคมจะยอมรับด้วยความเต็มใจเป็นแบบอย่างที่เหมาะสมและมีเหตุผล การกระทำที่แสดงออกมาเช่นนี้เป็นเพราะความเคยชิน และเป็นประเพณีดั้งเดิมยึดถือมานาน

## 2. ปัจจัยผลักดัน (push factors) ได้แก่

2.1 ความคาดหวัง (expectations) เป็นความรู้สึกภายในตัวเราหรือที่เกิดขึ้นจากตัวบุคคลกลุ่มและสังคม ที่ได้คิดหรือหวังให้ตัวเราเองมีความเชื่อ ความรู้สึก แสดงการกระทำออกมามีตามที่ต้องการ

2.2 ข้อผูกพัน (commitments) เมื่อมีการรวมกลุ่มกิจกรรมพิเศษขึ้นในสังคม ก็จะมีข้อผูกพันที่สมาชิกในกลุ่มจะต้องทำตามสัญญาหรือข้อผูกพันตามที่กลุ่มได้ตั้งขึ้น เมื่อมีการรวมกลุ่มกิจกรรมพิเศษขึ้นในสังคม ก็จะมีข้อผูกพันที่สมาชิกในกลุ่มต้องทำตามสัญญาหรือข้อผูกพันตามที่กลุ่มได้ตั้งขึ้น

2.3 การบังคับ (force) เป็นความรู้สึกของคนที่จะต้องทำอะไรสิ่งหนึ่ง โดยไม่มีทางเลือก อาจถูกบังคับโดยกฎหมายหรือกฎหมายก็ได้รับการบังคับนี้จะรุนแรงกว่าการสมัครใจทำเอง

## 3. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่

3.1 โอกาส (opportunity) เป็นความเชื่อของคนที่คิดว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่สามารถจะเลือกกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามโอกาสที่ตนมีอยู่ แต่บางคนก็ไม่มีโอกาสจะเลือกกระทำได้ เพราะสถานการณ์ไม่เอื้ออำนวย

3.2 ความสามารถ (ability) การที่คนยอมรับว่า ตนเองมีขีดความสามารถเพียงใด ที่จะสามารถกระทำสิ่งที่ตนต้องการให้สำเร็จลุล่วงไปได้

3.3 การสนับสนุน (support) เป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือ หรือต่อต้านซึ่งเกิดจากตัวบุคคลหรือกลุ่ม ให้การสนับสนุนด้านความคิดเห็น หรือเป็นแรงกระตุ้นให้คนกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไป เนื่องจากเขารู้สึกว่ามีผู้สนับสนุนให้เขาทำ

## 2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประยุกต์รวมเอาแนวความคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

(Participatory Research) มาผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยเป็นการวิจัยที่เกิดขึ้นจากความคิดที่ว่า การวิจัยเป็นกิจกรรมทางสังคมที่จะต้องใช้ทรัพยากรของสังคมในการศึกษา เป็นการกระทำที่มุ่งหมายจะให้ประโยชน์หรือเป็นการรับใช้สังคม ด้วยเหตุนี้การวิจัยจึงควรคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุด และการวิจัยที่จะให้ผลประโยชน์สูงสุดนั้น ย่อมเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research for Development) หรือ การวิจัยพัฒนา (Research for Development) โดยที่การพัฒนาและการเป็นหุ้นส่วนจะต้องเดินทางร่วมกัน ดังนั้น ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนอย่างมีเสรีและเป็นประชาธิปไตย ซึ่งพบว่าเป็นไปในการทำงานเดียวกันกับแนวคิดของ นงนภัส คู่วรัญญู เทียงกมล (2550) ที่กล่าวว่าการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) หมายถึง การศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพื่อแก้ไขปรับปรุงปัญหาที่เกิดขึ้น หรือเพื่อพัฒนาส่งเสริมสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้ดีขึ้น ด้วยการให้นักวิจัยและกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ร่วมมือร่วมในดำเนินการวิจัยร่วมกันทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยใช้หลักความเป็นประชาธิปไตยในการดำเนินงานและนำผลการปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไข และแนวคิดของ Maguire (1987) ที่กล่าวถึงการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมว่าเป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประกอบด้วยกระบวนการค้นคว้าทางสังคม (Social Investigation) การให้การศึกษา (Education) และการกระทำ (Action) เพื่อจะให้กลุ่มผู้ถูกกดขี่หรือผู้ด้อยโอกาสในสังคม ได้มีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ของสังคม ซึ่งกระบวนการทั้ง 3 ส่วนของการสร้างความรู้ไม่ได้เป็นเพียงแต่กระบวนการชุดใหม่ของวิธีการวิจัยเท่านั้น หากยังเป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนรูปของบุคคลและสังคมอย่างเป็นระบบ โดยที่การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม มุ่งเน้นการพัฒนาความสำนึก อย่างมีวิจาร์ณญาณของชาวบ้าน ในอันที่จะปรับปรุงสภาวะความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของเขา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างพื้นฐานและความสัมพันธ์ในสังคม หรือพัฒนาสิ่งหนึ่งสิ่งใดในพื้นที่การวิจัยให้ดียิ่งขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

### **หลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม**

หลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่แตกต่างจากการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดอื่นกล่าวคือ ผู้ทำวิจัยซึ่งมักจะเป็นนักวิชาการที่เป็นบุคคลมาจากภายนอกชุมชน หรือหมู่บ้านและผู้วิจัยจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะทำการวิจัยเรื่องใด โดยมีการกำหนดเรื่องที่จะทำวิจัยด้วยการตั้งโจทย์ ดำเนินการออกแบบวิธีวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล แต่การทำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนั้นจะเป็นการประสานความร่วมมือกันระหว่างวิจัยจากภายนอก กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นชาวบ้าน หรือสมาชิกขององค์กรชุมชนที่ตัดสินใจร่วมกันทำวิจัย กล่าวคือเป็นความต้องการของชาวบ้านเอง ที่เล็งเห็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขในชุมชนของตนเอง ซึ่งปัญหาที่ว่านี้คือโจทย์วิจัย หรือเป็นเรื่องที่ต้องการทำวิจัยเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหา และรวมทั้งวางแผนปรับปรุงพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง ดังนั้น ชาวบ้านหรือสมาชิกขององค์กรชุมชน ในชุมชนจะต้องมีบทบาทหลักในการเป็นนักวิจัย โดยมีนักวิจัยที่เป็นนักวิชาการจากภายนอกมาร่วมสนับสนุน แนะนำวิธีการออกแบบวิจัย การ



เก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล โดยการส่งเสริมและกระตุ้นของนักวิจัย ที่เป็นนักวิชาการภายนอกดังกล่าว ดังนั้นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ จึงสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาที่ยืดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Centered Development) และแนวคิดการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน (Problem Based Learning) เป็นหลักการสำคัญอันจะนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development) ซึ่งเป็นความยั่งยืนบนพื้นฐานของการดำรงอยู่ของคุณภาพชีวิตทั้งของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมร่วมกัน การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ยังให้ความสำคัญของการศึกษาชุมชน โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับชาวบ้าน มีการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน (Need Assessment) รวมทั้งเป็นการช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ในชุมชนว่า ปัจจุบันมีข้อบกพร่องหรือปัญหาอะไรบ้าง และมีความต้องการที่จะแก้ไขหรือพัฒนาในเรื่องใด อีกทั้งมีการสำรวจทรัพยากรในชุมชน (Resource Assessment) ซึ่งจะรวมถึงทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรมนุษย์ บริการของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อร่วมกันกำหนดกิจกรรม หรือโครงการแก้ไขปัญหาและโครงการพัฒนาที่เหมาะสมร่วมกัน (สุริยา วีรวงศ์, 2546)

ต่อมาในปี 2550(นงนภัส คู่ขวัญ เทียงกมล (2550) แบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 9 ขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมชุมชน เพื่อที่จะให้ชุมชนมีความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยในระดับที่เสมอภาค ในทุกขั้นตอนจึงมีการเตรียมชุมชนก่อนโครงการวิจัยจะเริ่มในแง่ต่างๆ เช่น การสร้างบูรณาการของชุมชน การส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจร่วมกันของชุมชน ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หรือในการเลือกผู้แทน ผู้ร่วมโครงการ เป็นต้น
2. อบรมนักวิจัยร่วมจากชุมชน ในฐานะเป็นนักวิจัยจากท้องถิ่น ให้มีความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ในท้องถิ่น บทบาทของผู้ทำหน้าที่เป็นนักวิจัยท้องถิ่น การจัดองค์กรชุมชน รูปแบบของผู้นำ การสนับสนุนและมนุษย์สัมพันธ์
3. กำหนดรูปแบบการวิจัย ทีมนักวิจัยท้องถิ่นจะร่วมกันกำหนดรูปแบบการวิจัยนับตั้งแต่การกำหนดประเด็นปัญหา เครื่องมือและวิธีการที่จะใช้เก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการกำหนดรูปแบบคำถาม และวิธีถาม ฯลฯ
4. การลงมือเก็บข้อมูล ผู้ที่จะเก็บข้อมูลต้องได้รับการอบรมวิธีการเก็บข้อมูล
5. การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ทีมนักวิจัยท้องถิ่นจะร่วมกันทำการประมวลผลและสรุปข้อมูล ให้ข้อสังเกตหรือข้อวิจารณ์สิ่งที่พบ วิเคราะห์ว่าเหตุใดจึงได้ข้อมูลเช่นนั้น เขียนสรุปสิ่งที่พบอย่างกว้างๆ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะประกอบ
6. ทหารือผลการค้นพบกับชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเสนอกลับคืนต่อชุมชน ให้มีโอกาสตรวจสอบและแก้ไขความถูกต้อง ตลอดจนทำการวิเคราะห์สรุปประเด็น

หรือชี้แนะแก่ทีมวิจัย กระบวนการหารือนี้ อาจทำในรูปของการแสดงบทบาทสมมติ การประชุมกลุ่ม หรือวิธีการอื่นๆ เช่น จัดแสดงข้อมูลในรูปของภาพ หรือกราฟแบบต่างๆ ในที่สาธารณะ หรือในชุมชน แล้วกระตุ้นให้มีการออกความคิดเห็น การแสดงออกถึงความรู้สึกของชาวบ้าน การประเมินทำที่และ ปฏิบัติต่อข้อมูลของชุมชน ที่รวบรวมได้จากกระบวนการวิจัย ตลอดจนการตัดสินใจร่วมกันในเรื่อง เหล่านี้

7. วางแผนชุมชน โดยการอบรมทีมวางแผนให้มีความสามารถในการเขียนโครงการและ ความสามารถในการจัดองค์กรชุมชน โครงการที่ทีมวางแผนจัดทำขึ้น จะต้องนำมาปรึกษาหารือกับ ชุมชน ให้ชุมชนตรวจสอบแก้ไขและรับรองก่อนนำไปเสนอเพื่อขอทุนสนับสนุนต่อองค์กรที่เกี่ยวข้อง

8. นำแผนไปปฏิบัติ โดยการระดมทรัพยากร ทั้งบุคคลและชุมพลัง ตลอดจนองค์กรต่างๆ ในชุมชน มาร่วมในการปฏิบัติตามแผน

9. ติดตามกำกับ และประเมินผลในชุมชน โดยทีมวิจัยและชุมชนร่วมกันติดตาม กำกับ ประเมินผล

## 2.5 แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C)

### ความสำคัญของกระบวนการ

การพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือการเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่ม องค์กร ต่างๆ ที่อยู่ใน ชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการ พัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ ที่เกิดขึ้น กระบวนการ A-I-C จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม ในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วม สร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชนจึง เกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูงข้อสรุปที่ได้จากการนำเอากระบวนการมาใช้พบว่า

(1) กระบวนการ A-I-C ช่วยให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชนที่เข้ามา มีส่วนร่วมมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น

(2) การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ประชาชนโดยเฉพาะ ผู้รู้ กลุ่มคนจน ผู้ด้อย โอกาส ผู้หญิง และเยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด กำหนดแนวทางการ พัฒนา และจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม และเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่ง เป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์

(3) ประชาชน กลุ่มองค์กรต่างๆ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทั้งกิจกรรม โครงการ ผลของการ พัฒนา และความเป็น เจ้าของชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดความมีพลัง รู้ถึงศักยภาพในการพึ่งตนเอง

(4) องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสาน

สอดคล้อง นับได้ว่ากระบวนการ A-I-C ช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่สร้างสรรค์ มีส่วนร่วม และเสริมพลังของชุมชนท้องถิ่น ในการพัฒนา (ประชาสรรค์ แสนภักดี, 2547)

กระบวนการ A-I-C เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลัง สมอบในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์ และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น เพราะกระบวนการ A-I-C มีขั้นตอนสำคัญดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

คือขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยใช้การ วาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น และแบ่งเป็น 2 ส่วน

A1 : การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไรโดยการวาดภาพมีความสำคัญคือ

(1) การวาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้างจินตนาการ คิด วิเคราะห์ จนสรุปเป็นภาพ และช่วยให้ผู้ไม่ถนัด ในการเขียนสามารถสื่อสารได้

(2) ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูด เพื่ออธิบายภาพซึ่งตนเองวาด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม อื่นๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน และกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูด ให้มีโอกาสนำเสนอ

(3) การรวมภาพของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่ม จะช่วยให้มีความง่าย ต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วม ประชุม และสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของภาพ(ความคิด) และส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

(4) จะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุข และเป็นกันเอง ในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุม มักมองว่าการ วาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้นวิทยากร กระบวนการ จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจ และนำเกมต่างๆ เกี่ยวกับการ วางแผน การละลายพฤติกรรมกลุ่ม หรือ การวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเอง หรือวาดภาพสิ่งที่ตนเองชอบ ไม่ชอบ มาใช้ؤونเครื่องเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

#### 2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

คือขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนด วิสัยทัศน์ (A2) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหา เหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับ ความสำคัญของกิจกรรม โครงการโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

1 : การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดย

1) กิจกรรม หรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่นทำเองได้เลย

2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่

3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

คือยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C1 : การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 : การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมคือ

(1) รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้ ความรับผิดชอบ และเป็นแผนปฏิบัติการ ของหมู่บ้าน ชุมชน

(2) กิจกรรม โครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริม สนับสนุน จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน

(3) รายชื่อกิจกรรม โครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากร และประสานงาน ความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่างๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น คือ

(1) การจัดประชุมกระบวนการ A-I-C นี้ "เน้นความเป็นกระบวนการ" จะ ดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอน ไม่ได้ เน้นการระดมความคิด และสร้างการยอมรับซึ่งกันและ กัน ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ การกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์ และเสนอทางเลือก ในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา

(2) การศึกษาและเตรียมชุมชน

2.1 การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ การทราบความสามารถ ศักยภาพของกลุ่ม สภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นข้อเท็จจริง ในการกำหนดอนาคตทางเลือก รวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ

2.2 การเตรียมชุมชนเพื่อให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน ประชาชนเข้าใจ และส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของ กลุ่ม เข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่างๆ เป็นต้น

(3) วิทยาการกระบวนการที่เข้าใจขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C มีประสบการณ์ ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการ ประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถไกล่เกลี่ย หรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้ง ที่เหมาะสมในกรณีที่น่าจะเกิดขึ้น โดยสามารถทำหน้าที่

3.1 เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุมและสรุปผล

3.2 สร้างบรรยากาศในการประชุม เพื่อคลายความเครียดของผู้เข้าประชุม

3.3 ควบคุมขั้นตอนและเวลาในการดำเนินการประชุมให้เป็นไปตามกระบวนการ

3.4 สรุปความเห็นที่แท้จริงของผู้เข้าร่วมประชุม โดยไม่สอดแทรกความเห็นหรือทัศนคติของตนเอง

3.5 ในกรณีที่มีข้อถกเถียงระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งเกิดความต้องการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ผู้ดำเนินการประชุมต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย และหาข้อยุติให้ได้

3.6 วิเคราะห์และสังเกตบรรยากาศในการประชุม สำหรับจำนวนผู้จัดการประชุมอาจมีเพียงคนเดียวก็ได้เป็นผู้นำ การประชุม ซึ่งจะมีข้อดี คือ กระบวนการประชุมเป็นเอกภาพมากกว่า แต่หากไม่มั่นใจในการดูแลบรรยากาศการประชุม น่าจะจัดคณะมาช่วยโดยแบ่งหน้าที่เป็นผู้จัดการประชุม ดูแลอำนวยความสะดวกทั่วไป ได้แก่ การลงทะเบียน อาหาร เครื่องดื่มผู้นำการประชุมผู้จัดการกิจกรรมเกมส์ สร้างบรรยากาศ เพื่อการละลายพฤติกรรม คลายเครียด และการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละขั้นตอน ผู้เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ทีมจะต้องทำความเข้าใจ ในขั้นตอนและวิธีการให้ตรงกัน สอดรับกัน (Smith W William, 1991)

## 2.6 ข้อมูลทั่วไป และสถานะสุขภาพตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน

สภาพทางภูมิประเทศ

1) ที่ตั้งตำบลแม่ลานเป็นตำบลที่อยู่ทางทิศตะวันตกของอำเภอลี้ ห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 573 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจังหวัดลำพูน ประมาณ 123 กิโลเมตร ห่างจากตัวอำเภอลี้ 17 กิโลเมตร

2) อาณาเขตทิศเหนือ:ติดกับตำบลโป่งทุ่ง อ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่ทิศใต้:ติดกับตำบลทรายอำเภอลี้ จ.ลำพูนทิศตะวันออก:ติดกับตำบลลี้และตำบลนาทรายอำเภอลี้ จ.ลำพูนทิศตะวันตก: ติดกับเขตอุทยานแห่งชาติแม่ปิง ตำบลก้ออำเภอลี้ จ.ลำพูน

3) ลักษณะทางภูมิศาสตร์ลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบเชิงเขาโดยมีแม่น้ำ 2 สายไหลผ่านพื้นที่คือแม่น้ำห้วยแม่หาดและแม่น้ำห้วยแม่ลานไหลผ่านเป็นแหล่งน้ำที่ใช้ในการเกษตรทั้งตำบล

4) สภาพดินฟ้าอากาศอากาศร้อนชื้นมีอยู่ 3 ฤดู

5) แหล่งน้ำที่สำคัญแม่น้ำที่ไหลผ่านในท้องที่ตำบลแม่ลาน มี 2 สายคือ แม่น้ำห้วยแม่หาดและแม่น้ำห้วยแม่ลาน

6) ทรัพยากรธรรมชาติป่าไม้ เป็นป่าไม้เบญจพรรณบริเวณเทือกเขาทุกหมู่บ้าน

การศึกษาโรงเรียนขยายโอกาสสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 1 แห่ง, โรงเรียนประถมศึกษาสังกัดกระทรวงศึกษาธิการจำนวน 3 แห่ง

ศาสนา ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีการประกอบพิธีทางศาสนา ทำบุญตามประเพณีต่างๆ เช่น งานสลากภัตต มีวัดพุทธ จำนวน 4 แห่งคือ วัดบ้านแม่ลาน วัดพระพุทธบาทผาผึ้ง วัดสี่บุญเรือง วัดพระ-พุทธบาทดอยถ้ำ สำนักสงฆ์ 4 แห่ง สำนักสงฆ์เด่นหม้า สำนักสงฆ์ห้วยทรายขาว สำนักสงฆ์ชีวิตใหม่สามัคคีธรรม สำนักสงฆ์ศิริชัยมงคล

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

การเกษตร ประชากรในเขตส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวนลำไย เป็นอาชีพหลักและทำไร่ข้าวโพดปีละ 1 ครั้งรายได้เฉลี่ย 20,000 – 30,000 บาท/คน/ปี อนึ่งจากสภาพอากาศที่แห้งแล้งและปริมาณน้ำฝนน้อยทำให้การทำสวนลำไยและไร่ข้าวโพดได้รับความเสียหาย ผลผลิตน้อยลง ประชากรในวัยแรงงานประมาณร้อยละ 20 ได้อพยพไปทำงานในนิคมอุตสาหกรรมลำพูนและกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลการปกครองของตำบลแม่ลาน

ตำบลแม่ลาน 7 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ลาน มีพื้นที่รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน 949 หลังคาเรือน ประชากรอยู่จริง 2,518 คน อยู่ในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลานอำเภอลี้ จังหวัดลำพูน

## ข้อมูลประชากร

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประชากร (ตามทะเบียนราษฎร) ของ ตำบลแม่ลาน ปี 2559

กลุ่มอายุ	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	ผลรวมทั้งหมด
ต่ำกว่า 1 ปี	10	0.63	12	0.79	22
1-4	56	3.74	58	3.83	114
5-9	95	6.34	87	5.74	182
10-14	83	5.54	86	5.68	169
15-19	84	5.61	86	5.68	170
20-24	116	7.74	108	7.13	224
25-29	94	6.28	108	7.13	202
30-34	123	8.21	113	7.46	236
35-39	114	7.61	114	7.52	228
40-44	142	9.48	120	7.92	262
45-49	136	9.08	114	7.52	250
50-54	120	8.01	127	8.38	247
55-59	112	7.48	121	7.99	233
กลุ่มอายุ	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	ผลรวมทั้งหมด
60-64	112	7.48	81	5.35	193
65-69	68	4.54	57	3.76	125
70-74	43	2.87	29	1.91	72
75-79	26	1.74	38	2.51	64
80-84	25	1.67	27	1.78	52
85 ปีขึ้นไป	26	1.74	29	1.91	55
ผลรวมทั้งหมด	1,585	100.00	1,515	100.00	3,100

## ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลอัตราการเกิด อัตราตาย อัตราเพิ่ม ของตำบลแม่ลาน

รายการ	อัตรา				
	2557	2558	2559		
	อัตรา	อัตรา	จำนวน	ประชากร	อัตรา/พัน
อัตราการเกิด	8.51	6.3	20	3,100	6.45
อัตราการตาย	3.15	3.47	24	3,100	7.74
อัตราเพิ่มธรรมชาติ	5.36	2.84	-4	3,100	-1.29

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลอัตราป่วยของประชาชนตำบลแม่ลาน 5 อันดับ ปี 2557-2559

2557		2558		2559	
โรค	อัตราป่วย/ แสน	โรค	อัตราป่วย/ แสน	โรค	อัตราป่วย/ แสน
ไข้หวัด	21,778.76	ไข้หวัด	16,073.12	ไข้หวัด	17,354.84
อาหารไม่ย่อย	17,316.15	อาหารไม่ย่อย	12,921.53	ความดันโลหิต สูง	7,903.23
ปวดเข่า	8,390.95	ความดันโลหิต สูง	7,059.57	กระเพาะ อาหาร	7,483.87
ความดันโลหิตสูง	7,793.84	ปวดขา ปวดเข่า	6,334.70	คออักเสบ	6,774.19
เวียนศีรษะ	6,316.78	ผื่นคัน	6,082.57	ผื่นคัน	5,935.48

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข, 2559)



ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานตำบลแม่ลานปี 2559

หมู่บ้าน	35 ปีขึ้นไป	มารับการคัดกรอง	ปกติ	เสี่ยง DM	ผู้ป่วย DM ใหม่
ผาด้าย	221	109	89	20	
หนองมะลือ	133	87	77	10	
แม่ลาน	343	187	177	10	1
กองวะ	298	182	169	13	1
เด่นหม้า	128	62	54	8	1
ผาด้ายเหนือ	115	64	63	1	
ห้วยทรายขาว	165	112	98	14	
ผลรวม	1,403	803	727	76	3
ร้อยละ	100	57.23	90.54	10.45	3.95

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่ลานปี 2559

หมู่บ้าน	35 ปีขึ้นไป	มารับการคัดกรอง	ปกติ	เสี่ยง DM	ผู้ป่วย DM ใหม่
ผาด้าย	185	119	87	32	2
หนองมะลือ	104	97	59	38	2
แม่ลาน	258	197	96	101	2
กองวะ	242	192	85	107	2
เด่นหม้า	118	72	41	31	
ผาด้ายเหนือ	98	66	42	24	
ห้วยทรายขาว	156	112	55	57	
ผลรวม	1,161	855	465	390	8
ร้อยละ	100	73.64	54.39	45.61	0.94

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ตารางที่ 6 แสดงอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตำบลแม่ลาน ปี 2559

หมู่บ้าน	ประชากร กลางปี 59 (อยู่จริง)	เบาหวานราย ใหม่	อัตรา อุบัติการณ์ เบาหวาน %	ความดันราย ใหม่	อัตรา อุบัติการณ์ เบาหวาน %
ผาด้าย	463	-	0	2	0.43
หนองมะล้อย	225	-	0	2	0.89
แม่ลาน	608	1	0.16	2	0.33
กองวะ	500	1	0.2	2	0.4
เด่นหม้า	240	1	0.42	-	0
ผาด้ายเหนือ	211	-	0	-	0
ห้วยทรายขาว	271	-	0	-	0
ผลรวมทั้งหมด	2,518	3	0.12	8	0.32

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

## 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กฤษณวรรณ สนิทม่วง (2548) มีจุดหมาย เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่และสร้างรูปแบบการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ของประชากรในพื้นที่ตำบลท่าไม้ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 เป็นการศึกษาระดับการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และช่วงที่ 2 สร้างรูปแบบการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด ละ เลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนที่สูบบุหรี่ มีอายุระหว่าง 25-59 ปี จำนวน 137 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม (F.G.D.) การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ระดับการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก สำหรับระดับการรับรู้ในแต่ละด้านที่มีระดับการรับรู้ต่ำสุด ได้แก่ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีระดับการรับรู้ต่ำสุด 3 รายการ ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเป็นโรคกระเพาะอาหาร 1) สตรีที่แต่งงานกับชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดมากกว่าสตรีที่แต่งงานกับชายที่ไม่สูบบุหรี่ 1) การสูบบุหรี่ในระยะเริ่มแรกไม่มีผลทำให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรและความรุนแรงที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีระดับการรับรู้ต่ำ 2 รายการ ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยจึงสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายกว่าคนที่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุมาก 2) การสูบบุหรี่ไม่ทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตได้ดีขึ้น 3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่มีระดับการรับรู้ต่ำ 3 รายการ ได้แก่ 1) การเลิกสูบบุหรี่ทำให้อาการปวดศีรษะลดลง 2) การเลิกสูบบุหรี่ทำให้กลิ่นบูหรี่ที่ติดตามเสื้อผ้าและร่างกายหมดไป

3) การเลิกสูบบุหรี่ไม่สร้างความรำคาญแก่ผู้อยู่ใกล้ซิดจากการผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ที่มีระดับการรับรู้ต่ำอาจเป็นปัญหาในการลด ละ เลิกสูบบุหรี่จึงได้มีการสร้างรูปแบบการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด ละ เลิกสูบบุหรี่ เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ต่อไป

อรรถพงษ์ เพ็ชรสุวรรณ (2552)วิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา ผู้รับบริการทางการแพทย์เขตสถานีอนามัยอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา ผู้รับบริการทางการแพทย์ เขตสถานีอนามัยอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ t - test และ F - test ผลการวิเคราะห์ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมี ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะส่วนบุคคลและตัวแปรแหล่งความรู้สุขภาพผ่านช่องทาง/สื่อการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต สูงและโรคเบาหวาน ภูมิปัญญาที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กับพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยเสี่ยง (ดัชนีมวลกาย ) แหล่งข่าวสารด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว เมื่อเจ็บป่วย และการใช้ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร การลดละ เลิกบุหรี่และพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ตลอดจนมีการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่อง มีการติดตามประเมิน การสร้างแรงจูงใจ ที่จะก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง ควรพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับระดับการศึกษา และอาชีพของ ประชาชน ในรูปแบบการจัดบอร์ดนิทรรศการในสถานที่ที่ประชาชนเข้าถึง หรือประกอบอาชีพ ควรเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น สนับสนุนสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ พื้นที่ โครงการประกวดระดับต่าง ๆ เช่น คนต้นแบบด้านสุขภาพ หมู่บ้าน /ชุมชนตัวอย่าง

สุจิตรา เหมวิเชียร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของ สตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน และทดสอบอำนาจการทำนายของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตาม คุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและ ความเที่ยงแล้ว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ตัวทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้สถิติถดถอยแบบขั้นตอน สรุปได้ดังนี้ 1. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม (จากคะแนน 1-4 คะแนน) และรายด้าน เกือบทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ( $X=2.66$ ,  $SD=.34$ ) ยกเว้นด้านการตรวจสอบสุขภาพประจำปียู่ในระดับปานกลาง ( $X=2.13$ ,  $SD=.92$ ) 2. แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 10 ( $R^2=.10$ ,  $p<.05$ ) โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด ( $\beta =.28$ ,  $p<.01$ ) ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถให้ข้อเสนอแนะต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรี ไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติศาสนกิจ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิม ตลอดจนลดอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสำคัญ

จงมณี สุริยะและคณะ (2556 )ได้ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังจากทดลองการเข้าร่วม โปรแกรม(ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรม จำนวน 3 ครั้งๆละ 3 ชั่วโมง ครั้งละ 2 สัปดาห์ การออกแบบ กิจกรรมได้ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง อาทิ การบรรยาย การใช้ตัวแบบที่มีชีวิต ตัวแบบ สัญลักษณ์การสนทนากลุ่ม การสาธิต การฝึกทักษะการดูแลเท้า)กลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลเท้า การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการดูแลเท้าตนเอง ทักษะการดูแลเท้าและพฤติกรรมการดูแล เท้าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษามี ประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เกิดทักษะและปฏิบัติทักษะการดูแลเท้าตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม อรุณี

หล้าเขียว (2557) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.62 (S.D.= 2.499) และพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01( $r=0.227$ ,  $P\text{-value} < 0.001$ )

ประภัสสร งามแสงใส (2557) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจในระดับดี แต่บางส่วนยังขาดทักษะ ในการอ่านและแปลความข้อมูลสาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์ อภิญา อินทรรัตน์ (2557) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีความฉลาดทางสุขภาพจะสามารถนำเสนอ ข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น และได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในการพัฒนาปรับปรุงความฉลาดทาง สุขภาพของสังคมส่วนรวม โดยการใช้กลยุทธ์การสื่อสาร การสร้างสื่อให้ความรู้ทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการให้บริการช่วยเหลืออื่นๆที่สามารถปรับให้เหมาะสม กับผู้รับสารที่มีความแตกต่างและหลากหลาย ในระดับความรู้ ความสามารถ ภาษาและวัฒนธรรม

กองสุขศึกษา (2558)ได้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก3อ.2ส.ของ ประชาชนวัยทำงาน พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก3อ.2ส.ของกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับ พอใช้ (ร้อยละ 47.1) รองลงมาในระดับไม่ดี(ร้อยละ39.7) ส่วนระดับดีมาก น้อยที่สุด (ร้อยละ13.2) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี ใน 4 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ ร้อยละ 43.5 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ร้อยละ 59.8 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 45.8 และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ร้อยละ 56.2 และมีเพียงองค์ประกอบเดียวที่อยู่ในระดับดีมาก คือ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 58.0สำหรับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก3อ.2ส. พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ47.9) รองลงมา ระดับพอใช้ (ร้อยละ27.5) ส่วนระดับดีมาก น้อยที่สุด(ร้อยละ24.6)

ศิริภาณี ศรีหาภาค. (2553) ทุนในชุมชน : การเคลื่อนไหวแก้ปัญหามรณะ กรณีศึกษาชุมชนบ้านโคกใหญ่ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น บทคัดย่อ : การศึกษาปรากฏการณ์การเคลื่อนไหวในชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนประเพณีการบริโภคสุราในชุมชน โดยศึกษาทุนในชุมชนที่ทำให้เกิดการ

เคลื่อนไหวแก้ปัญหาการดื่มสุรา แสดงให้เห็นกระบวนการเคลื่อนไหวปรับเปลี่ยนประเพณีปฏิบัติในชุมชน และผลกระทบของปฏิบัติการการเคลื่อนไหวแก้ไขปัญหาสุราในชุมชนของอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยอาศัยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามจากการสัมภาษณ์เจาะลึก. การสังเกต และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องจากการศึกษาพบว่า สุราในวิถีชีวิตและวิถีประเพณีของชาวบ้านเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของอำเภอและทุนในชุมชน ซึ่งคนส่วนใหญ่มองการบริโภคสุราว่าเป็นเรื่องปกติ กว่าจะรับรู้ที่สุราคือต้นเหตุของปัญหา ก็มีเหตุรุนแรงเกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและชุมชน จนไม่สามารถควบคุมได้ จึงทำให้ชุมชนลุกขึ้นมาเคลื่อนไหวแก้ปัญหาด้วยวิถีประชามชชาวบ้านด้วยวิธีการ “โสเหล่” โดยการนำของ เจ้าอาวาสวัดผู้สังฆมนตรีเกิดเป็นทุน 3 ประเภทคือ 1) พลังความเชื่อ และแรงศรัทธาในศาสนา เป็นวัฒนธรรมชุมชนที่เข้มแข็ง 2) สัมพันธภาพที่ดีของผู้นำในชุมชน บ้าน วัด โรงเรียน ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่มีความเป็นเอกภาพในการแก้ปัญหา และ 3) การดำรงชีวิตที่มีคุณธรรมและช่วยเหลือสังคมของผู้นำ เป็นทุนทางศีลธรรม ที่ทำให้เกิดศรัทธาและเป็นพลังนำไปสู่การขับเคลื่อนแก้ปัญหา อย่างไรก็ตามการเคลื่อนไหวเพื่อปรับเปลี่ยนประเพณีปฏิบัติการบริโภคสุราของชาวบ้านนั้น อยู่ท่ามกลางการต่อสู้และต่อรองของทุนรูปแบบต่างๆ ในชุมชน แม้ชุมชนจะสามารถกำหนดพื้นที่เขตวัดให้ปราศจากสุราและแม้จะสามารถควบคุมการบริโภคสุราในชุมชนได้ แต่การแก้ไขปัญหาสุราของชุมชนบ้านโคกใหญ่ยังเป็นเพียงกายเริ่มต้น การศึกษาครั้งนี้ต้องการแสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหาสุราที่ฝังรากลึกทางวัฒนธรรมต้องอาศัยทุนในชุมชนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติการจึงจะเกิดการเคลื่อนไหวเพื่อปรับเปลี่ยนประเพณีปฏิบัติการบริโภคสุราของชาวบ้าน

มุกิตา วรณชาติ(2558) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. บทคัดย่อ การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคเรื้อรัง 270 คน จากกลุ่มสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบสถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 ระดับดี ร้อยละ 45.9 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.9 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ อายุ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 37.4 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ควรส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนส่งเสริม

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น

อภิชาติ เจริญยุทธ (2552) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนหนองพะลาน จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนโดนด จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด สูงสุด และเปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA : Analysis of Covariance) ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โสภา เพ็งยอด (2550) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลไพศาลีและเปรียบเทียบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อจัดการกับความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลไพศาลี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพศาลีที่มีระดับความเครียดสูงและระดับความเครียดรุนแรง จำนวน 30 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการทดลอง และใช้วิธีจับสลากเพื่อแบ่งกลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน ได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อจัดการกับความเครียดและกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มจำนวน 1 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเครียดสวนปรง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่า ที กรณีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกันผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระดับความเครียดปานกลางร้อยละ 57.45 ระดับความเครียดสูงร้อยละ 37.01 และระดับความเครียดรุนแรงร้อยละ 2.20 และหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อ

จัดการกับความเครียดมีคะแนนความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อนงค์ นิลกำแหง (2550) ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดของเจ้าหน้าที่การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชยันนาท และ 2) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชยันนาท จังหวัดชยันนาท โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ข้าราชการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชยันนาท อายุ 35-60 ปี ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2550 แยกเป็นช่วงที่ 1 คือ ข้าราชการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชยันนาท จำนวน 226 คน และช่วงที่ 2 คือ ข้าราชการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชยันนาท ที่มีระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดหลังงดอาหาร 12 ชั่วโมงตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป จำนวน 30 คน รวมระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกการปฏิบัติตน เรื่องการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ส่วนระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดหลังทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

อัศรีย ใจตุ้ย(2550) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงและชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่าในตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย บทความนี้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงและชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่าในพื้นที่ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างเผ่ากะเหรี่ยงจำนวน 107 คน และเผ่าอาข่า จำนวน 98 คน รวมทั้งหมด 205 คน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยชุมชน พบว่า เผ่ากะเหรี่ยงและเผ่าอาข่าอยู่ในระดับดีด้านอบายมุข กรณีที่ดื่มสุรา พบว่า เผ่ากะเหรี่ยงอยู่ในระดับดี เผ่าอาข่าอยู่ในระดับพอใช้ กรณีสูบบุหรี่อย่างเดียวและกรณีที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ พบว่า เผ่ากะเหรี่ยงและเผ่าอาข่าอยู่ในระดับพอใช้ กรณีที่ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ พบว่า เผ่ากะเหรี่ยงอยู่ในระดับดี ส่วนเผ่าอาข่าอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนด้านโรคยา พบว่า เผ่ากะเหรี่ยงอยู่ในระดับดี ส่วนเผ่าอาข่าอยู่ในระดับพอใช้ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาว



ไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงและชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่า ด้านการบริโภคอาหาร อนามัยชุมชน และโรคยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านอบายมุขพบว่า กรณีดื่มสุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กรณีสูบบุหรี่และกรณีที่ไม่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ พบว่า ไม่แตกต่างกัน กรณีที่ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ปานชีวา ณ หนองคาย(2551)การพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 7 ด้านดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่วนน้ำหนักความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ไม่เปลี่ยนแปลง ( $p > .05$ ) ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการเข้าใจตัวเองอย่างแท้จริงไม่แตกต่างจากก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ( $p > .05$ ) ส่วนรายด้าน 4 ด้าน ที่เหลือมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน ดีกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีเพียงด้านการออกกำลังกาย ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ( $p > .05$ ) ผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 70 – 79 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ( $p > .05$ ) มีเพียงพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง และการจัดการกับความเครียดที่ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ( $p > .05$ ) มีเพียงด้านการจัดการกับความเครียดที่ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มิมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 7 ด้าน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ( $p > .05$ ) แต่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด/ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ ตั้งแต่ 3,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม ( $p > .05$ ) มีเพียงด้านการออกกำลังกายเท่านั้นที่มีพฤติกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือนมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 7 ด้าน ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสรุป รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันตามความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

อุทัย เสริมศรี(2553)การศึกษาวิจัยเรื่อง แบบพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไทย – ลาว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของชาวบ้านเหล่าอินทร์แปลงตำบลช่องเม็ก อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ราชอาณาจักรไทยและบ้านบาเจียงเจริญสุข แขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว รวมทั้งเพื่อศึกษาแบบพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนระหว่างราชอาณาจักรไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคชาติพันธุ์วรรณาและการสอบถามโดยใช้เทคนิคประชากรพิจารณา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และประเด็นการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน บ้านเหล่าอินทร์แปลงราชอาณาจักรไทย พบว่ามีปัจจัยกระบวนการ และผลที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้คือ 1) ผู้นำชุมชนมีวิสัยทัศน์ 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแบบพึ่งพาจากองค์กร 3) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องมุ่งความสำเร็จ 4) การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งนี้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าวยังไม่ชัดเจนในบทบาทการปฏิบัติงาน จึงทำให้ไม่มั่นใจต่อการปฏิบัติ งานตามแบบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเนื่องจากชุมชนในหมู่บ้านมีจุดอ่อนในการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน รวมทั้งไม่มีความชัดเจนในด้านสาธารณสุขมูลฐานแบบผสมผสาน แม้ว่าองค์กรชุมชนให้การสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนก็ตามแต่ผู้นำชุมชนบางส่วนยังไม่เข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดังกล่าวทั้งนี้ประเด็นที่สำคัญประการหนึ่ง อาจเนื่องมาจากชุมชนขาดเทคโนโลยีในการสื่อสาร จึงทำให้ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนผลการศึกษที่บ้านเจียงเจริญสุข แขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวนั้น พบว่า มีปัจจัย กระบวนการ และผลของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ 1) ผู้นำชุมชนเป็นแบบสั่งการ 2) พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพแบบพึ่งองค์กรชุมชน 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุ่งความสำเร็จและ 4) พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งนี้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่มีความชัดเจนในบทบาทการปฏิบัติงาน จึงทำให้ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน ลักษณะของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเน้นแบบธรรมชาติและเน้นตามนโยบาย 3 ส. คือ 1) อาหารสะอาด 2) ที่อยู่อาศัยสะอาด 3) ดื่มน้ำสะอาด ให้ประชาชนในชุมชนร่วมมือกับนายบ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน) ในการนัดประชุมและแพทย์จากเมืองบาเจียงเจริญสุข มาบริหารจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน แต่บทบาทที่เด่นชัด คือ การแนะนำประชาชนในเรื่องโรคระบาด

เฉพาะการณ์ การยอมรับให้กับประชาชนในพื้นที่เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เนื่องจากการป้องกันโรคดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ทั้งทางอ้อมและทางตรงจากคำสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเมืองบาเจียงเจริญสุขกล่าวว่าพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น พวกเราเริ่มที่ครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามธรรมชาติที่บรรพบุรุษได้สืบทอดกันมาแต่อดีตถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะพฤติกรรมปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันทุกเช้าของผู้สูงในการไปหาอาหารจากธรรมชาติ ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงและอายุยืน ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการอบรมศักยภาพแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านเหล่าอินทร์แปลง ตำบลช่องเม็ก อำเภอสรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ราชอาณาจักรไทย ใช้ระยะเวลา 3 วัน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ จำนวน 50 คน และประเมินผลความพึงพอใจจากแบบสอบถาม พบว่าในภาพรวมทุกคนมีความพึงพอใจในการอบรมตามโครงการนี้อยู่ในระดับมากที่สุด ( $= 4.85$ ,  $S.D. = 0.34$ ) และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะในการจัดทำโครงการอบรมศักยภาพแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยมีองค์กรชุมชนสนับสนุนงบประมาณในการสร้างพลังสุขภาพของชุมชน หมู่บ้านเหล่าอินทร์แปลง ตำบลช่องเม็ก จังหวัดอุบลราชธานี ราชอาณาจักรไทย ฉะนั้นแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของไทย – ลาว จึงเป็นแบบผสมผสานระหว่างการพึ่งพาธรรมชาติและองค์การภายนอกสำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในลักษณะที่คล้ายคลึงกันทั้งด้านภูมิศาสตร์ วัฒนธรรมภาษาพูดในการสื่อสาร รวมทั้งวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน ทั้งแบบพฤติกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงอย่างยั่งยืน

บัวลัย เจริญใจ (2551) การเรียนรู้และการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง การศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเรียนรู้และการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะ เจตคติ พฤติกรรมและการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ วิธีการศึกษานั้น การศึกษาเชิงพรรณนา และเชิงสำรวจ โดยประชากร คือ ชมรมผู้สูงอายุ ต.เวียงเหนือ อ.เมือง จ.ลำปาง รวมจำนวน 459 คน และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sample) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามมีจำนวน 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ เจตคติ พฤติกรรมและการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ การผันแปรร่วมด้านทักษะ เจตคติ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในการออกกำลังกาย โดยใช้สถิติ ANCOVA ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 63.65 อายุ 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.33 ระดับ

การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.48 สถานภาพสมรสมีคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 62.62 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 71.03 อาชีพแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 36.45 สถานภาพปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.94 สถานภาพทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และพบว่าทักษะ เจตคติ และพฤติกรรมในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

ราตรี ผลสาถี (2559) การรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชมรมผู้สูงอายุไร่ชิงเมตตาประชารักษ์จังหวัดนครปฐม บทคัดย่อ การส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างถูกต้องให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นวิธีการที่ดีสำหรับการควบคุมระดับความดันโลหิต การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชมรมผู้สูงอายุไร่ชิงเมตตาประชารักษ์ จังหวัดนครปฐม จำนวน 40 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ทดสอบสมรรถภาพทางกายและประเมินสุขภาพทั่วไปก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired Sample t-test ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการออกกำลังกาย รับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย ความคาดหวังผลลัพธ์ของการออกกำลังกายเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการออกกำลังกาย และสมรรถภาพทางกายด้านความจุปอด ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนลดลงจาก 143.13 มิลลิเมตรปรอท เป็น 131.58 มิลลิเมตรปรอท ( $p < 0.001$ ) และความดันโลหิตตัวล่างลดลงจาก 80.75 มิลลิเมตรปรอท เป็น 75.30 มิลลิเมตรปรอท ( $p = 0.001$ ) รวมทั้งน้ำหนักตัวลดลงจาก 59.71 กิโลกรัม เป็น 58.93 กิโลกรัม ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีประสิทธิผล ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ ดังนั้น สถานบริการสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมสุขศึกษานี้ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของชมรมผู้สูงอายุต่อไป สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรดำเนินการศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความผูกพัน อันจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ยั่งยืน

ศุภรัชต์ ผาธรรม (2551) รูปแบบการจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $p < .05$ ) ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบน(Systolic Blood Pressure) และมีระดับความดันโลหิตตัวล่าง(Diastolic Blood Pressure) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $p < .05$ ) โดยสรุปโปรแกรมการเรียนรู้โดยการจัดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMT) มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการควบคุมระดับความดันโลหิต

Shu-xia Li Ling Zhang (2013) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีอิทธิพลมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การสำรวจแบบตัดขวาง(cross-sectional survey) ใช้ข้อมูลทั่วไป,ระดับความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ, ความสามารถในการประเมินตนเองสำหรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กับการตรวจร่างกายเพื่อรักษาตัวในโรงพยาบาล . ผลการศึกษา พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่ากับ  $72.25 \pm 16.66$  และ 23.8% ของผู้ป่วยมีคะแนนสูง คะแนนด้านการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตระหนักด้านสุขภาพความมีประสิทธิภาพในตนเอง และระดับการศึกษา แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมที่ไม่แข็งแรง ( $P < 0.05$ ) สรุป: ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพควรส่งเสริมในด้านความคิดเกี่ยวกับ การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยตนเองและปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้คนจำนวนมากในประเทศจีนที่มีความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรมีการส่งเสริมให้คนมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์มากขึ้นในการรักษาและพัฒนานิสัยที่ดี การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ามีเพียง 23.8% เท่านั้นที่มีพฤติกรรมสุขภาพดี มีคะแนนด้านโภชนาการมากที่สุดรองลงมาคือด้านกีฬาและด้านสุขภาพมีค่าต่ำสุด ควรให้ความสำคัญกับการแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมประจำวันและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เสนอให้ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องแนวความคิดด้านสุขภาพที่เหมาะสมพัฒนาเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุความดันโลหิตสูง

Mark S. Turbin, Richard Jessor,1,2,3 and Frances M. Costa.(2000). การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น: พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือการละเมิดกฎเกณฑ์ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมวัยรุ่นสูบบุหรี่ที่อยู่ในโครงสร้างของพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาและการละเมิดกฎเกณฑ์ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติและทางเศรษฐกิจและ

สังคมของวัยรุ่นชายและหญิงจำนวน 1782คนโดยศึกษาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางเพศ ได้แก่ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์,การดื่มสุรา,การใช้สารเสพติดและการขาดความรับผิดชอบ พบว่า ตัวแปรพฤติกรรมแฝง ได้แก่ นิสัยการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ, การไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดี, พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยและสุขภาพช่องปากไม่ดี การศึกษาใช้การจำลองโครงสร้างของความสัมพันธ์กับตัวแปรพฤติกรรมแฝง พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมีนัยสำคัญ กับตัวแปรพฤติกรรมแฝง การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมปัญหาและโดยทางอ้อม การเข้าไปส่งเสริมและป้องกันหรือลดการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นการมีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือการละเมิดกฎเกณฑ์ของวัยรุ่น

## 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนทฤษฎี แนวคิด ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยต่อไป

