



รูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชนบ้านซาด
หมู่ที่ 2 ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

**MODEL FOR MAKING THE PROPER WELL BEING ON THE SEX AND
AGE OF PEOPLE IN SAD VILLAGE, MOO 2, MAFIENG SUB-DISTRICT,
PUTTHAISONG DISTRICT, BURIRAM PROVINCE**

วิทยานิพนธ์
ของ
ภัทรา เชื้อนิต

เสนอต่อมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยและพัฒนาสังคม

กุมภาพันธ์ 2554

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชนบ้านชาด หมู่ที่ 2 ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์		
ผู้วิจัย	ภัทรา เชื้อนิต		
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ	ประธานกรรมการ	
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อนันต์	ลิขิตประเสริฐ	กรรมการ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมบัติ	ประจวบศานต์	กรรมการ
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	วิจัยและพัฒนาสังคม
สถานศึกษา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์	ปีที่พิมพ์	2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะของประชาชนบ้านชาด เพื่อค้นหาองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะของชุมชน และเพื่อศึกษารูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชนบ้านชาด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วยประชากรเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุอย่างน้อย 25 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้นำชุมชนและผู้มีบทบาทด้านสาธารณสุขชุมชน ครู ปรากฏ์ชาวบ้าน จากบุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 2 ประชาชนทั่วไปที่สนใจปัญหาสาธารณสุขสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก โดยการเชิญชวนเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 55 คน มีคณะวิจัยชาวบ้านในชุมชนร่วมทำงาน จำนวน 15 คน ได้ทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรูปแบบเชิงประจักษ์ เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคือแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และเครื่องมือในการสำรวจสุขภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์ปัญหาสุขภาวะของชุมชน โดยจำแนกตามเพศและวัย กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศชาย ขาดความอบอุ่นในครอบครัว ออกไปทำงานรับจ้างต่างถิ่น กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศหญิง ขาดความอบอุ่นในครอบครัว พ่อต้องไปทำงานในเมือง เกิดความห่างเหิน ขาดที่พึ่ง กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศชาย มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศหญิง มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป เพศชาย มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป เพศหญิง เกิดความเครียดจากสภาพร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยทอง มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป องค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะของชุมชน พบว่า ประชาชนบ้านชาดใช้องค์ความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้านที่มีคุณสมบัติทางยามารักษาผู้ป่วย โดยปรับใช้หรือแปรสภาพความเข้มข้นของสมุนไพรให้เหมาะกับผู้ป่วย ใช้สมุนไพรในการบำรุงรักษาผิวพรรณและบำบัดอาการป่วยเมื่อยตามร่างกาย ใช้สมุนไพรในการดับกลิ่นอับในบ้าน ใช้สมุนไพรทำเป็นยาอมลูกกลอนเพื่อนให้ชุ่มคอและรักษากลิ่นปาก และสุดท้ายใช้สมุนไพรเป็นสินค้าเพื่อประกอบอาชีพหา

รายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว รูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชน พบว่า รูปแบบการสร้างสุขภาวะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ คือ 1. ชุมชนมีภาวะความเป็นผู้นำ หมายถึงประชาชนส่วนใหญ่สนใจใฝ่รู้ในสิ่งแวดล้อมรอบข้าง และมีความตื่นตัวกับสิ่งแปลกใหม่ พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือกับนักวิจัยในการทำงานเป็นอย่างดี 2. ชุมชนมีองค์ความรู้ที่ทันสมัย คือมีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสร้างประชาคมด้านสุขภาพ สร้างเครือข่ายสื่อมวลชน สมาคม องค์กรต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับชุมชน 3. ชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน 4. ชุมชนมีกระบวนการจัดการชุมชน 5. ชุมชนมีการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น 6. ชุมชนมีกระบวนการเฝ้าระวังภัย หมายถึง คือประชาชนในชุมชนช่วยกันดูแลความสงบสุขของชุมชน โดยการจัดเวรยามดูแลสถานการณ์ในชุมชน

TITLE Model for Making the Proper Well Being on the Sex and Age of People in Sad Village, Moo 2, Mafieng Sub-District, Putthaisong District, Buriram Province

AUTHOR Phattra Chuanin

ADVISORS Assistant Professor Dr. Piyaporn Siripanumas Thesis Advisor
Assistant Professor Anun Likitprasert Co - advisor
Assistant Professor Sombat Prajonsan Co - advisor

DEGREE Master of Arts **MAJOR** Research and Social Development

SCHOOL Buriram Rajabhat University **YEAR** 2011

ABSTRACT

The objectives of this research were to study the well being problem situation of people in Sad village, to find out the body of knowledge for supplementing the well being of community, and to study the model for making the proper well being on sex and age of people in Sad village. The samples of this research composed of the population both male and female aged at least 25 years, which are classified into two groups. The former was 10 people who are community leaders, public health personnel, teachers and local philosophers, selected by purposive sampling as the key informants. The latter comprised 55 local people who are interested in well being selected by convenient sampling, and 15 community researchers. The instruments used in this empirical quantitative and qualitative research were a set of questionnaires, interview and well being survey. The statistics used to analyze the data were percentage, mean, standard deviation and content analysis technique.

The research results were: 1) The problem situations of the community well being classified by sex and age were found that the males aged 25-35 years lacked the warmth in the family and went out to work in different areas, the females aged 25-35 years lacked the warmth in the family, their fathers worked in downtown and they was far from their fathers and lacked the advocators, both males and females aged 36-45 years had the problems about general health, the males aged 46 year up had the problems about general health but the females had the seriousness after coming in the middle age and the problems about the general health; 2) The body of knowledge for supplementing the well being of community were that people in Sad village used the local herbs in order to cure the patients by applying the herbs to be suitable

with the patients, to keep the skin up and the body pain, to deodorize the stuffy smell in the rooms, to soak and release the bad smell in mouth, and to produce the herb products for earning the family incomes; and

3) The proper model for making the well being of local people based on sex and age should compose of six components: 3.1) the leadership in community, that is, most people are interested in environment, eager to learn new things and be ready to participate in working with researchers; 3.2) the modern body of knowledge in the community, that is, the community participation is established more through the public health hearing, the public relation network, the association and the different organizations for the participation of all associations in making the good health of community; 3.3) the good relationship between community and others; 3.4) the good management process in the community; 3.5) the conservation of local wisdom in the community; and 3.6) the keep-watching process of danger in the community, that is, the setting of the watchmen in the community.

ประกาศคุณูปการ

รายวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายฝ่าย ที่ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องและพัฒนางานวิจัยให้ออกมาเป็นรูปเล่มอย่างสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ ประธานกรรมการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนันต์ ถิทธิประเสริฐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมบัติ ประจัญสานต์ กรรมการ และผู้ทรงคุณวุฒิ จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ที่เอื้ออำนวยและประสานงานในการจัดทำวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้ใหญ่บ้านบ้านชาด หมู่ 2 คณะกรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย แหล่งทุนในการทำงาน และขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ สุทธิธา และคณะ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงาน ให้คำปรึกษาแนะนำและให้กำลังใจเป็นอย่างดีที่สุด

ขอขอบพระคุณเจ้าของเอกสารตำราทุกเล่ม รวมถึงแหล่งข้อมูลทุกแหล่งที่ได้ค้นคว้า

ขอบคุณกำลังใจจากเพื่อนๆ ร่วมชั้นเรียนทุกคน

ขอบคุณทุกคนในครอบครัวเขื่อนลิตที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่อง และให้กำลังใจด้วยดีตลอดระยะเวลาการเรียนและการทำวิจัยครั้งนี้

ประ โยชน์และคุณค่าอันพึงเกิดจากวิจัยฉบับ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดามารดา คณาจารย์และผู้ที่มีส่วนพุ่มพักและให้กำลังใจในการศึกษาค้นคว้าตลอดมา หากมีสิ่งใดขาดตกบกพร่องหรือผิดพลาดประการใด คณะผู้วิจัยขอภัยไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ภัทรา เขื่อนลิต

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดการพัฒนาสุขภาพ.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและหลักการจัดการสาธารณสุขในชุมชน.....	10
แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	25
กรอบแนวทางในการสร้างสุขภาพ 6 อ.	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	39
3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
ระเบียบวิธีวิจัย.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	41
เก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	44

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 บริบทชุมชน	45
ความเป็นมาบ้านชาติ.....	45
สภาพทางภูมิศาสตร์.....	45
แหล่งที่ตั้งชุมชน.....	45
สภาพทางสังคม.....	45
การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาวะผู้นำ.....	48
วัฒนธรรมประเพณี.....	56
ศาสนา.....	57
การศึกษา.....	58
สาธารณสุข.....	59
ภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพ.....	67
สภาพทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.....	69
เศรษฐกิจ.....	70
บทสรุป.....	71
การวิเคราะห์บริบทชุมชนบ้านชาติ.....	72
สภาพปัญหาของบ้านชาติ.....	73
บทสรุปการวิเคราะห์ชุมชนบ้านชาติ.....	80
5 กระบวนการทำวิจัย	82
กระบวนการทำงานของคณะวิจัย.....	82
กระบวนการพัฒนาโครงการการวิจัย.....	84
กระบวนการศึกษาข้อมูล.....	85

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

หน้า

รายละเอียดการดำเนินโครงการ.....	89
1. โครงการศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนในภาพรวม.....	89
2. โครงการศึกษาบริบทชุมชนด้านการสาธารณสุขและภูมิปัญญา ชาวบ้าน.....	94
3. โครงการสำรวจสุขภาพประชาชน.....	101
6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	109
7 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	123
สรุปผลการศึกษา.....	123
อภิปรายผล.....	128
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	132
บทสรุป.....	133
บรรณานุกรม.....	133
ภาคผนวก.....	137
ภาคผนวก ก แบบสอบถามการวิจัย.....	138
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน.....	152
ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป.....	154
ภาคผนวก ง แบบวัดดัชนีมวลกาย.....	156
ภาคผนวก จ ประวัติย่อคณะผู้วิจัย.....	158
ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรมระหว่างการค้าเนินการ.....	164

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ลักษณะของสุขภาวะที่สมบูรณ์ 4 มิติ.....	11
2 รูปแบบของการมองสุขภาพ.....	12
3 แสดงจำนวนประชากร แยกตามช่วงอายุ และเพศ.....	47
4 สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาและดูแลสุขภาพของชาวบ้านชาติ.....	61
5 การประกอบอาชีพของหมู่บ้านชาติในปัจจุบัน.....	71
6 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศชาย	74
7 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศหญิง	75
8 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศชาย	76
9 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศหญิง	77
10 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป เพศชาย	78
11 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป เพศหญิง	79
12 แนวทางในการพัฒนาชุมชนบ้านชาติ โดยนำจุดเด่น/จุดแข็ง มาวิเคราะห์.....	80
13 ผลตรวจสุขภาพก่อนดำเนิน โครงการ กลุ่มอายุ 25-35 ปี.....	106
14 ผลตรวจสุขภาพก่อนดำเนิน โครงการ กลุ่มอายุ 36-45 ปี.....	107
15 ผลตรวจสุขภาพก่อนดำเนิน โครงการ กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป.....	108
16 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม.....	111
17 พฤติกรรมการอาบน้ำและการสระผม.....	114
18 พฤติกรรมตัดเล็บมือเล็บ การถ่ายอุจจาระ และการแปรงฟัน.....	115
19 พฤติกรรมการตรวจช่องปาก และการล้างมือ.....	116
20 พฤติกรรมความถี่ในการล้างมือ.....	117
21 พฤติกรรมการทานอาหารร่วมกับผู้อื่น.....	118
22 พฤติกรรมการสวมเสื้อผ้า.....	119
23 พฤติกรรมการมีรสนิยมในการเลือกรสชาติอาหาร.....	120
24 พฤติกรรมการทานอาหารใน 1 สัปดาห์.....	121
25 พฤติกรรมความเครียดและการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บไข้หรือซ่อนทำขรดจักรยานยนต์	122

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

- 1 กระบวนการพัฒนาโครงการวิจัย..... 84
- 2 รูปแบบการสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องเหมาะสมกับเพศและวัยของประชาชน
บ้านขาด หมู่ที่ 2 ตำบลมะเพีอง อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์.....127

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสาธารณสุขในที่กำลังคุกคามสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ยังคงหนีไม่พ้นโรค
อ้วน ซึ่งระบาดไปทั่วโลก โดยเฉพาะในเอเชียมีอัตราการเกิดสูงขึ้นเป็นอย่างมาก กระทรวง
สาธารณสุขของไทยต้องเข้าไปด้านโรคอ้วนทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ เพื่อดำเนินการที่มาจากโรคอ้วนที่เรา
มักได้ยินเสมอคือ เบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือด มะเร็ง เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดจากการมี
พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่คำนึงถึงประ โยชน์และคุณค่า ขาดการ
ออกกำลังกาย มีข้อมูลยืนยันว่าการออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ
ร้อยละ 51 และหัวใจวาย ร้อยละ 45 (กองสุขภาพ. 2549 : 11) นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรอายุ
15 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำ เพศชายร้อยละ 37.2 เพศหญิงร้อยละ 2.1 โดยมีอายุ
เฉลี่ยในเพศชาย 18.2 ปี และในเพศหญิง 21.7 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547 : 25) ซึ่งการวิจัย
นานาชาติที่เชื่อถือได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหมู่เยาวชนพบว่าเยาวชนอาจไม่ตระหนักถึง
ผลเสียของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพเหมือนที่ผู้ใหญ่ตระหนัก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
เสริมสร้างสุขภาพ (สสส.). 2548 : 17) ยังมีผลพวงของการดื่มสุราของคนไทยเพิ่มขึ้นทุกปีอัตรา
การดื่มสุราสูงเป็นอันดับ 5 ของโลก และผลพวงของการดื่มสุราตามมาด้วยปัญหามากมาย ทั้งเรื่อง
อุบัติเหตุ การทะเลาะวิวาท ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และการรักษาโรคที่เกิดจากสุราตามมาด้วย
การคิดเอสดีในที่สุด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ. 2548 : 14) องค์การ
อนามัยโลกคาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจาก 35 ล้านคนในปี 2548 เป็น 350
ล้านใน อีก 20 ปี ข้างหน้า (กองสุขภาพ. 2550 : 16)

สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาและในช่วง
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พิจารณารายงานการสาธารณสุขไทยในปี พ.ศ.
2540 – 2541 อัตราการฆ่าตัวตายและอัตราป่วยจากภาวะแปรปรวนทางจิตจะพบว่าเพิ่มขึ้นมาโดย
ตลอด ซึ่งสอดคล้องกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีความแออัดและการ
แข่งขันมากขึ้น ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ จากการสำรวจทางโทรศัพท์ในระยะ 6 เดือนแรก คนไทย
โดยเฉพาะผู้ว่างงานมีความเครียดมากขึ้น และคิดฆ่าตัวตายมากขึ้นเกือบเท่าตัว โดยได้มีการ
รายงานสาเหตุการตายจากเอกสารมรณบัตร ปี พ.ศ.2546 เรียงลำดับของสาเหตุการตาย 10 ลำดับ
แรก โรคมะเร็ง ร้อยละ 78.9 ต่อ 100,000 ประชากร อุบัติเหตุและอาหารเป็นพิษ ร้อยละ 56.9 ต่อ

และโรคอื่น ๆ ของปอดร้อยละ 27.7 ต่อ 100,000 ประชากร ไตอักเสบและกลุ่มอาการของไตพิการ ร้อยละ 23.9 ต่อ 100,000 ประชากร โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อนร้อยละ 19.2 ต่อ 100,000 ประชากร โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 14.8 ต่อ 100,000 ประชากร ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.0 ต่อ 100,000 ประชากร และ โรคไข้เลือดออกร้อยละ 0.2 ต่อ 100,000 ประชากร (กระทรวงสาธารณสุข. 2547 : 51) สำหรับปัญหาสาธารณสุข/สุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ โรคเอดส์ กลุ่มโรคเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ เช่น โรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช ภาคอุตสาหกรรม โรคเกี่ยวกับอุบัติเหตุ โรคเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดำรงชีพ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารและยา โรคเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โรคเกี่ยวกับสุขภาพจิต โรคเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และยังมีปัญหาสาธารณสุข/สุขภาพที่เคยลดลงและกำลังจะเกิดเป็นปัญหาขึ้นอีก ได้แก่ วัณโรค และโรคเท้าช้าง (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2550 : 18)

ในการพัฒนาประเทศ ประชาชนในนับเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน ดังนั้นจำเป็นต้องหาวิธีที่จะพัฒนาคนเพื่อไปพัฒนาชาติ การพัฒนาคนนั้น กิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือการให้การศึกษาด้านสาธารณสุข ดังนั้น นโยบายรัฐบาลของรัฐบาลแต่ละประเทศจะเน้นไปที่การพัฒนาศักยภาพของคนในด้านการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพของคนและการสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์พร้อมที่จะปฏิบัติหน้าที่ในส่วนต่างๆ เพื่อสร้างรายได้ในการพัฒนาตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม เพื่อมุ่งไปสู่การพัฒนาประเทศชาติให้เจริญรุ่งเรือง ดังนั้นการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะชุมชนเป็นที่อาศัยของกลุ่มคนที่มาอยู่ร่วมกัน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หรือ การพัฒนาคนจุดเริ่มต้นจึงอยู่ที่ชุมชนเพื่อที่จะสร้างคนให้มีศักยภาพทั้งด้านความรู้และด้านสุขภาพ การที่ประชาชนในประเทศมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข สามารถประกอบกิจการงาน ได้อย่างมีคุณภาพมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปหรือทำให้ประเทศชาติเจริญรุ่งเรือง ประชาชนมีความสุข เกิดผลกระทบต่อประชาชนในชาติทำให้อยู่ดีกินดี จึงมีคำว่า สุขภาพดีถ้วนหน้า (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ดันสกุล. 2550 : 16-17) การเติบโตทางการเมือง การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ และ ความหลากหลายของโรคเรื้อรัง ได้สร้างปัญหาใหม่ทุกประเทศ พฤติกรรมทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา เช่น การทำงานอยู่กับที่เป็นเวลานานๆ การคือยาปฏิชีวนะและยาอื่น ๆ การให้ยาเกินความจำเป็น รวมถึงความรุนแรงในสังคม และปัจจัยคุกคามความผาสุกและสุขภาพของประชาชน อันได้แก่ โรคติดเชื้อใหม่ๆ และชนิดเก่าที่กลับมาเป็นปัญหาอีกครั้งหนึ่งรวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้น สำหรับปัจจัยข้ามชาติก็มีผลกระทบต่อสุขภาพ การผสมผสานของเศรษฐกิจโลก ตลาดการเงินและการค้า การเข้าถึงสื่อและเทคโนโลยีทางการสื่อสาร รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมลงจากการใช้ทรัพยากรอย่างขาดความ

รับผิดชอบ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยม ครอบครองชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ของคนทั้งโลก การเปลี่ยนแปลงนี้บางครั้งเป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น การพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสาร แต่ก็มีส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่จากบริษัทข้ามชาติ (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2550 : 17)

ปัจจุบันแม้ว่าจะมีกระแสความตื่นตัวในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพและประชาชนมีความรู้มากขึ้น แต่มักพบว่าประชาชนมีจำนวนไม่น้อยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือพฤติกรรมทำลายสุขภาพ โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก พฤติกรรมการกินไม่ถูกต้อง ไม่ใส่ใจการออกกำลังกาย หรือ ไม่ใส่ใจสภาพแวดล้อมที่ตนเองอยู่ ปัญหาทั้งหมดล้วนมาจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง ระบบขนส่งจราจรทั้งหมดล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย และ จิตใจ ทำให้เกิดความเครียด ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ หากไม่มีการจัดการใด ๆ (กองสุขภาพ. 2550 : 22)

นอกจากนี้ การพัฒนาประเทศที่มุ่งส่งเสริมอุตสาหกรรมทำให้ชาวชนบทโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีประชากรจำนวนมากต้องอพยพเข้าสู่เมืองขยายแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการมากขึ้น คาดว่าในปี พ.ศ. 2553 ประชาชนอยู่ในเมืองถึงร้อยละ 40 ทำให้ผู้อยู่อาศัยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบชนบทไปเป็นแบบเขตเมือง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต โรคกระเพาะอาหาร และ โรคที่มักเกิดในชุมชนแออัด ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โรคท้องร่วงและวัณโรค (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2545 : 8)

ในปี 2548 สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้สำรวจประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังของจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าประชาชนอายุ 15 – 74 ปี มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 21.76 มี น้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ก.ก/ม.²) ร้อยละ 67.23 รับประทานผักหรือผลไม้รวมกันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐาน/วัน ร้อยละ 12.84 และ ในปี 2550 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีรอบเอวเกินมาตรฐานร้อยละ 7.02 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 25,625 คน คิดเป็นอัตรา 2,129.25 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน จำนวน 19,565 คน คิดเป็นอัตรา 1,626.24 ต่อแสนประชากร และ อัตราการตายด้วยโรคหัวใจและ หลอดเลือด 10.57 ต่อแสนประชากร (งานสร้างสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. 2550 : 13)

จากการศึกษา การสร้างสุขภาพที่สอดคล้องเหมาะสมกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ และ สังคมของคนในชุมชนบ้านซาด ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา คนในชุมชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและขายแรงงาน พบว่า คนในชุมชนมีปัญหาการเกิดโรคที่มีสาเหตุมาจากการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มเหล้ามาก ทำให้คนในชุมชนป่วยและเสียชีวิตมากขึ้น

โรคที่มีสาเหตุมาจากการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มเหล้ามาก ทำให้คนในชุมชนป่วยและเสียชีวิตมากขึ้น

จากข้อมูลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลพุทธโสธร ระบุว่า ปี พ.ศ. 2549 มีผู้เสียชีวิตจากการเกิดโรค ได้แก่ โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและโรคมะเร็งในสมอง รวม 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.21 จากประชากรที่อาศัยอยู่จริง จำนวน 316 คน และมีผู้ป่วยเบาหวาน 6 คน ความดันโลหิตสูงอีก 4 คน ในปีถัดมา มีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าว รวมถึงโรคหัวใจ เพิ่มขึ้นเป็น 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.10 จากประชากรที่อาศัยอยู่จริง 386 คน และมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 12 คน ความดันโลหิตสูง 13 คน ความจำเสื่อม 1 คน และมีผู้พิการ 4 คน และ จากการศึกษาครั้งล่าสุด (1 พฤษภาคม 2551) มีประชากรทั้งหมด 656 คน จาก 135 หลังคาเรือน แต่อาศัยอยู่จริง 432 คน พบว่ามีผู้พิการเพิ่มขึ้นเป็น 8 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 15 คน ความจำเสื่อม 1 คน ความดันโลหิตสูง 15 คน และ คนในหมู่บ้านมีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกด้วย (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ. 2551 : 22)

จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลพุทธโสธร ร่วมกับ องค์การบริหารส่วนตำบลมะเฟือง และชุมชนบ้านขาด ได้รณรงค์การป้องกันเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ “สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ” แต่จนถึงปัจจุบัน ยังพบว่าชุมชนบ้านขาดมีแนวโน้มที่จะมีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่ได้เอาใจใส่ถึงการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ และภูมิปัญญาในการเสริมสร้างสุขภาพของชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันอย่างมีระบบ รวมถึงการศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคต่าง ๆ ของคนในชุมชน ทั้งนี้ เพื่อนำมาสู่การวางแผนสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับคนในชุมชน โดยเน้นการวางแผนกิจกรรมที่สอดคล้องกันทั้ง 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และ ปัญญา และ เป็นการพัฒนาศักยภาพจากภายในชุมชนด้วยต้นทุนทางสังคมและความรัก ความสามัคคี ของคนในชุมชน เพื่อหล่อหลอมเป็นนวัตกรรมใหม่ และความสามารถในการจัดการกับปัญหา และ พึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดี มีภูมิคุ้มกันจากภายนอกอย่างรอบด้าน

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยจำแนกตามเพศ และ วัย
2. เพื่อค้นหาองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน
3. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องเหมาะสมกับเพศและวัยของประชาชน บ้านชาด ผู้วิจัยจะได้ทำการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจะศึกษาค้นคว้าจาก เอกสารตำราทางวิชาการ วารสาร หนังสือ สื่อสิ่งพิมพ์ และงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษา ดังนี้

- 1 แนวคิดการพัฒนาสุขภาวะ
- 2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและหลักการจัดการสาธารณสุขในชุมชน
- 3 แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 4 กรอบแนวทางการสร้างสุขภาพ 6 อ.
- 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดการพัฒนาสุขภาวะ

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้กำหนดแนวคิด หลักการพัฒนาสุขภาพไว้ 2 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดที่ 1 สุขภาพคือ สุขภาวะที่สหทางการพัฒนาที่ถูกต้องจะต้องมีแนวคิดที่ถูกต้องเป็น พื้นฐาน การปรับกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพ โดยไม่เพียงแต่มองสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ทางใจ สังคมและจิตวิญญาณแล้วยังมองให้เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 6 จึงยึดแนวคิดหลักถือว่า “สุขภาพที่สมบูรณ์ และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยก ไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนิน ไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดีโดยสำรวจอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสิ่งแวดล้อม”

แนวคิดที่ 2 พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ จากแนวคิดหลักที่ถือว่าสุขภาพ คือ สุขภาวะที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นบูรณาการ การพัฒนาสุขภาพ จึงต้องดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพราะสุขภาพที่สมบูรณ์เกิดจากระบบสุขภาพที่ สมบูรณ์ แนวคิดการพัฒนาสุขภาพจึงต้องเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ

ดังนั้น การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงถึงสาเหตุ ปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และ สิ่งแวดล้อม เข้าเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญของการสร้างสุขภาพที่สมบูรณ์ของสังคมอย่างบูรณาการ โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพ (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.2550)

เพนเดอร์ (อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 9) ได้ให้แนวคิดกับสุขภาพไว้ 2 แนวคิด ดังนี้

1. สุขภาพในแง่ของการรักษาเสถียรภาพ (Stability) ซึ่งจะเน้นการปรับตัวของสิ่งแวดล้อมให้มีความสมดุลทั้งภายในและ ภายนอกร่างกาย
2. สุขภาพในแง่บรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต (Actualization) ที่เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้บรรลุความสำเร็จของชีวิต ความหมายของสุขภาพในแง่ นี้ จะสอดคล้องกับสุขภาพภาวะ (Wellness) สุขภาพกับการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันในเชิงคุณภาพ แต่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด สุขภาพในเกณฑ์กลาง หรือ เลวที่สุดก็ได้ และความเจ็บป่วยนี้อาจชัดเจนหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลแสวงหาภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดในตนเองเดียวกันสุขภาพที่ดีที่สุดหรือ เลวที่สุดจะเกิด ได้โดยไม่มีความเจ็บป่วยได้

เดเรค ยาช (อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 9) ได้กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้ 3 ด้าน คือ

1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Perception of Health)
2. การคงไว้และการสร้างเสริมสุขภาพ (Improving and Maintaining Health)
3. ทิชาณาที่คุณค่า (Value) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ จากแนวคิดเชิงกว้าง ไปถึงแนวคิดเชิงแคบ ไว้ 4 แนวคิดดังนี้

3.1 Eudemonistic Perspective แนวคิดนี้ ได้นิยามสุขภาพว่า เป็นการตระหนักในศักยภาพของสังคมในการพัฒนาตนเอง เป็นภาวะที่บรรลุซึ่งความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ในแนวคิดนี้ การเจ็บป่วยถูกมองเหมือนกับอุปสรรคของการมีความสุขหรือการมีโชคดี ในขณะที่สุขภาพ หมายถึง การพัฒนาให้บรรลุถึงความฝันใฝ่ ซึ่งในทางการแพทย์บาลได้ยอมรับแนวคิดนี้มาใช้ในการนิยามสุขภาพเพิ่มขึ้น

3.2 Adaptive Model แนวคิดนี้ นิยามสุขภาพว่า เป็นความสามารถที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างร่างกายและสังคมสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อว่ามนุษย์มีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม การมีโรคหมายถึงความล้มเหลวในการปรับตัวหรือมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับสิ่งแวดล้อม แนวคิดนี้ทำให้มองสุขภาพต้องมองให้ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพด้วย

3.3 Role Performance Model แนวคิดนี้ สุขภาพถูกมองเป็นความสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม เช่น ความสามารถในการทำงาน การเจ็บป่วย ถูกกำหนดด้วยความสามารถที่จะทำหน้าที่และ ทำกิจวัตรประจำวัน

3.4 Clinical Model มองสุขภาพว่า การปราศจากโรค หรือ การขาดความสมดุล คนที่มีโรคคือคนที่มีสุขภาพไม่ดีในแนวคิดนี้

สรุป การพัฒนาสุขภาพจะต้องเริ่มต้นที่การมีสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย ทางจิตใจ จิตวิญญาณ และทางสติปัญญาที่สัมพันธ์กันหรือไปในทิศทางเดียวกันทั้งในตนเอง ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การศึกษา ความเป็นอยู่ การเมือง และอื่นๆ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและหลักการจัดการสาธารณสุขในชุมชน

มีหน่วยงานและนักวิชาการ ได้ให้ความหมายของสุขภาพที่มีหลายความหมายและนำเสนอใจดังนี้

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่ออันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่ากาย ในที่นี้หมายถึงรวมถึงทางกายภาพด้วย

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข ร่าเริง คล่องแคล่ว ไม่คิดซัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมทั้งการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วยเพราะคนรอบคอบที่มีความเห็นแก่ตัวจะมีสุขภาพทางจิตไม่ได้

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็งสังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาพ มีภราดรภาพ มีสันติภาวะ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุดหรือสิ่งสูงสุดเช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัวแต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสระ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง มีผลคือต่อสุขภาพทางกาย ทางจิตและทางสังคม

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (2544 : 27-28) สรุปความหมายของสุขภาพตามนิยามแนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549 ไว้ว่า สุขภาพคือสภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ

สภาวะและเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ หรือสภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและเป็นภาวะปกติสุขอย่างสมบูรณ์ ทั้งมิติทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม (จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 9) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะของสุขภาพหรือสภาวะ 4 มิติ

	สภาวะ	ความหมาย
1	ทางกาย (Physical)	- มีปัจจัย 4 เพียงพอ - ร่างกายแข็งแรงไม่ป่วยโดยไม่จำเป็น ไม่พิการ ไม่ตายก่อนวันอันควร - เมื่อป่วยได้รับการดูแลที่ดี หายดี หายเร็ว - มีคุณภาพชีวิตที่ดี
2	ทางใจ (Mental)	- จิตใจ มีความสุข - ไม่เครียด ไม่บีบคั้น - ไม่เจ็บป่วยทางจิตคล้ายเครียดได้
3	ทางสังคม (Social)	- สังคมพึ่งพาช่วยเหลือเกื้อกูล - สิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมดี - มีคุณค่า อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ครอบคลุมอบอุ่น สังคมดี - อาชญากรรม ความรุนแรงน้อย - นโยบายสาธารณะดี
4	ทางปัญญา (จิตวิญญาณ) (Spiritual)	- เข้าใจสรรพสิ่งอย่างเป็นจริง - จิตใจเปี่ยมสุข - เข้าถึงสิ่งดีงามถูกต้องสูงสุด - จิตใจมีเมตตา กรุณา มีจิตใจสะอาด สง่า สงบ

ที่มา : (จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 11)

แนวคิดสุขภาพตามทฤษฎีแพทย์แผนไทย แพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ ได้อธิบายสุขภาพไว้ว่า สุขภาพเป็นลักษณะองค์รวมโดยที่ธาตุทั้ง 4 ของร่างกายได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ จะต้องอยู่ในภาวะสมดุล ร่างกายจึงเป็นปกติไม่เจ็บป่วย นอกจากนี้สมดุลธาตุทั้ง 4 ขึ้นกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม

เทอร์เนอร์ (อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 10) ได้เสนอ 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model) และรูปแบบทางสังคม (Sociological Model) ซึ่งเป็นที่มาของนิยามการมองสุขภาพ ดังปรากฏในตาราง 2

ตาราง 2 รูปแบบของการมองสุขภาพ

รูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model)	รูปแบบทางสังคม (Sociological Model)
- โรค คือ กลไกของร่างกายที่ผิดปกติ	- ความเจ็บป่วย มีหลายสาเหตุ ไม่ใช่เพียงสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งและการรักษาที่ดีที่สุดอย่างเดียวไม่มี
- ความผิดปกติของมนุษย์เกิดจากสาเหตุที่จำเพาะ	- โรค คือ การตีความหมายทางการแพทย์เกี่ยวกับความจริง
- กีดกันการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ออกไป	- ความไม่สบายของมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสังคมความเป็นมาในอดีตและบริบททางวัฒนธรรม
- สันนิษฐานว่าร่างกายและจิตใจแยกออกจากกันอย่างชัดเจน	- ความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรกลางที่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคม
- สิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยอยู่ในร่างกายของคนหรือในสิ่งแวดล้อม	

ที่มา : (จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 8)

ฮิวส์ และ วอร์เดิน (Heiss & Walden. 2000 : 25) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการมองสุขภาพไว้ 3 แนวคิด ดังนี้ (อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 10)

1. แนวคิดด้านชีวเวชศาสตร์ (Biomedical Approach) ที่มองสุขภาพเพียงสภาวะทางร่างกายของบุคคลเท่านั้น สุขภาพ หมายถึงการปราศจากโรคหรือการทำหน้าที่ผิดปกติของร่างกาย ภาวะสุขภาพไม่ใช่สภาวะที่เป็นบวกแต่เป็นสภาวะที่ไม่มีสิ่งที่เป็นลบ แนวคิดนี้กล่าวว่า “ถ้าท่าน

ไม่ป่วยท่านก็จะมีสุขภาพดี” ไอสไตน์สกี (อ้างถึงใน จีร์คคี่ เจริญพันธ์. 2550 : 13) ได้ให้ข้อคิดเห็นคำจำกัดความของแนวคิดนี้ไว้ดังนี้

1.1 การเป็นโรคแม้ปรากฏการณ์ที่มองไม่เห็นชัดเจน แต่ถ้าบุคคลจะบอกเล่าถึงอาการของโรคที่คนเป็นได้รับอิทธิพลพื้นฐานจากวัฒนธรรมและสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการวินิจฉัยโรคด้วย

1.2 เฉพาะบุคคลากรทางการแพทย์เท่านั้นที่จะให้นิยามเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งที่จริงแล้วทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อน ควรอยู่ในกระบวนการเหล่านี้ด้วย ทั้งนี้เพราะการวินิจฉัยโรคมิใช่เกิดอยู่ในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่อีกส่วนที่เกิดนอกสถานพยาบาล

1.3 มนุษย์มิได้มีเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น หากยังประกอบด้วยจิตใจ สังคม และภาวะสุขภาพ

2. แนวคิดด้านจิตวิทยา (Psychological Approach) จะให้นิยามสุขภาพตามการรับรู้ต่อการประเมินสถานะของสุขภาพแต่ละบุคคล ดังนั้นการประเมินสถานะสุขภาพในแนวจิตวิทยาจะสะท้อนความรู้สึกทั้งสถานะของสุขภาพแต่ละบุคคล, ซึ่งจะรวมถึงความรู้สึกที่ดีในการดำรงชีวิตประจำวัน การประสบความสำเร็จในการทำงาน มีความรู้สึกทางบวกไม่มีผลกระทบทางลบจากการไม่มีความสุข หรือมีความรู้สึกเปล่าเปลี่ยวจากการวิพากษ์วิจารณ์ของคนอื่น

3. แนวคิดด้านสังคมวิทยา (Sociological Approach) เน้นสุขภาพและความเจ็บป่วยในแงุ่มของสังคมและวัฒนธรรม แนวคิดนี้อธิบายนิยามของสุขภาพตามความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่และการปฏิบัติกิจการงานในชีวิตประจำวันตามที่สังคมคาดหวัง เป็นความรู้สึกบวกที่ประกอบด้วยมิติทุกด้านของบุคคล นอกจากนี้ยังบ่งชี้ว่าความแตกต่างทางด้านสังคมจะทำให้การนิยามสุขภาพแตกต่างกันออกไป ดังนั้นนิยามสุขภาพจึงเน้นให้เป็นนิยามของแต่ละบุคคลมากกว่านิยามจากบุคคลากรทางการแพทย์

นอกจากนี้ยังมีการนิยามแนวคิดทางสุขภาพแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของศาสตร์อื่นๆ ได้แก่

แนวคิดของนักสังคมวิทยา สุขภาพหมายถึงภาวะความสามารถที่เหมาะสมของแต่ละปัจเจกบุคคลที่สามารถแสดงบทบาทและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในสังคมที่เขาอาศัยอยู่

แนวคิดนิเวศวิทยาทางการแพทย์ สุขภาพเป็นประสิทธิภาพของกลุ่มบุคคลที่สามารถเชื่อมระหว่างชีววิทยากับปัจจัยเอื้อทางวัฒนธรรมและการปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม

แนวคิดทางมานุษยวิทยาทางการแพทย์ สุขภาพถูกมองในแง่การเข้าถึงและการมีความสามารถครอบคลุมสิ่งจำเป็นพื้นฐานและแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อให้การดำรงชีวิตอยู่ได้และส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต

แนวคิดระบบนิเวศทางสุขภาพ เห็นว่าทุกส่วนประกอบของระบบนิเวศเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงอยู่และการมีสุขภาพของมนุษย์ การจัดการระบบนิเวศจึงเอื้อต่อสุขภาพ

คัน (อ้างถึงใน จีรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 11) แนวคิดนี้สุขภาพกับความเจ็บป่วยอยู่คนละขั้วบนเส้นตรงที่มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่สุขภาพดีจนถึงความเจ็บป่วยและการตายจะอยู่บนเส้นตรงเดียวกัน ดังนั้นการมองสุขภาพจึงมองในมิติเดียวเกี่ยวกับการมีโรคหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทไม่ได้เท่านั้น

เพนเดอร์ (อ้างถึงใน จีรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 13) ได้ให้แนวคิดกับสุขภาพไว้ 2 แนวคิด ดังนี้

1. สุขภาพในแง่ของการรักษาเสถียรภาพ (Stability) ซึ่งจะเน้นการปรับตัวของสิ่งแวดล้อมให้มีความสมดุลทั้งภายในและภายนอกร่างกาย

2. สุขภาพในแง่บรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต (Actualization) ที่เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้บรรลุความสำเร็จของชีวิต ความหมายของสุขภาพในแง่นี้จะสอดคล้องกับสุขภาพ (Wellness) สุขภาพกับการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันในเชิงคุณภาพ แต่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด สุขภาพในเกณฑ์เกิดได้กลางหรือเลวที่สุดก็ได้ และความเจ็บป่วยนี้อาจจัดขวางหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลแสวงหาภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดในตนเองเดียวกันสุขภาพที่ดีที่สุดหรือเลวที่สุดจะเกิดได้โดยไม่มี ความเจ็บป่วยได้ (สมจิตร หนูเจริญกุล. 2543 : 48)

ยาซ (Yach. 2002 : 41) ได้กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้านคือ

1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Perception of Health)
2. การคงไว้และการสร้างเสริมสุขภาพ (Improving and Maintaining Health)
3. ทิชาณาที่คุณค่า (Value) และจุดประสงค์ (Aim) ด้านสุขภาพ

สมิธ (Smith. 1981 : 35) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจากแนวคิดเชิงกว้างไปถึงแนวคิดเชิงแคบไว้ 4 แนวคิดดังนี้

1. Eudemonistic Perspective แนวคิดนี้ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นการตระหนักในศักยภาพของคนในการพัฒนาตนเองเป็นภาวะที่บรรลุซึ่งความสำเร็จสูงสุดในชีวิต การเจ็บป่วยถูกมองเหมือนกันอุปสรรคของการมีความสุขหรือการมีโชคดี ในขณะที่ให้ความหมายสุขภาพ ว่าหมายถึงการพัฒนาให้บรรลุถึงความฝันได้

2. Adaptive Model แนวคิดนี้นิยามสุขภาพว่าเป็นความสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างร่างกายและสังคมสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อว่ามนุษย์มีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่าง

ต่อเนื่องตลอดเวลาเพื่อรักษาคุณภาพกับสิ่งแวดล้อม มองสุขภาพครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพด้วย

3. Role Performance Model แนวคิดนี้สุขภาพถูกมองเป็นความสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม เช่นความสามารถในการทำงาน การเจ็บป่วยถูกกำหนดด้วยความสามารถที่จะทำหน้าที่และทำกิจวัตรประจำวัน

Clinical Model มองสุขภาพว่าการปราศจากโรคหรือการขาดความสมดุล คนที่มีโรคคือคนที่มีสุขภาพไม่ดี แนวคิดนี้ปรากฏในนโยบายสุขภาพของรัฐบาลด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)

สรุป การนิยามสุขภาพจะต้องพิจารณาจากความหลากหลายของศาสตร์ และเลือกให้สอดคล้องกับสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล สังคม และระบบสุขภาพที่เป็นอยู่เพื่อจะได้สอดคล้องกันและใช้ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สุด

นโยบายสุขภาพของรัฐบาลตาม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ในเรื่องแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติมีความแตกต่างออกไปจากที่ผ่านมาอย่างน้อย 3 ประการ คือ (จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 49)

1. มุ่งเน้นการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของชาติให้มีความชัดเจน โดยกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่ชี้ทิศทางการพัฒนาสุขภาพมากกว่าการกำหนดรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินงานที่ตายตัว ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลที่ว่าสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคมการเมืองทั้งในระดับโลก ระดับชาติและระดับท้องถิ่น รวมทั้งสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในขณะนั้นอยู่ในสภาพที่มีความซับซ้อน ไม่แน่นอนและมีพลวัตสูงมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ในสถานการณ์ดังกล่าวนี้การวางแผนที่มุ่งเน้นกิจกรรมสำเร็จรูป หรือแผนงานที่ตายตัวจะทำให้เกิดการล้มเหลวได้ง่าย เพราะสถานการณ์ที่พลิกผันเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การวางแผนยุทธศาสตร์อาศัยการวิเคราะห์เพื่อให้สามารถชี้ทิศทางการพัฒนาอย่างสัมพันธ์กับสถานการณ์และเมื่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์มีความชัดเจนกลยุทธ์หรือยุทธวิธีในการทำงานก็อาจปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จึงเป็นกรอบนโยบายพัฒนาสุขภาพระดับชาติ เพื่อให้หน่วยปฏิบัติระดับต่าง ๆ ใช้เป็นการอบในการจัดทำแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกัน ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของแผนจึงขึ้นอยู่กับกระบวนการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ การติดตามประเมินผลและการปรับปรุงแผนกลยุทธ์การดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เป็นสำคัญ

2. มองภาพในระบบสุขภาพในขอบเขตที่กว้างกว่าระบบงานสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

แผนพัฒนาสุขภาพฉบับนี้ตระหนักว่าระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขนั้น แม้ว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของระบบสุขภาพไทย กรอบในการวิเคราะห์ปัญหาจึงเป็นการมองระบบสุขภาพทั้งหมดมากกว่าการมองเฉพาะ “ระบบงานสาธารณสุข” หรือ “ระบบบริการสาธารณสุข” เท่านั้น และเพื่อให้เป็นการสื่อความหมายที่ชัดเจน แผนฉบับนี้จึงใช้ชื่อเป็น “แผนพัฒนาสุขภาพ” แทนที่จะใช้ “แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ” เหมือนที่เคยใช้กันมาก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ยังเป็นการสอดคล้องกับ “การปฏิรูประบบสุขภาพ” และการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

3. สอดคล้องกับวิสัยทัศน์แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ซึ่งได้นำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ เป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศ โดยเน้นการวางยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพที่จะช่วยเสริมแรงกับทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่มุ่งสร้างรากฐานการพัฒนาประเทศให้มีความสมดุล มีคุณภาพและยั่งยืน

สาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9

นอกจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ จะเป็นชื่อใหม่เปลี่ยนจากเดิมคือแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติดังกล่าวข้างต้นและได้นำแนวคิดและปรัชญานำทางในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ที่ได้แนวคิด “ทฤษฎีใหม่และเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งเป็นมติใหม่ของจริยธรรมการพึ่งตนเองเพื่อความอยู่รอดตามรอยพระยุคลบาท มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศให้เป็นไปในทางสายกลาง อันจะทำให้ประเทศรอดพ้นจากวิกฤตสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง และนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุล โดยเป็นการพัฒนาที่มีคุณภาพเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อการอยู่ดีมีสุขของคนไทย ให้สังคมไทยเป็นสังคมที่เข้มแข็งและมีคุณภาพด้วยเหตุผลดังกล่าวมานี้การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จึงเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้เทคนิค SWOT Analysis โดยวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกและสภาพแวดล้อมภายในระบบสุขภาพควบคู่กับการกำหนดค่านิยมร่วมวิสัยทัศน์ พันธกิจหลัก แล้วจึงกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่สอดคล้องกันพร้อมกับกำหนดยุทธศาสตร์หลักและยุทธศาสตร์ย่อย (โดยการทำ SWOT Matrix) เพื่อรองรับสถานการณ์ วัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ สุดท้ายจึงกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ไว้ 4 ข้อ มีเป้าหมายจำแนกเป็น 10 เป้าหมายหลัก 45 เป้าหมายย่อย มียุทธศาสตร์จำแนกเป็น 6 ยุทธศาสตร์หลัก 20 ยุทธศาสตร์ย่อย

แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน

ความหมายของชุมชน “ชุมชน” (Community) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายชุมชน หมายถึง หมู่ชน กลุ่มคนที่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็กอาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน (จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 131)

พอฟพลิน เดนิส อี (อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 131) ให้ความหมายชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่มีการร่วมมือกัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน มีการสมาคมแบบเผชิญหน้ามีความสนิทสนมรู้จักกันเป็นอย่างดี

อุทัย หิรัญโค (อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 132) ให้ความหมายชุมชนว่า หมายถึง กลุ่มคนกลุ่มหนึ่งที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอาณาเขตทางภูมิศาสตร์แห่งใดแห่งหนึ่งอันเป็นที่แน่นอน มีผลประโยชน์ส่วนใหญ่วางร่วมกัน ซึ่งเห็นได้จากความประพฤติกขนบธรรมเนียมประเพณี

กรมการพัฒนาชุมชน(อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 132) ให้ความหมายชุมชน หมายถึง กลุ่มที่มีแนวคิดทางเดียวกันและสามารถร่วมกำลังดำเนินงานกิจกรรมใด ๆ เพื่อประโยชน์ส่วนรวมกันได้

สมศักดิ์ สันติสุข (อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 133) ให้ความหมายชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่มาอยู่รวมกันในพื้นที่หนึ่งมีการกระทำร่วมกัน มีความสัมพันธ์ร่วมกัน มีความผูกพันทางด้านจิตใจกับพื้นที่และมีศูนย์กลางบริการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่สมาชิกในชุมชนนั้นได้ประโยชน์ร่วมกัน

ประเวศ วะสี (อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 133) ให้ความหมายชุมชน หมายถึง คนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกันมีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความพยายามทำอะไรร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำซึ่งรวมถึงการติดต่อสื่อสารกัน

สรุปว่า ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการติดต่อสื่อสารกัน และมีการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ร่วมกัน เพื่อประโยชน์ของสมาชิกในชุมชน ความหมายของการศึกษาชุมชน

การศึกษาชุมชน มีนักวิชาการได้ให้ข้อสังเกตการศึกษาชุมชนในหลายๆด้านมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้ (จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 131)

ชยัน วรชนะภูติ (2536 : 42) ได้ทำการศึกษาและอธิบายอย่างเป็นระบบว่า ชุมชนมีสภาพโดยรวมเป็นอย่างไร มีเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม รูปแบบการผลิตหรือการทำมาหากิน มีรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนอย่างไร มีการจัดระเบียบสังคมอย่างไร โครงสร้างอำนาจในชุมชนเป็นอย่างไร องค์กรชาวบ้านมีอย่างไร มีปัจจัยหรือมีอิทธิพลจากภายนอก มาเกี่ยวข้องกับอย่างไร มีองค์ความรู้ที่สะสม มีวิธีการ มีศักยภาพในการแก้ปัญหาอย่างไร ปัจจัยอะไรที่

มีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางและรูปแบบความสัมพันธ์ ถ้าสามารถเก็บรวบรวมได้ จะทำให้เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง

อรพินท์ สพโชคชัย (2537 : 15) การศึกษาชุมชน คือ การที่นักพัฒนาต้องทำความเข้าใจข้อมูลสภาพหมู่บ้าน ลักษณะภูมิประเทศ ชาวบ้านกลุ่มต่าง ๆ ผู้นำ ความเชื่อ ศิลปวัฒนธรรม การเมืองระดับหมู่บ้าน ตลอดจนสภาพปัญหาต่าง ๆ ทั้งนี้ เพื่อเข้าใจชุมชนที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่อไป

กาญจนา แก้วเทพ (2538 : 52) เปรียบเทียบการศึกษาชุมชนว่า “เปรียบเสมือนเป็นการรู้จักและการทำความเข้าใจกับชีวิตของคน ๆ หนึ่ง คือการถ่วงรู้ว่าในอดีตเขาเคยผ่านร้อน ผ่านหนาวมาเท่าไร อย่างไรบ้าง มีบาดแผลอะไรบ้างจากอดีต มีวิธีการเยียวยาอย่างไร เคยมีความชื่นชมสมหวังอะไรบ้างกับอดีต ปัจจุบันมีความทุกข์อะไร มีความหวัง ความปรารถนา ความไม่ฝันในอนาคตอย่างไร อะไรทำให้ทุกข์ อะไรทำให้สุข การศึกษาชุมชนก็เป็นไปในทำนองเดียวกัน ที่แตกต่างก็คือขณะที่ชีวิตของคนแต่ละรุ่นจะเกิดขึ้นดำรงอยู่แล้วแต่ชีวิตของชุมชนสามารถจะสืบทอดต่อเนื่องได้เพราะชีวิตของคนรุ่นใหม่เข้ามาแทนชีวิตคนรุ่นเก่า” นัยยะของคำว่า “การศึกษาชุมชน” ศึกษาถึง

1. การทำความเข้าใจ การที่คนภายในหรือภายนอกทำความเข้าใจหรือทำความเข้าใจกับชุมชนไม่ว่าจะเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ใดก็ตาม หรือไม่ว่ากลุ่มคนที่ต้องการทำความเข้าใจจะเป็น นักวิชาการ นักพัฒนา ฯลฯ ซึ่งการทำความเข้าใจถือว่าเป็นขั้นตอนแรก ๆ ที่สำคัญในการทำงานกับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาชุมชนในเชิงวิชาการหรือเพื่องานพัฒนา ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้งานการศึกษาชุมชนบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายในขั้นต่อไปหรือไม่

2. การยอมรับในสิ่งที่ชุมชนเป็น และมีความแตกต่างจากชุมชนอื่น ๆ เมื่อผู้เข้าไปศึกษาชุมชน ทำความรู้จักชุมชนที่ศึกษาแล้ว อาจต้องยอมรับว่าชุมชนแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกันทั้งในด้านสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง เพื่อให้เข้าใจลักษณะของแต่ละชุมชนตามบริบทที่เป็นอยู่

3. การเรียนรู้ เมื่อผู้ที่ศึกษาชุมชนยอมรับในสิ่งที่ชุมชนเป็นอยู่ การเรียนรู้เรื่องราวของชุมชนนั้น ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น การศึกษาชุมชนที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยควรนำมาซึ่งความรู้เรื่องพื้นที่ สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้งภายในภายนอกชุมชน

4. การทำความเข้าใจ การเรียนรู้ชุมชนในด้านต่าง ๆ จะช่วยสร้างความเข้าใจเรื่องของคนในชุมชนว่ามีแบบแผนในการดำรงชีวิต และการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ อย่างไร เพื่อให้สามารถ

ระบุปัญหา และกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเรื่องต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการทำกิจกรรมกับชุมชนอย่างสอดคล้องและลงตัว

5. การอธิบายอย่างเป็นระบบ ก็คือ การศึกษาชุมชนและการอธิบายถึงสภาพโดยรวมของชุมชนว่าเป็นอย่างไร อธิบายระบบชีวิตทั้งหลายของชุมชนอย่างเป็นองค์รวมและบูรณาการ การอธิบายจากองค์ประกอบของชุมชนมาสู่ภาพรวมในความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลรูปแบบการผลิต หรือการทำมาหากิน รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก การจัดระเบียบสังคม โครงสร้างอำนาจในชุมชน ปัจจัยหรืออิทธิพลจากภายนอกที่เกี่ยวข้องกับชุมชนที่กำหนดทิศทางและรูปแบบความสัมพันธ์ ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยทำให้มองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลง และปัญหาของชุมชนที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง การตีความความหมายที่ซ่อนอยู่ นอกจากการศึกษาชุมชนจะมองสภาพภายนอกที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปแล้ว แต่สิ่งที่อยู่ภายในชุมชนไม่ใช่มีแต่เฉพาะสิ่งที่ป็นรูปธรรมที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า พฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนล้วนแล้วแต่มีนัยยะที่แอบแฝงอยู่แทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะในเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้มาจึงจำเป็นต้องมีการตีความความหมายความสัมพันธ์ที่ซ่อนอยู่

6. การวิเคราะห์ เป็นกระบวนการหรือขั้นตอนหนึ่งของการศึกษาชุมชนเพื่อนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์อธิบายถึงความสัมพันธ์ในภาพรวมทั้งบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอธิบายถึงปัจจัยและสาเหตุต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกที่ทำให้ชุมชน เป็นแบบนั้นอาจจะดูการปรับตัว ความเคลื่อนไหวของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันว่ามีปัญหาอะไรบ้าง ชุมชนมีกระบวนการแก้ปัญหาของตนเองอย่างไรบ้าง

7. การประเมินผล เมื่อผ่านกระบวนการวิเคราะห์ในภาพรวม รวมถึงการมองเห็นปัญหาตลอดจนกระบวนการใช้ภูมิปัญญาของชุมชนในการแก้ปัญหาต่าง ๆ อย่างไร และกระบวนการแก้ปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นทำให้ชุมชนเป็นอย่างไร ประสบผลสำเร็จหรือไม่ อย่างไร ที่ผ่านมาชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้เรื่องใดบ้างความสำคัญของการศึกษาชุมชน

โดยสรุป การศึกษาชุมชนมีหลายองค์ประกอบ หลายมิติ หลายด้านชุมชนสะท้อนลักษณะหรือสภาพของธรรมชาติความเป็นมนุษย์ชุมชนสามารถอธิบายว่าอะไรคือคุณค่าอะไรคือเกณฑ์ที่ทำให้เราสามารถอยู่ร่วมกันชุมชนเป็นเรื่องของการสร้างพื้นที่ที่เราขึ้นอยู่กับฐานะที่เป็นมนุษย์ในสังคมชุมชนเป็นเรื่องของการสร้างทุนทางสังคม

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

“การมีส่วนร่วม” ได้มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายแตกต่างกันไป โดย WHO UNICEF (1981 : 36) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดกระบวนการ และ โครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถที่จะแสดงออกซึ่งความต้องการของตน การจัดอันดับความสำคัญการเข้าร่วมในการพัฒนา และ ได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้น โดยเน้นการให้อำนาจการตัดสินใจแก่ประชาชนในชนบท (จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 264)

จากคำนิยามดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าการให้ออกาสประชาชน (เป็นฝ่ายตัดสินใจกำหนดความต้องการของตนเอง เป็นการเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนระดับขีดความสามารถในการจัดการทรัพยากร การตัดสินใจ และ ควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าที่จะเป็นฝ่ายตั้งรับ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา มีเนื้อหา ดังนี้

1. การเน้นคุณค่าของการวางแผนระดับท้องถิ่น
2. การใช้เทคโนโลยี และ ทรัพยากรที่จะหามาได้ท้องถิ่น
3. การฝึกอบรม ที่เน้นให้ประชาชนสามารถดำเนินการพัฒนาด้วยตนเองได้
4. การแก้ไขปัญหาคือความต้องการพื้นฐานโดยสมาชิกของชุมชน
5. การช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามแบบประเพณีดั้งเดิม
6. การใช้วัฒนธรรมและสื่อสารที่สอดคล้องกับการพัฒนา

ปารีชาติ วลัยเสถียรและคนอื่นๆ (2543 : 18) สรุปการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความหมายใน 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และ เทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลรวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือการส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชน หรือ ชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของคนในการจัดการเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มควบคุมการใช้ และ การกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและ โครงสร้างที่ประชาชน ในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของคนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นเอกเทศ ให้มีอำนาจทางการเมือง การบริหารมี

อำนาจต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยประชาชนสามารถตรวจสอบได้ เป็นการคืนอำนาจในการพัฒนาให้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง

กระบวนการมีส่วนร่วม

ในกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะกำหนดปัญหา และ ความต้องการเปิด โอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะกำหนดปัญหา และความต้องการด้วยตนเอง โดยเฉพาะในขั้นตอนของการวางแผนแก้ไขปัญหา นักวิชาการได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย การริเริ่ม ตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนทรัพยากร การบริหาร การประสานความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ประกอบด้วยผลประโยชน์ด้านวัสดุ อุปกรณ์แรงงาน เงินทุน หรือเข้าร่วมบริหารงาน การใช้ทรัพยากร การประสานงานและดำเนินการ ขอความช่วยเหลือจากภายนอก
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

WHO/UNICEF (อ้างถึงใน จีรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 143) ได้เสนอ รูปแบบของ กระบวนการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามประเมินผล และ ประการสำคัญ คือ ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง
2. การดำเนินกิจกรรม ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และบริหารการใช้ ทรัพยากรมีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมทางการเงิน
3. การใช้ประโยชน์โดยประชาชนต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิด ประโยชน์ได้
4. การได้รับประโยชน์ โดยประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชน ใน พื้นฐานที่เท่าเทียมกัน

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (กรมอนามัย. 2549 : 14)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นการวิจัยที่ประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ ที่นำไปสู่การค้นหาแนวทางเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวชนบทให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน คุณค่าสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ นักวิจัยผู้มีนวัตกรรมที่จะนำไปสู่การทดลองเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะร่วมคิด ร่วมค้นปัญหาที่ต้องการแก้ไขในชุมชนกับชาวบ้านซึ่งเป็นผู้ที่จะได้ประโยชน์ (Stakeholders) จากการแก้ไขปัญหา และรวมทั้งคนที่คาดว่าจะเสียผลประโยชน์จากวิธีการแก้ไขปัญหานั้น นั่นคือนักวิจัย และ ชาวบ้าน ต่างตัดสินใจซึ่งกันและกัน ในการค้นหา คำถามวิจัย หรือ โจทย์วิจัย โดยอาจมีหลายโจทย์ก็ได้ แล้วเรียงลำดับความสำคัญว่าโจทย์ใดสำคัญที่สุด และคิดว่าจะสามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลาที่ไม่ยาวนาน โดยทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาวิธีการตอบ โจทย์และแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งต้องวางแผนในการทำงานร่วมกันในทุกกระบวนการ ที่เรียกว่าการวิจัย เพราะเป็นกระบวนการค้นหาวิธีการที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา นั้น ๆ เป็นการคิดวิเคราะห์ ให้ความเห็นและตรวจสอบอย่างเป็นระบบ ที่เรียกว่า เชิงปฏิบัติการ เพราะจะมีการลงมือปฏิบัติจริง มีการกระทำจริง ๆ ในลักษณะทดลองว่าวิธีการไหนใช้ได้ดีที่สุด ที่เรียกว่า แบบมีส่วนร่วม คือให้ทุกคนในชุมชนที่คาดว่าจะเป็นผู้ได้ประโยชน์ และเสียประโยชน์จากกิจกรรมนี้ มาร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ร่วมกันดำเนินงาน ดังนั้นวิธีการที่ดีที่สุดคือ เป็นวิธีการที่ทุกคนพอใจ โดยมีนักวิชาการเป็นผู้สนับสนุนทางด้านวิชาการ อุปกรณ์ งบประมาณ และเทคนิควิธี ฯลฯ

กระบวนการวางแผนมีส่วนร่วม (AIC)

1. หลักการสำคัญของเทคนิค AIC

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 53 - 58) กล่าวถึง หลักการสำคัญของเทคนิค AIC 6 ประการ ดังนี้

- 1.1 กระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัวในการมีส่วนร่วมพัฒนาหมู่บ้านของตนเอง โดยชี้ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบครบวงจร
- 1.2 การติดตามการดำเนินการ (ตามข้อ 1) กระทำโดยตัวแทนชาวบ้านกลุ่มต่างๆ ร่วมกันวางแผนอย่างจริงจังจึงทำให้มีประสพการณ์ในการค้นหาปัญหาของชุมชนและวางแผนแก้ไขปัญหาได้ดี
- 1.3 เน้นการวางแผนเป้าหมายการพัฒนา และการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์
- 1.4 ให้ชาวบ้านรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการและมีพลังการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนา
- 1.5 ช่วยให้นักพัฒนา หรือวิทยากรกระบวนการจากภาครัฐที่เข้าร่วมงาน ได้มีโอกาสใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น

1.6 ใช้ระยะเวลา 2–3 วันในการจัดกิจกรรมทำให้ชุมชนได้นำข้อมูลที่มีอยู่แล้วมาใช้ได้ และสะดวกในการใช้งาน

2. ขั้นตอนการฝึกอบรมด้วยเทคนิค AIC

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 53 - 58) กล่าวถึง ขั้นตอนการดำเนินการฝึกอบรมด้วยเทคนิค AIC 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ ขั้นตอนนี้ให้ทุกภาคส่วนเข้าร่วมประชุมแล้วสร้างบรรยากาศเพื่อลดการตั้งเครียดของที่ประชุม โดยการขำขันเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงออกอย่างเท่าเทียมกันจากนั้นเป็นขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยมีการประชุมแบบไม่เป็นทางการ เริ่มจากการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็น พร้อมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่นและหาข้อสรุปร่วมกัน แบบเป็นประชาธิปไตย อาจใช้การวาดภาพเป็นสื่อหรือเขียนข้อความใด ๆ ที่ชาวบ้านมีบทบาทสูงในการประชุม เช่น

1. การให้ผู้อาวุโสเล่าถึงสภาพของหมู่บ้านในอดีต เพื่อให้ทุกคนได้รับทราบถึงความทุกข์ยากในอดีต
2. ให้คนแต่ละกลุ่มนึกถึงสภาพของหมู่บ้านในปัจจุบันในแง่มุมมองของตนเอง เพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์ในปัจจุบัน

เมื่อดำเนินการตาม 2 ขั้นตอนนี้ดังกล่าวมาแล้วมีการแบ่งกลุ่มย่อย โดยให้สมาชิกแต่ละกลุ่มมีความหลากหลายเพื่อให้ทุกคนได้อธิบายความคิดเห็นของตนเองและห้ามผู้อื่นวิจารณ์ เพราะอาจทำให้ผู้อื่นขะงัก และจะไม่แสดงความคิดเห็นอีกต่อไป หลังจากนั้นมีการสรุปสถานการณ์ของกลุ่มต่างๆ อาจมีการตั้งชื่อกลุ่มเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการประชุมในขั้นตอนนี้จึงมีการประชุมกลุ่มใหญ่และมีการนำเสนอผลการประชุมกลุ่มด้วยเมื่อนำเสนอในครั้งแรกแล้วให้แต่ละกลุ่มกำหนดอนาคตของหมู่บ้านโดยการกำหนดวิสัยทัศน์หมู่บ้าน หรือเฉพาะเรื่องที่ยากให้เกิดขึ้นในหมู่บ้าน แล้วดำเนินการอธิบาย สรุปสถานการณ์ มีการประชุมกลุ่มใหญ่ มีการประชุมกลุ่มใหญ่ และมีการนำเสนอผลการประชุม เช่นเดียวกันกับขั้นตอนที่ผ่านมา

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนา ขั้นตอนนี้เป็นการจำแนกประเภทกิจกรรมในโครงการ และจัดลำดับความสำคัญ ควรเริ่มด้วยการสร้างบรรยากาศและจัดกิจกรรมให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมคิด และจำแนกประเภทกิจกรรม แล้ววิเคราะห์หาทางเลือกที่ดีที่สุดพร้อมทั้งจัดเรียงลำดับก่อนหลัง โดยแยกประเภทกิจกรรม หรือโครงการที่ทำได้เอง กิจกรรมหรือโครงการที่ขอความช่วยเหลือจากที่อื่นโดยแยกหมวดหมู่เป็น 7 ด้าน ได้แก่

1. โครงการด้านเศรษฐกิจ
2. โครงการด้านสังคม
3. โครงการด้านโครงสร้างพื้นฐาน
4. โครงการด้านแหล่งน้ำ
5. โครงการด้านการเมืองการปกครอง
6. โครงการด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
7. โครงการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต

เมื่อได้โครงการตามหมวดหมู่แล้วให้ที่ประชุมจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง โดยการให้คะแนน และแยกประเภทให้ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการมอบหมายภารกิจและมีการจัดทำแผนงานโครงการให้ละเอียดว่า ใครรับผิดชอบเรื่องใด ทำร่วมกันเมื่อไหร่ ใครมีส่วนช่วยเหลือใครบ้าง และมอบหมายให้มีผู้ติดตามแผนงานโครงการ โดยให้กลุ่มเขียนโครงการตามแนวทางต่อไปนี้

1. ทำอะไร (ชื่อโครงการ)
2. ทำแล้วจะได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)
3. ทำอย่างไร (กิจกรรม วิธีดำเนินงาน)
4. ต้องใช้ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์อะไร งบประมาณอย่างไร
5. ทำที่ไหน (สถานที่ที่จะดำเนินโครงการ)
6. ทำเมื่อใด (วันเวลาที่ จะดำเนินการ โครงการ)
7. ใครบ้างจะช่วยทำ (ชื่อผู้ที่จะช่วยงานในโครงการ)
8. ใครรับผิดชอบ (ผู้ดูแลประสานโครงการ)

สรุป การวิจัยแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจะถือว่าชาวบ้านเป็นผู้ที่รู้ดีเท่า ๆ กับนักวิจัย หรือนักพัฒนาในการกำหนดปัญหา และ การเลือกปฏิบัติการใด ๆ ก็ตามที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ปัญหาทั้งสามฝ่าย คือ ชาวบ้าน นักวิจัย และ นักพัฒนา ต่างมีบทบาทเท่าเทียมกัน ในการร่วมกำหนดปัญหา และเลือกแนวทางปฏิบัติการ การวิจัยนี้จะเป็นการผสมผสานในลักษณะบูรณาการ

แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบหลายอย่างทั้งที่เป็นปัจจัยทางด้านส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกหรือด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ในการศึกษาทางพฤติกรรมของมนุษย์จึงต้องศึกษาความรู้หลากหลายสาขา อันได้แก่ จิตวิทยา จิตวิทยาสังคม สังคมวิทยา มานุษยวิทยา และรัฐศาสตร์ เป็นต้น ในการศึกษาทฤษฎีพื้นฐานทางพฤติกรรมนั้นจะมีแนวทางการศึกษา (อ้างถึงใน สถิต วงศ์สวรรค์. 2544 : 29) ดังนี้

- 1 ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ (Personality Theory)
- 2 ทฤษฎีพัฒนาการ (Development Theory)
- 3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ (Perception Theory)
- 4 ทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory)
- 5 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)
- 6 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model : HBM)
- 7 รูปแบบการประมวลข่าวสารข้อมูลของผู้บริโภค (Consumer Information Processing Model : CIP)
- 8 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned : TRA)
- 9 รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงหรือแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change Model or Transtheoretical Model : TTM)

ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ (Personality Theory)

คำจำกัดความของคำว่า “บุคลิกภาพ” ที่ให้ไว้โดย Gordon Allport เมื่อ 40 ปีกว่ามาแล้ว ซึ่งยังใช้ได้เป็นมาตรฐานอยู่ ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “บุคลิกภาพเป็นกระบวนการจัดการพลวัตของระบบจิต-สรีรวิทยาภายในตัวบุคคล ซึ่งกำหนดพฤติกรรมและแนวความคิดที่บ่งลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล” องค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบที่มีส่วนร่วมในการจัดการพลวัต (Dynamic Organization) ได้แก่ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อมและตัวบุคคล (อ้างถึงใน สถิต วงศ์สวรรค์. 2544 : 30)

พันธุกรรม (Heredity) พันธุกรรมมีผลต่อการพัฒนาการของบุคคลในสองด้าน คือ

1. กระบวนการทางด้านสรีรวิทยาของการเจริญพันธุ์และการพัฒนาการ ซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Fetus) ตั้งแต่ปฏิสนธิไปจนถึงคลอดจากครรภ์มารดา และ
2. โครงสร้างของโครโมโซม ซึ่งมีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล โครโมโซมประกอบด้วยโมเลกุลของ DNA (Deoxyribonucleic Acid) ที่จะป็นสิ่งนำยีนส์ (Genes) ซึ่งจะป็นตัวกำหนดลักษณะทางร่างกายของบุคคล ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าโรคบางชนิด เช่น Sickle Cell Animia

โรคเบาหวาน และโรคบางชนิดของความผิดปกติทางจิตเป็นผลมาจากพันธุกรรม อย่างไรก็ตามผลของพันธุกรรมต่อการพัฒนาของบุคลิกภาพก็ยังมีการศึกษาอย่างกว้างขวาง

ถึงแม้ว่าชีวิตทุกชีวิตจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม แต่ถ้าสิ่งนั้นไม่ต้องการที่จะให้คนแตกต่างไปจากบุคคลอื่น การปรับตัวนี้อาจจะต้องค่อยเป็นค่อยไป ปัจจุบันพบว่าอันตรายต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์เกี่ยวข้องด้วย สามารถจะมีผลต่อโครงสร้างของยีนส์ของบุคคลซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุตรที่จะเกิดขึ้นใน Generation ต่อไปดังเช่น การที่มารดาที่รับประทานยา Thalidomide แล้วทำให้ทารกที่คลอดออกมาพิการ โดยไม่สามารถแก้ไขสาเหตุของปัญหาที่น่าสะเทือนใจนี้ได้ทันท่วงที เช่นเดียวกับผลของรังสีที่เกิดจากการทิ้งระเบิดในฮิโรชิมา และนางาซากิ ก็มีผลต่อความผิดปกติของยีนส์ของลูกหลานที่สืบทอดสกุลต่อ ๆ มา

สิ่งแวดล้อม (Environment) นักทฤษฎีส่วนมากมีความเห็นตรงกันว่า แรงขับจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล มีความสำคัญอย่างมากในการปรุงแต่งบุคลิกภาพของบุคคล แรงดังกล่าวแยกออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ซึ่งได้แก่องค์ประกอบทางด้านภูมิศาสตร์ ซึ่งมีผลต่อชีวิตของบุคคล เช่น ภูมิประเทศ อุณหภูมิ พื้นดิน ทรัพยากรธรรมชาติ และความหนาแน่นของประชากร
2. สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งรวมถึงวัฒนธรรมพื้นฐานสังคมที่บุคคลพัฒนา และเจริญเติบโตขึ้นมา ความเชื่อและค่านิยมในสังคมซึ่งครอบงำกลุ่มบุคคล ตำแหน่งของบุคคลหรือบทบาทของบุคคลในชุมชนนั้น และสถานการณ์ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว ในกลุ่มรุ่นราวคราวเดียวกัน (Peer Groups) และในกลุ่มผู้ร่วมงาน
3. สิ่งแวดล้อมในด้านสังคมนาม (Socialization Environment) ซึ่งจะรวมถึงกระบวนการสื่อสาร บทบาทที่คาดหวัง การเกิดค่านิยม รวมทั้งอิทธิพลของโครงสร้างทางสังคมต่าง ๆ เป็นต้นว่า โรงเรียน สถานที่ทางศาสนา สถานที่ทำงาน สิ่งเหล่านี้ทั้งหมดจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล และต่อปฏิกิริยาตอบสนองที่แต่ละคนแสดงออก

เมื่อใดที่แรงด้านสังคมวัฒนธรรม และด้านสังคมนาม เป็นจุดศูนย์กลางของแนวคิดของทฤษฎีด้านการเปลี่ยนแปลงองค์กร และการเปลี่ยนแปลงสังคม นักพฤติกรรมศาสตร์ก็จะให้ความสนใจต่อธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ในด้านที่เกี่ยวกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ความสนใจจะมุ่งไปที่แรงที่เป็นทั้งแรงภายในและแรงภายนอก ศึกษาถึงวิธีการปรับตัวและการพัฒนาของบุคคล อันเป็นผลจากการปรับตัวของ “คน” หรืออัตตา ลักษณะของคน (Self) โครงสร้างของ “คน” มีความสำคัญเป็นพิเศษต่องานสุขศึกษา เพราะจะเป็นประโยชน์ทำให้บุคคลเข้าใจตนเอง อันจะเป็นพื้นฐานในการเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล “คน” ในที่นี้ หมายถึง สิ่งที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับตนเองในด้านเกี่ยวกับ ลักษณะเฉพาะของตัวเอง คุณค่า ศรัทธา ประสิทธิภาพ และเกี่ยวกับความรู้การ

ปฏิบัติ ความสำเร็จสิ่งที่เป็นอยู่ ประสบการณ์ และการแปลความหมายของประสบการณ์ (ทั้งด้าน
สนับสนุน หรือขัดขวางต่อการรับรู้เดิม) การพัฒนาเป้าหมายที่มีความแน่นอน และการมองตัวเอง
ว่ามีลักษณะเฉพาะอย่างที่แตกต่างกัน

ทฤษฎีพัฒนาการ (Development Theory)

แนวคิดที่อธิบายพัฒนาการของบุคคลในด้านความเป็นตัวของตัวเอง (Identity) นักจิตวิทยา
กลุ่มโครงสร้าง (Structuralisms) ให้ความสนใจไปที่คำถามที่ว่าทำไมพฤติกรรมจึงเกิดขึ้นเชื่อว่า
องค์ประกอบภายในของบุคคลจะเป็นตัวบ่งการพฤติกรรมทั้งหมด และองค์ประกอบภายในดังกล่าว
นี้จะเปลี่ยนแปลงเมื่อบุคคลพัฒนาการเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งเป็นผลร่วมกันระหว่างวุฒิภาวะ
(Maturation) และประสบการณ์ (อ้างถึงใน สถิต วงศ์สวรรค์. 2544 : 84)

J.C. Coleman ได้สร้างขั้นตอน 6 ขั้นตอนของการพัฒนาการของ “ภาระหรืองาน” ที่
บุคคลจะต้องกระทำ (Developmental Tasks) โดยอาศัยแนวคิดบางส่วนมาจากทฤษฎีของ Erikson
และ R. Havighurst แต่ได้แปลแนวคิดออกมาเป็นพฤติกรรมเฉพาะอย่างซึ่งแทนลักษณะของการ
พัฒนาการแต่ละขั้น

ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนของการพัฒนาการ และความหมายของบทบาทแต่ละขั้นตอนการ
พัฒนาการจะช่วยนักพฤติกรรมในการพัฒนาโครงการ และให้คำแนะนำปรึกษาทางด้านสุขภาพได้
โครงการสุขภาพสามารถที่จะจัดให้สำหรับกลุ่มบิดา-มารดา ซึ่งบุตรของเขากำลังอยู่ในวัยที่จะ
พัฒนาหรือปลูกฝังทัศนคติการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้ นักพฤติกรรมไม่
เพียงแต่จะช่วยให้พ่อแม่ ได้พัฒนาบทบาทที่จะเป็นแบบอย่าง (Role Model) แต่บุตรของตนอย่าง
เดียว นักพฤติกรรมจะสามารถแสดงบทบาทในฐานะแม่แบบสำหรับเด็กและเยาวชน โดยปฏิบัติใน
สิ่งตามที่ได้ให้คำแนะนำแก่เด็กเหล่านั้น นอกจากนี้การให้รางวัลแก่ผู้ที่ปฏิบัติหรือมีพฤติกรรม
สุขภาพที่ดี หรือผู้ที่แสดงความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ควรจะเป็นสิ่งที่ได้
กระทำเป็นประจำเมื่อให้สุขภาพแก่ผู้ป่วย นักเรียน ประชาชน หรือกลุ่มบุคคลอื่น ๆ

ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory)

การรับรู้ถือว่าเป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้
แล้วบุคคลจะไม่สามารถมีความจำ ความคิด หรือการเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ
เป็นขั้นตอนดังนี้ บุคคลรับพลังงานจากสิ่งเร้าซึ่งจะเร้าประสาทสัมผัส ประสาทสัมผัสจะเข้ารหัส
พลังงานนั้นผ่านทางเส้นประสาท และเส้นประสาทจะส่งข้อมูลไปยังสมอง ขั้นสุดท้ายของ
กระบวนการจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้า นั้น ๆ ในกระบวนการนี้ ความใส่ใจ (Attention) ของ
บุคคลจะแสดงถึงความรู้ ตำนิกที่ฟังไปที่สิ่งของที่เป็นสิ่งเร้าประสาทสัมผัส และการรับรู้จะแสดง
ถึงลักษณะของสิ่งในด้านรูปร่าง เสียง ความรู้สึก รส และกลิ่น (สถิต วงศ์สวรรค์. 2544 : 105)

ในงานด้านสุขศึกษา การรับรู้ถือว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกจัดการและให้ความหมายต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก การรับรู้นี้ขึ้นอยู่กับ การเลือกรับบุคคล (Selective Perception) ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดว่าข่าวสารใด บุคคลจะยอมรับหรือไม่ยอมรับ ซึ่งจะเห็นว่าประเด็นนี้มีความสำคัญมาก เพราะกระบวนการทางการศึกษาจะไม่เริ่มขึ้นเลย ถ้าหากว่าข่าวสารที่ส่งไปนั้นไม่ถูกรับจากบุคคลตั้งแต่ระยะแรกไม่เพียงแต่บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกลั่นกรองข่าวสารหรือไม่ยอมรับข่าวสารที่จะทำให้ตนเองไม่มีความสุข หรือข่าวสารนั้นไม่มีความหมายต่อตนเองเท่านั้น แต่ข่าวสารที่บุคคลรับไว้นั้นอาจจะถูกบิดเบือน (Distorted) เพราะเหตุที่ว่าบุคคลจะดูเฉพาะสิ่งที่เขาต้องการจะพูด จะรับรู้เฉพาะข่าวสารหรือส่วนของสิ่งเร้าที่ตรงกับความต้องการ ความสนใจหรือความคาดหวังของเขา นักพฤติกรรมศาสตร์จะใช้ประโยชน์จากหลักการเหล่านี้โดยใช้ในการทดสอบ (Protesting) ข่าวสารที่จะส่งไปสู่ผู้รับและปรับปรุงข่าวสารเหล่านั้นให้เหมาะสมกับผู้รับ ซึ่งจะเห็นว่าข้อมูล ข่าวสารที่ถูกส่งออกไปจากโครงการศึกษานั้นจะมีโอกาสสูงมากที่จะถูกเลือกรับ ดังนั้นนักพฤติกรรมควรจะได้ศึกษาถึงความต้องการ ความสนใจ แรงจูงใจ เป้าหมาย ฯลฯ ของผู้รับและประยุกต์หลักการเพื่อสร้างให้เกิดการรับรู้ที่ดี เช่นการใช้เสียงเพื่อดึงดูดความสนใจ สี การเคลื่อนไหว ขนาดของสิ่งเร้า ความถี่ของสิ่งเหล่านี้ เป็นต้น

ทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory)

ภาวะรับการจูงใจจะมีความสำคัญหลังจากการรับรู้ได้เกิดขึ้น เพราะภาวะรับการจูงใจนี้จะ เป็นกระบวนการที่ใช้วิธีการหลาย ๆ อย่างที่จะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่งในตัวบุคคล สิ่งจูงใจ (Motives) จะทำหน้าที่เป็นแรงขับ (Drive) และสิ่งล่อใจ (Incentives) ซึ่งจะกระตุ้นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อจะสนองตอบความต้องการพื้นฐานของบุคคล

แรงขับ (Drive) แรงขับแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ แรงขับพื้นฐานและแรงขับที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ แรงขับพื้นฐานนั้นเป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด ซึ่งเป็นสิ่งที่รบกวนบุคคล เช่น ความหิว ความกระหาย ความง่วง ความหนาว ความต้องการออกซิเจนในการหายใจ เป็นต้น สิ่งจูงใจ (Motives) ของสิ่งเหล่านี้ก็คือ การลดหรือการขจัดสิ่งรบกวนเหล่านี้ให้หมดไปโดยการรับประทาน อาหาร การดื่ม การหาความอบอุ่น การหายใจ เป็นต้น เป็นที่เห็นพ้องต้องกันระหว่างนักวิชาการว่าธรรมชาติและแหล่งของแรงขับที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ เป็นต้นว่า ความสำเร็จ การเป็นที่ยอมรับ เป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อน และต้องการการศึกษาวิจัยให้ลึกซึ้งกว่าที่เป็นอยู่ อีกทั้งประเด็นบางประเด็นก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ความคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับทฤษฎีภาวะรับการจูงใจนี้ถูกสะท้อนให้เห็นในสมมติฐานดังต่อไปนี้ (คาร์นิ พานทอง และสุรเสกข์ พงษ์หาญยุทธ.

1. แรงขับทุกชนิด รวมทั้งความกระหายที่อยากจะได้อำนาจและความหิวอาหารเป็นสิ่งที่คิดตัวบุคคลมา เป็นความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในร่างกาย บุคคลจะเรียนรู้ถึงวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีความพึงพอใจ การที่บุคคลได้เรียนรู้วิธีที่จะทำให้ตนเองเกิดความสบายใจนี้บุคคลจะรู้จักที่จะวางแผนใจเพื่อจะได้มีพฤติกรรมนั้นต่อไป อันเป็นผลจากรางวัลที่ได้รับจากภายนอก

2. แรงขับที่เกิดจากการเรียนรู้ ที่จริงแล้วจะไม่ใช่แรงขับแต่จะเป็นพฤติกรรมซึ่งจะเป็นสิ่งทดแทนวิธีการที่จะสนองตอบความต้องการพื้นฐานของคน เช่น ความเครียดที่เกิดจากความต้องการทางเพศ มักจะถูกทดแทนโดยกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ เช่น กีฬา การทำงาน หรือการปฏิบัติซึ่งแสดงถึงความมีอำนาจทางการเมือง ถึงแม้ว่าแรงขับที่เกิดจากการเรียนรู้นี้จะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติโดยผ่านการได้กระทำซ้ำและการได้รับแรงเสริมกำลัง (Reinforcement) ตัวอย่างเช่น บุคคลอาจจะเริ่มต้นสูบบุหรี่เพราะมีความต้องการที่จะให้เข้าได้กับบรรทัดฐานของสังคม และการสูบบุหรี่จนคิดเป็นนิสัยจะเกิดขึ้นเนื่องมาจากพฤติกรรมสนองตอบความพึงพอใจในสิทธิส่วนตัวบุคคล

3. พฤติกรรมทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการเสาะแสวงหาอำนาจจะถูกงูใจโดยความกังวลใจ (Anxiety) และพฤติกรรมเหล่านี้ก็เป็นเพียงเครื่องมือที่จะลดความกังวลใจเหล่านั้น

สิ่งล่อใจ (Incentives) สิ่งล่อใจหรือแรงจูงใจภายนอก (External Motivation) แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ สิ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดความพึงพอใจและตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง เรียกว่าสิ่งอำนวยความสะดวก และสิ่งที่ขัดขวางหรือยับยั้งไม่ให้นักบุคคลทำพฤติกรรมที่จะสนองตอบความต้องการของบุคคลเรียกสิ่งขู่ขี้ขี้ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ถือว่าเป็นสิ่งล่อใจของบุคคลหนึ่งอาจจะเป็น Coercive สำหรับอีกบุคคลหนึ่งก็ได้ หรือบางครั้งก็อาจจะเกิดขึ้นกับคนเดียวก็ได้ เช่น สิ่งหนึ่งบางประเด็นก็จะเป็น Facilitative และบางประเด็นก็จะเป็น Coercive ได้ในบุคคลเดียว

ในการศึกษาวิจัยโครงการวางแผนครอบครัว ที่มีการชักจูงให้ประชาชนเว้นระยะการมีบุตรและจำกัดจำนวนบุตร M.Minkler ได้ตั้งข้อสังเกตที่น่าสนใจเกี่ยวกับการใช้สิ่งล่อใจในโครงการนี้ เช่น การใช้เงินเป็นสิ่งล่อใจ หรือการให้รางวัลประเภทต่าง ๆ เพื่อจะได้ช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการวางแผนครอบครัว ข้อสังเกตเหล่านั้นได้แก่

1. ในกรณีที่ประชาชนรับรู้ว่าคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การวางแผนครอบครัว การลดสิ่งล่อใจจะมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติมากขึ้น

2. ในกรณีที่ประชาชนรับรู้ว่าคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การวางแผนครอบครัว การเพิ่มสิ่งล่อใจ จะมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติมากขึ้น

แนวคิดสำหรับนักพฤติกรรมที่ได้จากข้อสรุปข้างบนก็คือ โครงการศึกษาคควรจะใช้วิธีการหลาย ๆ วิธีเพื่อสนองความต้องการ ของบุคคลหรือของประชาชน

ความต้องการด้านจิตวิทยา (Psychological Needs)

มีนักจิตวิทยาเป็นจำนวนมากที่ได้พยายามแยกแยะและอธิบายถึงความต้องการทางด้านจิตวิทยา เช่น Erich Fromm ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของบุคคลออกเป็น 5 ประเภท

ซึ่งแนวคิดนี้ได้ถูกเสนอครั้งแรกโดย K. Goldstein และต่อมา อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) ได้อธิบายแนวความคิดนี้อย่างละเอียดและทำให้ทฤษฎีนี้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย ซึ่ง Maslow ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 2 ชนิด คือ (คารณี พานทอง และ สุรเสถียร พงษ์หาญยุทธ. 2542 : 122)

1. ความต้องการพื้นฐาน (Basic Needs) ได้แก่ ความต้องการที่เกิดจากความหิว ความกระหาย หรือความต้องการทางเพศ และ

2. ความต้องการที่เกิดภายหลัง (Met Needs) ซึ่งมักจะเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม เช่น ความดี ความสวย ความยุติธรรม ความเป็นระเบียบ และสามัคคีกลมเกลียวกัน ถึงแม้ว่าความต้องการพื้นฐานจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนก็ตาม แต่ความต้องการที่เกิดขึ้นภายหลังก็จะต้องได้รับการสนองตอบจึงจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าความต้องการของตนได้ถูกตอบสนอง

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

เราสามารถให้คำจำกัดความอย่างง่าย ๆ ของคำว่า “ การเรียนรู้ “ ว่าเป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะ โดยผ่านการมีประสบการณ์ หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้น ๆ การเรียนรู้อาจจะเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้าและการตอบสนองอาจจะเกิดจากกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งจะรวมถึงการให้เหตุผล การสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบนามธรรมและการแก้ปัญหา เนื่องจากสุขศึกษานั้นเน้นให้เกิดการเรียนรู้ ชนิดหลังมากกว่าชนิดแรก (แบบสิ่งเร้า – การตอบสนอง) ในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะหลักและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ที่จะนำมาประยุกต์ในงานสุศึกษาได้เท่านั้น

กระบวนการเรียนรู้ (Learning Process)

ตามแนวความคิดของ J.C. Coleman กระบวนการเรียนรู้ที่สลับซับซ้อน เกิดขึ้นจากองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ คือ ผู้เรียน สิ่งที่จะเรียน กระบวนการและสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ ความต้องการที่จะเรียนรู้ ประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้ และผลของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นผลหรือมีอิทธิพลมาจากสิ่งที่ผู้เรียนนำติดตัวมาสู่สิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้นั้น ๆ เพราะว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การเรียนรู้เดิมของผู้เรียน

2. แรงจูงใจพื้นฐานของผู้เรียน ซึ่งจะรวมถึงแนวโน้มที่บุคคลจะเกิดความเข้าใจว่าอะไรมีความสัมพันธ์โดยตรงกับเป้าหมายของตนเอง และเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการเรียนซึ่งเป็นรางวัลทางใจที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน

3. ประสิทธิภาพของผู้เรียน ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้หรือกำหนดว่า ผู้เรียนได้เกิดการรับรู้ เรียนรู้ อะไร และ

4. วุฒิภาวะและความสามารถในการปรับตัวของผู้เรียน ซึ่งองค์ประกอบนี้จะมีผลต่อความอดทน ความมีสมาธิ และความตั้งใจที่แน่นอนของผู้เรียน

ในด้านที่เกี่ยวกับสิ่งที่จะเรียน (Task to be Learned) สิ่งที่จะเรียนจะมีความแตกต่างกันในด้าน ขนาด ความสลับซับซ้อน ความชัดเจนสถานการณ์ และกระบวนการ เช่น ทักษะในการพูด อาจจะเรียนได้ใน 1 คาบเรียน แต่การเรียนรู้ทักษะที่ต้องทำงานใช้แรง อาจจะต้องใช้เวลานานกว่า โดยทั่วไปแล้วการเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นได้ง่ายถ้าสิ่งที่เรียนนั้นสั้นและง่าย และถ้าผู้เรียนเคยรู้จัก เนื้อหา นั้น ๆ มาก่อน และงานหรือสิ่งที่เรียน ได้ถูกกำหนดอย่างชัดเจน นอกจากนี้การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ง่ายถ้าได้ใช้ทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่มีอยู่เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นักพฤติกรรมศาสตร์ต้องวางแผนอย่างรอบคอบ จัดการ และบริหาร ประสิทธิภาพการเรียนรู้ สร้างพื้นฐานที่ดีและสร้างบรรยากาศที่จะจูงใจให้ผู้เรียนอยากเรียน และช่วยให้ผู้เรียนได้ถ่ายโอนการเรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์จริง การให้ข้อมูลป้อนกลับก็เป็นสิ่งสำคัญตลอดกระบวนการของการเรียนรู้ในการใช้กระบวนการติดตามผลและตรวจสอบ การให้ข้อมูลป้อนกลับจะเป็นตัวกำหนดรางวัลและการลงโทษ ดังนั้นจึงควรสร้างให้เกิดการเสริมพลัง และการให้เกิดการถ่ายโอนการเรียนรู้ไปสู่สภาพจริง

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นทฤษฎีแรก ๆ ที่พัฒนามาจากพฤติกรรมศาสตร์เพื่อที่จะศึกษาปัญหาสุขภาพ โดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภาวะทุกคามที่จะถึงตัวบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค และ จัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ

โครงสร้างของความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพ มี 4 องค์ประกอบ คือ

(จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 239)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้น ๆ

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคล ประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนในด้านการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

5. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยง เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ยาก ฯลฯ

6. การรับรู้อุปสรรค/ค่าใช้จ่าย เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำนั้นเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายทำได้ยาก ฯลฯ

การที่บุคคลจะต้องตัดสินใจทำตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการกระทำนั้น ๆ และ พบว่า การทำตามคำแนะนำมีข้อดีมากกว่า ตัวแปรอีกตัวที่สำคัญคือ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ภายในและภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะลงมือทำ เช่น การให้ออกสารสิ่งพิมพ์ การรณรงค์ทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากเพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุข อยู่ในรูปการให้คำปรึกษาบุคคลและการให้ข้อมูลผ่านสื่อมวลชน ต่อมาในปี 1988 มีการเพิ่มองค์ประกอบ ความสามารถตนเอง (Self – Efficacy) ซึ่งได้นำมาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura เพื่อใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเกิน ขาดการออกกำลังกาย

ความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพพัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ การตอบคำถามว่าทำไมพฤติกรรมเหล่านี้จึงเกิดขึ้น และ จะปรับเปลี่ยนได้อย่างไร HBM จึงเป็นกรอบที่ใช้สร้างข่าวสารทางสุขภาพ (Health Message) เพื่อจูงใจให้บุคคลตัดสินใจที่จะมีสุขภาพที่ดี

ข้อจำกัดของความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพ 2 ประการ คือ

1. อาจมีความเชื่อและเจตคติอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนอกเหนือจากองค์ประกอบ
2. ยังมีงานวิจัยไม่เพียงพอที่จะชี้ให้เห็นว่า ความเชื่อต้องเกิดก่อนจึงจะทำให้พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงจริง ๆ แล้วพฤติกรรมเปลี่ยนก่อนความเชื่อก็อาจจะเป็นไปได้

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned : TRA)

การกระทำด้วยเหตุผลเป็นทฤษฎีทางเจตคติที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมที่ควบคุมได้ด้วยตนเอง (จอร์จ คี เจริญพันธ์. 2550 : 242) บุคคลที่มีเจตนา จะกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง มาจาก 2 ปัจจัย คือ

1. เจตคติต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude to Behavior) เจตคติต่อพฤติกรรมถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบ และการประเมินคุณค่าของผลกระทบนั้น ถ้าบุคคลเชื่อว่าการทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลกระทบทางบวก (Positive Outcome) เขาก็จะมีเจตคติในการที่เห็นด้วยต่อพฤติกรรมนั้น ตรงข้ามกัน ถ้าบุคคลเชื่อว่าถ้าทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลกระทบทางลบที่ไม่พึงปรารถนา (Negative Outcome) เขาก็จะมีเจตคติ ไม่เห็นด้วย หรือ ค่อนข้างลบต่อพฤติกรรมนั้น

2. อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรม (Subjective Norms) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงถูกกำหนด โดยความเชื่อว่าบุคคลหรือกลุ่มที่สำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำ/ไม่ทำพฤติกรรมนั้นและ แรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคลหรือกลุ่มบุคคลว่ามีมากน้อยแค่ไหน

รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงหรือแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change Model or Transtheoretical model : TTM)

รูปแบบนี้มองบุคคลว่ามีความพร้อมหรือระดับของการถูกจูงใจ (Readiness or levels of Motivation) แตกต่างกันซึ่งจะแตกต่างจากทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ที่คาดว่า การใส่กิจกรรมทางสุขภาพเหมือนกัน จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงได้เหมือนกัน จริง ๆ แล้วบุคคลน่าจะมี ความพร้อม เจตนาที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่าง (One – Size doesn't fit all) กว่าพฤติกรรมใหม่ จะเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง บุคคลมักเลิกปฏิบัติกลางคัน ซึ่งมักมาจากตัวบุคคลขาดแรงจูงใจที่หนักแน่น ขาดความอดทนที่ต้านทานต่อความต้องการ จึงถูกพัฒนาขึ้นโดยมองการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเป็นกระบวนการ ซึ่งบุคคลจะอยู่ในขั้นของกระบวนการที่แตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนกลยุทธ์ จึงต้องสอดคล้องกับขั้นของบุคคลนั้น

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็น 5 ระดับ

1. ขั้นไม่สนใจ (Precontemplation หรือ Ignorance) เป็นขั้นที่บุคคลไม่คิดที่จะเปลี่ยน พฤติกรรม ไม่คิดว่าคนมีปัญหาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น คนที่สูบบุหรี่จะคิดว่าคนสามารถ ควบคุมการสูบได้ จะหยุดเมื่อไรก็ได้ทันที ที่ต้องการหยุด และ ยังมีความสุขจากการได้สูบ มองไม่ เป็นผลเสียที่เกิดขึ้น

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation หรือ Learning) เป็นขั้นที่บุคคลเริ่มรับรู้ปัญหาว่าหากทำ พฤติกรรมเดิมอยู่ เช่น สูบบุหรี่ คนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค ถ้าเป็น โรคจะเกิดความรุนแรง ต่อชีวิตของคนและคนใกล้ชิด เริ่มประเมินประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น แต่ก็ยังเชื่อ ว่าบุหรี่หรือสารเสพติดมีคุณมากกว่าโทษ

3. ขั้นตัดสินใจ (Perparation หรือ Planning) เป็นขั้นที่บุคคลคิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเริ่มวางแผน (Action – Oriented Program) เช่น มาพบแพทย์ ซื้อหนังสือเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ หรือวิธีการออกกำลังกาย เป็นต้น

4. การลงมือปฏิบัติ (Action หรือ Doing) เป็นการลงมือทำ เช่น หยุด หรือลดจำนวนมวน บุหรี่ที่สูบ ซึ่งอาจจะทำได้สม่ำเสมอ

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance หรือ Habit) เป็นขั้นที่เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อาจจะเริ่มทำงานกลายเป็นวิถีชีวิต แต่อย่างไรก็ตามสำหรับผู้เลิกบุหรี่ได้ หรือ เลิกใช้สารเสพติดอื่น ๆ ได้ อาจไม่ได้หมายความว่า เขาจะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก

สำหรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดอาจจะเพิ่มมาอีก 1 ชั้น คือ **ขั้นยุติ** (Termination) ซึ่งหมายถึง ทำพฤติกรรมใหม่จนกลายเป็นวิถีชีวิตประจำวัน เช่น หยุดสูบบุหรี่ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ไม่หันกลับไปสูบบุหรี่อีก

จากขั้นตอนพฤติกรรมนี้แสดงว่า จะต้องวิเคราะห์ว่าบุคคลนั้นอยู่ในขั้นไหนเพื่อที่จะจัดกิจกรรมให้สอดคล้องเพื่อจะทำให้บุคคลขยับไปสู่ขั้นถัดไป

กรอบแนวทางการสร้างสุขภาพ 6 อ.

จากการประชุมวิชาการเรื่อง การสร้างสุขภาพครั้งแรกในปี ค.ศ.1986 ที่กรุงออกตาวา (อ้างถึงใน จีรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 260) ได้สะท้อนแนวคิดการสาธารณสุขแนวใหม่และในค่านิยมของการสร้างสุขภาพว่า “เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาตนเอง โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง การสร้างทักษะชีวิต และการปรับระบบบริการให้เอื้อต่อสุขภาพ” ทั้งนี้จะต้องมีเงื่อนไขพื้นฐานของการมีสุขภาพดี

องค์การอนามัยโลกให้กรอบแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ 3P คือ (อ้างถึงใน จีรศักดิ์ เจริญพันธ์. 2550 : 262)

1. People คือ เน้นการดูแล “คน” เป็นศูนย์กลางตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์จนตาย โดยแบ่งกลุ่มแม่และเด็ก วัยเรียน วัยทำงาน วัยทอง วัยสูงอายุ โดยคาดหวังว่าอัตราตายของแม่ และเด็กลดลง เด็กได้รับการศึกษาสัมฤทธิ์ผลสูง ประชาชนมีงานทำรายได้ดี และ ท้ายที่สุด คือ ไม่ให้เจ็บป่วย และ ตายก่อนวัยอันสมควร อายุขัยเฉลี่ยมากขึ้น

2. Place คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อันได้แก่ ครอบครัวสุขภาพดี โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เมื่อนำอยู่ ประเทศน่าอยู่ โดยคาดหวังว่าจะมีจำนวนสถานที่ๆ มีการพัฒนาที่ได้เกณฑ์มาตรฐานเพิ่มมากขึ้น

3. Participation คือ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน โดยคาดหวังว่าจะมีจำนวนชุมชน ประชาคมด้านสุขภาพ เครือข่าย สื่อมวลชน สมาคมองค์กรต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ

ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ผลักดันให้เกิดการ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” (วิชัย เทียนถาวร, 2545 : 12) ในด้านต่างๆให้เกิดการผสมผสานภารกิจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกาย - จิต ของคนแต่ละเพศ แต่ละวัย อย่างเหมาะสม ในการสร้างสุขภาพ 5 อ. คือ อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ อ.อนามัย สิ่งแวดล้อม อ.โรคยา เป็นประเด็นของการดำเนินงานเป็นผลทำให้กิจกรรมด้านสุขภาพต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย จาก

การสัมมนาระดมความคิดผู้บริหารระดับสูงจากภาครัฐและเอกชน รวมทั้งผู้รับผิดชอบในการจัดทำนโยบาย และ ยุทธศาสตร์ภาครัฐ เห็นพ้องต้องกันในเรื่องการสร้างเอกภาพในการดำเนินการเมืองไทยแข็งแรง และ ในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2547 คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติในหลักการภายใต้กรอบแนวคิดและแนวทางการดำเนินยุทธศาสตร์แห่งชาติ “รวมพลังสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง” และ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มเรื่องอบายมุข เพื่อให้ครอบคลุมมากขึ้น (กองสุขศึกษา, 2548) ทำให้กรอบการสร้างสุขภาพตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรงขยายเป็น 6 อ.

การสร้างสุขภาพ 6 อ. คือ นโยบายของรัฐที่ส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดี โดยการมีส่วนร่วมขององค์กร ภาคี เครือข่ายในการผลักดันและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง 6 อ. การสร้างสุขภาพคนไทย ได้แก่

อ.ที่ 1 อาหาร คือ ประชาชนรู้จักบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะและมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ และ กินอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัย

อ.ที่ 2 ออกกำลังกาย คือ ประชาชนมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพร่างกายได้ใช้แรงงานหรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัวเพื่อร่างกาย หรือ ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การทำงาน หรือการเล่นกีฬา เป็นต้น

อ.ที่ 3 อารมณ์ คือ ประชาชนรู้จักควบคุมอารมณ์ การมีชีวิตที่เป็นสุข ลดความเครียด สร้างสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และ มีครอบครัวที่อบอุ่น

อ.ที่ 4 อนามัยสิ่งแวดล้อม คือ การสร้าง ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อหรือ เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพตลอดจนมีจิตสำนึกที่จะช่วยดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวเราตั้งแต่ในบ้าน และ บริเวณบ้านให้มีการเก็บกวาด เช็ดถู มีน้ำสะอาดดื่ม และ ใช้อย่างเพียงพอ มีส่วนถูกสุขลักษณะไม่ทิ้งขยะมูลฝอยในแหล่งน้ำ ถ้าคลอง พัฒนาตลาดสดน้ำเชื้อที่มีการกำจัดแมลงและพาหะนำโรค

อ.ที่ 5 อโรคยา คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เช่น โรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ วัณโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ โรคพยาธิใบไม้ตับ โรคเอดส์ โรคเลปโตสไปโรซิส โรคไวรัสตับอักเสบ บี โรคไข้เลือดออก เป็นต้น

สำหรับ อ.ที่ 6 อบายมุข คือ พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาสังคมและสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เสพยาเสพติด

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารูปแบบการสร้างสุขภาพจะเป็นการศึกษาถึงแนวคิดการพัฒนาสุขภาพทั่วไป หลักการจัดการสาธารณสุขในชุมชน แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ กรอบแนวทางการสร้างสุขภาพ 6 อ. เพื่อให้ได้ความรู้และมีมุมมองต่อการพัฒนาสุขภาพอย่างกว้างขวางอันจะนำไปสู่การเรียนรู้สุขภาพของประชาชนในชุมชนบ้านขาด หมู่ที่ 2 ตำบลมะเพีอง อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้เป็นอย่างดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาข้อมูลเอกสาร ตำรา และงานวิจัยของนักวิจัยหลายท่าน หลายสถาบัน คณะผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญจากการค้นคว้าได้ ดังนี้

อรสา เหล่าเจริญสุข (2543 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการพัฒนา ทักษะขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ของตำบล ความมะพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่เข้าร่วมใน โปรแกรมสุขศึกษามีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ ทักษะคิดต่อผู้ป่วยเอดส์ และผู้ ติดเชื้อเอดส์ การปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคเอดส์ การรับรู้ปัญหาโรคเอดส์ ความคาดหวังใน ความสามารถของตนเอง และความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคเอดส์เพิ่มขึ้น แต่สำหรับการรับรู้บทบาทหน้าที่การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์และการนับถือตนเองไม่มีการ เปลี่ยนแปลง

ประยงค์ นะเงิน (2544 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกาย และสมรรถภาพทางกายของข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ผลการวิจัย พบว่า ข้าราชการที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายต่างก็มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความเห็นต่อการส่งเสริมและการสนับสนุนการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกัน และ ปัจจัยสนับสนุน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

กัญญาณี วิบูลกิจชนากร (2545 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาทักษะและ พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการ สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวของผู้มา รับบริการ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการ

อารักขา ใจธรรม (2545 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้

อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชิตินา วิริยา (2547 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง และ ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอ้างอิง และ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร การดูแลเท้า และการสูบบุหรี่ มากกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมและถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุไรรัตน์ มีทิพย์กิจ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดของมารดาครั้งแรก ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีทัศนคติต่อการดูแลตนเองหลังคลอด และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี และมีความรู้ มีทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด

นันทนา ยากถิ่นหอม (2547 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงาน บริษัท โด โยต้า เค มอเตอร์ส จำกัด เขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการไม่เสพสิ่งเสพติด และด้านการรับประทานอาหาร และด้านการทำงานที่ปลอดภัยไม่มีความสัมพันธ์

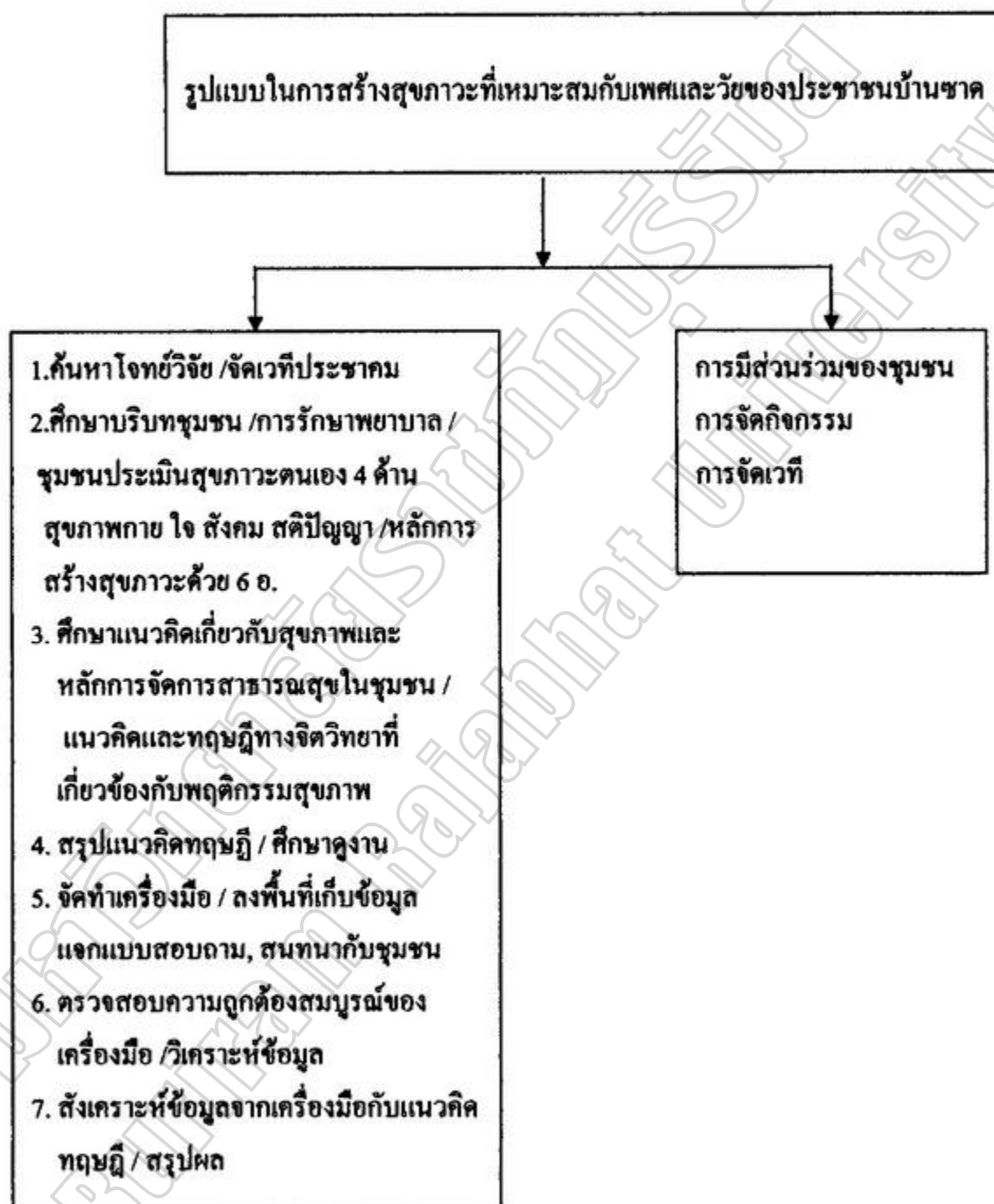
กัญชพร ผาสุก (2552 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง สุขภาวะในที่ทำงานตามทัศนะของพนักงาน บริษัท โลชั่น (ประเทศไทย) จำกัด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 26-35 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ตำแหน่งงานระดับปฏิบัติงาน มีภาระหนี้สิน และมีผู้อยู่ในอุปการะ จำนวน 1-3 คน กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะในที่ทำงานในระดับปานกลาง มีการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมสุขภาวะที่ทำงานมาก องค์ประกอบของความสุขที่ให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ความมีน้ำใจ กิจกรรมสุขภาวะในที่ทำงานที่มีการเข้าร่วมมากที่สุด คือการส่งเสริมการออมเงิน กิจกรรมสุขภาวะในที่ทำงานที่เข้าร่วมแล้วมีความสุขมากที่สุดคือ กิจกรรมทางศาสนาส่งเสริมศีลธรรม การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาวะในที่ทำงานด้านต่างๆ พบว่า เพศมีผลต่อการให้ความสำคัญกับ

องค์ประกอบของสุขภาวะในที่ทำงานแต่ไม่มีผลต่อสุขภาวะในที่ทำงานด้านอื่นๆ อายุมีผลต่อสุขภาวะในที่ทำงานทั้ง 5 ด้าน สถานภาพและการศึกษามีผลต่อการทำความเข้าใจการรับรู้และการให้ความสำคัญกับสุขภาวะในที่ทำงาน ตำแหน่งงานมีผลต่อการให้ความสำคัญกับสุขภาวะในที่ทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรม ความสุขจากการเข้าร่วมกิจกรรม ภาระหนี้สินมีผลต่อการรับรู้ การให้ความสำคัญและความสุขจากการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนผู้อยู่ในอุปการะมีผลต่อการทำความเข้าใจการรับรู้ การให้ความสำคัญและการเข้าร่วมกิจกรรม

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าแนวคิด ทฤษฎีและหลักการต่างๆ ได้ชี้ให้เห็นถึงรูปแบบการสร้างสุขภาวะทั่วไปว่า สุขภาวะที่ดีนั้นเกิดขึ้นได้กับประชาชนทุกเพศทุกวัย ที่ได้รับข้อมูลจากข้อเท็จจริงจากหน่วยงาน บุคคล หรือองค์กร ที่ให้ความรู้อย่างถูกต้องตามหลักการแพทย์ และประชาชนสามารถได้รับการรับรู้ในหลายช่องทาง การสื่อสาร ทั้งการอ่านหนังสือ สนทนากับผู้รู้หรือแพทย์แผนใหม่ ศึกษาผ่านสื่อมวลชน หรือศึกษาจากบุคคลใกล้ชิดที่เคยมีปัญหาด้านสุขภาพ การมีองค์กรชุมชนผู้นำชุมชนรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้มแข็งช่วยกันรณรงค์จะเป็นส่วนหนึ่งในการผลักดันให้ประชาชนตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว รวมถึงนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นพัฒนาสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งอย่างแท้จริงจะมีส่วนกระตุ้นประชาชน ได้พัฒนาตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ยั่งยืนได้

การ ได้ศึกษาหาความรู้อย่างหลากหลาย คณะผู้วิจัยได้นำสาระความรู้มาสังเคราะห์และสร้างกรอบการวิจัยได้ ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของประชาชนโดยภาพรวม เชื่อมโยงกับสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์ที่จะแสดงถึงความสำคัญของการมีรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชนบ้านซาด ในบทนี้ จะเป็นการกำหนดแนวทางการทำงานเพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความชัดเจนในประเด็นที่กำลังศึกษา ผู้วิจัยจะกล่าวถึงวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 4 การวิเคราะห์ข้อมูล
 - 5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- โดยมีขั้นตอนการศึกษาในแต่ละประเด็น ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ศึกษาจากเอกสารเชิงวิชาการ เอกสารข้อมูลจากเว็บไซต์ จากงานวิจัย การเข้าร่วมอบรมสัมมนาที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์และผู้สนับสนุนทุน คือ สกว.จัดให้ จากการสนทนากับผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญในงานสาธารณสุข และจากประชาชนในชุมชนที่คาดว่าจะจะเป็นบุคคลเป้าหมายในการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลมาสังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพหรือสุขภาวะของประชาชน
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ หลังจากได้ข้อมูลเชิงคุณภาพแล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาสังเคราะห์และสร้างเครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ และ แบบสอบถาม
3. ประชากร ประชากรในการศึกษาคือ ประชาชนในชุมชนบ้านซาด หมู่ที่ 2 ได้มาโดยการสุ่มตัวแบบเจาะจงจากผู้นำชุมชนและผู้มีบทบาทด้านสาธารณสุขชุมชนและประกาศเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติเป็นเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 25-46 ปีขึ้นไป

4. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา มี 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้นำชุมชนและผู้มีบทบาทด้านสาธารณสุขชุมชน ครู ปราชญ์ชาวบ้าน จากบุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 2 ประชาชนทั่วไปที่สนใจปัญหาสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกโดยการเชิญชวนเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 55 คน

5. ขนาดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1 กลุ่มที่ 1 บุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพศชายและหญิง อายุ 25-46 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน

5.2 กลุ่มที่ 2 ประชาชนทั่วไป แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

5.2.1 ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ 25-35 ปี จำนวน 13 คน

5.2.2 ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ 36-45 ปี จำนวน 19 คน

5.2.3 ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ 46 ปีขึ้นไป จำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และเครื่องมือในการสำรวจสุขภาพ

การสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด พฤติกรรมการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว พฤติกรรมกรป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมกรออกกำลังกาย

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รายละเอียดของเครื่องมือในการศึกษา มีดังนี้

1. แบบสอบถาม โดยกำหนดข้อคำถามเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นการตอบคำถามแบบสั้น

(Shot Answer Test)

ตอนที่ 2 คำถามเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางสติปัญญา เช่น พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด พฤติกรรมกรสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว พฤติกรรมกรป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมกรออกกำลังกาย

พฤติกรรมละ 20 ข้อหลักและมีหัวข้อย่อย รวมทั้งเป็นคำถามปลายปิด (Closed Form) ลักษณะแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Multiple Choice Item) มีคำตอบให้เลือก 2-6 ตัว และแบบมีตัวเลือกคงที่ (Fixed Alternatives)

2. **แบบสัมภาษณ์** ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์ขึ้นมา 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับคำถามเกี่ยวกับบริบทชุมชน งานสาธารณสุขชุมชน ประมาณ 10 ข้อ ฉบับที่ 2 ใช้กับประชาชนทั่วไปในชุมชน ประมาณ 20 ข้อ ในการเลือกใช้คำถามแล้วแต่สถานการณ์และความเหมาะสมของบรรยากาศการสัมภาษณ์ การสร้างแบบสอบถามใช้ฐานข้อมูลจากการวิเคราะห์เนื้อหาการสร้างความสุขภาวะของประชาชนจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัย

3. **เครื่องมือในการสำรวจคุณภาพ** ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการสำรวจคุณภาพของโรงพยาบาลทุทไรสง คือแบบวัดค่าดัชนีมวลกาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการวิจัย ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการวิจัยการพัฒนาชุมชน และอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทำการตรวจสอบเพื่อให้ได้คำถามที่ครอบคลุมกับสภาพและปัญหาการวิจัย และเป็นการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) ดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัย 3 ท่าน ดังนี้

- 1.1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8 ผู้สอนประจำสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
- 1.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อนันต์ ลิขิตประเสริฐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8 ผู้สอนประจำสาขาสาขาวิชาการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
- 1.3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมบัติ ประจวบศานต์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8 ผู้สอนประจำสาขาเทคโนโลยีสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

2. ผู้เชี่ยวชาญทางสาธารณสุขชุมชน ตรวจสอบเครื่องมือในการสำรวจคุณภาพ จำนวน 2 ท่าน ดังนี้

- 2.1 คุณศรีเพ็ญ จิตโรสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลทุทไรสง อ.ทุทไรสง จ.บุรีรัมย์
- 2.2 คุณนันทธร กิจโรสง เจ้าหน้าที่งานส่งเสริมสุขภาพ 4 องค์การบริหารส่วนตำบลมะเพ็ญ อ.ทุทไรสง จ.บุรีรัมย์

หลังจากแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำเครื่องมือไปดำเนินการตรวจสอบคุณภาพกับผู้ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (Try Out) จำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจสอบหาความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach

(ประสิทธิ์ สุวรรณรักษ์. 2542 : 261) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.868 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสูงสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยได้ หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปเก็บข้อมูลในพื้นที่บ้านซาด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ติดต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เพื่อขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ชุมชนบ้านซาดในการเก็บข้อมูล
2. นำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนบ้านซาดด้วยตนเอง จำนวน 55 ชุด และได้รับคืนจำนวน 55 ชุด เพราะชาวบ้านในชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
3. นำแบบเครื่องมือทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบ ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องอย่างละเอียดอีกครั้งและคัดเลือกเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์ที่สุดตรวจให้คะแนน
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ ปัญหาและข้อเสนอแนะที่เป็นคำถามแบบปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่เปรียบเทียบความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายโดยการตรวจสอบความน่าเชื่อถือแบบสามเส้า ด้านตัวบุคคล เวลา สถานที่ การสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของชุมชนด้วยตนเองในรูปแบบเชิงประจักษ์ (Empirically Based Pattern) และสรุปประเด็นสำคัญ นำอภิปรายตามสภาพความเป็นจริง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางด้านสถิติ

1. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha-Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) (บุญชม ศรีสะอาด. 2543 : 96)
2. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ (บุญชม ศรีสะอาด. 2543 : 101)
 - 2.1 ค่าร้อยละ (Percentage)
 - 2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean)
 - 2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) (สมนึก กัททิษณี. 2544 : 251)

บทที่ 4

บริบทชุมชน

ประวัติความเป็นมา

บ้านซาด หมู่ที่ 2 เดิมมีชื่อว่า บ้านคอนคิ้ว เป็นชื่อตามลักษณะธรรมชาติของหมู่บ้าน คือมีป่าคิ้วเป็นป่าล้อมรอบหมู่บ้าน ซึ่งชาวบ้านใช้ป่าคิ้วเป็นแหล่งสร้างอาหารและสร้างรายได้ให้แก่ชาวบ้าน เมื่อประชากรในชุมชนมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ป่าคิ้วถูกแปรสภาพไปเป็นอาหารและสินค้าชุมชนสภาพของป่าลดน้อยลง ชาวบ้านจึงเปลี่ยนชื่อบ้านคอนคิ้วเป็นบ้านซาด ตั้งแต่ พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา ในปี พ.ศ. 2445 บริเวณนี้ มีชาวบ้านสองกลุ่มมาอาศัยในบริเวณที่พื้นร้างไม่มีเจ้าของ เป็นพื้นที่อุดมสมบูรณ์ด้วยดิน ไม้หลายขนาด และได้ก่อตั้งเป็นชุมชนเล็กๆ ขึ้นมา จากข้อสันนิษฐานและการเล่าต่อๆ กันมาจากบรรพบุรุษว่ามีชาวบ้านสองกลุ่มมาอาศัย กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มชนที่อพยพหนีปัญหาภัยแล้งและโรคคอหิวดำมาจากอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ เห็นพื้นที่บริเวณนี้มีหนองน้ำและเป็นที่ย่ำกลุ่มอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การทำนา ทำการเกษตร จึงตั้งรกรากอยู่ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา กลุ่มที่ 2 ย้ายตามคู่ครองโดยการแต่งงานกับคนที่มีถิ่นฐานอยู่บ้านซาดมา ประกอบอาชีพ ทำไร่ ทำนา (สัมภาษณ์. ผู้ใหญ่พจนารถ แดโรสง.วันที่ 19 ธันวาคม 2551.)

สภาพทางภูมิศาสตร์

สภาพทางภูมิศาสตร์ บ้านซาด ตั้งอยู่ในเขตตำบลมะเฟือง ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ เส้นทางถนนสายพุทธไธสง-ชุมพลบุรี ห่างจากตัวอำเภอพุทธไธสงไปทางทิศตะวันออกเฉียงประมาณ 5 กิโลเมตร และห่างจากตัวจังหวัดบุรีรัมย์ประมาณ 75 กิโลเมตร พื้นที่โดยทั่วไปมีสภาพเป็นที่ราบลุ่มสลับทุ่งนาร้อยละ 87 และเป็นที่ย่ำเนินร้อยละ 23 มีแหล่งน้ำขนาดเล็กอยู่ตามทุ่งนา สภาพโดยทั่วไป มีดังนี้

แหล่งที่ตั้งของชุมชน

บ้านซาด หมู่ที่ 2 มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 3,210 ไร่ แบ่งเป็นพื้นที่อยู่อาศัย 340 ไร่ พื้นที่ทำการเกษตร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) 2,470 ไร่ และพื้นที่สาธารณะ 400 ไร่

อาณาเขต บ้านซาด หมู่ที่ 2 มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ จรดเขตบ้านหนองน้ำคำ หมู่ที่ 4 ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทธไธสง

ทิศใต้ จรดเขตบ้านม่วงใต้ หมู่ที่ 8 ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทธไธสง

ทิศตะวันออก จรดเขตบ้านชาดหมู่ที่ 5 ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทธไธสง

ทิศตะวันตก จรดเขตบ้านมะเฟือง หมู่ที่ 1 ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทธไธสง

ลักษณะภูมิอากาศ สภาพทางภูมิศาสตร์บ้านชาด เป็นแบบมรสุมเขตร้อน โดยมีอุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปีเท่ากับ 26.87 องศาเซลเซียส

1. ฤดูฝน เริ่มประมาณเดือนพฤษภาคม - กลางเดือนตุลาคม โดยได้รับอิทธิพลจากมรสุมตะวันตกเฉียงใต้เป็นส่วนใหญ่ มีฝนตกมากที่สุดในเดือนกรกฎาคม

2. ฤดูแล้ง เริ่มประมาณเดือนตุลาคม - กลางเดือนมีนาคม ซึ่งเป็นช่วงที่ได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ อุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ 17.10 องศาเซลเซียส อากาศจึงหนาวเย็น

3. ฤดูร้อน เริ่มประมาณกลางเดือนมีนาคม - กลางเดือนพฤษภาคม ลมแปรปรวน อุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ 35.21 องศาเซลเซียส (สถานีอุตุนิยมวิทยาบุรีรัมย์. 2550)

สภาพทางสังคม

สภาพทางสังคมของบ้านชาด หมู่ที่ 2 มีดังนี้

1. ประชากร บ้านชาด หมู่ที่ 2 มีประชากรทั้งหมด 632 คน เป็นเพศชาย 304 คน และเป็นเพศหญิง 328 คน มี 151 ครัวเรือน

ตาราง 3 จำนวนประชากร แยกตามช่วงอายุและเพศ

อายุ	เพศชาย	ชายร้อยละ	เพศหญิง	หญิงร้อยละ	รวม	คิดเป็นร้อยละของกลุ่มอายุ
0 - 12 ปี	76	12.03	57	9.02	133	21.04
13 - 25 ปี	53	8.39	69	10.91	122	19.30
26 - 35 ปี	46	7.28	64	10.13	110	17.41
36 - 45 ปี	56	8.86	65	10.28	121	19.15
46 ปี ขึ้นไป	73	11.55	73	11.55	146	23.10
รวม	304	48.11	328	51.89	632	100

ที่มา สำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์. ธันวาคม 2551

จากตาราง 3 พบว่าประชากรทั้งหมด 632 คน อายุ 0 – 12 ปี เพศชาย 76 คน คิดเป็นร้อยละ 12.03 เพศหญิง 57 คน คิดเป็นร้อยละ 9.02 อายุ 13 – 25 ปี เพศชาย 53 คน คิดเป็นร้อยละ 8.39 เพศหญิง 69 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 อายุ 26 – 35 ปี เพศชาย 46 คน คิดเป็นร้อยละ 7.28 เพศหญิง 64 คน คิดเป็นร้อยละ 10.13 อายุ 36 – 45 ปี เพศชาย 56 คน คิดเป็นร้อยละ 8.86 เพศหญิง 65 คน คิดเป็นร้อยละ 10.28 อายุ 46 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน คือ 73 คน คิดเป็นร้อยละ 11.55 และกลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คืออายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง รวม 146 คน คิดเป็นร้อยละ 23.10 รองลงมาคืออายุ 0 – 12 ปี เพศชายและหญิง รวม 133 คน คิดเป็นร้อยละ 21.04

2. การตั้งถิ่นฐานบ้านเรือน การตั้งถิ่นฐานบ้านเรือนของชาวบ้านส่วนใหญ่จะสร้างติดกับ 2 ฝากฝั่งถนน ลักษณะของหลังคาเรือนในอดีตจะเป็นบ้านไม้ยกใต้ถุนสูง พื้นที่ใต้ถุนจะใช้เป็นคอกเลี้ยงสัตว์ เช่น วัว ควาย หมู และเป็นพื้นที่ทอดผ้า เลี้ยงไหม ส่วนบ้านที่สร้างในปัจจุบันจะเป็นบ้าน 2 ชั้นรูปแบบครึ่งตึกครึ่งไม้ หรือบ้านปูนชั้นเดียว

3. เส้นทางคมนาคม บ้านชาติ หมู่ที่ 2 มีเส้นทางคมนาคมเพื่อการติดต่อกันในหมู่บ้าน และติดต่อกับบุคคลภายนอกที่เชื่อมต่อการเดินทางไปยังอำเภอต่าง ๆ โดยใช้เส้นทางหลวงหมายเลข 202 พื้นที่หมู่บ้านห่างจากตัวอำเภอพุทธไธสงไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ประมาณ 5 กิโลเมตร และห่างจากตัวจังหวัดบุรีรัมย์ ระยะทาง 74 กิโลเมตร เส้นทางเป็นถนนลาดยางและถนนคอนกรีตตัดผ่าน ไปสู่มูลำบ้านและเชื่อมต่อกับระหว่างหมู่บ้านอื่นๆ การคมนาคมระหว่างหมู่บ้านสะดวกทุกฤดูกาล ชาวบ้านส่วนใหญ่นิยมเดินทางไปซื้อ-ขายสินค้าที่ตลาดสดเทศบาลตำบลพุทธไธสง ตลาดคลองถมวันอังคาร ตลาดไนท์วันอาทิตย์ พาหนะที่ใช้ในการเดินทางมีทั้งรถจักรยาน รถจักรยานยนต์และรถยนต์ส่วนตัว

ในอดีตการเดินทางเพื่อติดต่อกับอำเภอใกล้เคียง เช่น อำเภอสตึก อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย เป็นทางเกวียน เดินทางเท้า ผู้ที่มีฐานะดีจะมีม้าหรือเกวียนเป็นพาหนะตัดผ่านทุ่งนา ซึ่งมีทั้งคันไม้ใหญ่ คันไม้เล็ก เส้นทางคดเคี้ยว การเดินทางระยะทางไกล ๆ ต้องห่อข้าวไปรับประทานระหว่างทาง ส่วนใหญ่ที่ชาวบ้านจะเดินทางเพื่อไปค้าขาย นำผลผลิตไปแลกเปลี่ยนเครื่องอุปโภค บริโภค เช่น นำข้าวสารไปแลกเปลี่ยน นำเกลือไปแลกเปลี่ยนปลาร้า นำปลาร้าไปแลกเปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น หรือบางครั้งจะเดินทางนำผู้ป่วยที่มีอาการหนักซึ่งรักษาในหมู่บ้านแล้วก็ไม่หายหรือเป็น ๆ หาย ๆ มีอาการเรื้อรังมานาน จำเป็นต้องพาไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำอำเภอหรือในตัวจังหวัด

การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาวะผู้นำ

ในอดีตกการปกครองหมู่บ้านชาดยึดถือผู้อาวุโส ผู้มีความรู้ความสามารถ เสียสละ ซื่อสัตย์ อดทน และเป็นที่พึ่งของชาวบ้านได้ ให้ความสนใจทุกข์สุขของชาวบ้าน การเลือกผู้นำชาวบ้านจะเลือกตามระบอบประชาธิปไตย

รายชื่อผู้ใหญ่บ้านชาดจากอดีตถึงปัจจุบัน มีดังนี้

1. นายเขียว แดไชสง ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านในช่วงปี พ.ศ. 2445 – 2483 ผลงานที่เด่นชัด เป็นผู้ร่วมจัดตั้งหมู่บ้านชาด

2. นายสาย อาจแสง ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านในช่วงปี พ.ศ. 2483 - 2511 ผลงานที่เด่นชัด

2.1 เป็นผู้แยกหมู่บ้านชาด (บ้านคอนควัว ในอดีต) เป็น 2 หมู่บ้าน สาเหตุเนื่องจากจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นเรื่อง ๆ ปกครองยากขึ้น ไม่ทั่วถึง จึงได้แบ่ง ออกเป็น 2 หมู่คือ บ้านชาด หมู่ 5 และ บ้านชาด หมู่ที่ 2

2.2 เป็นผู้ให้ความสำคัญของการศึกษา จึงได้เริ่มคิดก่อตั้งโรงเรียนประจำหมู่บ้านขึ้น เนื่องจากชาวบ้านต้องเดินทางไปเรียนหนังสือที่บ้านเพี้ยแก้ว ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ระยะทางห่างจากบ้านชาด 2.5 กิโลเมตร ต้องเดินลุยเท้าไปเรียนหนังสือ หากมีฝนตกต้องตากฝน น้ำท่วมก็ต้องลุยน้ำไปเรียน

3. นายเฉลิม เข็มไชสง ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านชาดในช่วงปี พ.ศ. 2511 - 2536 ผลงานที่เด่นชัด

3.1 ประสานงานต่อจากนายสาย อาจแสง เรื่องการก่อตั้งโรงเรียน

3.2 พัฒนาดนหนทางในหมู่บ้านให้สะอาด ขยายถนนให้กว้างขวางขึ้น

4. นายพรมมา ศรีแสนยศ ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านชาดในช่วงปี พ.ศ. 2536 - 2547 ผลงานเด่นชัด ทำถนนคอนกรีตในหมู่บ้าน

5. นายพจนารถ แดไชสง ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านชาดในช่วงปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน ผลงานเด่นชัด

5.1 เป็นผู้ยึดถือหลักเศรษฐกิจพอเพียง

5.2 เป็นผู้สนับสนุนเรื่องการจัดตั้งเศรษฐกิจในชุมชน

5.3 สร้างศาลาวัดบ้านชาด

5.4 เป็นแกนนำในการจัดตั้งกลุ่มพลังต่างๆในชุมชน

หมู่บ้านชาวมืองค์กรต่างๆ ในหมู่บ้าน และได้มีการจัดตั้งกลุ่มต่างๆ ขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหมู่บ้านกลุ่ม เกิดความสามัคคี ให้ชาวบ้านเกิดความตระหนักในการดำเนินชีวิตแบบพอเพียงร่วมกัน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มเศรษฐกิจชุมชน ได้แก่

- 1.1 กลุ่มข้าว
- 1.2 กลุ่มโค
- 1.3 กลุ่มปลูกหม่อนเลี้ยงไหม ทอผ้าไหม
- 1.4 กลุ่มรับจ้างในประเทศ และต่างประเทศ
- 1.5 กลุ่มเลี้ยงสัตว์

กิจกรรมกลุ่มเศรษฐกิจชุมชน คือ สมาชิกในกลุ่มจะหาตลาดรับซื้อ หาดพันธุ์สัตว์ที่มีราคา มาให้สมาชิก โดยหาได้จากหน่วยงานภาครัฐ เช่น ปศุสัตว์, อบรมตามทะเบียน เมื่อขาย กำไรที่ได้จะแบ่งให้ผู้เลี้ยง และเก็บรวมเป็นเงินกลุ่ม หากครอบครัวใครในกลุ่มเดือดร้อนก็สามารถกู้ได้โดยไม่มีดอกเบี้ย เงินทุนได้จาก การระดมทุนร่วมกัน แบ่งเป็นหุ้น หุ้นละ 10 บาท สิ้นปีจะมีเงินปันผล

2. กลุ่มองค์กรในชุมชน

กองทุนหมู่บ้าน โดยมีผู้ใหญ่พจนารต แครไรสง เป็นประธาน มีสมาชิก 601 คน เงินกองทุน 2,100,000 บาท กิจกรรมกองทุนหมู่บ้าน คือ มีการออมเงินเรียกว่าเงินสั่งจะ ออมอย่างต่ำ 10 บาท/เดือน ให้กู้ได้ครัวเรือนละ 20,000 บาท/ปี ชำระคืนสิ้นปีดอกเบี้ยร้อยละ 1 บาท/ปี หากมีความจำเป็นฉุกเฉินต้องใช้เงิน สามารถกู้ฉุกเฉินได้ปีละ 2 ครั้ง/ครัวเรือน ยอดเงินที่กู้ไม่เกิน 2,000 บาท ชำระคืนเมื่อครบ 6 เดือน ดอกเบี้ยร้อยละ 1 บาท/ปี หากชำระภายใน 6 เดือน คิดดอกเบี้ยร้อยละ 0.50 สตางค์ ผลกำไรจะเก็บสะสมไว้เพื่อเป็นกองทุนให้กู้ยืมต่อไปและนำมาปันผลเมื่อสิ้นปี

สวนป่าบ้านขาด มีนายพจนารต แครไรสง เป็นประธาน สมาชิก จำนวน 632 คน เงินกองทุน 190,000 บาท ได้รับงบประมาณมาจากกรมป่าไม้ และ อบต.ตำบลมะเพ็ญ กิจกรรมสวนป่าบ้านขาด คือ ชาวบ้านช่วยกันสอดส่องดูแลป่าไม้ไม่ให้ถูกทำลาย หาพืชไม้ยีนดิน สมุนไพร มาปลูกเพิ่มในปีคอนตัว

กลุ่มกองทุนข้าวหมุนเวียน มีนายพจนารต แครไรสง เป็นประธาน สมาชิก 42 คน เงินกองทุน 48,000 บาท งบประมาณได้จากชาวบ้านสมัครเป็นสมาชิกหุ้นละ 10 บาท และมาจากผลกำไรที่เก็บสะสมร่วมกัน กิจกรรมกองทุนข้าวหมุนเวียน คือ เมื่อเริ่มฤดูเก็บเกี่ยว หลังจากที่สมาชิกเก็บข้าวไว้กินเองแล้วให้นำข้าวมาฝากไว้กับกองทุน เมื่อข้าวมีราคาดีกองทุนจะประชุมขอความคิดเห็นว่าสมาชิกจะขายข้าวในจำนวนสัดส่วนเท่าใดของข้าวที่เก็บไว้ เมื่อตกลงกันแล้วก็นำข้าวไป

ขาย นำเงินมาแบ่งกันส่วนหนึ่งเก็บไว้ที่กองทุน ส่วนข้าวที่เหลือก็เก็บไว้ต่อไป หากครอบครัวของชาวบ้านขาดไม่มีข้าวรับประทานสามารถมาซื้อที่กองทุนในราคาถูกกว่าท้องตลาด

กลุ่มสตรี มี นางสมกิจ มาบกลาง เป็นประธาน สมาชิก 46 คน เงินกองทุน 80,000 บาท ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต. คำบดมะเพียง ส่วนหนึ่งจากสมาชิกและผลกำไรที่ได้จากการขายผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร เช่น ผักพื้นบ้าน ผ้าไหม เครื่องจักรสาน เป็นต้น กิจกรรมกลุ่มสตรี คือ สมาชิกกลุ่มสตรีทอผ้า ปักหมอน เลี้ยงไหม ปักผ้า จักรสานให้นำผลผลิตมาให้กลุ่มหาตลาดได้ เช่น นำไปแสดงในงานกาชาดบุรีรัมย์ ผลิตภัณฑ์ OTOP ในจังหวัดบุรีรัมย์ หรือในอำเภอนาโพธิ์ รวมทั้งส่งไปประกวดผ้าไหมงานที่งานต่าง ๆ เงินที่ได้มาแบ่งให้สมาชิก และเก็บไว้ที่กลุ่มนำมาปันผลเมื่อสิ้นปี สมาชิกสามารถกู้ยืมเงินกันได้ภายในกลุ่ม หากครอบครัวกลุ่มสตรีจำเป็นต้องใช้เงิน ก็จะมีการช่วยเหลือโดยให้นำผลิตภัณฑ์ที่มีออกไปจำหน่าย

กลุ่มผู้ใช้น้ำประปา มีนายอบ กุศลธอง เป็นประธาน สมาชิก 632 คน กิจกรรมกลุ่มผู้ใช้น้ำประปา คือ เก็บค่าน้ำประปากับสมาชิกที่ใช้ในประปาหมู่บ้าน ชูนิศละ 3 บาท เก็บทุกวันที่ 5 ของเดือน หากสมาชิกในบ้านขาดไม่พร้อมที่จะจ่ายเงิน สามารถติดค้างไว้ไม่เกิน 2 เดือน โดยสมาชิกสามารถคืนเงินกองทุนที่ตนเองสมัครไว้มาช่วยเหลือได้

กลุ่มนางข้าง มีนายพจนารอด แคะไรสง เป็นประธาน สมาชิก 48 คน เงินกองทุน 52,000 บาท
 กลุ่มเขาวชน มีนางบุญร่วม แคะไรสง เป็นประธาน สมาชิก 34 คน เงินกองทุน 55,000 บาท
 กลุ่มฉาปนกิจสงเคราะห์ มีนายพจนารอด แคะไรสง เป็นประธาน สมาชิก 632 คน ไม่มีเงินทุน แต่จะเก็บเมื่อมีผู้เสียชีวิต โดยเก็บศพละ 100 บาท/ครัวเรือน

กลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่น (จักรสานจากไม้ไผ่ และ เลี้ยงไหม) มีนายเหนือ อ่อนไรสง เป็นประธาน สมาชิก 632 คน ไม่มีเงินกองทุน

คณะกรรมการหมู่บ้านขาด ประกอบด้วย

1. นายพจนารอด	แคะไรสง	ประธานกรรมการ
2. นายสง่า	พร้อมศรี	รองประธาน
3. นายชิน	มิ่งศูนย์	เลขานุการ
4. นายสุวรรณ	เตรียมทอง	กรรมการ
5. นายพูนทรัพย์	ชุ่มคำน้อย	กรรมการ
6. นายลบ	กุศลธอง	กรรมการ
7. นายอมร	ฉรงค์ศักดิ์	กรรมการ
8. นายเจือจันทร์	บุญเฮ่า	กรรมการ

9. นายเพา	คำอูด	กรรมการ
10. นายแมน	คำอูด	กรรมการ
11. นายนาข	รังสีรัมย์	กรรมการ
12. นายพรมมา	ศรีแสนยศ	กรรมการ
13. นายกิตติภพ	โพธิ์ข่า	กรรมการ
14. นายอภิเนตร	แคไชสง	กรรมการ
15. นายบัวภา	ศรีสมบัติ	กรรมการ

การเลือกคณะกรรมการ โดยจะยึดหลักประชาธิปไตย จัดประชุมให้ชาวบ้านได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และยกมือโหวตเสียง ถ้าผู้ใดมีความเสียสละเพื่อหมู่บ้าน ชยัน อดทน ซื่อสัตย์ ก็จะได้รับเลือกให้เป็นกรรมการ

ความสัมพันธ์ของชุมชนบ้านซาคกับวัด ชุมชนบ้านซาคกับวัดเป็นศูนย์รวมของชาวบ้าน ในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. การพัฒนาด้านจิตใจ พระเป็นแกนนำที่สำคัญในการสั่งสอนหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า เพื่อให้ชาวบ้านนำไปเป็นหลักยึดเหนี่ยวในการดำรงชีวิต กิจกรรมที่ชาวบ้านซาค ร่วมกันปฏิบัติ ได้แก่ การทำบุญตักบาตร การฟังธรรม การฝึกสมาธิ ซึ่งมีผลทำให้จิตใจสงบ สอนให้ชาวบ้านสามัคคีกัน การปล่อยวาง การให้อภัย การรู้จักทำทาน โดยยึดหลักคำสอนคำ พระพุทธศาสนา
2. การพัฒนาด้านคุณธรรม / จริยธรรม บ้านซาค มีทั้งโรงเรียน และวัดในหมู่บ้าน จึงให้นักเรียนบ้านซาคได้มาเรียนรู้เรื่องของคุณธรรม/จริยธรรม ที่วัด การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างผาสุก รวมทั้งให้ชาวบ้านซาคมาร่วมทำกิจกรรมและรับฟังเทศน์เมื่อถึงช่วงเทศกาลต่าง ๆ ทั้ง ชาวบ้าน และ นักเรียนจะมาทำบุญร่วมกัน เช่น วันขึ้นปีใหม่
3. การพัฒนาหมู่บ้านด้านสาธารณสุข บ้านซาคไม่มีสถานอนามัยประจำหมู่บ้าน ซึ่งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ จะอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลพุทธโรสง ชาวบ้านซาคจึงอาศัยวัดเป็นสถานที่ในการออกกำลังกาย และผู้ที่มีความต้องการเลิกอบายมุขต่าง ๆ เช่น เลิกสูบบุหรี่ คืมเหล้า สิ่งเสพติดทุกประเภท

ประเพณีที่สำคัญของชุมชน ได้แก่ เข้าพรรษา ออกพรรษา สงกรานต์ ลอยกระทง วันขึ้นปีใหม่ นางชาติ จำปาแดง อสม.ประจำบ้านซาค ได้เก็บข้อมูลวัดบ้านซาคจากผู้อาวุโสในหมู่บ้าน ทราบว่าวัดบ้านซาค ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของหมู่บ้าน ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ.2514 มี นายหลง กุงโรสง, นายสวัสดิ์ แคไชสง, นายเฉลิม เอี่ยมโรสง นายวันดี กุงโรสง เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้ง มีหลวงพ่อยงค์ เป็นเจ้าอาวาสองค์แรก ชาวบ้านได้นิมนต์ท่านมาจากวัดจันตคามณี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทธโรสง

จังหวัดบุรีรัมย์ ระยะทางห่างจากบ้านชาดประมาณ 4 กิโลเมตร อยู่ทางทิศตะวันออกของบ้านชาด เมื่อท่านมรณภาพแล้วก็มีหลวงพ่อสึงห์ มาจำวัดแทน เมื่อหลวงพ่อสึงห์มรณภาพ มีพระอธิการบุญมี ชูวัดโค มาเป็นเจ้าอาวาส จนถึงปัจจุบัน ปัจจุบันมีพระสงฆ์จำวัด เพียง 2 รูป มีศาลา 1 หลัง สร้างเสร็จเมื่อปี พ.ศ. 2537 โดยได้งบประมาณมาจากคำป่า ทุนในการก่อสร้างประมาณ 2 ล้านบาท ชาวบ้านใช้ศาลาวัดเป็นที่ประชุมใหญ่ในหมู่บ้าน หรือ มีกิจกรรมเช่น หน่วยงานทางราชการเข้ามาประชุมชี้แจงร่วมกับหมู่บ้านใกล้เคียง รวมทั้งใช้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างคนในหมู่บ้านชาด จะมีลักษณะเป็นเครือญาติ ชาวบ้านในหมู่บ้านชาดจะมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมาก มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างครอบครัวและเพื่อนบ้าน ทุกคนในหมู่บ้านจะรู้จักกันหมดถ้ามีข่าวสารต่างๆ หรือมีความเคลื่อนไหวต่างๆ เช่น มีคนป่วย คนตาย มีคนนอกเข้ามาในหมู่บ้าน ก็จะทราบข่าวสารกันทั่วถึงอย่างรวดเร็ว หรือเมื่อในหมู่บ้านมีงานขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน งานศพ หรือกิจกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน ชาวบ้านแห่งนี้จะให้ความสำคัญมาก และจะช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ ซึ่งเป็นธรรมเนียมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ

ระเบียบกฎเกณฑ์และธรรมเนียมปฏิบัติในบ้านชาด บ้านชาดนอกจากจะปกครองแบบมีผู้ใหญ่บ้านดูแลความสงบสุขในชุมชนแล้ว ยังมีการแบ่งเขตการปกครองออกเป็นคุ้ม 5 คุ้ม โดยมีหัวหน้าคุ้ม มีหน้าที่เป็นผู้ปกครอง ดูแลความสงบเรียบร้อย ของสมาชิกในคุ้ม นำพาให้สมาชิกในคุ้มพัฒนาคุ้มของตนเองให้น่าอยู่ คุ้มต่าง ๆ 5 คุ้มของหมู่บ้านชาดนี้ นายถบ กุศลโรตง เป็นผู้เก็บข้อมูลดังนี้

คุ้มที่ 1 คุ้มใต้ หัวหน้าคุ้ม คือ นายสง่า พร้อมศรี ซึ่งมีสมาชิกในคุ้ม จำนวน 18 ครัวเรือน ดังนี้

- | | |
|----------------|-------------|
| 1. นายสง่า | พร้อมศรี |
| 2. นายสมาน | เที่ยงโรตง |
| 3. นางใบ | พร้อมศรี |
| 4. นางนวลอนงค์ | พร้อมศรี |
| 5. นางทองตา | พร้อมศรี |
| 6. นางอม | มีศรี |
| 7. นายฤทธิ์ | บุญโต |
| 8. นายสวรรค์ | คลังโรตง |
| 9. นายกุล | อินดีะปัญญา |
| 10. นายสงวน | เอี่ยมโรตง |

11.นายเด่นชัย	เจริญศรี
12. นายแถม	บวชไธสง
13.นายสำราญ	ขามดี
14.นายสง่า	อินสำราญ
15.นายคัน	แก่นไธสง
16.นายพูนทรัพย์	ชุ่มค่าน้อย
17.นายถนอม	แก่นไธสง
18.นายอุดมศักดิ์	เด่นรัมย์

ทีมที่ 2 ทีมโรงเรียน หัวหน้าทีม คือ นายภา สิงบุคดี ซึ่งมีสมาชิกในทีม จำนวน 28
ครัวเรือน ดังนี้

1. นายเฉลิม	เอี่ยมไธสง
2. นายศราวุธ	บุญเฮ่า
3. นางกำไร	ฉลาดดี
4. นายหนู	มิ่งศูนย์
5. นางคำพูด	สอบไธสง
6. นางย่น	ขอครัก
7. นายสุทร	สอบไธสง
8. นายทองจันทร์	กุดนอก
9. นายสมนึก	เหล็กอมกลาง
10.นส.บังอร	สอบไธสง
11.นางสุวรรณ	สิทธิ์ทั้ง
13.นายพรมมา	ขอครัก
14.นายสุบรรณ	แก่นไธสง
15.นายศต	คูระยับ
16.นายเอกภพ	เจริญศรี
17.นายเพา	สิงบุคดี
18.นางค่อน	ทองคิรัมย์
19.นางพัค	ขอครัก
20.นางพิมพ์	สุขจิตร

21.นางวันเพ็ญ	ชระรัมย์
22.นายเอก	ยอศรี
23.นายอศุทธ์	ชาวสะอาด
24.นายโสภ	แพ่งเทิง
25.นายวัชร	อรรดโยโค
26.นายสุก	บุญมาพิลา
27.ค.ตงวิท	ผามณี
28.นายประหล้า	จุลไสสง

คุ่มที่ 3 คุ่มหนองหัวหมู หัวหน้าคุ่ม คือ นายลพ กุคไสสง มีสมาชิกในคุ่ม จำนวน 24 คนดังนี้

1. นายลพ	กุคไสสง
2. นางสงบ	หมื่นอุคสำห
3. นายอิทธิพล	อะสันเทียะ
4. นายใจ	เป็ริยบสม
5. นส.สุภาพร	เป็ริยบสม
6. นายทองเหลือง	เกลี้ยงไสสง
7. นางสุณี	พรไสสง
8. นางบุญเพชร	กุงไสสง
9. นายบุญเลียง	กวคนอก
10.นางบุญเลิศ	กุงไสสง
11.นายเข้มทอง	แคไสสง
12.นายอภิเนตร	แคไสสง
13.นางเปลียบ	กุงไสสง
14.นายบุญทัน	ศรีสมบัติ
16.นางกัณหา	พรหมภักดี
17.นายจรินทร์	สำราญดี
18.นายแดง	กวคนอก
19.นายอมร	ฉรงค์ศักดิ์
20.นางชาติ	อาจแสง
21.นายนิคม	กุงไสสง

22.นายสนั่น	กุงไธสง
23.นายสมัย	ตีกามน
24.นายจิรวัดน์	เวียงไธสง

คุ่มที่ 4 คุ่มโนนสมบูรณ์ หัวหน้าคุ่ม คือ นายแมน คำอูด ซึ่งมีสมาชิกในคุ่ม จำนวน 24
ครัวเรือน ดังนี้

1. นายช่อม	เตรียมทอง
2. นางสุขสันต์	บิห์เลอร์
3. นางศุพร	ควงอินทร์
4. นางศุข	คำอูด
5. นายแมน	คำอูด
6. นายวิลาส	สัคถาวะโฮ
7. นายบุญจันทร์	คำอูด
8. นางพุทธรักษา	เอ็นดู
9. นายภูวเดช	เอียนไธสง
10.นางดวงผกา	สัคถาวะโฮ
11.นายสวัสดิ์	สอนเพ็ลย
12.นางสุณี	เสนาวงศ์
13.นายวิชัย	เป่นาถะวัด
14.นายอุทธพงษ์	เด็นรัมย์
15.นายพรพงษ์	ฉ่าไธสง
16.นายธนชิต	สิงห์สุข
17.นางสมจิตร	เชื่อนิจ
18.นายโถมอง	กำไธสง
19.นายเกรียงศักดิ์	อาจแสดง
20.นายสมทรัพย์	เจียมทอง
21.นายชุน	มิ่งศูนย์
22.นายชิน	มิ่งศูนย์
23.นายสุพล	อิงไธสง
24.นางมณี	อาจแสดง

ผู้กล่าวเชิญพ่อปุมารับเครื่องเซ่น (เผ่าจ้่าเป็นชื่อเรียกบุคคลที่ทำหน้าที่เชิญวิญญาณพ่อปุ) มีนาย นายรังธีรัมย์ เป็นเผ่าจ้่า นำกล่าวต่อพ่อปุ คำกล่าวที่พูดต่อหน้าพ่อปุ เช่น ขอให้พ่อปุคุ้มครองลูกหลาน ชื่อ.....ให้อยู่ดีมีสุข ทำมาค้าขึ้น หากินร่ำรวย ไม่เจ็บไม่ไข้ หากได้อย่างที่กล่าวมานี้ จะนำของมาเลี้ยงพ่อปุ จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ชาวบ้านมีความเชื่อว่าลูกหลานที่ไปทำงานต่างถิ่นก็มีเงินมีทองกลับมาเลี้ยงพ่อปุ ทุกครั้ง อย่างที่ได้สาบานไว้

2. วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลง อดีตชาวบ้านซาด จะอยู่กับธรรมชาติ โดยมีป่าคอนคิ้วเป็นแหล่งที่หาอาหารมาเลี้ยงปากท้อง ปัจจุบันนี้ป่าคอนคิ้วได้ถูกทำลายไป ทั้งการตัดไม้ เผาทำลาย การล่าสัตว์ การบุกรุกป่า ภัยจากความแห้งแล้ง ฝนฟ้าไม่ตกตามฤดูกาล ความเจริญทางด้านวัตถุและเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทมากขึ้น จึงทำให้วิถีชีวิตของคนบ้านซาดเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งนายอบ กุดไรสง ได้ให้สัมภาษณ์การดำเนินชีวิตในอดีตว่า ก่อนไก่ขัน(เวลาประมาณ 03.00 น.) พ่อบ้านแม่บ้าน ต้องตื่นขึ้นมาเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว พ่อบ้านไปล่าสัตว์หาของป่าในป่าคอนคิ้ว แม่บ้านลุกขึ้นมาหาน้ำ คำข้าว ทำงานบ้าน ถ้ามีลูกที่โตแล้วจะลุกขึ้นมาช่วยพ่อแม่ทำงาน หรือเลี้ยงน้อง วิถีชีวิตในแต่ละวันจะอยู่กับธรรมชาติและอยู่กับสมาชิกในครอบครัวไม่ห่างไกลกันเช่นปัจจุบัน พ่อไปทางแม่ไปทางลูกก็ไปอีกทาง และอาหารหรือสิ่งที่หามาทานได้ตามธรรมชาติก็หมดไป บางอย่างต้องปลูกขึ้นมาเองในครอบครัว เช่น พืชผัก สัตว์ที่เคยมียในป่าก็หมดไป เช่น กระต่าย กระแต นก หนู ที่ชาวบ้านนำมาเป็นอาหาร สัตว์น้ำที่เคยมียตามธรรมชาติก็หมดไป เนื่องจากการถมที่เพื่อก่อสร้างอาคารบ้านเรือน ชาวบ้านจำเป็นต้องเลี้ยงปลา เลี้ยงกบเป็นอาหารเอง หากใครไม่มีทุนหรือไม่มีที่ทางเป็นของตนเองก็ต้องกู้เงินจากแหล่งเงินทุนทั้งในระบบและนอกระบบเพื่อนำมาประกอบอาชีพ

ศาสนา

ส่วนใหญ่ชาวบ้านนับถือศาสนาพุทธ ชาวบ้านนิยมไปทำบุญที่วัดบ้านซาด วัดประจำหมู่บ้านและวัดหงส์บ้านศิระระแคว ชาวบ้านจะใช้วัดเป็นศูนย์รวมจิตใจ และเป็นสถานที่ประกอบศาสนกิจร่วมกัน รวมทั้งเป็นที่สาบานในการเลิข่งเกี่ยวกับอบายมุข เช่น เลิกเหล้า เลิกบุหรี่ เป็นต้น

การศึกษา

จากการสัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้านซาด หมู่ที่ 2 คนปัจจุบัน ผู้ใหญ่พจนารถ แคนไรสง เล่าว่า โรงเรียนบ้านซาดเริ่มก่อตั้งเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ.2525 ชื่อว่า โรงเรียนบ้านซาดศึกษา โดยมีนายประยงค์ พงศ์สุวรรณ เป็นอาจารย์ใหญ่คนแรก สาเหตุที่ก่อตั้งโรงเรียนที่บ้านซาดศึกษา เนื่องจากเขาชวนต้องเดินทางไปเรียนหนังสือที่ โรงเรียนบ้านเพ็ญแก้ว มีระยะทางห่างจากบ้านซาด

2.5 กิโลเมตร เขาชวนต้องเดินทางเท้าไปเรียนหนังสือแต่เช้า ต้องตื่นนอนประมาณ 05.00 น. กลับมาถึงบ้านเวลาประมาณ 18.00 น. ช่วงฤดูฝนน้ำท่วมนักเรียนต้องเดินลุยน้ำไปโรงเรียน เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคน้ำกัดเท้า ในเวลาต่อมาผู้ใหญ่บ้านชื่อนายช่วย อาจแสดง เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งใจ ให้เริ่มก่อตั้งโรงเรียนขึ้น ตั้งแต่เริ่มเปิดโรงเรียนบ้านขาดศึกษา มีอาคาร 1 หลัง มุงหลังคาสังกะสี ไม่มีฝาผนัง ไม่มีเก้าอี้ มีครูอาสาสมัครสอน 6 คน เปิดสอนตั้งแต่ ป.1 –ป.6 ไม่มีระเบียบกฎเกณฑ์อะไรมากนัก ทำให้เด็ก ๆ ได้มีโอกาสเรียนหนังสือกันมากขึ้น ทั้งคนที่มีอายุมากแล้วก็ให้ความสนใจที่จะอ่านออกเขียนได้ ปัจจุบัน โรงเรียนบ้านขาดศึกษามีอาจารย์ทั้งหมด 9 คน อาจารย์ใหญ่ชื่อ อาจารย์สมชาติ ปรีกโรตง มีนักเรียนชั้น ป.1–ป.6 จำนวน 137 คน เป็นชาย 71 คน หญิง 66 คน

นางสายคา อาจแสดง เป็นกลุ่มเป้าหมายวัยผู้สูงอายุได้กล่าวเสริมว่า โรงเรียนบ้านขาด ในปี พ.ศ. 2525-2526 เมื่อถึงช่วงฤดูฝน นักเรียนก็นั่งเรียนทั้งฝนตก หากใคร ไม่สบายก็จะทำให้ไม่สบายด้วยกันทั้งหมด จนครูใหญ่สั่งปิดโรงเรียนชั่วคราว ต่อมาก็มีการสร้างอาคารหลังใหม่โดยชาวบ้านพร้อมใจกันลงแรงช่วยก่อสร้าง มีฝาผนังมีหลังคาแน่นหนากว่าเดิม ฝนตกก็ไม่สาด แต่ก็ยังมีโรคระบาด คือ โรคผิวหนัง เป็นหิด เป็นเหา พ่อแม่ผู้ปกครองหาสมุนไพรมารักษาลูกหลาน บางคนก็หายบางคนก็เป็นเรื้อรัง

นางชาติ อ่าปานแดง อสม.ประจำบ้านขาด ให้สัมภาษณ์ระบบการศึกษาของคนบ้านขาดในปัจจุบัน (พ.ศ. 2552) ว่าคนที่มีฐานะปานกลาง จะมีรถจักรยานยนต์ส่วนตัว จะให้ลูกไปเรียนที่โรงเรียนประจำอำเภอ ซึ่งเปิดสอนตั้งแต่ชั้นอนุบาล – ชั้น ป.6 ชื่อโรงเรียนอนุบาลพุทธโรตง (โอกาสประชานุกูล) ระยะทางห่างจากบ้านขาด 6 กิโลเมตร ส่วนระดับมัธยมศึกษา (ม.3) -มัธยมปลาย (ม.6) ต้องไปเรียนที่โรงเรียนพุทธโรตง เป็นโรงเรียนประจำอำเภอ ระยะทางห่างจากบ้านขาด 7 กิโลเมตร หรือ หากลูกหลานใคร ไม่ชอบเรียนสายสามัญ (ม.ปลาย) ก็จะไปเรียนสายอาชีพ คือ โรงเรียนอาร์ทเทค เปิดสอน ปวช.-ปวส. ระยะทางห่างจากบ้านขาด 8 กิโลเมตร ส่วนใหญ่จะเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์ที่ผู้ปกครองซื้อให้ นอกจากที่กล่าวมา นางสุกัญญา แคะโรตง อสม.ประจำหมู่บ้านขาด ได้เสริมด้วยว่าบ้านขาดยังมีโรงเรียนก่อนวัยเรียน คือศูนย์เด็ก ตั้งอยู่ที่บ้านขาด หมู่ที่ 5 อยู่ทางทิศตะวันออกของบ้านขาด ระยะทางห่างจากบ้านขาด ประมาณ 1 กิโลเมตร เปิดรับเด็กตั้งแต่อายุ 3 – 6 ขวบ ผู้ปกครองจะเดินทางไปส่ง บางครอบครัวเดินทางเท้า บางครอบครัวมีรถจักรยานยนต์ไปส่ง

นางสุภาวรรณ ชุนทอง อสม.ประจำหมู่บ้านขาด เล่าถึงการศึกษาอนุบาลว่าหลังจากโรงเรียนบ้านขาดเปิดการเรียนการสอนสำหรับเด็กเล็กแล้ว พ.ศ. 2540 เป็นต้นมาผู้ที่มีอายุมากต้องการจะมีวุฒิการศึกษาเพื่อนำไปเป็นหลักฐานการสมัครงาน ต้องไปเรียนที่ศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) ระยะทางห่างจากบ้านขาด ประมาณ 4 กิโลเมตร อยู่ทางทิศตะวันตกของบ้านขาด

สาธารณสุข

ปัจจุบันบ้านซาด อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุทไรสง สิทธิในการรักษาพยาบาล ใช้สิทธิตามที่รัฐบาลจัดสรรให้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนบ้านซาดสมัยที่ยังไม่มีสถานอนามัยและโรงพยาบาล เมื่อชาวบ้านเกิดการเจ็บป่วยก็จะไปรักษากับหมอพื้นบ้านหรือรักษาด้วยตนเองด้วยยาสมุนไพรพื้นบ้าน มีการนวด การเป่า โดยหมอพื้นบ้าน ปัจจุบันมีการบริการสาธารณสุขของรัฐ คือ โรงพยาบาลทุทไรสง ระยะทางห่างจากหมู่บ้านประมาณ 5 กิโลเมตร ในกรณีเจ็บป่วยเล็กๆ น้อย ๆ ชาวบ้านจะนิยมไปซื้อยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งมีขายที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน เรียกว่ากองทุนยาประจำหมู่บ้านซาด การเจ็บป่วยของชาวบ้านซาดในอดีตจะไม่ว่าจะเป็นโรคอะไร เมื่อใดที่มีคนในหมู่บ้านป่วยญาติจะไปหาหาสมุนไพรในป่าคอนตีมาต้มหรือฝนรากผสมน้ำดื่ม หรือประคบประครองร่างกายจนหายเอง ส่วนหญิงหลังคลอดจะให้อยู่ไฟจนกว่าแผลจะหาย โดยมีความเชื่อว่าเมื่อได้อู่ไฟจะเป็นการคุมกำเนิดอีกทางหนึ่ง และหากแม่อยู่ไฟนานๆ จะมีสุขภาพแข็งแรง ส่งผลถึงสุขภาพของลูกด้วยซึ่งทารกบางคนหลังคลอดจะให้ลูกกินข้าวทันที โดยแม่ของเด็กหรือญาติ จะนำข้าวสุกผสมเกลือป่น เคี้ยวให้ละเอียดแล้วนำมาใส่ใบตองห่อคล้ายกับห่อหมก แล้วนำไปย่างไฟอ่อนๆ เมื่อมีกลิ่นหอมจึงนำห่อข้าวออกจากเตาไฟ วางไว้ให้เย็นแล้วจึงป้อนเด็ก จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุ จะไม่เคยได้ยินคำว่า โรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคเอดส์และ โรคอื่นๆ อีกหลายโรค ไม่เคยรู้จักหุงซุง เมื่อมีอาการตาแดง คางทูมก็จะใช้วิธีเป่าโดยหมอพื้นบ้าน หากเจ็บป่วยหนักๆ ต้องเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลในอำเภอพยัคภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งห่างจากหมู่บ้านไปทางทิศเหนือระยะทางประมาณ 50 กิโลเมตร นายแถม บวชไรสง ได้เล่าว่า สมัยก่อนไม่เคยได้ยินคำว่าเครียดและไม่เคยรู้ดีกว่าตนเองเครียด เพราะไม่มีเรื่องอะไรจะให้เกิดมาก แต่มาในปัจจุบันจึงได้เข้าใจถึงภาวะความเครียดว่าเป็นอย่างไร เนื่องจากปัญหาถูกล่ามโซ่ ไม่เข้าใจกัน ทะเลาะกัน หาเงินมาไม่ทันใช้ ข้าวของมีราคาแพง อะไรก็ต้องซื้อ นายแถมเล่าเพิ่มเติมว่า ในอดีต กลับจากทำไร่ ทำนา เลี้ยงวัวควาย พอมาถึงบ้านคนในครอบครัวจะอยู่กันพร้อมหน้าพร้อมตา แม่ก็หุงหาอาหาร ส่วนพ่ออาจจะสานตะกร้า สานเครื่องใช้ภายในบ้าน ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ในบ้านลูกก็เล่นด้วยกันไป ลูกคนโตสามารถช่วยตัวเองได้แล้วก็จะเลี้ยงน้องช่วยแม่ ทำให้มีครอบครัวที่มีความใกล้ชิดกัน มีความอบอุ่น ส่วนครอบครัวที่อยู่บ้านไกลเคียงหากเกิดการเจ็บป่วย เพื่อนบ้านก็จะเรียกกันไปดูแลให้ความช่วยเหลือ ใครมียาอะไรก็นำมารักษากัน ไปช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยไม่ต้องใช้เงิน

ด้านการใช้ยาและยาสมุนไพร ประชาชนบ้านซาดในอดีตมีลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งมาตามฤดูกาล เช่น ไข้หวัดตัวร้อน ฤดูหนาวชาวบ้านจะไม่สบายมากที่สุด การรักษาจะรักษาด้วย

การทานยาต้ม ยาฝน การเป่าโดยหมอพื้นบ้าน ใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นในการรักษาโรค ตัวอย่างภูมิปัญญาชาวบ้านในการรักษาโรค เช่น

1. การคลอดบุตรและการคุมกำเนิด รักษาโดยให้อยู่ไฟนาน ๆ
2. เกิดผื่นคันตามร่างกาย ใช้ขมิ้น น้ำมันงา ทาบริเวณที่คัน
3. เท้าเปื่อย /คางทูม ใช้วิธีเป่า
4. กระจุกหัก แขนหัก ขาหัก ใช้การนวดน้ำมันงา
5. เด็กร้องไห้ไม่มีสาเหตุ ใช้การเป่า
6. น้ำร้อนลวก ใช้ปูนจากवानทางจรเข้ที่ล้างยางสีเหลืองออกแล้วมาแปะไว้
7. ท้องอืด ใช้รากของต้นบะเสียด ต่อกฟ้า พังคิ นำมาต้มแล้วคั้นน้ำ
8. แมลงสัตว์กัดต่อย ใช้ใบเสลดพังพอนมาคั้นและทาบริเวณที่ถูกกัด
9. มีอาการไข้ ใช้รากของต้นจันทน์แดง (จันทน์แดง) จันทน์หอม ตะเคียน มาคั้นแล้วคั้นน้ำ
10. เมื่อกระหายน้ำ ใช้กะลามะพร้าวคั้นน้ำคั้นจะมีความรู้สึกสดชื่น

สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคในบ้านชาวมียหลายชนิด เกิดขึ้นทั่วไปในชุมชน ในป่าสมุนไพร หมายถึงพืชหรือส่วนต่าง ๆ ของพืชที่หาได้ในท้องถิ่นและนำมาใช้เป็นยาในการบำบัดรักษาโรคต่างๆ (วุฒินันท์ ภูจำนงค์, 2534 : 12) ปัจจุบันบริการด้านสาธารณสุขของรัฐเริ่มเข้ามามีบทบาทต่อหมู่บ้านชาวมียเป็นอย่างมาก และด้วยระยะทางเพียง 5 กิโลเมตร จากหมู่บ้านถึงโรงพยาบาลทุกโรสง ชาวมียจึงนิยมไปรักษาที่โรงพยาบาลเพราะยาปัจจุบันรักษาหายเร็วกว่าสมุนไพร ยาหมอพื้นบ้านรักษาหายช้าใช้เวลานาน และการรักษาพื้นบ้านมีข้อห้ามค่อนข้างมาก แต่ยังมีชาวมียส่วนหนึ่งที่ยังเลือกรักษาที่หมอพื้นบ้านก่อนแล้วจึงไปโรงพยาบาลหรือใช้ควบคู่กันแล้วแต่ความเชื่อของแต่ละครอบครัว ยังมีรายละเอียดจากการรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร ผู้ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรในท้องถิ่นมีรายชื่อดังต่อไปนี้

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1. นายอภิเนตร | แคโรสง |
| 2. นายทองเหลือง | เกลี้ยงโรสง |
| 3. นางกัณหา | พรหมภักดิ์ |
| 4. นายแถบ | บวชโรสง |
| 5. นางสาวดา | อาจแสง |
| 6. นางทองอุ | เปียบสม |

ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลสรรพคุณของสมุนไพรในการรักษาสุขภาพของคนบ้านชาดในอดีตจนถึงปัจจุบัน ดังแสดงในตาราง

ตาราง 4 สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาและดูแลสุขภาพของชาวบ้านชาด

ชื่อสมุนไพร	สรรพคุณ	วิธีนำมารักษา
เครือเอ็นอ่อน	แก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	นำเครือเอ็นอ่อน ไปห่อผ้าแล้วนึ่งให้อุ่นแล้วนำไปประคบอวัยวะที่ปวดเมื่อย
ต้นพลับพลึง	แก้ช้ำใน	นำใบพลับพลึง ไปย่างไฟให้ร้อนแล้วนำไปประคบอวัยวะที่ปวดเมื่อย
ว่านไฟ	แก้ลมในท้อง ท้องอืด	นำมาห่อใส่ผ้าหึ่งพอร้อนแล้วนำไปประคบบนท้อง
เครือคดหมา	ปรุงอาหาร เจริญอาหาร ได้คุณค่าทางอาหาร	นำเครือคดหมา ไปตากแดดให้แห้ง แล้วนำไปต้มผสมแป้งมันใส่น้ำตาลเล็กน้อย
ต้นหนวดแป	แก้ปวดเอว	นำรากต้นหนวดแปไปต้มแล้วคั้นน้ำ
ต้นบก, ต้นอีโก้ม	แก้หิดสาแคง	นำทุกอย่างต้มรวมกันแล้วคั้นน้ำ
ต้นสบู่ดำต้นว่าน เครือ	แก้ผื่นคัน	นำมาแช่น้ำอาบ
แก่นมะขาม	อยู่ไฟ	ต้มให้ร้อนข้างๆ หญิงคลอดบุตร
ต้นไต้ต้น (ต้นที่เกิด บนจอมปลวก)	กุมกำเน็ด	นำรากต้นไต้ต้นมาฝนใส่น้ำคั้น
กระเจี๊ยบ กระเจี๊ยบ เปรี้ยว ผักกึ่ง เค็ง ส้มกึ่งเค็ง ส้ม ตะเลงตรง	แก้อ่อนเพลีย บำรุงกำลัง บำรุง ธาตุ แก้ดีพิการ แก้ปัสสาวะ พิการ แก้คอแห้งกระหายน้ำ แก้ ความดัน โลหิตสูง กัดเสมหะ แก้ไอ	นำเอากลิบเลี้ยงหรือกลีบรองดอกสีม่วงแดง ตากแห้ง และบดเป็นผง ใช้ครั้งละ 1 ช้อนชา (3 กรัม) ชงกับน้ำ เดือด 1 ถ้วย คั้นเฉพาะน้ำสีแดงใส วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกันทุกวันจนกว่าอาการชักเบาและอาการอื่นๆ จะหายไป

ตาราง 4 (ต่อ)

ชื่อสมุนไพร	สรรพคุณ	วิธีนำมารักษา
ผักกุ่ม	ใบใช้ขับลม นำแม่พยาธิ ทาแก้ กลาก เกื้อน เปลือกร้อน ขับ ลม แก้นิ้ว แก้วปวดท้อง กระที่ ทำให้ขี้หูแห้งออกมา แก่น แก้ว ริดสีดวง ผอม เหลือง รากแก้ว มานกษัย เปลือกใช้ทาภายนอก แก้โรคผิวหนัง	ตำให้ละเอียดแล้วคั้นเอาแต่น้ำทาบริเวณที่เป็นกลาก เป็นโรคผิวหนัง หรือนำเปลือก แก่น ราก มาต้มคั้น แก้ท้องอืด
ทองพันชั่ง หญ้ามันไก่	ใช้รักษาโรคผิวหนัง กลาก เกื้อน ผื่นคันเรื้อรัง	ใช้ใบสดหรือรากตำแช่เหล้าหรือแอลกอฮอล์ ทา บ่อยๆ ใช้ใบสดตำให้ละเอียดผสมน้ำมันก๊าด ทา บริเวณที่เป็นกลาก วันละ 1 ครั้ง 3 วัน โรคกลากจะ หายขาด ใช้รากทองพันชั่ง 6-7 รากและหัวไม้ขีดไฟ ครึ่งกล่อ่ง นำมารวมกันตำให้ละเอียดผสมน้ำมันใ้ ผสมหรือวาสลีน ทาบริเวณที่เป็นกลากหรือโรค ผิวหนังบ่อยๆ ใช้รากของทองพันชั่งบดละเอียดผสม น้ำมันขามและน้ำมันาวชโลมทา
กล้วยคานี	แก้โรคกระเพาะ ท้องผูก	1. แก้โรคกระเพาะ - นำกล้วยน้ำว้าดิบ (ถ้าเป็น กล้วยหักมุกคิบจะดีกว่า) ปอกเปลือก แล้วนำเนื้อมา ฝานเป็นแผ่นบางๆ ตากแดด 2 วัน ให้แห้งกรอบ บด เป็นผง ใช้รับประทาน ครั้งละ 1-2 ช้อนโต๊ะ ละลาย น้ำข้าว น้ำผึ้ง (น้ำธรรมชาติ) ทานก่อนอาหารเช้า ชั่วโมง และก่อนนอนทุกวัน 2. แก้ท้องผูก ทานกล้วยน้ำว้าสุกหอม ครั้งละ 2 ผล วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร 1/2 ชั่วโมง ควรเคี้ยวให้ ละเอียดที่สุด 3. แก้ท้องเดิน ใช้เนื้อกล้วยน้ำว้าห้ามทาน หรือใช้ กล้วยน้ำว้าดิบฝานเป็นแว่น ตากแห้งแล้วทาน

ตาราง 4 (ต่อ)

ชื่อสมุนไพร	สรรพคุณ	วิธีนำมารักษา
มะพร้าว	เปลือกมีรสฝาด ขม ใช้ห้ามเลือด แก้ปวด เลือดกำเดาออก โรคกระเพาะและแก้อาเจียน ถ่านจากกะลา แก้ท้องเสีย และดูดสารพิษต่างๆ น้ำมันที่ได้จากการเผากะลาใช้ทาบาดแผลและโรคผิวหนัง อุดฟันแก้ปวดฟัน เนื้อมะพร้าว ทานบำรุงกำลัง ขับพยาธิ น้ำมันจากเนื้อมะพร้าวใช้ทาแก้กลาก และบาดแผลที่เกิดจากความเย็นจัด หรือถูกความร้อน ใช้ผสมทาแก้โรคผิวหนังต่างๆ นอกจากที่ยังใช้เป็นอาหาร ทาแก้ผิวหนังแห้งแตกเป็นขุย และชนิดที่บริสุทธิ์มากๆ ใช้เป็นตัวทำลายในยาฉีดได้น้ำมันมะพร้าว รสขม หวานสุขุม ไม่มีพิษ แก้กระหาย ทำให้จิตใจชุ่มชื้น แก้พิษ อาเจียนเป็นเลือด ท้องเสีย บวมน้ำ ขับปัสสาวะ แก้ไข้ ในยามจำเป็น น้ำมันมะพร้าวอ่อนอายุประมาณ 7 เดือน อาจใช้ฉีดเข้าเส้นเลือด	มะพร้าวเก็บในช่วงผลแก่ และนำมาเคี้ยวเป็นน้ำมัน ทาแก้ปวดเมื่อยขัดคามเส้นเอ็น เจ็บกับยาที่มีรสฝาด รักษาบาดแผลได้ ใช้น้ำมันมะพร้าว มาปรุงเป็นยารักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก วิธีใช้ทำได้โดย การนำเอาน้ำมันมะพร้าว 1 ส่วน ใส่ภาชนะคนพร้อมๆ กับเติมน้ำปูนใส 1 ส่วน คนไปด้วยกันจนเข้ากันดี แล้วทาที่แผลบ่อยๆ

ตาราง 4 (ต่อ)

ชื่อสมุนไพร	สรรพคุณ	วิธีนำมารักษา
	แก้รศฝาด หวาน ไข้จับ ปัสสาวะ และแก้ท้องเสีย คัม น้ำอมแก้ปากเจ็บ เปลือกดิน เผา เป็นเถ้า ใช้น้ำแก้มืด และสีฟัน แก้ปวดฟัน สารสีน้ำตาล ไหล ออกมาแข็งตัวที่ได้ใบ ใช้ห้าม เลือด ได้ดี	
หนามแท่งเคี้ยว (ต้อง เอาต้นที่เกิดบนทาง เกวียนเท่านั้น)	ทุมกำเนิด	นำรากต้นหนามแท่งมาฝนใส่น้ำคั้น
น้อยหน่า, รากผักขม, รากหุนแป	แก้ฝี	นำทุกอย่างตำรวมกันแล้วไปทาบริเวณที่เป็นฝี

ที่มา : สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย อายุ 46 ปี ขึ้นไป วันที่ 19 ธันวาคม 2551

ประชาชนบ้านซาด ยังคงมีการรักษาโดยการเก็บสมุนไพรจากป่าคอนดัวมารักษา แต่
ปัจจุบันป่าคอนดัวได้ถูกตัดทำลายไป จึงทำให้สมุนไพรหลายชนิดหายาก ซึ่งป่าคอนดัว มี
ความสำคัญต่อวิถีชีวิตของชาวบ้านซาดตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ในด้านการดูแลสุขภาพให้หายจาก
การเจ็บป่วย ทั้งในเรื่องของปากท้อง ความเป็นอยู่ โดยอาศัยภูมิปัญญาในการบำบัดรักษา

หมอพื้นบ้านของบ้านซาด เป็นการดูแลสุขภาพที่มีมาแต่ในอดีต เกิดจากการเรียนรู้
ธรรมชาติ ลองผิดลองถูก และจดจำคำบอกเล่าสืบต่อกันมา ลักษณะการเรียนรู้ก็มีความแตกต่าง
กันไปตามสภาพแวดล้อมสภาพภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ
ต่างๆ เช่น สมุนไพร หมอธรรม หมอเป่า หมอพื้นบ้านของบ้านซาดเป็นกระบวนการที่เกิดจาก
การผสมผสานกันระหว่างปัจจัยต่างๆ เช่น สภาพภูมิศาสตร์และกระบวนการทางวัฒนธรรม

ถ่ายทอดในกลุ่มของหมู่บ้านชาด รุ่นสู่รุ่น ประกอบด้วยการป้องกันและการรักษาวิถีทาง
 ธรรมชาติ โสยศาสตร์และพุทธไสยศาสตร์ เป็นสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ มีการทำพิธีสู่ขวัญหรือเรียก
 ขวัญเพื่อสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิต ในพิธีชาวบ้านจำนวนมากจะเอามือแตะตัวอีกคนต่อๆ กัน
 เพื่อจะรวมกันส่งพลังให้จนถึงบุคคลหนึ่งที่พวกเขาช่วยกันเรียกขวัญกลับมาเป็นสัญลักษณ์ว่าชุมชน
 ระดมจิตใจมาช่วยส่งเสริมผู้เจ็บป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาหรือผู้ที่เขาต้องการให้เข้มขึ้น เช่น สู่ขวัญ
 เด็ก สู่ขวัญบ่าวสาว สู่ขวัญคนป่วย ชาวบ้านชาดในอดีตถึงปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วย
 นั้นเกิดจากสาเหตุต่างๆ มากมายหลายประการ เช่น เจ็บป่วยเพราะผีเข้า เพราะกินเหล้าเมายาเสพ
 ติด ผิดคำบนบานศาลกล่าว ความชรา ศกเศร้าเสียใจ กินอาหารแสลงขณะอยู่ไฟ ทานอาหารไม่
 เลือก ถูกข่าสังหรือถูกลองของ เป็นผีในท้องหรือวัณโรค ถูกทำร้ายร่างกาย มีโรคประจำตัว อากาศ
 เปลี่ยนแปลง คิดถึงคนรักที่อยู่ต่างแดน เกียจคร้าน ต้องการให้ถูกหลนเอาใจ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีวิธีการตรวจดูอาการในการตรวจวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยดังนี้ คู่มือและสีตา
 ผู้ป่วย จับดูขาจับดูแขน ดูบคลำในบริเวณที่เจ็บป่วย ดูความเย็นความร้อนของร่างกายผู้ป่วย ดู
 อาการหายใจของผู้ป่วย คู่มือไฟและสีป่านของผู้ป่วย คู่มือหน้าความแดงและความซีด หมอพื้นบ้าน
 ของบ้านชาด สามารถจำแนกตามลักษณะของการรักษาอันเนื่องมาจากสาเหตุของโรค แบ่งได้
 เป็น 3 ชนิด คือ

1. หมอที่รักษาผู้ป่วยอันเนื่องมาจากสาเหตุของโรคที่เป็น “ธรรมชาติ” หรือเนื่องมาจาก
 และความผิดปกติของธาตุทั้งสี่ ได้แก่

หมอยาฮากไม้ เป็นหมอที่ใช้วิธีการรักษาด้วยสมุนไพร แร่ธาตุบางชนิด และ
 เชื้อสัตว์ หรือส่วนต่างๆ ของสัตว์บางชนิด โรคส่วนใหญ่ที่รักษาได้แก่ โรคเลือด วิน (อาการปวด
 ศีรษะ วิงเวียน) และอาการผิดปกติของหญิงแม่ลูกอ่อนหลังอยู่ไฟ

หมอเป่า มีวิธีการรักษาด้วยการเป่าต่างๆ กันไป ส่วนประกอบที่ใช้และพบ
 บ่อย คือ ปูนกินหมาก เคี้ยวกระเทียมแล้วเป่า เคี้ยวหมากเป่า เคี้ยวใบไม้บางชนิดเป่า โรคที่รักษา
 ได้แก่ ถ้าเด็กปวดศีรษะ โรคผิวหนังบางชนิด(งูสวัด)การที่หมอเป่าจะรักษาหายหรือไม่หาย
 นั้น หมอเป่าเชื่อว่าเป็นเรื่องของการทำบุญร่วมกันมาในชาติก่อนของหมอกับผู้ป่วย

หมอน้ำมันต์ เป็นการรักษาโดยการทำน้ำมันต์และพรมไปตามส่วนที่บาดเจ็บ
 เช่น กระดูกเคลื่อน หัก อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น รถชน ตกต้นไม้ เป็นต้น

หมอเอ็น เป็นการรักษาโดยใช้หัวแม่มือ และนิ้วชี้ สำหรับ จับเอ็นที่เคลื่อนขยับออก
 หรือกระดูกเคลื่อน

2. หมอที่รักษาด้วยพิธีกรรม/สาเหตุของโรคเนื่องจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติ โรคเหนือธรรมชาติ ได้แก่ โรคเนื่องจากผีต่าง ๆ เจ้าที่ หรือการปฏิบัติคนที่ละเมิดฝ่าฝืนทำนองคลองธรรมของครอบครัว หรือ ชุมชน การรักษาจะต้องมีพิธีกรรม หมอเหล่านี้ ได้แก่

หมอพระ เป็นพระที่หน้าที่รักษาโรค ได้แก่ อาการปวดหัว ปวดท้อง อารมณ์เสีย บ่อย ๆ เป็นลมง่าย มีอาการชาตามตัว รักษาโดยการประพรมน้ำมันต์ หรืออาบน้ำมันต์ผูกแขนให้ และให้ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และให้สวดมนต์ก่อนนอน ผู้ป่วยที่มักเป็นผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาลแล้วหมอดตรวจโรคไม่พบ ซึ่งหมอพระเชื่อว่า อาการต่าง ๆ เหล่านี้ มีสาเหตุมาจากผีหรือ ผีเฮ็ด (ผีทำ) ปัจจุบันหมอพระมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ

หมอลำผีทรง (หมอลำผีฟ้า) ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงรักษาผู้ป่วยโดยการรำและมีเครื่องดนตรีพื้นบ้านคือแคนประกอบให้จังหวะ ส่วนประกอบสำคัญในพิธีกรรมคือ พาคายหรือ ถาดใส่แป้งกระป๋อง กระจกส่องหน้าเล็กๆ หรือน้ำมันใส่ผม หมอแคนเป่าเพลง วิธีการทำโดยหมอลำส่องกระจกและเจรจาได้ถามกับผี ในที่สุดผู้ป่วยลุกขึ้นเพื่อนแสดงว่าผีที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยพอใจ และผู้ป่วยจะหายจากการป่วย หมอลำชนิดนี้รักษาผู้ป่วยได้เพราะมีผีเข้ามาเทียบ เรียกชื่อตามผีนั่นๆ เช่น หมอลำผีทรง หมอลำผีฟ้า (ที่มาของผีทรงและผีฟ้าแตกต่างกัน หมอลำผีฟ้ามาจากที่สูงกว่าจากชั้น 9 แต่ผีทรงมาจากชั้น5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกหมอลำผีทรง (ผีฟ้า) เป็นการรักษาหลังสุด หลังจากที่หมอรักษาด้วยวิธีอื่นๆ แล้ว

หมอธรรม ส่วนใหญ่หมอธรรมจะเรียนวิชามาจากวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ขณะที่บวชเรียน บางครั้งหมอธรรมถูกเรียกว่าหมอมผี เนื่องจากหมอธรรมรักษาผู้ป่วยซึ่งมาจากการกระทำของผี เช่น ผีปอบ หมอธรรมรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีนั่งกรรม เพื่อหาสาเหตุว่า “ใคร” เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย เช่น โรค ผีต่าง ๆ หรือการละเมิดกฎเกณฑ์ของครอบครัว หรือชุมชน และจะดำเนินการรักษาไปตามสาเหตุนั้น ถ้าเป็นผีปอบ หมอธรรมมักจะใช้ไม้เท้าอันเล็กๆ หรือกาบกล้วยว่าคาถาแล้วตีไปที่ผู้ป่วยเพื่อไล่ให้ผีออก หรือใช้วิธีสวดกรรมในกรณีที่ผู้ป่วยถูกผี (ผีป่าผีเขื้อ) มากลั่นแกล้ง จบลงด้วยการสู่ขวัญ และอาบน้ำมันต์ให้ผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหายกับหมอธรรมจะเป็นลักษณะของ “ พ่อเลี้ยงกับลูกเลี้ยง ” ก็จะต้องระลึกถึงหมอธรรมอยู่เสมอ โดยเฉพาะวันพระจะต้องนำดอกไม้ธูปเทียนบูชาบวงสรวงที่บ้านของผู้ป่วย ส่วนวันเข้าพรรษาและวันออกพรรษาจะต้องไปแสดงมุทิตาจิตต่อหมอธรรม ผูกข้อมือเพื่อความสุขสวัสดิ์ ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์นี้อาจจะล้มป่วยเอง และชาวบ้านเรียกว่าป่วยเนื่องจาก “ ผิดของรักษา ” ในสายตาของชาวบ้านแล้วหมอธรรมอยู่ในฐานะสูงกว่าหมอลำผีฟ้า เพราะหมอธรรมใช้ธรรมรักษา ส่วนหมอลำผีทรงใช้ผีซึ่งอยู่ในฐานะต่ำกว่าธรรม

หมอพระ หรือหมอสู่วัณ หรือพาม (พราหมณ์) มีความรู้ทางโหราศาสตร์และคุณกษัยยามตลอดจนประกอบพิธีขึ้นบ้านใหม่ ทำพิธีก่อนลงเสาเอก เสาขวัญ เรียกว่าพรม ชาวบ้านเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยประการหนึ่งคือการทำขวัญหนีตึง (ขวัญหนีออกจากร่าง) การที่จะให้มีร่างกายสู่สภาวะปกติจึงต้องเรียกให้ขวัญกลับเข้ามาอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย การสู่วัณจึงเป็นการรักษา (Curative Medicine) การสู่วัณเพื่อให้ขวัญแข็งแรงและเบิกบานเป็นการป้องกัน (Preventive Medicine) ได้แก่ การสู่วัณต้อนรับผู้มาเยือน การสู่วัณแม่มาจน (หญิงมีครรภ์ก่อนคลอด) การสู่วัณนาค การสู่วัณพระก่อนเข้าพรรษา เป็นต้น เครื่องหมายที่แสดงว่าขวัญกลับเข้าอยู่ในร่างกาย คือการผูกแขนด้วยฝ้าย ตามตำนานที่ว่า “ผูกเบื้องซ้ายขวัญมา ผูกเบื้องขวาขวัญอยู่”

3. หมอตำแย หมอตำแยที่เป็นผู้หญิงและผู้ชายสามารถปฏิบัติงานได้แตกต่างกันคือหมอตำแยผู้หญิงจะทำหน้าที่เฉพาะการทำคลอด และการทำความสะอาดเด็กเท่านั้น ส่วนขั้นตอนต่อไปคือพิธีกรรมการเอาแม่ลูกอ่อนอยู่ไฟนั้นเป็นหน้าที่ของหมอเป่า หรือกรณีคลอดยากอาจต้องให้หมอเป่าทำน้ำมันดีให้หญิงมีครรภ์ดื่มเรียกว่าสะเคาะ แต่หมอตำแยผู้ชายสามารถทำได้ทุกขั้นตอนคือการทำคลอด การทำความสะอาดเด็ก จนกระทั่งถึงพิธีกรรมการเอาแม่ลูกอ่อนอยู่ไฟ

ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพชุมชน

ด้านอาหาร การดูแลสุขภาพของชาวบ้านชาติแต่เดิมนั้น โดยมากจะสัมพันธ์กับการใช้ชีวิตที่เป็นธรรมชาติ เรียบง่าย การทำมาหากินไม่ต้องคิดรนมาก โดยอาศัยแหล่งน้ำตามธรรมชาติคือหนองหัวหมู และหนองสระบัว รวมทั้งป่าคอนดิว เนื่องจากมีความอุดมสมบูรณ์มาก มีทั้งป่าสัตว์ป่าต่างๆ ชาวบ้านชาติประกอบอาหารเอง โดยการเข้าป่าคอนดิว ล่าสัตว์ และเก็บผักในป่ามาทำกิน ทั้งที่ปลูกไว้รับประทานและผักสมุนไพรที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น กระถิน ตำลึง ซึ่งไม่มีสารเคมี ไม่มีการใส่ผงชูรส ไม่ต้องทาน้ำตาล มีอะไรก็ทำกินตามที่มีอยู่ ชาวบ้านชาติในสมัยอดีตจะค้าข้าวกิน เข้าค้าประมาณ 5 กำมือ พอได้หุง (ข้าวเจ้า) นึ่งกิน (ข้าวเหนียว) ถ้าค่านานก็จะได้เมล็ดข้าวที่ขาวนุ่ม (ข้าวขัดขาวในปัจจุบัน) แต่ถ้าค้าไม่นานจะได้เมล็ดข้าวที่แข็ง (ข้าวกล้องในปัจจุบัน) การค้าข้าวให้ได้เมล็ดที่ขาวนุ่ม หรือแข็ง นั้น ขึ้นอยู่กับสภาพครอบครัวที่มีความสะดวกสบายเพียงใด

ปัจจุบันชาวบ้านชาติยังคงประกอบอาหารรับประทานเอง แต่วัสดุ อุปกรณ์ที่นำมาปรุงอาหาร ส่วนใหญ่จะซื้อมาจากตลาดสดเทศบาลตำบลพทุธิไสง เนื่องจากป่าคอนดิวที่เคยเป็นแหล่งอาหารกลายเป็นป่าที่แห้งแล้ง ไม่มีสัตว์ป่า ผัก และสมุนไพรที่มีอยู่ก็หายากมากเหลือเพียงเล็กน้อย ชาวบ้านจึงต้องจับจ่าย ใช้สอย เงินทอง ที่หามาจากการทำนา ขายข้าวได้เงินมาซื้อ เครื่องอุปโภค

บริโภค สิ่งสาธารณสุขบริโภค สิ่งเหล่านี้ คือ ปัญหาสำคัญที่ทางสาธารณสุข และชุมชน ต้องมีความตระหนักมากขึ้น เนื่องจากอาหารที่ซื้อมา มีทั้งสารพิษเจือปนอยู่ และ ความเข้าใจผิดในการบริโภคอาหารของชาวบ้าน ชาวบ้านขาดปัญหาสุขภาพมาโดยตลอด ไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคที่มาตามช่วงฤดูกาล และ โรคทางจิต คนเฒ่า คนแก่ ที่เคยมีภูมิปัญญาแต่เก่าก่อน ก็ได้แค่คิดถึงอดีต ว่าทำอย่างไร ทุกอย่างจะกลับมาเหมือนเดิม ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อม สิ่งแวดล้อม สุขภาพของชุมชน การแลกเปลี่ยนสิ่งของโดยไม่จำเป็นต้องแลกมาด้วยเงินตรา

ด้านการออกกำลังกาย ในอดีตการออกกำลังกายของชาวบ้านจะเป็นลักษณะการออกกำลังกายตามวิถีของชาวบ้าน โดยการเดินทางไปกลับนาของตนเอง การดำข้าว การเกี่ยวข้าว การนวดข้าว การหาบของ การออกไปเลี้ยงสัตว์ ตักน้ำใส่โอ่งทั้งตอนเช้าและตอนเย็น เนื่องจากชาวบ้านขาดไม่มีพาหนะ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ทุกอย่างต้องแลกมาด้วยกำลัง แรงกายทั้งสิ้น ตั้งแต่เช้าได้รับอากาศที่สดชื่นบริสุทธิ์ เพศชายจะจูงวัวควายหรือสัตว์เลี้ยงอื่นๆ ไปเลี้ยงที่กลางทุ่งนา โดยการปล่อยให้หากินตามธรรมชาติ จากนั้นก็ไปล่าสัตว์ที่ป่าดงหรือเก็บผัก เก็บเห็ด เก็บสมุนไพร นำกลับบ้านเพื่อจะไปทำเป็นอาหารหรือนำไปแลกข้าว แลกเกลือในหมู่บ้านใกล้เคียงหรือบางครั้งก็นำไปขาย ส่วนเพศหญิง ตื่นนอนแล้วหลังจากกิจกรรมส่วนตัวก็จะก่อไฟ หุงหาอาหารที่สามิหวัดดูดิบมาไว้ให้ ช่วงสาย ๆ จะห่อข้าวปลาอาหารด้วยใบกล้วยไปส่งให้สามีที่ทุ่งนา ผู้หญิงหรือแม่บ้านจะไม่มีหน้าที่อะไรมานอกจากทำงานครัว ทอผ้า ปลูกหม่อน เลี้ยงไหม เดินไปซักผ้าที่หนองน้ำห้วยหรือบริเวณสระบัว ก่อนกลับบ้านก็จะหาบน้ำกลับมาใช้ในครอบครัว ใช้ดื่ม ทำอาหารและอาบน้ำชำระล้างร่างกาย

ในหมู่บ้านขาดมีระบบน้ำประปา มีโรงสีข้าว มีรถเกี่ยวข้าว มีสิ่งอำนวยความสะดวกมากมาย ทำให้การใช้กิจกรรมทางกายต่างๆ ที่เคยทำในอดีตจึงลดน้อยลง เพศหญิงที่เคยทอผ้าก็หันมาซื้อเสื้อผ้าสวมใส่ ไม่ต้องปลูกหม่อน เลี้ยงไหม ชาวบ้านบางกลุ่มก็มีการออกกำลังกายกันบ้าง คือในช่วงปี พ.ศ.2549 มี อสม.ประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก แต่มีปัญหาว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถขยับร่างกายตามท่าทางต่าง ๆ ได้ทัน ทำให้ไม่ได้รับความสนใจจากชาวบ้านมากนักส่งผลให้ต้องเลิกกิจกรรมนี้ไป ชาวบ้านขาดจึงมีกิจกรรมการออกกำลังกายส่วนตัวเพียงเล็กน้อย ได้แก่ ทำงานบ้าน เกยวหญ้าให้วัว – ควาย

ด้านอารมณ์และความเครียด ชาวบ้านขาดในอดีตจะมีความเป็นอยู่แบบเครือญาติ คือ มีความสัมพันธ์เป็นแบบพี่น้อง แม้ไม่ได้ร่วมสายโลหิตก็ได้ร่วมสายวัฒนธรรมเป็นคนบ้านเดียวกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ชาวบ้านจะมีเวลาไปมาหาสู่กันเสมอ มีเวลาพูดคุยกัน รับประทานอาหารร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ใครมีสิ่งของอะไรหรือขาดเหลือสิ่งใดก็บอกกล่าวกัน นำมาแลกเปลี่ยนกัน หากใครจะสร้างบ้านเรือนก็ช่วยกันทำ หรือการทำนาก็มีการลงแขก

ช่วยเหลือเอาแรงกันไว้ การได้ทำกิจกรรมร่วมกันทำให้ความเครียดลดลงได้ มีวัดเป็นศูนย์กลางของการดำเนินชีวิตชุมชน เป็นที่พึ่งทางจิตใจ เป็นสถานที่ในอุดมคติแห่งความร่มเย็น ความสงบ สุข ประชาชนอยู่ร่วมกันอย่างถ้อยทีถ้อยอาศัย มีความสุขกันอย่างทั่วถึง ปัจจุบันสังคมบ้านซาคก็ได้รับอิทธิพลของความเจริญก้าวหน้าทางวัตถุอย่างรวดเร็ว สภาพวัตถุนิยมก็ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ที่ต้องแข่งขันกัน มีการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด จนหลงลืมวัฒนธรรมความเอื้ออาทรที่เคยมีให้เพื่อนบ้าน การดำเนินชีวิตมีความเครียดมากขึ้น เกิดมลพิษรอบด้าน ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของคนในชุมชนมีภูมิด้านทานน้อยลงไป

สาเหตุปัญหาสุขภาพของชุมชนปัจจุบัน

1. ชี้อากาศรับประทานเอง ทำให้ร่างกายได้รับสารพิษจากพืชผัก ผลไม้ ตกค้างในร่างกาย
2. เขวชนก่อความวุ่นวาย ทะเลาะวิวาท ไม่เข้าเรียนทำให้ผู้ปกครองและคนรอบข้างเกิดความวิตกกังวล
3. ขยะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเพราะประชากรเพิ่มขึ้น
4. ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
5. เกิดความเครียดเนื่องจากถูกบุกรุกที่สาธารณะ ชุมชนต้องการที่ดินทำการเกษตร
6. เกิดความเครียดเนื่องจากภัยแล้ง ปริมาณน้ำไม่เพียงพอ ขาดแหล่งน้ำในการทำนา
7. เกิดความเครียดเนื่องจากสิ่งแวดล้อมถูกทำลาย ป่าคอนคือขาดการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลายไปจำนวนมาก
8. เกิดความเครียด ราคาผลผลิตตกต่ำ ขายได้ราคาต่ำกว่าต้นทุน
9. น้ำท่วมขัง ฝนตกกระบายน้ำไม่ทันเพราะท่อน้ำอุดตัน
10. ชาวบ้านละเลยการปฏิบัติธรรม เพราะหันไปสนใจความบันเทิงและใช้สิ่งอำนวยความสะดวก
11. สถานศึกษาไม่ได้รับการพัฒนาเนื่องจากไม่มีงบประมาณ

สภาพทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

หมู่บ้านซาค มีทรัพยากรต่างๆ ดังนี้

1. ดิน สภาพดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย ดินจะชุ่มน้ำเก็บน้ำได้ดี ดินมีความอุดมสมบูรณ์ดี พื้นที่ดินด้านบนบางแห่งเป็นดินทรายและดินเกลือ
2. แหล่งน้ำ จากอดีตถึงปัจจุบัน หมู่บ้านซาคมีแหล่งน้ำธรรมชาติขนาดใหญ่ของหมู่บ้านคือ บ่อหนองหมู อยู่ทางทิศใต้ของหมู่บ้านและบ่อสระบัวอยู่ทางทิศตะวันตกของหมู่บ้าน

ประโยชน์ของแหล่งน้ำแห่งนี้ คือ ใช้น้ำอุปโภคบริโภค และทำการเกษตร จากนั้นปี พ.ศ. 2542 หมู่บ้านชาด ได้รับงบประมาณจัดสรรจากประมงจังหวัดบุรีรัมย์ ให้ขุดลอกบ่อสระบัว กว้าง 300 เมตร ยาว 500 เมตร ลึก 4 เมตร เพื่อทำเป็นน้ำประปาหมู่บ้าน ชาวบ้านได้ใช้ประโยชน์ในการอุปโภค บริโภค ปลูกผักสวนครัว

3 ป่าไม้ พื้นที่บริเวณที่ตั้งของหมู่บ้านชาด เป็นป่าที่สมบูรณ์ที่สุดในอำเภอพุทไธสง ซึ่งเรียกว่าป่าคอนตัว มีอาหาร ชารักษาโรค ชาวบ้านมีรายได้จากการเก็บของป่าขายจนถึงปัจจุบันนี้ พื้นที่ป่าคอนตัวทั้งหมดประมาณ 300 ไร่

4 สิ่งสาธารณูปโภคในชุมชน จากการศึกษาหมู่บ้านพบว่า หมู่บ้านชาดมีสิ่งสาธารณูปโภคซึ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพ และการประกอบอาชีพของสมาชิกในหมู่บ้าน ดังนี้

- 4.1 สระน้ำมีจำนวน 2 แห่ง คือบ่อน้ำประปาและบ่อน้ำหนองหัวหมู
- 4.2 ถังเก็บน้ำฝน (คสล.) จำนวน 5 แห่ง
- 4.3 ถนนเริ่มสร้างเมื่อปี พ.ศ. 2450 เป็นถนนลูกรัง เมื่อปี พ.ศ. 2547 ได้งบประมาณจากกรมโยธา ได้เริ่มทยอยสร้างเป็นถนนคอนกรีต ทำให้การคมนาคมระหว่างหมู่บ้านสะดวกยิ่งขึ้น
- 4.4 ไฟฟ้า เริ่มดำเนินการปี พ.ศ. 2529
- 4.5 หอกระจายข่าว มีจำนวน 1 แห่ง เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต.คำบลมะเฟือง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์
- 4.6 ศาลาอเนกประสงค์ มีจำนวน 1 แห่ง เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2549 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต.คำบลมะเฟือง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์
- 4.7 โทรศัพท์สาธารณะ มีจำนวน 2 แห่ง ดำเนินการในปี พ.ศ. 2549

เศรษฐกิจ

สภาพทางเศรษฐกิจของชุมชนบ้านชาด มีดังนี้

1 อาชีพ จากการสัมภาษณ์ นางสายคา อาจแสดง ได้เล่าถึงอาชีพในอดีตของคนบ้านชาด ว่า การประกอบอาชีพดั้งเดิมของชาวบ้านชาด คืออาชีพการเกษตร เช่น การทำนาข้าว เก็บของป่า ในป่า ถ้าสัตว์ในป่าคอนตัวไปขายในตลาดสดเทศบาลพุทไธสง ปลูกผักสวนครัวกินเอง หาปลา กบ ปู กุ้ง หอย ตามธรรมชาติ แล้วแต่ความสามารถของแต่ละคนจะหามาได้ ถ้าได้มาจำนวนมาก ก็จะแบ่งให้บ้านใกล้เคียงกินไป หรืออาจจะนำไปแลกเปลี่ยนเป็น พริก เกลือ แล้วแต่ครัวเรือน

ใดมีความจำเป็น หรือขาดบ้างก็ถนอมไว้กินนาน ๆ เช่น ปลาได้มาจำนวนมากก็จะทำปลาร้า ปลาตากแห้ง ปลาอย่างแห้ง

นางละไม กูดอุปฮาด ได้พูดเสริมว่า นอกจากการทำมาหากินแบบที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการเก็บสมุนไพรในป่าคอนตี้นำมาเก็บไว้เพื่อรักษาร่างกายของคนในครอบครัวเวลาเจ็บป่วย บางครั้งก็เก็บไปขายในตลาดสดเทศบาลทูโฮง

นางสุกัญญา แคนโฮง ได้พูดถึงสภาพในปัจจุบัน การดำเนินชีวิตด้วยอาชีพ ปลูกผักสวนครัวก็ยังมีบางครอบครัวยังคงทำอยู่ แต่ไม่ได้นำไปขายปลูกไว้เพื่อกินในครอบครัว รายได้จากอาชีพหลักของคนบ้านชาดในปัจจุบันจะมีรายได้มาจากการทำนา แต่ด้วยปัญหาภัยแล้ง ฝนตกไม่ถูกต้องตามฤดูกาล ทำให้ชาวบ้านชาดต้องประสบกับปัญหาเศรษฐกิจตามมา แต่บางปีได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐบาล คือ อบต. ตำบลมะเฟือง นำพันธุ์สัตว์น้ำ เช่น กบ ปลา มาให้เลี้ยง เพื่อเป็นอาชีพเสริม พอได้นำมาเลี้ยงปากท้องของคนในครอบครัวบ้าง แต่ก็ไม่สามารถจะช่วยอะไรได้มากนัก เพราะทุกอย่างก็ต้องซื้อมาด้วยเงิน หรือต้องส่งลูกเรียนหนังสือ ดังนั้น ผู้ชายหรือผู้นำครอบครัวจำเป็นต้องออกไปรับจ้างนอกบ้าน หรือต่างอำเภอบ้าง ต่างจังหวัดบ้าง บางครอบครัวก็เดินทางไปทำงานต่างประเทศ ทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น เกิดภาวะเครียดตามมา

ตาราง 5 การประกอบอาชีพของหมู่บ้านชาดในปัจจุบัน

อาชีพหลัก	จำนวนครัวเรือน	ร้อยละ
ทำนา	84	55.63
เลี้ยงสัตว์	28	18.54
รับจ้าง	38	25.17
รับราชการ	1	0.66
รวม		100

ที่มา ที่ทำการผู้ใหญ่บ้านชาด. 2551

จากตาราง 5 พบว่า ชาวบ้านชาดในปัจจุบันมีอาชีพทำนาเป็นส่วนใหญ่จำนวน 84 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 55.63 รองลงมามีอาชีพเลี้ยงสัตว์ จำนวน 28 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 18.54 อาชีพที่น้อยที่สุดคือรับราชการ จำนวน 1 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 0.66

บทสรุป

จากการได้ศึกษาบริบทชุมชนบ้านซาด ทำให้คณะผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลภาพรวมของชุมชน ในด้านประวัติความเป็นมาของหมู่บ้าน สภาพทางภูมิศาสตร์ ลักษณะภูมิอากาศ สภาพสังคม ประชากร การตั้งถิ่นฐานบ้านเรือน เส้นทางคมนาคม สภาพการศึกษา สภาพทางสาธารณสุข ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพสุขภาพ วัฒนธรรมและประเพณี ผู้นำชุมชน กิจกรรมในชุมชน ความสัมพันธ์ในชุมชน ระเบียบกฎเกณฑ์และธรรมเนียมปฏิบัติ ทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม สภาพทางเศรษฐกิจ ข้อมูลดังกล่าวจะนำไปสรุปและสังเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัย ได้อย่างชัดเจนน่าเชื่อถือ

การวิเคราะห์บริบทชุมชนบ้านซาด

วันที่ 26 ธันวาคม 2551 เวลา 19.00 น. ณ ห้องโถงบ้านผู้ใหญ่พจนารถ แกโรสง ผู้วิจัย และคณะได้เข้าไปในชุมชนเพื่อนำข้อสรุปบริบทชุมชนที่พิมพ์เรียบร้อยแล้วที่ได้จากการไป สัมภาษณ์และสนทนาในชุมชนเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม ไปให้คณะวิจัยเพื่อยืนยันข้อมูลบริบทชุมชนที่ ชัดเจน ดังความหมายชุมชนที่ ประเวศ วะสี (2539 : 34) ให้ความหมายชุมชน หมายถึง “คน จำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกันมีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความพยายามทำอะไรร่วมกัน มีการ เรียนรู้ร่วมกันในการกระทำซึ่งรวมถึงการติดต่อสื่อสารกัน” การศึกษาบริบทชุมชน หรือการศึกษา ชุมชน มีนักวิชาการได้ให้ข้อสังเกตการศึกษาชุมชนในหลายๆด้านมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้ ชัน วรรณะภุติ (2536 : 25) ได้ทำการศึกษาและอธิบายอย่างเป็นระบบว่า ชุมชนมีสภาพโดยรวมเป็น อย่างไร มีเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม รูปแบบการผลิตหรือการทำมาหากิน มีรูปแบบความสัมพันธ์ ระหว่างสมาชิกในชุมชนอย่างไร มีการจัดระเบียบสังคมอย่างไร โครงสร้างอำนาจในชุมชนเป็น อย่างไร องค์กรชาวบ้านมีอย่างไร มีปัจจัยหรือมีอิทธิพลจากภายนอก มาเกี่ยวข้องกับอย่างไร มีองค์ ความรู้ที่สะสม มีวิธีการ มีศักยภาพในการแก้ปัญหาอย่างไร ปัจจัยอะไรที่มีบทบาทสำคัญในการ กำหนดทิศทางและรูปแบบความสัมพันธ์ ถ้าสามารถเก็บรวบรวมได้ จะทำให้เข้าใจในการ เปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง อรพินท์ สทโชคชัย (2537 : 49) กล่าวไว้ว่า การศึกษาชุมชน คือ การที่นักพัฒนาต้องทำความเข้าใจข้อมูลสภาพหมู่บ้าน ลักษณะภูมิประเทศ ชาวบ้านกลุ่มต่าง ๆ ผู้นำ ความเชื่อ ศิลปวัฒนธรรม การเมืองระดับหมู่บ้าน ตลอดจนสภาพ ปัญหาต่าง ๆ ทั้งนี้ เพื่อเข้าใจชุมชนที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่อไป

ผู้วิจัย ได้ใช้แนวทางการหาบริบทชุมชนด้วยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ตามแนวทางของ นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 53 - 58) ที่กล่าวถึงหลักการสำคัญของเทคนิค AIC (Apprication Influence Control) 6 ประการ ดังนี้ 1. กระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัวในการมีส่วนร่วมพัฒนาหมู่บ้านของตนเอง โดยชี้ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบครบวงจร 2 การติดตามการดำเนินการ (ตามข้อ 1) กระทำโดยตัวแทนชาวบ้านกลุ่มต่างๆ ร่วมกันวางแผนอย่างจริงจังจึงทำให้มีประสพการณ์ในการค้นหาปัญหาของชุมชนและวางแผนแก้ไขปัญหาได้ดี 3. เน้นการวางแผนเป้าหมายการพัฒนาและการร่วมพลังเชิงสร้างสรรค์ 4. ให้ชาวบ้านรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการและมีพลังการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนา 5. ช่วยให้นักพัฒนาหรือวิทยากรกระบวนการจากภาครัฐที่เข้าร่วมงานได้มีโอกาสใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น 6. ใช้ระยะเวลา 2-3 วันในการจัดกิจกรรมทำให้ชุมชนได้นำข้อมูลที่มีอยู่แล้วมาใช้ได้และสะดวกในการใช้งาน จากหลักการดังกล่าว คณะผู้วิจัยจำนวน 11 คน ดังรายชื่อและบทบาทหน้าที่ ที่แต่ละคนกำหนดเองตามความสมัครใจ ดังนี้ 1. นายชิน มิ่งศุภย์ 2. นายสง่า พร้อมศรี สสำรวจพื้นที่ทั่วไป/แผนที่ 3. นางสุกัญญา แคนโรสง รับมิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 25-35 ปี 4. นางสุภาวรรณ ขุนทอง รับมิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 36-45 ปี 5.นางชาติ จำปาแสง รับมิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 46 ปี ขึ้นไป 6. นางพิชญากัก บุญมีป้อม ศึกษาเรื่องอาหาร/ออกกำลังกายวิถีชีวิตชาวบ้านชาด 7. นางสุบรรณ แคนโรสง ศึกษาเรื่องสิ่งแวดล้อมทั่วไป 8. นางคำพันธ์ ยอดรักษ์ ฝ่ายสนับสนุน 9. นางดอกอ้อย พร้อมศรี ฝ่ายประสานงาน 10. นางสมกิจ นามกลาง 11. นางบุญร่วม แคนโรสง ศึกษาบริบทชุมชน กระบวนการทำงานเริ่มเวลา 18.00 น. ณ ถานบ้านผู้ใหญ่พจนารถ แคนโรสง ผู้วิจัยใช้กระบวนการให้ทีมวิจัยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นตามบทบาทที่ทีมวิจัยเป็นผู้กำหนด และมีประชาชนผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรม 50 คน เพื่อหาข้อสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยยึดหลักการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ได้ข้อสรุปปัญหาสุขภาพของประชาชนบ้านชาด โดยจำแนกตามเพศและวัยได้ ดังนี้ ชาวบ้านชาดในอดีตถึงปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากสาเหตุต่างๆ หลายประการ เช่น เจ็บป่วยเพราะผีเข้า เพราะกินเหล้าเมายาเสพติด เพราะผัดค้ำบนบานศาลกล่าว ความขรา เพราะโสกเศร้าเสียใจ ทานอาหารแสดงขณะอยู่ไฟ ทานอาหารไม่เลือก ถูกยาสั่งหรือถูกหลงของ เป็นผีในท้องหรือวัณโรค ถูกทำร้ายร่างกาย มีโรคประจำตัว เกษจครัน อากาศเปลี่ยนแปลง คิดถึงคนรักที่อยู่ต่างแดน ต้องการให้ลูกหลานเอาใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีวิธีการตรวจดูอาการในการตรวจวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยดังนี้ คูสีผิวและสีตาผู้ป่วย จับดูขาจับดูแข้ง ดูบค้ำในบริเวณที่เจ็บป่วย ดูความเย็นความร้อนของร่างกายผู้ป่วย ดูอาการหายใจของผู้ป่วย คูสีไฟและสีปานของผู้ป่วย คูสีหน้าความแดงและความชื้นของผู้ป่วย หมอพื้นบ้านของบ้านชาด สามารถจำแนกตามลักษณะของการรักษาอันเนื่องมาจากสาเหตุของโรค

สภาพปัญหาของบ้านขาด

สภาพปัญหาชุมชนจากการสัมภาษณ์ชาวบ้าน แบ่งเป็นกลุ่มอายุและเพศดังนี้

1. กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี จำนวน 13 คน ชาย 2 คน หญิง 11 คน พูดถึงสภาพปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยอาศัยทุนเดิมจากวิถีชีวิตที่เป็นอยู่รักษาสุขภาพตนเอง และร่วมกันคิดหารูปแบบในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 6 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศชาย จำนวน 2 คน

ปัญหา	ทุนเดิมในการดูแล	สิ่งที่เป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรม
1. ขาดความอบอุ่นในครอบครัว เช่น ไม่ได้อยู่กับครอบครัวต้องออกไปทำงานรับจ้างต่างถิ่น ทำให้เกิดความไม่เข้าใจ ไม่ไว้ใจกัน	ปรับตัว ปรับใจ ให้เข้าใจกับปัญหา พยายามเข้าใจวัยรุ่น	สร้างการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ โดยจัดกิจกรรมร่วมกัน ดังนี้ - มองโลกแง่ดี - รู้สึกดีต่อตนเอง
2. ปัญหาเศรษฐกิจ ใช้ชีวิตแต่ละวันต้องอาศัย “เงิน” คือหลักสำคัญในการดำเนินชีวิต ในแต่ละวันต้องหาเงินซื้ออาหาร, จ่ายค่าน้ำค่าไฟ ค่าน้ำมันรถ	ประหยัด ใช้ชีวิตแบบพอเพียง	- เข้าใจอารมณ์ - ชีวิตเพียงพอกับความสุขแบบพอเพียง โดย อาศัยการดำเนินชีวิตแบบวิถีชุมชนบ้านขาดซึ่งมีการเชิญวิทยากรมาเข้าร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน มีการประเมิน
3. ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตัวเอง ต้องเช่า	อาศัยพื้นที่ ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด	ความเครียดทั้งก่อนและหลังการประเมิน

ตาราง 7 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศหญิง จำนวน 11 คน

ปัญหา	ทุนเดิมในการดูแล	สิ่งที่เป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรม
1. ขาดความอบอุ่นในครอบครัว เช่น พ่อดื่มเหล้า – สูบบุหรี่ทุกวัน หรือ พ่อต้องไปทำงานในเมือง ไม่ได้อยู่กับครอบครัว เกิดความห่างเหินขาดที่พึ่ง แม่ก็ชราไม่มีเรี่ยวแรง	ปรับตัว ปรับใจ ให้เข้าใจกับปัญหา พยายามเข้าใจวัยรุ่น	สร้างการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ โดยจัดกิจกรรมร่วมกัน ดังนี้ - มองโลกแง่ดี - รู้สึกดีต่อตนเอง - เข้าใจอารมณ์ - ชีวิตเพียงพอกับความสุข
2. ปัญหาเศรษฐกิจ รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย มีรายได้จากการทำไร่ ทำนาเป็นรายปี แต่มีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเป็นรายวัน เป็นรายเดือน	ประหยัด ใช้ชีวิตแบบพอเพียง	แบบพอเพียง โดย อาศัยการดำเนินชีวิตแบบวิถีชุมชนบ้านชาดซึ่งมีการเชิญวิทยากรมาเข้าร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน มีการประเมินความเครียดทั้งก่อนและหลังการประเมิน
3. ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง	อาศัยพื้นที่ ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด	

1. กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี จำนวน 19 คน ชาย 6 คน หญิง 13 คน พุคถึงสภาพปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอาศัยทุนเดิมจากวิถีชีวิตที่เป็นอยู่รักษาสุขภาพตนเองมาได้อย่างไร และร่วมกันคิดหารูปแบบในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 8 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศชาย 6 คน

ปัญหาสุขภาพ	ทุนเดิมในการดูแลสุขภาพ	สิ่งที่เป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรม
1. มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ นอนไม่ค่อยหลับหรือหลับไม่สนิท	ดูแลตนเองตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.	มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ จัดกิจกรรมร่วมกันเรื่อง ชีวิตพอเพียงกับความสุขภาพ
2. มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ นอนไม่ค่อยหลับหรือหลับไม่สนิท	อะไรไม่จำเป็นก็ไม่ซื้อ สิ่งใดหาได้จากธรรมชาติได้ก็หามาเพื่อเลี่ยงปากท้อง	เพียงพอ เรื่องเงินทองกับความ สุข, คุยกันอย่างเข้าใจ, การมีส่วนร่วมในชุมชน จัดกลุ่มให้คำปรึกษาตนเอง
3. มีปัญหาในครอบครัว เช่น ลูกไม่อยู่บ้าน ไม่เรียนหนังสือ แม่บ้านไม่มีงานทำ ตนเองต้องไปทำงานหารายได้ต่างถิ่น ต้องอยู่ห่างไกลครอบครัวทำให้เกิดความเหงาเป็นบางครั้ง	ปล่อยตามใจ ไม่สนใจ เคี้ยวคนเดียว ทำใจ ไปวัด หากิจกรรมทำ ปลูกผัก เลี้ยงกบ เลี้ยงไก่ ไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมในกลุ่มต่าง ๆ ที่หมู่บ้าน จัดตั้งขึ้น ทำงานรับจ้างทั่วไป	ภายในหมู่บ้าน ช่วยเหลือกันเองในหมู่บ้าน ประเมินก่อนและหลังทำกิจกรรม มีวิทยากรให้คำแนะนำ

ตาราง 9 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศหญิง 13 คน

ปัญหาสุขภาพ	ทุนเดิมในการดูแลสุขภาพ	สิ่งที่เป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรม
1. มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ จุกเสียดปวดท้อง ปวดขัด ปวดเบา ปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่ค่อยหลับหรือหลับไม่สนิท	ดูแลตนเองตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.	มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ จัดกิจกรรมร่วมกันเรื่อง ชีวิตพอเพียงกับความสุขภาพเพียงพอ เรื่องเงินทองกับความ สุข , คุยกันอย่างเข้าใจ, การมีส่วนร่วมในชุมชน จัดกลุ่มให้คำปรึกษาตนเอง
2. รายได้ไม่พอกับรายจ่าย มีลูกหลายคน ทำให้เกิดอาการเครียด	อะไรไม่จำเป็นก็ไม่ซื้อ ตั้งใจ ไหนหามาตามธรรมชาติได้ก็หามาเพื่อเลี้ยงปากท้อง	ภายในหมู่บ้าน ช่วยเหลือกันเองในหมู่บ้าน ประเมินก่อนและหลังทำกิจกรรม มีวิทยากรให้คำแนะนำ
3. มีปัญหาในครอบครัว เช่น สามัคคีแตก – สับสนหรือ ลูกไม่อยู่บ้าน ไม่เรียนหนังสือ หัวหน้าครอบครัวหรือเสาหลักของบ้าน ไปทำงานหารายได้ต่างถิ่นต้องอยู่ห่างไกล ครอบครัวทำให้เกิดมาก เกิดความกังวล เกิดความเหงา จนกลายเป็นความเครียดในบางครั้ง	ปล่อยตามใจ ไม่สนใจ เคี้ยวคนเดียว ทำใจ ไปวัด ทำกิจกรรม ทำ ปุ๋ยคอก เลี้ยงกบ เลี้ยงไก่ ไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมในกลุ่มต่าง ๆ ที่หมู่บ้าน จัดตั้งขึ้น ทำงานรับจ้างทั่วไป	

3. กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป จำนวน 23 คน ชาย 8 คน หญิง 25 คน พูดถึงสภาพปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยอาศัยทุนเดิมจากวิถีชีวิตที่เป็นอยู่รักษาสุขภาพตนเองมาได้อย่างไร และร่วมกันคิดหารูปแบบในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 10 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป เพศชาย จำนวน 8 คน

ปัญหาสุขภาพ	ทุนเดิมในการดูแลสุขภาพ	สิ่งที่เป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรม
1. มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ทานข้าวไม่อร่อย นอนไม่หลับ	ใช้สมุนไพร น้ำมันดีเป่า หมอธรรมชาติ	มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ จัดกิจกรรมร่วมกัน เรื่อง ชีวิตพอเพียงกับ
2. อยู่โดดเดี่ยว คนในครอบครัวแยกย้ายไปมีครอบครัวตนเอง หรือไปทำงานต่างถิ่น	แต่ก่อนจะอยู่แบบครอบครัวใหญ่ ไม่มีใครไปไหน คำมาก็อยู่บ้าน ถึงจะมีลูกหลายคนก็ไม่ลำบาก พี่เลี้ยงน้อง พี่คนค่อมก็เลี้ยงน้องคนเล็กลงมาเรื่อยๆ พอโตขึ้นมาก็สามารถช่วยงานพ่อแม่ได้ ไม่ไปทำงานที่อื่น ช่วยกันทำนา เลี้ยงเป็ด ไก่ ปลูกผัก อยู่กันตามมีตามเกิด ขาดเหลือสิ่งใดก็ไปขอเพื่อนบ้าน ขอญาติบ้าง	ความสุขแบบเพียงพอ เรื่องเงินทองกับความสุข , คุยกันอย่างเข้าใจ, การมีส่วนร่วมในชุมชนประเพณีก่อนและหลังทำกิจกรรม มีวิทยากรให้คำแนะนำ มีกลุ่มให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน พบปะพูดคุยกัน
3. ยาสมุนไพรที่เคยกินได้หายเร็วก็ถูกห้ามไม่ให้กิน เพราะถูกหลานกลัวมีเชื้อโรค	ไม่สบายจะใช้ยาสมุนไพรรักษามีหมอธรรมชาติ หรือใช้น้ำมันดีสมุนไพรหาง่าย เดินไปที่ป่าคอนดิวไม่ถึง 30 นาที ก็ได้ยา	
4. รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย เพราะทุกอย่างต้องซื้อ	สมัยก่อนไม่ต้องซื้อ ได้ใครมีสิ่งของอะไรก็นำไปแลกเปลี่ยน	

ตาราง 11 สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป เพศหญิง จำนวน 25 คน

ปัญหาสุขภาพ	ทุนเดิมในการดูแลสุขภาพ	สิ่งที่เป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรม
1. มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ทานข้าวไม่อร่อย นอนไม่หลับ	ใช้สมุนไพร น้ำมันคัปป่า หมอธรรมชาติ	มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ จัดกิจกรรมร่วมกันเรื่อง ชีวิตพอเพียงกับ
2. อยู่โดดเดี่ยว คนในครอบครัวแยกย้ายไปมีครอบครัวตนเอง หรือไปทำงานต่างถิ่น	แต่ก่อนจะอยู่แบบครอบครัวใหญ่ ไม่มีใครไปไหน คำมาก็อยู่บ้าน ถึงจะมีลูกหลายคนก็ไม่ลำบาก ที่เลี้ยงน้อง ที่คนต่อมาก็เลี้ยงน้องคนเล็กลงมาเรื่อยๆ พอโตขึ้นมาก็สามารถช่วยงานพ่อแม่ได้ ช่วยกันทำนา เลี้ยงเป็ด ไก่ ปลุกผัก อยู่กันตามมีตามเกิด ขาดเหลือสิ่งใดก็ไปขออนุญาตที่นั้งบ้าง	ความสุขแบบเพียงพอ เรื่องเงินทองกับความสุข , คุยกันอย่างเข้าใจ, การมีส่วนร่วมในชุมชนประเพณีก่อนและหลังทำกิจกรรม มีวิทยากรให้คำแนะนำ มีกลุ่มให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน พบปะพูดคุยกัน
3. ยาสมุนไพรที่เคยกินได้หายเร็วก็ถูกห้ามไม่ให้กิน เพราะถูกหลานกั้วมีเชื้อโรค	ไม่สบายจะใช้ยาสมุนไพรรักษามีหมอธรรมชาติ หรือใช้น้ำมันคัสมุนไพรหาง่าย เดินไปที่ป่าคอนตัวไม่ถึง 30 นาที ก็ได้ยา	
4. รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย เพราะทุกอย่างต้องซื้อของกินขที่มีประโยชน์ตามหมอแนะนำก็ไม่ได้ซื้อเพราะไม่มีเงิน	สมัยก่อนไม่ต้องซื้อ ไม่มีเงินก็อยู่ได้ใครมีสิ่งของอะไรก็นำไปแลกเปลี่ยนกับเพื่อนบ้านได้	
5. เกิดความเครียดจากสภาพร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยทอง	ไม่สบายใจ เมื่อเลือกลมไม่ปกติ คิดมากกับทุกเรื่องรอบตัว	

ตาราง 12 แนวทางในการพัฒนาชุมชนบ้านซาด โดยนำจุดเด่น/จุดแข็ง มาวิเคราะห์

จุดเด่น/จุดแข็ง	แนวทางการพัฒนาเพื่อให้เกิดรายได้แก่ชุมชน
1. มีป่าคอนควัว	1. เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีต้นไม้านานาชนิด รวมทั้งสัตว์ป่า ช้าง สมุนไพร ยารักษาโรค เป็นแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่สมบูรณ์ที่สุดในอำเภอพุทไธสง
2. มีโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งฟาร์มตัวอย่าง	2. เป็นแหล่งเรียนรู้ทางด้านการเกษตรของตำบล
3. เป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจชุมชน	3. เป็นการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายของชุมชน
4. เป็นหมู่บ้านปลอดภัยสาเสพติด	4. ทำให้ชุมชนน่าอยู่ มีความสุข รักใคร่กันดี

บทสรุปการวิเคราะห์ชุมชนบ้านซาด

จากบริบทชุมชนบ้านซาด คณะวิจัยได้ข้อสรุปว่า สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศชาย จำนวน 2 คน ขาดความอบอุ่นในครอบครัว เช่น ไม่ได้อยู่กับครอบครัวต้องออกไปทำงานรับจ้างต่างถิ่น ทำให้เกิดความไม่เข้าใจ ไม่ไว้ใจกัน ปัญหาเศรษฐกิจ การใช้ชีวิตแต่ละวันต้องอาศัยเงินเป็นหลักสำคัญในการดำเนินชีวิต ต้องหาเงินซื้ออาหาร, จ่ายค่าน้ำค่าไฟ ค่าน้ำมันรถ ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตัวเอง สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศหญิง จำนวน 11 คน ขาดความอบอุ่นในครอบครัว เช่น พ่อดื่มเหล้า สูบบุหรี่ทุกวัน หรือพ่อต้องไปทำงานในเมือง ไม่ได้อยู่กับครอบครัว เกิดความห่างเหินขาดที่พึ่ง แม่ก็ชราไม่มีเรี่ยวแรง ปัญหาเศรษฐกิจรายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย มีรายได้จากการทำไร่ ทำนาเป็นรายปีแค่มีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเป็นรายวันเป็นรายเดือน ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศชาย 6 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ นอนไม่ค่อยหลับหรือหลับไม่สนิท มีปัญหาในครอบครัว เช่น ลูกไม่อยู่บ้าน ไม่เรียนหนังสือ แม่บ้านไม่มีงานทำ ตนเองต้องไปทำงานหารายได้ต่างถิ่นต้องอยู่ห่างไกลครอบครัวทำให้เกิดความเหงาเป็นบางครั้งสภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศหญิง 13 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ จุกเสียด ปวดท้อง ปวดขัด ปวดบ่า ปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่ค่อยหลับ รายได้ไม่พอกับรายจ่าย มีลูกหลายคน ทำให้เกิดอาการเครียดมีปัญหในครอบครัว เช่น สามีดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ลูกไม่อยู่บ้าน ไม่เรียนหนังสือ หัวหน้าครอบครัวหรือเสาหลักของบ้าน ไปทำงานหารายได้ต่างถิ่นต้องอยู่ห่างไกลครอบครัวทำให้

คิดมาก เกิดความกังวล จนกลายเป็นความเครียดในบางครั้ง สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป เพศชาย จำนวน 8 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ทานข้าวไม่อร่อย นอนไม่หลับ อยู่โดดเดี่ยว คนในครอบครัวแยกย้ายไปมีครอบครัวตนเอง หรือไปทำงานต่างถิ่น ยาสมุนไพรที่เคยกินได้หายเร็วก็ถูกห้ามไม่ให้นำมากิน เพราะถูกหลานกั้วมีเชื้อโรค รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย เพราะทุกอย่างต้องซื้อ สภาพปัญหาสุขภาพ กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป เพศหญิง จำนวน 25 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ทานข้าวไม่อร่อย นอนไม่หลับ อยู่โดดเดี่ยว คนในครอบครัวแยกย้ายไปมีครอบครัวตนเอง หรือไปทำงานต่างถิ่น ยาสมุนไพรที่เคยกินได้หายเร็วก็ถูกห้ามไม่ให้นำมากิน เพราะถูกหลานกั้วมีเชื้อโรค รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย เพราะทุกอย่างต้องซื้อ เกิดความเครียดจากสภาพร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยทอง จากข้อสรุปดังกล่าวจะนำไปเป็นแนวทางการสร้างสุขภาพเพื่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนบ้านหาดคิงรายงานการวิจัยในบทต่อไป

บทที่ 5

กระบวนการทำวิจัย

กระบวนการทำงานของคณะวิจัย

การสร้างทีมวิจัย ผู้วิจัยได้เข้าไปในชุมชนเพื่อพบผู้นำชุมชนที่เป็นบุคคลสำคัญหลักของโครงการ คือ ผู้ใหญ่บ้าน (ผู้ใหญ่พจนารถ แคะโฮสง) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกโฮสง (คุณศรีเพ็ญจิตโฮสง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานคลินิกพิเศษ และคุณนันทธร กิจโฮสง เจ้าพนักงานส่งเสริมสุขภาพ 4 องค์การบริหารส่วนตำบลละเพียง เพื่อขอคำปรึกษาและขอข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขชุมชน ท่านทั้งสามให้การต้อนรับเป็นอย่างดี และยินดีเป็นที่ปรึกษาโครงการ ทั้งยังให้คำแนะนำบุคคลเป้าหมายในการวิจัยและชี้แนะความเป็นไปได้ของการทำงานร่วมกับชุมชน

จากคำแนะนำของที่ปรึกษาโครงการ ผู้วิจัยได้เข้าไปในชุมชนเพื่อพบกับ อสม. และบุคคลที่สนใจด้านสาธารณสุขชุมชนจากการแนะนำของผู้ใหญ่บ้าน ได้ผู้สนใจจำนวน 35 คน ผู้วิจัยได้แจ้งรายละเอียดโครงการให้ฟัง จากนั้นมีผู้สนใจเป็นคณะวิจัย 11 คน ดังรายชื่อและบทบาทหน้าที่ ที่แต่ละคนกำหนดเองตามความสมัครใจ ดังนี้

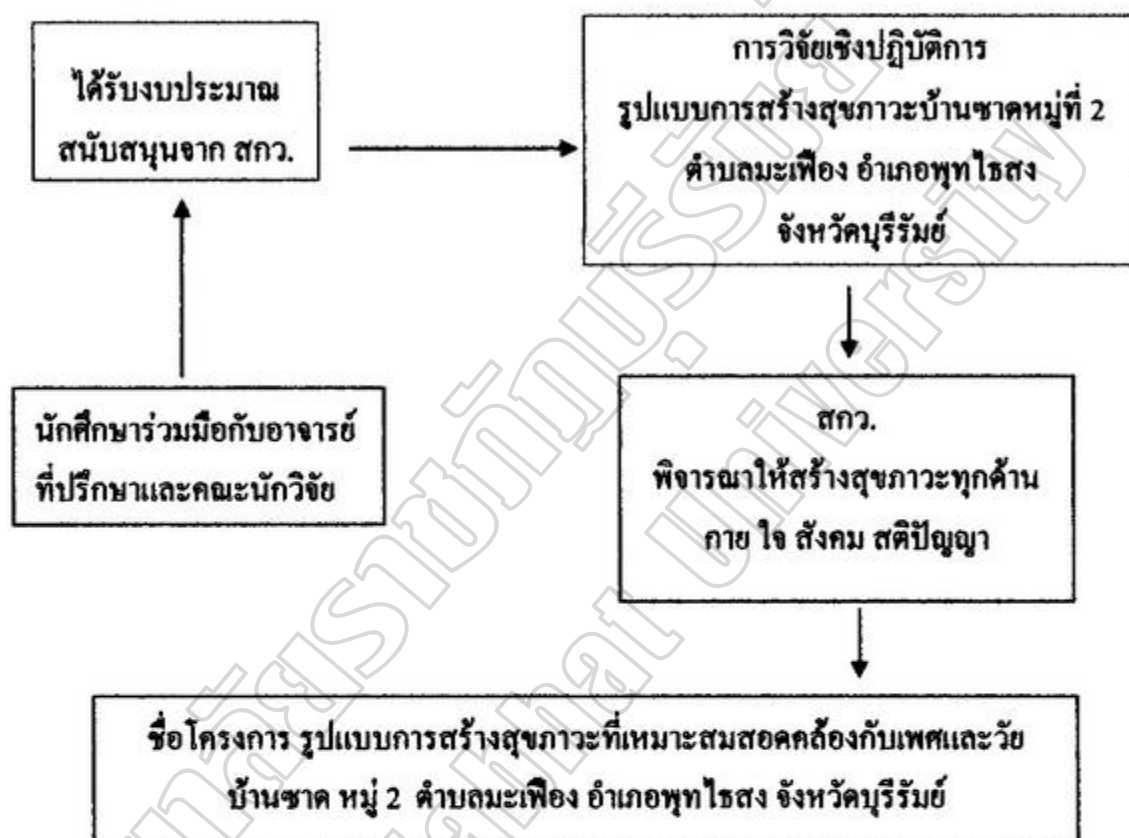
1. นายชิน	มิ่งศูนย์	สำรวจพื้นที่ทั่วไป/แผนที่
2. นายสง่า	พร้อมศรี	สำรวจพื้นที่ทั่วไป/แผนที่
3. นางสุกัญญา	แคโฮสง	รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 25-35 ปี
4. นางสุภาวรรณ	ขุนทอง	รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 36-45 ปี
5. นางชาติ	จำปาแสง	รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 46 ปีขึ้นไป
6. นางพิชญากัก	บุญมีป้อม	ศึกษาเรื่องอาหาร/ออกกำลังกายตามวิถีชีวิตชาวบ้านชาด
7. นางสุบรรณ	แก่นโฮสง	ศึกษาเรื่องสิ่งแวดล้อมทั่วไป
8. นางคำพันธ์	ชอดรักษ์	สนับสนุน/ช่วยเหลือ/ประสานงาน
9. นางคอก้อย	พร้อมศรี	สนับสนุน/ประสานงาน
10. นางสมกิจ	นามกลาง	ศึกษาริบทชุมชน
11. นางบุญร่วม	แคโฮสง	ศึกษาริบทชุมชน

กระบวนการปฏิบัติงานของคณะวิจัย มีผู้ใหญ่ทองนารอด แคนไซตง เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อมูลเพิ่มเติม เริ่มจากกำหนดการประชุมเพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทำงานอย่างแท้จริง และให้ทุกคนได้แสดงความสามารถในการแสดงความคิดเห็น โดยมีการปรึกษาหารือในคณะทำงานว่าจะเริ่มงานจากสิ่งใดก่อน และแต่ละเรื่องจะมอบหมายใครรับผิดชอบ มีกระบวนการทำงานอย่างไร แต่ละกิจกรรมมีองค์ประกอบอย่างไร เมื่อได้ข้อตกลงเป็นแนวทางแล้ว คณะทำงานเริ่มจากประเด็น

การค้นหาโจทย์ โดยชาวบ้านชาดมีส่วนร่วมในการค้นหา ผู้ใหญ่ทองนารอด แคนไซตง ยินดีให้นักวิจัยเข้าไปทำงานในหมู่บ้าน และให้ข้อมูลการพบชาวบ้านว่าช่วงเวลาที่เหมาะสมมีเฉพาะช่วงบ่ายเท่านั้น เนื่องจากช่วงเช้าชาวบ้านต้องนำวัวควายไปเลี้ยงกลางทุ่งหญ้า บางส่วนก็ไปทำไร่ทำนา ไปค้าขาย ส่วนช่วงเย็น ชาวบ้านต้องหุงหาอาหาร นำวัว ควายกลับเข้าคอก วันที่ 19 ธันวาคม 2551 คณะวิจัย เข้าไปประชุมในหมู่บ้านชาดเพื่อค้นหาโจทย์ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 55 คน ณ สถานที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน เวลา 13.00 – 16.00 น. โดยเริ่มจากแนะนำอาจารย์ที่ปรึกษา แนะนำคณะวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและสอบถามเชิงเสวนาปัญหาด้านสุขภาพทั่วไปในหมู่บ้าน ทั้งนี้หัวหน้าโครงการวิจัยปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลพุทธไรตง เพื่อให้มีประโยชน์หลายทางจึงได้พูดคุย แนะนำถึงเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพในสถานการณ์ต่างๆ และได้แลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ สอบถามปัญหาสุขภาพของชาวบ้านว่าเป็นอย่างไรบ้าง ภูมิปัญญาดั้งเดิมเป็นอย่างไร ตลอดจน สิ่งใดที่ชาวบ้านมีความต้องการจะร่วมศึกษาค้นหา

เวลาประมาณ 15.00 น. จึงได้ข้อสรุปว่า บ้านชาด มีปัญหาสุขภาพเกิดจากภาวะความเครียดเนื่องจากปัญหาถูกหลาน ไม่เข้าใจกัน ทะเลาะกัน หาเงินมาไม่ทันใช้ ข้าวของมีราคาแพง ในอดีตกลับจากทำไร่ ทำนา เลี้ยงวัวควาย พอมถึงบ้านคนในครอบครัวจะอยู่กันพร้อมหน้าพร้อมตา แม้ก็หุงหาอาหาร ส่วนพ่ออาจจะสานตะกร้า สานเครื่องใช้ภายในบ้าน ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ในบ้านลูกก็เล่นด้วยกันไป ลูกคนโตสามารถช่วยตัวเองได้แล้วก็จะเลี้ยงน้องช่วยแม่ ทำให้มีครอบครัวมีความใกล้ชิดกัน มีความอบอุ่น ส่วนครอบครัวที่อยู่บ้านใกล้เคียงหากเกิดการเจ็บป่วย เพื่อนบ้านก็จะเรียกกันไปดูแลให้ความช่วยเหลือ ใครมีอะไรก็นำมารักษากันไปช่วยเหลือเกื้อกูลกันโดยไม่ต้องใช้เงิน ดังนั้น คณะวิจัยและกลุ่มเป้าหมายจึงต้องการค้นหารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับ อายุและเพศ โดยอาศัยวิถีชีวิตของหมู่บ้านชาด นักวิจัยจึงได้ดำเนินโครงการ “รูปแบบการสร้างสุขภาพที่สอดคล้องเหมาะสมกับเพศและวัยของคนบ้านชาด ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทธไรตง จังหวัดบุรีรัมย์” เมื่อได้ข้อตกลงร่วมกันว่าจะทำการวิจัยเรื่องดังกล่าวนี้ นักวิจัย จึงได้นำคณาจารย์ชาวบ้านในครั้งต่อไป เพื่อประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ และ ทบทวน โครงการวิจัยฯ อีกครั้ง ดังภาพประกอบ 1

กระบวนการพัฒนาโครงการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กระบวนการพัฒนาโครงการวิจัย

กระบวนการพัฒนาโครงการวิจัย มีทั้งชุมชนบ้านขาดและหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สกว. มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ โรงพยาบาลพุทธโธสง องค์การบริหารส่วนตำบลมะเฟือง ซึ่งได้นำชื่อโครงการวิจัยมาพิจารณาหาแนวทางการทำงานร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องต่อไป

กระบวนการศึกษาข้อมูล

กระบวนการศึกษาข้อมูล จากการประชุมระดมสมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยสรุปว่าจะใช้กิจกรรมต่างๆ เป็นสื่อในการศึกษาข้อมูล เน้นการเคลื่อนไหว โดยใช้กระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นการวิจัยที่ประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ ที่นำไปสู่การค้นหาแนวทางเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวชนบทให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน คุณค่าสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ นักวิจัยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะนำไปสู่การทดลองเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะร่วมคิดร่วมกันปัญหาที่ต้องการแก้ไขในชุมชนกับชาวบ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่จะได้ประโยชน์ (Stakeholders) จากการแก้ไขปัญหา และ รวมทั้งคนที่คาดว่าจะเสียผลประโยชน์จากการแก้ไขปัญหานั้น นั่นคือนักวิจัยและชาวบ้านต่างตัดสินใจร่วมกันว่าในการค้นหาคำถามวิจัยหรือโจทย์วิจัย โดยอาจมีหลายโจทย์ หลายคำถาม ให้นำมาเรียงลำดับความสำคัญว่า โจทย์ใดสำคัญที่สุด และคิดว่าจะสามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลาที่ไม่ยาวนาน โดยทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาวิธีการตอบ โจทย์และแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งต้องวางแผนในการทำงานร่วมกันในทุกกระบวนการ ที่เรียกว่าการวิจัยเพราะเป็นกระบวนการค้นหาวิธีการที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหานั้น ๆ เป็นการคิด วิเคราะห์ให้เห็นและตรวจสอบอย่างเป็นระบบที่เรียกว่า เชิงปฏิบัติการ เพราะจะมีการลงมือปฏิบัติจริง มีการกระทำจริง ๆ ในลักษณะทดลองว่าวิธีการใดใช้ได้ดีที่สุด ที่เรียกว่า แบบมีส่วนร่วม คือให้ทุกคนในชุมชนที่คาดว่าจะเป็นผู้ได้ประโยชน์และเสียประโยชน์จากกิจกรรมนั้นมาร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ร่วมกันดำเนินงาน ดังนั้นวิธีการที่ดีที่สุดคือเป็นวิธีการที่ทุกคนพอใจ โดยมีนักวิชาการเป็นผู้สนับสนุนทางด้านเนื้อหา ความรู้ อุปกรณ์ งบประมาณ และเทคนิควิธี ฯลฯ

กระบวนการวางแผนมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control) หรือ AIC. นรินทรชัย พัฒนพงศา (2547 : 53 - 58) กล่าวถึง หลักการสำคัญของเทคนิค AIC. มี 6 ประการ ดังนี้

1. กระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัวในการมีส่วนร่วมพัฒนาหมู่บ้านของตนเอง โดยชี้ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบครบวงจร
2. การติดตามการดำเนินการ (ตามข้อ 1) กระทำโดยตัวแทนชาวบ้านกลุ่มต่างๆ ร่วมกันวางแผนอย่างจริงจังจึงทำให้มีประสพการณ์ในการค้นหาปัญหาของชุมชนและวางแผนแก้ไขปัญหาได้ดี
3. เน้นการวางแผนเป้าหมายการพัฒนา และการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์
4. ให้ชาวบ้านรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการและมีพลังการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนา
5. ช่วยให้นักพัฒนา หรือวิทยากรกระบวนการจากภาครัฐที่เข้ามาร่วมงานได้มีโอกาสใกล้ชิดประชาชนมากขึ้น

6. ใช้ระยะเวลา 2-3 วันในการจัดกิจกรรมทำให้ชุมชนได้นำข้อมูลที่มีอยู่แล้วมาใช้ได้ และสะดวกในการใช้งาน

ขั้นตอนการฝึกอบรมด้วยเทคนิค AIC นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 53 - 58) กล่าวถึง ขั้นตอนการดำเนินการฝึกอบรมด้วยเทคนิค AIC 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ ขั้นตอนนี้ให้ทุกภาคส่วนเข้าร่วมประชุมแล้วสร้างบรรยากาศ เพื่อลดการตั้งเครียดของที่ประชุม โดยการย้ำว่าเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงออกอย่างเท่าเทียมกัน จากนั้นเป็นขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยมีการประชุมแบบไม่เป็นทางการ เริ่มจากการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็น พร้อมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่นและหาข้อสรุปร่วมกัน แบบเป็นประชาธิปไตย อาจใช้การวาดภาพเป็นสื่อหรือเขียนข้อความใด ๆ ที่ชาวบ้าน มีบทบาทสูงในการประชุม เช่น

1. การให้ผู้อาวุโสเล่าถึงสภาพของหมู่บ้านในอดีต เพื่อให้ทุกคนได้รับทราบถึงความทุกข์ยากในอดีต
2. ให้คนแต่ละกลุ่มนึกถึงสภาพของหมู่บ้านในปัจจุบันในแง่มุมมองของตนเอง เพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์ในปัจจุบัน

เมื่อดำเนินการตาม 2 ขั้นตอนดังกล่าวมาแล้วมีการแบ่งกลุ่มย่อย โดยให้สมาชิกแต่ละกลุ่มมีความหลากหลายเพื่อให้ทุกคนได้อธิบายความคิดเห็นของตนเองและห้ามผู้อื่นวิจารณ์ เพราะอาจทำให้ผู้อธิบายระงับ และจะไม่แสดงความคิดเห็นอีกต่อไป หลังจากนั้นมีการสรุปสถานการณ์ของกลุ่มต่างๆ อาจมีการตั้งชื่อกลุ่มเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการประชุมในขั้นตอนนี้จึงมีการประชุมกลุ่มใหญ่และมีการนำเสนอผลการประชุมกลุ่มด้วยเมื่อนำเสนอในครั้งแรกแล้วให้แต่ละกลุ่มกำหนดขนาดของหมู่บ้านโดยการกำหนดควมวิสัยทัศน์หมู่บ้าน หรือเฉพาะเรื่องที่อยากให้เกิดขึ้นในหมู่บ้าน แล้วดำเนินการอธิบาย สรุปสถานการณ์ มีการประชุมกลุ่มใหญ่ มีการประชุมกลุ่มใหญ่ และมีการนำเสนอผลการประชุม เช่นเดียวกันกับขั้นตอนที่ผ่านมา

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนา ขั้นตอนนี้เป็นการจำแนกประเภทกิจกรรมในโครงการ และจัดลำดับความสำคัญ ควรเริ่มด้วยการสร้างบรรยากาศและจัดกิจกรรมให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมคิด และจำแนกประเภทกิจกรรม แล้ววิเคราะห์หาทางเลือกที่ดีที่สุดพร้อมทั้งจัดเรียงลำดับก่อนหลัง โดยแยกประเภทกิจกรรม หรือโครงการที่ทำได้เอง กิจกรรมหรือโครงการที่ต้องขอความช่วยเหลือจากที่อื่นโดยแยกหมวดหมู่เป็น 7 ด้าน ได้แก่

1. โครงการด้านเศรษฐกิจ
2. โครงการด้านสังคม
3. โครงการด้านโครงสร้างพื้นฐาน

4. โครงการด้านแหล่งน้ำ
5. โครงการด้านการเมืองการปกครอง
6. โครงการด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
7. โครงการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต

เมื่อได้โครงการตามหมวดหมู่แล้วให้ที่ประชุมจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังโดยการให้คะแนน และแยกประเภทให้ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการมอบหมายภารกิจและมีการจัดทำแผนงานโครงการให้ละเอียดว่า ใครรับผิดชอบเรื่องใด ทำร่วมกันเมื่อไหร่ ใครมีส่วนช่วยเหลือใครบ้าง และมอบหมายให้มีผู้ติดตามแผนงานโครงการ โดยให้กลุ่มเขียนโครงการตามแนวทางต่อไปนี้

1. ทำอะไร (ชื่อโครงการ)
2. ทำแล้วจะได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)
3. ทำอย่างไร (กิจกรรม วิธีดำเนินงาน)
4. ต้องใช้ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์อะไร งบประมาณเท่าใด
5. ทำที่ใด (สถานที่ที่จะดำเนินโครงการ)
6. ทำเมื่อใด (วันเวลาที่ดำเนินการโครงการ)
7. ใครบ้างจะช่วยทำ (ชื่อผู้ที่จะช่วยงานในโครงการ)
8. ใครรับผิดชอบ (ผู้ดูแลประสานโครงการ)

สรุป การวิจัยแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจะถือว่าชาวบ้านเป็นผู้ที่รู้ดีเท่า ๆ กับนักวิจัย หรือนักพัฒนา ในการกำหนดปัญหา และ การเลือกปฏิบัติการใด ๆ ก็ตามที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ปัญหาทั้งสามฝ่าย คือ ชาวบ้าน นักวิจัย และ นักพัฒนา ต่างมีบทบาทเท่าเทียมกัน ในการร่วมกำหนดปัญหา และ เลือกแนวทางปฏิบัติการ การวิจัยนี้จะเป็นการผสมผสานในลักษณะบูรณาการ

จากการลงพื้นที่บ้านซาด คณะนักวิจัยได้นำแนวทาง AIC มาดำเนินการมีประชาชนกลุ่มเป้าหมายร่วมแสดงความคิดเห็นเรื่องการจัดโครงการ เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2551 เวลา 18.00 น. ณ ที่ทำการบ้านผู้ใหญ่ทงนารด แคะโฮง มีชื่อโครงการต่างๆ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนในภาพรวม
2. ศึกษาบริบทชุมชนด้านการสาธารณสุขและภูมิปัญญาชาวบ้าน
3. สำรวจสุขภาพประชาชน

กระบวนการทำงาน ดังปรากฏในภาพประกอบ



รายละเอียดการดำเนินโครงการ

1. โครงการศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนในภาพรวม

1. ชื่อโครงการ โครงการศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนในภาพรวม
2. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทราบรายละเอียดข้อมูลชุมชน สภาพแวดล้อมชุมชน โดยรวม
3. เป้าหมาย นักวิจัยได้ข้อมูลเกี่ยวกับประชากร วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมทั่วไปในชุมชน
4. วิธีดำเนินการ
 1. นักวิจัยศึกษาเอกสาร งานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับการศึกษาบริบทชุมชนว่ามีอะไรที่ควรต้องศึกษาบ้าง
 2. นักวิจัยเข้าไปปรึกษาอาจารย์เรื่องบริบทชุมชน ขอบเขตการศึกษา
 3. นักวิจัยนัดหมายกลุ่มเป้าหมายมาประชุม ณ บ้านผู้ใหญ่พจนารตเพื่อพูดคุย เรื่องสภาพทั่วไปของหมู่บ้าน แล้วบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร
 5. อุปกรณ์ดำเนินงาน สมุดบันทึก ปากกา กล้องถ่ายรูป
 6. วัน เวลา สถานที่ วันที่ 19 ธันวาคม 2551 เวลา 19.00 น.
สถานที่ ที่ทำการบ้านผู้ใหญ่ พจนารต แครโฮตง
 7. ค่าใช้จ่าย ค่าอาหารว่างผู้เข้าร่วมประชุม น้ำดื่ม 1 หม้อ 300 บาท
 8. ผู้รับผิดชอบโครงการ นางภัทรา เชื้อนิล หัวหน้าโครงการวิจัย
 9. ผู้ให้ความร่วมมือ

9.1 คณะวิจัย

1. นายชิน	มิ่งศูนย์	สำรวจพื้นที่ทั่วไป/แผนที่
2. นายสง่า	พร้อมศรี	สำรวจพื้นที่ทั่วไป/แผนที่
3. นางสุกัญญา	แคโรตง	รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 25-35 ปี
4. นางสุภาวรรณ	ขุนทอง	รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 36-45 ปี
5. นางชาติ	จำปาแสง	รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 46 ปีขึ้นไป
6. นางสุบรรณ	แก่นโรตง	ศึกษาเรื่องสิ่งแวดล้อมทั่วไป
7. นางคำพันธ์	ยอดรักษ์	สนับสนุน/ช่วยเหลือ/ประสานงาน
8. นางสมกิจ	นามกลาง	ศึกษาบริบทชุมชน
9. นางบุญร่วม	แคโรตง	ศึกษาบริบทชุมชน
10. นางภัทรา	เชื้อนิล	หัวหน้าโครงการวิจัย

11. คุณศรีเพ็ญ จิตโรตอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโรตอง
อ.พุทธโรตอง จ.บุรีรัมย์
12. คุณนันทธร กิจโรตอง เจ้าพนักงานส่งเสริมสุขภาพ 4
องค์การบริหารส่วนตำบลมะเพื่อง
อ.พุทธโรตอง จ.บุรีรัมย์
13. ผู้ใหญ่พจนารถ แคโรตอง ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 2
- 9.2 กลุ่มเป้าหมาย ชาวบ้านในชุมชนบ้านซาด จำนวนประมาณ 50 คน

ขั้นตอนการจัดประชุมและปฏิบัติการ A-I-C (Appreciation Influence Control)



A = Appreciation การสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างความประทับใจกับกลุ่มเป้าหมาย ทบทวนอดีต ทบทวนสถานการณ์ความเป็นมาของโครงการ โดย นางภัทรา เชื้อนิน หัวหน้าโครงการวิจัย แนะนำตัวเองและเล่าความเป็นมาของโครงการวิจัยให้กลุ่มเป้าหมายฟัง



คุณศรีเพ็ญ จิตโรตอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโรตอง อ.พุทธโรตอง จ.บุรีรัมย์ เล่าถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและ โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นกับประชาชนทั่วไปที่ไปรักษาโรงพยาบาลพุทธโรตอง และเชิญชวนให้ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นประเด็น ความเป็นมาของหมู่บ้านและ โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้น



ประจำ นายแถม บวชโรตอง ได้เล่าว่า สมัยก่อนไม่เคยได้ยินคำว่าเครียดและไม่เคยรู้สึกกว่าตนเองเครียด เพราะไม่มีเรื่องอะไรจะให้เกิดมาก แต่มาในปัจจุบันจึงได้เข้าใจถึงภาวะความเครียดว่าเป็นอย่างไร เนื่องจากปัญหาลูกหลาน ไม่เข้าใจกัน ทะเลาะกัน หาเงินมาไม่ทันใช้ ข้าวของมีราคาแพง อะไรก็ต้องซื้อ นายแถมเล่าเพิ่มเติมว่า ในอดีต กลับจากทำไร่ ทำนา

เลี้ยงวัวควาย พอมาถึงบ้านคนในครอบครัวจะอยู่กันพร้อมหน้าพร้อมตา แม่ก็หุงหาอาหาร ส่วนพ่ออาจจะสานตะกร้า สานเครื่องใช้ภายในบ้าน ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ในบ้านลูกก็เล่นด้วยกันไป ลูกคนโต สามารถช่วยตัวเองได้แล้วก็จะเลี้ยงน้องช่วยแม่ ทำให้มีครอบครัวมีความใกล้ชิดกัน มีความอบอุ่น ส่วนครอบครัวที่อยู่บ้านใกล้เคียงหากเกิดการเจ็บป่วย เพื่อนบ้านก็จะเรียกกันไปดูแลให้ความช่วยเหลือใครมียาอะไรก็นำมารักษากันไปช่วยเหลือเกื้อกูลกันโดยไม่ต้องใช้เงิน นายอบ กุศลโรตอง ได้นำเสนอว่า

การดำเนินชีวิตในอดีตว่า ก่อนไถ่ขัน(เวลาประมาณ 03.00 น.) พ่อบ้าน แม่บ้าน ต้องตื่นขึ้นมาเพื่อหา เลี้ยงครอบครัว พ่อบ้าน ไปล่าสัตว์หาของป่าในป่าคอนตัว แม่บ้านลุกขึ้นมาหอบน้ำ คำข้าว ทำงานบ้าน ถ้ามีลูกที่โตแล้วจะลุกขึ้นมาช่วยพ่อแม่ทำงาน หรือเลี้ยงน้อง วิถีชีวิตในแต่ละวันจะอยู่กับธรรมชาติและ อยู่กับสมาชิกในครอบครัวไม่ห่างไกลกันเช่นปัจจุบัน พ่อไปทางแม่ไปทางลูกก็ไปอีกทาง และอาหาร หรือสิ่งที่หามาทานได้ตามธรรมชาติก็หมดไป บางอย่างต้องปลูกขึ้นมาเองในครอบครัว เช่น พืชผัก สัตว์ที่เคยมีในป่าก็หมดไป เช่น กระจ่าง กระจ่าง นก หนู ที่ชาวบ้านนำมาเป็นอาหาร สัตว์น้ำที่เคยมี ตามธรรมชาติก็หมดไป เนื่องจากการถมที่เพื่อก่อสร้างอาคารบ้านเรือน ชาวบ้านจำเป็นต้องเลี้ยงปลา เลี้ยงกบเป็นอาหารเอง หากใครไม่มีทุนหรือไม่มีที่ทางเป็นของตนเองก็ต้องกู้เงินจากแหล่งเงินทุนทั้ง ในระบบและนอกระบบเพื่อนำมาประกอบอาชีพ นางชาติ จำปาแดง อสม.ประจำบ้านชาติ ได้ นำเสนอว่าวัดบ้านชาติว่าตั้งอยู่ทางทิศเหนือของหมู่บ้าน ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ.2514 มี นายหลง กุงไรสง, นายสวัสดิ์ แคนไรสง, นายเฉลิม เอี่ยมไรสง นายวันดี กุงไรสง เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้ง มีหลวงพ่อยงค์ เป็น เจ้าอาวาสองค์แรก ชาวบ้านได้นิมนต์ท่านมาจากวัดจันตคามณี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัด บุรีรัมย์ ระยะทางห่างจากบ้านชาติประมาณ 4 กิโลเมตร อยู่ทางทิศตะวันออกของบ้านชาติ เมื่อท่าน มรณภาพแล้วก็มีหลวงพ่อสึงห์ มาจำวัดแทน เมื่อหลวงพ่อสึงห์มรณภาพ มีพระอธิการบุญมี ฐิตวัดโต มาเป็นเจ้าอาวาส จนถึงปัจจุบัน ปัจจุบันมีพระสงฆ์จำวัด เพียง 2 รูป มีศาลา 1 หลัง สร้างเสร็จเมื่อปี พ.ศ. 2537 โดยได้งบประมาณมาจากคำป่า ทุนในการก่อสร้างประมาณ 2 ล้านบาท ชาวบ้านใช้ศาลา วัดเป็นที่ประชุมใหญ่ในหมู่บ้าน หรือ มีกิจกรรมเช่น หน่วยงานทางราชการเข้ามาประชุมชี้แจงร่วมกับ หมู่บ้านใกล้เคียง รวมทั้งใช้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ด้วย นางธายดา อาจแสง ได้บอกถึงอาชีพ ในอดีตของคนบ้านชาติ ว่าการประกอบอาชีพดั้งเดิมของชาวบ้านชาติ คืออาชีพการเกษตร เช่น การ ทำนาค้า เก็บของป่าในป่า ถ้าสัตว์ในป่าคอนตัวไปขายในตลาดสดเทศบาลพุทไธสง ปลูกผักสวนครัว กินเอง หาปลา กบ ปู กุ้ง หอย ตามธรรมชาติ แล้วแต่ความสามารถของแต่ละคนจะหามาได้ ถ้าได้มา จำนวนมากก็จะแบ่งให้บ้านใกล้เคียงกินไป หรืออาจจะนำไปแลกเปลี่ยนเป็น พริก เกลือ แล้วแต่ ครัวเรือนใดมีความจำเป็น หรือขาดบ้างก็ถนอมไว้กินนาน ๆ เช่น ปลาได้มาจำนวนมากก็จะทำปลาร้า ปลาดุกแห้ง ปลาข้างแห้ง นางละไม กุดอุปฮาด ได้พูดเสริมว่านอกจากการทำมาหากินแบบที่กล่าว มาแล้ว ยังมีการเก็บสมุนไพรในป่าคอนตัว นำมาเก็บไว้เพื่อรักษาร่างกายของคนในครอบครัวเวลา เจ็บป่วย บางครั้งก็เก็บไปขายในตลาดสดเทศบาลพุทไธสง นางสุกัญญา แคนไรสง ได้พูดถึงสภาพใน ปัจจุบัน การดำเนินชีวิตด้วยอาชีพ ปลูกผักสวนครัวก็ยังมีบางครอบครัวยังคงทำอยู่ แต่ไม่ได้นำไปขาย ปลูกไว้เพื่อกินในครอบครัว รายได้จากอาชีพหลักของคนบ้านชาติในปัจจุบันจะมีรายได้มาจากการทำ นาน่าแต่ด้วยปัญหาภัยแล้ง ฝนตกไม่ถูกต้องตามฤดูกาล ทำให้ชาวบ้านชาติต้องประสบกับปัญหา เศรษฐกิจตามมา แต่บางปีได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐบาล คือ อบต. ตำบลมะเฟือง นำพันธุ์สัตว์น้ำ เช่น

กบ ปลา มาให้เลี้ยง เพื่อเป็นอาชีพเสริม พอได้นำมาเลี้ยงปากท้องของคนในครอบครัวบ้าง แต่ก็ไม่สามารถจะช่วยอะไรได้มากนัก เพราะทุกอย่างก็ต้องซื้อมาด้วยเงิน หรือต้องส่งลูกเรียนหนังสือ ดังนั้นผู้ชายหรือผู้นำครอบครัว จำเป็นต้องออกไปรับจ้างนอกบ้าน หรือต่างอำเภอบ้าง ต่างจังหวัดบ้าง บางครอบครัวก็เดินทางไปทำงานต่างประเทศ ทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น เกิดภาวะเครียดตามมา

ผู้ใหญ่ทองนารอด แครไรสง เล่าว่า โรงเรียนบ้านชาดเริ่มก่อตั้งเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ.2525 ชื่อว่าโรงเรียนบ้านชาดศึกษา โดยมีนายประยงค์ พงศ์สุวรรณ เป็นอาจารย์ใหญ่คนแรก สาเหตุที่ก่อตั้งโรงเรียนที่บ้านชาดศึกษา เนื่องจากเขาชวนต้องเดินทางไปเรียนหนังสือที่ โรงเรียนบ้านเพี้ยแก้ว ซึ่งมีระยะทางห่างจากบ้านชาด 2.5 กิโลเมตร เขาชวนต้องเดินทางเท้าไปเรียนหนังสือแต่เช้า ต้องตื่นนอนประมาณ 05.00 น. กลับมาถึงบ้านเวลาประมาณ 18.00 น. ช่วงฤดูฝนน้ำท่วมนักเรียนต้องเดินลุยน้ำไปโรงเรียน เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคน้ำกัดเท้า ในเวลาต่อมาผู้ใหญ่บ้านชื่อนายสว่าง อาจแสดง เป็นผู้ที่มีความสนใจให้เริ่มก่อตั้งโรงเรียนขึ้น ตั้งแต่เริ่มเปิด โรงเรียนบ้านชาดศึกษา มีอาคาร 1 หลัง มุงหลังคาสังกะสี ไม่มีฝาผนัง ไม่มีเก้าอี้ มีครูอาสาสมัครสอน 6 คน เปิดสอนตั้งแต่ ป.1 -ป.6 ไม่มีระเบียบกฎเกณฑ์อะไรมากนัก ทำให้เด็ก ๆ ได้มีโอกาสเรียนหนังสือกันมากขึ้น ทั้งคนที่มีอายุมากแล้วก็ให้ความสนใจที่จะอ่านออกเขียนได้ ปัจจุบันโรงเรียนบ้านชาดศึกษามีอาจารย์ทั้งหมด 9 คน

I = Influence แสดงขั้นตอนการพัฒนาหมู่บ้าน คือ นักวิจัยจะนำความคิดเห็นของชุมชนมาวิเคราะห์ตามประเด็นคำถามการวิจัยและสรุปออกมาเป็นกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาบ้านชาด และจากการ



คิดค้นกิจกรรม ชาวบ้านไม่สามารถที่จะดำเนินกิจกรรมในการพัฒนาชุมชนได้ ด้วยศักยภาพและความพร้อมทุกๆ เรื่อง ทั้งความรู้ ความสามารถงบประมาณ และเวลาในการทำงาน หากมีหน่วยงานหรือคณะบุคคล นักวิจัย นักวิชาการ เข้ามาขอความร่วมมือชาวบ้าน ยินดีให้ความร่วมมือเป็น

อย่างดี ข้อเสนอจากกระบวนการนี้ นำไปสู่โครงการที่สอง ศึกษาบริบทด้านสุขภาพและภูมิปัญญาชาวบ้าน

C = Control เป็นการนำเอาโครงการ “ศึกษาริบทด้านสุขภาพและภูมิปัญญาชาวบ้าน” ที่ได้ตกลงกันและเป็นที่ยอมรับในที่ประชุมมาลงมือปฏิบัติ ภายใต้การดูแลหรือการควบคุม (Control) โดยชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมอันจะนำไปสู่เป้าหมายที่เป็นวิสัยทัศน์ของหมู่บ้าน

สรุปข้อมูลจากโครงการที่ 1 โครงการศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนในภาพรวม แบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ประวัติความเป็นมาของหมู่บ้าน
2. สภาพทางภูมิศาสตร์
3. สภาพทางสังคม จำนวนประชากร
4. การตั้งถิ่นฐานบ้านเรือน
5. เส้นทางการคมนาคม
6. สภาพการศึกษา
7. สภาพทางสาธารณสุข ด้านการใช้ยาและยาสมุนไพร หมอพื้นบ้านของบ้านชาติภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพ
8. สาเหตุปัญหาสุขภาพของชุมชนปัจจุบัน
9. วัฒนธรรมประเพณี
10. การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาวะผู้นำ
11. สภาพทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
12. สภาพทางเศรษฐกิจ

การนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยจะนำเสนอในวันประชุมครั้งต่อไปช่วงแรกก่อนเริ่มกิจกรรม โดยจะกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายได้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี

ปัญหาที่พบ

1. จดบันทึกไม่ทัน เพราะเขียนหนังสือช้า และไม่ได้นำเครื่องบันทึกเสียงไปด้วย
2. เก็บข้อมูลไม่ได้ทั้งหมดเนื่องจากเวลาการทำงานน้อย คือ 19.00 - 20.30 น.

กลุ่มเป้าหมายว่างนอน บางครอบครัวมีลูกหลานเล็กมาด้วยต้องรีบกลับ

3. สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เพราะสถานที่ประชุมเป็นพื้นที่โล่งที่มีเสียงรบกวนจากคนรอบข้างคุยกัน เสียงเด็กๆ ที่มากับผู้ปกครองเล่นกัน เสียงรถที่ผ่านไปมา รวมทั้งขงขุกขุม ทำให้ผู้เข้าประชุมไม่ค่อยมีสมาธิ

4. ผู้ที่มีความสามารถทางการพูด กล้าแสดงออกก็จะพูดอยู่คนเดียว ทำให้คนอื่นๆ เสียความมั่นใจ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น คณะทำงานยังทำงานไม่เต็มที่ เพราะยังไม่คุ้นเคยกัน

2. โครงการศึกษาริบทชุมชนด้านการสาธารณสุขและภูมิปัญญาชาวบ้าน

1. ชื่อโครงการ การศึกษาริบทชุมชนด้านการสาธารณสุขและภูมิปัญญาชาวบ้าน
2. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทราบรายละเอียดสภาพแวดล้อมที่นำไปสู่การสาธารณสุข สุขภาวะของชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น
3. เป้าหมาย นักวิจัยได้ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณสุขชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น
4. วิธีดำเนินการ
 1. นักวิจัยศึกษาเอกสารงานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชนบ้านชาดจากโรงพยาบาลทุทไรสง
 2. ทีมวิจัยนัดหมายกับชาวบ้านมาประชุมที่บ้านผู้ใหญ่พจนารถเพื่อพูดคุย เรื่องสุขภาพอนามัยและภูมิปัญญาท้องถิ่น แล้วบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร
 5. อุปกรณ์ดำเนินงาน สมุดบันทึก เทปบันทึกเสียง ปากกา กล้องถ่ายรูป ยากันยุง ไฟฉาย
 6. วัน เวลา สถานที่ วันที่ 26 ธันวาคม 2551 เวลา 18.00 น. สถานที่ ที่ทำการบ้านผู้ใหญ่พจนารถ แคนไซสง
 7. ค่าใช้จ่าย ค่าอาหารว่างผู้เข้าร่วมประชุม น้ำดื่ม 1 หม้อ 300 บาท
 8. ผู้รับผิดชอบโครงการ นางภัทรา เชื้อนิน หัวหน้าโครงการวิจัย
 9. ผู้ให้ความร่วมมือ
 - 9.1 ทีมวิจัย

1. นายชิน	มิ่งศูนย์	สำรวจพื้นที่ทั่วไป/แผนที่
2. นางสุภาวรรณ	ขุนทอง	รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 36-45 ปี
3. นางชาติ	จำปาแสง	รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 46 ปีขึ้นไป
4. นางสุบรรณ	แก่นไซสง	ศึกษาเรื่องสิ่งแวดล้อมทั่วไป
5. นางสมกิจ	นามกลาง	ศึกษาริบทชุมชน
6. นางบุญร่วม	แคนไซสง	ศึกษาริบทชุมชน
7. นางภัทรา	เชื้อนิน	หัวหน้าโครงการวิจัย
8. คุณศรีเพ็ญ	จิดไซสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลทุทไรสง อ.ทุทไรสง จ.บุรีรัมย์

9 คุณนันท์ธร กิจไธสง

เจ้าพนักงานส่งเสริมสุขภาพ 4

องค์การบริหารส่วนตำบลมะเฟือง

อ.พุกไธสง จ.บุรีรัมย์

10. ผู้ใหญ่จนารด แคนไชสง

ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 2

9.2 กลุ่มเป้าหมาย ชาวบ้านในชุมชนบ้านขาด จำนวน 50 คน

ขั้นตอนการจัดประชุมและปฏิบัติการ A-I-C



A = Appreciation

นางภัทรา เชื้อนิต หัวหน้าโครงการวิจัย พุดกุยทบทวน

หัวข้อวิจัย และสรุปประเด็นบริบทชุมชนด้านสุขภาพ

อนามัยชาวบ้านจากข้อมูลที่ได้เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม

ผู้ใหญ่จนารด แคนไชสง ทบทวนบริบทหมู่บ้าน



คุณตรีเพ็ญ จิตโรตอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโรตอง สรุปลงสาระสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเครียด การรักษาอาการเครียด หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยต่างๆ และเชิญชวนให้ทุกคน



ร่วมแสดงความคิดเห็นประเด็น เมื่อเจ็บป่วยแล้วมีการรักษาอย่างไร แล้วได้นำภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องโคมมาช่วยรักษา ผู้ใหญ่พจนารอด แคนโรตอง เล่าว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนบ้านขาด สมัยที่ยังไม่มีสถานีอนามัยและโรงพยาบาล เมื่อชาวบ้านเกิดการเจ็บป่วยก็จะ



ไปรักษากับหมอพื้นบ้าน หรือรักษาด้วยตนเองด้วยยาสมุนไพรพื้นบ้าน มีการนวด การเป่า โดยหมอพื้นบ้าน ปัจจุบันมีการบริการสาธารณสุข

ของรัฐ คือ โรงพยาบาลพุทธโรตอง ในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย ชาวบ้านจะนิยมไปซื้อยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งมีขายที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน เรียกว่ากองทุนยาประจำหมู่บ้าน

ขาด การเจ็บป่วยของชาวบ้านขาดในอดีต จะไม่รู้ว่าเป็นโรคอะไรเมื่อใดที่มีคนในหมู่บ้านป่วยญาติจะไปหาหาสมุนไพรในป่าคอนต้นมาต้มหรือฝนรากผสมน้ำดื่ม หรือประคองร่างกายจนหายเอง ส่วนหญิงหลังคลอดจะให้อยู่ไฟจนกว่าแผลจะหาย โดยมีความเชื่อว่าเมื่อได้อยู่ไฟจะเป็นการคุมกำเนิดอีกทางหนึ่ง และหากแม่อยู่ไฟนานๆ จะมีสุขภาพแข็งแรง ส่งผลถึงสุขภาพของลูกด้วยซึ่งทารกบางคนหลังคลอดจะให้ถูกกินข้าวทันที โดยแม่ของเด็กหรือญาติ จะนำข้าวสุกผสมเกลือป่น เคี้ยวให้ละเอียดแล้วนำมาใส่ใบตอง ห่อคล้ายกับห่อหมก แล้วนำไปย่างไฟอ่อนๆ เมื่อมีกลิ่นหอมจึงนำห่อข้าวออกจากเตาไฟ วางไว้ให้เย็นแล้วจึงป้อนเด็ก จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุ จะไม่เคยได้ยินคำว่า โรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคเอดส์และ โรคอื่นๆ อีกหลายโรค ไม่เคยรู้จักผงชูรส เมื่อมีอาการตาแดง คางทูม ก็จะใช้วิธีเป่าโดยหมอพื้นบ้าน หากเจ็บป่วยหนักๆ ต้องเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลในอำเภอพยัคภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งห่างจากหมู่บ้านไปทางทิศเหนือ ระยะทางประมาณ 50 กิโลเมตร ประชาชนบ้านขาดมีลักษณะการเจ็บป่วยอีกลักษณะหนึ่งเรียกว่าป่วยด้วยโรคซึ่งมาตามฤดูกาล เช่น ไข้หวัดตัวร้อน ฤดูหนาวชาวบ้านจะไม่สบายมากที่สุด การรักษาจะรักษาด้วยการทานยาต้ม ยาฝน การเป่าโดยหมอพื้นบ้าน ใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นในการรักษาโรค ตัวอย่างภูมิปัญญาชาวบ้านในการรักษาโรค เช่น

1. การคลอดบุตรและการคุมกำเนิด รักษาโดยให้อยู่ไฟนาน ๆ
2. เกิดผื่นคันตามร่างกาย ใช้ขมิ้น น้ำมันงา ทาบริเวณที่คัน
3. ท้างเปื้อย /คางทูม ใช้วิธีเป่า
4. กระจกหัก แขนหัก ขาหัก ใช้การนวดน้ำมันงา
5. เด็กร้องไห้ไม่มีสาเหตุ ใช้การเป่า
6. น้ำร้อนลวก ใช้ปูนจากว่านทางจรเข้ที่ล้างยางสีเหลืองออกแล้วมาแปะไว้
7. ท้องอืด ใช้รากของต้นบะเสาศ ต่อกฟ้า พังคิ นามาด้มแล้วคั้นน้ำ
8. แมลงสัตว์กัดต่อย ใช้ใบเสลดพังพอนมาคั้นและทาบริเวณที่ถูกกัด
9. มีอาการไข้ ใช้รากของต้นจันทน์แดง (จันทน์แดง) จันทน์หอม ตะไคร้ มาคั้นแล้วคั้นน้ำ
10. เมื่อกระหายน้ำ ใช้กะลามะพร้าวคั้นน้ำคั้นจะมีความรู้สึกลดชื่น

นายชิน มิ่งศูนย์ คณะนักวิจัยที่ออกไปสำรวจพื้นที่ในหมู่บ้าน เล่าว่า เป็นการดูแลรักษาสุขภาพในอดีตเกิดจากการเรียนรู้จากธรรมชาติและจดจำคำบอกเล่าสืบต่อกันมา ลักษณะการเรียนรู้ก็มีความแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมสภาพภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อต่างๆ เช่น เชื่อกันถึงคุณประโยชน์ของสมุนไพร หมอธรรม หมอเป่า หมอพื้นบ้าน การป้องกันและการรักษาวิธีทางธรรมชาติ โสยศาสตร์และพุทธโสยศาสตร์ เป็นสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ มีการทำพิธีสู่ขวัญหรือเรียกขวัญเพื่อสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิต ในพิธีชาวบ้านจำนวนมากจะเอามือแต่ละตัวอีกคนต่อๆ กันเพื่อจะรวมกันส่งพลังให้จนถึงบุคคลหนึ่งที่พวกเขาช่วยกันเรียกขวัญกลับมาเป็นสัญลักษณ์ว่าชุมชนระดมจิตใจมาช่วยส่งเสริมผู้เจ็บป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาหรือผู้ที่เขาต้องการให้เข้มขึ้น เช่น สู่ขวัญเด็ก สู่ขวัญบ่าวสาว สู่ขวัญคนป่วย ชาวบ้านชาวเขาเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากสาเหตุต่างๆ หลายประการ เช่น เจ็บป่วยเพราะผีเข้า เจ็บป่วยเพราะกินเหล้าเมา เพราะผิดคำขานบานศาลกล่าว เพราะความขรา เพราะโศกเศร้าเสียใจ เพราะกินอาหารแสลงขณะอยู่ไฟ เพราะกินอาหารไม่เลือก เพราะถูกยาสั่งหรือถูกกลองของ เพราะเป็นผีในท้องหรือวัณโรค เพราะถูกทำร้ายร่างกาย เพราะมีโรค เพราะอากาศเปลี่ยนแปลง เพราะคิดถึงคนรักที่อยู่ต่างแดน เพราะเกียจคร้าน เพราะต้องการให้ถูกหลานเอาใจ เป็นต้น การตรวจวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยดังนี้ คูตีผิวและตีคาสู้ป่วย จับดูขาจับดูแข้ง ดูบดดำในบริเวณที่เจ็บป่วย ดูความเย็นความร้อนของร่างกายผู้ป่วย ดูอาการหายใจของผู้ป่วย คูตีไผ่และตีปานของผู้ป่วย คูตีหน้าความแดงและความซิคของผู้ป่วย หมอพื้นบ้านของบ้านชาด สามารถจำแนกตามลักษณะของการรักษาอันเนื่องมาจากสาเหตุของโรค แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. หมอที่รักษาผู้ป่วยอันเนื่องมาจากสาเหตุของโรคที่เป็น “ธรรมชาติ” หรือเนื่องมาจาก และความผิดปกติของธาตุทั้งสี่ ได้แก่ หมอชาฮากไม้ เป็นหมอที่ใช้วิธีการรักษาด้วยสมุนไพร แร่ธาตุบางชนิด และเขี้ยวสัตว์ หรือส่วนต่างๆ ของสัตว์บางชนิด โรคส่วนใหญ่ที่รักษาได้แก่ โรคเลือด วิน

(อาการปวดศีรษะ วิงเวียน) และอาการผิดปกติของหญิงแม่อุ้งอ่อนหลังอยู่ไฟ หมอเป่า มีวิธีการรักษาด้วยการเป่าต่างๆ กันไป ส่วนประกอบที่ใช้และพบบ่อย คือ ปูนกินหมาก เคี้ยวกระเทียมแล้วเป่า เคี้ยวหมากเป่า เคี้ยวใบไม้บางชนิดเป่า โรคที่รักษาได้แก่ ถ้าเด็กปวดศีรษะ โรคผิวหนังบางชนิด(งูสวัด) การที่หมอเป่าจะรักษาหายหรือไม่หายนั้น หมอเป่าเชื่อว่าเป็นเรื่องของการทำบุญร่วมกันมาในชาติก่อนของหมอกับผู้ป่วย หมอน้ำมนต์ เป็นการรักษาโดยการทำน้ำมนต์และพรมไปตามส่วนที่บาดเจ็บ เช่น กระดูกเคลื่อน หัก อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น รถชน ตกต้นไม้ เป็นต้น หมอเอ็น เป็นการรักษาโดยใช้หัวแม่มือ และนิ้วชี้ สำหรับ จับเอ็นที่เคล็ดขัดยอก หรือกระดูกเคลื่อน

2. หมอที่รักษาด้วยพิธีกรรม/สาเหตุของโรคเนื่องจากสิ่งที่ไม่เป็นธรรมชาติ โรคเหนือธรรมชาติ ได้แก่ โรคเนื่องจากผีต่าง ๆ เจ้าที่ หรือการปฏิบัติคนที่ละเมิดฝ่าฝืนทำนองคลองธรรมของครอบครัว หรือ ชุมชน การรักษาจะต้องมีพิธีกรรม หมอเหล่านี้ได้แก่ หมอพระ เป็นพระที่หน้าที่รักษาโรค ได้แก่ อาการปวดหัว ปวดท้อง อารมณ์เสียบ่อย ๆ เป็นลมง่าย มีอาการชาตามตัว รักษาโดยการประพรมน้ำมนต์ หรืออาบน้ำมนต์ผูกแขนให้ และให้ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และให้สวดมนต์ก่อนนอน ผู้ป่วยที่มักเป็นผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาลแล้วหมอดตรวจโรคไม่พบ ซึ่งหมอพระเชื่อว่า อาการต่าง ๆ เหล่านี้ มีสาเหตุมาจากผี หรือ ผีเส็ด (ผีทำ) ปัจจุบันหมอพระมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ หมอลำผีทรง (หมอลำผีฟ้า) ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงรักษาผู้ป่วย โดยการรำและมีเครื่องดนตรีพื้นบ้านคือ แคนประกอบให้จังหวะ ส่วนประกอบสำคัญในพิธีกรรมคือ พาคายหรือดาตไต้แบ่งกระป๋อง กระจกส่องหน้าเล็ก ๆ หรือน้ำมันใส่ผม หมอแคนเป่าเพลง วิธีการทำโดยหมอลำส่องกระจกและเจรจาดำตามกับผี ในที่สุดผู้ป่วยถูกขึ้นฟ้อนแสดงว่าผีที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยพอใจ และผู้ป่วยจะหายจากการป่วย หมอลำชนิดนี้รักษาผู้ป่วยได้เพราะมีผีเข้ามาเทียบ เรียกชื่อตามผีนั้นๆ เช่น หมอลำผีทรง หมอลำผีฟ้า (ที่มาของผีทรงและผีฟ้าแตกต่างกัน หมอลำผีฟ้ามาจากที่สูงกว่าจากชั้น 9 แต่ผีทรงมาจากชั้น 5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกหมอลำผีทรง (ผีฟ้า) เป็นการรักษาล่าสุด หลังจากที่หมอรักษาด้วยวิธีอื่นๆ แล้ว ส่วนใหญ่หมอธรรมจะเรียนวิชามาจากวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่บวชเรียน บางครั้งหมอธรรมถูกเรียกว่าหมอมผี เนื่องจากหมอธรรมรักษาผู้ป่วยซึ่งมาจากการกระทำของผี เช่น ผีปอบ หมอธรรมรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีนั่งธรรมเพื่อหาสาเหตุว่า “ใคร” เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย หรือการละเมิดกฎเกณฑ์ของครอบครัวหรือชุมชนและจะดำเนินการรักษาไปตามสาเหตุนั้น ถ้าเป็นผีปอบ หมอธรรมมักจะไม่ทำอันเล็กๆ หรือากบกล้วยว่าคาถาแล้วตีไปที่ผู้ป่วยเพื่อไล่ให้ผีออก หรือใช้วิธีสวดธรรมในกรณีที่ผู้ป่วยถูกผี (ผีป่าผีเข็) มากลั่นแกล้ง จบลงด้วยการสู่ขวัญ และอาบน้ำมนต์ให้ผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหายกับหมอธรรมจะเป็นลักษณะของ “พ่อเลี้ยงกับลูกเลี้ยง” คือจะต้องระลึกถึงหมอธรรมอยู่เสมอ โดยเฉพาะวันพระจะต้องนำดอกไม้ธูปเทียนบูชาบั้งของบ้านของผู้ป่วย ส่วนวันเข้าพรรษาและวันออกพรรษาจะต้องไปแสดงมุทิตาจิตต่อหมอธรรม ผูก

ข้อมือเพื่อความสุขสวัสดิ์ ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์นี้อาจจะล้มป่วยเอง และชาวบ้านเรียกว่าป่วยเนื่องจาก “ ผิดของรักษา ” ในสายตาของชาวบ้านแล้วหมอธรรมอยู่ในฐานะสูงกว่าหมอตำหนิฟ้า เพราะหมอธรรมใช้ธรรมรักษา ส่วนหมอตำหนิทรงใช้ผีซึ่งอยู่ในฐานะต่ำกว่าธรรม หมอพระหรือหมอสู่วัณหรือพาม (พราหมณ์) มีความรู้ทางโหราศาสตร์และศูฤกษ์ยามตลอดจนประกอบพิธีขึ้นบ้านใหม่ ทำพิธีก่อนลงเสาเอก เสาขวัญ เรียกว่าพรม ชาวบ้านเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยประการหนึ่งคือการที่ขวัญหนีคิง (ขวัญหนีออกจากร่าง) การที่จะให้มีร่างกายสู่สภาวะปกติจึงต้องเรียกให้ขวัญกลับเข้ามาอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย การสู่วัณจึงเป็นการรักษา (Curative Medicine) การสู่วัณเพื่อให้ขวัญแข็งแรงและเบิกบานเป็นการป้องกัน (Preventive Medicine) ได้แก่ การสู่วัณต้อนรับผู้มาเยือน การสู่วัณแม่มา (หญิงมีครรภ์ก่อนคลอด) การสู่วัณนาค การสู่วัณพระก่อนเข้าพรรษา เป็นต้น เครื่องหมายที่แสดงว่าขวัญกลับเข้าอยู่ในร่างกาย คือการผูกแขนด้วยฝ้าย ตามตำนานที่ว่า “ผูกเบื้องซ้ายขวัญมา ผูกเบื้องขวาขวัญอยู่”

3. การรักษาด้วยหมอตำแย หมอตำแยที่เป็นผู้หญิงและผู้ชายสามารถปฏิบัติงานได้แตกต่างกันคือหมอตำแยผู้หญิงจะทำหน้าที่เฉพาะการทำคลอด และการทำความสะอาดเด็กเท่านั้น ส่วนขั้นตอนต่อไปคือพิธีกรรมการเอาแม่ลูกอ่อนอยู่ไฟนั้นเป็นหน้าที่ของหมอเป่า หรือกรณีคลอดยากอาจต้องให้หมอเป่าทำน้ำมันดีให้หญิงมีครรภ์คิมเรียกว่าสะเคาะ แต่หมอตำแยผู้ชายสามารถทำได้ทุกขั้นตอนคือการทำคลอดการทำความสะอาดเด็ก จนกระทั่งถึงพิธีกรรมการเอาแม่ลูกอ่อนอยู่ไฟ สำหรับ ภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพ นางสมกิต นามกลางคณะนักวิจัย รับผิดชอบศึกษาบริบทชุมชน เล่าว่าการดูแลสุขภาพของชาวบ้านชาดแต่เดิมนั้น โดยมากจะสัมพันธ์กับการใช้ชีวิตที่เป็นธรรมชาติ เรียบง่าย การทำมาหากิน ไม่ต้องคิดรนมาก โดยอาศัยแหล่งน้ำตามธรรมชาติ คือหนองหัวหมู และหนองสระบัวรวมทั้งป่าคอนคิ้ว เนื่องจากมีความอุดมสมบูรณ์มาก มีทั้งป่า สัตว์ป่าต่างๆ ชาวบ้านชาดประกอบอาหารเอง โดยการเข้าป่าคอนคิ้ว ล่าสัตว์ และเก็บผักในป่ามาทำกิน ทั้งที่ปลูกไว้รับประทานและผักริมรั้วที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น กระถิน ตำลึง ซึ่งไม่มีสารเคมี ไม่มีการใส่ผงชูรส ไม่ต้องหาน้ำตาล มีอะไรก็ทำกินตามที่มีอยู่ ชาวบ้านชาดในสมัยอดีต จะดำข้าวกิน เข้าดำประมาณ 5 กำมือ พอได้หุง (ข้าวข้าว) นึ่งกิน (ข้าวเหนียว) ถ้าดำนานก็จะได้เมล็ดข้าวที่ขาวนุ่ม (ข้าวขัดขาวในปัจจุบัน) แต่ถ้าดำไม่นานจะ ได้เมล็ดข้าวที่แข็ง (ข้าวกล้องในปัจจุบัน) การดำข้าวให้ได้เมล็ดที่ขาวนุ่ม หรือแข็ง นั้นขึ้นอยู่กับสภาพครอบครัวที่มีความสะดวก สบายเพียงใด ทุกวันนี้ชาวบ้านชาดยังคงประกอบอาหารรับประทานเอง แต่วัสดุ อุปกรณ์ที่นำมาปรุงอาหาร ส่วนใหญ่จะซื้อมาจากตลาดสดเทศบาลตำบลพุทไธสง เนื่องจากป่าคอนคิ้วที่เคยเป็นแหล่งอาหารกลายเป็นป่าที่แห้งแล้ง ไม่มีสัตว์ป่า ผักและสมุนไพรที่มีอยู่ก็หายากมากเหลือเพียงเล็กน้อย ชาวบ้านจึงต้องจับจ่าย ใช้สอย เงินทองที่หามาจากการทำนา ขายข้าวได้เงินมาซื้ออาหารและของใช้ที่จำเป็น ด้านการออกกำลังกาย ในอดีตการออกกำลังกายของ

ชาวบ้านขาดจะเป็นลักษณะการออกกำลังกายตามวิถีของชาวบ้าน โดยการเดินทางไปกลับมาของ
 คนเอง การค้าข้าว การเกี่ยวข้าว การนวดข้าว การหาบของ การออกไปเลี้ยงสัตว์ ตักน้ำใส่โอ่งทั้ง
 คอนเช้าและคอนเย็น เนื่องจากชาวบ้านขาดไม่มีพาหนะ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ทุกอย่างต้องแลก
 มาด้วยกำลัง แรงกายทั้งสิ้น ตั้งแต่เช้าได้รับอากาศที่สดชื่นบริสุทธิ์ เพศชายจะงู่วอกววยหรือสัตว์เลี้ยง
 อื่นๆ ไปเลี้ยงที่กลางทุ่งนา โดยการปล่อยให้หากินตามธรรมชาติ จากนั้นก็ไปล่าสัตว์ที่ป่าดงหรือเก็บ
 ผัก เก็บเห็ด เก็บสมุนไพร นำกลับบ้านเพื่อจะไปทำเป็นอาหารหรือนำไปแลกข้าว แลกเกลือในหมู่บ้าน
 ใกล้เคียง หรือบางครั้งก็นำไปขาย ส่วนเพศหญิง ตื่นนอนแล้วหลังจากกิจกรรมส่วนตัวก็จะก่อไฟ หุง
 ทำอาหารที่สามีหาวัตถุดิบมาไว้ให้ ช่วงสายๆ จะห่อข้าวปลาอาหารด้วยใบกล้วยไปส่งให้สามีที่ทุ่งนา
 ผู้หญิงหรือแม่บ้านจะ ไม่มีหน้าที่อะไรมานอกจากทำงานครัว ทอผ้า ปลูกหม่อน เลี้ยงไหม เดินไปซักร
 ผ้าที่หนองน้ำห้วยหรือบริเวณสระบัว ก่อนกลับบ้านก็จะหาบน้ำกลับมาใช้ในครอบครัว ใช้คั้น
 ทำอาหารและอาบน้ำชำระล้างร่างกาย ผู้ใหญ่ทอนารอด แคลโรตง เล่าว่าปัจจุบันในหมู่บ้านขาดมีระบบ
 น้ำประปา มีโรงสีข้าว มีรถเกี่ยวข้าว มีสิ่งอำนวยความสะดวกมากมาย ทำให้การใช้กิจกรรมทางกาย
 ต่างๆ ที่เคยทำในอดีตจึงลดน้อยลง เพศหญิงที่เคยทอผ้าก็หันมาซื้อเสื้อผ้าสวมใส่ ไม่ต้องปลูกหม่อน
 เลี้ยงไหม ชาวบ้านบางกลุ่มก็มีการออกกำลังกายกันบ้าง คือในช่วงปี พ.ศ.2549 มี อสม.ประจำหมู่บ้าน
 เป็นผู้นำออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก แต่มีปัญหาว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถขยับร่างกาย
 ตามท่าทางต่าง ๆ ได้ทัน ทำให้ไม่ได้รับความสนใจจากชาวบ้านมากนักส่งผลให้ต้องเลิกกิจกรรมนี้ไป
 ชาวบ้านขาดจึงมีกิจกรรมการออกกำลังกายส่วนตัวเพียงเล็กน้อย เช่นทำงานบ้าน เกี่ยวหญ้าให้วัว –
 กววย ชาวบ้านขาดในอดีตจะมีความเป็นอยู่แบบเครือญาติ คือ มีความสัมพันธ์เป็นแบบพี่น้อง แม้
 ไม่ได้เกิดตามกันมากนักนับเป็นคนบ้านเดียวกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ชาวบ้านจะมีเวลาไปมาหา
 สู้อัน หากใครจะสร้างบ้านเรือนก็ช่วยกันทำ หรือการทำนาก็มีการลงแขกช่วยเหลือเอาแรงกันไว้ การ
 ได้ทำกิจกรรมร่วมกันทำให้ความเครียดลดลงได้ มีวัดเป็นศูนย์กลางของการดำเนินชีวิตชุมชน
 ปัจจุบันสังคมบ้านขาดก็ได้รับอิทธิพลของความเจริญก้าวหน้าทางวัตถุอย่างรวดเร็ว สภาพวัตถุนิยมก็
 ส่งผลกระทบด้านชีวิตความเป็นอยู่ที่ต้องแข่งขันกัน มีการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด จนหลงลืม
 วัฒนธรรมความเอื้ออาทรที่เคยมีให้เพื่อนบ้าน การดำเนินชีวิตมีความเครียดมากขึ้น เกิดมลพิษรอบด้าน
 ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของคนในชุมชนมีภูมิคุ้มกันด้านน้อยลงไป

I = Influence แสดงขั้นตอนการพัฒนาหมู่บ้าน คือ นักวิจัยจะนำความคิดเห็นของชุมชนมา
 ข้อสรุปจากกระบวนการนี้ ทำให้ต้องการทราบว่าสุขภาพร่างกายของแต่ละคนเป็นอย่างไร หัวหน้า
 โครงการวิจัยเสนอให้สำรวจสุขภาพชุมชน เพื่อจะได้พัฒนาให้ทุกคนได้มีสุขภาพแข็งแรง
 นำไปสู่โครงการที่สาม โครงการสำรวจสุขภาพชุมชน

C = Control เป็นการนำเอาโครงการที่ได้ตกลงกันและเป็นที่ยอมรับในที่ประชุมมาลงมือปฏิบัติ

สรุปข้อมูลจากโครงการที่ 2

โครงการศึกษาบริบทชุมชนด้านการสาธารณสุขและภูมิปัญญาชาวบ้าน แบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนบ้านซาค สมัยที่ยัง ไม่มีสถานีนามัยและโรงพยาบาล
2. การนำสมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นมารักษาโรค
3. ความเชื่อในชุมชน
4. ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ

การนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยจะนำเสนอในวันประชุมครั้งต่อไปช่วงแรกก่อนเริ่มกิจกรรม โดยจะกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายได้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี

ปัญหาที่พบ

1. จดบันทึกไม่ถูก เพราะฟังไม่ทัน ไม่เข้าใจคำพูดของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุบางท่านพูดเสียงเบา บางท่านใช้ภาษาถิ่นที่เป็นภาษาเฉพาะของคนพื้นบ้าน
5. เวลาการทำงานน้อย คือ 18.00 - 20.30 น. กลุ่มเป้าหมายมาช้ากว่าเวลานัดหมาย 30 นาที เมื่อมาถึงแล้วก็ทักทายคุยกันเองอีก 20 นาที ทำให้เวลาล่วงเลยไปมาก
6. สถานที่ประชุมมีเสียงรบกวน ทำให้ขาดสมาธิในการสนทนา
7. กลุ่มเป้าหมายมาประชุม ไม่ครบ ขาด 20 คน เนื่องจากเหนื่อยล้ากับการทำงาน และเข้าใจว่านักวิจัยมาเยี่ยมเฉยๆ

3. โครงการสำรวจสุขภาพประชาชน

1. ชื่อ โครงการสำรวจสุขภาพประชาชน
2. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทราบรายละเอียดสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย
3. เป้าหมาย นักวิจัยได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย
4. วิธีดำเนินการ

1. นักวิจัยนำเครื่องมือในการสำรวจสุขภาพ มาจากโรงพยาบาลพุทธโสธร คือ แบบวัดค่าดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) เป็นค่าดัชนีที่คำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อใช้เปรียบเทียบความสมดุลระหว่างน้ำหนักตัว ต่อความสูงของมนุษย์ ค่าดัชนีมวลกายหาได้โดยนำน้ำหนักตัวหารด้วยกำลังสองของส่วนสูงตนเอง

$$(\text{ดัชนีมวลกาย}) = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ตรวจสอบค่าที่ได้ เมื่อได้คำนวณค่าดัชนีมวลกายแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังนี้

กับเกณฑ์ดังนี้

1. ผอมเกินไป: น้อยกว่า 18.5 (<18.5)
2. เหมาะสม: มากกว่าหรือเท่ากับ 18.5 แต่น้อยกว่า 25 (≥ 18.5 แต่ <25)
3. น้ำหนักเกิน: มากกว่าหรือเท่ากับ 25 แต่น้อยกว่า 30 (≥ 25 แต่ <30)
4. อ้วน : มากกว่าหรือเท่ากับ 30 แต่น้อยกว่า 40 (≥ 30 แต่ <40)
5. อ้วนมาก: มากกว่าหรือเท่ากับ 40 (≥ 40)

วัดรอบเอว

1. รอบเอวสำหรับเพศชายไม่เกิน 36 นิ้ว (90 เซนติเมตร)
 2. รอบเอวสำหรับเพศหญิงไม่ควรเกิน 32 นิ้ว (80 เซนติเมตร)
- ภาวะเสี่ยงสูง สำหรับเพศชาย ≥ 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว)
 สำหรับเพศหญิง ≥ 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว)
- ภาวะเสี่ยงสูงมาก สำหรับเพศชาย ≥ 102 เซนติเมตร (40 นิ้ว)
 สำหรับเพศหญิง ≥ 88 เซนติเมตร (35 นิ้ว)

วัดความดันโลหิต ค่าควรเป็น 120/80

2. ทีมวิจัยนัดหมายการวิจัยมาประชุมที่บ้านผู้ใหญ่จนารดเพื่อพูดคุย เรื่องการสำรวจสุขภาพ แล้วบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

5. อุปกรณ์ดำเนินงาน สมุดบันทึก ปากกา กล้องถ่ายรูป แบบการบันทึกสุขภาพ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดัน

6. วัน เวลา สถานที่ วันที่ 23 มกราคม 2552 เวลา 18.00 น.

สถานที่ ที่ทำการบ้านผู้ใหญ่จนารด แคนไซสง

7. ค่าใช้จ่าย ค่าอาหารว่างผู้เข้าร่วมประชุม น้ำดื่ม 1 หม้อ 300 บาท

8. ผู้รับผิดชอบโครงการ นางภัทรา เชื้อนิล หัวหน้าโครงการวิจัย

9. ผู้ให้ความร่วมมือ

9.1 ทีมวิจัย

- | | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| 1. นายสง่า พร้อมศรี | สำรวจพื้นที่ทั่วไป/แผนที่ |
| 2. นางสุกัญญา แคนไซสง | รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 25-35 ปี |
| 3. นางสุภาวรรณ ขุนทอง | รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 36-45 ปี |

- | | | |
|-------------------|----------|---|
| 4. นางชาติ | จำปาแสง | รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างอายุ 46 ปี |
| 5. นางคำพันธ์ | ยอดรักษ์ | สนับสนุน/ช่วยเหลือ/ประสานงาน |
| 6. นางบุญร่วม | แคโรส | ศึกษาบริบทชุมชน |
| 7. นางภัทรา | เชื่อนิล | หัวหน้าโครงการวิจัย |
| 8. คุณศรีเพ็ญ | จิตโรส | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพุทธโสธร |
| 9. คุณนันทธร | กิจโรส | เจ้าพนักงานส่งเสริมสุขภาพ 4
องค์การบริหารส่วนตำบลมะเทือง |
| 10. ผู้ใหญ่พจนารถ | แคโรส | |

9.2 กลุ่มเป้าหมาย ชาวบ้านในชุมชนบ้านซาด จำนวน 50 คน

ขั้นตอนการจัดประชุมและปฏิบัติการ A-I-C



A = Appreciation

นางภัทรา เชื่อนิล หัวหน้าโครงการวิจัย พูดคุยทบทวน
ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน เรื่อง โรคเครียด
โรคมาหวน โรคอหิวาต์ โรคฮัน ทบทวนอดีต ทบทวน
ข้อมูลที่ได้เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2552



คุณศรีเพ็ญ จิตโรส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัดคำคั้งนิมวตถายกลุ่มเป้าหมาย



วัดคำค้ำนี้มวลกายกลุ่มเป่าหมาย



วัดคำค้ำนี้มวลกายกลุ่มเป่าหมาย



I = Influence แสดงขั้นตอนการพัฒนาหมู่บ้าน คือ นักวิจัยจะนำผลการสำรวจสุขภาพกลุ่มเป่าหมายมาหาข้อสรุปจากกระบวนการนี้

ตาราง 13 ผลตรวจสุขภาพเพื่อหาดัชนีมวลกายก่อนดำเนินโครงการ กลุ่มอายุ 25-35 ปี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	น้ำหนัก (กก.)	ส่วนสูง (ซม.)	รอบเอว (ซม.)	ความดัน (มิลิเมตร ปรอท)	ค่า BMI
1	นางพิมพ์พา อ่อนไรสง	34	55	150	73	112/72	24.44
2	นางชาติ จำปาแสง	35	45	149	72	107/68	20.27
3	นางศุภาวรรณ ขุนทอง	32	53	160	75	112/75	20.70
4	นางจิราพร คงศิริรัมย์	32	61	160	77	106/61	23.28
5	นางบุษบา ภูเต้าทอง	27	56	168	74	129/79	19.86
6	นางฉวีวรรณ เอี่ยมไรสง	30	50	166	75	117/71	18.12
7	นางทองศรี สีมาชัย	33	81	165	100	106/67	29.78
8	นางจันทร์เพ็ญ ช่วยรักษา	29	75	152	91	125/68	28.31
9	นางบังอร สันทรวัฒน์	33	62	148	93	107/67	28.31
10	นางนง สอบไรสง	30	58	155	84	115/79	24.17
11	นางสมบุญ สงไรสง	34	64	158	80	115/64	25.60
12	นางสมบุญ สงไรสง	30	52	153	77	106/79	22.22

จากตาราง 13 การตรวจสุขภาพก่อนดำเนินโครงการ กลุ่มอายุ 25-35 ปี พบว่า มีน้ำหนักเกิน จำนวน 3 คน ร้อยละ 25 ภาวะอ้วน ระดับที่ 1 จำนวน 4 คน ร้อยละ 33.33 น้ำหนักต่ำกว่าปกติ 1 คน ร้อยละ 8.33 และ น้ำหนักปกติ 4 คน ร้อยละ 33.33 จากการวัดรอบเอวภาวะเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคอ้วน โรคหัวใจ และ หลอดเลือด จำนวน 3 คน ภาวะเสี่ยงจำนวน 1 คน

ตาราง 14 ผลตรวจสุขภาพเพื่อหาดัชนีมวลกายก่อนดำเนินโครงการ กลุ่มอายุ 36-45 ปี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	น้ำหนัก (กก.)	ส่วนสูง (ซม.)	รอบเอว (ซม)	ความดัน (มิลิเมตร ปรอท)	ค่า BMI
1	นางสายบัว กงไรสง	60	56	149	86	132/77	25.23
2	นางเถียร อ่อนไรสง	65	72	150	105	123/94	32.00
3	นายสนั่น กงไรสง	63	44	149	70	129/85	21.89
4	นายพจนารถ แคนไรสง	48	62	170	85	118/75	21.45
5	นายพรมมา ศรีแสนยศ	65	64	170	68	122/56	22.15
6	นางสายตา อาจแสง	57	57	155	83	115/73	23.75
7	นางขาน อาจแสง	71	44	147	78	144/69	26.39
8	นายลบ กุคไรสง	67	65	165	86	157/83	23.90
9	นายแถม บวชไรสง	76	61	161	80	119/62	23.55
10	นางสอน จันทร์สิงห์โท	62	56	149	97	121/79	25.23
11	นางประมวล ศรีแสนยศ	53	76	149	100	146/76	34.23
12	นางละไม กุลอุปฮาด	55	71	158	97	120/76	28.40
13	นางศิด แพงเพ็ง	77	49	157	83	133/72	19.84
14	นางเดือน มิ่งศูนย์	55	50	154	76	114/68	21.10
15	นางคำพันธ์ ตำรายุติ	46	53	150	73	133/82	23.56
16	นางทองคำ บุญโต	49	47	157	79	118/78	19.11
17	นายบรรดิ ศรีแสนยศ	54	40	152	70	134/76	17.32
18	นายอมร ฃรงค์ศักดิ์	54	69	175	80	116/63	22.55

จากตาราง 14 การตรวจสุขภาพก่อนดำเนินโครงการ กลุ่มอายุ 36-45 ปี พบว่า มีน้ำหนักเกิน จำนวน 4 คน ร้อยละ 22.22 ภาวะอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 5 คน ร้อยละ 27.78 ภาวะอ้วนระดับที่ 2 จำนวน 2 คน ร้อยละ 11.11 น้ำหนักต่ำกว่าปกติ 1 คน 5.56 และ น้ำหนักปกติ 6 คน 33.33 จากการวัด รอบเอวภาวะเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคอ้วนโรคหัวใจ และหลอดเลือด ชายจำนวน - คน หญิง จำนวน 8 คน

ตารางที่ 15 ผลตรวจสุขภาพเพื่อหาดัชนีมวลกายก่อนดำเนินโครงการ กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	น้ำหนัก (กก.)	ส่วนสูง (ซม.)	รอบเอว (ซม.)	ความดัน (มิลลิเมตร ปรอท)	ค่า BMI
1	นางบุญร่วม แคะไชสง	37	58	166	78	105/63	22.66
2	นางวันเทีญ ชะระรัมย์	40	54	144	68	135/83	26.09
3	นางเข็มจิรา ใจกล้า	41	58	158	81	123/74	23.20
4	นายถาวร คำอุค	40	57	160	88	126/76	22.26
5	นางสมพร เรียบไรสง	45	50	152	75	128/64	21.65
6	นางม้วน พร้อมศรี	45	47	151	73	101/71	20.61
7	นางสงบ หมั่นอุคต่าห์	36	65	156	83	134/113	26.75
8	นางจันทร์ อะสันเทียะ	36	52	150	78	118/64	23.11
9	นางนวลอนงค์ พร้อมศรี	42	69	151	83	110/71	30.26
10	นายจิระวัฒน์ เวียกไรสง	45	89	167	95	133/72	31.90
11	นางสมควร อาจแสง	44	71	170	86	130/88	24.57
12	นางสมทรัพย์ เขียมทอง	41	75	169	90	134/80	26.22
13	นางกฤษยา แก่นไรสง	39	59	157	83	109/69	23.98
14	นางเทีญจันทร์ แจบไรสง	42	58	155	84	133/69	24.17
15	นางสวย อินสำราญ	43	56	155	78	106/68	23.33

จากตาราง 15 การตรวจสุขภาพก่อนดำเนินโครงการ กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป พบว่า มีน้ำหนักเกินจำนวน 7 คน ร้อยละ 46.67 ภาวะอ้วน ระดับที่ 1 จำนวน 3 คน ร้อยละ 20 ระดับอ้วนระดับ 2 จำนวน 2 คน ร้อยละ 13.33 และ น้ำหนักปกติ 3 คน ร้อยละ 20 จากการวัดรอบเอวภาวะเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคอ้วนโรคหัวใจ และ หลอดเลือด จำนวน 3 คน ภาวะเสี่ยงจำนวน 1 คน

สรุปข้อมูลจากโครงการที่ 3 โครงการสำรวจสุขภาพประชาชน

1. กลุ่มอายุ 25-35 ปี พบว่า มีน้ำหนักเกินจำนวน 3 คน ร้อยละ 25 ภาวะอ้วน ระดับที่ 1 จำนวน 4 คน ร้อยละ 33.33 น้ำหนักต่ำกว่าปกติ 1 คน ร้อยละ 8.33 และ น้ำหนักปกติ 4 คน ร้อยละ 33.33 จากการวัดรอบเอวภาวะเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคอ้วนโรคหัวใจ และ หลอดเลือด จำนวน 3 คน ภาวะเสี่ยงจำนวน 1 คน
2. กลุ่มอายุ 36-45 ปี พบว่า มีน้ำหนักเกินจำนวน 4 คน ร้อยละ 22.22 ภาวะอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 5 คน ร้อยละ 27.78 ภาวะอ้วนระดับที่ 2 จำนวน 2 คน ร้อยละ 11.11 น้ำหนักต่ำกว่าปกติ 1 คน 5.56 และ น้ำหนักปกติ 6 คน 33.33 จากการวัดรอบเอวภาวะเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคอ้วนโรคหัวใจ และ หลอดเลือด เพศหญิง จำนวน 8 คน
3. กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป พบว่า มีน้ำหนักเกินจำนวน 7 คน ร้อยละ 46.67 ภาวะอ้วน ระดับที่ 1 จำนวน 3 คน ร้อยละ 20 ระดับอ้วนระดับ 2 จำนวน 2 คน ร้อยละ 13.33 และ น้ำหนักปกติ 3 คน ร้อยละ 20 จากการวัดรอบเอวภาวะเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคอ้วนโรคหัวใจ และ หลอดเลือด จำนวน 3 คน ภาวะเสี่ยงจำนวน 1 คน

การนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง
ปัญหาที่พบ

1. สถานที่ประชุมมีเสียงรบกวน ทำให้ขาดสมาธิในการสนทนา
2. กลุ่มเป้าหมายมาประชุมไม่ครบ ขาด 10 คน เนื่องจากเหนื่อยล้ากับการทำงาน

บทที่ 6

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชนบ้านชาติ หมู่ที่ 2 ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการศึกษาด้านเนื้อหาสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ด้านประชากรกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 25-46 ปีขึ้นไปแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้นำชุมชนและผู้มีบทบาทด้านสาธารณสุขชุมชน ครู ราษฎรชาวบ้าน จากบุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) สุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 2 ประชาชนทั่วไปที่สนใจปัญหาสาธารณสุขสุ่มตัวอย่างแบบสะดวกโดยการเชิญชวนเข้าร่วม โครงการด้วยความสมัครใจ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยบทบาทของประชาชนที่อาศัยในชุมชนที่สนใจปัญหาด้านสาธารณสุข จำนวน 55 คน ได้ทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรูปแบบเชิงประจักษ์ (Empirically Based Pattern) คือนักวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเชิงคุณภาพคือแบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเชิงปริมาณคือแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ค่าความแปรปรวน 98 % สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป, วิเคราะห์ด้วยเนื้อหา จะได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย และสรุปผลการศึกษา ดังนี้

ตาราง 16 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
1.1 ชาย	22	40.00
1.2 หญิง	33	60.00
2.อายุ		
2.1 25-35 ปี	18	32.75
2.2 36-45 ปี	21	38.8
2.3 มากกว่า 45 ปีขึ้นไป	8	14.55

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
3.สถานภาพสมรส		
3.1 โสด	11	20.00
3.2 สมรส	30	54.55
3.3 ออ่า	4	7.27
3.4 หม้าย	4	7.27
3.5 แยกกันอยู่	6	10.91
4.ระดับการศึกษา		
4.1 ประถมศึกษา	21	38.18
4.2 มัธยมศึกษา	17	30.91
4.3 อนุปริญญา	11	20.00
4.4 ปริญญาตรี	6	10.91
5. สัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิก		
5.1 ดีมาก	38	69.09
5.2 ปานกลาง	15	27.27
5.3 น้อย	2	3.64
6. อาชีพ		
6.1 เกษตรกร	18	32.73
6.2 รับจ้าง	21	38.18
6.3 ค้าขาย	10	18.18
6.4 รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	6	10.91
7. ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน		
7.1 เพียงพอ	5	81.82
7.2 ไม่เพียงพอ	10	18.18
8. โรคประจำตัว		
8.1 มี	12	21.82
8.2 ไม่มี	43	78.18

จากตาราง 16 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 อายุระหว่าง 36-45 ปี สถานะภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 54.55 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.18 มีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกดีมาก คิดเป็นร้อยละ 69.09 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.18 และมีรายได้พอเพียงในแต่ละเดือน คิดเป็นร้อยละ 81.82 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78.18

ตาราง 17 พฤติกรรมการอาบน้ำและการสระผม

พฤติกรรมสุขภาพ	25 – 35 ปี				36 – 45 ปี				46 ปีขึ้นไป	
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		-	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
การอาบน้ำจำนวน 1 ครั้ง	-	-	4	20	1	33.33	4	20	10	20
การอาบน้ำมากกว่า 1 ครั้ง	-	-	16	80	2	66.67	16	80	10	80
การสระผม										
1. จำนวน 2 ครั้ง	-	-	5	25	-	-	4	20	10	50
2. จำนวน 3 ครั้ง	-	-	14	70	-	-	15	75	8	40
3. มากกว่า 3 ครั้ง	-	-	1	5	-	-	1	5	2	10

จากตาราง 17 พบว่า พฤติกรรมในการอาบน้ำ ผู้ตอบแบบสอบถามเพศชาย อายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิง อายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่อาบน้ำวันละ 1 ครั้ง เพศชายอายุ 36-45 ปี ส่วนใหญ่อาบน้ำวันละ 1 ครั้ง เพศหญิงอายุ 36-45 ปี ส่วนใหญ่อาบน้ำวันละ 1 ครั้ง อายุ 46 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่อาบน้ำวันละ 1 ครั้ง พฤติกรรมการสระผม ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย อายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิง อายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่สระผมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพศชาย อายุ 36 – 45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36 – 45 ปี ส่วนใหญ่สระผมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง อายุ 46 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่สระผมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ตาราง 18 พฤติกรรมการตัดเล็บมือ การถ่ายอุจจาระ และการแปรงฟัน

พฤติกรรมสุขภาพ	25 – 35 ปี				36 – 45 ปี				46 ปีขึ้นไป	
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		-	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ท่านตัดเล็บมือเล็บเท้า										
เสมอหรือไม่										
1. เป็นประจำ	-	-	13	65	-	-	11	55	12	60
2. บางครั้ง	-	-	7	35	-	-	9	45	8	40
ท่านอุจจาระเป็นเวลาทุกวันหรือไม่										
1. เป็นประจำ	-	-	13	65	-	-	9	45	12	60
2. บางครั้ง	-	-	7	35	-	-	11	55	8	40
ท่านแปรงฟันกี่ครั้ง										
1. 1 ครั้ง	-	-	13	65	-	-	9	45	12	60
2. 2 ครั้ง	-	-	7	35	-	-	11	55	8	40

จากตาราง 18 พบว่า พฤติกรรมการตัดเล็บมือเล็บเท้า การถ่ายอุจจาระ และการแปรงฟัน เพศชายอายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่ตัดเล็บมือเล็บเท้าสั้นเป็นประจำ เพศชายอายุ 36-45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36– 45 ปี ส่วนใหญ่ตัดเล็บมือเล็บเท้าสั้นเป็นประจำ อายุ 46 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ตัดเล็บมือเล็บเท้าสั้นเป็นประจำ เพศชายอายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระเป็นประจำ เพศชายอายุ 36-45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36– 45 ปี ส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระเป็นประจำ อายุ 46 ปี ขึ้นไปส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระเป็นประจำ การแปรงฟัน เพศชายอายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 25 – 35 ส่วนใหญ่แปรงฟัน 1 ครั้ง เพศชายอายุ 36 - 45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36– 45 ปี ส่วนใหญ่แปรงฟัน 1 ครั้ง อายุ 46 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่แปรงฟัน 1 ครั้ง

ตาราง 19 พฤติกรรมการตรวจช่องปากและการล้างมือ

พฤติกรรมสุขภาพ	25 – 35 ปี				36 – 45 ปี				46 ปีขึ้นไป	
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		-	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
การตรวจสุขภาพปาก ประจำปี										
1. ไม่ตรวจ	-	-	20	100	-	-	16	80	18	90
2. ตรวจปีละครั้ง	-	-	0	0	-	-	4	20	2	10
วิธีล้างมือ										
1. ล้างน้ำเปล่า	-	-	18	90	-	-	13	65	16	10
2. ล้างด้วยสบู่	-	-	2	10	-	-	7	53	4	90

จากตาราง 19 พฤติกรรมการตรวจช่องปากและการล้างมือ เพศชายอายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิง อายุ 25 – 35 ส่วนใหญ่ไม่ตรวจสุขภาพปาก เพศชายอายุ 36 – 45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36 – 45 ปี ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพปากปีละครั้ง อายุ 45 ปีขึ้นไปตรวจสุขภาพปากปีละครั้ง พฤติกรรมการล้างมือ เพศชายอายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 25 – 35 ส่วนใหญ่ล้างมือด้วยน้ำเปล่า เพศชายอายุ 36-45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36 – 45 ปี ส่วนใหญ่ล้างมือด้วยน้ำเปล่า อายุ 45 ปี ขึ้นไปส่วนใหญ่ล้างมือด้วยน้ำเปล่า

ตาราง 20 พฤติกรรมความถี่ในการล้างมือ

พฤติกรรมสุขภาพ	25 – 35 ปี				36 – 45 ปี				46 ปีขึ้นไป	
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		-	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ความถี่ในการล้างมือ										
1. ล้างบ่อยครั้ง	-	-	2	10	-	-	0	0	2	10
2. ไม่ล้าง	-	-	18	9	-	-	20	10	18	9
ความถี่การล้างมือก่อนทานข้าว										
1. ล้างบ่อยครั้ง	-	-	2	10	-	-	2	10	5	25
2. ไม่ล้าง	-	-	18	9	-	-	18	90	15	75

จากตาราง 20 พฤติกรรมความถี่ในการล้างมือ เพศชาย อายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิง อายุ 25 – 35 ส่วนใหญ่ล้างมือบ่อยครั้ง เพศชายอายุ 36-45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิง อายุ 36– 45 ส่วนใหญ่ล้างมือบ่อยครั้ง อายุ 46 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ล้างมือบ่อยครั้ง ความถี่การล้างมือก่อนทานข้าว เพศชายอายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 25 – 35 ส่วนใหญ่ล้างมือบ่อยครั้ง เพศชายอายุ 36-45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36– 45 ส่วนใหญ่ล้างมือบ่อยครั้ง อายุ 46 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ล้างมือบ่อยครั้ง

ตาราง 21 พฤติกรรมการทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

พฤติกรรมสุขภาพ	25 – 35 ปี				36 – 45 ปี				46 ปีขึ้นไป	
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		-	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
การปฏิบัติเมื่อทานอาหารร่วมกับผู้อื่น										
1. ไม่ใช่ช้อนกลาง	-	-	7	35	10	50	-	-	10	50
2. มีช้อนกลาง	-	-	0	0	2	10	-	-	0	0
3. มีช้อนกลางตักอาหารใส่จานตัวเอง	-	-	13	65	8	40	-	-	10	50

จากตาราง 21 พฤติกรรมการทานอาหารร่วมกับผู้อื่น เพศชาย อายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิง อายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่ไม่ใช่ช้อนกลาง เพศชายอายุ 36 – 45 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีช้อนกลาง เพศหญิงอายุ 36 – 45 ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม อายุ 46 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ใช้ช้อนกลาง

ตาราง 22 พฤติกรรมการสวมเสื้อผ้า

พฤติกรรมสุขภาพ	25 – 35 ปี				36 – 45 ปี				46 ปีขึ้นไป	
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		-	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
การสวมเสื้อผ้า										
1. ใส่ครั้งเดียว	-	-	15	75	-	-	17	85	17	3
2. ใส่หลายครั้ง	-	-	5	25	-	-	3	15	85	15

จากตาราง 22 พฤติกรรมการสวมเสื้อผ้า เพศชาย อายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิง อายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่ใส่เสื้อผ้าครั้งเดียว เพศชาย อายุ 36-45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิง อายุ 36- 45 ปี ส่วนใหญ่ใส่เสื้อผ้าครั้งเดียว อายุ 46 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ใส่เสื้อผ้าครั้งเดียว

ตาราง 23 พฤติกรรมการมีรสนิยมนในการเลือกรสชาติอาหาร

พฤติกรรมสุขภาพ	25 – 35 ปี				36 – 45 ปี				46 ปีขึ้นไป	
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		-	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
รสชาติด้านอาหารที่ชอบ										
1. จืด	-	-	3	37.5	2	10	3	15	8	3.3
2. หวาน	-	-	5	62.5	2	10	0	5	8	13.3
3. เค็ม	-	-	0	0	1	5	2	0	1	5
4. เผ็ด	-	-	0	0	1	5	6	10	3	5
5. กลาง	-	-	8	40	-	-	1	30	6	30
6.เปรี้ยว	-	-	0	0	-	-	7	5	1	5
7. เผ็ด หวาน มัน เค็ม	-	-	4	20	-	-		35	7	35

จากตาราง 23 พฤติกรรมการมีรสนิยมนในการเลือกรสชาติอาหาร เพศชายอายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสหวาน เพศชายอายุ 36-46 ปี ส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสหวานและรสจืด เพศหญิงอายุ 36- 45 ปี ส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสจืด อายุ 46 ปีส่วนใหญรับประทานอาหารรสจืดและรสหวาน

ตาราง 24 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์

พฤติกรรมสุขภาพ	25 – 35 ปี				36 – 45 ปี				46 ปีขึ้นไป	
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		-	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
อาหารที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ใน 1 สัปดาห์										
1. ไม่แน่ใจ	-	-	2	10	-	-	1	5	-	-
2. ไม่เคย	-	-	7	35	-	-	0	0	-	-
3. 1-3 วัน	-	-	8	48	-	-	10	50	-	-
4. 4-6 วัน	-	-	2	10	-	-	7	35	-	-
ปัจจุบันท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์										
1. ไม่แน่ใจ	-	-	2	10	-	-	3	15	7	35
2. ไม่เคยดื่ม	-	-	11	55	-	-	7	35	5	25
3. 1-3 วัน	-	-	6	30	-	-	6	30	3	15
4. 4-6 วัน	-	-	1	5	-	-	4	20	5	25

จากตาราง 24 พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ใน 1 สัปดาห์ เพศชายอายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจ เพศชายอายุ 36– 45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36– 45 ปีส่วนใหญ่ไม่แน่ใจ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ เพศชายอายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่ม เพศชายอายุ 36– 45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36– 45 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่ม อายุ 46 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ไม่เคยดื่ม

ตาราง 25 พฤติกรรมการมีความเครียด และการปฏิบัติตัวเมื่อขับขีหรือซ้อนรถจักรยานยนต์

พฤติกรรมสุขภาพ	25 – 35 ปี				36 – 45 ปี				46 ปีขึ้นไป	
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		-	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
เคยมีความเครียดวิตกกังวล ไม่สบายใจ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ										
1. ไม่เคย	-	-	13	65	-	-	13	65	14	70
2. เคย	-	-	7	35	-	-	7	35	6	30
ปฏิบัติตามกฎจราจรเมื่อขับขีหรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์										
1. ไม่เคย	-	-	2	10.5	-	-	2	10	2	10
2. เคย	-	-	17	89.5	-	-	18	90	18	90

จากตาราง 25 พฤติกรรมการมีความเครียด วิตกกังวล ไม่สบายใจ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ เพศชายอายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคย เพศชายอายุ 36– 45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36– 45 ปีส่วนใหญ่ไม่เคย อายุ 46 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ไม่เคย การปฏิบัติตามกฎจราจรเมื่อขับขีหรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ เพศชาย อายุ 25 – 35 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 25 – 35 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ เพศชายอายุ 36– 45 ปี ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศหญิงอายุ 36– 45 ปี ส่วนใหญ่เคยปฏิบัติ อายุ 46 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่เคยปฏิบัติ

ผลการศึกษา

คณะผู้วิจัย ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบ้านซาดทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เมื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์จนได้เครื่องมือในการวิจัย และได้นำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย เพื่อให้ได้คำตอบการวิจัยทั้ง 3 ข้อ ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยจำแนกตามเพศและวัย ข้อที่ 2. เพื่อค้นหาองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน ข้อที่ 3. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชน ผลการศึกษาตอบคำถามเป็นรายข้อดังนี้

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยจำแนกตามเพศและวัย มีดังนี้ สภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนบ้านซาด กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศชาย จำนวน 2 คน ขาดความอบอุ่นในครอบครัว เช่น ไม่ได้อยู่กับครอบครัวต้องออกไปทำงานรับจ้างต่างถิ่น ทำให้เกิดความไม่เข้าใจ ไม่ไว้ใจกัน กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศหญิง จำนวน 11 คน ขาดความอบอุ่นในครอบครัว เช่น พ่อดื่มเหล้า สูบบุหรี่ทุกวัน หรือ พ่อต้องไปทำงานในเมือง ไม่ได้อยู่กับครอบครัวเกิดความห่างเหิน ขาดที่พึ่ง แม่ก็ชรา กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศชาย จำนวน 6 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ นอนไม่คอยหลับหรือหลับไม่สนิท กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศหญิง จำนวน 13 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ จุกเสียดปวดท้อง ปวดขัด ปวดเบา ปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่คอยหลับหรือหลับไม่สนิท เกิดความกังวล เกิดความเหงา จนกลายเป็นความเครียดในบางครั้ง กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป เพศชาย จำนวน 8 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ทานข้าวไม่อร่อย นอนไม่หลับ กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป เพศหญิง จำนวน 25 คนเกิดความเครียดจากสภาพร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยทอง มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด กับสุขภาพทั่วไป เช่น เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ทานข้าวไม่อร่อย นอนไม่หลับ อยู่โดดเดี่ยว

คำถามการวิจัยข้อที่ 2. เพื่อค้นหาองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน

คณะผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ประชาชนบ้านซาดใช้องค์ความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้านที่มีคุณสมบัติทางยามารักษาผู้ป่วย โดยปรับใช้หรือแปรสภาพความเข้มข้นของสมุนไพรให้เหมาะกับผู้ป่วย เช่น กลุ่มอายุ 25-35 ปี เพศหญิงมักใช้สมุนไพรในรูปแบบน้ำผัก น้ำผลไม้เพื่อสุขภาพ โดยนำผัก ผลไม้มาคั้นเอาเฉพาะน้ำ นำมาผสมกันหลายชนิดเติมน้ำแข็ง น้ำตาลหรือเกลือป่นเล็กน้อย เพศชายรับประทานสมุนไพรสดในรูปของเครื่องเคียงแกงส้มลาบ แก้ม น้ำพริกหรืออาหารที่มีรสจัดได้ เช่น ชিংอ่อน ขมิ้นอ่อน ยอดสะเดา ใบโหระพา กลุ่มอายุ 36-45 ปี เพศหญิงมักใช้สมุนไพรในรูปแบบการปรุงอาหารให้สุก เช่น นำมาเป็นส่วนผสมของแกงเผ็ด แกงจืด เพศชาย รับประทานสมุนไพรสดในรูปของเครื่องเคียงแกงส้มลาบ แก้มน้ำพริก หรืออาหารที่มี

รจัด กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป เพศหญิง มักใช้สมุนไพรหลายชนิดรวมกันในการทำอาหารโดยไม่ใช้ส่วนผสมที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม เช่น แกลง เลียง ย่าตระไคร้ ปลายี่งสมุนไพร ใช้สมุนไพรในการบำรุงรักษาผิวพรรณและบำบัดอาการป่วยเมื่อยตามร่างกาย เช่น การทำสปา ใช้สมุนไพรในการดับกลิ่นอับในบ้าน เช่น ใบเตย ตะไคร้หอมกันยุง ใช้สมุนไพรทำเป็นยาอม ลูกกลอนเพื่อนให้ชุ่มคอและรักษากลิ่นปาก และสุดท้ายใช้สมุนไพรเป็นสินค้าเพื่อประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว ด้วยวัยและความสามารถในการเรียนรู้ในสิ่งที่ใกล้ตัวจะทำให้กลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ได้รับความสนใจจากผู้ซื้อเป็นอย่างดี

คำถามการวิจัยข้อที่ 3. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชน รูปแบบการสร้างสุขภาวะคือมีองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ คือ 1. ชุมชนมีภาวะความเป็นผู้นำ หมายถึงประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนสนใจใฝ่รู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นอย่างดี และมีความตื่นตัวยอมรับกับสิ่งใหม่ๆที่เกิดขึ้นในชุมชน มีความกระตือรือร้นที่ได้พบกับผู้มาเยือนสังเกตได้จากเมื่อนักวิจัยเข้าไปพบ ได้พูดคุย สนทนาเรื่องราวต่างๆ ชุมชนให้การต้อนรับเป็นอย่างดี ยินดีที่จะสนทนาด้วย พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือกับนักวิจัยในการทำงานเป็นอย่างดี หากมีองค์กรหรือหน่วยงานให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนได้กล้าคิดกล้าแสดงออกหรือผลักดันให้เป็นผู้นำความคิดในด้านต่างๆ ก็จะเกิดภาวะผู้นำในชุมชนได้ง่าย 2. ชุมชนมีองค์ความรู้ที่ทันสมัย คือมีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสร้างกลุ่มประชาคมด้านสุขภาพสร้างเครือข่ายสื่อมวลชน โดยการให้ตัวแทนชุมชนหรือ อสม. ไปจัดรายการวิทยุชุมชนหรือหอกระจายข่าว, มีการใช้รถแห่เข้าไปในชุมชน, มีการจัดกิจกรรมในวันสำคัญๆ ตามปฏิทิน, มีการจัดกิจกรรมพิเศษเมื่อมีเหตุการณ์เฉพาะหน้าเช่นน้ำท่วม ไฟไหม้ ฯลฯ เพื่อแรงจูงใจให้ความรู้ด้านสาธารณสุขสุขทั่วไป มีองค์กรต่าง ๆ เข้ามาแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มาให้ความรู้ในชุมชนมากขึ้น เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับชุมชน 3. ชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน หมายถึงประชาชนส่วนใหญ่จะมีความผูกพันกันทางสายเลือด เป็นญาติ เป็นเขย เป็นสะใภ้ เป็นเพื่อนที่เข้ามาอยู่ในชุมชนเป็นครอบครัว หรือมาสร้างครอบครัวใหม่ ดังนั้นความเป็นอยู่จึงมีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น มีอาชีพทำนา รับจ้างทั่วไป มีความห่วงใยเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจช่วยเหลือกัน เมื่อมีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นในชุมชนก็จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี 4. ชุมชนมีกระบวนการจัดการชุมชน หมายถึง การมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งหรือมีองค์กรที่จะผลักดันชุมชนให้เกิดการสร้างงานสร้างอาชีพขึ้นในชุมชน ผลักดันชุมชนให้มีรายได้จะได้ไม่ไปทำงานต่างถิ่น ได้อยู่ใกล้ครอบครัว เกิดความอบอุ่น ความเครียดก็จะลดลง สร้างองค์การการเรียนรู้ในชุมชนเพื่อให้ชุมชนสามารถดำเนินกิจการต่างๆ ได้ด้วยกระบวนการของกลุ่ม 5. ชุมชนมีการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึงชุมชนบ้านชาดภูมิปัญญาด้านการใช้สมุนไพรจากพืชพื้นบ้านในการรักษาโรค

บทที่ 7

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่อง รูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชนบ้านชาด หมู่ที่ 2 ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะของประชาชนบ้านชาด โดยจำแนกตามเพศและวัย 2. เพื่อค้นหาองค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนบ้านชาด และ 3. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของประชาชนบ้านชาด มีพื้นที่การศึกษาครอบคลุมชุมชนบ้านชาด หมู่ที่ 2 ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ มีคณะวิจัยชาวบ้านในชุมชนร่วมทำงาน จำนวน 15 คน กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 1. การสร้างคณะวิจัย 2. การค้นหาและกำหนดโจทย์วิจัย 3. การพัฒนาโครงการวิจัย 4. การศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนโดยทั่วไป บริบทชุมชนด้านสาธารณสุขและภูมิปัญญาชาวบ้าน 5. ดำรวจสุขภาพเพื่อหาดัชนีมวลกาย 6. วางแผนโครงการ 7. ปฏิบัติการตามโครงการ 8. สรุปบทเรียน มีขอบเขตการศึกษาด้านเนื้อหาสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ขอบเขตด้านประชากรกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 25-46 ปีขึ้นไปแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้นำชุมชนและผู้มีบทบาทด้านสาธารณสุขชุมชน ครู ปรารักษ์ชาวบ้าน จากบุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) สุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 2 ประชาชนทั่วไปที่สนใจปัญหาสาธารณสุขสุ่มตัวอย่างแบบสะดวกโดยการเชิญชวนเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยบทบาทของประชาชนที่อาศัยในชุมชนที่สนใจปัญหาด้านสาธารณสุข จำนวน 55 คน ได้ทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรูปแบบเชิงประจักษ์ (Empirically Based Pattern) คือนักวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเชิงคุณภาพคือแบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเชิงปริมาณคือแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ค่าความแปรปรวน 98 % สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทุกขั้นตอนสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาวะของประชาชนบ้านชาด โดยจำแนกตามเพศและวัย เพื่อค้นหาองค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนบ้านชาด และเพื่อศึกษารูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของ

ประชาชนบ้านขาด โดยซื้อสรุปประชาชนเพศหญิง อายุ 25-35 ปี ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพ เป็นอย่างดีและมีความสม่ำเสมอในทุกๆ เรื่อง เช่น การอาบน้ำมากกว่า 1 ครั้ง มีจำนวนรอยละ 80 การสระผมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีจำนวนรอยละ 70 ดังรายละเอียดในบทที่ 6

คณะวิจัย ได้ศึกษารูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของชุมชนบ้านขาด ใช้การศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เมื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์จนได้เครื่องมือในการวิจัย และได้นำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย เพื่อให้ได้คำตอบการวิจัย ดังนี้ คำถามหลัก รูปแบบการสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องเหมาะสมกับเพศและวัยของประชาชนบ้านขาด ควรเป็นอย่างไร คำถามย่อย ข้อ 1. ปัญหาสุขภาวะของประชาชนบ้านขาดจำแนกตามเพศและวัยเป็นอย่างไร ข้อ 2.องค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนบ้านขาดเป็นอย่างไร และข้อ 3.ชุมชนบ้านขาดจะนำองค์ความรู้ใดมาปรับใช้ในการสร้างเสริมสุขภาวะที่เหมาะสมกับเพศและวัยของประชาชน สรุปผลการศึกษาดังนี้

สภาพปัญหาสุขภาวะของประชาชนบ้านขาด มีดังนี้ กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศชาย จำนวน 2 คน ขาดความอบอุ่นในครอบครัว เช่น ไม่ได้อยู่กับครอบครัวต้องออกไปทำงานรับจ้างต่างถิ่น ทำให้เกิดความไม่เข้าใจ ไม่ไว้ใจกัน ปัญหาเศรษฐกิจ ใช้ชีวิตแต่ละวันต้องอาศัยเงินคือหลักสำคัญ ในการดำเนินชีวิต ต้องหาเงินซื้ออาหาร, จ่ายค่าน้ำค่าไฟ ค่าน้ำมันรถ ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตัวเอง ต้องเช่าจากผู้อื่น กลุ่มอายุ 25 – 35 ปี เพศหญิง จำนวน 11 คน ขาดความอบอุ่นในครอบครัว เช่น พ่อดื่มเหล้า สูบบุหรี่ทุกวัน หรือ พ่อต้องไปทำงานในเมือง ไม่ได้อยู่กับครอบครัว เกิดความห่างเหิน ขาดที่พึ่ง แม่ก็ขร่าไม่มีเรี่ยวแรง ปัญหาเศรษฐกิจรายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย มีรายได้จากการทำไร่ ทำนาเป็นรายปี แต่มีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเป็นรายวันเป็นรายเดือน ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเองต้องเช่าจากผู้อื่น กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศชาย จำนวน 6 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ นอนไม่ค่อยหลับหรือหลับไม่สนิท มีปัญหาในครอบครัว เช่น ลูกไม่อยู่บ้าน ไม่เรียนหนังสือ แม่บ้านไม่มีงานทำ ตนเองต้องไปทำงานหารายได้ต่างถิ่นต้องอยู่ห่างไกล ครอบครัวยังทำให้เกิดความเหงาเป็นบางครั้ง กลุ่มอายุ 36 – 45 ปี เพศหญิง จำนวน 13 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ จุกเสียดปวดท้อง ปวดขัด ปวดเบา ปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่ค่อยหลับหรือหลับไม่สนิท รายได้ไม่พอกับรายจ่าย มีลูกหลายคน ทำให้เกิดอาการเครียดมีปัญหาในครอบครัว เช่น สามัคคีทะเลาะ – สูบบุหรี่ ลูกไม่อยู่บ้าน ไม่เรียนหนังสือ หัวหน้าครอบครัวหรือเสาหลักของบ้านไปทำงานหารายได้ต่างถิ่นต้องอยู่ห่างไกลครอบครัวทำให้คิดมาก เกิดความกังวล เกิดความเหงา จนกลายเป็นความเครียดในบางครั้ง กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป

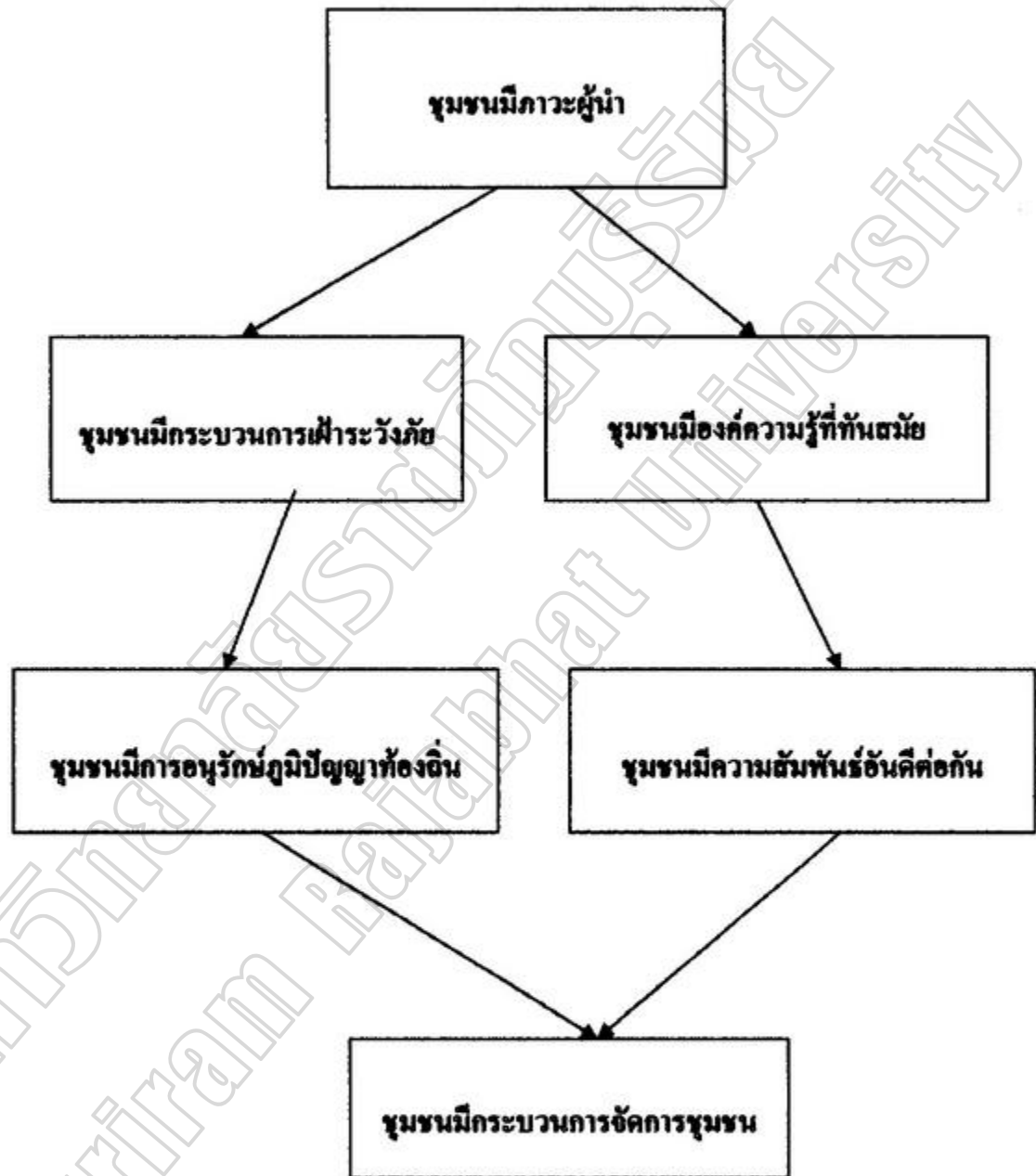
เพศชาย จำนวน 8 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ทานข้าวไม่อร่อย นอนไม่หลับอยู่โดดเดี่ยว คนในครอบครัวแยกย้ายไปมีครอบครัวตนเอง หรือไปทำงานต่างถิ่น ยาสมุนไพรที่เคยกินได้หายเร็วก็ถูกห้ามไม่ให้นำมากิน เพราะถูกหลานกลัวมีเชื้อโรค รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย เพราะทุกอย่างต้องซื้อ สิ่งของที่มีประโยชน์ตามหมอแนะนำก็ไม่ได้ซื้อ เพราะไม่มีเงิน กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป เพศหญิง จำนวน 25 คนเกิดความเครียดจากสภาพร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยทอง มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เช่น หน้ามืด กับสุขภาพทั่วไป เช่น เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ทานข้าวไม่อร่อย นอนไม่หลับ อยู่โดดเดี่ยว คนในครอบครัวแยกย้ายไปมีครอบครัวหรือไปทำงานต่างถิ่น ยาสมุนไพรที่เคยกินได้หายเร็วก็ถูกห้ามไม่ให้นำมากิน เพราะถูกหลานกลัวมีเชื้อโรค รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย เพราะทุกอย่างต้องซื้อ สิ่งของที่มีประโยชน์ตามหมอแนะนำก็ไม่ได้ซื้อเพราะไม่มีเงิน

ชุมชนบ้านชาคนจะนำองค์ความรู้ที่ได้นำมาปรับใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับเพศและวัยของประชาชน คณะวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ประชาชนบ้านชาคนใช้องค์ความรู้ด้านสมุนไพรที่บ้านที่มีคุณสมบัติทางยามารักษาผู้ป่วย โดยปรับใช้หรือแปรสภาพความเข้มข้นของสมุนไพรให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น กลุ่มอายุ 25-35 ปี เพศหญิงมักใช้สมุนไพรในรูปแบบน้ำคั้น น้ำผลไม้เพื่อสุขภาพ โดยนำคั้น ผลไม้มาคั้นเอาเฉพาะน้ำ นำมาผสมกับหลายชนิดเติมน้ำแข็ง น้ำตาลหรือเกลือป่นเล็กน้อย เพศชายรับประทานสมุนไพรสดในรูปของเครื่องเคียง แกงส้มปลา แกมมน้ำพริกหรืออาหารที่มีรสจัดได้ เช่น จิงอ่อน ขมิ้นอ่อน ยอดสะเดา ใบโหระพา กลุ่มอายุ 36-45 ปี เพศหญิงมักใช้สมุนไพรในรูปแบบการปรุงอาหารให้สุก เช่น นำมาเป็นส่วนผสมของแกงเผ็ด แกงจืด เพศชาย รับประทานสมุนไพรสดในรูปของเครื่องเคียงแกงส้มปลา แกมมน้ำพริก หรืออาหารที่มีรสจัด กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป เพศหญิง มักใช้สมุนไพรหลายชนิดรวมกันในการทำอาหาร โดยไม่ใช้ส่วนผสมที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม เช่น แกงเลียง ข้าวกระป๋อง ปลาแห้งสมุนไพร ใช้สมุนไพรในการบำรุงรักษาผิวพรรณและบำบัดอาการป่วยเมื่อตามร่างกาย เช่น การทำสปา ใช้สมุนไพรในการดับกลิ่นอับในบ้าน เช่น ใบเตย ตะไคร้หอมกันยุง ใช้สมุนไพรทำเป็นยาอมลูกกลอนเพื่อนให้ชุ่มคอและรักษากลิ่นปาก และสุดท้ายใช้สมุนไพรเป็นสินค้าเพื่อประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว ด้วยวัยและความสามารถในการเรียนรู้ในสิ่งที่ใกล้ตัวจะทำให้กลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ได้รับความสนใจจากผู้ซื้อเป็นอย่างดี รูปแบบการสร้างสุขภาพจะต้องมีองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ คือ 1. ชุมชนมีภาวะความเป็นผู้นำ 2. ชุมชนมีองค์ความรู้ที่ทันสมัย 3. ชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน 4. ชุมชนมีกระบวนการจัดการชุมชน 5. ชุมชนมีการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น 6. ชุมชนมีกระบวนการเฝ้าระวังภัย

องค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนบ้านซาคเป็นอย่างไร คณะวิจัยใช้แบบ สัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ประชาชนบ้านซาคใช้องค์ความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้านที่มี คุณสมบัติทางยาในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หากมีอาการป่วยเรื้อรังก็จะนำผู้ป่วยไปรักษาที่ โรงพยาบาลประจำอำเภอหรือจังหวัด แนวทางการเรียนรู้สรรพคุณสมุนไพรได้มาจากบรรพบุรุษ ถ่ายทอดกันมาเป็นทอดๆ โดยรูปแบบครูพักลักจำ ไม่มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ชุมชนบ้านซาคจะนำองค์ความรู้ใดมาปรับใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับเพศ และวัยของประชาชน คณะวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ประชาชนบ้านซาคใช้ องค์ความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้านที่มีคุณสมบัติทางยามารักษาผู้ป่วย โดยปรับใช้หรือแปรสภาพ ความเข้มข้นของสมุนไพรให้เหมาะกับผู้ป่วย เช่น กลุ่มอายุ 25-35 ปี เพศหญิงมักใช้สมุนไพร ในรูปแบบน้ำผัก น้ำผลไม้เพื่อสุขภาพ โดยนำผัก ผลไม้มาคั้นเอาเฉพาะน้ำ นำมาผสมกันหลายชนิด เติมน้ำแข็ง น้ำตาลหรือเกลือป่นเล็กน้อย เพศชาย รับประทานสมุนไพรสดในรูปของเครื่องเคียง แก้มลาบ น้ำพริกหรืออาหารที่มีรสจัดได้ เช่น จิงอ่อน ขมิ้นอ่อน ยอดสะเดา ใบโหระพา เป็นต้น กลุ่มอายุ 36-45 ปี เพศหญิง มักใช้สมุนไพรในรูปแบบการปรุงอาหารให้สุก เช่น นำมาเป็นส่วนผสม ของแกงเผ็ด แกงจืด ต้มยำหรือต้ม เช่น ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด มะนาว พริกสด เป็นต้น เพศชาย รับประทานสมุนไพรสดในรูปของเครื่องเคียงแก้มลาบ น้ำพริกหรืออาหารที่มีรสจัด และมักใช้ สมุนไพรในรูปแบบการปรุงอาหารให้สุก เช่น นำมาเป็นส่วนผสมของอาหารระหว่งมือ เช่น ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด มะนาว พริกสด เป็นต้น กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป เพศหญิง มักใช้สมุนไพรหลาย ชนิดรวมกัน ในการทำอาหาร โดยไม่ใช้ส่วนผสมที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม เช่น แกงเลียง ยำ ตะไคร้ ปลานึ่งสมุนไพร ใช้สมุนไพรในการบำรุงรักษาผิวพรรณและบำบัดอาการป่วยเมื่อยตาม ร่างกาย เช่น การทำสปา การอบไอน้ำ การอยู่ไฟ การพอกหน้า / ถัดด้วยขมิ้น ใช้สมุนไพรในการ คัดกลิ่นอับในบ้าน เช่น ใบเตย ตะไคร้หอมกันยุง ใช้สมุนไพรทำเป็นยาอมลูกกลอนเพื่อนำให้ชุ่มคอ และรักษากลิ่นปาก และสุดท้ายใช้สมุนไพรเป็นสินค้าเพื่อประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและ ครอบครัว ด้วยวัยและความสามารถในการเรียนรู้ในสิ่งที่ใกล้ตัวจะทำให้กลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ได้รับความ สนใจจากผู้ซื้อเป็นอย่างดี เพศชาย รับประทานสมุนไพรสดในรูปของเครื่องเคียงทุกมื้อ พิซ ผักสด เช่น ผักบุ้ง ใบสะเดา หัวปลี ถั่วต่างๆ เลือกส่วนที่เป็นยอด ใช้สมุนไพรไล่แมลง สมุนไพร กลิ่นฉุนหรือมีรสเผ็ด เช่น สาบเสือ พริกไทย พริก ตะไคร้หอม กระเพรา จิง ข่า ใบสะเดา น้อยหน่า เป็นต้น

คณะผู้วิจัย สร้างรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องเหมาะสมกับเพศและวัยของ
ประชาชนบ้านชาด ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องเหมาะสมกับเพศและวัยของประชาชน
บ้านชาด

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย รูปแบบการสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องเหมาะสมกับเพศและวัยของประชาชนบ้านซาด หมู่ที่ 2 ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ควรเป็นอย่างไร คณะวิจัยได้นำประเด็นที่พบมาอภิปรายผลดังนี้ รูปแบบของการสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องเหมาะสมกับเพศและวัยของประชาชนบ้านซาดควรมีองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบคือ

1. ชุมชนมีภาวะผู้นำ
2. ชุมชนมีองค์ความรู้ที่ทันสมัย
3. ชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน
4. ชุมชนมีกระบวนการจัดการชุมชน
5. ชุมชนมีการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น และ
6. ชุมชนมีกระบวนการเฝ้าระวังภัย แจกแจงรายละเอียดเป็นประเด็นได้ ดังนี้

1. ชุมชนมีภาวะผู้นำ จากการที่คณะวิจัยได้เข้าไปศึกษาบริบทชุมชน ได้สนทนากับกลุ่มเป้าหมายได้ข้อสังเกตว่าประชาชนส่วนใหญ่สนใจใฝ่รู้ในสิ่งแวดล้อมรอบข้าง และมีความตื่นตัวกับสิ่งแปลกใหม่ พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือกับนักวิจัยในการทำงานเป็นอย่างดี หากมีองค์กรหรือหน่วยงานให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนได้กล้าคิดกล้าแสดงออกหรือผลักดันให้เป็นผู้นำความคิดในด้านต่างๆ สอดคล้องกับแนวความคิดของ ประเวศ วะสี (2539 : 34) ที่ว่าชุมชนหมายถึงคนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกันมีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความพยายามทำอะไรร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำซึ่งรวมถึงการติดต่อสื่อสารกัน และมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับ ปาวิชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2543 : 49) ซึ่งได้สรุปการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลรวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน และการมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือการส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชน หรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของคนในการจัดการ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มควบคุมการใช้ และการกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของคนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

2. ชุมชนมีองค์ความรู้ที่ทันสมัย จากพัฒนาการความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบันที่สามารถเข้าถึงผู้รับ ได้อย่างกว้างขวาง อีกทั้งเครื่องมือสื่อสารก็มีราคาไม่สูงมากนัก รวมถึงนโยบายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ในเรื่อง

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งแผนฉบับนี้ตระหนักว่าระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน มีกรอบในการวิเคราะห์ปัญหาทั้งระบบสาธารณสุข หมายถึงการพัฒนาที่กว้างขวางและมีความเป็นสากลมากขึ้น สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ให้การสนับสนุนแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ 3P (ฮ้างถึงใจ จรด คฤณวุฒิพงษ์, 2545) People คือ เน้นการดูแล “คน” เป็นศูนย์กลางตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์จนตาย โดยแบ่งกลุ่มแม่และเด็ก วัยเรียน วัยทำงาน วัยทอง วัยสูงอายุ โดยคาดหวังว่าอัตราการตายของแม่และเด็กลดลง เด็กได้รับการศึกษา สัมฤทธิ์ผลสูง ประชาชนมีงานทำรายได้ดี และท้ายที่สุด คือ ไม่เจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร อายุขัยเฉลี่ยมากขึ้น Place คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ อันได้แก่ ครอบครัวสุขภาพดี โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เมื่อนำอยู่ ประเทศน่าอยู่ โดยคาดหวังว่าจะมีจำนวนสถานที่ๆ มีการพัฒนาที่ได้เกณฑ์มาตรฐานเพิ่มมากขึ้น และ Participation คือ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน คาดหวังว่าจะมีจำนวนชุมชน ประชาคมด้านสุขภาพ เครือข่าย สื่อมวลชน สมาคม องค์กรต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับชุมชนอย่างทั่วหน้า

3. ชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน แนวทางนี้มีความหมายไปในทิศทางเดียวกับ กาญจนา แก้วเทพ (2538 : 42) ที่กล่าวถึงการศึกษารวมชนต้องศึกษาในเรื่องการทำความเข้าใจ การที่คนภายในหรือภายนอกทำความเข้าใจหรือทำความเข้าใจกับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ใดก็ตาม หรือกลุ่มคนที่ต้องการทำความเข้าใจจะเป็นนักวิชาการ นักพัฒนา ฯลฯ ซึ่งการทำความเข้าใจถือว่าเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการทำงานกับชุมชน จะเป็นการศึกษารวมชนในเชิงวิชาการหรือเพื่อพัฒนางานก็จะส่งผลทำให้งานการศึกษารวมชนบรรลุวัตถุประสงค์หรือบรรลุเป้าหมายในขั้นต่อไป การยอมรับในสิ่งที่ชุมชนเป็นและมีความแตกต่างจากชุมชนอื่น ๆ เมื่อผู้เข้าไปศึกษารวมชน ทำความรู้จักชุมชนแล้ว คงต้องยอมรับว่าชุมชนแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกันในด้านสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง เพื่อให้เข้าใจลักษณะของแต่ละชุมชน ความบริบทที่เป็นอยู่ เมื่อผู้ที่ศึกษารวมชนยอมรับในสิ่งที่ชุมชนเป็นอยู่ การเรียนรู้เรื่องราวของชุมชนนั้น ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น การศึกษารวมชนที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยควรนำมาซึ่งความรู้เรื่องพื้นที่ สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้งภายในภายนอกชุมชน การทำความเข้าใจ การเรียนรู้ชุมชนในด้านต่าง ๆ จะช่วยสร้างความเข้าใจเรื่องของคนในชุมชนว่ามีแบบแผนในการดำรงชีวิต และการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ อย่างไร เพื่อให้สามารถระบุปัญหาและกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเรื่องต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ กับชุมชนอย่างสอดคล้องและลงตัว การอธิบายอย่างเป็นระบบ ก็คือ การศึกษารวมชนและการอธิบายถึงสภาพโดยรวมของชุมชนว่าเป็นอย่างไร อธิบายระบบชีวิตทั้งหลายของชุมชนอย่างเป็นองค์รวม

และบูรณาการ การอธิบายจากองค์ประกอบของชุมชนมาสู่ภาพรวมในความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลรูปแบบการผลิต หรือการทำมาหากิน รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก การจัดระเบียบสังคม โครงสร้างอำนาจในชุมชน ปัจจัยหรืออิทธิพลจากภายนอกที่เกี่ยวข้องกับชุมชนที่กำหนดทิศทางและรูปแบบความสัมพันธ์ ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยทำให้มองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลง และปัญหาของชุมชนที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง การตีความความหมายที่ซ่อนอยู่ นอกจากการศึกษาชุมชนจะมองสภาพภายนอกที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปแล้ว แต่สิ่งที่อยู่ภายในชุมชนไม่ใช่มีแค่เฉพาะสิ่งที่เป็นรูปธรรมที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า พฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนล้วนแล้วแต่มีนัยยะที่แอบแฝงอยู่ทั้งสิ้น โดยเฉพาะในเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้มาจึงจำเป็นต้องมีการตีความหมายความสัมพันธ์ที่ซ่อนอยู่ การวิเคราะห์เป็นกระบวนการหรือขั้นตอนหนึ่งของการศึกษาชุมชนเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์อธิบายถึงความสัมพันธ์ในภาพรวมรวมทั้งบริบทที่เกี่ยวข้องอธิบายถึงปัจจัยและสาเหตุต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกที่ทำให้ชุมชนเป็นแบบนั้นอาจจะดูการปรับตัว ความเคลื่อนไหวในชุมชนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันว่ามีปัญหาอะไร ชุมชนมีกระบวนการแก้ปัญหาของตนเองอย่างไร และ มีการประเมินผล เมื่อผ่านกระบวนการวิเคราะห์ในภาพรวมรวมถึงการมองเห็นปัญหาตลอดจนกระบวนการใช้ภูมิปัญญาของชุมชนในการแก้ปัญหาอย่างไร และกระบวนการแก้ปัญหาเหล่านั้นทำให้ชุมชนเป็นอย่างไร ประสพผลสำเร็จหรือไม่อย่างไร ที่ผ่านมาชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้เรื่องใดบ้าง

4. ชุมชนมีกระบวนการจัดการชุมชน ผู้นำชุมชนหรือองค์กรที่มีส่วนในการผลักดันชุมชนให้เกิดการสร้างงานประชาชนจะได้ไม่ไปทำงานที่อื่น ได้อยู่ใกล้ชีวิตครอบครัวทำให้เกิดความอบอุ่น ควรจะมีบทบาทในเรื่องการจัดการขับเคลื่อนชุมชนให้พัฒนาได้เป็นอย่างดี เพราะมีบริบทและความน่าเชื่อถือเป็นทุนเดิม ซึ่ง WHO/UNICEF (1978 : 12) ได้เสนอรูปแบบของกระบวนการมีส่วนร่วมการจัดการชุมชนไว้ 4 ขั้นตอน คือการวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามประเมินผล และ ประการสำคัญ คือต้องตัดสินใจด้วยตนเอง การดำเนินกิจกรรม ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และบริหารการใช้ทรัพยากรมีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมทางการเงิน การใช้ประโยชน์โดยประชาชนต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และการได้รับประโยชน์ โดยประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชน ในพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน

5. ชุมชนมีการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่นนับเป็นสมบัติที่มีค่าของชุมชนที่จะหล่อเลี้ยงประชาชนในชุมชนให้มีความสุขและมีความภาคภูมิใจในความเป็นท้องถิ่นของตนเอง สามารถใช้ดอกผลหรือผลผลิตไปได้ยาวนานเท่านาน ภูมิปัญญาบ้านชาดมีหลายประเภท เช่น ด้านการใช้ยาและยาสมุนไพร ซึ่ง วุฒินันท์ ภูจำนงค์. ได้พูดถึงสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคในบ้านชาดว่า มีหลายชนิด เกิดขึ้นทั่วไปในชุมชนในป่า สมุนไพร หมายถึงพืชหรือส่วนต่างๆ ของพืชที่หาได้ในท้องถิ่นและนำมาใช้เป็นยาในการบำบัดรักษาโรคต่างๆ ประชาชนบ้านชาดในอดีตมีลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งมาตามฤดูกาล เช่น ไข้หวัด คัดหวัด ในช่วงฤดูหนาวชาวบ้านจะไม่สบายมากที่สุด การรักษาจะรักษาด้วยการทานยาต้ม ยาฝน การเป่าโดยหอมพื้นบ้าน ใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นในการรักษาโรค ตัวอย่างภูมิปัญญาชาวบ้านในการรักษาโรค หรือภูมิปัญญาด้านหอมพื้นบ้านของบ้านชาด เป็นการดูแลสุขภาพที่มีมาแต่ในอดีต เกิดจากการเรียนรู้ธรรมชาติ ลองผิดลองถูกและจดจำบอกเล่าสืบต่อกันมา มีความแตกต่างกันไปตามสิ่งแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ ทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อต่างๆ เช่น หอมธรรมชาติ หอมเป่า หอมพื้นบ้าน การรักษาเป็นกระบวนการที่เกิดจากการผสมผสานกันระหว่างปัจจัยต่างๆ เช่น สภาพภูมิศาสตร์ และกระบวนการทางวัฒนธรรม ถ่ายทอดในกลุ่มของหมู่บ้านชาด รุ่นสู่รุ่น ประกอบด้วย การป้องกันและการรักษา วิถีทางธรรมชาติโยคีศาสตร์และพุทธโยคีศาสตร์ ชาวบ้านชาดในอดีตมีความเชื่อเรื่องผี เชื่อว่าผู้มีอิทธิฤทธิ์ยิ่งใหญ่คือ ผีปู่ตาเป็นผู้สร้างสรรพสิ่ง ให้กำเนิดดิน น้ำ ลม ไฟ โลก และมนุษย์ ผีที่ใกล้ชิดชาวบ้านชาดมากที่สุดคือ ผีปู่ตา ซึ่งถือว่าเป็นผีบรรพบุรุษที่มาคอยปกปักรักษาลูกหลาน คอยช่วยเหลือชาวบ้านที่มีทุกข์ร้อน ชาวบ้านจะสร้างศาลพ่อปู่ไว้ที่ใกล้บ้าน นอกจากนี้ชาวบ้านชาดยังเชื่อเรื่องขวัญว่าขวัญเป็นสิ่งรวมศูนย์ชีวิตแต่มองไม่เห็น สัมผัสไม่ได้ มีการทำพิธีสู่ขวัญหรือเรียกขวัญเพื่อสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิต ในพิธีชาวบ้านจำนวนมากจะเอามือแตะตัวอีกคนต่อๆ กันเพื่อจะร่วมกันส่งพลังให้จนถึงบุคคลหนึ่งที่พวกเขาช่วยกันเรียกขวัญกลับมาเป็นสัญลักษณ์ว่าชุมชนระดมจิตใจมาช่วย สิ่งเหล่านี้นับเป็นที่พึ่งทางใจให้กับชาวบ้านเมื่อยามเจ็บป่วยกะทันหันหากได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเบื้องต้น หรือได้รับการดูแลจากบุคคลที่คุ้นเคยเสมือนญาติผู้ใหญ่จะทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจมีกำลังใจในการดำเนินทาน โรคภัยไข้เจ็บได้ระดับหนึ่ง

6. ชุมชนมีกระบวนการเฝ้าระวังภัย การเฝ้าระวังภัยเป็นการป้องกันภัยที่จะเข้ามาในหมู่บ้าน หากประชาชนในชุมชนช่วยกันเป็นหูเป็นตาหรือมีข้อคิดลงร่วมกันจัดเวรยามสอดส่องดูแลสถานการณ์ในชุมชนก็จะทำให้ชุมชนอยู่อย่างปลอดภัย จากแนวคิดนี้คณะวิจัยเสนอให้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่กองสุขศึกษาได้เสนอไว้ (กองสุขศึกษา, 2549 : 13) มาประยุกต์และบูรณาการ ในการเฝ้าระวังภัยโดยให้ประชาชนในชุมชนทุกคนมีส่วนร่วม หลักการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นการทำงานที่ประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ ที่นำไปสู่การค้นหาแนวทางเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนบทให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน วัตถุประสงค์สำคัญของการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ ผู้นำความคิดหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จะนำไปสู่การทดลองเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะร่วมคิด ร่วมค้นปัญหาที่ต้องการแก้ไขในชุมชนกับชาวบ้านซึ่งเป็นผู้ที่จะได้ประโยชน์ (Stakeholders) จากการแก้ไขปัญหานั้น และรวมทั้งคนที่คาดว่าจะเสียผลประโยชน์จากวิธีการแก้ไขปัญหานั้น นั่นคือผู้นำ และ ชาวบ้านต่างตัดสินใจซึ่งกันและกัน ในการค้นหาคำถาม โดยอาจมีหลายคำถามก็ได้ แล้วเรียงลำดับความสำคัญว่าคำถามใดสำคัญที่สุด และคิดว่าจะสามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลาที่ไม่ยาวนาน โดยทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาคำถามและแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้น รวมทั้งต้องวางแผนในการทำงานร่วมกันในทุกกระบวนการ เพราะเป็นกระบวนการค้นหาวิธีการที่ดีที่สุดเหมาะสมที่สุดที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหานั้น ๆ เป็นการคิดวิเคราะห์ ให้ความเห็นและตรวจสอบอย่างเป็นระบบ ที่เรียกว่า เชิงปฏิบัติการ เพราะจะมีการลงมือปฏิบัติจริง มีการกระทำจริง ๆ ในลักษณะทดลองว่าวิธีการใดใช้ได้ดีที่สุด ที่เรียกว่า แบบมีส่วนร่วม คือให้ทุกคนในชุมชนที่คาดว่าจะเป็นผู้ได้ประโยชน์ และ เสียประโยชน์จากกิจกรรมนี้ เข้ามาร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ร่วมกันดำเนินงาน ดังนั้นวิธีการที่ดีที่สุดคือ เป็นวิธีการที่ทุกคนพอใจ โดยมีนักวิชาการเป็นผู้สนับสนุนทางด้านวิชาการ อุปกรณ์งบประมาณ และเทคนิควิธี ฯลฯ ในการเฝ้าระวังชุมชนนับเรื่องผลประโยชน์ของส่วนรวมที่ทุกคนมีส่วนได้ส่วนเสียเหมือนกันขึ้นอยู่กับว่าใครจะได้หรือใครจะเสียก่อนกันเมื่อมีภัยมาถึงชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

รูปแบบการสร้างสุขภาวะในชุมชน เป็นมุมมองหนึ่งของการจัดการชุมชนให้อยู่อย่างมีความสุขและอยู่ได้อย่างยั่งยืน คณะวิจัยข้อเสนอแนะแนวคิดในการทำวิจัยครั้งต่อไปเกี่ยวกับความอยู่เย็นเป็นสุขในชุมชน ดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการจัดการวิสาหกิจชุมชน
2. รูปแบบการบริหารทรัพยากรในชุมชน
3. ศึกษาเปรียบเทียบการจัดการภูมิปัญญาชาวบ้านกับภูมิปัญญาสมัยใหม่

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Buriram Rajabhat University

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา แก้วเทพ. (2538). **สื่อเพื่อชุมชน : การประมวลองค์ความรู้**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). **สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2545-2546**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2543). **คู่มือธงโภชนาการ**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- . (2548). **โภชนบัญญัติ, คอฉันท์ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพของคนไทย**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- . (2548). **สุขภาพดี สิ่งแวดล้อมดี ท้องถิ่นทั่วไค**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- . (2549). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 9**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2547). **สุขภาพและปัญหาจากแอลกอฮอล์**. นนทบุรี : กราฟฟิค แมส
- กัลยาณี วิบุลยกิจนากร. (2545). **“การพัฒนาทักษะและพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์**.
- กัญชพร ผาสุก. (2552). **“สุขภาพในที่ทำงานตามทัศนะของพนักงาน บริษัท ไลอ้อน (ประเทศไทย) จำกัด” สารนิพนธ์ พ.ม.(พัฒนาแรงงานและสวัสดิการ)**. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- เจษฎา จงโพนุลย์พัฒนา. (2546). **“การประเมินประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการทดลองของกระบวนการประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ขององค์กร (AIC) เพื่อ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการนำแผนพัฒนาสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ**. ขอนแก่น : สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จีรศักดิ์ เจริญพันธ์. (2550). **การจัดการสาธารณสุขชุมชน**. มหาสารคาม : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ชัชวาล วงษ์ประเสริฐ. (2528). การจัดการความรู้ในองค์กรธุรกิจ. กรุงเทพฯ : เอ็กเปอร์เน็ท.
- ชยัน วรรณะภูติ. (2536). ความเข้มแข็งของชุมชนและประชาคม. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ. (2551). สถิติการออกกำลังกาย. บุรีรัมย์ : ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
พุทไธสง.
- ไพวัลย์ นรสิงห์. (2546). การประยุกต์ใช้แนวคิดเทคนิค AIC ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ : กรณีศึกษา 3 หมู่บ้านในตำบล
เขารวก อำเภอสนธิ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ ส.ม.(สาธารณสุขชุมชน). ขอนแก่น :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพฯ :
อักษรเจริญทัศน์
- ลือชา วรรัตน์. (2542). A.I.C. กับ อ.บ.ต. โครงการตำราสำนักงานวิชาการกรมอนามัย.
นนทบุรี : ไชเบอร์ เพรส.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2547). การพัฒนาองค์กรชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- นันทนา ชากลิ่นหอม. (2547). “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของพนักงาน บริษัท โคโยต้า เค มอเตอร์ส จำกัด” วิทยานิพนธ์ วท.ม
(วิทยาศาสตร์สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คาร์ณี พานทอง และสุรเสถียร พงษ์หาญยุทธ. (2542). ทฤษฎีการจูงใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประยงค์ นะเงิน. (2544). “ปัจจัยที่ผลต่อการออกกำลังกายและสมรรถภาพทางกายของข้าราชการ
สังกัด กระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครปฐม.” วิทยานิพนธ์ วท.ม (วิทยาศาสตร์
สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปารีชาติ วลัยเสถียร และคนอื่นๆ. (2543). ระบบเครื่องมือสำหรับการบริหารโครงการ.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ประสิทธิ์ สุวรรณรักษ์. (2542). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.
บุรีรัมย์ : คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏบุรีรัมย์.
- ประเวศ วะสี. (2539). ชุมชนเข้มแข็งทุนทางสังคมไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการวิจัย.
- สถิต วงศ์สุวรรณค์. (2544). การพัฒนาบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ : รวมสาสน์.

สมจิตร หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : วิ.เจ. พรินติ้ง.

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2551). **จปฐ.ปี 2551**. กรุงเทพฯ :

บพิศการพิมพ์.

ศูนย์สุขภาพชุมชน. (2531). การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อป้องกัน

และควบคุมโรคความดันโลหิตสูง. (ออนไลน์). ปทุมธานี : กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข. แหล่งที่มา : (<http://dsd.pbru.ac.th/health>)

อรุณ บุญมาก. (2541, เมษายน-มิถุนายน). “รัฐธรรมนูญกับการบริหารทางการแพทย์และการ

สาธารณสุขไทย” วารสารของกระทรวงสาธารณสุข. : 139-140

อรพินท์ สฟโชคชัย. (2537). **กลยุทธ์การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน**. กรุงเทพฯ :

บพิศการพิมพ์.

อรสา เหล่าเจริญสุข. (2543). “ประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ใน

การดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมโรคเอดส์ ของตำบลควนมะพร้าว อำเภอเมือง จังหวัด

พัทลุง” วิทยานิพนธ์ วท.ม (วิทยาศาสตร์สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุทัย หิรัญโค, (2545). **การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน**. กรุงเทพฯ :

สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามการวิจัย

มหาวิทยาลัยสุโขทัย
Buriram Rajabhat University

แบบสอบถามการวิจัย
เรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ลงใน ตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติและเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ 2 บ้าน ชาค ต.มะเพียง อ.พุทธโสภณ จ.บุรีรัมย์

2. อายุ ปี(ใส่อายุเต็มเป็นปี) น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง ซม.

3. เพศ ชาย หญิง

4. สถานภาพสมรส

- โสด คู่
 หม้าย หย่า แยกกันอยู่

5. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด

- ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา อนุปริญญา
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
 อื่น ๆ ระบุ.....

6. ในครอบครัวมีสมาชิก.....คน

7. สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว

- มาก ปานกลาง น้อย

8. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร (อาชีพที่ทำรายได้มากที่สุดในรอบปี)

- เกษตร รับจ้าง
 ค้าขาย รัฐวิสาหกิจ / รับราชการ
 อื่น ๆ ระบุ.....

9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (รวมรายได้ทุกอย่าง) ประมาณ บาท

- ไม่เพียงพอ เพียงพอ

10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุโรค.....

ส่วนที่ 2 พฤติกรรม

2.1 พฤติกรรมการดูแลรักษาร่างกายของใช้สะอาด การรักษาฟันให้แข็งแรงและการล้างมือ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ลงใน ตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติ และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ท่านอาบน้ำวันละกี่ครั้ง

ไม่ทุกวันแล้วแต่โอกาส

1 ครั้ง

มากกว่า 1 ครั้ง

2. ท่านสระผมสัปดาห์ละกี่ครั้ง

1 ครั้ง

2 ครั้ง

3 ครั้ง

มากกว่า 3 ครั้ง

3. ท่านดัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอหรือไม่

สั้นอยู่เสมอ

ไม่แน่นอน

4. ท่านถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวันหรือไม่

เป็นประจำทุกวัน

เป็นบางครั้ง

5. ท่านแปรงฟันวันละกี่ครั้ง

ไม่ได้แปรงฟัน

1 ครั้ง

2 ครั้ง

มากกว่า 2 ครั้ง

6. ท่านได้ตรวจสุขภาพในช่องปาก ประจำปีหรือไม่

ไม่ได้ตรวจ

ตรวจปีละ 1 ครั้ง

ตรวจปีละมากกว่า 1 ครั้ง

7. โดยปกติท่านล้างมืออย่างไร

ล้างมือด้วยน้ำเปล่า

ล้างด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง

ล้างมือด้วยน้ำและสบู่บางครั้ง

8. ความถี่ในการล้างมือ

กิจกรรม	ความถี่ของการปฏิบัติ		
	ล้างเป็นประจำ	ล้างเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ล้าง
1. ก่อนปรุงอาหาร			
2. ก่อนกินอาหาร			
3. หลังใช้ส้วม/ห้องน้ำ			
4. หลังหยิบจับสิ่งสกปรก/ขยะมูลฝอย			

9. การปฏิบัติเมื่อทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

- ไม่มีช้อนกลาง มีช้อนกลาง
 มีช้อนกลางใช้ตักอาหารใส่จานของตนเอง

10. การสวมเสื้อผ้า

- ใส่ครั้งเดียวซัก ใส่ร่วมกับผู้อื่น
 ใส่หลาย ๆ ครั้งซัก

2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติและเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ตามปกติท่านชอบรับประทานอาหาร รสชาติแบบใดมากที่สุด (ตอบเพียง 1 ข้อ)

- จืด หวาน เค็ม เผ็ด กลาง
 เปรี้ยว มัน เปรี้ยว หวาน มัน เค็ม เผ็ด
 อื่น ๆ ระบุ.....

2. ปกติที่บ้านของท่านใช้น้ำมันอะไรในการปรุงอาหารเป็นประจำ

- น้ำมันหมู
 น้ำมันพืช (ถั่วเหลือง ทานตะวัน งา รำข้าว)
 น้ำมันพืช (ปาล์ม)
 น้ำมันมะพร้าว
 อื่น ๆ ระบุ.....

3. ท่านใช้น้ำมันทอดซ้ำกี่ครั้ง

- 1 ครั้ง
 2 ครั้ง
 3 ครั้ง
 มากกว่า 3 ครั้ง

4. ท่านเคยใช้น้ำมันทอดซ้ำหรือไม่

- เคย ไม่เคย

5. เวลาที่ท่านซื้ออาหารประเภทอาหารกระป๋อง เครื่องปรุงรส บะหมี่สำเร็จรูป ผลิตภัณฑ์อาหารอื่น ๆ ได้ดูฉลาก เครื่องหมายการค้า อย. วันหมดอายุ หรือวันผลิตอย่างไร

- ดูทุกครั้ง ดูบางครั้ง ไม่เคยดู

6. ท่านเคยซื้ออาหารประเภทอาหารกระป๋อง เครื่องปรุงรส บะหมี่สำเร็จรูป ผลิตภัณฑ์อาหารอื่น ๆ ที่สภาพของบรรจุภัณฑ์ไม่เรียบร้อย

- ไม่เคย เคย ระบุ.....

7. วิธีการล้างผักหรือผลไม้

- ล้างผ่านน้ำไหล ล้างในภาชนะ
 ล้างแช่น้ำยา ระบุ.....

8. ท่านซื้อผักหรือผลไม้ก่อนรับประทานท่านล้างทุกครั้งหรือไม่

- ล้างทุกครั้ง ล้างเป็นบางครั้ง ไม่เคยล้าง

9. ท่านคั้นน้ำสะอาดวันละกี่แก้ว

- 1-7 แก้ว 8 แก้ว มากกว่า 8 แก้ว

10. น้ำที่ท่านดื่มประจำ คือ

- น้ำฝน น้ำบ่อ, น้ำคลอง น้ำกรอง
 น้ำอัดลม น้ำประปา น้ำบรรจุขวด
 อื่น ๆ ระบุ.....

11. ใน 1 สัปดาห์อาหารที่ท่านรับประทาน

ประเภทของอาหาร	ความถี่ของการปฏิบัติ				
	ทุกวัน	4-6 วัน	1-3 วัน	ไม่เคยกิน	ไม่แน่ใจ
1. กินข้าวซ้อม/ข้าวกล้อง					
2. กินผักทั่วไป					
3. กินผักปลอดสารพิษ					
4. กินผักพื้นบ้าน					
5. กินผลไม้					
6. กินปลา					
7. กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน					
8. กินอาหารที่มีน้ำมันและไขมัน					
9. กินอาหารที่มีรสหวาน					
10. กินอาหารที่มีรสจัด					
11. กินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ					

2.3 พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด/บุหรี่/สุรา/การพนันและการดำเนินทางเพศ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ลงใน ตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติ และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- ไม่สูบ
- เคยสูบแต่เลิก นาน.....ปี.....เดือน
- สูบบางโอกาส
- สูบทุกวัน

2. ปัจจุบันท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือไม่

- ไม่ดื่ม
- เคยแต่เลิก นาน.....ปี.....เดือน
- ดื่บบางโอกาส
- ดื่มทุกวัน

3. ปัจจุบันท่านเที่ยวสถานบันเทิงหรือไม่

- ไป
- บางโอกาส
- เป็นประจำ

4. ปัจจุบันท่านใช้สารเสพติดหรือไม่ (สารเสพติดเช่น ยาบ้า ยาอี ฯลฯ)

- ไม่ใช่
- ไม่ใช่แต่เลิกแล้ว นาน.....ปี.....เดือนใช้บางโอกาส
- ใช้ ระบุ.....

ถ้าใช้สารเสพติดที่ใช้

- เสโรอื่น
- ยาบ้า
- ผีน
- กัญชา
- สารระเหย
- อื่นๆ ระบุ.....

5. ในหมู่บ้านของท่านมีผู้ใช้สารเสพติดหรือไม่

- ไม่มี
- ไม่แน่ใจ
- มี

ถ้าใช้สารเสพติดสารที่ใช้

- เสโรอื่น.....คน
- ยาบ้าคน
- ผีนคน
- กัญชาคน
- สารระเหยคน
- อื่นๆ ระบุ...../.....คน

6. ในหมู่บ้านของท่านมีกิจกรรมด้านยาเสพติดหรือไม่ ถ้าไม่มี ข้ามไปตอบข้อ 8

- ไม่มี
- มี

กิจกรรมที่มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- หมู่บ้านปลอดยาเสพติด
- กีฬาด้านยาเสพติด

- เคนรณรงค์ด้านยาเสพติด
- ค่ายยาเสพติด
- ค่ายยาเสพติด
- ประชาคมหมู่บ้านด้านยาเสพติด
- อาสาสมัครด้านยาเสพติด
- อื่นๆ ระบุ.....

7. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรม(ข้อ 6) หรือไม่

- ไม่มี
- มี

8. ปัจจุบันท่านเล่นการพนันหรือไม่

- ไม่เคยเล่น
- เคยเล่น แต่เลิกแล้ว นาน.....ปี.....เดือน
- เล่นบางโอกาส
- เล่นเป็นประจำ

9. ในปีที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิง หรือ ชาย ขายบริการทางเพศ เช่น โสเภณี หมอนวด นักร้อง เด็กเสเพล หรือไม่

- ไม่เคย
- เคยครั้ง
 - ใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง
 - ใส่ถุงยางอนามัยบางครั้ง
 - ไม่เคยใส่ถุงยางอนามัย

10. ในปีที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงหรือชายที่ไม่ใช่ผู้ขายบริการทางเพศ

- ไม่เคย
- เคยครั้ง
 - ใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง
 - ใส่ถุงยางอนามัยบางครั้ง
 - ไม่เคยใส่ถุงยางอนามัย

2.4 พฤติกรรมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติ และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ในครอบครัวของท่านได้ทำกิจกรรมร่วมกันบ่อยครั้งเพียงใด

- คนในครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกันเสมอ 7 วัน/สัปดาห์
- คนในครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกันบางครั้ง 3 วัน/สัปดาห์
- คนในครอบครัวไม่ค่อยมีกิจกรรมร่วมกัน น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์

2. ท่านมีคนใกล้ชิดพูดคุยทั่วไปยามทุกข์และยามสุขหรือไม่

- มี ระบุ.....
- ไม่มี

3. ในรอบ 1 เดือน ท่านเคยมีอาการเครียด (วิตกกังวล ไม่สบายใจ กินไม่ได้นอนไม่หลับ)

- ไม่เคย
- เคย

ถ้าเคยมีอาการเครียด เกิดจากสาเหตุอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ปัญหาครอบครัว
- ปัญหาทางเศรษฐกิจ
- ปัญหาจากการทำงาน
- ปัญหาจากเพื่อนบ้าน
- ปัญหาทางการเมือง
- อื่น ๆ ระบุปัญหาด้านสุขภาพ.....

4. เมื่อท่านมีอาการเครียดท่านปฏิบัติอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย/เล่นกีฬา | <input type="checkbox"/> สวดมนต์/ทำสมาธิ/ทำวัตร |
| <input type="checkbox"/> พักผ่อน เช่น นอนหลับ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง | <input type="checkbox"/> ปรึกษาผู้ใกล้ชิด |
| <input type="checkbox"/> หางานอดิเรกทำ เช่น ทำการบ้าน ปลูกต้นไม้ | <input type="checkbox"/> กินยานอนหลับ |
| <input type="checkbox"/> เล่นการพนัน | <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่/ดื่มสุรา |
| <input type="checkbox"/> เที่ยวสถานบันเทิง | <input type="checkbox"/> รับประทานอาหาร |
| <input type="checkbox"/> ท้องเที่ยว | <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ |

2.5 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติและเดิม
ข้อความลงในช่องว่าง

1. ปกติท่านเดินทางไปสถานที่ต่างๆ เช่น ตลาด วัด โรงเรียน ที่ทำการอำเภอ โรงพยาบาล ด้วยวิธีใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> เดิน | <input type="checkbox"/> จักรยาน |
| <input type="checkbox"/> จักรยานยนต์ | <input type="checkbox"/> รถยนต์ |
| <input type="checkbox"/> รถโดยสาร | <input type="checkbox"/> รถไฟ |
| <input type="checkbox"/> เรือ | <input type="checkbox"/> รถเด็ก(รถไถนาพ่วง) |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

2. ในหนึ่งปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุบ้างหรือไม่

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| ถ้าเคย สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ | |
| <input type="checkbox"/> เล่นกีฬา | <input type="checkbox"/> การเดินทาง |
| <input type="checkbox"/> ทะเลาะวิวาท | <input type="checkbox"/> การประกอบอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก | <input type="checkbox"/> ไฟฟ้าช็อต |
| <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุทั่วไป (เช่น การตกบันได ตกต้นไม้) | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

3. ในหนึ่งปีที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวเคยได้รับอุบัติเหตุบ้างหรือไม่

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| ถ้าเคย สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ | |
| <input type="checkbox"/> เล่นกีฬา | <input type="checkbox"/> การเดินทาง |
| <input type="checkbox"/> ทะเลาะวิวาท | <input type="checkbox"/> การประกอบอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก | <input type="checkbox"/> ไฟฟ้าช็อต |
| <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุทั่วไป (เช่น การตกบันได ตกต้นไม้) | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

4. หนึ่งเดือนที่ผ่านมาได้ขับขี่/ซ้อนท้าย รถจักรยานยนต์หรือไม่

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ขับขี่ | <input type="checkbox"/> ได้ขับขี่ |
| <input type="checkbox"/> ได้ซ้อนท้าย | <input type="checkbox"/> ได้ขับขี่และซ้อนท้าย |

ถ้าขับขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ท่านปฏิบัติอย่างไร

พฤติกรรม	การปฏิบัติ		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยทำ
4.1 สวมหมวกนิรภัย			
4.2 ค้มเครื่องค้มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ สตาร์โท ประมาณ 1 ชั่วโมงก่อนขับขี่			
4.3 ขับขี่ยานพาหนะผ่านสัญญาณไฟจราจร			
4.4 ขับขี่ยานพาหนะใช้ความเร็วสูง (ในเขตชุมชน มากกว่า 80 กม./ชม. นอกเขตชุมชน มากกว่า 90 กม./ชม.)			
4.5 ตรวจสอบสภาพรถก่อนขับขี่			
4.6 ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร			
4.7 ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร			

5. หนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านได้ขับขี่รถยนต์หรือไม่

- ไม่ได้ขับขี่ ได้ขับขี่

ถ้าขับขี่รถยนต์ ท่านปฏิบัติอย่างไร

พฤติกรรม	การปฏิบัติ		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยทำ
5.1 คาดเข็มขัดนิรภัย			
5.2 ค้มเครื่องค้มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ สตาร์โท ประมาณ 1 ชั่วโมงก่อนขับขี่			
5.3 ขับขี่ยานพาหนะผ่านสัญญาณไฟจราจร			
5.4 ขับขี่ยานพาหนะใช้ความเร็วสูง (ในเขตชุมชน มากกว่า 80 กม./ชม. นอกเขตชุมชนมากกว่า 90 กม./ ชม.)			
5.5 ตรวจสอบสภาพรถก่อนขับขี่			
5.6 ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร			
5.7 ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร			

6. ความรุนแรง/ความสูญเสียของท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจากการเกิดอุบัติเหตุ

- บาดเจ็บ พิการ / ทุพพลภาพ
 ตาย อื่น ๆ ระบุ.....

2.6 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติและ
 เติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ท่านได้ออกกำลังกาย / ทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหรือไม่

- ไม่ออกกำลังกาย / ไม่ทำกิจกรรมเคลื่อนไหว (ข้ามไปทำข้อที่ 5-7)

เหตุผล เพราะ.....

ถ้าท่านสนใจออกกำลังกาย จะออกกำลังกายด้วยวิธีใด

- กายบริหาร แอโรบิค เล่นกีฬา
 เดิน วิ่ง , จ็อกกิ้ง อื่น ๆ ระบุ.....

- ไม่ออกกำลังกาย / ทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย (ข้ามไปถามข้อ 4-7)

- ออกกำลังกาย / ทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย (ถามข้อ 2-7)

เหตุผล เพราะ.....

- ออกกำลังกาย / ไม่ทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย (ถามข้อ 2-7)

2. ท่านได้ออกกำลังกายสัปดาห์ละ.....วัน

3. ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาติดต่อกันครั้งละ.....นาที

4. ในการออกกำลังกาย ท่านออกกำลังกาย / ทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายด้วยวิธีใด

(ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมายในช่องที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ)

การออกกำลังกาย / กิจกรรมเคลื่อนไหว	พฤติกรรมการออกกำลังกาย	
	ทำ	ไม่ทำ
4.1 ทำงานบ้านติดต่อกัน 20 นาที/ครั้ง		
4.2 ทำสวน - ขุดดิน 30-40 นาที/ครั้ง		
4.3 เดิน 2.8 กิโลเมตร/ 30 นาที/ครั้ง		
4.4 วิ่งเหยาะ 2.4 กิโลเมตร/ 15 นาที/ครั้ง		

4.5	ขี่จักรยาน 8 กิโลเมตร 30 นาที/ครั้ง		
4.6	โกยหญ้า กวาดหญ้า กวาดขยะ 30 นาที/ครั้ง		
4.7	กระโดดเชือก 15 นาที/ครั้ง		
4.8	เดินแอโรบิก 30 นาที/ครั้ง		
4.9	เล่นกีฬา.....ระยะเวลา.....		
4.10	อื่น ๆระยะเวลา.....		

5. ในหมู่บ้านของท่านมีชมรมออกกำลังกาย / กลุ่มออกกำลังกายหรือไม่

- ไม่มี
- มี ชมรม.....
- มี กลุ่ม.....

6. ท่านเป็นสมาชิกชมรม (ในข้อ 5) หรือไม่

- ไม่เป็น
- เป็น

7. ในครอบครัวของท่านเป็นสมาชิกชมรมออกกำลังกาย / กลุ่มออกกำลังกาย.....คน

8. ท่านตรวจสอบสุขภาพประจำปีหรือไม่

- ตรวจสอบ
- ไม่ตรวจสอบ

9. สถานที่ตรวจสอบสุขภาพประจำปี

- โรงพยาบาล ระบุ.....
- สถานีอนามัย ระบุ.....

2.7 พฤติกรรมมีด้านใดที่เข้าร่วม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติและเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. บ้านท่านมีถังขยะหรือไม่

- มี ไม่มี (ข้ามไปตามข้อ 3)

2. ท่านทิ้งขยะลงถังขยะหรือไม่

- ทิ้ง ไม่ทิ้ง

3. ท่านนำขยะไปทิ้งอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เตา ฝัง หมักทำปุ๋ย

มีรถมาเก็บ อื่น ๆ ระบุ.....

4. ที่บ้านท่านมีการกำจัดน้ำเสียจากครัวเรือนอย่างไร(สังเกตพร้อมสัมภาษณ์ร่วมด้วย)

ทิ้งลงท่อระบายน้ำ ราดลงพื้นดิน

ทิ้งลงคลอง หลุมพักน้ำเสีย

อื่น ๆ ระบุ.....

5. บ้านท่านมีส่วนหรือไม่

มี ไม่มี

6. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างไร(สิ่งแวดล้อมในชุมชน หมายถึง ตลาด แม่น้ำลำคลอง สถานที่สาธารณะ แหล่งกักเก็บน้ำ) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ขุดคลอง

กำจัดวัชพืชในแหล่งน้ำ

ทำความสะอาด ตลาด ถนน

ร่วมในกิจกรรมรณรงค์สิ่งแวดล้อมของหน่วยงานต่าง ๆ

ปลูกต้นไม้ ที่บ้าน ไร่ นา สวน

อื่น ๆ ระบุ.....

7. ท่านจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย

จัดเป็นระเบียบเรียบร้อย

ไม่เป็นระเบียบ

8. ในชีวิตประจำวันท่านใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม เช่น โฟม พลาสติก หรือไม่

ใช้เป็นประจำ

ใช้เป็นบางครั้ง

ไม่เคยใช้

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นางภัทรา เชื้อนิต

นักศึกษา ระดับปริญญาโท สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Buri Ram Rajabhat University

แบบสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน

ชื่อ-นามสกุล.....

ตำแหน่ง / หน้าที่.....

สถานที่ทำงาน.....

1. ในครอบครัวท่านมีสมาชิกกี่คน
2. บ้านขาด มีความเป็นมาอย่างไร มีสมาชิกจำนวนเท่าใด ส่วนใหญ่ทำอาชีพอะไร
3. การบริหารชุมชนเป็นอย่างไร
4. สภาพความเป็นอยู่ของชาวบ้านเป็นอย่างไร
5. สภาพดินฟ้าอากาศเอื้ออำนวยต่อการประกอบอาชีพอย่างไรบ้าง
6. สภาพเศรษฐกิจ รายได้ของชาวบ้านเป็นอย่างไร
7. เมื่อเจ็บไข้ไม่สบาย รักษากันอย่างไร
8. อาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุใด
9. ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพชาวบ้านอย่างไร
10. ที่พึ่งทางใจของชาวบ้านมีสิ่งใดบ้าง
11. กิจกรรมในชุมชนมีอะไรบ้าง
12. ชุมชนมีการเฝ้าระวังอันตรายกันอย่างไร
13. ภูมิปัญญาชาวบ้าน ความเชื่อ ที่ยังคงมีอยู่ มีเรื่องอะไรบ้าง
14. สุขภาพอนามัย ของชาวบ้านเป็นอย่างไร
15. อาหารในชุมชนมีที่มาอย่างไร
16. ชาวชนสนใจการเรียนหนังสือเพียงใด
17. ครอบครัวสนับสนุนให้ลูกหลานสนใจการเรียนอย่างไร
18. สิ่งแวดล้อมในชุมชนเป็นอย่างไร
19. หน่วยงานราชการ เช่น อบต. เข้ามาดูแลสุขภาพชุมชนอย่างไรบ้าง
20. อื่นๆ ทั่วไป ดินฟ้าอากาศ อาหาร ครอบครัว ฯลฯ

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป

แบบสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล.....

อาชีพ.....

1. ในครอบครัวท่านมีสมาชิกกี่คน
2. ท่านทำอาชีพอะไร
3. ได้ผลผลิตปริมาณเท่าใดนำไปทำอะไรบ้าง
4. การเดินทางไปทำไร่ ทำนา หรือไปทำงานอื่นๆ เดินทางอย่างไร
5. รายได้จากการทำงานเป็นอย่างไร เพียงพอต่อการดำรงชีวิตหรือไม่. อย่างไร การเก็บหอมเป็นอย่างไร
6. ระหว่างการทำงานแต่ละวัน หรือการใช้ชีวิตตามปกติในแต่ละวัน สุขภาพร่างกายท่านเป็นอย่างไรบ้าง
7. ปัจจุบันมีโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นกับประชาชนทั่วไปหลายโรค ท่านรู้จักโรคใดบ้างและรู้จักได้อย่างไร
8. หากมีโรคภัยเกิดขึ้นกับตัวท่านหรือคนใกล้ชิด ท่านจะมีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร
9. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น กิจกรรมอะไรบ้าง และเข้าร่วมทำกิจกรรมอย่างไร
10. ในขณะที่ร่วมทำกิจกรรมกับชุมชน ท่านมีความรู้สึกอย่างไร
11. ในชุมชนของท่านมีสภาพแวดล้อมทั่วไปอย่างไรบ้าง
12. ท่านใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องใดบ้างในการดำเนินชีวิตประจำวัน
13. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านได้ใช้สมุนไพรชนิดใดมารักษาพยาบาลบ้าง
14. การเจ็บป่วยของท่าน มีลักษณะเป็นอย่างไร
15. อาการใดบ้างที่แสดงออกเมื่อสภาพร่างกายไม่แข็งแรงหรือไม่สบาย
16. ท่านมีความวิตกกังวลเรื่องใดบ้าง
17. ท่านได้ใช้สมุนไพรพื้นบ้านในชีวิตประจำวันเรื่องใดบ้าง
18. สมุนไพรพื้นบ้านที่มีสรรพคุณเป็นยา สามารถนำมารักษาโรคได้ มีอะไรบ้าง
19. ท่านมีแนวทางในการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรืออนุรักษ์สมุนไพรพื้นบ้านอย่างไรบ้าง
20. ท่านมีวิธีการรักษาสุขภาพกาย สุขภาพใจ ให้มีความสุขได้อย่างไรบ้าง

ภาคผนวก ง
แบบวัดค่าดัชนีมวลกาย

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Buriram Rajabhat University

ภาคผนวก จ
ประวัติย่อคณะผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางภัทรา เชื้อนิต
วันเดือนปีเกิด	20 กรกฎาคม 2515
สถานที่เกิด	15 หมู่ 1 บ้านมะเฟือง ต.มะเฟือง อ.พุนนัง จ.บุรีรัมย์ 31120
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	15 หมู่ 1 บ้านมะเฟือง ต.มะเฟือง อ.พุนนัง จ.บุรีรัมย์ 31120
ประวัติการทำงาน	อดีต ทำงานที่โรงพยาบาลพุนนัง อ.พุนนัง จ.บุรีรัมย์ ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ธุรการ เริ่มปฏิบัติงานวันที่ 18 มิถุนายน 2542 ถึง 17 กรกฎาคม 2552 ปัจจุบัน ประกอบธุรกิจส่วนตัว อ.พุนนัง จ.บุรีรัมย์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547 สำเร็จการศึกษา ปริญญาบริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พ.ศ. 2552 ศึกษาระดับมหาบัณฑิต ภาคเรียนสุดท้าย หลักสูตร ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยและพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ประวัติย่อคณะนักวิจัย

1. นายจีน มิ่งศูนย์ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านชาด หมู่ 2
เกิดวันที่ 20 พฤศจิกายน 2494
วุฒิการศึกษา ป.4
2. นางสุกัญญา แคนโรตง
เกิดวันที่ 5 ตุลาคม 2516
บ้านเลขที่ 1 หมู่ 2 บ้านชาด ค.มะเพียง อ.พุกไซตง จ.บุรีรัมย์ โทรศัพท์ 0878711695
ประวัติการทำงาน อสม.บ้านชาด
ประวัติการศึกษา ม6
3. นายสง่า พร้อมศรี
เกิดวันที่ 8 พฤศจิกายน 2502
ประวัติการศึกษา ป4
สถานที่ติดต่อ 131 บ้านชาดหมู่ 2 ค.มะเพียง อ.พุกไซตง จ.บุรีรัมย์
4. นางสมควร อาจแสง
เกิดวันที่ 21 สิงหาคม 2508
ประวัติการศึกษา ป4
สถานที่ติดต่อ 20/2 บ้านชาด หมู่ 2 ค.มะเพียง อ.พุกไซตง จ.บุรีรัมย์
5. นางสุภาวรรณ ชุนทอง
เกิดวันที่ 21 สิงหาคม 2520
ประวัติการศึกษา ม.3
สถานที่ติดต่อ 67 บ้านชาด หมู่ที่ 2 ค.มะเพียง อ.พุกไซตง จ.บุรีรัมย์

6. นางชาติ จำปาแสง

เกิดวันที่ 13 มิถุนายน 2517

ประวัติการศึกษา ม. 6

สถานที่ติดต่อ 1/1 บ้านชาดหมู่ 2 ต.มะเทือง อ.พุทไธสง จ.บุรีรัมย์

7. นางพิชญากัก บุญมีป้อม

เกิดวันที่ 2 มิถุนายน 2516

ประวัติการศึกษา ม. 6

สถานที่ติดต่อ 48บ้านชาดหมู่ 2 ต.มะเทือง อ.พุทไธสง จ.บุรีรัมย์

8. นางคำพันธ์ ยอดรัก

เกิดวันที่ 9 เมษายน 2511

ประวัติการศึกษา ป.6

สถานที่ติดต่อ 135 บ้านชาดหมู่ 2 ต.มะเทือง อ.พุทไธสง จ.บุรีรัมย์

10. นางคอกอ้อย พร้อมศรี

เกิดวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2515

ประวัติการศึกษา ป.6

สถานที่ติดต่อ 105บ้านชาดหมู่ 2 ต.มะเทือง อ.พุทไธสง จ.บุรีรัมย์

11. นางสมกิจ นามกลาง

เกิดวันที่ 19 มิถุนายน 2513

ประวัติการศึกษา ม.6

สถานที่ติดต่อ 23บ้านชาดหมู่ 2 ต.มะเทือง อ.พุทไธสง จ.บุรีรัมย์

12. นางบุญร่วม แคะไธสง

เกิดวันที่ 2 เมษายน 2515

ประวัติการศึกษา ม. 6

สถานที่ติดต่อ 146บ้านชาดหมู่ 2 ต.มะเทือง อ.พุทไธสง จ.บุรีรัมย์

ประวัติย่อที่ปรึกษาโครงการ

1. นางศรีเพ็ญ จิต ไชสง

เกิดวันที่ 2 สิงหาคม 2507

ประวัติการศึกษา

พยาบาลเทคนิค วิทยาลัยพยาบาลสุรินทร์ 2526 - 2528

พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา 2533 - 2535

พยาบาลเวชปฏิบัติ มหาวิทยาลัยสารคาม มกราคม 2551 - มิถุนายน 2551

ประวัติการทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานคลินิกพิเศษ 1 ตุลาคม 2528 ถึงปัจจุบัน โรงพยาบาลทุกไชสง อ.ทุกไชสง จ.บุรีรัมย์ โทรศัพท์ 0895852504

2. นายนันท์ธร กิจไชสง

เกิดวันที่ 2 พฤศจิกายน 2521

ประวัติการศึกษา

สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2548 - 2550

ประวัติการทำงาน

องค์การบริหารส่วนตำบลมะเพ็อง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานส่งเสริมสุขภาพ 4

สถานที่ติดต่อ

องค์การบริหารส่วนตำบลมะเพ็อง อ.ทุกไชสง จ.บุรีรัมย์ โทรศัพท์ 0859933881

3. นายพนารณ แคนไชสง

เกิดวันที่ 1 พฤษภาคม 2504

ประวัติการศึกษา

ปวช.ช่างกล วิทยาลัยเทคนิคกรุงเทพ

ประวัติการทำงาน

ผู้ใหญ่น้ำบ้านบ้านซาค 2 ต.มะเพ็อง อ.ทุกไชสง จ.บุรีรัมย์ โทรศัพท์ 0878711695

สถานที่ติดต่อ บ้านเลขที่ 1 หมู่ 2 บ้านซาค หมู่ ต.มะเพ็อง อ.ทุกไชสง จ.บุรีรัมย์

รายชื่อผู้นำชุมชน ที่ให้สัมภาษณ์ วันที่ 4 เมษายน 2553

1. นางสุกัญญา แคนไชสง ตำแหน่ง อสม. ตำบลมะเฟือง อายุ 36 ปี บ้านเลขที่ 1 ค.มะเฟือง
อ.พุดซา อ.บุรีรัมย์
2. นายพจนารด แคนไชสง อายุ 49 ปี ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้านชาด บ้านเลขที่ 1 ค.มะเฟือง
อ.พุดซา อ.บุรีรัมย์
3. นายจิรวัดน์ เวียกไชสง อายุ 46 ปี บ้านเลขที่ 20/1 ค.มะเฟือง อ.พุดซา อ.บุรีรัมย์
4. นายลบ กุดไชสง อายุ 68 ปี หัวหน้าคุ้มหนองหัวหมู บ้านเลขที่ 146 ค.มะเฟือง
อ.พุดซา อ.บุรีรัมย์
5. นายพรมา ศรีแสนยศ อายุ 73 ปี อดีตผู้ใหญ่บ้านชาด บ้านเลขที่ 71 ค.มะเฟือง
อ.พุดซา อ.บุรีรัมย์
6. นางเพ็ญจันทร์ แจบไชสง อายุ 44 ปี บ้านเลขที่ 94 ค.มะเฟือง อ.พุดซา อ.บุรีรัมย์
7. นางพิมพ์ อ่อนไชสง อายุ 35 ปี บ้านเลขที่ 143 ค.มะเฟือง อ.พุดซา อ.บุรีรัมย์
8. นายชิน มิ่งศูนย์ อายุ 66 ปี ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน บ้านเลขที่ 12 ค.มะเฟือง อ.พุดซา
อ.บุรีรัมย์
9. นางบุญร่วม แคนไชสง อายุ 65 ปี บ้านเลขที่ 1 ค.มะเฟือง อ.พุดซา อ.บุรีรัมย์
10. นายจิระศักดิ์ แพงเทิง อายุ 26 ปี บ้านเลขที่ 89 ค.มะเฟือง อ.พุดซา อ.บุรีรัมย์
11. นางศุณีย์ วงกิจ อายุ 40 ปี บ้านเลขที่ 122 ค.มะเฟือง อ.พุดซา อ.บุรีรัมย์
12. นางพิชญภัค บุญมีป้อม อายุ 36 ปี อสม. บ้านเลขที่ 48 ค.มะเฟือง อ.พุดซา
อ.บุรีรัมย์

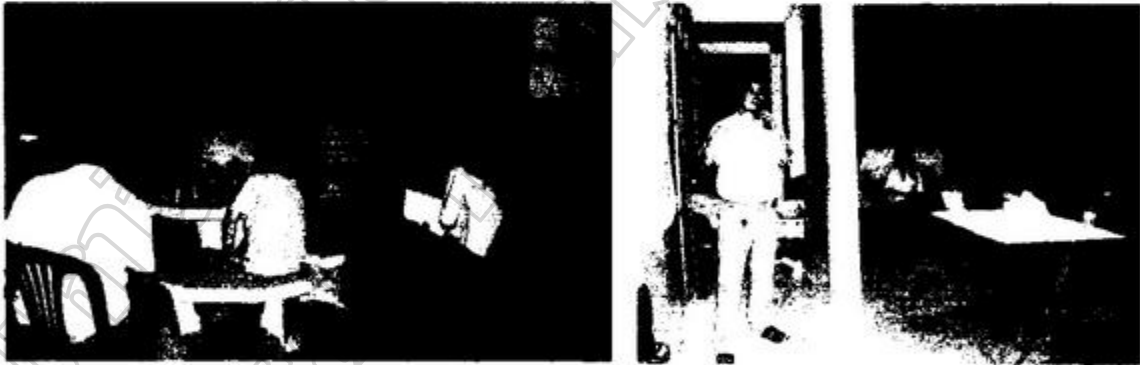
ภาคผนวก ก
ภาพกิจกรรมระหว่างการค้าเนินการ

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Buri Ram Rajabhat University

ภาพผู้ทรงคุณวุฒิเยี่ยมโครงการ



ผู้ทรงคุณวุฒิจาก สกว. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ สุทธิธา และคณะเยี่ยม โครงการและให้
คำแนะนำคณะวิจัยระหว่างปฏิบัติงาน ณ ที่ทำการบ้านผู้ใหญ่พจนารต แคะไชสง



อาจารย์ที่ปรึกษา เยี่ยมโครงการและให้
คำแนะนำคณะวิจัยระหว่างปฏิบัติงาน ณ ที่ทำ
การบ้านผู้ใหญ่พจนารต แคะไชสง

ภาพการดำเนินงาน

ภาพ ชุมชนให้ข้อมูลบริบทชุมชน วันที่ 19 ธันวาคม 2551 ณ บ้านผู้ใหญ่พจนารัตน์ แดงไรสง



ภาพการดำเนินงาน

ภาพ ชุมชนให้ข้อมูลบริบทชุมชนด้านสาธารณสุขและภูมิปัญญาชาวบ้าน
วันที่ 26 ธันวาคม 2551 ณ บ้านคูใหญ่พจนารถ แคนไซสง



ภาพ วัดขันนึ่งมวลกาย

วันที่ 23 มกราคม 2552 ณ บ้านผู้ใหญ่นารณ แด่ไชสง

