

บทความวิจัย

การพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม
ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จังหวัดร้อยเอ็ด*

Development of a Participatory Health Management Model
Based on Sufficiency Economy Philosophy in Roi-Et Province

ปาริชาติ อาษาธง**

Parichart Arsarthong

ทองมี ผลาผล**

Thongme Phalapone

ขวัญจิรา อินกว่าง**

Khwanchira Inkwarg

วาริรัตน์ วรรณโพธิ์**

Wareerat Wannapoe

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

*This research was funded by Roi Et Rajabhat University

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด 45150

**Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, 45150 Thailand

Corresponding author: Khwanchira Inkwarg; E-mail: khwanchira@reru.ac.th

Received: September 27, 2024; Revised: March 31, 2025; Accepted: April 10, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ ศึกษาสภาพปัญหา สุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 367 ราย 2) ระยะดำเนินการ โดยผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน อสม. และสมาชิกชุมชน จำนวน 40 ราย ผ่านการจัดทำแผน และขับเคลื่อนการปฏิบัติ และ 3) ระยะประเมินผล สุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการจัดการสุขภาวะ 2) แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาวะ และ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .96 และ .98 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85, .85 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า สมาชิกชุมชนมีความรู้ด้านสุขภาวะ การจัดการสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.00, 36.25 และ 38.75 ตามลำดับ ต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะ “HEALTHS Model” ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สุขภาวะแบบองค์รวม เศรษฐกิจพอเพียง การตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม สามัคคี และความยั่งยืน หลังการใช้ “HEALTHS Model” สมาชิกชุมชนมีความรู้ด้านสุขภาวะ การจัดการสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01)

ดังนั้น ควรส่งเสริมการพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนา สุขภาวะชุมชน องค์กรรวม การมีส่วนร่วม เศรษฐกิจพอเพียง

Abstract

This participatory action research aimed to develop a community health management model based on the Sufficiency Economy Philosophy in Roi Et Province, Thailand. This study consisted of three phases: 1) the preparation phase, which involved identifying community health issues and randomly selecting 367 participants; 2) the implementation phase, a total of 40 participants including community leaders, village committees, health volunteers, and community residents were enrolled to create and implement a community health management plan; and 3) the evaluation phase, which 80 respondents were randomly selected and data were collected using self-assessment questionnaires. These questionnaires consisted of health management, health literacy, and WHOQOL-BREF with their content validity being .96 and .98, and reliability was .85, .85 and .88, respectively. The quantitative data was analyzed using descriptive and inferential statistics in terms of paired t-tests while the qualitative data was analyzed using content analysis.

The findings revealed that the community residents reported moderate levels of health knowledge (35.00%), health management (36.25%), and quality of life (38.75%), respectively. The “HEALTHS Model” is composed of seven key elements, including holistic health, sufficiency economy, health awareness, leadership, teamwork, harmony and participation, and sustainability. Following the model’s implementation, participants reported substantial enhancements in health knowledge, management, and quality of life (p -value < .01). This study emphasizes the significance of continuing to promote this participatory health management paradigm, which is founded on the Sufficiency Economy Philosophy, in order to ensure long-term sustainability in community health.

Keywords: Development, Community health, Holistic, Participation, Sufficiency economy

บทนำ

ปัจจุบันเรื่องสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในระดับโลก การพัฒนาในยุคโลกาภิวัตน์นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ สังคมไทยที่เคยมีวิถีชีวิต

แบบเกษตรกรรมตามแบบดั้งเดิม ได้เปลี่ยนแปลงเป็น สังคมอุตสาหกรรม และสังคมเมือง ซึ่งทำให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว แต่ก็กระทบต่อการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ และเต็มไปด้วยการแข่งขัน ประชาชนเริ่มมุ่งเน้นการทำงานเพื่อหารายได้ ขาดการดูแล

สุขภาพที่เหมาะสม¹ ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71.00 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบมากกว่าร้อยละ 70.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรไทย²⁻³ กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับสถานการณ์ระดับโลกที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง การแพร่ระบาดของโรคเหล่านี้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีสาเหตุมาจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม โรคเหล่านี้เรียกว่า “โรควิถีชีวิต” (lifestyle diseases) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ถึงแม้ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต แต่การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะการให้ชุมชน และท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นการสร้างสุขภาพที่ดีภายใต้แนวคิด ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน³ การปฏิรูประบบสุขภาพตามนโยบายของรัฐบาลมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นกรอบในการดำรงชีวิตอย่างพอเพียง และสมดุล ครอบคลุม ครอบครัว และชุมชนที่เข้มแข็ง เป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน การมีสิ่งแวดล้อมที่ดี การช่วยเหลือกันในสังคม และการสร้างรายได้พอเพียงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน⁴ สอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการดูแล

สุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการจัดการสุขภาพในระดับท้องถิ่น⁵ นอกจากนี้ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขยังสนับสนุนให้ประชาชนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และโรคเรื้อรัง โดยการบูรณาการเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน⁶

แม้จะมีนโยบาย และโครงการต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ แต่การนำไปปฏิบัติในระดับชุมชนยังมีหลายพื้นที่ที่ขาดความเข้าใจในหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่มุ่งเน้นการดำเนินชีวิตที่สมดุลบนพื้นฐานของความพอประมาณ มีเหตุผล และสร้างภูมิคุ้มกัน เพื่อจัดการสุขภาพในชุมชน โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ และความสามารถของชุมชนในการพึ่งพาตนเอง พร้อมทั้งเน้นคุณธรรม รวมถึงการมีความรู้เพื่อสร้างความยั่งยืน⁷ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในด้านวิธีการที่จะปรับใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างแท้จริง ในด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับชุมชน ส่วนใหญ่ยังคงเป็นการทำงานที่มาจากหน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานด้านสาธารณสุขมากกว่าที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยการทำงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง⁷ นอกจากนี้ ยังขาดการวิจัย และข้อมูลที่เป็นระบบ เพื่อศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนในบริบทต่าง ๆ อย่างละเอียด ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงมีความสำคัญเนื่องจากต้องการแก้ไขช่องว่างขององค์ความรู้ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพ และการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชน

การพัฒนาสุขภาพชุมชนแบบยั่งยืนต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพราะเป็นฐานรากของสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืน การใช้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

มาเป็นแนวทางในการพัฒนาชุมชนจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน เพราะเน้นการพัฒนาจากภายใน โดยเริ่มจากการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนด้วยตนเอง การแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ผ่านการพิจารณาอย่างรอบคอบในทุกมิติจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา⁸ โดยเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล สอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดังตัวอย่างของการพัฒนาตำบลดงครั่งน้อย อำเภอเกษตรวิสัย ซึ่งใช้หลักแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการขับเคลื่อนตำบลเข้มแข็ง เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สามารถเป็นกรณีศึกษาและต้นแบบในการสร้างชุมชนสุขภาวะที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชนอื่น ๆ ที่สนใจในการนำแนวทางนี้ไปใช้⁹ อย่างไรก็ตาม การแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ดังกล่าว ยังคงต้องเผชิญกับความท้าทาย เนื่องจากประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต และการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมสะท้อนให้เห็นว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างสุขภาว่น้อย และขาดการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ เพราะการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างองค์ความรู้และการปฏิบัติที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการในพื้นที่เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่อง และยั่งยืน¹⁰⁻¹¹ การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการวิจัยแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาชุมชนสุขภาวะจึงเป็นวิธีการที่มีศักยภาพในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพองค์รวมของคนในชุมชน ทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ ด้านสังคม ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วมในการ

สร้างเสริมสุขภาพ^{1,10} อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาวะและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว¹²

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชน และสถานการณ์ด้านการจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
2. เพื่อพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

สมมติฐานการวิจัย

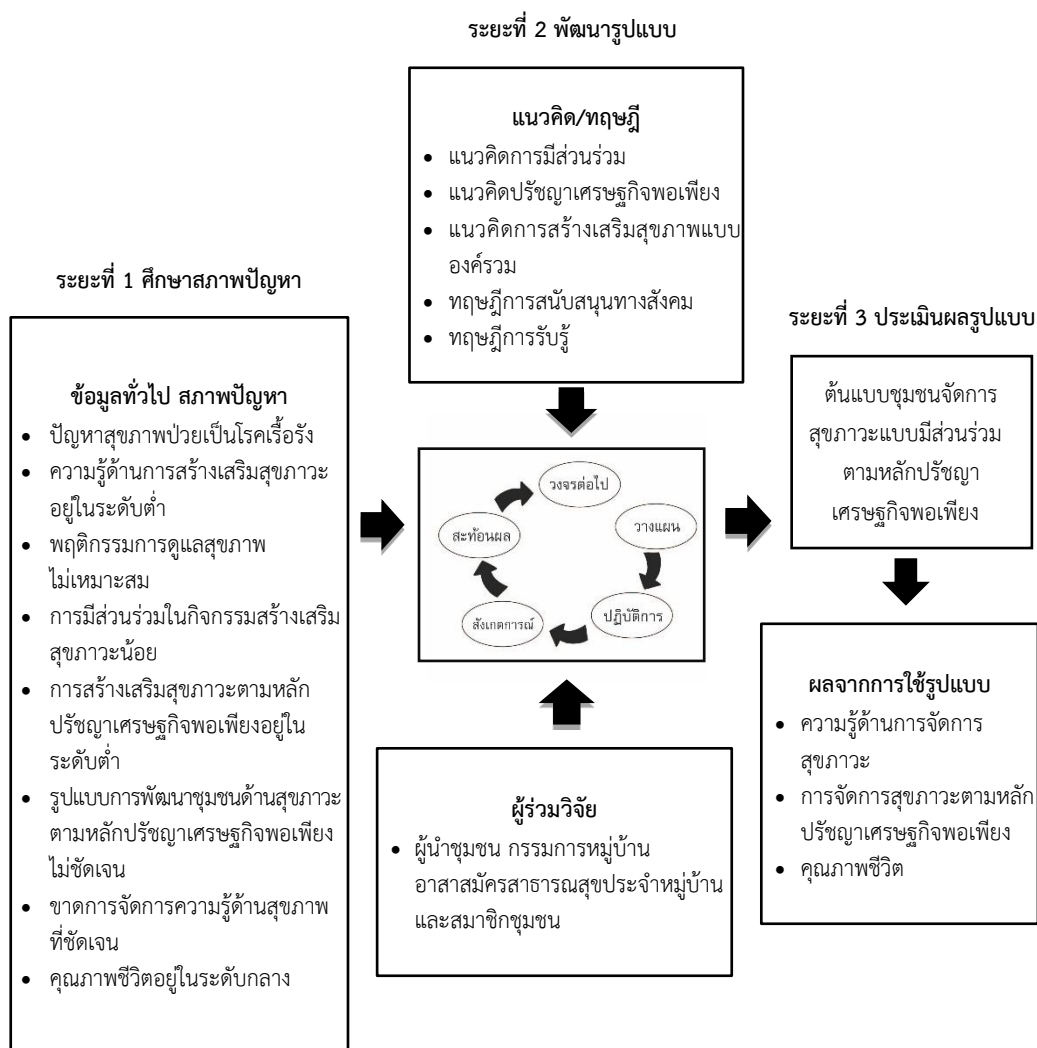
ภายหลังการใช้รูปแบบฯ สมาชิกชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านความรู้ ด้านการจัดการสุขภาวะ และด้านคุณภาพชีวิต มากกว่าก่อนการพัฒนา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วม หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีการเรียนรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนจัดการสุขภาวะอย่างยั่งยืน โดยใช้การมีส่วนร่วมเป็นกลไกหลักในการดำเนินการ พร้อมกับการประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแกนกลาง เพื่อให้ชุมชนสามารถพัฒนาสุขภาวะในทุกมิติอย่างสมดุลและยั่งยืน ทั้งนี้เสริมด้วยการสนับสนุนจากเครือข่ายสังคม เพื่อผลักดันให้การจัดการสุขภาวะเป็นไปอย่างราบรื่น ครอบคลุมทุกกลุ่มในชุมชน และกระบวนการสร้างความตระหนักรู้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมที่เหมาะสม ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ชุมชนสามารถจัดการสุขภาวะด้วยตนเองได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ

และเกิดต้นแบบชุมชนสุขภาวะที่สามารถขยายผลในพื้นที่อื่นได้ในอนาคต โดยพัฒนารูปแบบฯ ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart¹³ ได้แก่ ขั้นวางแผน (planning) ขั้นปฏิบัติ (action) ขั้นสังเกตผล (observation) และขั้นสะท้อนผล (reflection)

ซึ่งประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจากการจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านความรู้ ด้านการจัดการสุขภาวะ และด้านคุณภาพชีวิต รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ

ได้แก่ **ระยะที่ 1** ศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์การจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2566 **ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม

ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดำเนินงานตามขั้นตอน PAOR ได้แก่ ขั้นวางแผน (planning) ขั้นปฏิบัติการ (action) ขั้นสังเกตการณ์ (observation) และขั้นสะท้อนผล (reflection) จำนวน 2 วงรอบ โดยวงรอบที่ 1 ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2566 เพื่อนำข้อมูลจากการสะท้อนผลการดำเนินงานจากวงรอบที่ 1 มาใช้ในการวางแผนในวงรอบที่ 2 ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2566 ตามกระบวนการ พัฒนาเพื่อสังเคราะห์รูปแบบที่เกิดขึ้น และ**ระยะที่ 3** ประเมินผลการพัฒนารูปแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

พื้นที่ในการวิจัย คือ บ้านโพธิ์หาด ตำบลตงครั่งน้อย อำเภอกะหรังวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีศักยภาพ และให้ความสนใจในการพัฒนา เนื่องจากชุมชนได้นำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการพัฒนาหมู่บ้าน และเป็นหมู่บ้านตัวอย่างดีเลิศระดับประเทศ^{9,14} แต่ชุมชนยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาด้านชุมชนด้านการจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนอย่างยั่งยืน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ครั้งนี้ ประชากร และผู้ร่วมวิจัยแบ่งตามระยะการศึกษา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วน และในกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน คำนวณโดยใช้สูตร $n = \frac{p(1-p)z_{\alpha}^2}{e^2}$ กำหนดให้ p เท่ากับ ค่าสัดส่วนของคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จากผลการศึกษาของสุพัตรา วัฒนเสน และคณะ⁵ พบว่า เท่ากับ ร้อยละ 54.90 ($p = .55$) Z_{α}^2 เท่ากับ 1.96 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ ร้อยละ 5.00 ($e = .05$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 380 ราย แต่ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ

ตามเกณฑ์คัดเลือก และสมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 367 ราย จึงนำอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์การจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ข้อมูลเชิงปริมาณ มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 20 - 69 ปี และ 2) อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิจากประชากร 13 หมู่บ้าน ทำการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 367 ราย และข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้ศึกษาจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ที่อาศัยอยู่ในตำบลตงครั่งน้อย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ และเป็นพื้นที่หมู่บ้านต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกชุมชน โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) จำนวน 20 ราย

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย ดังนี้ เป็นผู้นำชุมชน คณะกรรมการบริหารหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกชุมชน นักพัฒนาชุมชน และนักวิชาการสุขภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 ราย

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาด้านแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นสมาชิกชุมชนในหมู่บ้านโพธิ์หาด ตำบลตงครั่งน้อย อำเภอกะหรังวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อสมาชิก จำนวน 80 ราย โดยศึกษาการจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านความรู้ ด้านการจัดการสุขภาวะ และด้านคุณภาพชีวิต ของกลุ่มสมาชิกที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ต้นแบบ

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการมีส่วนร่วม แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการรับรู้ และงานวิจัยที่ผ่านมา พิจารณาตัวแปรควบคุมที่คาดว่าจะมีผลต่อตัวแปรตามทั้งทางตรง และทางอ้อม รวมถึงตัวแปรผลลัพธ์ที่คาดว่าจะมีผลของรูปแบบการพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ความสามารถ พฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของสมาชิกในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และสถานภาพครอบครัว

1.2 แบบทดสอบความรู้ด้านการจัดการสุขภาวะ เป็นแบบปรนัย จำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80.00) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00 - 69.00) และระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60.00)

1.3 แบบสอบถามการจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นลักษณะข้อคำถามทั้งเชิงบวก และเชิงลบ จำนวน 40 ข้อ และใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ และด้านการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งระดับการจัดการสุขภาวะฯ เป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ได้แก่ ระดับดี (ร้อยละ 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.34 - 3.67) และระดับต่ำ (ร้อยละ 1.00 - 2.33)

1.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹⁵ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต จำนวน 26 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ

ด้านสิ่งแวดล้อม ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 26 - 130 คะแนน โดยแบ่งเป็น 26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี 61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง 96 - 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตดี และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึก (semi-structured in-depth interviews) โดยกำหนดรูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็น 2 ลักษณะ คือ การสนทนาแบบกลุ่ม (focus group discussions) และการสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interviews)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว เสนอผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับงานวิจัย จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และให้ข้อเสนอแนะ ในด้านความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา ซึ่งตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่า CVI ด้านการจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และแบบทดสอบความรู้ด้านการจัดการสุขภาวะ เท่ากับ .96 และ .98 ตามลำดับ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับแบบสอบถาม

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เมื่อได้แบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มเกษตรกรเศรษฐกิจพอเพียงที่มีความคล้ายคลึง และมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หลังจากนั้น นำค่าคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามด้านการจัดการสุขภาวะ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL-BREF-THA) ได้เท่ากับ .85 และ .88 ตามลำดับ สำหรับแบบทดสอบความรู้ด้านการจัดการสุขภาวะ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย Kuder Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 เลขที่ 034/2566 ดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สำหรับผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกชุมชน ผู้วิจัยจะนัดพบที่บ้าน ในช่วงเวลาเย็นหรือในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก สำหรับนักพัฒนาชุมชน และนักวิชาการสุขภาพ ผู้วิจัยจะนัดพบที่หน่วยงานภายหลังเวลาเลิกปฏิบัติงาน ติดต่อนัดหมายตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัย รวมถึงวิธีการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ และผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย โดยผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมที่ไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์การจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการจัดการสุขภาวะตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชุมชน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ศึกษาจากสมาชิกในชุมชนโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัจจัยที่เป็นปัญหาในการจัดการสุขภาวะของชุมชน เมื่อได้ข้อมูลอิมตัวแล้ว จึงหยุดทำการสัมภาษณ์ โดยระหว่างสัมภาษณ์ได้

บันทึกเสียงการสนทนาระหว่างผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่าง ทุกครั้ง แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 25 - 30 นาที เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาการจัดการสุขภาวะ จากนั้นจึงคืนข้อมูลให้ชุมชน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนาด้านแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดำเนินงานตามขั้นตอน PAOR ได้แก่ ขั้นวางแผน (planning) ขั้นปฏิบัติการ (action) ขั้นสังเกตการณ์ (observation) และขั้นสะท้อนผล (reflection) จำนวน 2 วงรอบ ขั้นตอนการวางแผน ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสุขภาวะชุมชน รวมกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนทั้งสิ้น 40 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยสะท้อนข้อมูลสภาพปัญหาที่ได้จากระยะที่ 1 จากนั้นจัดการสนทนากลุ่ม และจัดเวทีประชาคมตำบล จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที โดยกิจกรรมประกอบด้วย การทบทวนศักยภาพ และการหาส่วนขาดของชุมชน เพื่อวางแผนการพัฒนาด้านแบบชุมชนจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และนำเสนอผลการวางแผนจากการระดมสมองของแต่ละกลุ่ม จากนั้นสรุปผลในภาพรวมเพื่อพิจารณาความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงรวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามแผน และสะท้อนผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนในวงรอบที่ 2 ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาด้านแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาด้านแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และ

แบบวัดคุณภาพชีวิตจากสมาชิกในชุมชน ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูล จำนวน 10 ครั้ง โดยการสังเกตและติดตามผลการดำเนินงานภายใต้โครงการ 10 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการจัดการความรู้ด้านสุขภาวะพอเพียง 2) โครงการ 3 อ. 2 ส. รหัสป้องกันโรค 3) โครงการตรวจสุขภาพคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 4) โครงการกลุ่มวิสาหกิจชุมชน 5) โครงการจัดทำบัญชีครัวเรือน 6) โครงการหมู่บ้านปลอดเหล้า ปลอดพนัน 7) โครงการตามพระราชดำริของสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี “ทางนี้มีผล ผู้คนรักกัน” 8) โครงการเกษตรอินทรีย์แปลงใหญ่ 9) โครงการปุยหมักชีวภาพ และ 10) โครงการธนาคารขยะ โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง และสัมภาษณ์เชิงลึกกับสมาชิกโครงการ ในประเด็นความพึงพอใจรูปแบบ ผลการใช้รูปแบบ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ โดยสัมภาษณ์ตามวันเวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ต่อครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ในการอธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูลแจกแจงจะนำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย กรณีกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยทำการทดสอบการแจกแจงตัวแปรตาม ประกอบด้วย คะแนนเฉลี่ยความรู้ การจัดการสุขภาวะ และคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test กรณีข้อมูลแจกแจงปกติใช้สถิติที่ (paired sample t-test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ นำเสนอรายละเอียดขณะสนทนากลุ่มโดยใช้วิธีการอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้ง

กลั่นกรองประเด็นสำคัญ จัดเป็นหมวดหมู่ จากนั้นนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ปรับหมวดหมู่ให้มีความชัดเจน กระชับ ลดความซ้ำซ้อน และครอบคลุมมากขึ้น ทำซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง จนกระทั่งไม่พบหมวดหมู่ข้อมูลใหม่ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า ดังนี้ 1) การตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) ใช้ในการเปรียบเทียบข้อมูลชุดเดียวกัน โดยการใช้การเก็บหลายวิธี ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม 2) การตรวจสอบด้านผู้สืบค้น (investigator triangulation) โดยผู้รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลหลายคน และ 3) การตรวจสอบด้านความอึดตัวของข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมโครงการร่วมกับผู้วิจัยในพื้นที่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเติมเต็มข้อมูลให้สมบูรณ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกเป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 44.69 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.31 มีอายุ 41 - 50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.97 รองลงมา คือ อายุ 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.25 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.74 รองลงมา คือ โสด คิดเป็นร้อยละ 9.81 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.78 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 69.48 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 16.08 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,720.16 บาท โดยมีรายได้ 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.22 รองลงมา มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 21.53 ตามลำดับ สำหรับผู้ร่วมพัฒนาด้านแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน คณะกรรมการบริหารหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกชุมชน นักพัฒนาชุมชน และนักวิชาการสุขภาพ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.30 อายุเฉลี่ย 49.00 ปี

(SD = 8.92) อายุต่ำสุด 20.00 ปี และสูงสุด 67.00 ปี สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 82.25 ตามลำดับ

2. สถานการณ์ สภาพปัญหาการพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสังคมชนบท ยึดถือจารีตประเพณีดั้งเดิมของชาวอีสาน ประกอบอาชีพเกษตรกรรมในสภาพแวดล้อมที่ดินไม่อุดมน้ำ และขาดแคลนน้ำในฤดูแล้ง ชาวบ้านจึงเปลี่ยนจากการทำเกษตรเพื่อบริโภคภายในครัวเรือนมาเป็นการผลิตเพื่อขาย มีการใช้สารเคมีในการเกษตร ส่งผลให้ดินเสื่อมสภาพ สัตว์น้ำตาย และการจัดการขยะที่ไม่ถูกวิธี นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มวัยแรงงานที่ออกไปทำงานในเมือง แล้วปล่อยให้ผู้สูงอายุดูแลบุตรหลาน รวมถึงพบปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไต และโรคอ้วน รวมถึงโรคกระดูก และข้อ โดยสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในพื้นที่บ้านโพธิ์หาดซึ่งเป็นพื้นที่พัฒนาต้นแบบฯ ชุมชนมีการทำการเกษตรแบบยั่งยืน โดยนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ ทำให้ชุมชนได้รับรางวัลด้านความพอเพียงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบปัญหาสุขภาพ เช่นเดียวกับพื้นที่อื่น ๆ รวมถึงยังขาดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมสร้างสุขภาวะ และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่ชัดเจน ส่วนในด้านการจัดการด้านสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในระดับจังหวัด ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.25 มีความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.00 และประชาชนของจังหวัดประมาณหนึ่งในสาม มีความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.75 การดูแลสุขภาพของชุมชนที่ผ่านมาสมาชิกมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.00 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาต้นแบบ จำนวน 80 ราย พบว่า การจัดการด้านสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 61.25 มีความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในระดับสูง

คิดเป็นร้อยละ 61.25 การดูแลสุขภาพของชุมชนที่ผ่านมาสมาชิกมีส่วนร่วมในกิจกรรมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.00 คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 61.25 ตามลำดับ

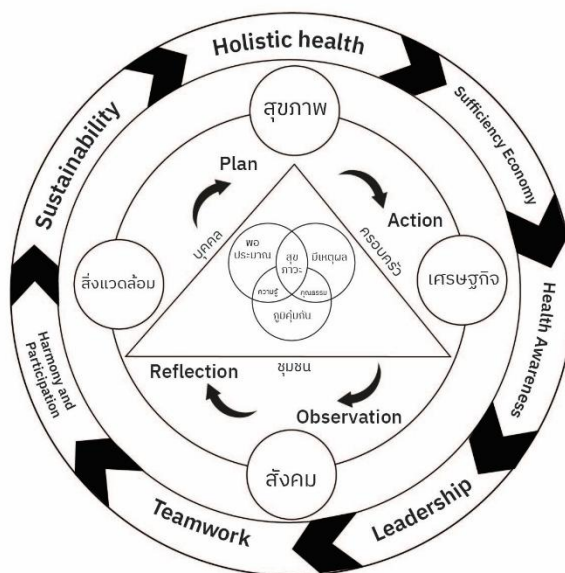
3. รูปแบบการพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้วิจัยใช้หลักการ และขั้นตอนวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart¹³ เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยกระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน และมีผลการศึกษาตามขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) ขั้นวางแผน (planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (action) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (observation) และ 4) ขั้นสะท้อนผล (reflection) การดำเนินงานประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ **องค์ประกอบที่ 1** ชื่อรูปแบบ “HEALTHS Model” ประกอบด้วย 7 หลักการ ได้แก่ 1) การสร้างเสริมสุขภาวะแบบองค์รวม เพื่อให้คนมีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม (H: holistic health) 2) เศรษฐกิจ ความมัธยัสถ์ พอเพียง (E: sufficiency economy) 3) ความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ (A: health awareness) 4) ภาวะผู้นำที่ดี ความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้นำเพื่อให้กลุ่มประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ (L: leadership) 5) การสร้างทีมงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (T: teamwork) 6) ความสามัคคีมีส่วนร่วม มีน้ำใจ (H: harmony and participation) และ 7) ความยั่งยืนในการพัฒนา (S: sustainability)

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ตามวงจร PAOR **องค์ประกอบที่ 3** ประเด็นการขับเคลื่อน ดำเนินงานภายใต้โครงการ 10 โครงการ **องค์ประกอบที่ 4** การสร้างเสริมสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย 3 ห่วง คือ ความพอประมาณ มีเหตุผล และมีภูมิคุ้มกัน โดยมี 2 เงื่อนไข คือ ความรู้ และคุณธรรม **องค์ประกอบที่ 5** ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย ภาวะผู้นำที่ดี สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีความสามัคคี และเกื้อกูลกัน

มีทรัพยากรของชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายที่ให้การสนับสนุน องค์ประกอบที่ 6 การมี
สุขภาวะที่ดีตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ครอบคลุม
มิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติ และ
สิ่งแวดล้อม รายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

4. ประเมินประสิทธิผลการพัฒนาต้นแบบ
ชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลัก
ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง หลังการพัฒนาส่งผลให้
สมาชิกในชุมชนมีความรู้ การจัดการสุขภาวะตามหลัก

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และคุณภาพชีวิต
สูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p\text{-value} < .01$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และ
คุณภาพชีวิต ก่อน และหลังการพัฒนา ($n = 80$)

คะแนน	Mean	SD	Mean Difference	95% CI		t	p-value
				Lower	Upper		
ความรู้							
ก่อน	13.25	3.67	5.67	1.10	1.63	-8.45	< .001*
หลัง	18.92	1.30					
การจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง							
ก่อน	3.83	.43	.65	.56	.73	15.82	< .001*
หลัง	4.39	.31					

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และ คุณภาพชีวิต ก่อน และหลังการพัฒนา (n = 80) (ต่อ)

คะแนน	Mean	SD	Mean Difference	95% CI		t	p-value
				Lower	Upper		
คุณภาพชีวิต							
ก่อน	3.58	.42	.71	5.84	11.17	-6.31	.001*
หลัง	4.29	.30					

*p-value < .01

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการพัฒนา เท่ากับ 13.25 คะแนน (SD = 3.67) และหลังการพัฒนา เท่ากับ 18.92 คะแนน (SD = 1.30) ทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อน และหลังการพัฒนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.67 คะแนน (95%CI: 1.10 - 1.63, t = -8.45, p-value < .001)

คะแนนเฉลี่ยการจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ก่อนการพัฒนา เท่ากับ 3.83 คะแนน (SD = .43) และหลังการพัฒนา เท่ากับ 4.39 คะแนน (SD = .31) ทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น .65 คะแนน (95%CI: .56 - .73, t = 15.82, p-value < .001)

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนการพัฒนา เท่ากับ 3.58 คะแนน (SD = .42) และหลังการพัฒนา เท่ากับ 4.29 คะแนน (SD = .30) ทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อน และหลังการพัฒนา แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น .71 คะแนน (95%CI: 5.84 - 11.1, t = -6.31, p-value = .001)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย สมาชิกชุมชนมีความรู้ และ

สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาวะตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน มีโครงการดำเนินงาน และผู้รับผิดชอบขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน จำนวน 10 โครงการ ได้แก่ 1) การจัดการความรู้ด้านสุขภาวะพอเพียง 2) โครงการ 3 อ. 2 ส. รหัสป้องกันโรค 3) การตรวจสุขภาพคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 4) กลุ่มวิสาหกิจชุมชน 5) การจัดทำบัญชีครัวเรือน 6) โครงการหมู่บ้านปลอดเหล้า ปลอดพนัน 7) โครงการตามพระราชดำริของสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี “ทางนี้มีผล ผู้คนรักกัน” 8) เกษตรอินทรีย์แปลงใหญ่ 9) โครงการปู้หมักชีวภาพ และ 10) ธนาคารชยะ ภายใต้การนำของผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย การดำเนินโครงการที่เกิดจากความต้องการของชุมชนที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และบูรณาการกับแนวคิดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้การพัฒนาชุมชนครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งสุขภาวะ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ สอดคล้องกับวิถีชีวิตตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ไปจนถึงระดับชุมชน

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการเข้าใจ

บริบทของพื้นที่ ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม นโยบาย และทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การพัฒนานี้เริ่มต้นจากการที่ชุมชนบ้านโพธิ์หาดประสบปัญหาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาวะ โดยผู้นำชุมชน และชาวบ้านได้กลับมาทบทวนวิถีชีวิต ใช้แนวทางตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อแก้ไขปัญหา และสร้างการพึ่งพาตนเองภายในชุมชน เช่น การจัดตั้งกลุ่มเกษตรอินทรีย์ กลุ่มออมทรัพย์ และวิสาหกิจชุมชน โดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายมีบทบาทในการสนับสนุนองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาที่ครอบคลุม และยั่งยืน ชุมชนบ้านโพธิ์หาดสามารถขยายผลความสำเร็จจนได้รับรางวัลหมู่บ้านต้นแบบแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง การเข้าใจบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง ไม่ว่าจะเป็นสังคม วัฒนธรรม นโยบาย หรือข้อกำหนดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริง วิถีภูมิปัญญา และเทคโนโลยีที่ชุมชนถือปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติในชุมชน ทำให้สามารถพัฒนาประเด็นสุขภาวะได้ตรงตามความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง⁶ โดยใช้ทรัพยากร และสมาชิกที่มีอยู่ในชุมชนซึ่งมีความรู้ความสามารถในหลาย ๆ ด้าน ถือเป็นทุนมนุษย์ที่สำคัญ เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาในแต่ละด้าน⁸ ร่วมกับการบูรณาการต้นทุนทางสังคม และวัฒนธรรม การใช้ฐานรากทางวัฒนธรรม และการเป็นชุมชนต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียงเป็นต้นทุนการทำงานขับเคลื่อนสุขภาวะ สะท้อนความเป็นตัวตนของพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และเกิดความยั่งยืน^{4,5} สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่พบว่า การพัฒนาควรให้เป็นไปตามศักยภาพความพร้อม และความต้องการของคนในชุมชน สอดคล้องกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่ประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ ความพอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน โดยมี 2 เงื่อนไข ได้แก่ มีความรู้ และมีคุณธรรม¹⁶ และสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม

ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้อย่างเป็นรูปธรรม และเกิดความยั่งยืน

การพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของจังหวัดร้อยเอ็ด ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการวางแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการเข้าใจบริบทของพื้นที่ ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม นโยบาย และทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การพัฒนานี้เริ่มต้นจากการที่ชุมชนบ้านโพธิ์หาดประสบปัญหาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาวะ โดยผู้นำชุมชน และชาวบ้านได้กลับมาทบทวนวิถีชีวิต และใช้แนวทางเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อแก้ไขปัญหา สร้างการพึ่งพาตนเองภายในชุมชน เช่น การจัดตั้งกลุ่มเกษตรอินทรีย์ กลุ่มออมทรัพย์ และวิสาหกิจชุมชน ซึ่งหน่วยงานภาคีเครือข่ายมีบทบาทในการสนับสนุนองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนทำให้เกิดการพัฒนาที่ครอบคลุม และยั่งยืน ชุมชนบ้านโพธิ์หาดสามารถขยายผลความสำเร็จจนได้รับรางวัลหมู่บ้านต้นแบบแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง สะท้อนการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับบริบทของพื้นที่ ถ่ายทอดองค์ความรู้ที่จำเป็น และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน⁶ การจัดการสุขภาวะในชุมชนเป็นกระบวนการที่เน้นการบูรณาการทุนทางสังคม และวัฒนธรรมเข้ากับการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้การดำเนินงานสอดคล้องกับบริบท และปัญหาของชุมชน การวางแผน และการดำเนินการในชุมชนได้ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล การมีส่วนร่วมของชุมชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การพัฒนาสุขภาวะเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ และร่วมตรวจสอบการเป็นเจ้าของ^{5,11,17} การพัฒนานี้นำไปสู่การสร้าง HEALTHS Model ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 7 หลักการสำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างเสริมสุขภาวะแบบองค์รวม (holistic health) เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม 2) การเน้น

เศรษฐกิจพอเพียง (sufficiency economy) เพื่อให้เกิดความมั่งคั่ง และพอเพียง 3) การสร้างความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ (health awareness) 4) ภาวะผู้นำที่ดี (leadership) เพื่อสร้างความสามารถในการทำงานของกลุ่ม 5) การทำงานเป็นทีม (teamwork) เพื่อสร้างความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ 6) ความสามัคคี และการมีส่วนร่วม (harmony and participation) และ 7) การจัดการสุขภาวะชุมชนอย่างยั่งยืน (sustainability) เพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ในขณะที่องค์กรหรือนักพัฒนาจากภายนอกมีหน้าที่เพียงให้การส่งเสริมและสนับสนุนกลไกต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติการ รวมถึงการประสานงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างเหมาะสม และยั่งยืน¹⁸

จากการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนี้ ชุมชนสามารถขับเคลื่อนการพัฒนาใน 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านสุขภาพ โดยมีโครงการจัดการความรู้ด้านสุขภาพพอเพียง โครงการ 3 อ. 2 ส. รหัสป้องกันโรค และโครงการตรวจสุขภาพคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) มิติด้านเศรษฐกิจ มีการขับเคลื่อนผ่านกลุ่มวิสาหกิจชุมชน และโครงการจัดทำบัญชีครัวเรือน 3) มิติด้านสังคม มีโครงการหมู่บ้านปลอดเหล้า ปลอดพนัน และโครงการส่งเสริมความสามัคคี 4) มิติด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม มีโครงการเกษตรอินทรีย์ โครงการปุ๋ยหมักชีวภาพ และโครงการธนาคารขยะ ดำเนินงานโดยเน้นหลักการความพอประมาณ มีเหตุผล และการสร้างภูมิคุ้มกัน ผลจากการพัฒนานี้ พบว่า ชุมชนมีความรู้ด้านสุขภาพ ตระหนัก และให้ความสำคัญกับการปฏิบัติเพื่อจัดการสุขภาวะ และสร้างเสริมสุขภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สุขภาวะที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพองค์รวมได้อย่างยั่งยืน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสภาวะเศรษฐกิจที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทำให้คน

ในชุมชนมีความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถ การสร้างเสริมสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา^{1,6} เมื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องของการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะบูรณาการตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า การจัดการสุขภาวะแบบพอเพียงนั้นสะท้อนถึงความพอดี และความสมดุลในการดูแลสุขภาพของตนเอง เริ่มต้นจากการบริโภคอาหารปลอดภัย ซึ่งมาจากการทำเกษตรอินทรีย์ โดยคำนึงถึงความพอเพียงตามความต้องการของร่างกาย ไม่บริโภคมากหรือน้อยเกินไป รวมถึงการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸⁻¹⁹

หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเน้นให้การตัดสินใจในเรื่องสุขภาวะเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากการวิเคราะห์สาเหตุ และผลกระทบต่าง ๆ ด้วยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การมีคุณธรรมในการดำรงชีวิตก็เป็นสิ่งสำคัญ เช่น การหลีกเลี่ยงบุหรี สุรา การพนัน และสิ่งเสพติดต่าง ๆ ไม่เพียงแต่จะสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพเท่านั้น แต่ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ทำให้สามารถประหยัด และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจมากขึ้น²⁰⁻²² การดำเนินชีวิตตามแนวทางนี้ ยังส่งเสริมให้ชุมชนมีจิตสาธารณะ มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม และความสามัคคีในการช่วยเหลือกัน⁸⁻¹⁰ ส่งผลให้เกิดความมั่นคง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่เพียงแค่การหลีกเลี่ยงโรค แต่ต้องมาจากการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีการตรวจสุขภาพประจำปี หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันชีวิตที่ดีทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน²³ จะเห็นได้ว่าความหมายของคำว่า “สุขภาวะพอเพียง” ครอบคลุมถึงสุขภาพทั้งทางกาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้งหมดต้องดำเนินไปอย่างสมดุล และบูรณาการร่วมกัน²⁴⁻²⁵ การที่ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตอย่างพอเพียง และดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข และเป็นต้นแบบชุมชนสุขภาวะที่สามารถขยายผลในพื้นที่อื่นได้ เกิดเป็นกลไกพัฒนาชุมชนที่เข้มแข็ง และสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กำหนดเป็นนโยบาย และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพชุมชน และขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด

2. ส่งเสริม และพัฒนาให้ชุมชนเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทั้งในระดับจังหวัด และระดับประเทศ เพื่อเปิดโอกาสให้ชุมชนอื่น ๆ เข้ามาเรียนรู้ และเป็นการเสริมพลังชุมชนในการดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืน

3. ด้านการพยาบาล ควรนำหลักการสุขภาวะพอเพียงไปวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารการออกกำลังกาย ผ่อนคลายความเครียด หมั่นสังเกต และตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การสร้างภูมิคุ้มกัน

การแลกเปลี่ยนความรู้ทางสุขภาพ สนับสนุนให้ประชาชนดูแลสิ่งแวดล้อม และอยู่อย่างพอเพียงเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิภาพระยะยาวของการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในบริบทที่หลากหลาย

3. ควรศึกษากลุ่มประชากรเด็ก และเยาวชนเพื่อปลูกฝังค่านิยม และพัฒนาศักยภาพเยาวชนต้นแบบในการจัดการสุขภาวะตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด แหล่งทุน กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2566 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการให้คำแนะนำ และผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Vipavanich S, Sungrugsa N. The model development of health promotion based on the philosophy of sufficiency economy for community well-being. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2016;9(2):1207-23. (in Thai)
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of NCDs, diabetes, hypertension, and related risk factors, 2019. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2020. (in Thai)
3. Charoendee K, Boribun N, Butrachumsaeng A, Rungrueang S, editors. Annual report 2023. Non-communicable diseases division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2023. (in Thai)
4. Baiya T, Nilkong V. Community development for participatory health management according to sufficiency economy philosophy in Nan province. Department of Health Service Support Journal 2020;16(2):25-36. (in Thai)

5. Watthanasaen S, Kittivongvisut A, Kankhwao P, Poosakaew T. The model development to enhance well-being followed the philosophy of sufficiency economy for farmer network groups under Khok Nong Na model. *BCNNON Health Science Research Journal* 2023;17(3):126-39. (in Thai)
6. Nilkote R, Chantararnamchoo N. Community of practices learning for developing community well-being: participatory action research. *The Golden Teak: Humanity and Social Science Journal* 2018;24(1):167-80. (in Thai)
7. Jariyawat S, Worachad W (Payutto), Kaewmat O, Thanawamso W (Promsri). Sufficiency economy philosophy for sustainable development. *Journal of Roi Kaensarn Academi* 2021;6(5):197-209. (in Thai)
8. Yeamsoonthorn P, Phuttharakkhito J (Noree), Sirinanto J. Community health development under the sufficiency economy philosophy in Chonburi province. *Panya Journal* 2022;29(2):38-53. (in Thai)
9. Singsom R, Songklin P. Community management according to the sufficiency economy concept of Ban Phon-Had community Dong Khrang Noi sub-district Kaset Wisai district Roi-Et province. *Journal of Social Science for Local Rajabhat Mahasarakham University* 2021;5(3):120-7. (in Thai)
10. Thongjun S, Takaew R, Bunchua K, Amalitwarin S. Holistic health based on the sufficiency economy philosophy. *Journal of Buddhamagga* 2023;8(1):1-11. (in Thai)
11. Boonsang S, Sanlum W, Monthon N, Pukratok N. A community model applying the idea of sufficiency economy for happiness community. *NRRU Community Research Journal* 2017;11(2):9-20. (in Thai)
12. Butsriphum S, Angasinha C. Ban Wang Nok Khai : strong community funding based on social capital and sufficient economy. *Journal of Philosophical Vision* 2022;27(1):10-28. doi: 10.14456/jpv.2022.2. (in Thai)
13. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
14. Thairath Online. "Dong Krang Noi" Roi Et wins the 2021 Best Change Leader Award, receives 1 million baht [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <https://www.thairath.co.th/news/local/northeast/2135892> (in Thai)
15. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanaskul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Journal of Mental Health of Thailand* 1998;5:4-15. (in Thai)
16. Thonginchan J, Yutthana P (Siriwan), Phrakhrusundhondhammanithas (Chalerm Bungmek), Somdeth (Sri-La-Ngad). Model of community development based on the philosophy of the sufficiency economy: a case study of context of Wat Pong Kham, Doophong sub-district, Santisuk district, Nan province. *Mahachula Academic Journal* 2022;9(1):361-81. (in Thai)
17. Phongsakchat P, Malai C, Noysipoom N, Jampated M. Health behaviors enhancing based on local wisdom. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(3):44-53. (in Thai)

18. Chaiyaparn N, Boonkla S, Konharn K, Chaiyapan N, editors. Handbook for developing health literacy in disease prevention and health threats. Bangkok: RNPP WATER; 2021. (in Thai)
19. Department of Health, Ministry of Public Health. Driving health literacy and health communication [Internet]. 2017 [cited 2023 Sep 26]. Available from: https://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf (in Thai)
20. Intarakamhang A. The development and application of ABCDE-health literacy scale for Thai adults [Internet]. 2017 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/243362.pdf> (in Thai)
21. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BioMed Central Public Health* 2012;12:130. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.
22. World Health Organization. Health literacy and health promotion: definitions, concepts, and examples in the Eastern Mediterranean Region. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development; 2009 Oct 26-30; Nairobi, Kenya: WHO; 2009.
23. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stamford, Connecticut: Appleton and Lange; 1996.
24. Arpanantikul M, Phuphaibul R, Khuwatsamrit K. Analysis of integration of sufficient-health indices with the philosophy of sufficiency economy. *Thai Journal of Nursing Council* 2015;30(1):41-57. (in Thai)
25. Arpanantikul M. Sufficient health. *Thai Journal of Nursing Council* 2018;33(2):5-14. (in Thai)