การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นบ้านแม่ต๋อมใน จังหวัดพะเยา

กนกวรรณ เอี่ยมชัย* แดนชัย ชอบจิตร และ พัชรบูรณ์ ศรีวิชัย

สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000

***ผู้เขียนหลัก อีเมลล์:** k_aiemchai@hotmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและศึกษาผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น พื้นที่วิจัยคือ บ้านแม่ต๋อมใน จังหวัดพะเยา จำนวน 60 ครัวเรือน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557– 2560 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ประเมินชุมชน 2) จัดทำแผนและนำแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยไปใช้ และ 3) ติดตามและประเมินผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศสำหรับสถานพยาบาล (HOSxP) ร่วมกับแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และเครื่องมือวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ t–test และข้อมูลทางระบาดวิทยาด้วยดัชนีอนามัย ผลการวิจัยด้านการประเมินชุมชนพบว่าชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไขเป็นลำดับแรกคือ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานหนัก ซึ่งนำไปสู่การจัดทำแผนการแก้ไขปัญหา เริ่มต้นด้วยการสำรวจชนิดพืชผักสมุนไพรในชุมชนและป่าชุมชนร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้และการแปรรูปสมุนไพรเพื่อการใช้งานง่ายและสะดวก โดยปราชญ์ชาวบ้านและแพทย์แผนไทยจากสถานีอนามัยฯ อนาลโย ชาวบ้านที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการมีจำนวน 53 คน ผลการจัดการเรียนรู้พบว่า ชาวบ้านมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ก่อนเข้าร่วมโครงการ ชาวบ้านมีคะแนนความเจ็บปวด 4 – 6 คะแนน ร้อยละ 73.33 หลังเข้าร่วมโครงการ ชาวบ้านมีคะแนนความเจ็บปวด 1 – 3 คะแนน ร้อยละ 90.0 และเกิดการรวมกลุ่มแปรรูปสมุนไพรพื้นบ้านสำหรับใช้คลายความปวดเมื่อย เช่น สมุนไพรแช่เท้า สมุนไพรสำหรับอบตัว ลูกประคบ และผลิตส่งจำหน่ายร้านค้าผลิตภัณฑ์ชุมชน

คำสำคัญ: จังหวัดพะเยา บ้านแม่ต๋อมใน ปัญหาสุขภาพอนามัย ภูมิปัญญาท้องถิ่น สมุนไพรคลายปวดเมื่อย

Community Participations in Health Problem Solutions using Local Wisdom at Ban Mae Tom Nai, Phayao Province

Kanokwan Aiemchai*, Danchai Chopcit and Patcharaboon Sriwichai

Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Maung District, Phayao Province, Thailand 56000

*Corresponding author's E-mail: k_aiemchai@hotmail.com

Abstract

This study aimed to promote community participations and identify the results of participations in community health problem solutions using local wisdom. Participants were 60 households residing in Ban Mae Tom Nai, Phayao province, since 2014 – 2017. There were 3 stages in the study: 1) community assessment, 2) planning and implementation to solve health problems, and 3) monitoring and evaluation. The data were gathered from HOSxP database, as well as interview, focus group discussion, and community participation forms. Qualitative data were analyzed by using content analysis; whereas, quantitative data were analyzed by using descriptive statistics. Paired t-test was used to test the differentiation between pre- and post-test. An epidemiology data were analyzed by using health index. The results suggest that the first priority of health problem solution was to prevent and cure muscle pains from hard labor. Then, researchers and villagers started to explore herbs growing in a community and nearby forest. After that, people with local wisdom in the community worked together with Thai traditional therapists from Tambon Health Promoting Center in order to produce herbal medicine for releasing muscle pains. There were 53 people voluntarily participated in the project. The process of participation learning resulted in a significant increase of villagers' knowledge at the end of project ($p<0.05$); moreover, over half of villagers reported that they relieved their muscle pains from 4-6 score to 1-3 score after using community's herbal medicine. Finally, the villagers formed a group to produce their own herbal medicinal products such as herbal foot soap and herbal sauna and massage balls. These products were sold at a community shop as well.

Keywords: Phayao province, Ban Mae Tom Nai, Health problem, Local wisdom, Pain-relieving herbs

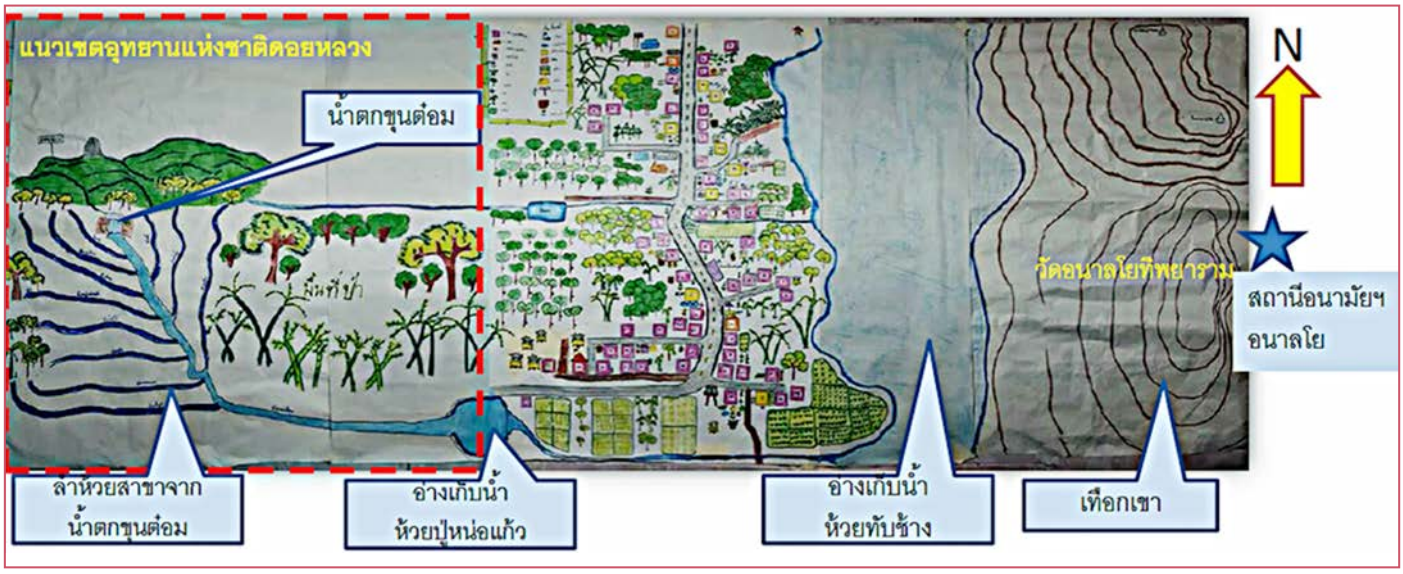
บทนำ

สุขภาพของประชาชนเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาด้านอื่นๆ ดังนั้นประชาชนที่มีสุขภาพดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แต่ในพื้นที่ห่างไกลประชาชนส่วนใหญ่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสาธารณสุขจากภาครัฐ เนื่องจากมีฐานะยากจนและอยู่ห่างไกลสถานบริการสุขภาพ แม้ว่าประชาชนในพื้นที่ชนบทห่างไกลจะสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ (สิทธิ 30 บาท) แต่ก็ไม่สามารถเดินทางมาใช้สิทธิในสถานบริการสุขภาพได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560) และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าจ้างเหมารถ ค่าอาหาร ค่าเช่าที่พักสำหรับญาติ จึงเป็นอุปสรรคของคนในชนบทในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Kongrukgreatiyos, 2016) รวมทั้งปัจจัยทางสังคมที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น บรรทัดฐานทางความเชื่อและวัฒนธรรม ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ขาดความพร้อมในการใช้ทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (Bolin & Bellamy, 2012) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงานด้านการพัฒนาสุขภาพ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการขยายพันธกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในลักษณะ “การเข้าถึงและการมีส่วนร่วมของชุมชน” ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) แต่การทำงานเชิงรุกและการมีส่วนร่วมยังไม่เกิดผลเต็มที่ นอกจากนี้ อสม. ในพื้นที่ห่างไกลส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ยังคงใช้เทคนิควิธีดั้งเดิมในการเข้าถึงชาวบ้าน รวมทั้งขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ (คมสันต์ ธงชัย และ สุชาดามณี บุญจรัส, 2560)

การมีส่วนร่วมของชุมชนหรือประชาชน เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพึ่งพาตนเอง เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย ควรต้องทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนตนเอง (ประเวศ วะสี, 2554; วรรณี จันทร์สว่าง, 2546; สมใจ วินิจกุล, 2550) ดังเช่นประเทศออสเตรเลียได้ส่งเสริมให้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นหลักการพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท (Bath & Wakerman, 2015; Farmer & Nimegeer, 2014) การพัฒนาสุขภาวะเป็นการดำเนินการตามแนวทางกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่มีความหลากหลาย (Khanindra, 2004; Kenny et al., 2013) โดยที่สังคมสุขภาวะจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน (Flynn, 1996) ทั้งเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชนที่ร่วมบริหารจัดการแบบบูรณาการ เชื่อมโยงและสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการใหม่ โดยชุมชนหนุนเสริมกันและกันเป็นองค์รวม (Holistic approach) โดยส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง (ผาสุก แก้วเจริญตา และคณะ, 2559)

จากสถิติปี พ.ศ. 2553 – 2556 ภาวะสุขภาพของประชาชนจังหวัดพะเยา มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยในปี พ.ศ. 2554 ปัญหาสุขภาพสำคัญ 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็น “โรคจากวิถีชีวิต (Lifestyle diseases)” ที่สามารถป้องกันได้ตั้งแต่ระดับตนเองและครอบครัว และสถิติของการมารับบริการผู้ป่วยนอกของปี พ.ศ. 2559 คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบไหลเวียนเลือด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2560) วันที่ 6-7 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยฯ อนาลโย นักพัฒนาชุมชนจากเทศบาลตำบลสันป่าม่วง เข้าสำรวจพื้นที่บ้านแม่ต๋อมใน หมู่ที่ 7 ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นชุมชนขนาดเล็ก ตั้งอยู่ในหุบเขา มีภูเขาล้อมรอบหมู่บ้าน อยู่ระหว่างเขตอุทยานแห่งชาติดอยหลวงกับเทือกเขาที่เป็นที่ตั้งของวัดอนาลโยทิพยารามและอ่างเก็บน้ำห้วยทับช้าง พื้นที่รอบในและรอบนอกหมู่บ้านมีความอุดมสมบูรณ์ มีความหลากหลายทางชีวภาพ โดยเฉพาะพืช พรรณไม้ สมุนไพรพื้นบ้าน ราษฎรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม หาของป่า ในหมู่บ้านมีปราชญ์ชาวบ้านด้านพืช สมุนไพรพื้นบ้านที่สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งเป็นจุดแข็งของชุมชน รวมทั้งเป็นโอกาสของชุมชนในหมู่บ้านที่จะเข้าร่วมเครือข่ายอนุรักษ์ป่าต้นน้ำ และการเข้าร่วมโครงการพระราชดำริปิดทองหลังพระในปี พ.ศ. 2557 เนื่องจากหมู่บ้านอยู่ห่างจากสถานบริการสุขภาพ คือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อนาลโย ประมาณ 8 กิโลเมตร การเดินทางไปยังสถานีอนามัยต้องใช้เส้นทางอ้อมภูเขาและอ่างเก็บน้ำ เส้นทางที่ใช้สัญจรค่อนข้างเปลี่ยว จึงเป็นข้อจำกัดของประชาชนในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพของสถานีอนามัยและเทศบาล แผนที่รอบนอกและรอบในหมู่บ้าน แสดงดังภาพที่ 1

จากการสนทนากลุ่มเพื่อทบทวนสถานการณ์สุขภาพของคนในชุมชน ร่วมกับแกนนำชุมชน อสม. และตัวแทนกลุ่มอาชีพต่างๆ เพื่อเตรียมการก่อนปฏิบัติการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของคนในชุมชนมีหลายประการ เช่น การดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวและชุมชนยังคงเป็นการรักษาเมื่อมีความเจ็บป่วย มากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยาจากรถเร่ขายยา ร้านขายของชำ ยาเหล่านี้อาจมีส่วนประกอบของสเตียรอยด์ ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาว ส่งผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายแทบทุกระบบ เช่น การกดภูมิต้านทานของร่างกาย ทำให้กระดูกพรุน และปัจจัยที่คุกคาม



ภาพที่ 1 แผนที่รอบนอกและรอบในบ้านแม่ต๋อมใน หมู่ที่ 7 ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ต่อชุมชนคือ เกษตรกรในหมู่บ้านบางส่วนหันมาใช้สารเคมีทางการเกษตรเพื่อเพิ่มผลผลิตทั้งในแปลงนาข้าว พืชไร่ พืชสวน ทำให้สารเคมีกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมทตกค้างในพื้นที่ทำการเกษตร หรือตกค้างในกระแสเลือดของเกษตรกร จากประเด็นปัญหาดังกล่าวการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงจึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจนถึงการประเมินผลโครงการ (Cohen & Uphoff, 1981) ที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาและความต้องการ ทุนชุมชน ภายใต้โครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นบ้านแม่ต๋อมใน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน โดยนำหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ซึ่งจะไม่กำหนดกรอบหรือรูปแบบการทำกิจกรรมที่เป็นลักษณะสำเร็จรูป แต่มีความยืดหยุ่นเพื่อให้เกิดผลและตอบโจทย์ความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนแต่ละชุมชนมีสาเหตุและความซับซ้อนแตกต่างกันและหลากหลายปัญหา ปัญหาสุขภาพเหล่านั้นไม่สามารถแก้ไขให้สำเร็จได้ในเวลาเดียวกัน ขึ้นอยู่กับบริบทชุมชน ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ทุนทางสังคม ที่แตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นในการจัดลำดับตามความสำคัญของปัญหาตามความจำเป็นก่อนหลัง และการแก้ไขปัญหาก็เป็นไปตามความจำเป็นตามองค์ประกอบการพิจารณานั้น วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามวิธีของภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นวิธีที่นิยมใช้งาน เพราะมีองค์ประกอบการตัดสินใจ และวิธีคำนวณที่ไม่ซับซ้อน โดยมีองค์ประกอบ 4 ข้อ แต่ละองค์ประกอบให้คะแนนจาก 0–4 หรือ 1–5 รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด แล้วนำมาเรียงลำดับจากคะแนนสูงสุด องค์ประกอบทั้ง 4 ข้อ ที่นำมาพิจารณา ประกอบด้วย

1) **ขนาดของปัญหา** (Size of problem or prevalence) หมายถึง โรคที่เกิดในชุมชน การป่วยเป็นโรคนั้นๆ ภายในระยะเวลาที่กำหนด (Prevalence) เมื่อเกิดโรคมีจำนวนผู้ป่วยเท่าไร ถ้าเป็นโรคติดต่อ สามารถติดต่อและมีการแพร่กระจายง่ายหรือไม่ แนวโน้มของโรคเป็นอย่างไร โดยแสดงในลักษณะอัตราของปัญหา เช่น มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 25.29 ของประชากรทั้งหมดในชุมชน นำมาให้คะแนนตามเกณฑ์ คือ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน มากกว่าร้อยละ 0 – 25 ให้ 1 คะแนน ร้อยละ 26 – 50 ให้ 2 คะแนน ร้อยละ 51 – 75 ให้ 3 คะแนน ร้อยละ 76 – 100 ให้ 4 คะแนน

2) **ความรุนแรงของปัญหา** (Severity of problem) พิจารณาจากอัตราตายหรือทุพพลภาพจากโรค ถ้าตาย ให้ 4 คะแนน พิการ ให้ 3 คะแนน ป่วยเรื้อรัง ให้ 2 คะแนน ป่วยเล็กน้อย ให้ 1 คะแนน ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน

3) **ความยากง่ายในการแก้ปัญหา** (Ease of management) พิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ได้แก่ มีความรู้ความก้าวหน้าด้านวิชาการ มีคน วัสดุสิ่งของเพียงพอ เวลา ขัดกับข้อกฎหมาย

หรือศีลธรรมใดๆ หรือไม่ ถ้าไม่สามารถทำได้ ให้ 0 คะแนน ยากมาก ให้ 1 คะแนน ยาก ให้ 2 คะแนน ง่าย ให้ 3 คะแนน ง่ายมาก ให้ 4 คะแนน

4) ปฏิกิริยาของชุมชนต่อปัญหาหรือความสนใจของชุมชน (Community concern) พิจารณาว่าประชาชนในชุมชนเห็นถึงความสำคัญของปัญหาและต้องการแก้ไขปัญหาหรือไม่ ถ้าไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน มากกว่าร้อยละ 0 – 25 ให้ 1 คะแนน ร้อยละ 26 – 50 ให้ 2 คะแนน ร้อยละ 51 – 75 ให้ 3 คะแนน ร้อยละ 76 – 100 ให้ 4 คะแนน (เดชา ทำดี และ วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, 2555; สุขศิริ ประสมสุข, 2554)

ทั้งนี้การแก้ไขปัญหาต้องให้คนในชุมชนเข้ามาร่วมอย่างเป็นอิสระ ทั้งความคิด การไตร่ตรอง การตัดสินใจ การปฏิบัติ การประเมินและการร่วมรับผลประโยชน์ ดังที่ Cohen & Uphoff (1981) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ โดยทั่วไปการร่วมกันคิดตัดสินใจภายในกลุ่มเป็นเรื่องยากที่จะให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม เพราะสมาชิกในชุมชนมีศักยภาพ ฐานะ อำนาจทางสังคม มุมมองและประสบการณ์แตกต่างกัน รวมทั้งปัจจัยทางวัฒนธรรมบางประการเป็นอุปสรรคต่อความเป็นอิสระในการแสดงออก (ทวีศักดิ์ นพเกษร, 2558)

ผู้วิจัยและชุมชนได้ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนบ้านแม่ต๋อมใน ซึ่งมาจากการประเมินชุมชนและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกัน โดยใช้จุดแข็งของชุมชนคือ การมีทุนทางทรัพยากร พืช พรรณไม้ สมุนไพรพื้นบ้าน และมีปราชญ์ชาวบ้านด้านสมุนไพรที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาชาวบ้าน คือ นายมูล ขายข้าวสาร ที่มีความรู้จากประสบการณ์ที่สั่งสมมาแต่บรรพบุรุษ สืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น ระหว่างการสืบทอดได้มีการปรับ ประยุกต์ และเปลี่ยนแปลง จนกลายเป็นความรู้ใหม่ตามสภาพการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ภูมิปัญญา และสอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิมของชาวบ้าน ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างได้มีการศึกษาและพัฒนาให้เหมาะสมกับการรักษาที่เป็นภูมิปัญญาอันล้ำค่าของคนไทย (ภูมิปัญญาชาวบ้านสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่ม 19, 2540) ชุดความรู้ที่เกิดจากภูมิปัญญาชาวบ้านถูกนำมาประยุกต์เป็นถุงสมุนไพร ลูกประคบสมุนไพรสำหรับอบตัว สำหรับคลายความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในรูปแบบที่นำมาใช้ได้ง่ายและสะดวก และนำมาผสานกับความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ โดยใช้การประเมินความปวดกล้ามเนื้อทำการประเมินระดับความปวดก่อนและหลังการใช้ถุงสมุนไพรและลูกประคบสำหรับคลายความปวดเมื่อย โดยให้ผู้รับบริการบรรยายถึงลักษณะความปวด และจากการตรวจร่างกายทั่วไป ทั้งนี้การประเมินความรุนแรงของความปวดอาจมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สภาพจิตใจ อารมณ์ การนอนไม่หลับ หรือยาที่ผู้ป่วยรับประทาน โดยใช้เครื่องมือ Numeric rating scale (NRS) ซึ่งมี Scale ตามไม้บรรทัดตั้งแต่ 0–10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ดังนั้นการตีความหมายของตัวเลขกับ Categorical scale เป็นดังนี้ 0 ไม่ปวดเลย 1–3 ปวดเล็กน้อย 4–6 ปวดปานกลาง 7–10 ปวดมากที่สุด (สหัทยา ไพบูลย์วรชาติ, มปป)

วิธีดำเนินการวิจัย

1) การดำเนินงาน ดังแสดงในภาพที่ 2 แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การประเมินชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากระบบสารสนเทศสำหรับสถานพยาบาล (Hospital Information Extreme Platform: HOSxP) ของสถานีอนามัยฯ อนาลโย และข้อมูลประชากร สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมจากเทศบาลตำบลสันป่าม่วง และปฏิบัติการภาคสนามร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชน โดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์ชุมชน ประกอบด้วย ประวัติศาสตร์ชุมชน แผนที่เดินดิน ผังโครงสร้างองค์กรชุมชน ปฏิทินชุมชน โอ่งเศรษฐกิจ และระบบสุขภาพชุมชน และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participation observation) การบันทึกเสียงและภาพ เพื่อนำไปใช้ประกอบข้อมูลทุติยภูมิ ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยคุกคามต่อการเกิดโรค

ระยะที่ 2 การจัดทำแผนและนำไปใช้ ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2559 ประกอบด้วย 1) การประชุมประชาคมหมู่บ้านตามวิธีของกระบวนการกลุ่ม (Nominal group process) (NACCHO, 2017) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาที่อาจเป็นปัจจัยของการเจ็บป่วยของคนในชุมชน โดยแสดงค่าดัชนีอนามัย 3 เกณฑ์ คือ ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา และความง่ายในการแก้ปัญหา และข้อมูลเชิงคุณภาพจากเครื่องมือวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ในการรับรู้ปัญหาของชุมชนและการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา โดยใช้เกณฑ์ความสนใจของชุมชนที่เข้าร่วมประชุม 2) การวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลพืช พรรณไม้ สมุนไพรในชุมชนและป่าชุมชน เพื่อนำมาจัดทำโครงการ “สืบสาน ภูมิปัญญาพืชผัก สมุนไพรพื้นบ้าน คลายปวดเมื่อย” และกำหนดบทบาทหน้าที่และกรอบการประเมินของผู้วิจัยและสมาชิกในชุมชน และ 3) การดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

อนามัย ตามแผน เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี ประกอบด้วยแบบประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ การทดลองใช้มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของพืชผักสมุนไพรพื้นบ้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ การทดลองใช้มีค่าความเชื่อมั่น 0.89

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการ ใช้แบบประเมินโดยใช้ตัวเลขบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด โดยใช้ Scale ตามไม้บรรทัด 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือปวดมากที่สุด (สหัทยา ไพบูลย์วรชาติ, มปป.) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน การทดลองใช้มีค่าความเชื่อมั่น 0.80 โดยประเมินระดับความปวดก่อนและหลังการใช้ถุงสมุนไพรและลูกประคบสำหรับคลายความปวดเมื่อย โดยที่ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับต่อตัวบุคคลและชุมชน วิธีดำเนินการวิจัยตั้งแต่การประชุมประชาคม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการมีส่วนร่วมในการวิจัย รวมทั้งแจ้งข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยมีนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและอ่านคำถามรายข้อในกรณีผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559

2) การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสำรวจข้อมูลสุขภาวะชุมชน และแบบสอบถามวัดกระบวนการมีส่วนร่วม แบบประเมินความเจ็บปวดกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสถิติทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติ t-test ข้อมูลทางระบาดวิทยา วิเคราะห์โดยการใช้ดัชนีอนามัย

ผลการวิจัย

1) การประเมินชุมชน สรุปประเด็นตามกลุ่มปัญหาโดยใช้ดัชนีอนามัย ดังนี้

1.1) ปัญหาครัวเรือนมีการกำจัดขยะมูลฝอยไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นการกำจัดขยะโดยวิธีการเผา จำนวน 46 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 71.7 ตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน เป็นผลให้เกิดมลพิษรบกวน ส่งผลต่อสุขภาพของคนในชุมชน

1.2) ปัญหาประชาชนมีสารพิษทางการเกษตรกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมทตกค้างในกระแสเลือด เป็นข้อมูลจากผลการเจาะเลือดประชาชน 70 คน ของสถานีอนามัยฯ อนาลโย พบระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14

1.3) ปัญหาประชาชนมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการปวด ในกลุ่มประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 102 คน มีระดับความเจ็บปวด 4-6 และจำนวน 53 คน ใช้ยาชุดจากรถเร่ขายยาเพื่อบรรเทาอาการปวดเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 52.00

1.4) ปัญหาประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีตัวแทนของครัวเรือนที่เข้าร่วมประชุม จำนวน 35 คน พิจารณาร่วมกัน พบว่าปัญหาที่มีความสำคัญและต้องการแก้ไขลำดับแรก โดยใช้ผลคะแนนจากวิธีคูณที่มีค่าสูงสุด ดังแสดงในตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่า ประชาชนที่เข้าร่วมประชุมประชาคม พิจารณาค่าคะแนนผลคูณที่มีค่าคะแนนสูงสุด และเป็นมติยอมรับร่วมกัน ด้วยการเห็นความสำคัญของปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

จากการทำงานหนัก เป็นปัญหาสำคัญลำดับแรกที่ต้องร่วมกันแก้ไขปัญหา

3) การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ ผู้วิจัยและแกนนำชุมชนจำนวน 8 คน ได้ร่วมกันกำหนดโครงการแก้ไขปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานหนัก ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการใช้ทุนทางทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน คือ พืช สมุนไพรท้องถิ่น และปราชญ์ชาวบ้านด้านสมุนไพรและผสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภายนอกชุมชน ประกอบด้วยแพทย์แผนไทยจากสถานีอนามัยฯ อนาลโย นักพัฒนาชุมชนจากเทศบาลตำบล โดยกำหนดแผนดังนี้ 1) เก็บรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลพืช พรรณไม้ สมุนไพรในชุมชนและป่าชุมชน 2) จัดทำโครงการ “สืบสาน ภูมิปัญญาพืชผัก สมุนไพรพื้นบ้าน คลายปวดเมื่อย” 3) กำหนดแผนการจัดกิจกรรม กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และ 4) วางกรอบการติดตามประเมินผล

4) การนำแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยไปใช้

4.1) เก็บรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลพืช พรรณไม้ สมุนไพรท้องถิ่นด้วยการสำรวจในชุมชนและพื้นที่ป่า ในวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2559 และศึกษาจากปราชญ์ชาวบ้าน สมุนไพรที่พบในครัวเรือนมีจำนวน 38 ชนิด และสามารถนำไปใช้ประโยชน์มากที่สุด คือ ไพล (ปูเลย) ตระไคร้ มะกรูด ขมิ้น ส้มป่อย มะขาม และหญ้าเอ็นยืด และสมุนไพรที่พบในป่าดอยหลวงที่พบเฉพาะในช่วงเดินสำรวจมีจำนวน 54 ชนิด เช่น ฮ่อสะพานควาย รางจืด (ดอกขาว ดอกม่วง) ต้นแห้ม ต้นปิ้ง (นางแย้มป่า) ต้นแหน่ง (หมากแหน่ง) ต้นเปล้า ต้นนมนาง (ต้นนมสาว) หญ้าเอ็นยืด ต้นไหลเผือก (ต้นปลาไหลเผือก) เป็นต้น

4.2) ผลการดำเนินโครงการสืบสาน ภูมิปัญญาพืชผักสมุนไพรพื้นบ้าน คลายปวดเมื่อย มีดังนี้ 1) ผู้วิจัยจัดกระบวนการเรียนรู้โดยผสานความรู้ดั้งเดิมที่คงอยู่ในชุมชนจากปราชญ์ชาวบ้านด้านสมุนไพร และใช้ความรู้สมัยใหม่จากแพทย์แผนไทยจากสถานีอนามัยฯ อนาลโย ในการผลิต แปรรูปสมุนไพรเพื่อง่ายต่อการใช้ในชีวิตประจำวันตามสูตรที่ปราชญ์ชาวบ้านและแพทย์แผนไทยได้ร่วมกันจัดทำ สมุนไพรพื้นบ้านที่นำมาใช้เป็นส่วนประกอบในการทำถุงสมุนไพรสำหรับแช่เท้า ถุงสมุนไพรสำหรับการอบตัวและลูกประคบ ประกอบด้วย ไพล 1000 กรัม ใบมะกรูด/ผิวมะกรูด 400 กรัม ใบมะขาม 400 กรัม ตะไคร้ 200 กรัม ขมิ้น 200 กรัม ใบส้มป่อย 200 กรัม พลับพลึง เสลดพังพอน หญ้าเอ็นยืด ฮ่อสะพานควาย อย่างละ 100 กรัม ทำลูกประคบได้ 20 ลูก ขนาดลูกละ 120 กรัม ทำสมุนไพรสำหรับแช่เท้าและอบตัว ได้ 50 ถุง ดังภาพที่ 3 2) ผู้วิจัยจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับ อสม. และนำชุดความรู้ไปถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมายที่มีอาการปวดเมื่อย ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้ง 53 คน ดังภาพที่ 4 และ 3) กลุ่มแม่บ้านรวมกลุ่มและจัดตั้งกลุ่มแปรรูปสมุนไพร

4.3) ผลการประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย ดังแสดงในตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 พบว่า ชาวบ้านแม่ต๋อมใน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยระดับปานกลางถึงระดับมาก สำหรับกิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุดคือ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

4.4) ผลการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับพืชผักสมุนไพรพื้นบ้านของประชาชนจำนวน 53 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการสืบสานภูมิปัญญาพืชผัก สมุนไพรพื้นบ้านคลายปวดเมื่อย ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากพืชผักสมุนไพรพื้นบ้าน หลังเข้าร่วมกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 3 มีความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.5) ผลจากการสร้างการเรียนรู้ร่วมทำให้เกิดการตั้งกลุ่มแปรรูปสมุนไพร ดังภาพที่ 5 ผลิตภัณฑ์แรกที่ร่วมกันผลิตและใช้ในโครงการคือ ถุงสมุนไพรสำหรับแช่เท้าและลูกประคบ การดำเนินการร่วมกันของผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มแกนนำชุมชน ประธาน อสม. ประธานกลุ่มอาชีพ แพทย์แผนไทยสถานีอนามัยฯ อนาลโย คือ

ตารางที่ 1 ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพอนามัย	ดัชนีอนามัย ข้อมูลจากการสำรวจ			เวทีประชาคม	หลักการพิจารณาปัญหา	
	ขนาดของปัญหา	ความรุนแรง	ความยากในการแก้ปัญหา	ความสนใจ	ผลรวมวิธีบวก	ผลรวมวิธีคูณ
1. ครัวเรือนมีการกำจัดขยะมูลฝอยไม่ถูกสุขลักษณะ	4	2	2	2	10	32
2. ประชาชนมีสารพิษตกค้างในกระแสเลือด	3	2	2	2	9	24
3. ประชาชนมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานหนัก	3	2	2	3	10	36
4. ประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	2	2	2	1	7	8

ภาพที่ 3 ขั้นตอนการแปรรูปสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ภาพที่ 4 การทดลองใช้สมุนไพรสำหรับแช่เท้า

การนำผลิตภัณฑ์ของชุมชนคือ ลูกประคบและสมุนไพรสำหรับแช่เท้าไปใช้ในคลินิกแพทย์แผนไทย เทศบาลตำบลสันป่าม่วง และนำข้อเสนอแนะไปบรรจุไว้ในแผนพัฒนาตำบลด้านการอนุรักษ์ทรัพยากร ป่าต้นน้ำ และแผนพัฒนาสุขภาพของตำบล

5) การติดตามประเมินผล

5.1) การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ ที่มีแนวคำถามเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของคนในชุมชน

5.2) ผลการประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อ ของกลุ่มเป้าหมายที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโดยการแช่เท้าด้วยถุงสมุนไพรและการใช้ลูกประคบสำหรับคลายความปวดเมื่อยวันละ 15 – 20 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยประเมินความเจ็บปวดก่อนการทำกิจกรรม ด้วยเครื่องมือ NRS และหลังการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 โดยให้กลุ่มเป้าหมายทำเครื่องหมายกากบาทบนตัวเลขบอกระดับความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อ ดังแสดงในตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 การประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 53 คน พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการแช่เท้าและการนวดบรรเทาปวดด้วยการประคบ ร้อยละ 73.33 มีระดับความเจ็บปวดปานกลาง หลังเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 90.0 ระดับความเจ็บปวดระดับเล็กน้อย ซึ่งลดลงหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม

5.3) ผลการสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นจากปราชญ์ชาวบ้านด้านสมุนไพร ที่ใช้องค์ความรู้ดั้งเดิมที่ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ผสานกับความรู้สมัยใหม่จากแพทย์แผนไทยในการผลิตและแปรรูปสมุนไพรพื้นบ้าน ด้วยการใช้ประโยชน์จากทุนทางทรัพยากรในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ คือ พืชพรรณไม้ สมุนไพรท้องถิ่น เป็นการเรียนรู้ร่วมกันจากภูมิปัญญาและความรู้สมัยใหม่ เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ

อภิปรายและสรุปผล

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนอนามัยบ้านแม่ต๋อมใน หมู่ที่ 7 ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ตารางที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนบ้านแม่ต๋อมใน

กิจกรรมการมีส่วนร่วม (n = 25)	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การสำรวจข้อมูลชุมชน	25	47.17	15	28.30	13	24.53
2. ค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน	28	52.83	15	28.30	10	18.87
3. ดำเนินงานตามแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย	35	66.04	10	18.87	8	15.09
4. ประชุมร่วมกับทีมวิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.	23	43.40	18	33.96	12	22.64
5. แจ้งปัญหาสุขภาพอนามัยในการประชุมประชาคม	39	73.58	11	20.76	3	5.66
6. กำหนดกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย	40	75.47	10	18.87	3	5.66
7. กำหนดวิธีการหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย	38	71.70	10	18.87	5	9.43
8. กำหนดการใช้จ่ายแหล่งเงินทุนหรืองบประมาณที่ใช้	30	56.61	15	28.30	8	15.09

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากพืชผักสมุนไพรพื้นบ้านก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

	n	$\bar{X}$	SD	df	t
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	53	4.96	0.99	52	10.07*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	53	6.06	0.91		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพที่ 5 กลุ่มแม่บ้านจัดตั้งกลุ่มแปรรูปสมุนไพร

ตารางที่ 4 การประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังกิจกรรมในโครงการสืบสานภูมิปัญญาการใช้พืชผักสมุนไพรพื้นบ้านคลายปวดเมื่อย

ระดับความเจ็บปวด	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
0 คะแนน (ไม่เจ็บปวด)	0	0	0	0
1 – 3 คะแนน (เจ็บปวดเล็กน้อย)	12	22.34	48	90.00
4 – 6 คะแนน (เจ็บปวดปานกลาง)	39	73.33	5	10.00
7 – 10 คะแนน (เจ็บปวดมาก)	2	3.33	0	0

1) ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า เป็นผลจากการเริ่มต้นประเมินชุมชนร่วมกันกับผู้นำชุมชน อสม. ซึ่งข้อมูลที่ได้เกิดขึ้นจากคนในมองเห็นปัญหาของตนเอง มิได้เกิดจากนักวิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลเพียงฝ่ายเดียว ดังเช่นที่งานวิจัยท้องถิ่นเป็นงานวิจัยที่ทำโดยชาวบ้าน จากความจำเป็นในชีวิตที่ต้องแก้ปัญหาของตนเอง จึงเป็นงานที่ยึดโยงอย่างเหนียวแน่นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ปิยะวัติ บุญ-หลง และคณะ, 2543) โดยที่ชุมชนได้ตระหนักและรับรู้ผลประโยชน์ตั้งแต่เริ่มต้นของการดำเนินโครงการ ดังเช่นในประเทศออสเตรเลียได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เริ่มต้นโดยประชาชนเป็นผู้กำหนดนโยบาย ในการสนับสนุนการบริการสุขภาพ (Bath & Wakerman, 2015) อีกทั้งการใช้กระบวนการประชาคมยังเป็นการระดมความคิดเห็นในการพัฒนาพลังของประชาชน ซึ่งมีความเหมาะสมกับประชาชนในชุมชนที่มีความหลากหลาย เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ไม่มีความยุ่งยากมากเกินไป ผู้เข้าร่วมประชุมมีการแสดงออกทางความคิดได้อย่างเต็มที่ ยังเป็นการสร้างการไกล่เกลี่ย (Mediating) ให้กับกลุ่มที่ใช้ความรู้สึกของตัวเองเป็นสำคัญ เป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผลประโยชน์จะเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับบุคคลและชุมชน ตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่สรุปร่วมกัน จนนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (NACCHO, 2017) เป็นการให้โอกาสประชาชนสามารถตัดสินใจกำหนดปัญหาความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง เป็นการเสริมพลังอำนาจแก่ประชาชน/กลุ่ม/องค์กรชุมชน ในการจัดการทรัพยากร การตัดสินใจ และควบคุมดูแลกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมากกว่าที่จะเป็นฝ่ายตั้งรับ สามารถกำหนดการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกล (MacCormack, 1983) สอดคล้องกับงานวิจัยของ มุจลินท์ แปงศิริ (2558) ที่ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการภูมิปัญญา

ท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน หาแนวทางการแก้ปัญหา เกิดพลังอำนาจในตนเองที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ วรรณษา วงษ์เส็ง และ วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ (2559) ที่ได้ศึกษาบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุด้านประชาสังคมในการพัฒนาชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดบทบาทและการมีส่วนร่วมในเรื่องหลักและวิธีการทำงาน บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ จนถึงเทคนิคและวิธีการสร้างการมีส่วนร่วม รวมทั้งผลงานวิจัยของ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และ วรากร เกรียงไกรศักดา (2560) ที่ได้พัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ พบว่าต้องมีการดำเนินการภายใต้การสนับสนุนและความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม

ปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนมักมีหลายปัญหา การแก้ไขปัญหาไม่สามารถแก้ไขทุกปัญหาไปพร้อมกัน เนื่องจากแต่ละปัญหามีความซับซ้อนแตกต่างกัน ขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญจึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการวางแผนด้านสุขภาพ ทำให้สามารถระบุปัญหาสำคัญที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาในชุมชนได้ตามเวลาที่กำหนด ไม่มีสูตรกำหนดตายตัวสำหรับการเริ่มต้นในการเลือกประเด็นปัญหาสำคัญ ขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชนและกระบวนการแก้ไขปัญหาของชุมชน (Sousa et al., 2017) ในงานวิจัยนี้พบว่ามีข้อขัดข้องและข้อจำกัดในการคิดคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยใช้ดัชนีอนามัย ซึ่งต้องแปลงข้อมูลในรูปของอัตราหรือร้อยละ ปัญหาที่ได้จากการสำรวจบริบทชุมชนและการประเมินชุมชนร่วมกัน พบว่ามีข้อมูลหลากหลายที่ต้องจัดลำดับความสำคัญภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด และมักเป็นกระบวนการเฉพาะกิจ ดังเช่นในประเทศสวีเดน มีการกำหนดเกณฑ์สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความรุนแรงของภาวะสุขภาพ ประโยชน์ของผู้รับบริการ และความคุ้มค่า (Vilnius & Dandoy, 1990; Arvidsson et al., 2012) ทั้งนี้ข้อมูลที่ไม่ใช่โรค หรือข้อมูลที่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคโดยตรง เช่น ปัญหาน้ำประปาหมู่บ้าน ซึ่งเป็นน้ำประปาภูเขามีสภาพขุ่น มีตะกอนมาก ประชาชนไม่สามารถนำมาใช้ในการอุปโภคหรือบริโภคได้ ทำให้ข้อมูลที่พบไม่ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาร่วมพิจารณา หรือข้อมูลจากการตรวจเลือดเพื่อหาระดับสารเคมีกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมทตกค้างในกระแสเลือด รวมทั้งปัญหาการกำจัดขยะมูลฝอยไม่ถูกวิธี เมื่อแปลงคะแนนเป็นค่าดัชนีอนามัยมีค่าคะแนนสูง แต่คนในชุมชนยังมีมุมมองว่าไม่ใช่ปัญหา เนื่องจากประชาชนยังเห็นว่าไม่มีผู้ใดเจ็บป่วยเนื่องมาจากสาเหตุเหล่านี้ หรือข้อมูลความเจ็บป่วยของคนในชุมชนด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อแปลงค่าคะแนนเป็นตัวเลขพบว่ามีขนาดและความรุนแรงของปัญหาต่ำ แต่มิได้หมายความว่าคนในชุมชนไม่มีปัญหาสุขภาพนี้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาวิธีการหลายเกณฑ์ (Baltussen & Niessen, 2006) จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ แต่ควรต้องพิจารณาหลายเกณฑ์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (Kim, 2015) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เรมวล นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (2555) ได้พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนด้วยการสังเคราะห์ประเด็นปัญหานำข้อมูลไปสะท้อนให้ชุมชนรับรู้และชุมชนเกิดการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของชุมชนร่วมกัน และจัดตั้งคณะทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ชุมชนให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก

2) ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของคนในชุมชน การใช้หลักการเรียนรู้ร่วมกับการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มประเมินชุมชน การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ และจัดกิจกรรมโครงการสืบสานภูมิปัญญาพืชผัก สมุนไพรพื้นบ้านคลายปวดเมื่อยโดยใช้ทุนทางธรรมชาติของชุมชนที่มีความหลากหลายทางชีวภาพและการเห็นคุณค่าของปราชญ์ชาวบ้าน และผสานการเรียนรู้กับองค์ความรู้สมัยใหม่จากแพทย์แผนไทย พบความเปลี่ยนแปลง ดังนี้ 1) ชุมชนมีความรู้ ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพราะกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม เป็นการเสริมสร้างศักยภาพของมนุษย์ที่สามารถนำออกมาใช้ได้หากได้รับการพัฒนา ซึ่งเป็นการพัฒนาที่เกิดจากการปฏิบัติด้วยตนเอง มีโอกาสในการคิด วางแผน และตัดสินใจเรียนรู้แลกเปลี่ยนจากประสบการณ์ และ 2) สมาชิกในชุมชนมีความมั่นใจในการพูด การคิด และการแสดงออก ทั้งนี้เนื่องจากการนำเครื่องมือและเทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกในชุมชนมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และข้อมูลต่างๆ จากการร่วมกันทำกิจกรรม ทำให้มองเห็นประเด็นอย่างชัดเจน คิดอย่างเป็นระบบและเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ระพีพัฒน์ ศรีมาลา และคณะ (2559) ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนด้านสุขภาพที่สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ รวมทั้งงานวิจัยของ สามารถ ใจเตี้ย และคณะ (2559) ได้พัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนในการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นการก่อเกิดกระบวนการมีส่วนร่วม และวางแผนสร้างกิจกรรมและแหล่งเรียนรู้ในชุมชนภายใต้กฎเกณฑ์ชุมชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวัฒนธรรมสุขภาพ

แนวโน้มการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นให้ชุมชนดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย เป็นกลยุทธ์หลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ต้องการให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เห็นคุณค่าในทุนของชุมชน ทั้งทุนทางทรัพยากร ทุนทางบุคคลที่เป็นปราชญ์ชาวบ้านหรือครูภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่เข้ามาร่วมกันสร้างกระบวนการเรียนรู้

เพื่อนำไปสู่การสร้างศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชน (Merzel & Afflitti, 2003) โดยมีข้อดีคือ สามารถขยายขอบเขตการดูแลไปยังพื้นที่อื่นๆ ในชนบทห่างไกลได้ อีกทั้งเป็นการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความยั่งยืน เมื่อประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้ภายใต้ฐานความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ การรวมกลุ่มที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน (ผาสุก แก้วเจริญตา และคณะ, 2559) สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ เอี่ยมชัย และ จันทร์จิรา อินจีน (2555) ที่ได้ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยบ้านทุ่งต้นศรี พบว่า การประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C เป็นวิธีการที่ระดมความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเชิงสร้างสรรค์ สร้างความเข้าใจระหว่างคนในชุมชนที่ร่วมกันคิดกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองและชุมชนด้วยการเน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ สร้างทัศนคติและปรับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีทางการเกษตร และงานวิจัยของ ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยุวดี รอดจากภัย (2557) ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของประเทศไทยพบว่า การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชนเกิดความเข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ จุลจิรา ธีรชิตกุล และคณะ (2555) ได้ศึกษาประสบการณ์อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อการจัดการกับอาการปวดและผลลัพธ์ในการจัดการอาการปวดของผู้สูงอายุที่มีอาชีพกรีดยางพารา พบว่า อาการปวดเมื่อยส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในมิติด้านพฤติกรรมมากที่สุด การจัดการอาการปวดเมื่อยที่เลือกใช้เรียงตามลำดับคือ การใช้ยาแก้ปวด การนอนพักนั่งพัก และการใช้ยาสมุนไพร และผลการวิจัยของ จิรภรณ์ แนวบุตร และ บุรณี กาญจนถวัลย์ (2559) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด มีระดับความปวด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าลดลงหลังการรับการนวดแผนไทย 3 ครั้ง คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนรักษา 2.46 และหลังการรักษา 1.80

การนำไปใช้ประโยชน์

1) ชุมชน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน สถานีอนามัย เทศบาลตำบล สภาหมอเมือง รวมทั้งภาคีที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลและอำเภอ นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการจัดทำข้อมูลสมุนไพรพื้นบ้าน เพื่อถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนในจังหวัดพะเยาและจังหวัดใกล้เคียง

2) ชุมชนเกิดการรวมกลุ่มแปรรูปสมุนไพรพื้นบ้าน โดยกลุ่มแม่บ้านได้รับการสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาตำบล เทศบาลตำบลสันป่าม่วง โดยนักพัฒนาชุมชนได้ใช้ผลการวิจัยเข้ามาหนุนเสริมความรู้ ทักษะ ในกระบวนการแปรรูปสมุนไพร และประสานช่องทางการตลาด เพื่อนำผลิตภัณฑ์สมุนไพรแปรรูป เช่น สมุนไพรสำหรับแช่เท้า สมุนไพรแปรรูปสำหรับการดื่ม และการประคบและอบตัววางขายในร้านค้าโอทอปของจังหวัด

3) ชุมชนได้พัฒนากระบวนการเรียนรู้ทั้งในกลุ่มผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุข และสมาชิกในชุมชนเป็นแกนนำในการอนุรักษ์สมุนไพรพื้นบ้านที่หายาก ด้วยการเพิ่มพื้นที่ปลูก ขยายพันธุ์ และปกปักษ์รักษาสมุนไพรพื้นบ้านที่ขึ้นอยู่ตามธรรมชาติในเขตอุทยานแห่งชาติดอยหลวงที่เป็นป่าที่ชุมชนต้องช่วยกันดูแล

4) แพทย์แผนไทยประจำสถานีอนามัยฯ อนาลโย ได้จัดทำโครงการต่อเนื่องสำหรับการเรียนรู้เรื่องสมุนไพรพื้นบ้านและการใช้ประโยชน์ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันในการผสานวิธีการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนด้วยการใช้ทุนของชุมชนคือสมุนไพรพื้นบ้านและความรู้สมัยใหม่ ในกระบวนการผลิต เก็บรักษา และนำผลิตภัณฑ์ชุมชนไปใช้กับผู้รับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย

5) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ประยุกต์การจัดการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายในการจัดการศึกษา คือ การสร้างคนจากชุมชนเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพชุมชนทั้งในด้านการผลิตบัณฑิต การวิจัย การบริการวิชาการต่อชุมชนและสังคม โดยสร้างความสัมพันธ์ สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฝ่ายชุมชนและสังคม โครงการพัฒนาการเขียนบทความเชิงพื้นที่ สัญญาทุนเลขที่ RDG 5940004-L01 ที่สนับสนุนการเขียนบทความเชิงพื้นที่ ขอบคุณผู้บริหาร เพื่อนร่วมงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา นายอานนท์ วัฒนกรกุล ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อนาลโย ที่สำคัญคือแกนนำชุมชน ปราชญ์ชุมชน และชาวบ้านแม่ต๋อมใน หมู่ที่ 7 ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา และนักศึกษาพยาบาลทุกคนที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อารี วิบูลย์พงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ชิตณรงค์ ศิริสถิตย์กุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจษฎา มิ่งฉาย ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวเรศ ศิริสถิตย์กุล และอาจารย์ ดร.พิมพิมล แก้วมณี ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง จนสามารถจัดทำบทความวิจัยจนสำเร็จสมบูรณ์

บรรณานุกรม

กนกวรรณ เอี่ยมชัย และ จันทร์จิรา อินจีน. 2555. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาปัญหาสุขภาพอนามัย บ้านทุ่งต้นศรี ตำบลห้วยลาน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา.** *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 19(1); 44-52.

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และ วรากร เกรียงไกรศักดา. 2560. **การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุ.** *วารสารสมาคมนักวิจัย.* 22(1); 81-88.

คมสันต์ ธงชัย และ สุชาดามณี บุญจรัส. 2560. **การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี.** *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่.* 9(3); 206- 220.

จิรภรณ์ แนวบุตร และ บุรณี กาญจนถวัลย์. 2559. **ผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.** *เวชศาสตร์ร่วมสมัย.* 60(3); 313-327.

จุลจิรา ธีรชิตกุล และคณะ. 2555. **การจัดการอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุที่มีอาชีพกรีดยางพารา**. *วารสารสภาการพยาบาล.* 27(2); 134-147.

เดชา ทำดี และ วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์. 2555. **การพยาบาลชุมชน.** พิมพ์ครั้งที่ 1. ครองช่างพรินท์ติ้ง. เชียงใหม่. 262 น.

ทวีศักดิ์ นพเกษร. 2558. **วิทยากรกระบวนการ: พัฒนาสุขภาวะชุมชน.** วนิดาการพิมพ์. เชียงใหม่. 60 น.

ประเวศ วะสี. 2554. **มองมุมใหม่ จัดการใหม่ ในระบบสุขภาพชุมชน.** สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. กรุงเทพ. 47 น.

ปิยะวัติ บุญ-หลง และคณะ. 2543. **การวิจัยเพื่อท้องถิ่น: รากฐานแห่งพลังปัญญา.** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). วนิดาเพรส. เชียงใหม่.

ผาสุก แก้วเจริญตา และคณะ. 2559. **สร้างสุขภาพอย่างไรให้ถึงผลลัพธ์: เครื่องมือและเทคนิคการทำงานสุขภาพชุมชน.** ภาพพิมพ์. กรุงเทพฯ .

ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. 2557. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของประเทศไทย**. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา.* 9(2); 13-20.

ภูมิปัญญาชาวบ้าน สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่ม 19. 2540. จาก http://www.kanchanapisek.or.th/kp6/BOOK19/chapter8/chap8.htm. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2560.

มุจลินท์ แปงศิริ. 2558. **การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลาง ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่.** *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่.* 16(2); 87-96.

ระพีพัฒน์ ศรีมาลา และคณะ. 2559. **การจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา.** *วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.* 11(3); 159-168.

เรมวล นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ. 2555. **การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาตำบลไชยสถาน.** *พยาบาลสาร.* 39(2); 144 - 154.

วรรณษา วงษ์เส็ง และ วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์. 2559. **บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุด้านประชาสังคมในการพัฒนาชุมชนเขตบางแค กรุงเทพมหานคร.** *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ.* 9(1); 1399-1415.

วรรณี จันทร์สว่าง. 2546. **สุขภาพชุมชน แนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน**. บราเดอร์สการพิมพ์. สงขลา. 209 น.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560. **รายงานโครงการวิจัยเรื่อง แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ของประเทศไทย.** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.

สมใจ วินิจกุล. 2550. **อนามัยชุมชนกระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา.** พิมพ์ครั้งที่ 3. ฟันนี่พับลิชชิ่ง. กรุงเทพฯ. 146น.

สหัทยา ไพบูลย์วรชาติ. มปป. **Pain assessment and measurement.** ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. จาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/anes/2012/images/Lecture2015/Pain_Assessment.pdf. สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2560.

สามารถ ใจเตี้ย และคณะ. 2559. **การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนเพื่อการส่งเสริมวัฒนธรรมสุขภาพ กรณีศึกษาลุ่มน้ำลี้ จังหวัดลำพูน.** *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต.* 4(2); 284-296.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. 2560. **ปัญหาที่สำคัญของประชาชนจังหวัดพะเยา 2559.** จาก http://203.209.96.245/sapa/frontend/web/index.php?r=hstatus/hproblem. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2560.

สุขศิริ ประสมสุข. 2554. **การพยาบาลอนามัยชุมชน แนวคิด หลักการและการปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. จุดทอง. กรุงเทพฯ. 227น.

Arvidsson, E. et al. 2012. **Setting priorities in primary health care – on whose conditions?. A questionnaire study.** *BMC Family Practice.* 13; 114–121.

Baltussen, R. & Niessen, L. 2006. **Priority setting of health interventions: The need for multi–criteria decision analysis.** *Cost Effectiveness and Resource Allocation.* 4(14). จาก https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560167/. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2560.

Bath, J. & Wakerman, J. 2015. **Impact of community participation in primary health care: What is the evidence?.** *Australian Journal of Primary Health.* 21(1); 2–8.

Bolin, J. & Bellamy, G. 2012. **Barriers to health promotion and disease prevention in rural areas.** จาก https://www.ruralhealthinfo.org/community–health/health–promotion/1/barriers. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2560.

Cohen, J. M. & Uphoff, N. T. 1981. **Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation.** Rural Development Committee Center for International Studies. Cornell University. 317p.

Farmer, J. & Nimegeer, A. 2014. **Community participation to design rural primary healthcare services.** *BMC Health Services Research.* 21(3); 14–30.

Flynn, B. C. 1996. **Healthy cities: Toward worldwide health promotion.** *The Annual Review of Public Health.* 17; 299– 309.

Kongrukgreatiyos, K. 2016. **Aging in Thailand – Addressing unmet health needs of the elderly poor.** จาก http://www.worldbank.org/en/news/press–release/2016/04/08/ aging–in–thailand. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2560.

Kenny, A. et al. 2013. **Community participation in rural health: A scoping review.** *BMC Health Services Research.* 18(2); 13–64.

Khanindra, K. B. 2004. **Health promotion through self–care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries.** *BMC Public Health.* 16(4); 4–11.

Kim, J.–H. 2015. **The analysis of priority setting in community health planning in Korea and its Implications.** จาก https://www'researchgate.net/publication /2768410605. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2560.

MacCormack, C. P. 1983. **Community participation in primary health care.** *Tropical Doctor.* 13(2); 51–54.

Merzel, C & Afflitti, J. 2003. **Reconsidering Community–Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potentia.** *American Journal Public Health.* 93(4); 557 – 574.

NACCHO. 2017. **First thing frst: Prioritizing health problems.** The National Connection for Local Public Health. จาก http://www.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2560.

Sousa F. et al. 2017. **Setting health priorities in a community: A case example.** *Revista de Saúde Pública.* จาก http://www.rsp.fsp.usp.br/. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2560.

Vilnius, D. & Dandoy, S. 1990. **A priority rating system for public health programs.** *Public Health Reports.* 105(5); 463–470.