

การวิจัยและพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มเปราะบางในชุมชน*

Research and Development of a Volunteer Network in the Community to Promote Health in the Vulnerable

¹นิภาวรรณ เจริญลักษณ์, ²เริงวิชญ์ นิลโคตร และ ³ชาตรี ลุนดำ
¹Nipawan Charoenlak, ²Reongwit Nilkote and ³Chatree Lundam

¹คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

²คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

³นักวิชาการอิสระ



¹Faculty of Humanities and Social Sciences, Muban Chombueng Rajabhat University, Thailand.

²Faculty of Education, Rambhai Barni Rajabhat University, Thailand.

³Independent Scholar, Thailand.

²Corresponding Author's Email: mong_rnk@hotmail.co.th

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์ทุนศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง และ 2) พัฒนาแนวทางการเสริมศักยภาพและพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาดูแลกลุ่มเปราะบาง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 30 คน เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีเค้าโครงเป็นเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นประชาชนในพื้นที่ตำบลบางช้างเหนือ จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .98 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ทุนศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางประกอบด้วย การบริหารแบบมีส่วนร่วมแบบ “บ้าน วัด โรงเรียน” โดยมีวัดบางช้างเหนือเป็นศูนย์กลางการประสานงาน การมีกลุ่มจิตอาสาที่เข้มแข็งในชุมชน การบริหารจัดการเครือข่ายที่ดี และกิจกรรมที่ต่อเนื่อง 2) การเสริมศักยภาพเครือข่ายจิตอาสาดูแลกลุ่มเปราะบางพบว่าความจำเป็นด้านการเสริมสร้างสุขภาพและการจัดการตนเองของกลุ่มเปราะบาง ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องในชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$, S.D. = 0.09) องค์ความรู้ที่ค้นพบจากการวิจัยการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางในชุมชนคือศักยภาพของชุมชนมีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางในชุมชนให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ : จิตอาสา; สร้างเสริมสุขภาพ; กลุ่มเปราะบาง

Abstract

The objectives of this research was: 1) to analyze the community's potential to health promotion of the vulnerable group; and 2) to develop guidelines for enhancing and develop a network of volunteers to care for the vulnerable groups. This research applied mixed methods approach consisting of two steps. In the first step, qualitative research was conducted through group discussions and in-depth interviews with a targeted selection of 30 individuals, which was analyzed through content analysis. In the second step, a quantitative research approach was employed. The study focuses on a sample group of 400 individuals residing in the Bang Chang Nuea sub-district. The research instrument used was a 5-point Likert scale health behavior questionnaire. The questionnaire demonstrated a high reliability coefficient of 0.98. The statistical analysis methods included mean and standard deviation.

The research findings revealed that: 1) The potential resources of the community in promoting the health of vulnerable groups consist of the following elements: participatory management through the collaboration of "house, temple, school" (Bowon) with Bang Chang Nuea Temple as the central coordinating hub, the presence of strong volunteer groups within the community, effective network management, and continuous activities. 2) The enhancement of the volunteer network for taking care of vulnerable groups revealed the significance of the need for health promotion and self-management among the vulnerable groups, their families, and relevant individuals in the community as a whole, which is rated highly (mean = 4.04, S.D. = 0.09). The research findings emphasize the importance of community capacity in fostering sustainable health promotion for vulnerable groups in the community.

Keywords: Volunteer; Health Promotion; Vulnerable

บทนำ

สถานการณ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตอันเป็นผลสืบเนื่องจากความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์การแพทย์ การสร้างเสริมสุขภาพ ความรู้ และความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองให้กับประชาชน รวมทั้งแนวโน้มการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นได้ส่งผลให้ประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีอัตราสูงขึ้น (Department of Mental Health, 2019) จากการศึกษาพบว่ามีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุจาก ค.ศ.1905 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 16.6 ใน ค.ศ.2025 โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ และยุโรป มีประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีสูงสุดคือ ค.ศ.1950 เฉลี่ยจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 24 ใน ค.ศ.2025 และสำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ.2548 และกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2564 ซึ่งหมายถึงการเป็นสังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ.2574 สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด จะมีผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 28 ของประชากร (Department of Older Persons, 2019) ปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลให้ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) และมีแนวโน้มของวัยแรงงานจะมีอัตราส่วนลดลงประกอบกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วตามสถานการณ์โลก ทำให้

กลุ่มประชากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นนั้นมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความต้องการและจำเป็นที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การที่ผู้สูงอายุและผู้เปราะบางจะต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น และต้องเป็นภาระของรัฐบาลที่จะต้องเข้ามาดูแลมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ภาครัฐได้ตระหนักถึงสถานการณ์ดังกล่าวดังจะเห็นได้จากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้บัญญัติให้รัฐมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุไว้ กล่าวคือ มาตรา 10 (4) สร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มาตรา 10 (5) ร่วมมือและประสานงานกับราชการบริหารส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจ ตลอดจนองค์กรอื่นในการจัดให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนตามพระราชบัญญัตินี้และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง (Sasat, 2012) การดูแลกลุ่มเปราะบางในสังคมไทยจึงมีความสำคัญที่หลายภาคส่วนต้องให้ความร่วมมือและหาแนวทางในการดูแลอย่างครบวงจร เช่น ภาครัฐจำเป็นต้องมีการเพิ่มอัตราการผลิตบุคลากรทางสุขภาพ การจัดบริการทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีที่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ หนุนเสริมให้ชุมชนได้พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวและชุมชน รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแบบยั่งยืนโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ภายใต้การสนับสนุนของภาครัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกชุมชน

สถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าการให้ความสำคัญกับกระบวนการทางสุขภาพแนวใหม่ที่เป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) อย่างเป็นองค์รวมนั้นจะต้องเป็นความรับผิดชอบของทุกคนจึงจะสามารถรองรับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ในทุกวันนี้ได้ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเผยแพร่แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นที่เข้าใจอย่างกว้างขวางในทุกวงการและทุกระดับ รวมทั้งประชาชนและสื่อมวลชนด้วยวิธีการต่างๆ จนเกิดความแจ่มชัดว่ากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพก็คือกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของประชาชนทั้งมวล ไม่ได้จำกัดอยู่ในเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น การสร้างเสริมสุขภาพในกระบวนการที่จะเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นในการที่จะบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนต้องสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่สนองตอบความต้องการต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนทุกคนทุกกลุ่มอายุ ไม่เจ็บป่วยและมีสุขภาพดี เป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้งบประมาณมหาศาล (Thientaworn, 2012) แนวทางดังกล่าวนี้เองสอดคล้องกับ Yuthavong (2015) ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพแนวใหม่ว่าต้องอาศัยทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ภายในหมายถึงเรื่องของการอยู่ดีกินดี เป็นการอยู่อย่างพอดี อยู่ในที่สงบ มีการดูแลตัวเองอย่างดี ในระบบสุขภาพมิติใหม่นั้นต้องเอาระบบสุขภาพมาผสมกับระบบที่ใหญ่กว่า นั่นคือระบบสุขภาวะ ซึ่งมีปัจจัยสำคัญ 3 ด้าน คือ ปัจเจกบุคคลคือตัวเราเอง และสภาพแวดล้อม มีภาครัฐเข้ามาช่วย รัฐต้องให้ระบบบริการสุขภาพที่ดี รวมถึงต้องมีนโยบายสาธารณะที่ดีด้วย การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชนจึงมีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ไม่ว่าผู้ดูแลจะเป็นบุตร หลาน เครือญาติ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเอง หรือแม้แต่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าไปดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน จำต้องเห็นภาพของการเชื่อมโยง ประเด็นเหล่านี้ล้วนแล้วเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาวะระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุและเป็นการเพิ่มสุขภาวะที่ดี (Well-being) ให้กับผู้สูงอายุในบั้นปลายได้

ดังนั้น สังคมไทยพร้อมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม การบูรณาการศาสตร์ที่หลากหลายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน รวมไปถึงการส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางในชุมชนซึ่งถือว่าเป็นทุนศักยภาพที่สำคัญของชุมชน (Social Capital) เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและจำเป็นอย่างยิ่งกับสภาพสังคมวัฒนธรรมในภาพรวม

เน้นการมีส่วนร่วมและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการทางสุขภาพ องค์กรชุมชน และองค์กรอื่นๆ โดยมีองค์กรภาครัฐมีบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากรในการทำงาน และส่งเสริมการจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ซึ่งเป็นมาตรการช่วยเหลือ เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวทำหน้าที่ให้การดูแล และช่วยเหลือผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี เพื่อรองรับปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

บทความวิจัยนี้มุ่งนำเสนอบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดีจากการศึกษาโครงการวิจัย “การวิจัยและพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางในชุมชน” ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมีต้นทุนประสบการณ์จากวัด ชุมชนในพื้นที่ รวมถึงเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพและวิชาการในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองใหม่ เครือข่ายสุขภาพอำเภอสามพราน มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม มูลนิธิปณสูข มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นต้น และกลไกในการเชื่อมประสาน พัฒนา และหนุนเสริมการทำงานมาโดยตลอดคือองค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ ส่งผลให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ทุนศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเสริมศักยภาพและพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาดูแลกลุ่มเปราะบาง

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความวิจัยเรื่อง “การวิจัยและพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางในชุมชน” เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) กล่าวคือการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการเก็บแบบสอบถามและการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ได้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MU-SSIRB 2019/059 (1B) ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2562 มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา (Documentary Research) ได้แก่ บริบทของพื้นที่ศึกษาทั้งด้านข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลสุขภาพ ต้นทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดจิตอาสา แนวคิดการมีส่วนร่วม และแนวคิดที่เกี่ยวกับผู้เปราะบาง ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษานี้สามารถตอบวัตถุประสงค์และคำถามของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คนที่เป็นกลุ่มจิตอาสา ซึ่งทำงานด้านจิตอาสาอยู่ในชุมชน จาก 6 ชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลคลองใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1.ต้องเป็นสมาชิกชุมชนในพื้นที่ตำบลคลองใหม่ 2. มีประสบการณ์การทำงานด้านจิตอาสาอย่างน้อย 5 ปี และ 3. เป็นผู้ยินดีให้ข้อมูลทั้งระหว่างการวิจัยและหลังการวิจัยเพื่อสอบถามข้อมูลให้ครบถ้วนและเป็นจริงที่สุด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยเทคนิคสามเส้า (Triangulation Technique)

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษาคือประชาชนในพื้นที่ตำบลคลองใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ มาตราส่วนประมาณค่า

5 ระดับ (Rating Scale) จากมากที่สุดไปถึงน้อยที่สุด (Krejcie, and Morgan, 1970) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารในพื้นที่ เช่น ข้อมูลโครงการส่งเสริมสุขภาพ รายงานการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการศึกษาวิจัย และการนำเสนอผลการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 ทศศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง ผลการวิจัยพบว่า

1.1 บริบทของพื้นที่ สภาพพื้นที่ศึกษาคือตำบลคลองใหม่ อำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม เป็นพื้นที่ราบลุ่มมีคลองธรรมชาติและคลองที่ขุดเพื่อการเกษตร ด้านทิศเหนือติดกับอำเภอนครชัยศรี ทิศใต้ติดกับตำบลบางช้าง ทิศตะวันออกติดกับ 3 ตำบลคือตำบลท่าตลาด ตำบลสามพราณ ตำบลหอมเกร็ด และตำบลยายชา ส่วนทิศตะวันตกติดกับตำบลคลองจินดา มีพื้นที่ 12.50 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 5 หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่รับผิดชอบในการดูแลทั้งหมด 5 หมู่บ้านตั้งแต่หมู่ที่ 1 - หมู่ที่ 5 ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านบางพระ หมู่ที่ 2 บ้านคลองใหม่ หมู่ที่ 3 บ้านคลองใหม่ หมู่ที่ 4 บ้านดอนทอง หมู่ที่ 5 บ้านคลองใหม่ หมู่ที่ 6 บ้านสะแกเล็ก ซึ่งอยู่ในการดูแลของเทศบาลตำบลสามพราณ ปีพุทธศักราช 2562 จำนวนครัวเรือนทั้งหมด 3,571 ครัวเรือน มีประชากรจำนวน 9,050 คน เป็นชายจำนวน 4,442 คน หญิงจำนวน 4,628 คน ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกพืชเศรษฐกิจได้แก่ ฝรั่ง ชมพู่ กล้วย กล้วยไม้ และรับจ้างทั่วไป ในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 22 แห่ง “วัดบางช้างเหนือ” เป็นศูนย์กลางทางจิตใจและทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน มีโรงเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 4 แห่ง โรงเรียนมัธยมเอกชนขนาดใหญ่ 1 แห่ง คือโรงเรียนนาครประสิทธิ์ ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งวิชาการที่สำคัญแห่งหนึ่งในพื้นที่ในการทำกิจกรรมทั้งระดับชุมชน อำเภอ และระดับประเทศ ด้านงานสาธารณสุขมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองใหม่ เป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้กับประชาชน และมีโรงพยาบาลสามพราณ เป็นโรงพยาบาลชุมชนของอำเภอ พื้นที่มีกลุ่มประชาคมที่เป็นต้นทุนสำคัญการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ประกอบด้วย กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน กลุ่มสตรีอาสาพัฒนา กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครป้องกันพลเรือน กลุ่มพิทักษ์รักษาสงแวดล้อม กลุ่มชาวสวนกล้วยไม้ และกลุ่มจิตอาสา ลักษณะของชุมชนเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท (Semi-Urban, Semi-Rural Society) มีความเป็นสังคมและวัฒนธรรมแบบเครือญาติที่สืบเนื่องมาจากบรรพบุรุษที่ตั้งถิ่นฐานประกอบอาชีพมายาวนาน และเป็นชุมชนเมืองด้วยปัจจัยโครงสร้างพื้นที่ (Infra-Structure) ที่ได้รับการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดด้วยสภาพพื้นที่ซึ่งอยู่ในเขตอุตสาหกรรมและศูนย์ราชการสำคัญๆ จึงส่งผลให้ชุมชนได้รับการสนับสนุนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.2 พัฒนาการกลุ่มจิตอาสาเพื่อดูแลกลุ่มเปราะบางในชุมชน

1.2.1 จุดเริ่มต้นของเครือข่ายจิตอาสาวัดบางช้างเหนือ พบว่าเกิดจากการริเริ่มของพระเดช-พระคุณหลวงพ่อดุสิตพัฒนศึกษากร เจ้าอาวาสรูปปัจจุบันที่ดำรงถึงแนวทางการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนจากประสบการณ์ที่ได้นำพาญาติธรรมไปบริจาคสิ่งของแก่ประชาชนในพื้นที่ชายแดนจังหวัดตากในช่วง พ.ศ. 2547-2548 และเห็นว่าควรมีการพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้เป็นระบบ ประกอบกับแกนนำชุมชนมีความศรัทธาในวัตรปฏิบัติของเจ้าอาวาสเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว และมุ่งมั่นที่จะดูแลชุมชนให้รอบด้านทุกมิติ จึงได้มีการพัฒนาโครงการจิตอาสาเพื่อดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางขึ้นมา

1.2.2 โครงสร้างและการดำเนินกิจกรรมจิตอาสา ภายหลังคณะสงฆ์ได้หารือกับแกนนำและผู้เกี่ยวข้อง และได้จัดตั้งเป็นกลุ่มจิตอาสาในปี พ.ศ. 2549 มีโครงสร้างประกอบด้วย 3 ระดับด้วยกัน ส่วนที่ 1 ประธานที่ปรึกษา พระพิพัฒนศึกษากร เป็นประธานที่ปรึกษาให้กับกลุ่ม ส่วนที่ 2 ที่ปรึกษาคณะทำงาน ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ คณะสงฆ์วัดบางช้างเหนือทั้งหมด กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ส่วนที่ 3 คณะทำงานจิตอาสา แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ตัวแทนของคณะสงฆ์ จะมีพระภิกษุซึ่งเป็นตัวแทนคณะสงฆ์ของวัดบางช้างเหนือจำนวน 1 รูป มีหน้าที่ประสานงานกับคณะสงฆ์ในการจัดเตรียมสิ่งของอุปโภคและบริโภคเบื้องต้นที่ประชาชนได้มาบริจาค และมาทำทาน (สังฆทาน) เพื่อแยกแยะให้เป็นสัดส่วน และจัดเตรียมเป็นชุดเพื่อให้สะดวกต่อความจำเป็นและการส่งต่อให้กับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ส่วนที่ 2 ตัวแทนชุมชน เป็นอาสาสมัครที่มาจากส่วนท้องถิ่น (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน) และท้องถิ่น (ประธานชุมชน) จำนวน 10 คน ส่วนที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ทำหน้าที่ในชุมชนเดิมอยู่แล้ว จำนวน 10 คน มีหน้าที่ในการจัดสรรหาสิ่งของที่จำเป็นต่อการอุปโภคและบริโภค คณะทำงานทั้งหมดจะเป็นผู้ที่คุ้นเคยพื้นที่ ทำงานชุมชนหลายบทบาท และมีคุณลักษณะพิเศษคือ ชอบช่วยเหลือคนอื่น เสียสละ ทำงานต่อเนื่อง เห็นประโยชน์ต่อส่วนร่วม ทั้งหมดเป็นคุณสมบัติพื้นฐานหรือเป็นเกณฑ์ตั้งต้นในการเชิญชวนมาทำงาน ดังการสนทนากลุ่ม “คนทำงานจริงๆ จะเห็นกันเองว่าใครเป็นใคร ทำงานไปเราก็จะรู้ว่าคนไหนใช่ไม่ใช่ คนไหนทำได้หรือทำไม่ได้จะรู้กัน คนที่ทำงานได้เราก็จะชวนกันมา” (สนทนากลุ่ม, 25 ตุลาคม 2562) นอกจากนี้ เครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน ได้แก่ พัฒนาสังคมและมนุษยจังหวัดนครปฐม มูลนิธิปณสูท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้านทั้ง 6 หมู่ และผู้นำชุมชนในการสนับสนุนและให้ความร่วมมือด้านต่างๆ การจัดโครงสร้างกลุ่มในช่วงต้นจะเป็นลักษณะอาศัย “ความร่วมมือ” หรือ “การร่วมด้วยช่วยกัน” มุ่งการทำงานอาสามากกว่าการทำงานตามคำสั่ง การคัดเลือกกลุ่มจะพิจารณาจากความพร้อมและพื้นฐานจากความคุ้นเคยกันในเบื้องต้นของคณะทำงานซึ่งมีประสบการณ์ร่วมกันในการกิจต่างๆ ในชุมชนและเป็นที่รับรู้กันระหว่างคนทำงาน การทำงานจะดำเนินการเป็นวงจรปฏิบัติหมุนเวียนประจำทุกเดือน และเป็นที่รับทราบโดยทั่วไปว่าจะต้องเตรียมตัวเพื่อลงพื้นที่เยี่ยมบ้านอย่างไรบ้าง หากคณะทำงานคนในหมู่ไม่สามารถจะลงพื้นที่ได้จะต้องมีคณะทำงานจากหมู่อื่นเข้ามาทดแทนเพื่อให้สามารถลงพื้นที่ได้ตามกำหนดวันและเวลา นอกจากนี้แล้วยังมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้กับเครือข่าย เช่น มูลนิธิปณสูท ตัวแทนของพัฒนาสังคมและมนุษยจังหวัด นักวิจัยหรืออาจารย์จากมหาวิทยาลัยในพื้นที่เพื่อร่วมลงพื้นที่การเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง กระบวนการทำงานสรุปได้ดังภาพประกอบที่ 1

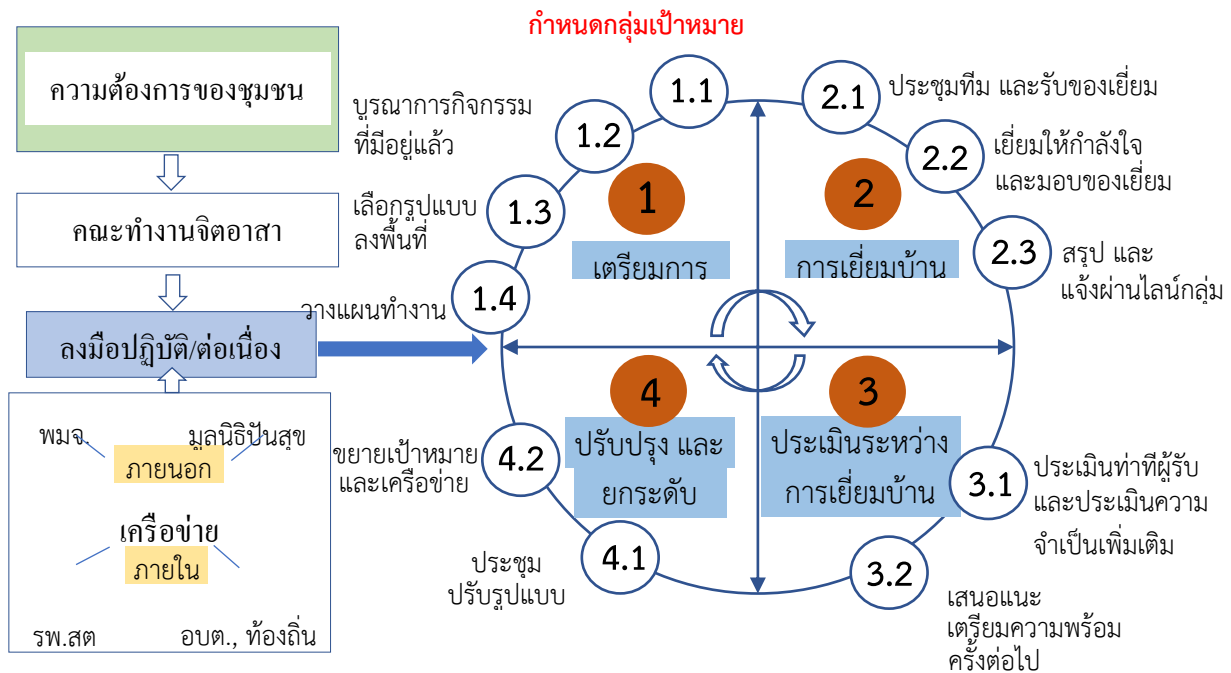


Figure 1: Shows the Working Process Cycle of the Volunteer Working Group at Wat Bang Chang Nuea. (Source: Summary of Lessons and Developed by the Research Team)

จากภาพประกอบที่ 1 กระบวนการทำงานเริ่มจาก ขั้นตอนการเตรียมการ เป็นการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง เน้นช่วยเหลือผู้อยู่ในพื้นที่ตำบลคลองใหม่ มีการกำหนดเกณฑ์เบื้องต้นคือ ต้องเป็นผู้ที่เดือดร้อนจริง ปฏิบัติตนตามหลักศีล 5 และคณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่ามี ความจำเป็นที่จะต้อง ได้รับการช่วยเหลือ โดยคณะกรรมการกิจกรรมที่มีอยู่แล้ว เช่น การลงพื้นที่สำรวจชุมชนของกลุ่ม อสม. การประชุมประจำเดือนในทุกวันที่ 11 ของแต่ละเดือนในช่วงเช้า ในเวลา 08.00 น. ซึ่งหลังการประชุมจะมีการพูดคุยการลงพื้นที่ การออกแบบการเยี่ยมบ้าน และการวางแผนการเยี่ยมเยียนครั้งต่อไป ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน คณะทำงานทั้ง 6 หมู่บ้านจะหารือเป็นกลุ่มย่อยและกำหนดจุดที่จะเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง จากนั้นจะรับของ เยี่ยมซึ่งทางคณะสงฆ์ได้จัดเตรียมไว้ให้ ระหว่างการเยี่ยมบ้านจะให้ความสำคัญกับการให้กำลังใจ สอบถาม ความจำเป็นเพิ่มเติม รวมถึงสังเกตการณ์สภาพแวดล้อมรายบุคคลเพื่อประเมินความช่วยเหลือในแต่ละครั้ง โดยแต่ละจุดจะใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และคณะกรรมการจิตอาสาจะเก็บภาพเพื่อเป็นการบันทึกกิจกรรม เยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งส่งไปยังกลุ่มไลน์ (LINE) ส่วนกลางเพื่อแจ้งกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ขั้นตอน ประเมินระหว่างการเยี่ยมบ้าน เป้าหมายที่สำคัญคือการมุ่งให้ความช่วยเหลือให้สอดคล้องกับ ความจำเป็น ที่แท้จริง และกลุ่มเปราะบางได้รับการช่วยเหลือที่ต้องการจริงๆ ใช้วิธีการสังเกตการณ์ และสนทนาให้กำลังใจ ขั้นตอนการปรับปรุงและการยกระดับการทำงาน หลังคณะกรรมการ จิตอาสาลงพื้นที่แต่ละครั้ง กิจกรรมต่างๆ จะถูกส่งเพื่อแจ้งข่าวสารให้กลุ่มทราบผ่านไลน์ (LINE) มีการประเมินกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบการเยี่ยมบ้าน รวมถึงการยกระดับการช่วยเหลือในแต่ละครั้ง โดยจะมีพูดคุยและนำเสนอเพื่อสรุปภาพรวมอีกครั้งในการ ประชุมทุกวันที่ 11 ของแต่ละเดือน การทำงานมีรูปแบบเป็นไปตามธรรมชาติ ยืดหยุ่น และให้เกิดประโยชน์ต่อ ชุมชนไปพร้อมๆ กัน ดังการสนทนาสะท้อนว่า “ส่วนมากเรารู้กันอยู่ครับ แต่ละคนสวทหมายหลายใบกัน

ต้องทำให้พร้อมๆ กัน จะได้ไม่เหนียวหลายรอบ” (สนทนากลุ่ม, 25 ตุลาคม 2562) คณะทำงานจิตอาสาจึงต้องบูรณาการกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสมทั้งด้านกำลังคน ค่าใช้จ่าย สิ่งของเครื่องเย็บให้เกิดประโยชน์ที่สุดในคราวเดียวกัน และมีการพูดคุยเพื่อนำปัญหาต่างๆ ระหว่างการทำงานมาหารือแก้ไขการทำงานครั้งต่อไป

1.2.3 ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน จากการสนทนากลุ่มสรุปพบเห็นว่า จำนวนประชากรกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะผู้สูงอายุเริ่มมีมากขึ้นทุกปี แต่คณะทำงานยังไม่สามารถจะดูแลกลุ่มเปราะบางให้ได้ครอบคลุมได้ทั้งหมดเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ด้านงบประมาณในการช่วยเหลือ ในกรณีที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ เช่น ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง รถเข็นสำหรับผู้ป่วยเตียงสำหรับผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

1.3 ปัจจัยความสำเร็จและการเชื่อมโยงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง จากการศึกษาพบว่าพื้นที่ตำบลคลองใหม่มีทุนศักยภาพซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) การบริหารแบบมีส่วนร่วมแบบ “บ้าน วัด โรงเรียน” ที่สะท้อนให้เห็นชัดคือบทบาทของวัดและคณะสงฆ์ที่เอื้อต่อการทำงานจิตอาสา การเป็นศูนย์กลางของชุมชนของวัด และความเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณของพระเดชพระคุณหลวงพ่อพระพิพัฒนศึกษากรที่ดำรงอยู่ในวัตรปฏิบัติที่งดงาม ประยุกต์หลักธรรมเข้ากับวิธีการทำงานอาสาของชุมชนในสถานการณ์จริง และตรงกับความต้องการของชุมชน อีกทั้งความร่วมมือของคณะสงฆ์ได้มีส่วนสำคัญทำให้กิจกรรมมีความต่อเนื่อง 2) การมีกลุ่มจิตอาสาที่เข้มแข็ง พื้นฐานที่เป็นต้นทุนด้านบุคลากรทำงานจิตอาสาของตำบลคลองใหม่คือการมีกลุ่มทำงานประชาคมในพื้นที่เป็นทุนเดิม ได้แก่ กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน กลุ่มสตรีอาสาพัฒนา กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มอาสาสมัครป้องกันพลเรือน กลุ่มพิทักษ์รักษาสงแวดล้อม กลุ่มเกษตรกร กลุ่มชาวสวนกล้วยไม้ เป็นต้น ได้เป็นปัจจัยสำคัญส่งผลให้กลุ่มจิตอาสาที่เข้มแข็ง มีความยืดหยุ่นต่อการทำงาน เชื่อมประสานต่อเนื่อง รวมถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบต่างๆ ให้เกิดความเหมาะสม 3) การบริหารจัดการเครือข่ายที่ดี นอกจากจะมีโครงสร้างการทำงานจิตอาสาที่ประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ มารวมอยู่ในโครงสร้าง การมีเครือข่ายที่ดีทั้งระดับพื้นที่ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ที่คอยสนับสนุนเจ้าหน้าที่ และงบประมาณบางส่วนที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนกิจกรรม ผู้นำชุมชนทั้งจากส่วนท้องถิ่น และท้องที่มาร่วมเป็นคณะทำงาน เครือข่ายภายในได้แก่ พัฒนาสังคมและมนุษยจังหวัดนครปฐม ที่ติดตามและคอยช่วยเหลือด้านต่างๆ ภายใต้ภารกิจของหน่วยงานและมูลนิธิปณสูข ซึ่งเป็นมูลนิธิการกุศลร่วมจัดสรรสิ่งของในการเย็บบ้าน ทั้งหมดเป็นการประสานงานและบริหารจัดการที่มีวัดบางช้างเหนือเป็นศูนย์กลาง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดคือการระดมทรัพยากรด้านต่างๆ ทั้งด้านคนที่มีมาร่วมดำเนินการ งบประมาณสนับสนุนเต็มเต็มเมื่อสิ่งของไม่เพียงพอที่จะบริจาค และ 4) การมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ระยะเวลาที่ดำเนินการต่อเนื่องถึง 3 ปี (2558 – 2562) กิจกรรมการเย็บบ้านทุกเดือน รวมถึงกิจกรรมอบรมและพัฒนาจิตอาสาในพื้นที่ทั้งจากหน่วยงานในพื้นที่ และเครือข่ายภายนอกพื้นที่ได้เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จเชิงประจักษ์ เกิดกลไกการทำงานที่ชัดเจน สร้างความไว้วางใจให้กับกลุ่มเป้าหมายและครอบครัว นอกจากนี้แล้วยังได้เป็นกลุ่มจิตอาสาต้นแบบที่เป็นกรณีศึกษาต้นแบบให้พื้นที่อื่นๆ ได้เรียนรู้เพื่อขยายผลตามศักยภาพบริบทพื้นที่ตนเอง

สรุปได้ว่า กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มจิตอาสาที่สะท้อนให้เห็นคือการมุ่งพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางโดยประสานการมีส่วนร่วมทุกส่วน การออกแบบในการจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสมเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความรู้สุขภาพ สามารถสรุปการเชื่อมโยงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงทุนศักยภาพของชุมชน

ทุนศักยภาพของชุมชน	บทบาทและความสำคัญ	มิติการสร้างเสริมสุขภาพ
การบริหารแบบมีส่วนร่วม “บ้าน วัด โรงเรียน”	➢ วัดเป็นศูนย์กลาง ความเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณของพระสงฆ์ ➢ การประยุกต์หลักธรรมการทำงาน ➢ สอดคล้องสถานการณ์จริง และตรงกับความต้องการของชุมชน	เพิ่มศักยภาพการจัดการตนเอง และการดูแลสุขภาพของชุมชน สร้างการเชื่อมโยงบุคคล ครอบครัว บ้าน ชุมชน โรงเรียน วัด เป็นต้น และมุ่งให้ชุมชนมีสุขภาวะที่ดี
คณะทำงานจิตอาสาที่เข้มแข็ง	➢ มีความหลากหลาย ➢ ยึดหยุ่น และเชื่อมประสานชุมชน ➢ บูรณาการกิจกรรมแบบ Win-Win	เกิดกลุ่มจิตอาสาทำงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน และเชื่อมสัมพันธ์ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมที่เน้นการเปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมในชุมชนและภาคีเกี่ยวข้อง
การบริหารจัดการเครือข่ายที่ดี	➢ เกิดเครือข่ายความร่วมมือทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชน ➢ เกิดการระดมทรัพยากรที่จำเป็น	สร้างความเสมอภาคการเข้าถึงการดูแลสุขภาพด้วยชุมชนท้องถิ่น และชุมชนจัดการตนเอง
การมีกิจกรรมต่อเนื่อง	➢ เกิดกลไกการทำงานที่เป็นรูปธรรม ➢ ชุมชนมีความไว้วางใจ ➢ เป็นต้นแบบเครือข่ายอื่นๆ	สร้างความเสมอภาคการเข้าถึงการดูแลสุขภาพด้วยชุมชนท้องถิ่น และชุมชนจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์ที่ 2 การเสริมศักยภาพและพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาดูแลกลุ่มเปราะบาง

1) พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่าระดับความเชื่อมโยงรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน ด้านที่สูงที่สุดคือความมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในชุมชน ($\bar{X}$ = 4.36, S.D. = 0.19) รองลงมาคือความรอบรู้สื่อและสารสนเทศ ด้านสร้างเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ($\bar{X}$ = 4.31, S.D. = 0.20) น้อยที่สุดคือ การเตรียมสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X}$ = 3.71, S.D. = 0.16) และภาพรวมของพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของกลุ่มเปราะบางตามหลัก 3 อ 2 ส อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.04, S.D. = 0.09) ดังตารางที่ 2

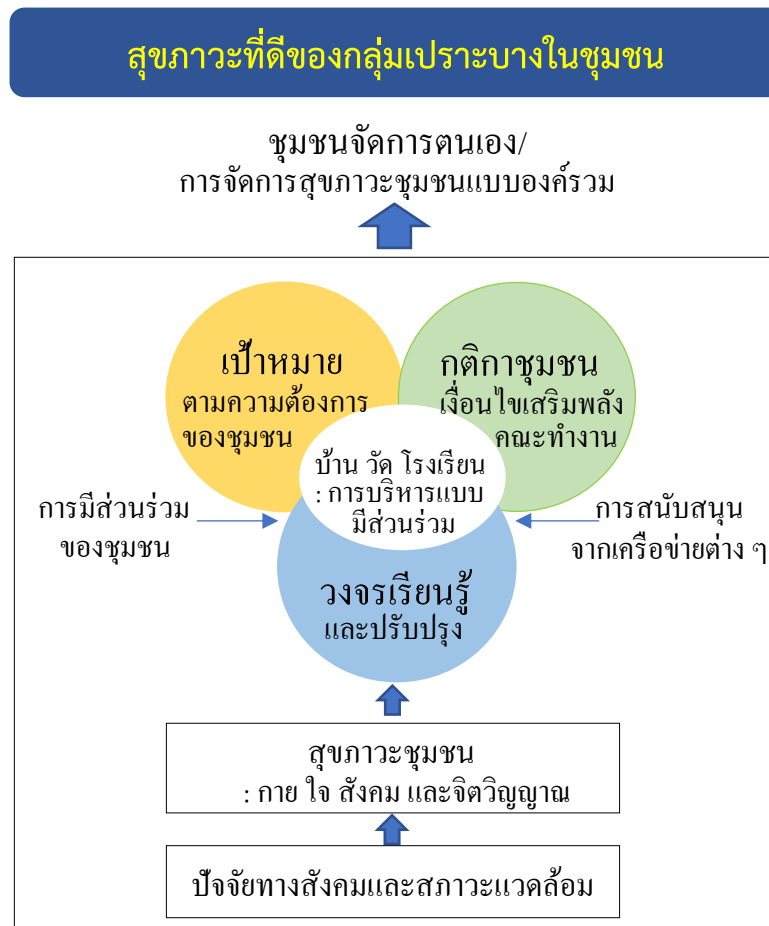
ตารางที่ 2 แสดงพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของประชาชนในพื้นที่

พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ	n = 400		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การรับรู้และเข้าถึงข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ			
1. เมื่อต้องการข้อมูลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ท่านสามารถหาข้อมูลได้	4.27	.44	มาก
2. ท่านสามารถสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของท่านจากเจ้าหน้าที่ได้สะดวก	4.00	.00	มาก
3. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลทางสุขภาพใหม่ๆ และทันต่อสถานการณ์	3.47	.49	ปานกลาง
4. ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และยืนยันความเข้าใจของตนเองจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้	3.07	.26	ปานกลาง
5. แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน มีความน่าเชื่อถือ และท่านมั่นใจ	4.00	.00	มาก
สรุปรวมรายด้าน	3.76	.14	มาก
การเตรียมสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพ			
6. ท่านให้ความสำคัญกับปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารในแต่ละวัน เพื่อเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของท่าน	4.00	.00	มาก
7. ในรอบสัปดาห์ท่านมีการวางแผนในการออกกำลังกาย และได้ทำตามแผน	3.23	.42	ปานกลาง

พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ	n = 400		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
8. ทุกครั้งที่เกิดความเครียดท่านมีวิธีการจัดการความเครียดได้	4.24	.43	มาก
9. ท่านมักจะทบทวนการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อยู่ตลอดเวลา	3.20	.40	ปานกลาง
10. ท่านปรับสภาพแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพตาม 3อ 2ส	3.91	.28	มาก
สรุปผลรวมรายด้าน	3.71	.16	มาก
ความรอบรู้และสารสนเทศด้านสร้างเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวัน			
11. ชุมชนของท่านมีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขให้คำแนะนำการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	4.16	.37	มาก
12. ท่านสามารถแนะนำหลัก 3อ 2ส ให้กับสมาชิกในครอบครัวของท่านได้	3.87	.32	มาก
13. การปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของชุมชนดีขึ้นได้	4.30	.46	มาก
14. การสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือ สูดควันบุหรี่/ยาเส้นเป็นจุดเริ่มของยาเสพติด	4.76	.42	มากที่สุด
15. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีผลต่อการทำให้สุขภาพไม่ดี	4.48	.50	มากที่สุด
สรุปผลรวมรายด้าน	4.31	.20	มาก
ความมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในชุมชน			
16. คณะทำงานจิตอาสาช่วยให้แบ่งเบาภาระให้กับครอบครัวผู้เปราะบางในชุมชนได้เป็นอย่างดี	4.65	.47	มากที่สุด
17. การเยี่ยมบ้านผู้เปราะบางเป็นการสร้างกำลังใจครอบครัวและชุมชน	4.26	.44	มาก
18. ความร่วมมือแบบ “บวร” เป็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี	4.66	.47	มากที่สุด
19. เมื่อต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพท่านสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่โดยสะดวกและรวดเร็ว	3.97	.44	มาก
20. เมื่อชุมชนต้องการความช่วยเหลือท่านมียินดีให้ความร่วมมือทุกครั้ง	4.26	.44	มาก
สรุปผลรวมรายด้าน	4.36	.19	มาก
ภาพรวมทุกด้าน	4.04	.09	มาก

2) แนวทางการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางในชุมชนดูแลกลุ่มผู้เปราะบาง จากการศึกษาสามารถแนวทางการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสา ประกอบด้วย (1) กำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน จากการศึกษาจะเห็นถึงการริเริ่มและก่อตั้งคณะทำงานที่มุ่งเป้าหมายเพื่อให้ความอยู่ดีกินดี (Community Well-being) ของชุมชนซึ่งเจ้าอาวาสและคณะทำงานได้กำหนดเป็นเป้าหมายร่วมกัน และสอดคล้องกับความต้องการชุมชนนับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี (2) หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม “บ้าน วัด โรงเรียน” เป็นการนำเอาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) มาบูรณาการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้กับชุมชน คำว่า “บ้าน” มีความหมายครอบคลุมถึงสมาชิกของชุมชน ครอบครัว ภาคประชาสังคม และกลุ่มต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน ส่วนคำว่า “วัด” มีความหมายครอบคลุมถึงศาสนสถานสำคัญๆ ของแต่ละชุมชนหรือแต่ละศาสนา กิจกรรมต่างๆ ที่สามารถบูรณาการเข้ากับการกิจของวัดหรือของชุมชนย่อมนำไปสู่ความไว้วางใจและความร่วมมือเป็นอย่างดี และประการสุดท้ายคือ “โรงเรียน” ซึ่งมีหมายถึงสถานศึกษาในชุมชน ปัจจุบันคำว่า “บวร” มีหมายถึงหน่วยงานหรือองค์กร “ภาครัฐ” การบริหารในรูปแบบ “บวร” เป็นหลักการบริหารทุนทางสังคมในการขับเคลื่อนงานจิตอาสาในระดับพื้นที่ได้ (3) กติกาและเงื่อนไขเสริมพลังคณะทำงาน จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงการกำหนดกติกาและเงื่อนไขของกลุ่ม เช่น เงื่อนไขของผู้จะได้รับการเยี่ยมเยียนและรับสิ่งของจะต้องเป็นผู้มีหลักเบญจศีล คือ การไม่เบียดเบียนคนอื่น ไม่ลักขโมย เป็นต้น และคณะทำงานกำหนดเงื่อนไขว่าจะต้องเป็นผู้เสียสละเวลา

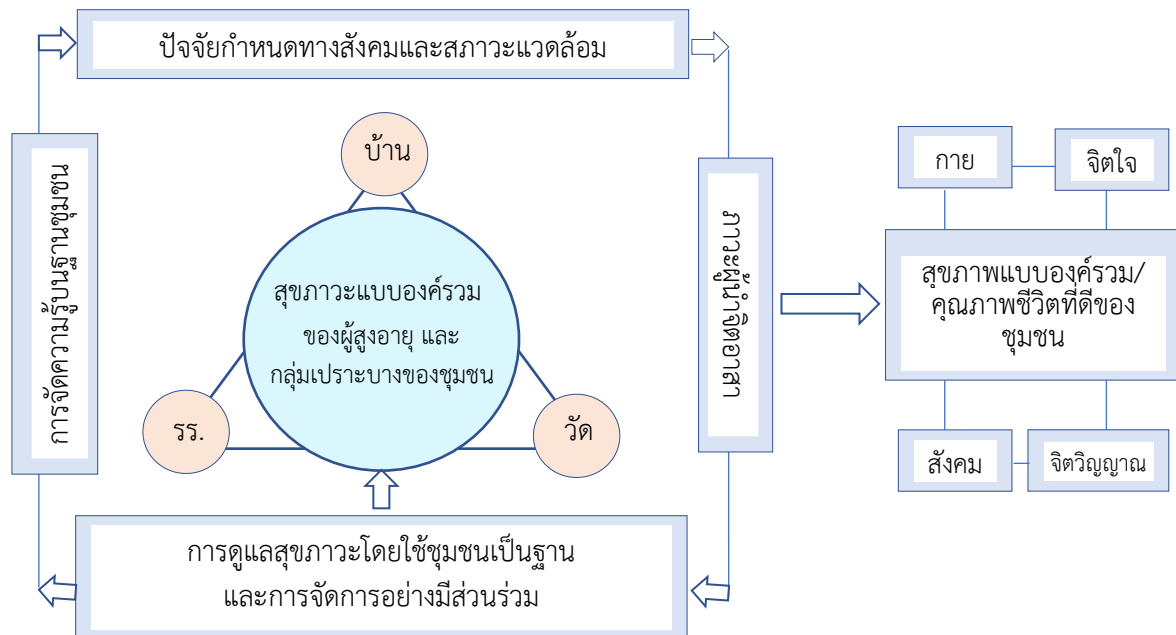
ต้องมีการสื่อสารเชิงบวกเพื่อสร้างกำลังใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น และทำงานต่อเนื่องและเสมอต้นเสมอปลาย เป็นต้น (4) สร้างวงจรการเรียนรู้และปรับปรุง จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นรูปแบบของวงจรเรียนรู้และปรับปรุงยกระดับผ่านการบูรณาการกิจกรรมจิตอาสาเข้ากับภาระงานอื่นๆ กล่าวคือ ใช้วาระการประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงเช้าของทุกวันที่ 11 ของเดือนเป็นช่วงเวลาของการประเมินการทำงานและพูดคุยยกระดับกิจกรรมให้ดียิ่งๆ ขึ้น อีกทั้งเป็นช่วงเวลาให้กับเครือข่ายอื่นๆ ได้เข้ามาร่วมกิจกรรมด้วย สามารถสรุปได้ ดังนี้



องค์ความรู้ใหม่

จากการศึกษาสามารถสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ใหม่ 3 มิติ คือ 1. สุขภาวะแบบองค์รวมของกลุ่มเปราะบาง เกิดจากการบูรณาการศาสตร์ (Multiple Disciplinary Approach) ที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) และคุณภาพชีวิต (Quality of Life) สำหรับกลุ่มเปราะบางอย่างยั่งยืนได้ 2. กลไกการบริหารจัดการเพื่อไปสู่การสร้างสุขภาวะชุมชน ต้องใช้ชุมชนเป็นฐานและการจัดการอย่างมีส่วนร่วมเป็นจุดเริ่ม คำนึงถึงปัจจัยกำหนดทางสังคมและสภาวะแวดล้อม และภาวะผู้นำจิตอาสา เป็นปัจจัยหนุนเสริมที่จะนำการขับเคลื่อนสู่เป้าหมาย จากการศึกษาจะเห็นว่ารูปแบบการสร้างองค์ความรู้และพลังการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบผู้นำจิตอาสา (Volunteer Leadership) ไม่เจาะจงว่าเป็นใคร แต่เป็นการมุ่งหมายเดียวกันคือสุขภาวะที่ดีของชุมชน และ 3. พลังการบริหารจัดการเครือข่ายจิตอาสาบนฐานชุมชน ต้นทุนของชุมชนแบบ “บ้าน วัด โรงเรียน” เป็นต้นทุนทางสังคมในบริบทชุมชนของประเทศไทยยังมีบทบาทสำคัญต่อการจัดการชุมชนอย่างยั่งยืน เป็นรูปแบบการจัดการความรู้บนฐานชุมชนเป็นตัวตั้ง (Area-Based

Knowledge and Research Management) เพื่อให้เกิดปัญญาจากบทเรียนการปฏิบัติและนำไปสู่การยกระดับการส่งเสริมสุขภาพให้กับชุมชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงสุขภาวะที่ดีครอบคลุมทั้งมิติ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่จริงของชุมชน ดังภาพแผนภาพ



อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่าทุนศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางประกอบด้วย ด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วมแบบ “บ้าน วัด โรงเรียน” คือ การเป็นศูนย์กลางของชุมชน พระสงฆ์เป็นผู้นำจิตวิญญาณของชุมชน มีการประยุกต์หลักธรรมกับสถานการณ์จริง ด้านกลุ่มจิตอาสาที่เข้มแข็ง พบว่ากลุ่มทำงานประชาคมในชุมชนเป็นปัจจัยส่งผลให้กลุ่มมีความเข้มแข็ง ยึดหยุ่นต่อการทำงาน ด้านการบริหารจัดการเครือข่ายที่ดี การมีเครือข่ายที่ดีส่งผลให้การประสานงานและบริหารจัดการนำไปสู่ผลลัพธ์คือการระดมทรัพยากรด้านต่างๆ ทั้งด้าน คน เงิน ของ และเครือข่าย และด้านการมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง เป็นปัจจัยส่งผลให้เกิดกลไกที่ชัดเจน สร้างความไว้วางใจกับชุมชน และเป็นกลุ่มได้เป็นจิตอาสาต้นแบบ สอดคล้องกับ Srasom (2017) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในรูปแบบ “บ้าน วัด โรงเรียน” พบว่าองค์ประกอบสำคัญคือ 1) การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจโดยยึดหลักความอาวุโส 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานโดยให้เกียรติผู้ที่มีบารมีหรือผู้ที่ได้รับการยอมรับจากคนส่วนใหญ่ 3) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและดำเนินการตามความศรัทธาในพระพุทธศาสนา 4) การมีส่วนร่วมในการประสานประโยชน์ร่วมกัน และ 5) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลแบบกัลยาณมิตร ส่วนปัจจัยความสำเร็จพบว่าจะต้องตั้งอยู่บนฐานมาตรฐานการศึกษาของโรงเรียน และเป็นความต้องการชุมชน สอดคล้องกับ Phra Watthaya Thitisampanno (2017) ได้ศึกษาความร่วมมือของบ้าน วัด และโรงเรียนในการพัฒนาสังคม อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พบว่ามีการประยุกต์ใช้ความร่วมมือ บ้าน วัด โรงเรียน มาใช้ในการพัฒนาเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็งโดยผ่านกระบวนการบริหารจัดการของคนในท้องถิ่น มีการนำองค์กรและสถาบันหลักมาเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนา 3 สถาบัน คือ สถาบันการปกครอง คือ บ้าน สถาบันศาสนา คือ วัด และสถาบันการศึกษา คือ โรงเรียน เป็นตัวเชื่อมโยงกิจกรรมในชุมชนด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครองและวัฒนธรรมเข้าไว้ด้วยกัน และพบว่าเป็นการประยุกต์การดำเนินการ

ตามกระบวนการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานของทรัพยากรบุคคลโดยใช้รูปแบบการศึกษา อบรม และ พัฒนา เป็นองค์ประกอบเพื่อให้เกิดเครือข่ายการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 จากการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง ในชุมชนผ่านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนตามหลัก 3อ 2ส พบว่าทุนศักยภาพของชุมชน มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมภาวะชุมชนให้เกิดความยั่งยืนได้ สอดคล้องกับ Hanklang (2019) ได้ศึกษา กลุ่มเปราะบางในชุมชนเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืนพบว่า การดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางในชุมชนมีความสำคัญและจำต้อง มีแนวทางที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพคุ้มค่าตั้งแต่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลและการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของชุมชน การใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือช่วยระบุปัญหาและความต้องการ การใช้การสื่อสารกับทีมสุขภาพ และ ผู้มีส่วนได้เสีย และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวทางการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่า และสอดคล้องกับ Kanyakan, Kosalvittr and Bunyanirawat (2019) ได้ศึกษาถึงรูปแบบการดูแลระยะ ยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุจำนวน 316 คน มีผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ ลำพัง 305 คน (95.52 %) อาศัยอยู่ตามลำพังจำนวน 11 คน (3.48 %) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว จำนวน 292 คน (92.41 %) เป็นบุตรของผู้สูงอายุ จำนวน 288 คน (91.14 %) เป็นผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน จำนวน 312 คน (98.73 %) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนระยะยาว ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การดูแลต่อเนื่อง การบริการเชิงรุก การบริการใน สถานพยาบาล การสร้างเครือข่าย/สร้างการมีส่วนร่วม และการรับข้อมูล/ให้คำปรึกษา จะเห็นได้ว่าการสร้าง เสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางนั้น การบูรณาการความจำเป็นด้านต่างๆ ต้องให้ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

สรุป

สถานการณ์ของสังคมไทยและโลกเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคม ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ (Aged Society) ในอนาคต แนวคิด “บ้าน วัด โรงเรียน” ยังเป็นทุนทางสังคมที่ดี ในการพัฒนาสุขภาพชุมชน นอกจากนี้แล้ว การเปิดกว้างและเสริมศักยภาพชุมชนด้วยแนวทางใหม่ๆ โดย การบูรณาการศาสตร์ที่เหมาะสม การมุ่งเป้าหมายที่ตรงความต้องการ และออกแบบการสร้างเสริม สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) บนฐานความรู้ของชุมชนจะเป็นการสร้างเสริมสุขภาพบนฐานปัญญา ปฏิบัติของชุมชนอย่างแท้จริง นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนได้ ดังนั้นการพัฒนาจิตอาสาในชุมชน จะเป็นแนวทางหนึ่งที่ส่งเสริมให้ชุมชนได้ดูแลซึ่งกันและกันได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมแบบ “บ้าน วัด โรงเรียน” นับว่า เป็นทุนศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการดังนี้

1) หน่วยงานระดับพื้นที่ต้องศึกษาและให้ความสำคัญกับทุนศักยภาพเพื่อให้สามารถสร้างเสริม สุขภาพตรงความต้องการของชุมชนที่สุดแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางในระดับชุมชน



ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่าระดับความเชื่อมโยงรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน และทุนศักยภาพของชุมชนมีจำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการดังนี้

1) ศึกษาและประยุกต์ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

2) ต้องมีการบูรณาการศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางสู่การพัฒนานวัตกรรมเชิงกระบวนการใหม่ๆ ในการพัฒนาสุขภาวะด้านอื่นๆ ให้รอบด้านที่สุด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยและพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มในชุมชน

2.2 ควรศึกษาวิจัยและพัฒนาเสริมศักยภาพกลุ่มจิตอาสาและเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้และเตรียมความพร้อมสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ

References

- Department of Mental Health. (2019). *Thailand's Step forward to the 'Aging Society' Perfectly*. Retrieved September 29, 2019, from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
- Hanklang, S. (2019). Care for Frail Older People in Community for Sustainability of Well-Being. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 1(1), 1-17.
- Kanyakan, K., Kosalvit, T., & Bunyanirawat, N. (2019). Integrated Community-Based Long Term Care Model Using Community Participation for Dependent Elders at Dongbang Promoting Hospital in Mueang District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Humanities & Social Sciences (JHUSOC)*, 17(1), 1-20.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Ministry of Social Development and Human Security, Department of Older Persons. (2019). *Measures to Drive the National Agenda on Aging Society (Revised Edition)*. (2nd ed). Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited.
- Phra Watthaya Thitisampanno. (2017). Cooperation of Village, Temple and School in Social Development Viharnadeng District, Saraburi Province. *Journal of MCU Social Development (JMSD)*, 2(3), 86-102.
- Sasat, S. (2012). *Elderly Care Assistant: Formal Caregiver and Guidelines for Educational Quality Assurance in Thailand*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Srasom, N. (2017). *The Participatory on "Ban Wat Rongrean Management" of Buddhist Monastic School under the Bangkok Metropolitan Administration*. (Doctoral Dissertation). Silpakorn University. Nakhonpathom.
- Thientaworn, V. (2012). *New Health Promotion Textbook*. (2nd ed.). Bangkok: Office of Printing Works, Veterans Affairs Organization.
- Yuthavong, Y. (2015). *Health and Life System Reform, Democratic Consciousness Reform*. Nonthaburi Province: Decemberry Company Limited.