

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
ของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

นายประศักดิ์ สันติภาพ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEVELOPMENT OF A NON-
FORMAL EDUCATION ACTIVITY MODEL TO ENHANCE SELF HOLISTIC HEALTH CARE OF
CLIENTS IN PRIMARY HEALTH CARE UNITS

Mr. Prasak Santiparp



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Non-Formal Education

Department of Lifelong Education

Faculty of Education

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
โดย	นายประศักดิ์ สันติภาพ
สาขาวิชา	การศึกษานอกระบบโรงเรียน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิธิตา จรุงเกียรติกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.เกียรติวรรณ อมาตยกุล

คณะกรรมการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะครุศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.บัญชา ชลาภิรมย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาชัญญา รัตนอุบล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิธิตา จรุงเกียรติกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกียรติวรรณ อมาตยกุล)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนัสวานัน โกวิตยา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พสนัน นรมิตรไชยนนท์)

ประศักดิ์ สันติภาพ : การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (DEVELOPMENT OF A NON-FORMAL EDUCATION ACTIVITY MODEL TO ENHANCE SELF HOLISTIC HEALTH CARE OF CLIENTS IN PRIMARY HEALTH CARE UNITS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุวิธิตา จรุงเกียรติกุล, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: รศ. ดร.เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 434 หน้า.

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัด กาฬสินธุ์ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน รวม 62 คนด้วยวิธีจับคู่ โดยควบคุมอายุ สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองจะเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกอบรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์รวม 108 ชั่วโมงโดยวิเคราะห์ผลก่อนและหลังการทดลอง ผลจากการวิจัยมี ดังนี้

1) รูปแบบกิจกรรมอันเกิดจากการบูรณาการการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยที่พัฒนาขึ้นมี 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นเตรียมการระดับมหภาค ขั้นเตรียมการระดับจุลภาค(ชุมชน) ขั้นดำเนินโครงการ ขั้นขยายผลโครงการ และ 12 ขั้นตอนย่อย คือ (1) การกำหนดวัตถุประสงค์และเลือกหลักการการเรียนรู้ (2)การกำหนดเนื้อหาและเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ (3) การทดสอบ (4) การประเมินผลความเหมาะสมปลอดภัย (5) การสำรวจชุมชน (6) การประเมินบริบทชุมชน (7)การนำแหล่งเรียนรู้ ทรัพยากรเรียนรู้ในชุมชนมาประยุกต์ใช้ (8) การปรับปรุงกิจกรรมด้วยใช้หลัก วิฤติ วิพากษ์วิจารณ์ วินิจวิเคราะห์ วิสัยเปลี่ยน/ทัศนคติเปลี่ยน (9) การดำเนินกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ (10) การประเมินผล (11) การตรวจสอบปัจจัยเงื่อนไข และ (12) การรายงานนำเสนอคู่มือ

2) ผลการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมฯที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น(ค่าเฉลี่ยมากขึ้น 4.26) ทัศนคติเชิงบวกดีขึ้น(ค่าเฉลี่ยมากขึ้น 0.17) ทัศนคติเชิงลบลดลง(ค่าเฉลี่ยน้อยลง 0.09) พฤติกรรมเชิงบวกดีขึ้น(ค่าเฉลี่ยมากขึ้น 0.24) พฤติกรรมเชิงลบลดลง(ค่าเฉลี่ยน้อยลง 0.09) นอกจากนี้พบว่า การใช้ยาลดลง ดัชนีมวลกายลดลง เส้นรอบเอวลดลง อารมณ์เชิงบวกดีขึ้น อารมณ์เชิงลบลดลง และแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (p-value<0.05)

3) ปัจจัยส่งเสริมการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมฯที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ความร่วมมือของชุมชน กิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ให้เกิดการตีความเอง เนื้อหาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ เงื่อนไขของการใช้รูปแบบกิจกรรมฯ ประกอบด้วย การกำหนดเวลาและระยะเวลา แหล่งเรียนรู้ที่ใช้เป็นสัญลักษณ์ในการตีความ และสถานที่จัดกิจกรรมต้องสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของประชาชนในชุมชน

4) ผลการประเมินคู่มือและรูปแบบกิจกรรมอันเกิดจากการบูรณาการการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอยู่ในระดับดีมาก

ภาควิชา	การศึกษาดูชีวิต	ลายมือชื่อนิสิต
สาขาวิชา	การศึกษานอกระบบโรงเรียน	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ปีการศึกษา	2557	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5384233427 : MAJOR NON-FORMAL EDUCATION

KEYWORDS: NON-FORMAL AND INFORMAL EDUCATIONAL INTEGRATION / TRANSFORMATIVE LEARNING / SELF-CARE / PRIMARY HEALTH CARE

PRASAK SANTIPARP: DEVELOPMENT OF A NON-FORMAL EDUCATION ACTIVITY MODEL TO ENHANCE SELF HOLISTIC HEALTH CARE OF CLIENTS IN PRIMARY HEALTH CARE UNITS.
 ADVISOR: ASST. PROF.SUWITHIDA CHARUNGKAITTIKUL, CO-ADVISOR: ASSOC. PROF.KIATIWAN AMATYAKUL, 434 pp.

The main purpose of this study was to develop the non-formal education activity model to enhance self-holistic care of clients in primary health care units. The experimental and controlled samples were 31 clients in each group. Totally, 62 clients in primary health care unit in Kalasin province volunteered to participate in the experiment. The activities consisted of 108 hours of 12 weekly classes. The paired baselines for age, socioeconomic status, blood pressure, and fasting plasma glucose level were conducted. The pre-post tested data were analyzed. The findings were as followed;

1) The developed non-formal and informal education integrated activity model consisted of 4 main levels: general, community, project, results extension, and 12 sub-steps: (1)planning for objectives and learning principles; (2)designing for contents and activities; (3)try-out; (4)evaluating safety; (5)surveying community; (6)assessing context; (7)improving activities by using community resources; (8)designing comprised of dilemma awareness, dialog or discourse, determine premise, diversify attitude; (9)non-formal and informal education integrated activities; (10)evaluating; (11)monitoring the factors and conditions; and (12)reporting the manual.

2) The results of model implementation showed that experimental group improved in knowledge(increased $\bar{x} = 4.26$), positive-attitude(increased $\bar{x} = 0.17$), negative-attitude(decreased $\bar{x} = 0.09$), positive-practicing(increased $\bar{x} = 0.24$), negative-practicing(decreased $\bar{x} = 0.09$), and other aspects: drug usage, body mass index, waist circumference, global mood scale were better than before experiment with significant different ($p\text{-value} < 0.05$) compared to controlled group.

3) The supporting factors included community co-operation, symbolic activities, contents that serve of needs and problems. The conditions were timing, symbolic learning resources and suitable place in community that relevant to the life styles.

4) The results of an evaluation of activity manual and the developed model were reported as very good in health promoting application.

Department: Lifelong Education Student's Signature

Field of Study: Non-Formal Education Advisor's Signature

Academic Year: 2014 Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากการได้รับความกรุณา ดูแลเอาใจใส่จาก ผศ.ดร. สุวิธิดา จรุงเกียรติกุล และ รศ.ดร. เกียรติวรรณ อมาตยกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยช่วยเหลือให้ข้อเสนอแนะ ชัดข้อบกพร่องในการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณคณะกรรมการ และคณะผู้ทรงคุณวุฒิอันประกอบด้วย รศ.ดร. อาชัญญา รัตนอุบล ผศ.ดร. วีระเทพปทุมเจริญวัฒนา ผศ.ดร. มนัสวาสน์ โกวิทยา ผศ.ดร. วีรฉัตร สุปัญญา ผศ.ดร. วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา อ.ดร. ปาน กิมปี รศ.ดร. ศิริเดช สุชีวะ รศ.ดร.นพ. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี ผศ.นพ. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ อ.ดร.นพ. อีระ วรณารัตน์ ผศ.ดร. พสชนัน นิรมิตร ไชยนนท์ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ทำให้ผู้วิจัยสามารถปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัย และดำเนินการวิจัยจนสามารถประสบความสำเร็จในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ หลวงพ่อเมือง เจ้าอาวาสวัดดงเมือง หลวงพี่จำปี เจ้าอาวาสวัดเชียงสา ตลอดจนชาวบ้าน ต.ดงเมือง อ.เมือง และ ชาวบ้าน ต.เชียงสา อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือจนผู้วิจัยสามารถดำเนินการศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ คุณ ปันตดา สันติภาพ พี่สาวของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือจนผู้วิจัยสามารถทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จนเสร็จสิ้นเป็นอย่างดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฐ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	17
วัตถุประสงค์การวิจัย	17
ขอบเขตของการวิจัย.....	18
ขอบเขตด้านประชากร	18
ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา.....	18
ขอบเขตด้านเนื้อหาสาระ.....	18
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	18
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	19
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	20
บทที่ 2.....	22
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
ตอนที่ 1 แนวคิดการพัฒนาารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตาม อัธยาศัยเชิงบูรณาการ	22
1.1 การจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ	22

1.1.1 ความหมายและประเภทของการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษา	23
1.1.2 ความหมายของการจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ.....	25
1.1.3 การจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ	26
1.1.3.1 หลักการของการจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ.....	26
1.1.3.2 ประเภทของการบูรณาการในการศึกษา.....	28
1.2. รายละเอียดของการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย	30
1.2.1 ความหมายของการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย ..	30
1.2.1.1 ความหมายของการศึกษานอกระบบโรงเรียน	30
1.2.1.2 ความหมายของการศึกษาตามอัธยาศัย	31
1.3 การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตาม อัธยาศัยเชิงบูรณาการ	39
1.3.1 ความหมายของรูปแบบ	39
1.3.2 รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน.....	40
1.3.2.1 ความหมายของการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบ โรงเรียน	40
1.3.2.2 รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน	42
1.3.2.3 รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน.....	45
1.3.2.4 แนวคิดการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบ โรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ	53
1.3.2.4.1 รูปแบบของการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณา การ.....	54
1.3.2.4.2 การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอก ระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิง บูรณาการ.....	56

ตอนที่2 แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์.....	59
2.1 แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง.....	59
2.1.1 ความหมายของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง.....	59
2.1.2 หลักการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง.....	61
2.2 แนวคิดการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์.....	68
2.2.1 ความหมายของการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์.....	68
2.2.2 ที่มาของหลักการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์.....	69
2.2.2.1 หลักการการสะท้อนความคิดของ Dewey.....	69
2.2.2.2 กระบวนการการสะท้อนความคิดตามแนวคิดของ Dewey.....	70
2.2.2.3 การสะท้อนความคิดตามทฤษฎีวิพากษ์(Critical Social Theory).....	72
2.2.3 หลักการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์.....	74
2.2.4 การสนทนาในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์.....	78
ตอนที่ 3. การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง	85
3.1 ความหมายของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง.....	85
3.2 ลักษณะของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง	87
3.3 รูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง	89
3.4 กระบวนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง.....	92
3.5 บทบาทและคุณลักษณะของผู้เรียน ผู้สอนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง	94
ตอนที่ 4 แนวคิดสุขภาพองค์รวม และการดูแลตนเอง	96
4.1 แนวคิดสุขภาพองค์รวม.....	96
4.1.1 ความหมายของสุขภาพ	96
4.1.2 ความหมายของสุขภาพองค์รวม.....	96

4.1.3 หลักการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	98
4.1.4 องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม	101
4.2 หลักการการดูแลตนเอง	105
4.2.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเอง.....	105
4.2.2 หลักการเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	106
4.3 หลักการเพิ่มศักยภาพตนเอง.....	112
ตอนที่ 5 รายละเอียดของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	116
5.1 ความหมายของการบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	118
5.2 หลักการการบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	119
5.3 บริบทของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทย	123
5.4 รายละเอียดบริบทเชิงพื้นที่	126
ตอนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	128
6.1 งานวิจัยต่างประเทศ	128
6.1.1 งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ	128
6.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานอกระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัย และการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง.....	130
6.2 งานวิจัยในประเทศ	131
6.2.1 งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ	131
6.2.2 งานวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง	131
ตอนที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	132
บทที่ 3.....	137
วิธีดำเนินการวิจัย	137

ระยะที่1 การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	137
ระยะที่2 การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	179
ระยะที่3 การศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	183
ระยะที่ 4การพัฒนาคู่มือการใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	183
บทที่ 4.....	187
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	187
ระยะที่1 ผลการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	187
ระยะที่2 ผลการศึกษาคัดลอกใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	232
ระยะที่3 ผลการศึกษาคัดลอกใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	243
ระยะที่4 ผลการพัฒนาคู่มือการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	253
บทที่ 5	259
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	259
สรุปผลการวิจัย.....	264

อภิปรายผลการวิจัย.....	272
ข้อเสนอแนะ.....	289
รายการอ้างอิง.....	294
ภาคผนวก.....	295
ภาคผนวก ก.....	296
ภาคผนวก ข.....	372
ภาคผนวก ค.....	431
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	434



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์ใช้รูปแบบกิจกรรมของBrundage & McKeracher(1980) และ Tyler(1986) เข้ากับรูปแบบของBoone(1992)	58
ตารางที่ 2 แสดงค่า ความตรงเชิงพินิจ(IOC) ค่าความยาก(P) ของแบบสอบถามความรู้เมื่อไม่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ(แข็งแรง).....	154
ตารางที่ 3 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบของทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายแข็งแรง..	156
ตารางที่ 4 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายแข็งแรง.....	159
ตารางที่ 5 แสดงค่าความตรงเชิงพินิจ(IOC) ค่าความยาก(P)ของแบบสอบถามความรู้เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ(โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง).....	160
ตารางที่ 6 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบของทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	163
ตารางที่ 7 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	165
ตารางที่ 8 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบอารมณ์โดยรวม.....	167
ตารางที่ 9 แสดงการประเมินความพึงพอใจในกิจกรรมของกลุ่มทดสอบก่อนนำไปใช้	175
ตารางที่ 10 แสดงกิจกรรมกับจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ.....	176
ตารางที่ 11 แสดงกำหนดวันเวลาของกิจกรรมระยะแรก.....	178
ตารางที่ 12 แสดงกำหนดวันเวลาของกิจกรรมระยะที่สอง	178
ตารางที่ 13 แสดงคุณลักษณะพื้นฐานของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตัวอย่างจากการสำรวจ.....	190
ตารางที่ 14 แสดงความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจ.....	194
ตารางที่ 15 แสดงปัญหาสุขภาพในชุมชนจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง	195
ตารางที่ 16 แสดงขั้นตอนกระบวนการจัดกิจกรรม.....	201
ตารางที่ 17 แสดงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	204

ตารางที่ 18	สิ่งที่ควรลดเพื่อเลี่ยงไขมันก่อพิษ.....	206
ตารางที่ 19	แสดงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์เทียบเท่ากับการเดินเร็ว 30 นาที.....	208
ตารางที่ 20	แสดงการจัดกิจกรรมตามหลักการพัฒนาศักยภาพตนเอง	211
ตารางที่ 21	แสดงองค์ประกอบของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในแต่ละกิจกรรม	215
ตารางที่ 22	แสดงการประเมินความพึงพอใจโดยรวมในกิจกรรมของกลุ่มทดสอบก่อนนำไปใช้	222
ตารางที่ 23	แสดงคุณลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมชมนิทรรศการ	228
ตารางที่ 24	แสดงระดับความพึงพอใจของผู้เข้าชมนิทรรศการ	230
ตารางที่ 25	แสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	232
ตารางที่ 26	แสดงการเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	234
ตารางที่ 27	แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	234
ตารางที่ 28	แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	235
ตารางที่ 29	แสดงการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมกิจกรรม.....	236
ตารางที่ 30	แสดงการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมกิจกรรม	236
ตารางที่ 31	แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม.....	238
ตารางที่ 32	แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	239
ตารางที่ 33	แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมกิจกรรม	239
ตารางที่ 34	แสดงระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม.....	240
ตารางที่ 35	แสดงการสรุประดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	242

ตารางที่ 36 แสดงระดับการประเมินความเหมาะสมของผู้ประเมินคู่มือการจัดกิจกรรม..... 254

ตารางที่ 37 แสดงการสรุประดับความเหมาะสมรายมิติของคู่มือการจัดกิจกรรม 256



สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แสดงบริการสุขภาพของประชาชนตามแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวม	6
ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดวิจัย	136
ภาพที่ 3 แสดงค่าผลรวมน้ำหนักองค์ประกอบกำลังสอง(Eigen Value)กับจำนวนองค์ประกอบ ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายแข็งแรง	156
ภาพที่ 4 แสดงค่าผลรวมน้ำหนักองค์ประกอบกำลังสอง(Eigen value)กับจำนวนองค์ประกอบ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายแข็งแรง	158
ภาพที่ 5 แสดงค่าผลรวมน้ำหนักองค์ประกอบกำลังสอง(Eigen value)กับจำนวนองค์ประกอบ ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	162
ภาพที่ 6 แสดงค่าผลรวมน้ำหนักองค์ประกอบกำลังสอง(Eigen value)กับจำนวนองค์ประกอบ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	164
ภาพที่ 7 แสดงค่าผลรวมน้ำหนักองค์ประกอบกำลังสอง(Eigen value)กับจำนวนองค์ประกอบ อารมณ์โดยรวม	167
ภาพที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบเดิมกับแนวคิดการส่งเสริม สุขภาพที่ผู้วิจัยเสนอ	196
ภาพที่ 9 แสดงองค์ประกอบของสุขภาพและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบสุขภาพแบบองค์ รวม	199
ภาพที่ 10 แสดงการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	199
ภาพที่ 11 แสดงกระบวนการในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตาม อัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	200
ภาพที่ 12 แสดงขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์ รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งหมด	202
ภาพที่ 13 แสดงองค์ประกอบการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของ Taylor(2009)	214
ภาพที่ 14 รูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง	215

ภาพที่ 15 แสดงรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ.....	219
ภาพที่ 16 แสดงขอบเขตกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยที่ผู้วิจัยเลือกจัด	219
ภาพที่ 17 แสดงขั้นตอนกระบวนการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม.....	Error! Bookmark not defined.
ภาพที่ 18 แสดงรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	273



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แม้ว่าการพัฒนาและความเจริญทางการแพทย์ การสาธารณสุขทำให้ประชาชนมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้นแต่การพัฒนาและความเจริญในด้านต่างๆก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากเดิมสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม สังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมืองมากขึ้น วิถีชีวิตเปลี่ยนไปสู่บริโภคนิยมมากขึ้นมีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นและไม่เหมาะสม การใช้ชีวิตมีความเร่งรีบ แข่งขัน แข่งขัน ขาดความเอื้ออาทรซึ่งกันและกันทำให้สถาบันทางสังคมอ่อนแอลง ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองโดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคไม่ได้สัดส่วนและขาดสมดุล ได้คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการอันส่งผลกระทบทางสุขภาพ เช่น นิยมอาหารที่มีรสหวาน หรือรสเค็มมากเกินไป รับประทานผักและผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมมีมลพิษ เกิดความเครียดสะสม ในบางรายไม่สามารถหาทางออกได้ต้องหันไปพึ่งการสุบสุหรือดื่มสุราอันมีผลก่อการตลาดที่เข้มแข็ง ด้วยเหตุปัจจัยดังกล่าว ทำให้ปัญหาทางด้านสุขภาพและภาระโรคเปลี่ยนแปลงไป โดยมีแบบแผนการเจ็บป่วยและตายเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553) โดยองค์การอนามัยโลกได้รายงานเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังว่า ประชากรทั่วโลกตายในปี พ.ศ. 2551 ที่มีประมาณ 57 ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 63 หรือประมาณ 36 ล้านคนตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคมะเร็งและเบาหวาน และเกือบร้อยละ 80(ประมาณ 29 ล้านคน)อยู่ในประเทศที่มีรายได้ประชาชาติต่ำและปานกลาง และได้คาดการณ์ว่าหากไม่มีแผนป้องกันแล้วจะเกิดการเสียชีวิตของประชากรโลกเนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 52 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของกลุ่มประชากรวัยแรงงาน อันเป็นเหตุให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและประเทศชาติ จากการคาดประมาณพบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะหรือภาระทางสุขภาพ (Disability Adjusted Life Year : DALY) จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะสูงกว่าโรคติดต่อประมาณ 2 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2555b)

สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย พบว่าอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีมากขึ้น เช่น โรคหัวใจมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 16.5 ต่อ 100,000 ประชากรในปี พ.ศ. 2510 เป็น 32.6 ต่อ 100,00 ประชากรในปี พ.ศ. 2555 โรคหลอดเลือดสมองจาก 25.3 ต่อ 100,000 ประชากรในปี พ.ศ. 2548 เป็น 31.7 ต่อ 100,00 ประชากรในปี พ.ศ. 2555 และ

โรคเบาหวานมีอัตราเสียชีวิต 12.1 ต่อ 100,000 ประชากรในปี พ.ศ. 2555 (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) รายงานจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ในปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3.5 ล้านคน และไม่สามารถควบคุมได้ 1.7 ล้านคนซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงถึง 2-4 เท่า และมากกว่าครึ่งพบความผิดปกติของระบบประสาท เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า ไต สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 หรือ 10.8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้เพียง 1.1 ล้านคน ซึ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีคอเลสเตอรอลร่วมด้วยสูงกว่าคนปกติประมาณ 6-7 เท่า อันเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และ 25 ตามลำดับ และมีโอกาสเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60-75 หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันร้อยละ 20-30 ไตวายร้อยละ 5-10 ทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิตมากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า และ 2-4 เท่า ตามลำดับ โดยมีอัตราการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ เฉลี่ย 446 รายต่อวันโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาทันที่ภายใน 3 ชั่วโมงเพียงร้อยละ 1.96 เท่านั้นเกิดการเสียชีวิตแบบเฉียบพลันทันทีร้อยละ 10-20 ที่เหลือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีอาการโรค อีก 1-2 เดือน ถ้ารอดชีวิตก็มักจะมีคุณภาพการหลงเหลืออยู่ ทำให้อัตราการเสียชีวิตและความพิการมีสูงมาก แม้ว่าโรคนี้อาจเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก แต่การรักษาในปัจจุบันกลับไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดี การป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด ความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับสถานการณ์โรคหัวใจในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเฉลี่ย 50 คนต่อวัน หรือชั่วโมงละ 2 คน และเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เฉลี่ย 1,185 รายต่อวัน ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจมีหลายสาเหตุทั้งทางพันธุกรรม ความเสื่อม หรือความบกพร่องของร่างกายตามเพศ อายุ การสูบบุหรี่ ไขมัน คอเลสเตอรอล ความอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และความเครียด หากมีปัจจัยเสี่ยงมากก็ยิ่งมีโอกาสเกิดโรคมามากเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มคนวัยทำงานและคนวัย 40 ปีขึ้นไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของภาครัฐในปัจจุบันและอนาคตอย่างมาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2555a)

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง นับเป็นภาระที่สำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน แนวโน้มการเสียชีวิต และภาวะโรคด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นผลมาจากแบบแผนการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญ เป็นภัยคุกคามสุขภาพ และมี

แนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด หากไม่สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงได้จะทำให้ปัญหาทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นได้ในอนาคต แต่ปรากฏว่าประชาชนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอีกมากโดยที่การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552 รายงานว่า คนไทยบริโภคผักและผลไม้ไม่น้อยไม่เพียงพอตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดมาตรฐานการบริโภคผักและผลไม้ไว้ คือ 400-600 กรัม/คน/วัน (5-7.5 ส่วนมาตรฐาน หรือทัพพี) ซึ่งคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของการรับประทานผักและผลไม้ ปริมาณต่อวันเพียงพอตามข้อเสนอแนะ (รวม ≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ลดลงจากร้อยละ 21.7 ในปี พ.ศ. 2546-2547 เป็นร้อยละ 17.7 (9 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2551-2552 ทำให้เห็นได้ว่ามีแนวโน้มบริโภคผักและผลไม้ลดลงโดยรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยเพียงวันละ 3 ส่วนมาตรฐานเท่านั้น การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2551-2552 ดังกล่าว ยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2552 คนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไปดื่มน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานถึงประมาณหนึ่งในสามโดยดื่มน้ำอัดลมถึงร้อยละ 25.3 คนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 3 เท่า จาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2526 เป็น 36.4 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดให้บริโภคน้ำตาลได้น้อยกว่า 15-20 กิโลกรัม/คน/ปี หรือ 24 กรัม/คน/วัน (6 ช้อนชา) นอกจากนี้คนไทยโดยเฉลี่ยบริโภคเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์เพิ่มขึ้น 3 เท่าตัว จากนิสัยชอบรับประทานผลไม้จิ้มเกลือ พริกน้ำปลา การใช้เกลือแกงที่มีสารอย่างโซเดียมหรือโซเดียมคลอไรด์ในการถนอมอาหารและปรุงอาหาร ในปี พ.ศ. 2550 คนไทยได้รับเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์จากอาหารแหล่งต่างๆ โดยเฉลี่ย $10,879 \pm 2,604$ มิลลิกรัม/คน/วัน(การบริโภคไม่ควรเกิน 2,400 มิลลิกรัม/คน/วัน) ซึ่งโดยหลักแล้วไม่ควรบริโภคเกลือเกิน 1-1.5 ช้อนชาต่อวัน น้ำปลาไม่ควรเกิน 2-3 ช้อนโต๊ะต่อวัน โดยเฉลี่ยคนไทยบริโภคน้ำตาลและโซเดียมเพิ่มขึ้นกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 3.4-5.6 เท่า และ 1.4-2.3 ส่วนใหญ่มาจากการบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม อาหารและขนม ผลิตภัณฑ์นมปรุงแต่งรสหวาน และมาจากผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ กะปิ ซอสหอยนางรม ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า คนไทยบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มมากเกินไปจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปนิยมอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ ลูกอม น้ำอัดลม และเครื่องดื่มรสหวาน รวมถึงโอกาสหาซื้อได้โดยง่าย และสะดวก ประกอบกับมีการแข่งขันทางการตลาดด้วยการลงทุนโฆษณาสูงมาก โดยที่อาหารดังกล่าวมีส่วนประกอบหลักประกอบด้วยแป้ง น้ำตาล น้ำมัน ไขมัน ผงชูรส และเกลือมากขึ้นกลับมีสารอาหารที่จำเป็นต่อการเติบโตของร่างกาย และสติปัญญาอยู่ในปริมาณน้อยมาก นอกจากนี้ผู้ผลิตมิได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบ และคุณค่าทางโภชนาการ แต่กลับเพิ่มรสหวาน มัน เค็มในปริมาณมากที่ขึ้นเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน ไต หัวใจ เส้นเลือดอุดตัน ความดันโลหิตสูง ส่วนสำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานว่าเป็นปี พ.ศ.2550 คนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป จากผู้ป่วยมีอาการป่วยในรอบ 1 เดือน ร้อยละ

16.7 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 68.5 และผู้ที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือน ร้อยละ 6.1 เป็นผู้ที่ไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 74.2 จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายไทย ในปี พ.ศ. 2551-2552 ยังพบว่า ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของคนไทยพบในเด็ก 1.6 ล้านคน ผู้ใหญ่ 17.6 ล้านคน และมีอ้วนลงพุง 16.2 ล้านคน แนวโน้มคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (ดัชนีมวลกายหรือ Body Mass Index-BMI \geq 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.6 ในปี 2546-2547 เป็นร้อยละ 34.7 (17.6 ล้านคน ชายร้อยละ 28.4 หญิงร้อยละ 40.7) ในปี 2551-2552 และมีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว \geq 90 เซนติเมตร ในชาย และ \geq 80 เซนติเมตร ในหญิง) เพิ่มขึ้นเช่นกันจากร้อยละ 26.0 เป็นร้อยละ 32.1 (16.2 ล้านคน ชายร้อยละ 18.6 หญิงร้อยละ 45 โดยเอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3-5 เท่า โรคเบาหวานในผู้หญิงอ้วนมีมากกว่าคนปกติ 8-10 เท่า และชาย 2 เท่า คนที่มีน้ำหนักเกินตั้งแต่ 13 กิโลกรัมขึ้นไป มีถึงร้อยละ 30 ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง คนอ้วนจะเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ และโรคหัวใจได้มากกว่าคนปกติถึง 2-4 ถ้าลดน้ำหนักลงได้เพียงแค่อ้อยู่ 5-10 ของน้ำหนักตัว จะสามารถลดความเสี่ยงที่เป็นโรคต่างๆ ได้ถึงร้อยละ 20 (โรคมะเร็ง ร้อยละ 37 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9) ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ถึงร้อยละ 44 ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนนี้มีสาเหตุจากความนิยมบริโภคที่เน้นความอร่อยตามใจชอบมากกว่าคุณภาพและคุณค่าทางโภชนาการ รับประทานอาหารแบบอ้วนเกินไป เสียอาหารที่ต่อทั้ง และรับประทานให้คุ้มค่า รับประทานอาหารไม่หลากหลาย รับประทานผักและผลไม้ไม่พอ รับประทานขนมขบเคี้ยวหรือของทอดเป็นอาหารว่าง รับประทานอาหารเพราะอารมณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความหิวหรือเป็นเพียงความอยาก หรือรับประทานตามโฆษณาชวนเชื่อเท่านั้น รวมทั้งการรับประทานที่เพลิดเพลินร่วมกับการดูโทรทัศน์เล่นเกม และคอมพิวเตอร์โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารขยะ (Junk Food) ที่อุดมไปด้วยสารอาหารที่ให้พลังงานเป็นส่วนใหญ่ เช่น น้ำตาล แป้ง ไขมัน แต่มีส่วนประกอบของโปรตีน วิตามิน เกลือแร่ น้อยมาก ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ลูกอมหมากฝรั่ง ขนมหวาน อาหารขบเคี้ยว อาหารทอด อาหารจานด่วน น้ำอัดลม น้ำหวาน ก่อให้เกิดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงอื่นๆ ตามมามากมาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2555a)

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวยังซ้ำเติมให้เกิดภาวะด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอีกจากการบริโภคยาเกินจำเป็นทั้งนี้เนื่องจากระบบทุนนิยม บริโภคนิยม และระบบการค้าเสรีที่ประเทศไทยรับเข้ามาใช้เป็นหลักการ และเป็นเครื่องมือในการพัฒนาประเทศได้ทำให้การบริโภคยาของประเทศเพิ่มขึ้นมาตลอด จากรายงานของกองทุนสุขภาพเกี่ยวกับมูลค่าในการผลิตยาแผนปัจจุบันของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 5,454.90 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2530 เป็น 20,871.00 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2540 และ 31,130.64 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2548 การเพิ่มยิ่งชัดเจนขึ้นเมื่อพิจารณาที่มูลค่าการนำเข้า

ยาจากต่างประเทศที่เพิ่มขึ้นจาก 2,803.54 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2530 เป็น 41,630.85 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งการโฆษณาอันกลยุทธ์การตลาดมีอิทธิพลอย่างสอดรับกันระหว่างผู้สั่งใช้ยาและผู้บริโภคยา เป็นแรงเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเกินจำเป็น อีกทั้งวิถีชีวิตของคนในสังคมบริโภคถูกกระตุ้นให้แข่งขันในการทำงานอยู่ตลอดเวลา เพื่อหาเงินให้ได้มากที่สุดมาใช้จ่ายซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ มีผลต่อวิถีคิดในการดูแลสุขภาพของคนในยุคนี้ คนต้องการเพียงวิธีการรักษาที่ทำให้หายป่วยได้เร็วที่สุด เพื่อกลับไปทำงาน หรือกลับไปบริโภคสินค้าและบริการให้ได้เต็มที่เหมือนเดิมให้ได้เร็วที่สุด นิยามของการรักษาที่ดีจึงเปลี่ยนไป ยาที่ดีคือยาที่รักษาให้หายได้เร็ว ดังนั้นทั้งแพทย์และประชาชนต่างพึงพอใจกับการใช้ยาที่แรงและออกฤทธิ์เร็ว ซึ่งมักเป็นยาที่มีอันตรายสูงและราคาแพง เช่นยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ๆ ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์แรง รวมทั้งยาชุดเป็นต้น ความต้องการใช้ยาลักษณะนี้เป็นตัวกำหนดสำคัญอย่างหนึ่งส่งผลให้มีการนำยาใช้ที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ การเข้าไปดำเนินการลดเหตุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการบริโภคยาเท่าที่จำเป็น จึงเป็นสิ่งที่ควรเร่งดำเนินการเพื่อการแก้ปัญหาอย่างตรงจุด (ว. ศ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) ดังนั้นควรเร่งสร้างจิตสำนึกในการใช้ยาทุกชนิด และปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนในการใช้ยา จึงมีความจำเป็นในการกำหนดยุทธศาสตร์แนวทางการแก้ปัญหาโดยการพัฒนาแนวทางหนึ่ง ได้แก่ การส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยการสร้างเสริมสุขภาวะคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555)

จากข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรควิถีชีวิต ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญในอันดับแรกของประเทศและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น บั่นทอนสุขภาพ คุณภาพชีวิต รวมทั้งการใช้ยาเกินจำเป็นทำให้เกิดภาระโรคที่สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพอันส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญเกิดจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทั้งทางด้านอาหาร เครื่องดื่ม บุหรี่ สุรา ขาดการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และไม่สามารถจัดการความเครียดกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม หากเรายังขาดความตระหนัก ความเข้าใจเข้าถึงแก่นแท้ของปัญหา และการพัฒนาที่มีทิศทางอย่างถูกต้องเหมาะสมและเข้มแข็ง จะก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ ชีวิต รวมทั้งการใช้ยาเกินจำเป็น เกิดภาระค่าใช้จ่ายตามมาอย่างมหาศาลเป็นภาระด้านสุขภาพของประเทศไทย ก่อเกิดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในลำดับต้นๆต่างๆที่เราสามารถป้องกันได้ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆอันเกิดจากการดำเนินวิถีชีวิตของประชาชน

การที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเนื่องจากการทัศนคติ วัฒนธรรม และบริบท นิยม ร่วมกับมีทัศนคติเพียงสุขภาพทางกายด้านเดียว คือ การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่โดยเฉพาะการพึ่งยารักษาโรคเท่านั้นทั้งที่จริงแล้วองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของ

สุขภาพ(Health)ว่า เป็นสุขภาวะที่ดี(Well-being)ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล สุขภาพจึงไม่ได้หมายความว่าความแข็งแรงเฉพาะความไม่พิการ และการไม่มีโรคเท่านั้น การมีสุขภาพดีถือเป็นเป้าหมายของชีวิตและสังคม การแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรส่งเสริมให้ประชาชนมีทัศนคติในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีได้เน้นแต่เพียงสุขภาพกายเพียงอย่างเดียวแต่คำนึงถึงการเชื่อมโยงกันอย่างสมดุลของสุขภาพ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) การมีทัศนคติเพียงเฉพาะเพียงสุขภาพกายด้านเดียวทำให้มีทัศนคติที่ว่า การรับบริการสุขภาพโดยการบริการทางการแพทย์สมัยใหม่เป็นระบบบริการที่ดีเลิศเพียงอย่างเดียว ทั้งที่จริงแล้วระบบสุขภาพประกอบด้วยระบบการดูแลรักษาสุขภาพ 3 ส่วน คือ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สังคมชุมชน การจัดการกับความเจ็บป่วยไม่ได้พึ่งระบบสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง กระบวนการเฝ้าระวังรักษาโรคในแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกันทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน ประชาชนจะดูแลกันด้วยวิธีการหลากหลาย ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นร่วมกันจากทั้งการรักษาที่บ้าน การรักษาสมัยใหม่ และภาคประชาชน รวมทั้งยังมีบริบทแวดล้อมของวัฒนธรรมความเชื่อประเพณีปฏิบัติมาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ (Kleinman, 1988) ดังภาพที่1



ภาพที่ 1 แสดงบริการสุขภาพของประชาชนตามแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวม

จากภาพที่1 จะเห็นได้ว่าระบบบริการการดูแลสุขภาพภาพประกอบด้วย ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ สังคมชุมชน ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังนั้นระบบบริการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเอง การแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์ทางเลือก และการแพทย์วิชาชีพ โดยเน้นการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความสำคัญถึงร้อยละ 80 ที่เหลือเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกัน ดังนั้น การดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพโดยเฉพาะการมีทัศนคติแบบองค์รวม การมีทัศนคติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเป็นพฤติกรรมระดับบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ และการ

ประเมินอาการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับอาการนั้นๆ การแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่น รวมถึงการปรึกษาหารือในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเอง หรือเครือข่ายบริการของผู้มีวิชาชีพ รักษาพยาบาล เครือข่ายทางเลือกบริการรักษาพยาบาลอื่นๆ ซึ่งครอบคลุมทั้งชีวิต มีความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนั้น มากกว่าการเน้นแค่ความเจ็บป่วย หรือจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมีปัจจัยที่สะท้อนถึงการดูแลสุขภาพ ได้แก่ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของบุคคล รวมทั้งการให้ความหมายและเจตคติต่อโรคของผู้ป่วยด้วย วิธีการดูแลจึงผสมผสานการแพทย์ระบบต่างๆเพื่อเสริมหรือชดเชยส่วนที่การแพทย์ระบบอื่นขาดหายไปหรือไม่สมบูรณ์ ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมจึงเป็นการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองที่คำนึงถึงความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุลของสุขภาพ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาจร่วมกับการบริการการแพทย์วิชาชีพ หรือการแพทย์ทางเลือก

ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมสามารถเห็นได้จากการที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาค้นคว้าสังคมนวัตกรรมเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ด(พ.ศ. 2555-2559) การพัฒนาแนวทางหนึ่ง คือ การส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน การลดปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมและการประกอบอาชีพที่มีผลต่อสุขภาพ การพัฒนาระบบกลไกเฝ้าระวังความมั่นคงทางสุขภาพจากปัจจัยคุกคามสุขภาพที่แฝงกับกระบวนการพัฒนา รวมทั้งมุ่งสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) แม้ปัญหาดังกล่าวจะมีความสำคัญจนทำให้มีการกำหนดเป็นภาระหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพด้วยการจัดกิจกรรมการให้สุขศึกษาและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาและที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันกลับไม่ประสบผลสำเร็จมากนักทำให้ปัญหายังคงอยู่ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมามักดำเนินการโดยการให้ความรู้เป็นหลัก ทั้งนี้เนื่องจากศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุขมีพื้นฐานจากการคิดเชิงวิทยาศาสตร์ หรือปฏิฐานนิยม(positivism) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) เช่น โครงการ 3 อ. 2 ส. คือ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกหลักและสัดส่วนของโภชนาการ อารมณ์และการจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังของประชาชนเป็น 7 ระดับ(ป้องกัน 7 สี) คือ กลุ่มปกติ กลุ่มปกติที่กินยาคุมอาการ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยระดับต่ำ กลาง สูง และกลุ่มมีโรคแทรกซ้อน พบว่ากิจกรรมดังกล่าวเน้น

การคัดกรองและเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแต่กิจกรรมดังกล่าวยังมีปัญหาเรื่องความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างแท้จริง ดังจะเห็นได้จากปัญหาภาระโรคเรื้อรังมิได้ลดลง เช่น ข้อมูลจากคุณภาพการของการจัดบริการในเชิงกระบวนการมีประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ลดลง โดยพิจารณาจากอัตราการรับเข้านอนโรงพยาบาลด้วยโรคบางโรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2553 มี 107.0 รายต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2548 มี 68.3รายต่อประชากร 100,000 คน ส่วนอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2553 มี 194.2 รายต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้น จาก ปีพ.ศ. 2548 มี 185.5 รายต่อประชากร 100,000 คน แสดงว่าคุณภาพในการบริการโรคเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดไม่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ยังเป็นประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาต่อเนื่อง (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2555)

จากที่ผ่านมามาการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเน้นการให้ความรู้ หรือพุทธิปัญญามากกว่าการเปลี่ยนทัศนคติร่วมกับการที่ประชาชนยังมีทัศนคติวัตถุนิยม บริโภคนิยมทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อีกทั้งยังมีทัศนคติแต่เพียงสุขภาพกายด้านเดียวที่มุ่งพึ่งพาการรักษา การใช้ยาแต่เพียงเท่านั้น ดังนั้นเราควรมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการเปลี่ยนทัศนคติเป็นหลักอันนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยนี้จึงขอนำเสนอกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเปลี่ยนทัศนคติเป็นหลักแล้วเสริมด้วยการให้ความรู้ การเปลี่ยนทัศนคติของคนสามารถเปลี่ยนได้โดยมากมักต้องมีวิกฤติหรือปัญหาเกิดขึ้นก่อน ดังเช่นกรณี ของ นาย รักเกียรติ สุขชนะ อธิบดีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข มีรายละเอียด ดังนี้ คือ กรณีของพระรักเกียรติ รักขิตะธัมโม ที่ได้เขียนบรรยายเกี่ยวกับการเปลี่ยนทัศนคติไว้ในหนังสือ “ถ้ารู้ธรรมะพระพุทธเจ้าอาตมาคงไม่ต้องติดคุก” ว่าหลังจากมีคำพิพากษาในช่วงเวลานั้นคิดว่ามีทางสามแพร่งที่จะต้องตัดสินใจเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งคือ หนึ่งมอบตัวรับโทษแต่ทำไม่ได้เพราะใจไม่กล้า มองคุกแล้วมันน่ากลัวสองหนีไปต่างประเทศเมื่อก่อนเคยไปเที่ยว ไปเล่นการพนันไปได้แต่เมื่อคิดว่าอายุความของคดีสี่สิบปี จะไปทำงานอะไรทรัพย์สินเงินทองถูกยึด ไม่มีญาติพี่น้องในต่างประเทศไม่สามารถอยู่ได้ สามฆ่าตัวตายแน่นอนว่าช่วงเวลานั้นมันมีความอดสู หดหู่ใจ เคยกลัวใจจนเคยคิดจะฆ่าตัวตาย แต่ก็คิดว่าถ้าฆ่าตัวตายมีแต่คนสมน้ำหน้า จบชีวิตตัวเองเพราะอภัยศปรากฎว่าไม่กล้าทำสักอย่าง เพราะฉะนั้นก็ขอหนีไปตั้งหลักในประเทศก่อน ช่วงหนึ่งปีที่หลบหนีเป็นช่วงที่ทรมานมาก โทรศัพท์หาเพื่อนนักการเมืองเขาบอกอย่าโทรมาเดี๋ยวเขาตกฟังโทรศัพท์เขาจะชวยไปด้วย ในวันที่เราตกต่ำเดือดร้อน ไม่มีใครให้ความช่วยเหลือมีแต่คนปฏิเสธบอกว่าไม่รู้จัก เป็นชีวิตที่ทรมานที่สุด สุขภาพก็ไม่ดี อาตมาถูกจับได้เมื่อวันที่ สามสิบ

ตุลาคม สองห้าสี่เจ็ด เพราะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องกินยาและต้องเดินออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ จึงลงไปเดินที่สวนสาธารณะบางกรวย คนที่นั่นเห็นเขาจำได้เลยไปแจ้งตำรวจ มาถึงตอนนี่ย้อนคิดไปว่าถ้าหน้อยู่อ่างนั้นมันไม่มีทางจบ ไม่มีทางออก เมื่อไม่มารับโทษก็ไม่สามารถขอพระราชทานอภัยโทษได้ วันแรกที่เข้าไปอยู่ในคุกก็มองเห็นแสงสว่างเลย เพราะถ้าประพาศิตัวดีจะได้รับพระราชทานอภัยโทษ ได้ลดโทษ ได้พักโทษ อาตมาเกิดกำลังใจที่จะอยู่ทำความดี เพื่อมีโอกาสได้เริ่มต้นชีวิตใหม่เหมือนเช่นทุกวันนี้ (พระรักเกียรติ รักจิตะธัมโม(สุขธนะ)), 2554)

จากกรณีดังกล่าวจะเห็นได้ว่าทัศนคติ และพฤติกรรมของมนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ผ่านการการเรียนรู้ในวิกฤติ แต่ในงานวิจัยนี้นำเสนอรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาฟื้นฟูหลังเกิดวิกฤติ ซึ่งสามารถเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนทัศนคติได้จากการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง(transformative learning) ซึ่งการเรียนรู้ดังกล่าวเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมอง ทัศนคติ พฤติกรรมของมนุษย์ สามารถเกิดขึ้นได้หากพิจารณาจากการทำงานของสมองกับการเรียนรู้แล้วพบว่ากระทำได้ แต่ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่ซับซ้อนหรือกิจกรรมการเรียนรู้ที่แตกต่างไปจากกิจกรรมการศึกษาแบบเดิม(pedagogy) การศึกษาทางประสาทชีววิทยาพบว่า ก้านสมอง(brain stem) คือสมองที่ทำหน้าที่เพื่อการอยู่รอดของมนุษย์ มีหน้าที่เกี่ยวกับประสาทสัมผัส และการสั่งงานให้กล้ามเนื้อเคลื่อนไหว สมองชั้นใน(limbic brain) คือสมองที่อยู่ระหว่างสมองชั้นนอกและก้านสมองเป็นสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ พฤติกรรม ความสุข เศร้า หรือสนุกสนาน รักหรือเกลียด สมองส่วนนี้จะทำให้มนุษย์ปรับตัวได้ดีขึ้น มีความฉลาดมากขึ้น และสามารถเรียนรู้ได้กว้างขึ้น สมองชั้นนอก(neocortex) คือ สมองที่มีขนาดใหญ่ทำหน้าที่เกี่ยวกับคำสั่งที่สลับซับซ้อนมากขึ้น โดยมีเครือข่ายใยประสาทเชื่อมโยงถึงกันอย่างสลับซับซ้อนและหลังสารคัดหลั่งจากเซลล์ประสาท โดยเฉพาะการคิด สร้างสรรค์ การคำนวณ การอ่าน การวางแผนวิเคราะห์ สังเคราะห์ การตัดสินใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความรักความเมตตา การทำงานของสมองจึงมีความซับซ้อนมากในการสร้างเป็นทัศนคติ หรือพฤติกรรมของมนุษย์ แต่มนุษย์เราสามารถเปลี่ยนทัศนคติหรือมโนทัศน์ได้ เช่น ในงานวิจัยด้านจิตวิทยาและประสาทชีววิทยา เช่น งานวิจัยกับผู้ป่วยที่ลืมความทรงจำ(amnesia)ที่จำแนกความทรงจำฝั่งลึกได้ 4 แบบ คือ 1)ขบวนการ(procedural) เช่น ทักษะ นิสัย 2)จำแนก(category) เช่นจำแนกพืช สัตว์ 3)เงื่อนไข(condition) เช่น ความกลัว 4)ความสำคัญ(prime) เราสามารถสอนให้พื้นความทรงจำขึ้นมาใหม่ได้ซึ่งขึ้นกับความรู้สึกและจิตใต้สำนึกในเรื่องนั้นด้วย จากการวิจัยนี้ทำให้ทราบว่ามนุษย์เราสามารถเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือพฤติกรรมให้ยั่งยืน(fostering)ได้ (ธนา นิลชัย โกวทิย, 2551) กระบวนการในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติมักดำเนินไปโดยเริ่มต้นจากการพบกับความขัดแย้งที่ทำให้ต้องสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ หรือทบทวนกระบวนการทัศนของตนเองใหม่ตามขั้นตอน

ต่างๆ คือ เกิดความรู้สึกที่ขัดแย้งรุนแรงและเกิดการสำรวจตนเอง เกิดการไตร่ตรองและประเมินข้อสรุปเดิมของตนอย่างมีวิจารณญาณการตระหนักรู้ความไม่พึงพอใจหรือทุกข์ของตนสามารถทำให้เกิดกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงได้เกิดการสำรวจบทบาทความสัมพันธ์และการกระทำต่างๆใหม่วางแผนแนวทางการปฏิบัติแสวงหาความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถทำตามแผนนั้นได้ทดลองบทบาทใหม่ในขั้นต้นสะสมสมรรถนะและความมั่นใจในบทบาทความสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ของการบูรณาการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเข้าในชีวิตตนบนพื้นฐานของเงื่อนไขที่ถูกกำหนดจากมุมมองและกระบวนการทัศน์ใหม่ (Mezirow, 2000) ในการเปลี่ยนแปลงสมมุติฐาน กรอบอ้างอิง ทัศนคติ มโนทัศน์ วิสัยทัศน์ หรือมุมมองความหมาย ประกอบด้วย ญาณวิทยา หรือเหตุผล สังคมภาษา จิตวิทยา หรืออารมณ์ความรู้สึก ดังนั้นนอกจากจะเปลี่ยนตามเหตุผลแล้วยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้สึก หรืออารมณ์อีกด้วย จึงสามารถสรุปองค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงกรอบอ้างอิงให้ยั่งยืนประกอบด้วยองค์ประกอบที่เป็นแกนหลัก(core element)6 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ (experience) การสนับสนุนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ (promoting critical reflection) การสนทนา(dialogue) ความสอดคล้องกันอย่างองค์รวม(holistic orientation) การตระหนักรู้ในบริบท (awareness of context) ความสัมพันธ์ที่แท้จริง(authentic relation) (Taylor, 2009)

ทัศนคติ หรือมุมมองความหมายประกอบด้วย 1)ญาณวิทยา หรือเหตุผล 2)สังคมภาษา เช่น ค่านิยม วัฒนธรรม 3)จิตวิทยา หรืออารมณ์ ซึ่งการเกิดทัศนคติ หรือมุมมองความหมายนี้เกิดจากการผ่านประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่รุนแรงเป็นด้านคุณภาพ(quality) หรือผ่านประสบการณ์ หรือเหตุการณ์นั้นบ่อยๆเป็นด้านปริมาณ(quantity) (Mezirow, 1991) ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองต้องมีการริเริ่มให้เกิดแรงจูงใจ (quality)ในการเปลี่ยนทัศนคติก่อนโดยการใช้กิจกรรมทางการศึกษานอกระบบ และต้องมีการกระตุ้นให้เปลี่ยนทัศนคติบ่อยๆ(quantity)ด้วยกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย และกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติจำเป็นต้องมีความหลากหลายเพื่อมิให้เกิดความเบื่อหน่ายของผู้เข้าร่วมกิจกรรมอันอาจก่อให้เกิดกระแสตีกลับของทัศนคติไปในทางลบ ดังนั้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในงานวิจัยนี้เน้นการเปลี่ยนทัศนคติเป็นหลักต่างจากกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาที่เน้นการให้ความรู้เป็นหลัก การจัดกิจกรรมดังกล่าวควรสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต และทัศนคติที่เป็นเรื่องของเอกัตบุคคล กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการที่มีความหลากหลาย ยืดหยุ่น สอดคล้องกับวิถีชีวิตจึงมีความเหมาะสม

กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้ใหญ่ที่สำคัญได้แก่ กิจกรรมด้านความรู้ เช่น การอ่าน การฟังบรรยาย การอภิปรายเนื้อหาจากตำรา การอภิปรายเป็นกลุ่มเป็นคณะ การใช้โสตทัศนูปกรณ์ กิจกรรมด้านความเข้าใจ เช่น การอภิปรายแก้ปัญหาต่างๆ

ระหว่างกลุ่มผู้เรียน การเล่นเกมต่างๆ การยกตัวอย่างเฉพาะกรณี กิจกรรมด้านทักษะ เช่น การสาธิต วิธีการหรือขั้นตอนกระบวนการ การแสดงบทบาทสมมุติ การฝึกซ้อม การทำแบบฝึกหัด การฝึกทำงาน กิจกรรมด้านทัศนคติ เช่น การอภิปรายอย่างอิสระ การยกตัวอย่างเฉพาะกรณี การให้คำปรึกษา การเล่นเกมต่างๆ กิจกรรมด้านค่านิยม เช่น การสัมมนา การแสดงบทบาทสมมุติ การแสดงละคร การฟังธรรมและการอภิปรายขั้นปรัชญา กิจกรรมด้านความสนใจ เช่น การจัดนิทรรศการ การจัดฉายภาพยนตร์ การแสดงละคร รายการโทรทัศน์ รายการวิทยุ การจัดทัศนศึกษา (Knowles, 1980) ประกอบกับการศึกษานอกระบบโรงเรียนมีรูปแบบการจัดการศึกษาที่เป็นกระบวนการเรียนรู้แก่บุคคลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตที่มีความยืดหยุ่นในการกำหนดจุดมุ่งหมาย หลักสูตร เนื้อหา วิธีการ สถานที่ ระยะเวลา การวัดประเมินผล และผู้เรียน ผู้สอน เป็นรูปแบบการศึกษาที่มีความหลากหลายตามสภาพความต้องการและศักยภาพในการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้เรียนทุกเพศ ทุกวัย ทุกคุณวุฒิสามารถเรียนรู้ได้ตามความต้องการตนเองเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ได้ทันที กิจกรรมความรู้ด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนประเภทให้ความรู้ทั่วไปและข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต กิจกรรมความรู้ด้านสุขภาพยังจัดว่าเป็นกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยเนื่องจากสุขภาพไม่สามารถแยกออกได้จากวิถีการดำเนินชีวิตจึงเป็นการเสนอโอกาสและเป็นทางเลือกในการศึกษาทางเลือกด้วยตนเองให้ประชาชน ที่มีจุดประสงค์ในการเพิ่มความรู้ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและเกิดโลกทัศน์ที่กว้างขวางเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต หรือสุขภาวะ จากการทำงาน บุคคล ครอบครัว สื่อ ชุมชน และแหล่งเรียนรู้ ซึ่งเรียนได้ตลอดเวลาและเกิดได้ทุกช่วงวัยตลอดชีวิต (สุมาลี สังข์ศรี, 2545) ซึ่งรูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียน เป็นรูปแบบแนวคิดที่ยืดหยุ่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมต่างๆได้ประกอบด้วย การวางแผน การออกแบบและดำเนินการ การประเมินผลและตรวจสอบผลบนพื้นฐานประการหนึ่งคือการเชื่อมโยงกับนโยบายสาธารณะ (Boone, 1992) นอกจากนี้หลักสูตรการศึกษานอกระบบโรงเรียน พ.ศ. 2551ยังเป็นหลักสูตรรายวิชาที่สามารถนำรายวิชาไปจัดกระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการ ความต้องการการเรียนรู้ของผู้ใหญ่เมื่อเรียนรู้แล้วจะต้องนำไปใช้ได้ทันทีสอดคล้องกับการจัดทำกิจกรรมการเรียนรู้แบบบูรณาการ กิจกรรมสอดคล้องกับวิถีชีวิต และแก้สภาพปัญหาที่เกิดในปัจจุบันของผู้เรียน ชุมชน และสังคม จึงเน้นการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริงกับวิถีชีวิต และเชื่อมโยงศาสตร์ต่างๆมิใช่เรียนรู้แบบแยกส่วน ทำให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ สามารถเชื่อมโยงผสมผสานองค์ความรู้ต่างๆสัมพันธ์กับชีวิต นำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำรงชีวิตอย่างกลมกลืน และเป็นองค์รวมตลอดชีวิต (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย, 2552) รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการจึงสอดคล้องกับการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม

ความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ 5 ปี(พ.ศ. 2550-2554)ที่กล่าวว่าหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีการสร้างการยอมรับคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ ด้วยการจัดการสุขภาพปฐมภูมิโดยมีการปรับมุมมองใหม่ให้มีเป้าหมายของสุขภาพเป็นแบบองค์รวมเชื่อมโยงสัมพันธ์ และมีความสมดุลกันของสุขภาพทางกาย จิต สังคม มีประชาชน หรือชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นให้ประชาชน ชุมชน และเจ้าหน้าที่มีการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน และชุมชน (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2550) ยังสอดคล้องกับการวิจัยด้านสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้เพียงร้อยละ 62.8 เท่านั้น ทั้งนี้ยังขาดรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพ และการเรียนรู้ของประชาชนในชุมชนที่เหมาะสม โดยเฉพาะการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพของประชาชน จึงมีความจำเป็นในการสร้างรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ของประชาชนในชุมชนที่เหมาะสมในรูปแบบใหม่ด้วยการนำเสนอทางเลือกสำหรับสมมุติฐานหรือกรอบอ้างอิงใหม่(premise)ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติใหม่ (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553) จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นการศึกษาตลอดชีวิตกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมจึงมีความเกี่ยวข้องกันในการลดปัจจัยเสี่ยงรวมต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนำกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตลอดชีวิตมีความเหมาะสมเนื่องจากสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิถีชีวิต และหลักการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์รูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการจึงสอดคล้องในการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ด(พ.ศ. 2555-2559)ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์แนวทางในการพัฒนาแนวทางหนึ่ง คือ การส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการสร้างภูมิคุ้มกันในการดำรงชีวิต คือ ให้คนไทยมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีการเรียนรู้ต่อเนื่องทั้งในเรื่องการศึกษา ทักษะการทำงาน และการดำเนินชีวิตและปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นการพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) แต่จากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยตามหลักการการจัดการที่ผ่านมาถูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับปฐมภูมิ เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่เน้นการแก้ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ที่ไม่ซับซ้อนในทางเทคนิคทางการแพทย์ จัดบริการให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล สถานบริการ

สาธารณสุขชุมชน หรือที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล 2) ระดับทุติยภูมิ มุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้นเป็นบริการที่จัดให้ที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป 3) ระดับตติยภูมิ เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในทางการแพทย์มากจัดให้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ต่างๆ (สุนทราวดี เจริญพิเชฐ และคณะ, 2546) ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมามากเน้นการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลด้วยแพทย์เฉพาะทางที่แม้จะมีคุณภาพในการรักษาโรคทางกายและความเจ็บป่วยที่เฉียบพลันได้ดี แต่ก็มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลมักเน้นบริการเชิงรับที่รอให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้นมาก่อนจึงค่อยมารับการรักษาซึ่งทำให้สิ้นเปลือง และเกิดการสูญเสียที่ไม่จำเป็นทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความทุกขเวทนาจากการเจ็บป่วยที่อาจป้องกันได้ แนวคิดการจัดการโรคในระบบโรงพยาบาลที่เน้นการแยกกิจกรรมการรักษาโรคออกจากสังคมหรือชุมชนอาจมีความเหมาะสม และเป็นวิธีที่ได้ผลสำหรับโรคหรือความเจ็บป่วยที่รักษาให้หายขาดได้ในระยะเวลาสั้นๆ เช่น โรคติดเชื้อเฉียบพลัน อุบัติเหตุ การคลอดบุตร แต่อาจไม่เหมาะสมสำหรับภาวะความเจ็บป่วยอื่นๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาอย่างรุนแรงในปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการสร้างบริการสุขภาพให้การดูแลบุคคลและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมได้ คือ ใส่ใจทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และมิติทางปัญญา(หรือจิตวิญญาณ และศาสนารธรรม) ผู้ให้บริการการดูแลรักษาต้องแสวงหาวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงและสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ การสร้าง กลุ่มและเครือข่ายทางสังคมเพื่อช่วยเหลือกันเอง การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการเสริมสร้างบทบาทของของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการรักษา อีกทั้งยังต้องตระหนักถึงข้อจำกัดทั้งด้านการเงินและเวลาของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าถึงการรักษา เพราะในบางกรณีระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ซึ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเกินพอดีอาจเป็นสิ่งที่เพิ่มความทุกข์ซ้ำเติมให้กับผู้ป่วยและญาติอย่างนึกไม่ถึง หน่วยงานสุขภาพระดับปฐมภูมิถือได้ว่าเป็นบริการด่านแรกซึ่งใกล้ชิดและสามารถเข้าถึงประชาชนได้มากที่สุด เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ ประชาชนสะดวกที่จะมาใช้บริการในระดับนี้ก่อนไปสู่บริการระดับอื่นตามความจำเป็นต่อไป แต่หน่วยงานสุขภาพระดับปฐมภูมิประสบปัญหาสำคัญ คือ ความไม่ไว้วางใจของผู้ใช้บริการ ประชาชนจึงแสวงหาบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมากกว่าการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำให้เกิดความคับคั่งของผู้รับบริการในโรงพยาบาลทั้งระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เนื่องจากค่านิยมของสังคมให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีการแพทย์ระดับสูง การใช้จ่าย และความเชี่ยวชาญทางการแพทย์เฉพาะทางซึ่งมีอยู่เฉพาะในสถานบริการระดับตติยภูมิ การสร้างความเข้มแข็งของศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ปรากฏเป็นที่ยอมรับจึงไม่ได้อยู่ที่การแข่งขันด้านการรักษาโรคด้วยระบบการแพทย์เฉพาะทาง หรือลงทุนซื้อเทคโนโลยีระดับสูง การใช้จ่าย แต่อยู่ที่การสร้างจุดแข็งที่เป็นเอกลักษณ์ของการบริการการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ นั่นคือการบริการที่สามารถให้การดูแล

ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีความเข้าใจความละเอียดอ่อนของมิติทางสังคมวัฒนธรรมและใส่ใจในความ เป็นมนุษย์มีการพัฒนาให้ประชาชนมีการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มิได้พึ่งเพียงระบบสุขภาพทางการแพทย์สมัยใหม่เพียงอย่างเดียวและให้การดูแลที่ต่อเนื่องในทุกภาวะ ของการบริการการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง มีความเจ็บป่วยระยะแรก จนถึงการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการดูแลอย่างผสมผสานทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงาน บริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสมเมื่อจำเป็น นอกจากนี้ยังต้องเน้นการ พัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน การใช้ภูมิ ปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) แม้จะมีการแบ่งระดับการ ให้บริการอย่างชัดเจน ในทางปฏิบัติยังคงพบปัญหาการให้บริการทั้งในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงระบบบริการในการจัดสรรหน้าที่รับผิดชอบที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ ตามหลักการดังกล่าว ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพเป็นที่ เชื่อถือของชุมชน และขาดการบริการที่เน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและการมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (สุนทราวดี เขียรพิเชษฐ และคณะ, 2546)

ปัจจุบันการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ อยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานหลัก คือ กระทรวง สาธารณสุขที่รับผิดชอบนโยบายและการวางแผนระบบสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการบริการ สุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายที่กำหนดในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ สิบเอ็ด (พ.ศ. 2555-2559) เน้นเนื้อหาการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคม การสร้างวัฒนธรรม สุขภาพและระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข รวมทั้งสร้าง ระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการ พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(พ.ศ. 2554-2564) ที่พัฒนาต่อยอดจากแผนยุทธศาสตร์ ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ 5 ปี(พ.ศ. 2550-2554) ได้เน้นเนื้อหา 5 ประเด็น คือ 1) เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิ 2) ปรับปรุงการบริหารจัดการ 3) ปรับปรุงระบบการ ผลิต พัฒนา และการบริหารจัดการบุคลากร 4) สร้างการยอมรับคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ 5) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แนวนโยบายและแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล(รพ.สต.) หรือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นทัพหน้าของการให้บริการด้าน สุขภาพประชาชนในชุมชน โดยเน้นบริการสุขภาพเชิงรุก ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่าง ทั่วถึง เท่าเทียม ที่สำคัญ คือ ให้ประชาชนและผู้ให้บริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และการคัดกรองโรคเรื้อรัง จากข้อมูลด้านสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า

จำนวนหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีพ.ศ. 2556 มีจำนวน 11,329 หน่วย เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 10,752 หน่วย คิดเป็นร้อยละ 95.04 หน่วยงานราชการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 206 หน่วย คิดเป็นร้อยละ 1.51 องค์การบริหารการปกครองส่วนท้องถิ่น 202 หน่วย คิดเป็นร้อยละ 1.47 เอกชน 259 หน่วยคิดเป็นร้อยละ 1.98 ในจำนวนนี้ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งพิจารณาจากโครงสร้างระบบบริการ อุปกรณ์ และบุคลากรให้บริการ 8,863 หน่วย อีก 2,462 หน่วยคิดเป็นร้อยละ 21.33 ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มจากปี พ.ศ. 2553 มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 4,486 หน่วยจาก 11,260 หน่วยคิดเป็นร้อยละ 39.84 ซึ่งขอบเขตด้านการบริการดูแลโรคเรื้อรังมีประชากรเป้าหมายในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 50,809,175 คน (วินัย สวัสดิวัต, 2556) การบริการดูแลโรคเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า หน่วยบริการส่วนใหญ่มีการจัดบริการเพื่อดูแลโรคเบาหวานมากที่สุด บทบาทการทำงานในโรคเบาหวานมีดังนี้ คือ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 92.4 ติดตามผู้ป่วยขาดนัด ร้อยละ 85.1 มีการส่งต่อกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้(ผู้ป่วยหนัก)ร้อยละ 74.8 จัดกิจกรรมที่เสริมการดูแลตนเองเพียงร้อยละ 69.3 การบริการดูแลโรคเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรองลงมา คือ บทบาทการจัดบริการเพื่อดูแลโรคความดันโลหิตสูงมีดังนี้ คือ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 89.8 ติดตามผู้ป่วยขาดนัด ร้อยละ 88.4 มีการส่งต่อกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้(ผู้ป่วยหนัก) ร้อยละ 76.2 จัดกิจกรรมที่เสริมการดูแลตนเองเพียงร้อยละ 67.6 (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2555) ปัญหาของการบริการสุขภาพของไทยโดยเฉพาะระดับปฐมภูมิในปัจจุบันยังขาดการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าการพึ่งยาอันนำมาสู่ค่าใช้จ่ายที่เกินจำเป็นของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งทั้งในระดับประเทศและระดับสากล ปัญหาดังกล่าวมีปัจจัยสาเหตุต่างๆมากมายทั้งปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ แต่ปัจจัยที่สำคัญเป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ คือ ทักษะคติและพฤติกรรมบริโภคนิยมทำให้ขาดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกสัดส่วนไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด เป็นต้น อันนำไปสู่การเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด แม้มีการส่งเสริมสุขภาพ หรือการให้สุศึกษาที่ดีแล้วยังมีปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพอันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะของโรคเรื้อรัง ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2555 ทั่วประเทศของเขตการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 12 เขตและกรุงเทพมหานคร พบว่า ผลการดำเนินงานทั้ง 12 เขตและกรุงเทพมหานครในการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิปีพ.ศ. 2555 ได้ผลการคัดกรองดังนี้ คือ ภาคเหนือคัดกรองได้ร้อยละ 36.85 ภาคกลางคัดกรองได้ร้อยละ 29.42 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคัดกรองได้ร้อยละ 55.63 ภาคใต้คัดกรองได้ร้อยละ 31.39 กรุงเทพมหานครคัดกรองได้ ร้อยละ 40.52

และเมื่อพิจารณาจำนวนผู้มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้ารับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรายภาคในปี พ.ศ. 2555 มีดังนี้ คือ ภาคเหนือ(เขต1 เขต2 เขต3)มีจำนวน 11,522,507 คน ภาคกลาง(เขต4 เขต5 เขต6)มีจำนวน 17,338,728 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(เขต7 เขต8 เขต9 เขต10)มีจำนวน 19,242,605 คน ภาคใต้(เขต11 เขต12)มีจำนวน 9,019,804 คน และ กรุงเทพมหานคร(เขต13)มีจำนวน 8,049,429 คน (วินัย สวัสดิ์, 2556) จะเห็นได้ว่าผู้เข้ารับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุด และได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมากที่สุด คาดประมาณว่ามีผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมากที่สุดประกอบกับประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจด้อยที่สุด ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมี 19 จังหวัดแบ่งเป็นเขตบริการสุขภาพตามสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 เขต คือ เขต 7 เขต 8 เขต 9 และเขต10 ผู้วิจัยได้สุ่มเลือก และพิจารณาถึงการได้รับความร่วมมืออันจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ได้ทำการศึกษาในเขต 7 ประกอบด้วยจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด มีประชากรที่มีสิทธิเข้ารับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามสิทธิหลักประกันสุขภาพซึ่งเป็นประชากรเป้าหมาย คือ 1,005,611 คน 1,809,251 คน 962,363 คน และ 1,340,515 คนตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

กล่าวโดยสรุป จากกการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รวมทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าวมักเป็นการให้ความรู้นำไปสู่การสร้างทัศนคติเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงขอเสนอการจัดกิจกรรมการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จด้วยการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้วยรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเปลี่ยนทัศนคติเป็นหลักที่จำเป็นต้องมีความหลากหลาย ความแรงในการกระตุ้นแรงบันดาลใจให้เปลี่ยนแปลงรวมทั้งความถี่ในการกระตุ้นแรงบันดาลใจ ดังนั้นการนำรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการแก้ปัญหา คือ ต้องให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติจากการเรียนรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม การจัดการเรียนรู้ดังกล่าวในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรมีความร่วมมือของทุกภาคส่วน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การศึกษานอกระบบ โรงเรียน เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล รัฐวิสาหกิจ เอกชน หรือองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร ด้วยแนวทางที่เหมาะสม คือการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ โดยเนื้อหาหลักสูตร ต้องครอบคลุม สุขภาพกาย จิต สังคม ปัญญา แนวทางนำไปสู่การปฏิบัติควรเห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เช่น การโภชนาการที่เน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ลดการรับประทานไขมัน การออกกำลังกาย การมีทัศนคติทางบวก เป็นต้น เพื่อให้เกิดทัศนคติใหม่ ในการดูแลสุขภาพแบบองค์

รวมด้วยตนเองเพื่อหลุดพ้นจากวงจรชั่วร้าย จน-โง่-เจ็บ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติเป็นสำคัญนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ผ่านการเรียนรู้บนพื้นฐานของแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง(transformative learning) เสริมด้วยการให้ความรู้เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมจึงมีความเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษา นอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นรูปแบบใหม่การให้สุขศึกษาในการป้องกันทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ร่วมกับการรักษา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 และ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11(พ.ศ. 2555-2559)

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไร
2. ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยและเงื่อนไขของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไร
4. คู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

4. เพื่อพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็น โรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้กำกับของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีทั้งสิ้น 11,329 หน่วย

ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ตัวแปรตามคือ ความรู้ ทักษะ ทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง และ คุณลักษณะสุขภาพทางกาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณ ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ขอบเขตด้านเนื้อหาสาระ

เนื้อหาในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ใน 4 มิติ ได้แก่ สุขภาพทางกาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงรวมโรคหัวใจและหลอดเลือดในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอันเป็นการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีอายุมากกว่า 20 ปีที่มีอาการอยู่ในกลุ่มอ้วนลงพุง ได้แก่ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ และการวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาผลจากการทดลองให้สุขศึกษาโดยใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยไม่สามารถควบคุมกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนา รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน หมายถึง กระบวนการในการสร้างรูปแบบการเรียนรู้เพื่อบรรลุเป้าหมายโดยใช้หลักการกับลักษณะของกิจกรรมทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ

กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาเชิงบูรณาการ หมายถึง การจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นหลักสอดแทรกด้วยกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย

รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ หมายถึง แบบจำลองความคิดในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี แนวคิด หลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการ และผลที่จะได้รับ โดยรูปแบบประกอบด้วย 4 ชั้น คือ การเตรียมการระดับมหภาค การเตรียมการระดับจุลภาคหรือชุมชน การดำเนินการ การขยายผล มีขั้นตอนย่อย 12 ขั้นตอน คือ 1)การกำหนดวัตถุประสงค์และการเลือกหลักการ 2)การกำหนดเนื้อหาและเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ 3) การทดสอบ 4)การประเมินความเหมาะสมปลอดภัย 5)การสำรวจชุมชน 6)การประเมินแหล่งเรียนรู้ 7)การนำแหล่งเรียนรู้ในชุมชนมาใช้ในกิจกรรม 8)การออกแบบตารางเวลาและกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต 9)การดำเนินกิจกรรม 10) การประเมินผล 11)การตรวจสอบผล 12)การรายงานผล มีกระบวนการพัฒนา 6 ขั้นตอนประกอบด้วย 1)การวางแผน 2)การออกแบบ 3)การดำเนินการ 4)การประเมินผล 5)การตรวจสอบผล 6)รายงานผล โดยการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้วางแผนจะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มความรู้ เปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม

แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง หมายถึง แนวคิดที่มีองค์ประกอบที่เป็นแกนหลักในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชื่อมโยงกัน 6 องค์ประกอบ คือ 1)ประสบการณ์ 2)การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์3)การสนทนา 4)ความสอดคล้องอย่างเป็นองค์รวมของอารมณ์และเหตุผล 5)การตระหนักรู้บริบท 6)ความสัมพันธ์ที่แท้จริง ซึ่งการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ประกอบด้วย 1) เหตุการณ์กระตุ้น เหตุการณ์จำลองหรือวิกฤติเทียม 2)การสนทนา 3)การเสนอทางเลือกใหม่ 4) การตรวจสอบหรือการสำรวจกรอบความคิดของตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการรับบริการการแพทย์ทางเลือก และการรับบริการการแพทย์วิชาชีพเมื่อจำเป็นโดยคำนึงถึงสุขภาพองค์รวมมิได้เน้นแต่สุขภาพกายเพียงอย่างเดียว

การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมทั้งในภาวะแข็งแรง ภาวะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรค หรือลดภาวะแทรกซ้อน

สุขภาพองค์รวม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของมิติทั้ง 4 ของสุขภาพหรือสุขภาวะ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญา นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นพลวัตรไม่หยุดนิ่ง ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนได้

สุขภาพกาย หมายถึง ร่างกายไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในระดับปกติทั้งกายภาพ สรีรวิทยาและชีวเคมีของร่างกายที่สามารถยกระดับได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เพียงพอ และเหมาะสม การเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย

สุขภาพทางจิต หมายถึง ความสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ การมีอารมณ์ทางบวกมากกว่าอารมณ์ทางลบที่สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อนบ้าน

สุขภาพทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ หมายถึง มีปัญญารอบรู้เท่าทัน เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตนมีจิตสาธารณะ

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเอกชน หน่วยบริการสุขภาพที่มีได้มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของเอกชน ภายใต้กำกับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ หรือกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการสุขภาพหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีอายุมากกว่า 20 ปีที่เป็นความดันโลหิตสูง หรือ เบาหวาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. องค์ความรู้ที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ได้แก่ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิระดับชุมชน ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และ องค์กรอื่น

2. องค์ความรู้ที่ได้จากการทดลองจัดกิจกรรมตามรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ได้แก่

ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับชุมชน ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และ
องค์กรอื่น

3. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขในการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการ
จัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการ
เรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วย
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ และ องค์กรอื่น

4. องค์ความรู้ที่ได้จากการพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการจัดกิจกรรม
การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการ
เปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ได้แก่
ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับชุมชน ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และ
องค์กรอื่น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษา วิเคราะห์ และสรุปสาระสำคัญจากเอกสาร ตำรา และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเอง แบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยนำเสนอเนื้อหาแบ่งเป็น 7 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แนวคิดการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ

ตอนที่ 2 แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์

ตอนที่ 3 แนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

ตอนที่ 4 แนวคิดสุขภาพองค์รวมและการดูแลตนเอง

ตอนที่ 5 รายละเอียดของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและบริบทเชิงพื้นที่

ตอนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แนวคิดการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ

ผู้วิจัยนำเสนอเนื้อหารายละเอียดแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ คือ 1)การจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ 2)รายละเอียดของการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย 3)รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ

1.1 การจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ

มีรายละเอียด คือ ความหมายและประเภทของการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษา ความหมายของการศึกษาเชิงบูรณาการ การจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ

1.1.1 ความหมายและประเภทของการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษา

ความหมายของการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตรา 4 บัญญัติว่า การศึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคลและสังคม โดยการถ่ายทอดความรู้ การฝึก การอบรม การสืบสานวัฒนธรรม การสร้างสรรค์จรรโลงความก้าวหน้าทางวิชาการ การสร้างองค์ความรู้อันเกิดจากสภาพแวดล้อม สังคม การเรียนรู้และปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2545)

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตรา 4 ได้ให้คำนิยามของการศึกษาตลอดชีวิตว่า การศึกษาตลอดชีวิต หมายถึง การศึกษาที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2545)

ประเภทของการจัดการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตรา 15 คือ การจัดการศึกษามี 3 รูปแบบ คือการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย โดยกำหนดนิยามการศึกษาในระบบไว้ในหมวด 3 ระบบการศึกษา มาตรา 15(1) คือ การศึกษาในระบบเป็นการศึกษาที่กำหนดจุดมุ่งหมาย วิธีการ หลักสูตร ระยะเวลาของการศึกษา การวัดและประเมินผล ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการสำเร็จการศึกษาที่แน่นอน มาตรา 15(2) คือ การศึกษานอกระบบเป็นการศึกษาที่มีความยืดหยุ่นในการกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบ วิธีการจัดการศึกษา ระยะเวลาการศึกษา การวัดและประเมินผล ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการสำเร็จการศึกษา โดยเนื้อหาและหลักสูตรจะต้องมีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของบุคคลแต่ละกลุ่ม มาตรา 15 คือ การศึกษาตามอัธยาศัยเป็นการศึกษาที่ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ ศักยภาพ ความพร้อมและโอกาส โดยศึกษาได้จากบุคคล ประสบการณ์ สังคม สภาพแวดล้อม สื่อ แหล่งความรู้อื่นๆ(สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2545)

การศึกษาในระบบเป็นการจัดการศึกษาที่มีรูปแบบและระบบแบบแผนชัดเจน มีการกำหนดวัตถุประสงค์ หลักสูตร วิธีการจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผลที่แน่นอน การศึกษาในระบบของไทยประกอบด้วยการศึกษาขั้นพื้นฐานและการศึกษาขั้นอุดมศึกษา โดยการศึกษาขั้นพื้นฐานยังแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ คือ ระดับก่อนประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายยังแบ่งออกเป็นประเภทสามัญศึกษา และประเภทอาชีวศึกษาอีกด้วย ส่วนการศึกษาขั้นอุดมศึกษานั้นแบ่งออกเป็น

ระดับต่างๆ คือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี ประกาศนียบัตร ปริญญาโท และปริญญาเอก (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย, 2552)

การศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นการศึกษาที่มีความยืดหยุ่นในการกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบ วิธีการจัดการศึกษา ระยะเวลาการศึกษา การวัดและประเมินผล ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการสำเร็จการศึกษา โดยเนื้อหาและหลักสูตรจะต้องมีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของบุคคลแต่ละกลุ่ม เป็นกิจกรรมการศึกษาที่มีกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการและวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ที่ชัดเจน มีรูปแบบ หลักสูตร วิธีการจัดและระยะเวลาเรียนหรือฝึกอบรมที่ยืดหยุ่นและหลากหลายตามสภาพความต้องการและศักยภาพในการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายนั้น และมีวิธีการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ที่มีมาตรฐานเพื่อรับวุฒิทางการศึกษา หรือเพื่อจัดระดับผลการเรียนรู้ (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย, 2552)

การศึกษาตามอัธยาศัยเป็นการศึกษาที่เกิดขึ้นตามวิถีชีวิตที่ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเอง ตามความสนใจ ศักยภาพ ความพร้อมและโอกาส โดยศึกษาจากประสบการณ์ การทำงาน บุคคล ครอบครัว สื่อมวลชน ชุมชน แหล่งความรู้ต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความบันเทิง และการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีลักษณะสำคัญ คือ ไม่มีหลักสูตร ไม่มีเวลาเรียนที่แน่นอน ไม่จำกัดอายุ ไม่มีการลงทะเบียน ไม่มีการสอบ ไม่มีการรับประกาศนียบัตร มีหรือไม่มีสถานศึกษาแน่นอน ไม่มีการสอบเรียนที่ไหนก็ได้เรียนได้ตลอดเวลาและเกิดขึ้นในทุกช่วงวัยตลอดชีวิต (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย, 2552)

ถึงแม้ว่าการจัดการศึกษาไทยตามพระราชบัญญัติการศึกษาแบ่งการจัดการศึกษา 3 ประเภท คือ การศึกษาในระบบโรงเรียน การศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย แตกต่างกันไปตามความเหมาะสม และวัตถุประสงค์ของผู้เรียนแต่การจัดการศึกษาไทยตามพระราชบัญญัติการศึกษาเป็นจัดภายใต้บริบทของการศึกษาตลอดชีวิต โดยที่การศึกษาตลอดชีวิตเป็นกระบวนการศึกษาที่มีผลต่อการเรียนรู้ของบุคคลในรูปแบบของการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ การศึกษาตามอัธยาศัย ที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตายเพื่อมุ่งให้บุคคลได้พัฒนาตนให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาต่อเนื่องไปให้เต็มศักยภาพโดยบุคคลนั้นจะต้องมีแรงจูงใจที่จะศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง และเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการจัดการศึกษาตลอดชีวิตจะเป็นการบูรณาการจัดการจัดการศึกษาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่บางครั้งไม่อาจบรรลุวัตถุประสงค์นั้นได้ด้วยการจัดการศึกษาประเภทเดียวโดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เป็นยุคข้อมูลข่าวสาร และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว(สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย, 2552)

สรุปว่า ตามพระราชบัญญัติการศึกษาไทยการจัดการศึกษาเป็นการจัดการศึกษาตลอดชีวิต ประกอบด้วยการศึกษาในระบบโรงเรียน การศึกษานอกระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่ง

แนวคิดการจัดการศึกษาตลอดชีวิตควรจัดการศึกษาเป็นแบบการบูรณาการ โดยจัดการการศึกษาตาม อรรถศาสตร์ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาในระบบไว้ด้วยกันอย่างผสมกลมกลืน ทำให้มนุษย์เราสามารถเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย การศึกษาตลอดชีวิตเป็นการศึกษาตามธรรมชาติซึ่งมนุษย์บางคนที่เกิดมาจะได้รับการศึกษาตาม อรรถศาสตร์อันเป็นการศึกษาพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของชีวิตเพียงอย่างเดียว หรืออาจได้รับการศึกษาตาม อรรถศาสตร์และการศึกษานอกระบบ ในขณะที่บางคนได้รับทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ การศึกษาตามอรรถศาสตร์ ในงานวิจัยนี้เป้าหมาย และประชากรเป้าหมายเป็นผู้ใหญ่ที่วัยมิได้อยู่ในการศึกษาในระบบ จึงเป็นการบูรณาการการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอรรถศาสตร์เท่านั้น

1.1.2 ความหมายของการจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ

คำว่า”บูรณาการ” เป็นคำสมาสประกอบด้วยคำสองคำ คือ “บูรณะ” และ “อาการ” ตาม พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2545 ได้ให้ความหมาย ของ “บูรณะ” ว่าเป็นคำกริยา หมายถึง ซ่อมแซมทำให้กลับคืนดีเหมือนเดิม และ“อาการ” เป็นคำนาม หมายถึง ความเป็นอยู่ ความ เป็นไป สภาพ กิริยาท่าทาง ลักษณะเดียวกัน ดังนั้น “บูรณาการ” จึงหมายถึง การทำให้ดีด้วยลักษณะ โดยรวมเดียวกัน เมื่อรวมกับการจัดการศึกษาจึงมีการให้ความหมายของบูรณาการการศึกษาต่างๆกัน ดังนี้

กระทรวงศึกษาธิการ (2538) อธิบายว่า การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ คือ ยุทธศาสตร์ การเรียนรู้ซึ่งเปิดโอกาสให้ใช้วิธีตั้งคำถาม และกระบวนการแก้ปัญหาเป็นตัวนำกระบวนการ การแสวงหาความรู้ และทักษะ โดยไม่ยึดติดในโครงสร้างของสาขาวิชาต่างๆทางด้านวิชาการ เพื่อ ประโยชน์ในการจัดหลักสูตร และจัดการเรียนการสอน

พระพรหมคุณาภรณ์ (2538) อธิบายความหมายของการบูรณาการ ว่า เป็นการทำให้สมบูรณ์ โดยขยายความว่าเป็นการทำให้หน่วยย่อยๆ ทั้งหลายที่สัมพันธ์อาศัยซึ่งกันและกันเข้ามาร่วมทำหน้าที่ ประสมกลมกลืนเป็นองค์รวมหนึ่งเดียวที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ในตัว

อรทัย มูลคำ(2542) กล่าวว่า การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการคือ การจัดประสบการณ์ การ เรียนรู้ให้กับนักเรียนโดยผสมผสานความรู้ในกลุ่มสาระวิชาเดียวกันเข้าด้วยกัน หรือเชื่อมโยงความรู้ให้ สัมพันธ์กับกลุ่มสาระวิชาอื่นๆได้อย่างผสมกลมกลืน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ กระบวนการคิด กระบวนการแก้ปัญหา กระบวนการแสวงหาความรู้ กระบวนการสืบค้นข้อมูล การสำรวจตรวจสอบ ซึ่งอาจจะให้นักเรียนเขียนออกมาในรูปแบบรายงาน หรือจัดกระบวนการเรียนรู้แบบโครงการ

วิเศษ ชินวงศ์ (2544) กล่าวว่า การบูรณาการ คือ การจัดกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้เรียน โดยมิ การเชื่อมโยงผสมผสานกระบวนการสอน การสร้างคุณธรรมให้สอดคล้องกับความสามารถของผู้เรียน ให้นำความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

สุวิทย์ มูลคำ (2546) อธิบายว่า บูรณาการเป็นการนำเอาศาสตร์สาขาวิชาต่างๆที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันมาผสมผสานเข้าด้วยกันเพื่อประโยชน์ในการจัดหลักสูตรที่นำเอาเนื้อหาของวิชาต่างๆมาหลอมรวมเข้าด้วยกันทำให้เอกลักษณ์ของแต่ละรายวิชาหมดไป เน้นที่องค์รวมของเนื้อหา มากกว่าองค์ความรู้ของแต่ละรายวิชาและเน้นที่การเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นสำคัญ

Good (1973, อ้างถึงใน Alberta Education, 2007) อธิบายว่า บูรณาการคือ ความสอดคล้องกันของการเรียนรู้ในด้านองค์ประกอบทางพุทธิพิสัย และจิตพิสัยของแต่ละบุคคล แต่ละกลุ่ม บางที่เรียกว่า การศึกษาเพื่อความเป็นมนุษย์ หรือการศึกษาที่สมบูรณ์

Lardizabal (1988, อ้างถึงใน Thomas, 2000) อธิบายว่า การเรียนการสอนแบบบูรณาการ หมายถึง การสอนโดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ยังผลให้เกิดการพัฒนาในทุกด้าน ผู้เรียนสามารถปรับตัวและสนองต่อทุกสถานการณ์ การแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับการประสบการณ์และความรู้พื้นฐาน การสอนแบบบูรณาการจะให้ความสำคัญกับครูและนักเรียนเท่าเทียมกัน ทำกิจกรรมการเรียนการสอนร่วมกันแบบประชาธิปไตย

สรุปว่า บูรณาการการเรียนรู้ หมายถึง การเรียนรู้ที่เชื่อมโยงศาสตร์ หรือเนื้อหาตามสาขาวิชาต่างๆที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันมาผสมผสานเข้าด้วยกันโดยที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความรู้ที่มีความหมาย มีความหลากหลายมากขึ้นซึ่งอยู่กับการประสบการณ์และความรู้พื้นฐานของแต่ละบุคคล การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการทำให้สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาได้มากขึ้นอีกทั้งนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น

1.1.3 การจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ

1.1.3.1 หลักการของการจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ

บัญญัติ ครุฑพุ่ม (2550, อ้างถึงใน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551) อธิบายว่า แนวคิด หลักการ และกระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการ มีความสัมพันธ์กัน และมีองค์ประกอบดังนี้ คือ

แนวคิดของกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ ประกอบด้วย การเรียนรู้ที่ถือเอาวิถีชีวิตเป็นตัวตั้ง การบูรณาการเพื่อชีวิตและสังคม การเรียนรู้กับวิถีชีวิตและการทำงานเป็นเรื่องเดียวกัน การเรียนรู้เน้นการเรียนรู้แบบองค์รวมไม่แยกส่วนเป็นรายวิชา การเรียนรู้ที่มีความหมาย และผู้เรียนเรียนรู้อย่างมีความสุข

หลักการการจักระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการ ประกอบด้วย ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับความต้องการและความแตกต่างของบุคคล กำหนดหัวเรื่อง(theme)เป็นแกนกลางของการบูรณาการมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงหลายวิชาเข้าด้วยกันเป็นการเรียนรู้จากสภาพจริง หรือการดำรงชีวิตชุมชน ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการเรียนรู้ และร่วมในการประเมินผล

กระบวนการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ คือ

ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย การสร้างความเข้าใจ การเตรียมผู้สอน ผู้เรียน สื่อ แหล่งเรียนรู้ การจัดทำแผนงาน และโครงการ

ขั้นดำเนินการ ประกอบด้วย การบริหาร การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การนิเทศติดตามผล ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย การประเมินผลผู้เรียนตามสภาพจริง และประเมินผลการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ

สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย (2552) อธิบายว่า การจัดทำหน่วยการเรียนรู้แบบบูรณาการเป็นการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้จากธรรมชาติ การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง มีการวัด และประเมินผลที่สอดคล้องกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยประเมินตามสภาพจริง มีประโยชน์ คือ ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาในลักษณะองค์รวม มองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหาวิชา ทำให้ผู้เรียนระลึกถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว กระตุ้นให้ผู้เรียนมีความรู้ทั้งลึกและกว้าง มีทัศนคติที่กว้างไกล ลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหาแต่ละวิชา และทำให้มีเวลาเรียนมากขึ้น ทำให้ผู้เรียนได้เรียนจากประสบการณ์จริง โดยผสมผสานความรู้ คุณธรรม ค่านิยม คุณลักษณะอันพึงประสงค์ และมีเจตคติที่ดี เป็นการเพิ่มศักยภาพผู้เรียนได้อย่างเต็มที่ มีการเรียนรู้วิธีการเรียนรู้ตลอดชีวิต และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริงอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมการเรียนรู้หลายรูปแบบ เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ส่งเสริมกระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้ ทักษะต่างๆมาใช้เพื่อป้องกัน และแก้ปัญหา ช่วยทำให้ผู้เรียนเข้าใจสภาพ และปัญหาสังคมได้ดีกว่า สามารถพิจารณาปัญหา และที่มาของปัญหาอย่างกว้างๆ ใช้ความรู้อย่างหลากหลายที่สัมพันธ์กัน ส่งเสริมให้เกิดทักษะ และความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้เรียน และผู้สอน รวมทั้งส่งเสริมการค้นคว้าวิจัย ซึ่งการจัดทำหน่วยการเรียนรู้แบบบูรณาการควรคำนึงถึงสิ่งสำคัญ ดังนี้ คือ

กระบวนการ และขั้นตอนการจัดทำหน่วยการเรียนรู้ ความยืดหยุ่น โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการของผู้เรียน ชุมชน และสังคม

การจัดการเรียนรู้ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ต้องให้ผู้เรียนบรรลุมาตรฐานการเรียนรู้ และผลการเรียนรู้ที่คาดหวังตามที่กำหนดไว้

การกำหนดภาระงานให้ผู้เรียนปฏิบัติควรเชื่อมโยงผลการเรียนรู้ที่คาดหวังเพื่อให้เกิดชิ้นงานหรือภาระงาน

การวัด และประเมินผล ชิ้นงาน หรือภาระงานที่กำหนดในหน่วยการเรียนรู้ควรเป็นการประเมินจากการปฏิบัติจริง หรือการแสดงความสามารถของผู้เรียน

สรุปว่า การจัดการศึกษาเชิงบูรณาการนั้นผู้สอน ผู้เรียน ผู้บริหาร ครอบครัวยุ และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการอันเป็นการเรียนรู้แบบองค์รวม คือ เรียนรู้สิ่งต่างๆแบบ

สัมพันธ์ เชื่อมโยงกันไม่แยกส่วน การแยกส่วนเป็นรายวิชาจะทำให้ผู้เรียนขาดทักษะขาดความสามารถ ในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของศาสตร์ต่างๆเข้ากับโลกของความเป็นจริง ขาดทักษะในการแก้ปัญหา และการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้แบบบูรณาการเป็นการเรียนรู้ในสิ่งที่มีความหมายต่อการนำไปใช้ในการดำรงชีวิต ซึ่งมีผลให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่เรียนอย่างลึกซึ้งชัดเจน

1.1.3.2 ประเภทของการบูรณาการในการศึกษา

พิมพ์พันธ์ เดชะคุปต์ (2549) อธิบายว่า ในการจัดการศึกษาแบ่งประเภทของการบูรณาการ เป็น 2 ประเภท คือ หลักสูตรบูรณาการ และการบูรณาการการเรียนการสอน มีรายละเอียด ดังนี้

1. หลักสูตรบูรณาการ(curriculum integration) หมายถึง หลักสูตรที่มีการผสมผสานสาระ ตั้งแต่ สองสาระการเรียนรู้ หรือ สองวิชาขึ้นไป โดยจัดเป็นหน่วยการเรียนรู้ภายใต้หัวข้อเรื่อง(theme) เป็นจุดศูนย์กลาง หรือจุดรวมที่ต้องนำเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกันซึ่งอาจได้มาจากสาขาต่างๆในวิชาเดียวกัน หรือได้มาจากหลายศาสตร์ หรือหลายวิชาที่เกี่ยวข้องกันแสดงให้เห็นความเกี่ยวข้องกันโดยใช้ เครือข่ายความคิด หลักสูตรบูรณาการเป็นการพยายามสร้างหัวข้อเรื่อง(theme) ในโปรแกรมวิชาโดยนำ ความคิดหลักในวิชามาสัมพันธ์กัน และสัมพันธ์กับวิชาอื่นด้วยหลักสูตรแบบบูรณาการ(integrated curricula) เป็นหลักสูตรที่นำเอาศาสตร์สาขาวิชาต่างๆที่มีความสัมพันธ์กันเกี่ยวข้องกันมาผสมผสาน เข้าด้วยกันเพื่อประโยชน์สูงสุดในการจัดหลักสูตรและการเรียน ทำให้เอกลักษณ์ของแต่ละรายวิชา หดไปเกิดเป็นเอกลักษณ์ใหม่ของหลักสูตรโดยรวม ทำให้เกิดความรู้ที่มีความหมายหลากหลายและ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง นอกจากนี้หลักสูตรบูรณาการเป็นการบูรณาการระหว่างกลุ่มสาระ การเรียนรู้(interdisciplinary integration) เป็นการผสมผสานเนื้อหาสาระระหว่างวิชา หรือระหว่าง ศาสตร์ หรือระหว่างกลุ่มสาระการเรียนรู้ตั้งแต่สองวิชาขึ้นไป ภายใต้หัวข้อเรื่อง(theme) มโนทัศน์ (concept) หรือปัญหา(problem)เดียวกัน ซึ่งอาจเรียกว่า การบูรณาการข้ามกลุ่มวิชา ข้ามกลุ่มสาระ ข้ามศาสตร์บูรณาการ ภายในกลุ่มสาระการเรียนรู้ ผลการบูรณาการภายใต้เรื่องจะได้เป็นหน่วยการ เรียนรู้ จากการบูรณาการอย่างผสมผสาน จึงเรียกว่าหน่วยการเรียนรู้บูรณาการ ซึ่งจัดเป็นหลักสูตร บูรณาการ หน่วยการเรียนรู้บูรณาการดังกล่าวสามารถแบ่งได้เป็นสองแบบ คือ 1)หน่วยการเรียนรู้ แบบสหวิทยาการ 2)หน่วยการเรียนรู้แบบภายในกลุ่มสาระการเรียนรู้ หรือแบบไม่ข้ามกลุ่มสาระการ เรียนรู้

2. การบูรณาการการเรียนการสอน (instructional integration) หมายถึง การจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หรือตอบปัญหาที่สงสัยด้วยการผสมผสานสาระ กระบวนการ วิธีสอน เทคนิคที่เน้นให้ผู้เรียนปฏิบัติด้วยการสอดแทรกสาระความรู้อื่นๆ และคุณธรรมจริยธรรมอย่าง เหมาะสมเกิดความสมบูรณ์อย่างสมดุล เหมือนเป็นชีวิตจริงของผู้เรียน ซึ่งแบ่งการบูรณาการการเรียน การสอนเป็น 2 แบบ คือ 1) การบูรณาการแบบสหวิทยาการ(interdisciplinary) เป็นการสร้างหัว

เรื่อง(theme) ขึ้นมาแล้วนำเนื้อหาจากวิชาต่างๆมาโยงสัมพันธ์กับหัวเรื่องนั้น ซึ่งบางครั้งอาจเรียกได้ว่า สหวิทยาการแบบมีหัวข้อ(thematic interdisciplinary study) หรือการบูรณาการที่เน้นการนำไปใช้เป็นหลัก(application-first approach) ซึ่งการกำหนดหัวเรื่องจะกำหนดโดยมีหลัก คือ เป็นเรื่อง que ผู้เรียนสนใจและมีโอกาสได้เลือกเรียน เป็นเรื่องที่สามารถโยงความสัมพันธ์ได้หลายวิชาหรือหลายกลุ่มประสบการณ์ เป็นเรื่อง que ผู้เรียนมีประสบการณ์เดิมและสอดคล้องกับชีวิตจริงรวมทั้งมีความหมายต่อผู้เรียน เป็นเรื่อง que ผู้เรียนมีแหล่งความรู้สามารถศึกษาคิดค้นได้อย่างหลากหลายและเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับท้องถิ่นและความรู้ที่เป็นสากล เป็นเรื่อง que เหมาะสมกับความสามารถของผู้เรียนและส่งเสริมการพัฒนาผู้เรียนรอบด้าน 2) การบูรณาการแบบพหุวิทยาการ(multidisciplinary) เป็นการนำเรื่อง que ต้องการจะให้ผู้เรียนได้เรียนสอดแทรกไว้ในวิชาต่างๆ หรือบูรณาการโดยเน้นเนื้อหา of วิชาเป็นแกน แล้วนำสิ่ง que ต้องการให้เกิดแก่ผู้เรียนไปสอดแทรกในวิชาแกน อาจเรียกได้ว่า การบูรณาการที่เน้นเนื้อหารายวิชาเป็นหลัก(discipline first approach)

การบูรณาการการเรียนการสอนควรมีลักษณะการจัดการเรียนการสอน ดังนี้ คือ

1. เป็นการบูรณาการระหว่างความรู้และกระบวนการเรียนรู้เพราะปริมาณความรู้ในปัจจุบันเพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณและมีความซับซ้อนมากขึ้น การเรียนการสอนด้วยวิธีแบบเดิม อาทิ การบรรยายและการท่องจำ อาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ผู้เรียนควรสำรวจความสนใจในความรู้ que หลากหลายนั้นแล้วควรแสวงหาความรู้เพื่อสนองสนองตอบความสนใจนั้นด้วยกระบวนการเช่นไรด้วยตนเองซึ่งกระบวนการการเรียนการสอนลักษณะนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล(individual difference)

2. เป็นการบูรณาการระหว่างพัฒนาการความรู้และพัฒนาการทางจิตใจ นั่นคือให้ความสำคัญกับจิตพิสัย หรือ เจตคติ ในการแสวงหาความรู้ด้วยไม่ใช่เน้นองค์ความรู้ หรือพุทธิพิสัยแต่เพียงอย่างเดียว

3. เป็นการบูรณาการระหว่างความรู้และการกระทำ มีนัยแห่งความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างพุทธิพิสัยและทักษะเช่นเดียวกับข้อสอง

4. บูรณาการระหว่างสิ่งที่เรียนกับชีวิตประจำวัน คือการตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้เรียนเมื่อได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้แล้ว

5. บูรณาการระหว่างวิชาต่างๆเพื่อให้เกิด ความรู้ เจตคติ และการกระทำ ที่เหมาะสมกับความต้องการและความสนใจของผู้เรียนอย่างแท้จริงตอบสนองต่อคุณค่าในการดำรงชีวิตของผู้เรียน

สรุปว่า งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาประเด็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเป็นกิจกรรมการศึกษาด้านการให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว และข้อมูลขององค์ความรู้ต่างๆมีมากมายจึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการของกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย

1.2. รายละเอียดของการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย

รายละเอียดของการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยประกอบด้วย ความหมายของการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย หลักการของการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย

1.2.1 ความหมายของการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย

1.2.1.1 ความหมายของการศึกษานอกระบบโรงเรียน

สุมาลี สังข์ศรี (2545) สรุปว่า การศึกษานอกระบบ คือ การศึกษาทุกรูปแบบที่จัดให้แก่ ประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ไม่จำกัดพื้นฐานการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ หรือความสนใจ ตลอดจน ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตและปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่ เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา

อาชญญา รัตนอุบล (2550) อธิบายว่าการศึกษานอกระบบโรงเรียนหมายถึง กิจกรรม ทางการศึกษาและมวลประสบการณ์ความรู้ใดๆก็ตามที่จัดขึ้นโดยบุคคล หน่วยงาน และสถาบันต่างๆ ในสังคม โดยมุ่งจัดขึ้นนอกเหนือไปจากการศึกษาในระบบภาคปกติ เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติที่พึงประสงค์ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆโดยยึดหลักการที่ว่า เป็นการสนองความ ต้องการ ความสนใจ และแก้ปัญหาให้แก่กลุ่มเป้าหมายนั้น

วรรัตน์ อภินันท์กุล (2551) สรุปนิยามของการศึกษานอกระบบโรงเรียนว่า หมายถึง การศึกษาที่มีความยืดหยุ่นในการกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบ วิธีการจัดการศึกษา ระยะเวลาของ การศึกษา การวัดและประเมินผล ซึ่งเงื่อนไขสำคัญของการสำเร็จการศึกษา โดยเนื้อหาหลักสูตรต้องมีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของบุคคลแต่ละกลุ่ม

สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (2552) อธิบาย ความหมายเพิ่มเติมของการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย พ.ศ. 2551 มาตรา 4 คือการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นกิจกรรม การศึกษาที่มีกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการและวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ที่ชัดเจน มีรูปแบบ หลักสูตร วิธีการจัดและระยะเวลาเรียนหรือฝึกอบรมที่ยืดหยุ่นและหลากหลายตามสภาพความต้องการและ ศักยภาพในการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายนั้น และมีวิธีการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ที่มีมาตรฐาน เพื่อรับวุฒิทางการศึกษา หรือเพื่อจัดระดับผลการเรียนรู้ ส่วนการศึกษาตามอัธยาศัยเป็นกิจกรรมการ เรียนรู้ในวิถีชีวิตประจำวันของบุคคลซึ่งสามารถเลือกที่จะเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ความ ต้องการ ความสนใจ โอกาส ความพร้อม และศักยภาพในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

ทวีป อภิลิทธิ์ (2554) กล่าวว่า การศึกษานอกระบบโรงเรียนมีความสำคัญในการช่วยส่งเสริมเติมเต็มความรู้ให้แก่ผู้ด้อย พลาด ขาดโอกาสทางการศึกษาในระบบโรงเรียน และเป็นการเสริมสร้างความรู้ความสามารถและประสบการณ์ให้แก่ผู้ต้องการพัฒนาตนเอง พัฒนาอาชีพ พัฒนาคุณภาพชีวิต และพัฒนาความรู้ความสามารถตนเองให้ก้าวหน้าทันต่อความเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลกยุคปัจจุบัน

Knowles (1980) สรุปว่า การศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นกระบวนการที่ผู้ใหญ่ได้เรียนรู้ต่อหลังจากที่ออกจากโรงเรียนภาคปกติ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นสำหรับผู้ใหญ่ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย โดยสถาบันต่างๆ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ

สรุปว่า การศึกษานอกระบบโรงเรียน หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้ การถ่ายทอดความรู้ แนวคิดต่างๆ รวมทั้งมวลประสบการณ์ เป็นการจัดขึ้นโดยบุคคล หรือหน่วยงานใดๆ มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่พึงประสงค์ โดยมีหลักการ คือ สนองตอบต่อความต้องการ ความสนใจของผู้เรียนและการประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง เปิดโอกาสให้กับประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่ม ทุกระดับการศึกษา และทุกชุมชน โดยมีลักษณะที่ยืดหยุ่นและหลากหลายทั้งบุคคล เวลา สถานที่ หลักสูตร การเรียนการสอน การจัดการ และการประเมินผล

1.2.1.2 ความหมายของการศึกษาตามอัธยาศัย

กระทรวงศึกษาธิการ (2538) กำหนดความหมายของการศึกษาตามอัธยาศัยว่า หมายถึง การที่มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองสามารถแก้ปัญหาต่างๆ และพัฒนาคุณภาพชีวิต จากการใช้ประโยชน์จากมวลประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน โดยกระบวนการเหล่านี้จะดำเนินสืบเนื่องตั้งแต่เกิดไปจนตาย

ฉลองศรี พลโยธา (2544) อธิบายว่าการศึกษาตามอัธยาศัย หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากมวลประสบการณ์ที่ได้รับเนื่องมาจากความต้องการ ความสนใจ หรือความพึงพอใจของแต่ละบุคคล เป็นกระบวนการเรียนรู้ในวิถีชีวิตที่ได้รับโดยวิธีที่ไม่เป็นทางการ เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองตามธรรมชาติวิสัยของมนุษย์จากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อม โดยมีผู้จัดหรือไม่มีผู้จัดก็ได้ สิ่ง queบุคคลจะเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมขึ้นกับสภาพแวดล้อมนั้นมีคุณภาพทางการศึกษามากน้อยเพียงใด การศึกษาเป็นเพียงกิจกรรมการเรียนรู้ในวิถีชีวิตของมนุษย์

ชัยยศ อิ่มสุวรรณ์ (2544) กล่าวว่า การศึกษาตามอัธยาศัยหมายถึงการศึกษาที่เกิดตามวิถีชีวิตมนุษย์ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การทำงาน หรือ เรียนรู้จาก บุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม รวมถึงสภาพแวดล้อม สื่อ แหล่งความรู้อื่นต่างๆ โดยเป็นการศึกษาที่ให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ ศักยภาพ ความพร้อม และโอกาส เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความบันเทิง และการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีลักษณะสำคัญ คือ ไม่มีหลักสูตร สถานที่ เวลาเรียนที่แน่นอน มีจำกัดอายุ

ไม่มีการลงทะเบียน ไม่มีการสอน ไม่มีประกาศนียบัตร ลักษณะการเรียนรู้ส่วนใหญ่เป็นการเรียนเพื่อความรู้อันนันทนาการ จึงสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลาและเกิดได้ในทุกช่วงวัยตลอดชีวิต

ทวีป อภิสัทธี (2554) อธิบายว่า การศึกษาตามอัธยาศัยเป็นการศึกษาที่เป็นกระบวนการเรียนรู้ในวิถีชีวิตตามธรรมชาติ ที่แต่ละบุคคลแสวงหาความรู้ พัฒนาทักษะ ค่านิยม และเสริมสร้างประสบการณ์ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองตามความจำเป็น และตามความต้องการตั้งแต่เกิดจนตาย เกิดการพัฒนาทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัวเป็นการเรียนรู้ที่มีคุณค่าต่อชีวิตมนุษย์ทุกคนโดยไม่มีการจัดการเรียนรู้ หรือผู้จัดไม่ตั้งใจมุ่งให้การศึกษาโดยตรง ไม่มีรูปแบบ และไม่มีการกำหนดกระบวนการจัดการเรียนรู้ไว้ล่วงหน้า ผู้เรียนสามารถวัดและประเมินผลได้ด้วยตนเองโดยมิต้องมีเครื่องมือวัดและประเมินผลใดๆ เป็นการศึกษาเรียนรู้ที่มีหลากหลายมิติ ผู้จัดกิจกรรมจัดตามวัตถุประสงค์ในการจัด แต่ผู้ไปใช้บริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมโดยตั้งใจหรือโดยบังเอิญก็ตามจะได้รับความรู้ ทักษะ เจตคติ มากน้อยตามความต้องการของแต่ละบุคคล

Coombs (1974, อ้างถึงใน ฉลองศรี พลโยธา, 2544) ให้นิยามการศึกษาตามอัธยาศัยว่า หมายถึง กระบวนการศึกษาตลอดชีวิตที่บุคคลได้รับและสะสมความรู้ ทักษะ และความเข้าใจจากประสบการณ์ในชีวิตประจำวันและสภาพแวดล้อม เช่น ครอบครัว การทำงาน และการเล่น จากแบบอย่างและทัศนคติของแต่ละครอบครัว เพื่อน การท่องเที่ยว การอ่านหนังสือพิมพ์ การฟังวิทยุ การดูโทรทัศน์ หรือภาพยนตร์ โดยทั่วไปเป็นการศึกษาแบบธรรมชาติวิสัยไม่มีการจัดเป็นระบบ ไม่มีแบบแผน แต่มีความสำคัญอย่างมากในการเรียนรู้ทั้งหมดของแต่ละคน ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นได้รับการศึกษาจากในระบบโรงเรียนมาแล้ว

สรุปว่าการศึกษาตามอัธยาศัย หมายถึง การศึกษาตามวิถีชีวิตเป็นการเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมในสังคม ประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน ตามความต้องการของบุคคล อาจมีผู้จัดหรือไม่มีผู้จัดก็ได้ เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล หรือพัฒนาคุณภาพชีวิต บุคคลเลือกวิธีการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

1.2.2. หลักการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย

1.2.2.1 หลักการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน

อาชญญา รัตนอุบล (2542) อธิบายเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนว่า มีลักษณะ ดังนี้

1. การศึกษานอกระบบโรงเรียน จะมีส่วนเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับความต้องการ โดยเฉพาะบุคคลซึ่งนำไปสู่การพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีคุณลักษณะแตกต่างไปจากโครงการทางการศึกษาที่จัดขึ้นในระบบโรงเรียน

2. การศึกษานอกระบบโรงเรียน จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในด้านใด ด้านหนึ่งโดยเฉพาะ อันเป็นผลจากการได้รับความรู้จากกิจกรรมในโครงการนั้นๆ

3. การจัดกิจกรรมในโครงการการศึกษานอกระบบโรงเรียน มักก่อให้เกิดการเรียนรู้ และผู้เรียนได้รับประสบการณ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดความชำนาญและทักษะ รวมทั้งกระบวนการเกี่ยวกับความรู้ มีความสามารถในการเป็นผู้นำชุมชน

4. การศึกษานอกระบบโรงเรียน มีลักษณะที่ยืดหยุ่นรวมทั้งก่อให้เกิดนวัตกรรมต่างๆ ทางการศึกษาได้โดยง่าย การจัดการการวางแผนกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนจึงไม่ควรรเข้มงวดและมีการควบคุมดูแลเหมือนกับการศึกษาในระบบโรงเรียน

5. โครงการที่จัดขึ้นทางการศึกษานอกระบบโรงเรียน ส่วนมากจะเสียค่าใช้จ่ายไม่มากนัก และผู้เรียนอาจต้องช่วยเหลือตนเองบ้างด้านค่าใช้จ่าย

6. การศึกษานอกระบบโรงเรียน เป็นโครงการที่มุ่งต่อจุดประสงค์ในการนำไปใช้ การริเริ่มโครงการหรือกิจกรรมการศึกษาควรให้ตรงกับความต้องการโดยเฉพาะผู้เรียน

7. การศึกษานอกระบบโรงเรียน เป็นวิธีการที่พยายามใช้ประโยชน์จากการศึกษาให้มากที่สุด โดยการฝึกความชำนาญ นำความรู้ที่เรียนมาแล้วจากในระบบโรงเรียนนำมาสร้างเสริมและฝึกปฏิบัติให้มากขึ้นอีกในกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน

สุมาลี สังข์ศรี (2545) อธิบายว่า การศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นการศึกษาที่นำปรัชญาจากหลายปรัชญามาประยุกต์ผสมผสาน ซึ่งปรัชญาต่างๆดังกล่าวได้แก่ การศึกษาตลอดชีวิต พัฒนา การนิยม มนุษย์นิยม และปรัชญาทางพระพุทธศาสนา กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนมี 3 ประเภท คือ 1) การศึกษานอกระบบโรงเรียนประเภทการศึกษาพื้นฐาน เป็นกิจกรรมที่จัดให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้พื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น ความรู้ความสามารถในการอ่านเขียน การคิดคำนวณเบื้องต้น การติดต่อสื่อสาร ด้วยวิธีการสอนอ่านเขียน การศึกษานอกระบบโรงเรียนสามัญ เทียบเท่าการศึกษาในโรงเรียน ด้วยวิธีการเรียนการสอนแบบชั้นเรียน แบบเรียนด้วยตนเอง หรือแบบเรียนทางไกล 2) การศึกษานอกระบบโรงเรียนประเภทให้ความรู้และทักษะอาชีพ เป็นการให้ความรู้สาขาวิชาต่างๆมีจุดประสงค์ที่จะนำความรู้ปรับปรุงการประกอบอาชีพของตน หรือสร้างอาชีพใหม่เพื่อเพิ่มพูนรายได้ ด้วยวิธีการฝึกอาชีพระยะสั้น การฝึกอาชีพตามกลุ่มสนใจ 3) การศึกษานอกระบบโรงเรียนประเภทให้ความรู้ทั่วไปและข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น ความรู้ด้านสุขภาพ กฎหมาย ศาสนา สิ่งแวดล้อม ด้วยการอบรมโดยวิทยากร หรือที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน

โดยมีหลักการจัดการศึกษาดังนี้

1. มีความครอบคลุมทั่วถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย
2. มีความเท่าเทียมและเสมอภาคของโอกาสทางการศึกษา

3. มีการเปิด สร้าง และขยายโอกาสทางการศึกษา
4. สนองตอบต่อความต้องการของบุคคลและสังคม
5. การจัดกิจกรรมมีความหลากหลายให้กลุ่มเป้าหมายมีโอกาสเลือก
6. มีความยืดหยุ่น สามารถเข้าถึงได้ง่าย ลดกฎระเบียบ ขั้นตอน เพื่อเปิดโอกาสสำหรับ

ทุกกลุ่มเป้าหมาย

7. มีการจัดบริการที่ใกล้ชิด เข้าถึงตัวผู้เรียน เช่นมีแหล่งการเรียนรู้ในชุมชน การใช้สื่อประเภทต่างๆ

8. มีการจัดกิจกรรมที่ผสมกลมกลืนกับวิถีชีวิต ไม่แปลกแยกไปจากการดำเนินชีวิต
9. มีการจัดกิจกรรมให้มีความต่อเนื่อง
10. มีการสร้างแรงจูงใจ สร้างนิสัยใฝ่รู้ใฝ่เรียน ให้เครื่องมือในการแสวงหาความรู้แก่

กลุ่มเป้าหมาย

11. ให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ เอกชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
12. ให้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ เริ่มที่ชุมชนเป็นหลักในการดำเนินการ
13. เน้นการเรียนรู้ตามสภาพปัญหา
14. เปลี่ยนภาพของการศึกษาจากห้องเรียน การท่องจำ การบอกความรู้ มาเป็นภาพ

ของการเรียนรู้ร่วมจากการดำเนินชีวิตและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

อุ้นดา นพคุณ (2546) กล่าวว่า กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนสามารถจำแนกตามเกณฑ์ 5 ประการดังต่อไปนี้ คือ

1. การจำแนกตามลักษณะของผู้รับบริการ เป็นการจำแนกที่นิยมใช้มากที่สุด สามารถจำแนกออกเป็น 5 กลุ่มย่อย คือ 1)ตามวัย เช่น เป็นเด็กเล็ก เด็กในโรงเรียนก่อนเกณฑ์การศึกษาภาคบังคับ เยาวชน ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ฯลฯ 2) ตามอาชีพ เช่นเป็นผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร ชาวประมง พนักงานบริษัท ข้าราชการ ฯลฯ 3) ตามความสนใจ เช่น ผู้เรียนที่สนใจเรื่องการศึกษาต่อ สนใจอาชีพเสริม สนใจศิลปวัฒนธรรม สนใจปัญหาบ้านเมือง ฯลฯ 4) ตามเพศ เช่น สตรีที่สนใจเรื่องการดูแลสุขภาพในวัยทอง บุรุษและสตรีที่สนใจเรื่องดูแลสุขภาพตนเอง บุรุษและสตรีที่สนใจเรื่องเพศศึกษาและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฯลฯ 5)ตามชาติพันธุ์ เช่น เป็นชนกลุ่มน้อย หรือชนพื้นเมือง ฯลฯ

2. การจำแนกตามเนื้อหาสาระ เป็นวิธีที่ใช้เนื้อหาสาระ หรือวิชาการเป็นเกณฑ์ เช่น การศึกษาสายสามัญ การศึกษาวิชาชีพ การศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ การศึกษาเรื่องเพศศึกษา การศึกษาเพื่ออนุรักษ์ศิลปวัตถุโบราณ การศึกษาเพื่อป้องกันยาเสพติด การศึกษาด้านสุขภาพอนามัย ฯลฯ

3. การจำแนกตามวิธีการเรียนการสอน มีอาทิเช่น การศึกษาทางดาวเทียม การศึกษา โดยการเรียนรู้ในชั้นเรียน การเรียนทางไกล และด้วยตนเอง/ตามหลักสูตรการศึกษาสามัญของ กรมการศึกษานอกโรงเรียน นอกจากนี้แล้วการเรียนที่ใช้เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ที่กำลังได้รับความนิยม มากในยุคข้อมูลข่าวสาร

4. การศึกษาตามปรัชญา แนวความคิด หรือวัตถุประสงค์ การศึกษานอกระบบ โรงเรียนที่ได้รับความนิยมในนานาประเทศส่วนมากจะเป็นการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่มีปรัชญา หรือแนวความคิดที่มีชื่อ เช่น โปรแกรมการสอนเรื่องการเรียนรู้หนังสือโดยใช้แนวคิดเรื่อง “มโนธรรม สำนึก” ของ Paulo Freire องค์การหมู่บ้าน Killbutz และ Moshav ของประเทศอิสราเอล แนวความคิดเรื่อง “คิดเป็น” ของประเทศไทย หรือ Saemual Undong ของประเทศเกาหลี

5. การจำแนกตามชุมชนหรือพื้นที่ จะให้ความสำคัญของสภาพแวดล้อมหรือบริบทของ โปรแกรม เช่น การศึกษาเพื่อส่งเสริมอาชีพราษฎรที่อยู่ชายแดน การศึกษาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตใน ชุมชนแออัด

วิศนีย์ ศิลตระกูล และชัยยศ อิมสุวรรณ์ (2547) กล่าวว่า การจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียน ควรคำนึงถึงหลัก 6 ประการ ดังนี้

1. ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญในตัวผู้เรียน ตั้งแต่การพัฒนา หลักสูตรต้องสนองต่อความต้องการ ความสนใจ จึงต้องมีการสำรวจประเมินความต้องการจำเป็น การวางแผนการเรียนการสอนควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เลือกวิชา หรือชุดวิชาที่คิดว่าจะมีประโยชน์ ต่อตัวเขาเอง การร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนต้องให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากที่สุดโดย ผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวก การประเมินการเรียนการสอนควรให้ผู้เรียนได้มีส่วนในการประเมิน การเรียนการสอนของตนเองโดยเฉพาะในเชิงให้ผู้เรียนได้เห็นถึงความก้าวหน้ามากกว่าการสอบได้ หรือ สอบตก

2. หลักสูตรที่เลือกได้ การพัฒนาหลักสูตรจะพัฒนาขึ้นมาตามแต่ละสภาพท้องถิ่นหรือ ตามสภาพกลุ่มเป้าหมาย นั่นคือ ต้องมีการสำรวจสภาพความเป็นอยู่ สภาพความสนใจ และสภาพ ปัญหาของแต่ละท้องถิ่น ของแต่ละกลุ่มเป้าหมายแล้วนำมาวิเคราะห์พัฒนาเป็นหลักสูตร หรือมวลง ประสพการณ์สามารถตอบสนองตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

3. ความสัมพันธ์แนวราบ ผู้สอนจะมีบทบาทในการช่วยจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ การศึกษาในตนเอง เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ซึ่ง ก่อให้เกิดผลดี คือ สร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดี สร้างเสริมบรรยากาศที่ดี สร้างเสริมให้เกิดแนว การศึกษาแบบยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สร้างเสริมให้ผู้เรียนคิดอย่างมีเหตุผล

4. การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น การนำทรัพยากรจากรัฐแต่เพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ เพราะความจำกัดของงบประมาณและทรัพยากรในการจัดการศึกษา จึงควรอาศัยทรัพยากรท้องถิ่นที่

มีอยู่มาช่วยเสริม นอกจากนี้ยังมีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญมีคุณค่า และยังเป็น การส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นให้เกิดความรู้สึกรู้สึกตื่นตัวที่จะพัฒนาท้องถิ่นตนเอง

5. การใช้ประโยชน์ได้ทันที เป็นการเพิ่มเติม หรือ เติมเต็มความรู้ ทักษะเพื่อนำ ประสพการณ์ ความรู้ ความชำนาญในบางสิ่งบางอย่างไปใช้ประโยชน์ในทันที ดังนั้นกิจกรรมต้อง สอดคล้องกับความต้องการและมีความหลากหลาย

6. การมีโครงสร้างที่ยืดหยุ่น ไม่ว่าจะเป็โครงสร้างของหลักสูตร โครงสร้างของการ เรียนการสอน โครงสร้างสื่ออุปกรณ์ โครงสร้างการบริหาร โครงสร้างการประเมิน ควรมีความยืดหยุ่น ให้ผู้เรียนเข้าถึงได้ และมีความยินดีพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

อาชัญญา รัตนอุบล (2550) อธิบายว่า ลักษณะของการศึกษานอกระบบโรงเรียน ประกอบด้วย

1. ประชากรเป้าหมาย เป็นการจัดให้แกผู้ที่อยู่นอกโรงเรียนโดยไม่คำนึงถึงอายุของ ผู้เรียน ผู้เรียนมีทุกกลุ่มอายุแต่ส่วนใหญ่มักเป็นผู้ใหญ่รวมทั้งผู้ที่พลาดโอกาสจากการศึกษาภาคปกติ ที่อาจมีภารกิจในการประกอบอาชีพอยู่แล้ว กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยทั่วไปแล้วจะไม่มีกำหนดพื้น ความรู้เดิมของผู้เรียน

2. โครงสร้างและการบริหารงาน มีโครงสร้างที่ยืดหยุ่นขึ้นกับวัตถุประสงค์ของแต่ละ หน่วยงานที่จัดขึ้น และมีลักษณะที่เป็นอิสระต่อกันเนื่องจากมาจากหลายสังกัด หน่วยงานการบริหาร ระดับท้องถิ่นจะมีบทบาทมากขึ้น ส่วนใหญ่จะดำเนินการภายใต้หน่วยงานของรัฐบาล เอกชน องค์กร สมาคม และมูลนิธิ

3. ปรัชญาของการศึกษา มีปรัชญาในการจัดการศึกษาที่ยึดหลักการเรียนรู้เพื่อใช้ใน ชีวิตจริง ส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้เพื่อการทำงาน เน้นการศึกษาให้คนรู้จักคิด ตัดสินใจและนำไปใช้ ประโยชน์ได้จริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน

4. วัตถุประสงค์ทางการศึกษา มีลักษณะเฉพาะเจาะจง ภายใต้อายุเวลาที่กำหนดไว้ อันสั้น มุ่งหวังให้เห็นผลของการเปลี่ยนแปลงโดยทันที และมีความสมบูรณ์ในตนเอง สนองความ ต้องการการเรียนรู้ที่เป็นปัจจุบันหรือในอนาคตอันใกล้ของบุคคลและสังคม

5. หลักสูตรและเนื้อหาวิชา มีลักษณะที่ตรงกับความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่ มัก เป็นหลักสูตรระยะสั้น เพื่อสนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้ทันที และสามารถ นำไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตประจำวันที่กำลังประสบอยู่ได้อย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ทำให้ส่วนใหญ่แล้ว ผู้เรียนจะร่วมกับผู้สอนกำหนดหลักสูตรตามที่ตนสนใจ และเนื้อหาวิชานั้นเน้นการลงมือปฏิบัติ

6. การเรียนการสอนและวิธีการ เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและสนับสนุนแหล่ง วิทยาการหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ประโยชน์ในการเรียนการสอนอย่างเต็มที่ ด้วยเหตุนี้จึง ไม่จำกัดคุณวุฒิคุณสมบัตินของผู้สอน สามารถอาศัยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆมาเป็นผู้สอน

ในลักษณะของวิทยากรให้ความรู้เฉพาะเรื่อง กิจกรรมการศึกษาจะจัดในสภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการดำรงชีวิตประจำวันของผู้เรียน และเป็นกิจกรรมที่มีลักษณะยืดหยุ่น สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนเป็นสำคัญ สำหรับวิธีการเรียนการสอนและการจัดกลุ่มผู้เรียนนั้นจัดให้สนับสนุนบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ได้ดี เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ และไม่เน้นแบบแผนที่เคร่งครัดเกินไป

7. การลงทุนและค่าใช้จ่าย เป็นการลงทุนที่ประหยัดโดยใช้ทรัพยากรและบุคลากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้อย่างเต็มที่ จึงไม่กำหนดค่าใช้จ่ายในการศึกษาไว้อย่างแน่นอน ขึ้นอยู่กับลักษณะของกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนนั้นๆ

8. ระยะเวลา เวลาในการศึกษาจะมีความยืดหยุ่นตามลักษณะของเรื่องที่จะศึกษาและลักษณะของกิจกรรมการศึกษาที่จัดขึ้นสามารถเรียนได้ทั้งในและนอกเวลาราชการช่วงใดช่วงหนึ่งก็ได้ ตามความสะดวกและความเหมาะสมของผู้เรียนโดยไม่กำหนดเวลาไว้แน่นอน สามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต สำหรับระยะเวลาที่ใช้เรียนจะเป็นระยะเวลาช่วงสั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน

9. สถานที่ ไม่มีสถานที่หรือสถาบันอย่างเป็นทางการแน่นอนตายตัว อาจใช้สถานที่ที่เหมาะสมกับสภาพชุมชน ตามความสะดวกและโอกาสของผู้สอนและผู้เรียน เช่น บ้าน โรงเรียน ศาลา วัด ไร่ ไร่ไม้

10. ผลที่ได้รับ ผู้เรียนอาจได้รับใบประกาศ วุฒิบัตร หรือประกาศนียบัตร แต่อย่างไรก็ตามสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งจำเป็นหรือเป็นสิ่งสำคัญเท่ากับการได้รับและนำความรู้ไปใช้ประโยชน์เพื่อแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันของตนเองต่อไป

สรุปว่า หลักการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนมีหลักการ คือ 1)ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาหลักสูตรต้องสนองต่อความต้องการ ความสนใจ และมีการสำรวจประเมินความต้องการจำเป็น 2)มีหลักสูตรที่เลือกได้ ในการพัฒนาหลักสูตรต้องมีการสำรวจสภาพความเป็นอยู่ ความสนใจ และปัญหาของแต่ละท้องถิ่น แต่ละกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวิเคราะห์แล้วพัฒนาเป็นหลักสูตร ประสบการณ์การเรียนรู้ 3)ความสัมพันธ์แนวราบ ผู้สอนจะมีบทบาทในการช่วยจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ การศึกษาในตนเอง 4)การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น เนื่องจากความจำกัดของงบประมาณ จึงควรอาศัยทรัพยากรท้องถิ่นที่มีอยู่มาช่วยเสริมในการจัดการศึกษา 5)การใช้ประโยชน์ได้ทันที เป็นการเพิ่มเติมความรู้ ทักษะเพื่อนำประสบการณ์ ความรู้ ความชำนาญที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในทันที 6)การมีโครงสร้างที่ยืดหยุ่น ทั้งโครงสร้างหลักสูตร โครงสร้างการเรียนการสอน โครงสร้างสื่ออุปกรณ์ โครงสร้างการบริหาร โครงสร้างการประเมิน ประเภทของกิจกรรมของการศึกษานอกระบบโรงเรียนแบ่งเป็น 3 ประเภทของกิจกรรมหลัก คือ 1) กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนด้านความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต 2)กิจกรรม

การศึกษานอกระบบโรงเรียนด้านทักษะอาชีพ 3) กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อพัฒนาการดำรงชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในงานวิจัยนี้เป็นการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนประเภทข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นเรื่องของพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดำรงชีพ

1.2.2.2 หลักการจัดการการศึกษาตามอัธยาศัย

Dale & Bell (1999, อ้างถึงใน วิศนี ศิลตระกูล และ อมรา ปฐมัญญบุญ, 2547) กล่าวว่า การศึกษาตามอัธยาศัยครอบคลุมการเรียนรู้ที่เกิดในบริบทของการทำงานซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคล มิได้กำหนดไว้เป็นโปรแกรมหรือหลักสูตรที่แน่นอนตายตัว แต่เป็นการเรียนรู้ที่อาจยอมรับโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและอาจส่งเสริมเป็นพิเศษหรือไม่ก็ได้ เป็นลักษณะของการไม่ใช้หรือไม่มีกระบวนการและรูปแบบการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ การมีหรือใช้ระบบพ่วงอย่างหลวมๆไม่เคร่งครัด

วิศนี ศิลตระกูล และ อมรา ปฐมัญญบุญ (2547) กล่าวว่า การศึกษาตามอัธยาศัยไม่ได้ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบในการจัดและอำนวยความสะดวกในการเรียน เช่นองค์ความรู้ วิธีการหลักสูตร การประเมินผล การนำไปใช้ แต่การศึกษาตามอัธยาศัยเน้นที่การพัฒนาความสามารถในการนำศักยภาพของบุคคลออกมาเพื่อสร้าง และสนองความต้องการแสวงหา ค้นคว้าคำตอบ และก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ จินตนาการ การศึกษาตามอัธยาศัยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ที่มีอยู่ที่ไม่แสดงออกมา และความรู้ที่แฝงอยู่ ตลอดจนผลผลิตของสังคมผ่านการเรียนรู้ที่กระจายอยู่ในสภาพการณ์รอบตัว ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นภายนอก และการเรียนรู้ที่เกิดจากกิจกรรมและความสนใจของบุคคลกลุ่มต่างๆอาจอยู่ในรูปของกิจกรรมที่ไม่จัดเป็นรายวิชา เช่น อภิปรายสนทนา การศึกษาตามอัธยาศัยอาจมีการวางแผนและโครงสร้างที่มีอยู่แล้วแต่มีวิธีการจัดแบบยืดหยุ่นและด้วยวิธีการเรียนรู้ตามอัธยาศัย เช่น การเรียนการทำอาหารจากโทรทัศน์ การจัดการศึกษาตามอัธยาศัยประกอบด้วย

1. ด้านองค์ประกอบในการจัดและอำนวยความสะดวกในการเรียน ซึ่งครอบคลุม การจัดสภาพการเรียนรู้ทางกายภาพ จิตวิทยา การสร้างบรรยากาศ การสื่อสาร การสื่อความหมาย การนำเสนอ การเคารพกันและกัน

2. ความรู้ที่แฝงอยู่และกระบวนการเรียนรู้ที่แฝงอยู่ เนื่องจากเป็นการเรียนรู้ที่ไม่เป็นแบบแผน ไม่เป็นกระบวนการ เป็นลักษณะเฉพาะของผู้เรียนแต่ละบุคคล การดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ การแสวงหาความสนใจเฉพาะเรื่อง การพักผ่อนหย่อนใจ และแม้กระทั่งยามเจ็บป่วย

3. กระบวนการเรียนรู้ที่ไม่มีรูปแบบ เป็นการเรียนรู้ตามศักยภาพและความสนใจ ความพร้อมในการเข้าถึงการศึกษาตามอัธยาศัยที่ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต และช่วงชีวิตที่

ผู้เรียนมีความถนัดในการใช้วิธีการและเลือกโปรแกรมการศึกษาตามอัธยาศัยเองทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจก็ตามทั้งนี้ต้องเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์

4. มีหลากหลายรูปแบบและวิธีการ ทั้งยังมีแบบแผนที่ไม่เป็นระบบ หรือขั้นตอน หรือรูปแบบมาตรฐาน เรียกว่า เป็นการศึกษามีหลากหลายมิติ

5. มีแนวคิด แนวปฏิบัติ การควบคุมที่ไม่เคร่งครัด

สรุปว่า หลักการการศึกษาตามอัธยาศัย คือ กระบวนการเรียนรู้เป็นกระบวนการเรียนรู้ในวิถีชีวิตตามธรรมชาติของแต่ละบุคคลที่แสวงหาความรู้ หรือพัฒนาทักษะ สร้างทัศนคติในประสบการณ์ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองตามความต้องการ เป็นการเรียนรู้ที่ไม่เป็นแบบแผนแล้วแต่ลักษณะเฉพาะตามศักยภาพและความสนใจของผู้เรียนแต่ละบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย หลากหลายรูปแบบและวิธีการ อาจมีแบบแผนที่ไม่เป็นระบบ ขั้นตอน หรือรูปแบบมาตรฐาน เป็นการศึกษาที่มีมิติอันหลากหลาย และมีแนวคิด แนวปฏิบัติ การควบคุมที่ไม่เคร่งครัด

1.3 การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย เชิงบูรณาการ

เนื่องจากรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการมิได้มีปรากฏเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบดังกล่าวจากรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมทางการศึกษานอกระบบโรงเรียน รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน และรูปแบบการจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ มีรายละเอียดประกอบด้วยส่วนต่างๆ คือ ความหมายของรูปแบบ รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมทางการศึกษานอกระบบโรงเรียน รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ ดังนี้

1.3.1 ความหมายของรูปแบบ

Encyclopedia Dictionary of Psychology and Education (1996)อธิบายว่า รูปแบบ คือ

1. รู้อยู่ของความจริงของปรากฏการณ์ซึ่งแสดงด้วยข้อความจำนวนหรือภาพโดยกรลดทอนเวลาและเทศะทำให้เข้าใจความจริงของปรากฏการณ์ได้ดียิ่งขึ้น

2. ตัวแทนของการใช้แนวความคิดของโปรแกรมที่กำหนดโดยเฉพาะ

Dictionary of Education (2005)อธิบายความหมายของรูปแบบมี 4 ความหมาย คือ

1. รูปแบบ คือ ตัวแบบ หรือแบบอย่างเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ

2. รูปแบบ คือ ตัวอย่างในการเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียงภาษาต่างประเทศเพื่อให้ผู้เรียนได้เลียนแบบ เป็นต้น

3. รูปแบบ คือ ภาพ แผนภาพ หรือรูปสามมิติ ซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลักการ หรือแนวคิด

4. รูปแบบ คือ ชุดของปัจจัย หรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันซึ่งรวมกันเป็นตัวประกอบ และเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคมอาจเขียนมาเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์ หรือบรรยายเป็นภาษา

ปรีชา กันธิยะ (2552) อธิบายว่ารูปแบบ คือ แบบอย่างหรือแนวทางในการกระทำหรือการดำเนินการใดๆ ที่แสดง และอธิบายให้เห็นถึงโครงสร้างทางความคิดหรือความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษาให้สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้นโดยอาจจะเป็นรูปแบบเชิงกายภาพหรือเชิงคุณลักษณะก็ได้ซึ่งอาจเป็นรูปแบบอย่างง่ายหรือซับซ้อนก็ได้สำหรับรายละเอียดและองค์ประกอบของรูปแบบจะขึ้นอยู่กับลักษณะปรากฏการณ์และวัตถุประสงค์ของผู้สร้างและพัฒนา รูปแบบ

สรุปว่า รูปแบบหมายถึงตัวแบบอันเป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่พัฒนาได้จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์จากรูปแบบเดิมที่มีอยู่ หรือพัฒนาขึ้นมาใหม่จากแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษา นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการจากรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมและรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่มีผู้พัฒนาขึ้นแล้ว

1.3.2 รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน

มีรายละเอียด คือ ความหมายของการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน และรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน

1.3.2.1 ความหมายของการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน

คำว่า “โปรแกรม” มาจากคำในภาษาอังกฤษ คือ “programme” หรือ “program” ซึ่ง Oxford Advanced Learner’s Dictionary (Hornby, 195) ได้ให้ความหมายที่ 1 เป็นลักษณะที่เป็นคำนาม คือ “a planned series of future or performances” ความหมายที่ 2 เป็นลักษณะของคำกริยา คือ “arrange according to a plan or schedule” ซึ่งแปลได้ว่า โปรแกรม หมายถึงโครงสร้างของงานที่จะกระทำหรือการจัดเตรียมแผนการที่จะกระทำหรือชุดของเหตุการณ์ที่รวบรวมไว้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2545 บัญญัติ “โปรแกรม” คือ “การกำหนดการ” ซึ่งหมายถึง ระเบียบการที่บอกถึงขั้นตอนของงานที่จะต้องทำตามลำดับ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

อุ้นตา นพคุณ (2546) สรุปความหมายของโปรแกรมว่า หมายถึง งานประจำที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนกว่าโปรแกรมนั้นๆ จะถูกล้มเลิก หรือปรับหรือเปลี่ยนแปลงระบบไปในทิศทางใหม่

ความหมายของโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนมีรายละเอียด ดังนี้

Boyle (1981) อธิบายว่าโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน หมายถึง ผลรวมของความร่วมมือระหว่างนักการศึกษานอกระบบโรงเรียนกับผู้เรียน กิจกรรมดังกล่าวได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ การวางแผนการเรียนการสอน การประชาสัมพันธ์ การประเมินผล การรายงานผล

Boone (1992) ให้นิยามของโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน คือ ความร่วมมือระหว่างผู้เรียนกับองค์กรทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนในการวางแผนการเรียนการสอน การปฏิบัติการเรียนการสอน การประเมินผลและความรับผิดชอบต่อโปรแกรม

อุ้นตา นพคุณ (2546) อธิบายความหมายของโปรแกรมว่า หมายถึง งานประจำที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องส่วนความหมายของการศึกษานอกระบบโรงเรียน หมายถึง กิจกรรม หรือโครงการใดๆที่สถาบันต่างๆในสังคมจัดขึ้น โดยมีเจตนาและวัตถุประสงค์ที่จะให้การเรียนรู้แก่ประชาชนที่สามารถกำหนดเป้าหมายได้ ผู้รับการศึกษาเองก็มีเจตนาหรือวัตถุประสงค์ในการที่จะรับการเรียนรู้ กิจกรรมดังกล่าวจัดให้แก่ประชาชนทุกเพศ ทุกชุมชน และทุกระดับการศึกษา เพื่อให้บุคคลดังกล่าวมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติค่านิยมที่ดี กิจกรรมทางการศึกษาที่เรียกว่าเป็นการศึกษานอกระบบโรงเรียนจะต้องจัดขึ้นในเวลาอันสั้น หลักสูตร มีความยืดหยุ่น ประหยัด และตอบสนองความต้องการ ความสนใจของผู้เรียน และปัญหา ส่วนความหมายของการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่สรุปไว้ข้างต้น หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้ หรือการถ่ายทอดความรู้ มวลประสบการณ์ ความคิดต่างๆที่ได้จัดขึ้นโดยบุคคล หน่วยงาน องค์กร สถาบันใดก็ได้ นอกเหนือจากการศึกษาในระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะและทัศนคติที่พึงประสงค์โดยยึดหลักการสนองต่อความต้องการ ความสนใจและการประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง เป็นการศึกษาที่เปิดโอกาสให้กับประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ทุกภูมิภาค ทุกระดับการศึกษา และทุกชุมชน โดยมีลักษณะที่ยืดหยุ่นและหลากหลายในการจัดการศึกษาทั้งผู้สอน ผู้เรียน เวลา สถานที่ หลักสูตร การเรียนการสอน การจัดการ และการประเมินผล

สรุปว่า โปรแกรมทางการศึกษานอกระบบ หมายถึง งานประจำหรือกิจกรรมที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่จัดขึ้นโดยบุคคล หน่วยงาน องค์กร ภาคีรัฐ เอกชน สถาบันต่างๆในสังคม ในลักษณะของการศึกษานอกระบบโรงเรียน

ความหมายของการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนมี ดังนี้

Boyle (1981)สรุปการพัฒนาโปรแกรม(program development) ว่าหมายถึง การปฏิบัติและตัดสินใจอย่างมีจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างนักพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนกับประชาชนหรือตัวแทนของประชาชนที่จะได้รับผลกระทบจากโปรแกรม ความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมเป็นความสามารถของนักการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่จะกำหนดได้อย่างชัดเจนว่าอะไรคือความต้องการ ปัญหา และสถานการณ์ที่จะต้องเปลี่ยนแปลง และสามารถที่จะเลือกกิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสมที่สุดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ อาจเป็นเรื่อง ความรู้ เจตคติ ทักษะ อาชีพ ทักษะชีวิต

Boone (1992) อธิบายว่าการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน หมายถึง กระบวนการในการวางแผนที่เป็นระบบเบ็ดเสร็จและมีความครอบคลุม เพื่อการคาดการณ์ในอนาคต ที่เกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างองค์กรในการจัดทำและส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ผู้เรียน พึงประสงค์ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของผู้เรียนในชุมชน

อุ้นตา นพคุณ (2546) กล่าวว่าทั้ง Boyle และ Boone ให้ความสำคัญในเรื่องความร่วมมือ ระหว่างผู้เรียนกับนักการศึกษานอกระบบโรงเรียน เป็นการเรียนรู้แบบร่วมมือ (collaborative learning) หรือการให้ผู้เรียนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม อันเป็นลักษณะเด่น ของโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน และทำให้มีความหมายกว้างกว่าการพัฒนาโปรแกรม (program development) หลักสูตร หรือกิจกรรมทางการศึกษานอกระบบโรงเรียน

สรุปว่า การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นการร่วมมือของนักการศึกษา นอกระบบโรงเรียนและผู้เรียน โดยเป็นความสามารถของนักการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่จะกำหนด ได้ว่าอะไรคือความต้องการ ปัญหา และสถานการณ์ใดที่จะต้องเปลี่ยนแปลงโดยสามารถเลือก กิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะตอบสนองต่อความต้องการและปัญหา

1.3.2.2 รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน

หลักการและรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน มีรายละเอียด ดังนี้

Boyle (1981) อธิบายว่า บทบาทของนักพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนมี 4 ด้าน คือ บทบาทนักวิเคราะห์ บทบาทผู้กระตุ้นในการเรียนรู้ บทบาทผู้อำนวยความสะดวกในการ เรียนรู้ บทบาทผู้ให้กำลังใจ และโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนอาจทำให้เกิดผลกระทบจาก โปรแกรมที่ต้องคำนึงถึง 9 ประการดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาโครงสร้างขององค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการ วิเคราะห์ ติความ และตัดสินใจว่าปัญหาหรือสถานการณ์ใดที่ควรจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น
2. ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ต้องวิเคราะห์ความต้องการของบุคคล ปัญหาชุมชน
3. กำหนดลำดับความสำคัญปัญหาที่ต้องการเปลี่ยนแปลง จัดทำแผนการปฏิบัติงาน
4. ส่งเสริมให้ประชาชน ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดผลที่พึงประสงค์จากโปรแกรม
5. กำหนดทรัพยากร การสนับสนุนที่จะนำมาใช้ทั้งการประชาสัมพันธ์ การปฏิบัติ
6. วางแผนการเรียนการสอนที่ส่งเสริม เอื้อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างเหมาะสม
7. นำแผนการสอนไปปฏิบัติโดยเลือกรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมกับผู้เรียนมากที่สุด
8. พัฒนาวิธีการประเมินผลที่สะท้อนให้เห็นความรับผิดชอบและโปร่งใสเพื่อให้ผู้ที่ เกี่ยวข้องได้รับทราบผลและคุณค่าของโปรแกรม
9. ประชาสัมพันธ์คุณค่าและประโยชน์ของโปรแกรมให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

Boone (1992) เสนอว่า หลักการข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมว่าควรมีความเข้าใจพื้นฐานหรือยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น 5 ข้อ ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นความมุ่งหวังที่ต้องการจะให้เกิดการเปลี่ยนแปลง(change)ขึ้นในตัวผู้เรียนไม่ว่าผู้เรียนจะเป็นรายบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชน การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในตัวผู้เรียนรายบุคคล คือ ด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในระดับกลุ่มหรือชุมชน คือ วิธีการต่างๆในการประสานความต้องการและผลประโยชน์ของกลุ่มต่างๆในชุมชน

2. การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นเรื่องของการตัดสินใจ(decision making) ในการวางโปรแกรมจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบุคคลหรือตัวแทนของบุคคลในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งอาจจะเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนหรือบางขั้นตอนของโปรแกรมตั้งแต่การวิเคราะห์และกำหนดความต้องการของบุคคลและปัญหาของชุมชน ตลอดจนถึงขั้นประเมินผลและเสนอรายงานผล

3. การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนมีหลักการสำคัญในเรื่องของความร่วมมือ(collaborations) ในการวิเคราะห์และกำหนดว่าอะไรคือความต้องการหรือปัญหาที่ต้องการจะแก้ การเลือกทรัพยากรและวิธีปฏิบัติงาน ตลอดจนถึงวิธีการประเมินผลที่เหมาะสมที่สุด

4. การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นเรื่องของระบบและแนวคิด(systems and concepts) กล่าวคือการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นระบบใหญ่ที่ประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบที่มีแนวคิดของความคิดเห็นที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งระบบย่อย 3 ระบบจำแนก คือ ระบบการวางแผน ระบบการสร้างและการนำโปรแกรมไปปฏิบัติ ระบบการประเมินผลและความรับผิดชอบการตรวจสอบได้ในการรายงานผล

5. การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นวิธีการที่สำคัญหนึ่งที่ต้องจะได้ข้อมูลป้อนกลับ(feedback)เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ทำให้องค์กรมีความตื่นตัว สามารถปรับตัวเปลี่ยนแปลงทันกับสถานการณ์ต่างๆ และปรับปรุงองค์กรให้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้นในอนาคต

นอกจากนี้การวางแผนพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนยังประกอบด้วยแนวคิด 4 ประการ คือ

1. วางแผนการเปลี่ยนแปลง(planned change) หมายถึงการวางแผนกิจกรรมขององค์กรอย่างจริงจังโดยเน้นความร่วมมือร่วมใจในการสร้างเป้าหมายและตั้งวัตถุประสงค์ร่วมกัน

2. ความเชื่อมโยง(linkage) หมายถึง เป้าหมายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกันเชื่อมโยงกับการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโดยองค์กรควรพยายามทำให้มีเอกลักษณ์ภายใต้การวิเคราะห์และประเมินความต้องการและเป้าหมายของสาธารณะอันเป็นแนวทางในความคิดของการสร้างความร่วมมือร่วมใจและการบรรลุเป้าหมายขององค์กร

3. ประชาธิปไตย(democracy) หมายถึง การเปิดกว้างและเป็นอิสระในการเข้าร่วมและตัดสินใจในกระบวนการ ในขณะที่การวางแผนสนใจในการชี้เฉพาะภาพอนาคตและการเชื่อมโยงอธิบายการแสวงหาความร่วมมือในองค์กรและเป้าหมายสาธารณะ ประชาธิปไตยพูดถึงธรรมชาติของกระบวนการที่ใช้ในการศึกษาผู้ใหญ่ที่ผู้สร้างโปรแกรมต้องกระทำเมื่อวางแผน

4. การแปลความ(translation) หมายถึง ความเกี่ยวพันเชื่อมโยงแบบไปกลับของผู้พัฒนาโปรแกรมและนโยบายสาธารณะ คุณลักษณะและบริบทของแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องนำมาพิจารณา เช่น ความเชื่อ บรรทัดฐาน ค่านิยม ความรู้ ระเบียบวิธีวิทยา สภาพสังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม ในการแปลความในการตั้งเป้าหมายของการพัฒนาโปรแกรม

และยังเสนออีกว่า รูปแบบโปรแกรมของนักศึกษานอกระบบโรงเรียนหลายคนสามารถนำมาวิเคราะห์ และเปรียบเทียบกับรูปแบบของ Boone เอง โดยสรุปแยกเป็นปัจจัย 6 ด้าน คือ บริบท(context) ขอบเขต(scope) ปรัชญา(philosophy) มุมมอง(perspective) การนำไปประยุกต์ใช้(applicability) ประเด็นหลัก(main theme) นอกจากนั้นวัตถุประสงค์ในการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน(program's objective) ให้ความสำคัญเรื่องการเรียนรู้(learning's objective)ที่น่าสนใจและอาจนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนได้ดังนี้ คือ

1. วัตถุประสงค์ในการสร้างกรอบแนวคิดเชิงเหตุผล(rational conceptual framework) เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางการศึกษาของผู้เรียน
2. วัตถุประสงค์ในการประสานงานกับฝ่ายประชาชน เพื่อร่วมมือกันในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน
3. วัตถุประสงค์ในการส่งเสริมการปฏิบัติงานของนักศึกษานอกระบบโรงเรียนในการเป็นผู้มีการเปลี่ยนแปลง และผู้มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. วัตถุประสงค์ในการให้โอกาสองค์กรทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนได้แสดงบทบาทในการใช้นักศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นสำคัญในการพัฒนาปัจจัยต่างๆภายในแต่ละชุมชนให้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาชุมชนส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน

Caffarella (1994)กล่าวถึงผลที่คาดหวังจากการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพว่าจะเกิดขึ้น คือ การเปลี่ยนแปลงใน 3 เรื่อง ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงระดับปัจเจกบุคคล(individual change) ผลที่คาดหวังจากการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนจะทำให้เกิดการในปัจเจกบุคคล คือ ผู้เรียนแต่ละคนจะได้รับความรู้ สามารถพัฒนาทักษะ รู้จักพิจารณาใคร่ครวญทบทวนความเชื่อ เจตคติที่มีอยู่
2. การเปลี่ยนแปลงระดับองค์กร(organization change) องค์กรไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชนไม่สามารถที่จะอยู่คงที่ได้ จะต้องมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเพื่อให้ทันสมัย ทันต่อ

การเปลี่ยนแปลงในสังคม การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในองค์กรอาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบาย ระเบียบกฎเกณฑ์ แบบแผนในการปฏิบัติงาน และอื่นๆ

3. การเปลี่ยนแปลงระดับชุมชนและสังคม (community and social change) การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังจากการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนสำหรับชุมชนและสังคม คือ การเปลี่ยนแปลงวิธีการแก้ปัญหาของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนและสังคมที่สภาพแวดล้อมและอยู่ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันได้

สรุปว่า รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบของ Boone เป็นรูปแบบที่เป็นแนวคิด (conceptual model) จึงเป็นรูปแบบกว้างๆ ที่มีความยืดหยุ่นสามารถนำไปปรับใช้ได้ หลากหลายโดยมีหลักการสำคัญ คือ การวางแผน กรอบแบบและการดำเนินการ การประเมินและตรวจสอบผลโดยมีข้อตกลงเบื้องต้น 5 ข้อ คือ มีการเปลี่ยนแปลง มีการตัดสินใจ มีความร่วมมือ มีระบบ และมีข้อมูลย้อนกลับ บนแนวคิด 4 ประการ คือ การวางแผนเปลี่ยนแปลง ความเชื่อมโยง ประชาธิปไตย การแปลความ จากความยืดหยุ่นของรูปแบบและข้อตกลงเบื้องต้น 5 ข้อ และแนวคิด 4 ประการ ดังกล่าวสามารถนำไปปรับใช้ได้ทั้งการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย รูปแบบของโปรแกรมยังสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในระดับองค์กรและปัจเจกบุคคลได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้รูปแบบของ Boone

1.3.2.3 รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน

รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน มีดังนี้

วีรฉัตร สุปัญญา (2545) กล่าวว่า การจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ปัญหาความต้องการที่แท้จริงของบุคคล กิจกรรมการศึกษาจะต้องให้ความสำคัญในเรื่องสภาพแวดล้อม และปัญหาที่แตกต่างกันไปของบุคคลหรือชุมชน กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนจึงต้องมีความยืดหยุ่นที่สัมพันธ์กับชีวิตในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันไป รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. การกำหนดเป้าหมายกิจกรรม และการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ โดยการกำหนดเป้าหมายกิจกรรมการเรียนการสอนเป็นข้อความที่ระบุผลที่ต้องการในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างกว้างๆ จำแนกเป็นเป้าหมายด้านความรู้ สติปัญญา จิตใจ คุณธรรม ทักษะความชำนาญ ส่วนการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้เป็นข้อความที่ระบุพฤติกรรม ความรู้สิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนแสดงออก เรียนรู้หรือหาคำตอบ อันนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2. การกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนรู้มีลักษณะเป็นชุดของประสบการณ์ที่ออกแบบอย่างมีระบบเพื่อช่วยให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ มี 3 ขั้นตอน คือ

1) การสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ ควรคำนึงถึงความสัมพันธ์กับเป้าหมายของการเรียนการสอนและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เหมาะสมกับประสบการณ์และทักษะของผู้จัดกิจกรรม ใช้เวลาเตรียมการหรือดำเนินการอย่างเหมาะสม รวมถึงพิจารณาสื่อ วัสดุอุปกรณ์และบริบทของกลุ่มผู้เรียน

2) การสร้างกิจกรรมการเรียนรู้เริ่มจากการพิจารณาเป้าหมายการเรียนการสอนและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ กำหนดระดับการมีส่วนร่วมของผู้เรียน เลือกรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ กำหนดเวลา กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมการเรียนรู้ ระบุแนวทางสำหรับผู้เรียน กำหนดวัสดุอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก และการสร้างสื่อสำหรับกิจกรรมการเรียนรู้

3) การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ต้องสอดคล้องกลมกลืนไปกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ความต้องการของผู้เรียน ความสามารถทักษะของผู้จัดกิจกรรม วัสดุ สื่อ อุปกรณ์ และเวลาที่กำหนดไว้ในกิจกรรม โดยการดำเนินกิจกรรมสามารถเริ่มจากการนำเข้าสู่กิจกรรม การให้คำแนะนำ กฎกติกา การปฏิบัติ มีการให้ผลป้อนกลับ และให้ความรู้หรือทักษะคงอยู่กับผู้เรียนและการเชื่อมโยงไปสู่กิจกรรมใหม่

3. การกำหนดวิธีประเมินผู้เรียนมีประเด็นที่ควรพิจารณา คือ

1) สิ่งที่ผู้จัดกิจกรรมต้องการประเมิน เช่น ปฏิภิกิริยาของผู้เรียนต่อประสบการณ์การเรียนรู้ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการแก้ปัญหา ความสามารถประยุกต์ใช้ การเปลี่ยนทัศนคติหรือค่านิยม เป็นต้น

2) วิธีการประเมิน โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การพูดคุยทำความเข้าใจ หรือใช้วิธีการที่เป็นระบบ การทดสอบให้คะแนน

3) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการเรียนรู้มีหลายประเภท เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกต การบันทึกผล ฯลฯ การเลือกเครื่องมือที่ใช้ผู้จัดกิจกรรมอาจเป็นผู้กำหนด หรือเลือกร่วมกับผู้เรียน

สุมาลี สังข์ศรี (2545) กล่าวว่า การจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน มีวิธีการดังนี้

1. ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยคำนึงถึงความต้องการ ความสนใจ และความแตกต่างระหว่างผู้เรียน ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของผู้เรียน หรือกลุ่มเป้าหมาย

2. ใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่นเรียนเป็นรายบุคคล กลุ่มย่อย กลุ่มใหญ่ การสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ผู้เรียนเลือกได้ และให้เหมาะสมกับสภาพของกลุ่มเป้าหมาย สภาพท้องถิ่น

3. ใช้สื่อชนิดต่างๆช่วยในการเรียนการสอน

4. มีความยืดหยุ่นในด้านต่างๆ เช่น เวลา หลักสูตร สถานที่ การลงทะเบียน และลดกฎระเบียบ

5. ควรศึกษารูปแบบและวิธีการรับความรู้และการถ่ายทอดความรู้ที่มีมาแต่เดิมของชุมชนว่า ในวิถีชีวิตของเขามีการถ่ายทอดกันอย่างไร มีการรับความรู้ใหม่อย่างไร แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม

6. เน้นการฝึกทักษะกระบวนการคิด การวิเคราะห์ การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ การแก้ปัญหา และการประยุกต์ใช้ความรู้ ต้องปรับที่ตัวผู้เรียน ผู้เรียนอาจยังเคยชินกับการเรียนเป็นผู้รับเท่านั้น

7. ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองและมีการเรียนรู้ด้วยการชี้แนะตนเอง

8. จัดการเรียนรู้ให้ผสมกลมกลืนกับการดำเนินชีวิตไม่ควรให้แปลกแยกออกมาจากการดำเนินชีวิต

9. ควรเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น

10. เน้นการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง การฝึกปฏิบัติจริงจนสามารถทำได้

11. ต้องสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความจำเป็นของการเรียนรู้ สร้างนิสัยใฝ่รู้ ส่งเสริมให้เกิดความใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง

12. ควรสอนวิธีการในการแสวงหาความรู้มากกว่าเน้นการให้เนื้อหาความรู้ ควรให้เครื่องมือในการแสวงหาความรู้ และฝึกการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

13. ครูเป็นผู้สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ เป็นผู้อำนวยความสะดวก เป็นผู้แนะแนว ช่วยแก้ไขปัญหา ผู้เรียนอาจเป็นทั้งครูและผู้เรียนในเวลาเดียวกัน

14. ควรใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านและวิถีชีวิตในการเรียนรู้

15. จัดการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทุกสถานที่

อุ้นตา นพคุณ (2546) กล่าวถึงความหมายของกลวิธีว่า หมายถึง หมายถึง วิธีการวิธีการจัดรูปแบบโครงสร้างของกิจกรรมการเรียนการสอน ส่วนเทคนิค หรือเคล็ดต่างๆในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้มีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปจะนิยมแบ่งออกเป็นการจัดตามลักษณะของผู้ที่มารับบริการ โดยกลวิธีหรือวิธีการจัดรูปแบบโครงสร้างกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย

1. กลวิธีหรือรูปแบบโครงสร้างการจัดการเรียนสำหรับปัจเจกบุคคล โดยผู้เรียนจะเป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์และอัตราความเร็วในการเรียนเอง กลวิธีการเรียนการสอนสำหรับการศึกษานอกระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัย 10 ข้อ คือ

1) การฝึกงาน(apprenticeship) เป็นการฝึกงานและการได้มาซึ่งทักษะบางอย่างภายใต้ความควบคุมดูแลของผู้ที่มีประสบการณ์

2) การฝึกเชิงสั่งสอน(coaching) เป็นการฝึกงานเป็นรายบุคคลแบบตัวต่อตัว

3) การชุดวิชา(program instruction) และสื่อต่างๆที่ให้ข้อมูลย้อนกลับโดยทันที

4) การเรียนรู้แบบชี้นำตนเอง(self-directed learning) ผู้เรียนรับผิดชอบการวางแผน ดำเนินการ ประเมินผลการเรียนรู้ของตนเอง

5) ที่ปรึกษาหรือผู้ชี้แนะ(mentoring) เป็นกลวิธีที่ผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าให้ความเอาใจใส่ดูแลผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า เพื่อให้เกิดความเจริญงอกงามทั้งในด้านวิชาชีพและบุคลิกภาพ

6) การนิเทศแบบคลินิก(clinical supervision) เป็นกลวิธีที่จะให้ข้อมูลย้อนกลับสำหรับผู้ที่มีประสบการณ์อยู่แล้วเพื่อเป็นกลวิธีที่จะทำให้ปฏิบัติงานดีขึ้น

7) การฝึกอบรมแบบระหว่างประจำการ(on the job training) เป็นกลวิธีสำหรับผู้เข้าทำงานใหม่ในกรณีทำงานซับซ้อน และผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดที่จะให้ความรู้ ทักษะ

8) การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการเรียนการสอน(computer based instruction) จะประกอบด้วยรูปแบบการฝึกปฏิบัติ สร้างสถานการณ์จำลอง และการแก้ปัญหาด้วยคอมพิวเตอร์

9) การใช้อี-เมล(electronic mail) เป็นกลวิธีแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์

10) การเขียน(writing) ได้แก่ การเขียนในทุกลักษณะ

2. กลวิธี หรือรูปแบบโครงสร้างการเรียนการสอนแบบกลุ่ม(group learning)มี 4 ประเภท

ประเภทแรก คือ กลุ่มขนาดเล็กประเภทเผชิญหน้า(small group face-to-face) มีกลวิธี 8 แบบคือ

1) แบบรายวิชา/ชั้นเรียน(courses/classes)มีการเข้ากลุ่มตามวันเวลาที่กำหนดตามวัตถุประสงค์

2) แบบสัมมนา(seminar)ใช้การเรียนรู้ที่เกิดจากการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อโต้แย้ง โดยใช้ความรู้และประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวก

3) แบบประชุมเชิงปฏิบัติการ(workshop)เป็นกลวิธีที่กลุ่มจะใช้วิธีเรียนที่ให้ความสำคัญการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาทักษะ และความสามารถ จุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วมและผลผลิต

4) แบบโครงการวิจัยเชิงร่วมมือ(collaborative research project) กลุ่มปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อที่จะศึกษาวิจัยปัญหา และเมื่อได้ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจนได้คำตอบจะทำการสรุปและเสนอแผนปฏิบัติการ

5) แบบคลินิก(clinics) จะให้ความสำคัญกับปัญหาหรือทักษะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะเสนอกรณีศึกษาหรือปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และมีผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา

6) แบบทัศนศึกษา/ดูงาน(trips/tours)เปิดโอกาสให้ได้รับประสบการณ์ หรือการเรียนรู้ จากผู้คน สถานที่ และสถานการณ์ที่ไม่อาจเกิดขึ้นในชั้นเรียน

7) แบบกลุ่มสนับสนุน(support groups) กลุ่มจะทำงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหรือวิธีปฏิบัติเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทุกคนในกลุ่มมีฐานะเท่าเทียมกัน

8) แบบห้องทดลองสนับสนุนการตัดสินใจ(decision support lab) กลุ่มผู้เรียนจะใช้เครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของกลุ่มในเรื่องต่างๆ

ประเภทที่สอง คือ กลุ่มขนาดใหญ่ประเภทเผชิญหน้า(large group face-to-face)มีกลวิธี 6 แบบ

1) แบบการประชุมและสมัชชา(conference/convention) มีวัตถุประสงค์เชิงการศึกษาเพื่อเสนอข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรับปรุงพัฒนาทักษะ การจัดกิจกรรมเชิงการแก้ปัญหา

2) แบบสโมสรและกลุ่มต่างๆ(club and organized group) มีการรวมกลุ่มกันเพื่องานอดิเรก

3) แบบเครือข่าย(network) การรวมตัวแบบไม่เป็นทางการที่มีความสนใจประสบการณ์ ปัญหา คือแนวคิดร่วมกันเพื่อที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้ความช่วยเหลือกัน

4) แบบสถาบัน(institute) เป็นการเรียนการสอน เพื่อให้ได้ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ

5) แบบชุดการบรรยาย(lecture series) เป็นชุดการบรรยายโดยการนำเสนอของวิทยากรหนึ่งคนหรือมากกว่า เกี่ยวกับเนื้อหาสาระหรือประเด็นต่างๆในช่วงเวลาหนึ่ง

6) แบบนิทรรศการ(exhibit) เป็นการจัดแสดงที่อยู่คงที่เกี่ยวกับแนวคิด ผลผลิตหรือกระบวนการบางอย่างซึ่งอาจมีเจ้าหน้าที่คอยตอบคำถาม

ประเภทที่สาม คือ การเรียนทางไกล(distance learning) ประกอบด้วยกลวิธี 5 แบบ

1) การศึกษาทางไปรษณีย์(correspondence study)เป็นการศึกษาที่มีเอกสารที่ส่งไปยังบ้านหรือสถานที่ทำงาน ผู้เรียนจะต้องศึกษาเอกสารและกิจกรรมการเรียนรู้และส่งผลงานไปให้ผู้สอนประเมินผล

2) การประชุมด้วยโสตทัศนอุปกรณ์(audio-conference)เป็นการศึกษาโดยใช้เครือข่ายทางโทรศัพท์

3) การประชุมทางวิดีโอทัศน์(video-conference)เป็นการศึกษาที่นำวิดีโอทัศน์ไปยังแหล่งอื่น

4) การใช้วิทยุและโทรทัศน์เคเบิล(broadcast-cable television)เป็นการศึกษาที่ใช้วิทยุและโทรทัศน์ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งเคเบิลทีวี

5) การสื่อสารด้วยดาวเทียม(satellite communication)เป็นการส่งภาพและเสียงด้วยดาวเทียม

ประเภทสุดท้าย คือ การเรียนการสอนแบบชุมชน(community learning)มีกลวิธีอยู่ 3 แบบ

1) ศูนย์ทรัพยากรชุมชน(community resource center) การเรียนรู้จะอยู่ในรูป แหล่งเรียนรู้ของชุมชนทั้งแบบปัจเจกและกลุ่มบุคคลในชุมชน เช่น พิพิธภัณฑ์ ห้องสมุด ศูนย์รายงาน สัญญาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2) การพัฒนาชุมชน (community development)เป็นการให้ความสำคัญของการศึกษาที่ทำหน้าที่เป็นวิทยากรหรือที่ปรึกษาของชุมชนที่รวมกลุ่มกันเพื่อปฏิบัติการในการเปลี่ยนแปลงชุมชน

3) กลุ่มปฏิบัติการในชุมชน(community action group) กลุ่มที่ใช้กลวิธีนี้เป็น กลุ่มที่ตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะปฏิบัติการในชุมชน เช่น กลุ่มศาสนา กลุ่มสิทธิมนุษยชน กลุ่มประชาคม

อาชัญญา รัตนอุบล (2550) อธิบายว่า รูปแบบการเรียนการสอนการศึกษานอกระบบ โรงเรียน หมายถึง สภาพลักษณะของการเรียนการสอนการศึกษานอกระบบโรงเรียน ที่ครอบคลุม องค์ประกอบสำคัญที่ได้กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ ตามปรัชญา ทฤษฎีแนวคิด หลักการ โดย ประกอบด้วยขั้นตอนในการเรียนการสอน ที่สามารถช่วยให้สภาพการเรียนการสอนนั้นเป็นไปตาม ทฤษฎีหรือแนวคิดที่นำมาใช้โดยได้รับการตรวจสอบและยอมรับว่า สามารถช่วยให้การเรียนการสอน นั้นบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้น รูปแบบการเรียนการสอนการศึกษานอกระบบโรงเรียนประกอบด้วย องค์ประกอบหลักๆประกอบด้วย

1. ปรัชญา ทฤษฎี หลักการ บริบท แนวคิดทางการศึกษานอกระบบโรงเรียน
2. อธิบายลักษณะการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับทฤษฎี หลักการที่นำมาใช้ และบริบททางการศึกษานอกระบบโรงเรียน
3. จัดระบบองค์ประกอบที่นำมาใช้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบดังกล่าว เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการเรียนการสอนนั้นๆ
4. นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและเงื่อนไขที่จะทำให้กระบวนการเรียนการสอนนั้น เกิดประสิทธิภาพอย่างเต็มศักยภาพ

Brundage & MacKeracher (1980)สรุปว่า การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบ โรงเรียนมีการวางแผนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ มีการจัดกิจกรรมมีเนื้อหาสาระที่มี ลักษณะสำคัญเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ร่วมกิจกรรม มีกระบวนการ 5 ขั้น คือ

1. การประเมินความต้องการและปัญหาที่เน้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นสำคัญ
2. การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ประกอบด้วยคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่ชัดเจน

3. การออกแบบการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์และส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการ ยุทธวิธี เทคนิคที่หลากหลาย การวางแผนการเปลี่ยนแปลง ความพึงพอใจ ความต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมมีดังนี้

- 1) การวางแผนควรพิจารณาและรวบรวมแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ที่จำเป็น
 - 2) กิจกรรมที่จะจัดขึ้นควรแสดงให้เห็นว่ามีคุณค่าและสามารถทำให้เกิดการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนได้อย่างเหมาะสม
 - 3) กิจกรรมการเรียนการสอนประกอบด้วยยุทธวิธีและเทคนิคหลายประการ
 - 4) กิจกรรมการเรียนการสอนมีการประเมินผล การให้ข้อมูลป้อนกลับสม่ำเสมอ
 - 5) กิจกรรมการเรียนการสอนที่จัดขึ้นเป็นไปในลักษณะที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ในเรื่องของการวิเคราะห์ ถ่ายทอด ปรับเปลี่ยน บูรณาการความรู้
 - 6) กิจกรรมการเรียนการสอนเกิดจากการวิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียน
 - 7) กิจกรรมควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทดลองพฤติกรรมใหม่ๆในการเรียนรู้
 - 8) กิจกรรมที่จัดขึ้นควรสร้างบรรยากาศเพื่อการเรียนรู้ การทบทวน และการทำความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการของบุคคล กลุ่ม และการวางแผนต่อไปในอนาคต
4. การปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ตามข้อตกลงร่วมกัน
5. การประเมินโครงการและผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์หรือทิศทางการเรียนรู้ที่ต้องการ

Knowles (1980) เสนอว่า รูปแบบการจัดกิจกรรมทางการศึกษาที่ช่วยให้ผู้ร่วมกิจกรรมประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

1. การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสมคือ ให้ผู้ร่วมกิจกรรมรู้จักกันและกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมากกว่าบรรยากาศการแข่งขัน
2. วางแผนกำหนดขนาดกลุ่มผู้ร่วมกิจกรรมให้เหมาะสมพร้อมกับสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง
3. ช่วยผู้ร่วมกิจกรรมวินิจฉัยความต้องการการเรียนรู้ของผู้ร่วมกิจกรรม
4. ช่วยผู้ร่วมกิจกรรมแปลงความต้องการการเรียนรู้เป็นจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ที่มีความชัดเจน เป็นไปได้ เหมาะสม มีความหมายและสามารถวัดผลสำเร็จของงานได้
5. ช่วยผู้ร่วมกิจกรรมออกแบบแผนกิจกรรมการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของผู้ร่วมกิจกรรม
6. ความรับผิดชอบในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ให้ปรึกษาของผู้ร่วมกิจกรรมรายบุคคลหรือกลุ่มเล็กๆ เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมเกิดความเชื่อมั่นในการเรียนรู้มากขึ้น

7. ประเมินผลการเรียนรู้โดยร่วมกับผู้ร่วมกิจกรรมกำหนดวิธีการประเมินผลการเรียนรู้ไว้ก่อน และใช้วิธีที่ได้ตกลงกันไว้ประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ร่วมกิจกรรม

Knowles (1984) อธิบายว่า ประเภทของกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามเกณฑ์พฤติกรรมที่ประสงค์จะก่อให้เกิดแก่ผู้เรียนแบ่งเป็น 6 ประเภท ดังนี้

1. ด้านความรู้ ควรใช้กิจกรรม เช่น การอ่าน การฟังบรรยาย การอภิปรายเนื้อหาจากตำรา การอภิปรายเป็นกลุ่มเป็นคณะ การใช้โสตทัศนูปกรณ์
2. ด้านความเข้าใจ ควรใช้กิจกรรม เช่น การอภิปรายแก้ปัญหาต่างๆระหว่างกลุ่มผู้เรียน การเล่นเกมต่างๆ การยกตัวอย่างเฉพาะกรณี เป็นต้น
3. ด้านทักษะ ควรใช้กิจกรรม เช่น การสาธิตวิธีการหรือขั้นตอนกระบวนการ การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกซ้อม การทำแบบฝึกหัด การฝึกทำงาน เป็นต้น
4. ด้านทัศนคติ ควรใช้กิจกรรม เช่น การอภิปรายอย่างอิสระ การยกตัวอย่างเฉพาะกรณี การให้คำปรึกษา การเล่นเกมต่างๆ เป็นต้น
5. ด้านค่านิยม ควรใช้กิจกรรม เช่น การสัมมนา การแสดงบทบาทสมมติ การแสดงละคร การฟังธรรมและการอภิปรายขั้นปรัชญา เป็นต้น
6. ด้านความสนใจ ควรใช้กิจกรรม เช่น การจัดนิทรรศการ การจัดฉายภาพยนตร์ การแสดงละคร รายการโทรทัศน์ รายการวิทยุ การจัดทัศนศึกษา เป็นต้น

Tyler (1986) อธิบายว่า หลักการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการศึกษา (Choose Educational Objectives) พิจารณาจากความต้องการและความสนใจของผู้เรียน สภาพชีวิตของผู้เรียนในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การเมือง หรือเศรษฐกิจ และจากแนวคิด ทฤษฎี หลักการ หรือข้อเท็จจริงด้านเนื้อหา
2. การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ (Select Learning Experience) หลักการเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ ควรทำให้ผู้เรียนมีโอกาสฝึกฝนและนำไปใช้จริงได้ เกิดความพึงพอใจทำให้มีปฏิริยาโต้ตอบ ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และเกิดผลอย่างต่อเนื่อง
3. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ (Organize Learning Experience) จะต้องมีความต่อเนื่อง เป็นขั้นตอนและสามารถบูรณาการได้ โดยจัดทั้งรูปแบบของการให้ข้อมูล ความรู้ แนวคิด ค่านิยม และทักษะได้
4. การประเมินผลการเรียนรู้ (Evaluate Learning Outcomes) จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นสำคัญ โดยประเมินจากการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ระบุสถานการณ์ที่ทำให้ผู้เรียนสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้เลือกและออกแบบวิธีสำหรับรวบรวมข้อมูลหลักฐาน การกำหนดตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูล การสรุปและจัดกระทำข้อมูล

สรุปว่า รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การกำหนดเป้าหมายกิจกรรมและการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ โดยการพัฒนารูปแบบและการสร้างกิจกรรมต้องมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ โดยพิจารณาบริบท กลุ่มผู้เรียน สื่อ วัสดุอุปกรณ์ การให้ผลป้อนกลับ การเลือกใช้เครื่องมือประเมินผล ให้สอดคล้องกับทฤษฎี แนวคิด หลักการที่นำมาใช้และ การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน มีกระบวนการวางแผนจัดให้มีความเหมาะสมตามสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ โดยพิจารณาตัวผู้เรียน ลักษณะเนื้อหาวิชา การถ่ายทอดความรู้ กระบวนการวางแผนจัดสรรทรัพยากรการเรียนรู้ โดยพิจารณาการใช้สื่อ วัสดุอุปกรณ์ โสตทัศนูปกรณ์ กระบวนการวางแผนกลยุทธ์โดยพิจารณาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง กระบวนการวางแผนความพร้อมโดยพิจารณากิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาโครงการ โดยการสร้างความรู้ ทักษะคติ และทักษะที่จำเป็นในการตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหา ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เมื่อพิจารณา พบว่า อยู่ในกิจกรรมประเภทการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นทั้งกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย ประกอบกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเป็นการปฏิบัติในวิถีชีวิต อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงที่มากมายและรวดเร็วขององค์ความรู้ต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการของกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยโดยวิเคราะห์และสังเคราะห์จากหลักการของการจัดการศึกษาเชิงบูรณาการ การพัฒนารูปแบบโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน หลักการและลักษณะกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

1.3.2.4 แนวคิดการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ

เหตุผลที่ต้องมีการบูรณาการการเรียนการสอน คือ การขยายตัวของความรู้มีเรื่องที่ต้องเรียนรู้อันเพิ่มขึ้นมากมาย แต่ละวิชามีความเชื่อมโยงกันในการนำไปใช้ดำรงชีวิตจึงต้องบูรณาการสิ่งที่เรียนกับชีวิตในโลกกว้างได้ จอห์น ล็อก(John Locke) นักปรัชญาชาวอังกฤษเป็นผู้ริเริ่มโดยมีแนวคิดที่ว่า นักเรียนนักศึกษาไม่มีเวลา และกำลังที่จะเรียนรู้ทุกสิ่งทุกอย่างได้หมด ดังนั้นนักเรียนนักศึกษาจึงสนใจแต่เฉพาะสิ่งที่จำเป็นที่สุด และใช้บ่อยที่สุดในชีวิต ต่อมา จอห์น ดิวอี้(John Dewey) นักปรัชญาชาวอเมริกันมีความเห็นในเรื่องนี้ว่า การให้การศึกษาคควรนำไปสู่ความเข้าใจในกิจกรรมต่างๆของมนุษย์เพื่อการอยู่รอดของชีวิตตน กิจกรรมใหญ่ๆ คือ การแสวงหาปัจจัยแห่งการดำรงชีพ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมขั้นมูลฐานของมนุษย์ ย่อมทำให้นักเรียนนักศึกษาเกิดความต้องการที่จะเรียนรู้เองเห็นเองรู้สึกเอง ดังนั้นนักเรียนนักศึกษาย่อมเกิด

ความสนใจขึ้นโดยธรรมชาติ จากความคิดเห็นของจอห์น ดิวอี้ มีทธิพล และพัฒนาการเป็นหลักการบูรณาการโดยภายใต้ปรัชญานี้เชื่อว่าการศึกษจะต้องพัฒนาผู้เรียนในลักษณะเบ็ดเสร็จในตัวมิใช่พัฒนาเฉพาะเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น การดำเนินการในการนำเสนอแนวคิดของหลักสูตรและการเรียนการสอนเป็นแบบบูรณาการ (วิเศษ ชิมวงค์, 2544)

1.3.2.4.1 รูปแบบของการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ

กระทรวงศึกษาธิการ (2538) แบ่งรูปแบบการบูรณาการการเรียนการสอนเป็น 4 แบบ ดังนี้

1. การบูรณาการแบบผู้สอนคนเดียวแบบสหวิทยาการโดยกำหนดหัวเรื่อง และเชื่อมโยงสาระการเรียนรู้ต่างๆกับหัวเรื่องที่สอดคล้องกับชีวิตจริง
2. การบูรณาการแบบผู้สอนคนเดียวแบบพหุวิทยาการโดยเชื่อมโยงเนื้อหาจากหลายกลุ่มสาระมาเข้ากับวิชาแกนหลัก
3. การบูรณาการแบบคู่ขนาน มีผู้สอนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปจัดการสอนโดยยึดหัวข้อเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วบูรณาการเชื่อมโยงแบบคู่ขนาน
4. การบูรณาการแบบโครงการ หรือเป็นทีม โดยจัดการเรียนการสอนร่วมกัน สร้างสรรค์โครงการโดยที่ครูผู้สอนแยกกันสอนเป็นทีม

วิเศษ ชิมวงค์ (2544) กล่าวว่า รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการสามารถสรุปได้เป็น 2 แบบ คือ การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการภายในวิชา และการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการระหว่างวิชา มีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการภายในวิชาเป็นการบูรณาการภายในวิชาเดียวกันใช้กันมากในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนวิชาภาษา ได้แก่ การอ่าน และการเขียน รวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวกับการรู้หนังสือ หรือการอ่านออกเขียนได้ การบูรณาการดังกล่าวเป็นการเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างการฟัง พูด อ่าน และเขียนในรูปแบบต่างๆที่มีความหลากหลาย การจัดการเรียนการสอนในลักษณะนี้จะทำให้ผู้เรียนสามารถสร้างองค์ความรู้ที่จะนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม หรือโลกรอบตัว การใช้ไวยากรณ์ ตัวสะกด เครื่องหมายวรรคตอน ตลอดจนการใช้ภาษาที่ถูกต้องจะชัดเจนขึ้นเมื่อผู้เรียนได้มีกิจกรรมการเรียน และจะได้ผลมากเมื่อถึงขั้นสร้างตำราด้วยตนเอง ในการเรียนการสอนแบบบูรณาการนั้นทั้งผู้สอน และผู้เรียนจะต้องช่วยกันพิจารณาเลือกหัวเรื่อง(theme) ที่จะเรียน ช่วยกันพิจารณาเลือกหนังสืออ่าน ซึ่งการเลือกหนังสืออ่านเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเพราะหนังสือที่อ่านจะให้แนวคิดในการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ อาจจัดได้ในวิชาอื่น เช่น สังคมศึกษา วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ จาก

การเชื่อมโยงความรู้แนวคิด ความคิดรวบยอด และทักษะต่างๆ ซึ่งการเชื่อมโยง หรือการบูรณาการ นั้นจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น

2. การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการระหว่างวิชา เป็นการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการระหว่างวิชาเป็นการรวมศาสตร์ต่างๆภายใต้หัวข้อเรื่องเดียวกันเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ครอบคลุม โดยใช้ทักษะ ความเข้าใจในความรู้วิชาต่างๆมากกว่า 1 วิชาขึ้นไป เพื่อการแก้ปัญหา หรือแสวงหาความรู้ความเข้าใจในแนวคิดเรื่องหนึ่งเรื่องใดที่ต้องการ วิชาการต่างๆที่รวมกันเข้ามาในลักษณะนี้ คือ โลกที่แท้จริง คล้ายกับการนำผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆอย่างครบถ้วนมาชุมนุมกันเพื่อวิเคราะห์เหตุการณ์เดียวกันให้เข้าใจ และฝึกกำลังความรู้ความสามารถเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลง สังเคราะห์ ความรู้ใหม่ สิ่งใหม่ ขึ้นมาร่วมกันและใช้ปะโยชน์ต่อไป การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการระหว่างวิชามีหลักการจัดการเรียนการสอนเช่นเดียวกับการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการภายในวิชาเดียวกัน กล่าวคือ ผู้เรียนและผู้สอนช่วยกันกำหนดสร้างเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ มีการปรับเปลี่ยนตารางเรียนตามความเหมาะสมกับกิจกรรมการเรียนการสอนแบบใหม่ ส่วนที่ต่างกัน คือ การจัดการเรียนการสอนระหว่างวิชาจะช่วยให้การเชื่อมโยงความคิดรวบยอดต่างๆ ได้มากกว่า สามารถเชื่อมโยงความคิดรวบยอดด้วยวิธีที่หลากหลาย เป็นวิธีการบูรณาการที่สมบูรณ์ที่สุด ช่วยให้ผู้เรียนได้รับความรู้ในลักษณะองค์รวม กิจกรรมการเรียนการสอนจะมีอย่างหลากหลาย ห้องเรียนจะเป็นเหมือนโลกที่ย่อส่วน ไม่ว่าวิชาใดสามารถใช้วิธีบูรณาการได้ทั้งสิ้น ความสำคัญอยู่ที่ความสามารถในการบูรณาการได้เป็นอย่างดี และการเรียนวิชาหนึ่งอาจเอื้อ หรือเสริมการเรียนอีกวิชาหนึ่งก็ได้ กิจกรรมที่หลากหลายจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความคิดรวบยอดต่างๆ และจากพฤติกรรมการเรียนรู้ดังกล่าวของผู้เรียน ผู้สอนก็จะได้รับรู้ถึงวิธีการคิดของนักเรียน จึงอาจกล่าวได้ว่า กิจกรรมการเรียนการสอนแบบบูรณาการระหว่างวิชานี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้แสดงออกถึงวิธีการคิด และการแสวงหาความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัว ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการระหว่างวิชานี้มี 4 รูปแบบ คือ 1) การสอนบูรณาการแบบสอดแทรก หมายถึง วิธีการสอนที่ผู้สอนในวิชาหนึ่งสอดแทรกเนื้อหาของวิชาอื่นเข้าไปในการสอนของตน เป็นการวางแผนการสอน และสอนโดยผู้สอนคนเดียว 2) การสอนบูรณาการแบบคู่ขนาน หมายถึง วิธีการสอนที่ผู้สอนตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่สอนวิชาต่างกัน ต่างคนต่างสอน แต่มาวางแผนร่วมกันโดยมุ่งสอนหัวเรื่อง ความคิดรวบยอดปัญหาเดียวกัน ระบุสิ่งที่ร่วมกัน และตัดสินใจร่วมกันว่าจะสอนหัวเรื่อง ความคิดรวบยอด และปัญหานั้นๆ อย่างไรในวิชาของแต่ละคน งานที่มอบหมายให้ผู้เรียนจะแตกต่างกันไปตามลักษณะวิชาของแต่ละคน แต่อยู่ภายใต้หัวเรื่อง ความคิดรวบยอด หรือปัญหาเดียวกัน 3) การสอนบูรณาการแบบสหวิทยาการ หมายถึง วิธีการสอนที่มีลักษณะคล้ายกับการสอนบูรณาการแบบคู่ขนาน คือ เป็นการสอนตั้งแต่ผู้สอนสองคนขึ้นไปที่สอนวิชาต่างกันแต่ใช้หัวเรื่องเดียวกัน ความคิดรวบยอด และปัญหาเดียวกันต่างคนต่างสอนแต่มีการมอบหมายโครงการร่วมกันซึ่งจะเป็นการเชื่อมโยงสาขาวิชาต่างๆเข้าด้วยกัน ครู

ทุกคนต้องวางแผนร่วมกันร่วมกัน สร้างโครงการร่วมกัน และแบ่งโครงการย่อยให้ผู้เรียนปฏิบัติในแต่ละวิชา 4) การสอนบูรณาการแบบข้ามวิชา หรือสอนเป็นคณะ หมายถึง วิธีการสอนที่ผู้สอนที่สอนวิชาต่างๆจะมาร่วมกันสอนเป็นคณะ หรือที่มาร่วมกัน วางแผน ปรีกษาหารือกัน กำหนดหัวเรื่อง ความคิดรวบยอด และปัญหาาร่วมกัน

สรุปว่า รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการนั้นเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษาระหว่างวิชาที่ไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน หรือการศึกษาตามอัธยาศัยเพียงอย่างเดียว หรือเป็นการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบแล้วต่อด้วยการศึกษาตามอัธยาศัย เนื่องจากปัญหาที่ต้องการแก้ปัญหานั้นมีความซับซ้อนเชื่อมโยงกันหากกิจกรรมที่จัดขึ้นแยกเป็นส่วนๆไม่บูรณาการกันอาจเกิดผลกระทบต่อกันทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ต้องการรูปแบบการจัดกิจกรรมใหม่ที่มีการบูรณาการกัน เช่น ปัญหาการจัดกิจกรรมในชุมชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ต้องจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของแต่ละวัฒนธรรมทำให้ต้องคำนึงถึงกิจกรรมการศึกษตามอัธยาศัยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน ปัญหาด้านสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงของมิติทั้ง 4 โดยเลือกการบูรณาการแบบสหวิทยาการที่มีผู้สอนคนเดียว คือ กำหนดหัวข้อสรุปเป็นเนื้อหาแล้วบูรณาการความรู้กับกระบวนการเรียนรู้โดยออกแบบและดำเนินกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยอย่างเป็นองค์รวมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้ในวิถีชีวิตจริง และรูปแบบที่ใช้คือ การจัดการเรียนการสอนแบบสอดแทรก(infusion) โดยใช้กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นแกนหลัก และสอดแทรกด้วยกิจกรรมการศึกษตามอัธยาศัย

1.3.2.4.2 การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ

แนวคิดการศึกษาจัดการศึกษาเชิงบูรณาการนั้นได้มาจากแนวคิดการศึกษาตลอดชีวิตที่ริเริ่มมาจากองค์การยูเนสโกที่ให้ความสำคัญและความชัดเจนเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาตลอดชีวิตกับการสร้างสังคมการเรียนรู้(learning society) โดยกล่าวว่า การศึกษาตลอดชีวิต คือ กระบวนการผสมผสานสัมพันธ์ทรัพยากรทางการศึกษาเข้ากับวิถีชีวิตของคนในชุมชนจนเป็นหนึ่งเดียวยังผลให้เกิดการเรียนรู้ หรือ “education for all and all for education” เป็นการบูรณาการทรัพยากรทางการศึกษาเข้ากับวิถีชีวิตซึ่งประเทศไทยได้รับแนวคิดนี้ดังจะเห็นได้จากการตราพระราชบัญญัติทางการศึกษาเพื่อให้เกิดการบูรณาการทางการศึกษา (ทวีป อภิสสิทธิ์ 2554)

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตรา 22 หมวดที่ 4 มาตรา 23 กำหนดไว้ว่า การจัดการศึกษาทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอก

ระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยต้องเน้นความสำคัญทั้งความรู้ คุณธรรม กระบวนการเรียนรู้ และ บูรณาการตามความเหมาะสมในแต่ละระดับการศึกษา

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตรา 22 หมวดที่ 4 มาตรา 24 กำหนดให้สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

- จัดเนื้อหาสาระและกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความถนัดของผู้เรียนโดย คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยเน้นการฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญ สถานการณ์และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ปัญหา

- จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติ ทำให้คิดเป็น ทำ เป็น รักการอ่านเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่องโดยผสมผสานความรู้ด้านต่างๆอย่างได้สัดส่วนสมดุลกัน รวมทั้งปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดีงาม และคุณสมบัติอันพึงประสงค์ไว้ในทุกวิชา

- ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สอนสามารถจัดบรรยากาศ สภาพแวดล้อม สื่อการเรียน และ อำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และมีความรอบรู้รวมทั้งสามารถใช้การวิจัยเป็นส่วน หนึ่งในการบวนการเรียนรู้ ทั้งนี้ผู้สอนและผู้เรียนอาจจะเรียนรู้ไปพร้อมๆกันจากสื่อการเรียน การ สอนและแหล่งวิทยาการประเภทต่างๆ และจัดการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ มีการ ประสานความร่วมมือกับบิดา มารดา ผู้ปกครอง และบุคคลในชุมชนทุกฝ่ายเพื่อพัฒนาผู้เรียนตาม ศักยภาพ

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตรา 22 หมวดที่ 4 มาตรา 29 บัญญัติว่า ให้สถานศึกษาร่วมกับบุคคล ครอบครัวยุ ชุมชน องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา สถาบันประกอบการ และ สถาบันสังคมอื่น ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนโดยจัดกระบวนการเรียนรู้ภายในชุมชนเพื่อให้ชุมชน มีการจัดการจัดการศึกษา อบรม แสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และรู้จักเลือกสรรหาภูมิปัญญาและ วิทยาการต่างๆเพื่อพัฒนาชุมชนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการรวมทั้งหาวิธีการ สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาระหว่างชุมชน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการบูรณาการการศึกษามีความจำเป็น ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่ารูปแบบ ที่มีความเหมาะสมในการบูรณาการกิจกรรมการศึกษานอกระบบ และสอดคล้องการศึกษาตาม อัธยาศัยควรเป็นรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นมากจึงได้พิจารณาเลือกรูปแบบการพัฒนาโปรแกรม การศึกษานอกระบบของ Boone(1992) จึงสังเคราะห์โดยใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบ ของBrundage & MacKeracher(1980) และ Tyler(1986) ที่มีขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน การ ดำเนินการ และการประเมินผลเช่นกัน จึงสามารถนำรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอก ระบบโรงเรียนของ Boone มาประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบกิจกรรมได้ โดยนำมาปรับรูปแบบกิจกรรมการ ศึกษา นอกระบบทั้ง 2 มาปรับอยู่ในรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของ Boone

โดยนำรายละเอียดขั้นตอนย่อยของรูปแบบกิจกรรมทั้ง 2 มาบรรจุในรูปแบบการพัฒนาโปรแกรม การศึกษานอกระบบของ Boone สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมได้มีรายละเอียดแสดงได้ดังใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์ใช้รูปแบบกิจกรรมของ Brundage & McKeracher(1980) และ Tyler(1986) เข้ากับรูปแบบของ Boone(1992)

การวางแผน	การออกแบบและดำเนินการ	การประเมินและตรวจสอบรายงานผล
<ul style="list-style-type: none"> -การประเมินความต้องการและกำหนดวัตถุประสงค์ -วางแผนรวบรวมและจัดสรรทรัพยากรการเรียนรู้ที่เหมาะสม -วางแผนสร้างกลยุทธ์สำหรับวางแผนอย่างต่อเนื่อง -วางแผนความพร้อมในการดำเนินการจัดการเรียนการสอน -วางแผนประเมินผล -การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการศึกษา พิจารณาจากความต้องการและความสนใจของผู้เรียน สภาพชีวิตของผู้เรียนในด้านต่างๆ และจากแนวคิด ทฤษฎี หลักการ หรือข้อเท็จจริงด้านเนื้อหา 	<ul style="list-style-type: none"> -การออกแบบกิจกรรมด้วยการเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ ควรทำให้ผู้เรียนมีโอกาสฝึกฝนและนำไปใช้จริงได้ เกิดความพึงพอใจ -ทำให้มีปฏิริยาโต้ตอบและการดำเนินการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ตามที่ได้ออกแบบ -จัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับกลุ่ม ตัวบุคคล -การรวบรวมทรัพยากรการเรียนรู้ -การจัดประสบการณ์การเรียนรู้จะต้องมีความต่อเนื่องสามารถบูรณาการได้ โดยจัดทั้งรูปแบบของการให้ข้อมูล ความรู้ แนวคิด ค่านิยม และทักษะได้ 	<ul style="list-style-type: none"> -การประเมินผลการเรียนรู้ โดยประเมินจากการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ระบุด้านการกระทำที่ให้ผู้เรียนสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ -เลือกและออกแบบวิธีสำหรับรวบรวมข้อมูล หลักฐาน การกำหนดตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูล การสรุป

สรุปว่า ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และนำเสนอรูปแบบการจัดกิจกรรมการจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การออกแบบ การดำเนินงาน การประเมินผล การตรวจสอบรายงานผล ขั้นตอนการวางแผนประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการศึกษา พิจารณาจากความต้องการและความสนใจของผู้เรียน สภาพชีวิตของผู้เรียนในด้านต่างๆ สภาพปัญหา และจากแนวคิด ทฤษฎี หลักการ หรือข้อเท็จจริงด้านเนื้อหา การวางแผนสภาพแวดล้อม การวางแผนรวบรวมและจัดสรรทรัพยากรการเรียนรู้ที่เหมาะสม

การวางแผนประเมินผล ขั้นตอนการออกแบบประกอบด้วย การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมการจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ การรวบรวมทรัพยากรการเรียนรู้ กิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมชี้แนะแนวทางความร่วมมือร่วมใจ การดำเนินงานประกอบด้วย การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ จะต้องมีความต่อเนื่องสามารถบูรณาการได้ โดยจัดทั้งรูปแบบของการให้ข้อมูล ความรู้ แนวคิด ค่านิยม และทักษะได้ ขั้นตอนการประเมินผลและตรวจสอบรายงานผลประกอบด้วย การประเมินผลการเรียนรู้ โดยประเมินจากการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ระบุสถานการณ์ที่ทำให้ผู้เรียนสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ เลือกและออกแบบวิธีสำหรับรวบรวมข้อมูลหลักฐาน การกำหนดตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูล การสรุป ด้วยรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษาเชิงบูรณาการแบบสอดแทรกโดยมีกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นหลักแล้วสอดแทรกกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย

ตอนที่2 แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์

มีรายละเอียด ดังนี้ คือ ความหมายการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง หลักการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ความหมายการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ หลักการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์

2.1 แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

2.1.1 ความหมายของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนมโนทัศน์กริเริ่มขึ้นโดยเมซีโรวโดยได้รับอิทธิพลจากงานของแฟรงค์และฮาเบอร์มาส นักคิดที่มีแนวคิดทฤษฎีวิพากษ์สังคม (critical theory) จากสำนักแฟรงค์เฟิร์ต ในปี ค.ศ.1975 จากการศึกษาในกลุ่มสตรีที่กลับเข้ามาศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาหลังจากที่ต้องหยุดเรียนไปเพื่อประกอบอาชีพ หรือดูแลครอบครัวเป็นเวลานานโดยให้ความสนใจเป็นพิเศษกับแง่มุมการเปลี่ยนแปลงอย่างลึกซึ้งในการให้ความหมายต่อโลกและชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการสะท้อนความคิด (reflection) ต่อความเชื่อและสมมุติฐานเดิมที่ส่งผล และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาของตนโดยไม่รู้ตัว จากงานวิจัยดังกล่าวได้เกิดการพัฒนาแนวคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนมุมมองความหมายต่อโลกและชีวิต (perspective transformation) ซึ่งมุมมองความหมาย (perspective meaning) ประกอบด้วยญาณวิทยา (epistemic meaning) สังคมภาษา (socio-linguistic meaning) จิตวิทยา (psychology meaning) โดยได้เสนอทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ในปีค.ศ. 1978 (Mezirow, 1991)

Transformative learning มีคำที่ใช้ในภาษาไทยต่าง ๆ กัน เช่น การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐาน การเรียนรู้การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์, การ

เรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้คำว่า การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเป็นคำที่แสดงเป้าหมายโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจง อาจเป็นการเปลี่ยนมโนทัศน์ (concept) ทัศนคติ (attitude) มุมมองความหมาย (meaning perspective) นิสัยมุมมองต่อโลกและชีวิต (habitual perspective) กระบวนทัศน์ (paradigm) สมมุติฐาน (assumption) กรอบอ้างอิง (frame of reference) ชุดความคิด (mind set) จึงมีผู้ให้ความหมายต่าง ๆ กัน ดังนี้

O'Sullivan (1999) กล่าวว่า การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง หมายถึง การเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างลึกซึ้งในเชิงโครงสร้าง ในสมมุติฐานพื้นฐานของความคิดความรู้สึกและการกระทำ เป็นการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกที่จะเปลี่ยนแปลงวิถีที่เราดำรงอยู่ในโลกอย่างใหญ่หลวง โดยจะไม่นย้อนกลับไปเป็นเช่นเดิมอีก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้รวมถึงความเข้าใจตนเอง ความสัมพันธ์กับมนุษยชาติและโลกธรรมชาติ ความเข้าใจถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจในโครงสร้างทางชนชั้น เผ่าพันธุ์ เพศ การตระหนักรู้ถึงร่างกาย การมองเห็นทางเลือกใหม่ที่แตกต่างกันในการดำรงชีวิตและความเชื่อมั่นว่าความยุติธรรม สันติภาพ และความสุขของเราเอง เป็นสิ่งที่เป็นไปได้

Mezirow (2000) อธิบายว่า การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงคือ กระบวนการในการเปลี่ยนกรอบอ้างอิง (frame of reference) ซึ่งได้แก่มุมมองในการให้ความหมาย แบบแผนความคิด และชุดหรือโครงสร้างความคิดความเชื่อ ที่เราใช้อยู่ประจำโดยไม่รู้ตัว เพื่อให้ความคิดนั้นครอบคลุมมากขึ้น จำแนกแยกแยะได้ดีขึ้น เปิดกว้างขึ้น มีความพร้อมทางอารมณ์ที่จะเปลี่ยนแปลงและสามารถไตร่ตรองได้ดีขึ้น ทำให้เรามีความเชื่อและทัศนคติที่เป็นจริงและขึ้นำการกระทำที่เหมาะสมขึ้น การเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงของการให้ความหมาย (meaning perspective) สามารถเกิดขึ้นได้ในหลายระดับและสามารถเกิดขึ้นได้ในหนทางใดหนทางหนึ่งในสี่แบบ คือ การขยายตีความ (elaborate) ของกรอบความคิดที่ใช้อ้างอิง (frame of reference) อยู่เดิม การเรียนรู้กรอบอ้างอิงใหม่ โดยการปรับปรุงมุมมอง หรือโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนหรือความเคยชินในวิถีคิด (habits of mind)

ซิดซงค์ ส. นันทนาเนตร (2549) ให้ความหมายของการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้โดยผ่านวิธีการวิพากษ์อดีตของตนเอง (critical reflection) กระบวนการนี้จะทำให้บุคคลพัฒนามโนทัศน์ที่มีความหมายใหม่เพื่อให้เข้าใจอย่างชัดเจน ครอบคลุม สามารถแยกประเด็นและบูรณาการความเข้าใจให้เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ได้ การเรียนรู้นี้ต้องรวมรวมถึงการลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ตนเข้าใจ

ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2551) กล่าวว่า การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง หมายถึง การเรียนรู้ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในหนทางใดหนทางหนึ่งในสี่แบบคือ การเรียนรู้จากการขยายตีความของกรอบความคิดที่ใช้อ้างอิงอยู่เดิม หรือการเรียนรู้กรอบอ้างอิงใหม่โดยการปรับเปลี่ยนมุมมอง การเรียนรู้จากการปรับเปลี่ยนแบบแผน การเรียนรู้จากการปรับเปลี่ยนความเคยชินในวิถีคิด

สรุปว่า การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง มีความหมายว่า การเรียนรู้แล้วเปลี่ยนแปลงกรอบความคิดที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ หรือวิกฤติขึ้น เป็นกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนกรอบของความคิดที่ใช้อ้างอิงเดิมสู่กรอบอ้างอิงใหม่โดยการทบทวน ตีค่า แปลความหมาย เพื่อให้บุคคลตระหนักรู้ว่ามีเหตุผล และพัฒนาเป็นกรอบความคิดใหม่ที่มีความครอบคลุมกว่าเดิม เปิดกว้างชัดเจน ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสม สามารถเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อไป

2.1.2 หลักการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

Boyd & Myers (1988) อธิบายว่า กระบวนการที่เป็นหัวใจของการเปลี่ยนแปลง คือ การตระหนักรู้และแยกแยะได้(Discernment) ซึ่งประกอบด้วย 1)การเปิดรับ(receptivity) 2)การยอมรับ(recognition) 3)การตัดใจ(grieving) โดยเริ่มจากการเปิดและยอมรับสารหรือมุมมองที่มีการให้ความหมายที่แตกต่างออกไปจากเดิม(receptivity) การยอมรับสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ มองเห็นสิ่งที่ต้องเปลี่ยนแปลง(recognition) และขั้นสุดท้ายซึ่งเป็นขั้นที่สำคัญที่สุด คือ การตระหนักรู้ว่าแบบแผนหรือการรับรู้เก่าๆของตนไม่เหมาะสม หรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง จำเป็นจะต้องแก้ไข ปรับปรุง ละทิ้งแบบแผน หรือการรับรู้เดิมนั้น(grieving) แล้วปรับหรือสร้างวิถีใหม่ขึ้นในตนเอง โดยบูรณาการเข้ากับบุคลิกภาพเดิมของตน

Boyd (1989) กล่าวว่า การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกที่จะสร้างหรือเปลี่ยนภาพลักษณ์ (image) ของตนในระดับที่ลึกกว่าจิตสำนึก โดยสรุปการเปลี่ยนแปลงเกิดจากผลร่วมกันของ การคิดไตร่ตรอง (reflection) การสนทนา (dialogue) การวิพากษ์ (critique) การแยกแยะ (discernment) การจินตนาการ (imagination) การกระทำ (action)

Mezirow (1991) เสนอว่า กระบวนการเพื่อสร้างกรอบอ้างอิงใหม่ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์เป็นขั้นตอน 10 ขั้นตอนดังนี้

1. ความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่หรือมีวิกฤติการณ์ในชีวิต (Disorienting Dilemma) การเรียนรู้ของผู้ใหญ่เริ่มต้นได้อย่างดีเมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก หรือมีวิกฤติการณ์ในชีวิต แล้วกระบวนการเรียนรู้ที่ติดตามมาจะทำให้ได้ง่ายและสามารถพิชิตอุปสรรคต่างๆที่เผชิญ
2. การศึกษาวิเคราะห์ตนเอง(Self-examination) เป็นการศึกษาวิเคราะห์กรอบอ้างอิงของตนเอง การยึดถือปฏิบัติของตนเอง เพื่อให้เข้าใจในตนเองและมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสังคมรอบข้างซึ่งเป็นมุมมองในการมองโลกของตนเอง กระบวนการศึกษาวิเคราะห์ตนเองนี้ทำให้ได้เห็นภาพระบบความคิดของตนเองที่เป็นระบบภายในแล้วแสดงออกสู่ภายนอก
3. การประเมินสมมุติฐานเบื้องต้นหลังสถานการณ์ต่างๆอย่างมีเหตุผล(Critical Assessment of Assumption) เป็นการประเมินสมมุติฐานเบื้องต้นของตนเองภายหลังจากการศึกษาวิเคราะห์

ตนเอง โดยอาศัยวิธีการวิพากษ์วิจารณ์สมมุติฐานเบื้องต้น ซึ่งกรอบอ้างอิงสมมุติฐานเบื้องต้นนี้จะเป็นตัวกำหนดทัศนคติส่วนบุคคลและมุมมองต่อโลกของบุคคลนั้น

4. ตระหนักว่าคนอื่นๆมีการปรับเปลี่ยนความคิดเช่นเดียวกัน(Recognition that others have shared similar transformations) เกิดขึ้นเมื่อมีการติดต่อสื่อสาร เช่น การสนทนา การร่วมวิพากษ์วิจารณ์สถานการณ์โดยใช้ประสบการณ์เดิม เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนทนาซึ่งเชื่อมโยงต่อเนื่องถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน

5. การสำรวจค้นคว้าเพื่อกำหนดบทบาทใหม่หรือแนวการปฏิบัติใหม่(Exploration of new roles or action) เกิดจากความเข้าใจการยึดถือปฏิบัติของตนเองและกลุ่มในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ส่งผลให้เกิดการค้นหาลู่ทางเลือกใหม่ ความสัมพันธ์เชื่อมโยงใหม่ การกระทำใหม่ๆ เกิดการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เคยยึดถือให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

6. การวางแผนการปฏิบัติ(Development plan of action) เป็นขั้นตอนการวางแผนเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

7. การศึกษาหาความรู้และทักษะที่ใช้ในการดำเนินการตามแผนที่วางไว้(Acquisition of knowledge and skills for implementing the plan) เป็นการเตรียมความพร้อมในองค์ความรู้เพื่อการปฏิบัติและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินการ เพื่อทำให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมาย

8. การทดลองปฏิบัติตามแผน(Tryout of the plan) เป็นการทดลองดำเนินการตามแผนระหว่างและหลังการปฏิบัติการโดยมีการประเมินผลควบคู่กัน เพื่อแก้ไขปรับปรุงได้ทันเมื่อเกิดปัญหา อีกทั้งเป็นการแสวงหาองค์ความรู้เพิ่มเติมให้เหมาะสมกับแผนการปฏิบัติที่วางไว้

9. การพัฒนาสมรรถนะและการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติตามบทบาทใหม่(Development of competence and self confidence in new roles) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลหรือกลุ่มสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้สำเร็จ โดยจะมีความเชื่อมั่นต่อความคิด ความเชื่อใหม่ๆ รวมทั้งความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้เกี่ยวข้องและสังคมรอบข้างในแนวทางใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้นในการปฏิบัติตามแนวทางใหม่นี้

10. การบูรณาการมโนทัศน์ใหม่เข้ากับการดำเนินชีวิต(Reintegration into life on the basis of new perspective) เมื่อเกิดความเชื่อมั่นขึ้น บุคคลหรือกลุ่มจะผสมผสานสิ่งใหม่เข้าสู่วิถีชีวิตบนพื้นฐานของมโนทัศน์ใหม่ ซึ่งเมื่อถึงขั้นตอนนี้จะเกิดความยั่งยืนของกระบวนการเรียนรู้ในการปฏิบัติในวิถีชีวิตทั้งการแก้ไขปัญหา การพัฒนาตนเองหรือสังคม โดยจะมีการทบทวนอย่างมีวิจารณญาณและเป็นขั้นตอนซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์และการปฏิบัติใหม่ได้ในที่สุด

Mezirow (2000) กล่าวว่า กระบวนการในการเปลี่ยนแปลงมักดำเนินไปโดยเริ่มต้นจากการพบกับความขัดแย้งที่ทำให้ต้องสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ หรือทบทวนกระบวนทัศน์ของตนเองใหม่ และพัฒนาต่อมาตามขั้นตอนต่างๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบอ้างอิงเดิม ดังนี้

1. เกิดความรู้สึกที่รุนแรง เช่น โกรธ หวาดกลัว รู้สึกผิด อับอาย และเกิดการสำรวจตนเอง
2. เกิดการไตร่ตรองและประเมินข้อสรุปเดิมของตนอย่างมีวิจารณญาณ
3. การตระหนักความไม่พึงพอใจหรือทุกข์ของตนสามารถทำให้เกิดกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงได้
4. เกิดการสำรวจบทบาท ความสัมพันธ์และการกระทำต่างๆ ใหม่
5. วางแผนแนวทางการปฏิบัติ
6. แสวงหาความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถทำตามแผนนั้นได้
7. ทดลองบทบาทใหม่ในขั้นต้น
8. สะสมสมรรถนะและความมั่นใจในบทบาทและความสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ของตน
9. การบูรณาการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเข้าในชีวิตตนบนพื้นฐานของเงื่อนไขที่ถูกกำหนดจากมุมมองและกระบวนทัศน์ใหม่

Mezirow (2003) อธิบายว่า สิ่งที่เป็นหัวใจของทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง คือ การปรับเปลี่ยนกรอบอ้างอิง(frame of reference)ที่เราใช้มองโลก กรอบอ้างอิงนี้คือ ระบบความคิด ข้อสรุปในใจและความคาดหวัง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ และการให้ความหมายกับประสบการณ์ต่างๆ โดยที่เราอาจจะตระหนักหรือไม่ตระหนักถึงกระบวนการเหล่านั้นก็ได้ กรอบอ้างอิงของเราเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตจากอิทธิพลของกระบวนทัศน์หลักในสังคมและวัฒนธรรมที่เราเติบโตขึ้น แต่ในขณะเดียวกันกรอบอ้างอิงก็จะกลับไปส่งผลกระทบต่อกระบวนการในการใช้การตีความที่เกิดขึ้นจากนำเอาประสบการณ์ในอดีตมาตีความ และให้ความหมายใหม่กับประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อให้แนวทางปฏิบัติกับตัวเราเองและอธิบายถึงกรอบอ้างอิงนี้ประกอบด้วยสองมิติ คือ แบบแผนความคิดที่เป็นความเคยชิน(habits of mind) และมุมมอง(points of view) นิสัยหรือความเคยชินในความคิดคือ ชุดของข้อสรุปในใจที่เป็นหลักกว้างๆทั่วไปที่ใช้ในการกลั่นกรองและตีความประสบการณ์ เช่น อุดมการณ์ทางการเมือง มาตรฐานทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบคุณธรรม ความเชื่อทางศาสนา สไตล์การเรียนรู้ บุคลิกภาพ นิสัยใจคอ อัตลักษณ์ตนเอง แบบแผนการแสดงอารมณ์ ความรู้สึก รสนิยม ความใฝ่ฝัน ซึ่งแบบแผนทางความคิดนี้จะแสดงออกเป็นมุมมองในเรื่องต่างๆ ประกอบด้วยชุดหรือโครงสร้างความหมายต่างๆ(meaning scheme) เช่น ความคาดหวังความเชื่อ ทัศนคติการตัดสินใจ ความรู้สึกต่อเรื่องต่างๆที่เฉพาะเจาะจงลงไปว่าจะไรดีหรือไม่ดี อะไรถูกหรือผิด เราควรมีเหตุผลที่จะเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงกรอบอ้างอิงก็เพื่อให้ตนเองมีกรอบอ้างอิงที่น่าไว้วางใจและเชื่อถือได้มากขึ้น เป็นกรอบอ้างอิงที่ครอบคลุมมากขึ้น จำแนกแยกแยะได้ดีขึ้น เปิดรับความคิดเห็น

อื่นๆ ได้ดีขึ้น มีการไตร่ตรองข้อสรุปต่างๆ อย่างแยกคาง มีความพร้อมทางอารมณ์ที่จะเปลี่ยนแปลง และสอดคล้องกลมกลืนกับประสบการณ์กระบวนการปรับเปลี่ยนมโนทัศน์เป็นกระบวนการที่บุคคลปรับโลกทัศน์ของตน ในกระบวนการนี้บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลง 3 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ

1. ตระหนักว่าสมมุติฐานและแนวคิดต่างๆ มีผลต่อกระบวนการคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกของตนต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว
2. บุคคลเริ่มปรับเปลี่ยนกรอบความคิด ลักษณะนิสัย ที่จะช่วยให้เกิดมโนทัศน์ใหม่ที่มีความครอบคลุมชัดเจน และเป็นมโนทัศน์ที่คำนึงถึงองค์ประกอบหลายๆ ด้าน
3. บุคคลปฏิบัติหรือทำการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ โดยใช้ความรู้ความเข้าใจที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ หรือใช้มโนทัศน์ใหม่เป็นแนวทางการปฏิบัติ

วิธีการที่เกี่ยวข้องให้เกิดมโนทัศน์ที่มีความหมายต่อบุคคล สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การตีความหมายต่างๆ จากประวัติตนเองที่เป็นจุดเริ่มของกระบวนการวิพากษ์อดีตของตนเอง และนำไปสู่การเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ต่อไป เพราะการเข้าใจความหมายต่างๆ คือ การเรียนรู้นั่นเอง วิธีการที่สามารถนำมาใช้ในกระบวนการนี้ได้แก่ การใช้การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้น (critical incidents) การเขียนประวัติชีวิตตนเอง การเขียนบันทึกส่วนตัว การวิเคราะห์หรือตีความต่อความคิดของตนเอง การใช้เอกสารว่ามีผลกระทบต่อความคิดของบุคคลอย่างไร

Taylor (2009) กล่าวว่า เราสามารถแบ่งกรอบแนวคิดในการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่เน้นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลซึ่งหน่วยของการวิเคราะห์จะอยู่ในระดับบุคคลให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมน้อย เช่นงานของ Mezirow, Daloz, Dirkx, Kegan, Cranton เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบสำคัญ คือ การสะท้อนความคิดเน้นการวิเคราะห์วิพากษ์ตนเองในสมมุติฐานที่ตนเองยึดถืออย่างลึกซึ้ง อีกกลุ่มที่ให้ความสนใจกับความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่นงานของ Freire, Tisdell, Johnson-Biley, Alfred เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ คือ การสะท้อนความคิดที่มีความสอดคล้องอย่างมากกับการวิพากษ์มโนคติวิทยาที่ผู้เรียนตระหนักถึงพัฒนาการของอำนาจและผู้กระทำที่เหนือกว่า (จิตสำนึกทางการเมือง) เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงสังคมในความเป็นจริงของตนเอง จากงานที่ผ่านมา เราสามารถสรุปองค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงกรอบอ้างอิงให้ยั่งยืนตามทัศนะของเมซีโรว์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่เป็นแกนหลัก (core element) 6 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ การสนับสนุนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ การสนทนา ความสอดคล้องกันอย่างองค์รวม การตระหนักรู้ในบริบท ความสัมพันธ์ที่แท้จริง มีรายละเอียดดังนี้

1. ประสบการณ์ (experience) เป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้เรียนที่ติดตัวมาจะเป็นจุดเริ่มต้นอันนำไปสู่การตรวจสอบบรรทัดฐานสมมุติฐาน หรือกรอบอ้างอิง สู่การตีค่า ตัดสิน หรือคาดหวังใหม่ จากการทำประสบการณ์ถูกตีความ

และรับรู้ผ่านกรอบอ้างอิง หากกรอบอ้างอิงที่มีอยู่สามารถอธิบายประสบการณ์ได้ดี ประสบการณ์นั้นก็กลับไปเสริมกรอบอ้างอิงเดิม แต่ถ้าประสบการณ์นั้นไม่สอดคล้องกับกรอบอ้างอิง เราก็จะต้องขยายกรอบอ้างอิง หรือเปลี่ยนแปลงกรอบอ้างอิงใหม่ ถ้าประสบการณ์ใหม่นั้นมีความสำคัญ และขัดแย้งกับกรอบอ้างอิงเดิมอย่างรุนแรง ดังนั้นประสบการณ์จึงเป็นจุดขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเป็นสิ่งที่สามารถนำมาไตร่ตรอง(reflection) และกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ได้

2. การสนับสนุนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(promoting critical reflection) เป็นคุณลักษณะเด่นของการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เกี่ยวโยงถึงการตั้งคำถามของการเป็นหนึ่งเดียวของสมมุติฐานหรือกรอบอ้างอิงและความเชื่อที่ตั้งอยู่บนฐานของประสบการณ์ที่ผ่านมาอย่างลึกซึ้งมักเกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อมีการตอบสนองต่อการตระหนักรู้ในข้อขัดแย้งทางความคิด ความรู้สึก การกระทำ ในเวลาหนึ่งซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนมุมมอง มีการสะท้อนความคิด 3 แบบในการเปลี่ยนมุมมองคือ เนื้อหา(สะท้อนความคิดว่าเรารับรู้ คิด รู้สึก และกระทำอะไร) กระบวนการ(สะท้อนความคิดว่าเราปฏิบัติหน้าที่ของการรับรู้นั้นอย่างไร) การสรุปข้อเสนอในสมมุติฐาน(การตระหนักรู้ว่าทำไมเรารับรู้เช่นนั้น) การสะท้อนความคิดสรุปข้อเสนอในสมมุติฐานเป็นพื้นฐานของการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)ที่เกี่ยวข้องถึงการตรวจสอบสมมุติฐานเบื้องต้นภายใต้โลกของความรู้ของเรา ปัจจุบันนี้การสะท้อนความคิดขั้นสรุปข้อเสนอในสมมุติฐาน(premise reflection)ถูกกำหนดให้เป็นวัตถุประสงค์ที่จำเป็นในการสะท้อนความคิดโดยเฉพาะในผู้ที่มีประสบการณ์มากขึ้น หรือผู้ใหญ่

3. การสนทนา(dialogue) มีความสำคัญในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)เป็นสื่อกลางสำคัญที่สนับสนุนและทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ต่างจากการสนทนาให้คำปรึกษาในชีวิตประจำวัน การสนทนาต้องเป็นการตั้งคำถามต่อความเข้าใจ ความจริง ความเหมาะสม(สัมพันธ์กับบรรทัดฐาน) ความสัมพันธ์ที่แท้จริง การสนทนาเป็นความสัมพันธ์กับสิ่งที่เรารู้สึกเกี่ยวข้องอยู่ขึ้นอยู่กับความน่าเชื่อถือของผู้ที่กล่าวประโยคนั้นๆ ประสบการณ์ที่ถูกสะท้อนออกมา ต่อจากนั้นสมมุติฐานและความเชื่อจะถูกตั้งคำถามแล้วนิสัยความเคยชินจะเปลี่ยนไป การสนทนาไม่ได้เป็นการวิเคราะห์ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย แต่จะเน้นความสัมพันธ์และความเชื่อใจในการสื่อสาร

4. ความสอดคล้องกันอย่างเป็นองค์รวม(holistic orientation) สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ ด้านอารมณ์และความสัมพันธ์เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเสริมเหตุผลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านการสนทนาในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ ผู้เรียนบางคนอาจเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ยากผ่านกระบวนการทางเหตุผล(วิเคราะห์-คิด-เปลี่ยน)เพียงอย่างเดียว แต่อาจเปลี่ยนได้ง่ายกว่าผ่านกระบวนการ

ทางอารมณ์(เห็น-รู้สึก-เปลี่ยน) ดังนั้นการคำนึงถึงอารมณ์และความรู้สึกสอดคล้องอย่างเป็นองค์รวมกับการมีเหตุผลจึงมีความสำคัญในการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลง

5. การตระหนักรู้ของบริบท(awareness of context) การเห็นคุณค่าและการเข้าใจในตัวบุคคล องค์ประกอบทางสังคมวัฒนธรรม มีบทบาทและอิทธิพลต่อกระบวนการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงสภาพแวดล้อม สถานะของบุคคล ความเชี่ยวชาญ ภูมิหลัง รสนิยม บริบทที่หล่อหลอมโดยสังคม ความสำคัญของบริบทยังมีมากขึ้นเมื่อเหตุการณ์นั้นผ่านวิกฤต ปัจจัยด้านบริบทที่จะช่วยลดเวลาของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

6. ความสัมพันธ์ที่แท้จริง(authentic relation) ความสัมพันธ์ที่ดีและเป็นทางบวกเป็นปัจจัยสำคัญของประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านความเชื่อใจในความสัมพันธ์และสร้างความมั่นใจด้วยการจัดการระดับอารมณ์ของผู้เรียน ความสัมพันธ์ที่แท้จริงยังมีผลต่อการตั้งคำถาม การแบ่งปันข้อมูลกันอย่างเปิดเผย ความเข้าใจร่วมกันที่หากปราศจากความสัมพันธ์นี้แล้ว การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)จะไม่เกิดขึ้น และขาดการสนทนาที่แท้จริงซึ่งจำเป็นต่อการสะท้อนความคิดอย่างลึกซึ้ง

ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2551) อธิบายว่า การเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่มักมีอยู่ในตนเองมากกว่าจะมาจกภายนอก โดยการอ่านหนังสือ การตีความประสบการณ์ การติดต่อสื่อสาร มนุษย์สัมพันธ์ตามวิถีทางของตนเอง การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะของกระบวนการในการตรวจสอบ การตั้งคำถาม การให้เหตุผลและการทบทวนการรับรู้ต่างๆเพื่อเรียกร้องหาความจริงที่สมบูรณ์แบบ และความหมายที่เป็นสากล การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นอิสระจากความรู้ และจุดมุ่งหมายของการศึกษาการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงไม่จำเป็นต้องค้นหาคำตอบที่ถูกต้อง การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงจะสะท้อนมุมมองของคนภายใต้สภาพแวดล้อมทั่วไปมากกว่า การพัฒนาตามแนวทางนี้จะนำไปเพื่อเพิ่มหรือยกระดับความสามารถในการให้เหตุผลต่อการเรียนรู้ที่ผ่านมาสะท้อนกลับไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่รับรู้มาด้วยความเข้าใจที่ลึกซึ้ง ความคิดของแต่ละบุคคลจะเคลื่อนไปสู่มุมมองในการตีความหมายจากการวิเคราะห์อย่างเปิดเผยและผสมผสานให้เกิดความคิดที่ครอบคลุมกว้างขวาง สำหรับมุมมองที่นำมาพิจารณาจะปรากฏขึ้นจากขอบเขต 3 ลักษณะ คือ 1) มุมมองที่สัมพันธ์กับความรู้และวิธีการใช้ความรู้กล่าวคือบุคคลมีการเรียนรู้มาอย่างไรสิ่งนั้นจะถูกนำมาสัมพันธ์กับมุมมองในการพิจารณาตีความเพื่อนำไปใช้เสมอ 2) มุมมองบนบรรทัดฐานทางสังคมของบุคคลและความคิดหวังของสังคม โดยเชื่อว่าการกล่อมเกลாத่างสังคมภายใต้เบื้องหลังทางวัฒนธรรม ภาษา ความเชื่อตามหลักศาสนา การเลี้ยงดูและการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ก่อให้เกิดความโน้มเอียงในการพิจารณากำหนดความหมาย 3) มุมมองที่พิจารณาเกี่ยวกับตนเอง โดยมองตนเองในฐานะปัจเจกบุคคล บนพื้นฐานความคิดที่เกี่ยวข้องเฉพาะของตนเอง ความต้องการและบุคลิกภาพ สำหรับการประยุกต์ใช้สามารถพิจารณากรอบทิศทาง

ที่เกี่ยวข้องได้ คือ รูปแบบทางจิตวิทยา เป็นการอธิบายความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีทัศนคติแบบสนใจกับสิ่งภายนอก พร้อมทั้งจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมภายนอก ในขณะที่บุคคลบางส่วนมีทัศนคติสนใจสิ่งที่อยู่ภายในตนเอง แม้จะมีแรงกระตุ้นจากภายนอกก็ไม่สามารถก่อให้เกิดความสนใจได้ซึ่งจะเชื่อมโยงไปถึงการตัดสินใจ 2 ประเภท คือ ประเภทแรกการตัดสินใจโดยใช้เหตุผลจากการใช้ความคิดและการใช้ความรู้สึกหรือค่านิยม ส่วนประเภทที่สอง ไม่ใช่เหตุผลเป็นพื้นฐาน แต่ใช้มุมมองจากสติและมุมมองผ่านสัญชาตญาณ บุคคลแต่ละบุคคลจะมีทัศนคติและความพึงพอใจที่แตกต่างกัน ในขณะที่ต้องพิจารณาภารกิจหน้าที่หลักและหน้าที่รองตามความรับผิดชอบ เพื่อกำหนดวิถีทางการปฏิบัติหรือการตัดสินใจที่ต่างกัน กระบวนการที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่แตกต่างกันโดยรูปแบบทางจิตวิทยาจะมุ่งพิจารณาลักษณะของบุคคลที่ควรมีปรากฏในเรื่องนั้น ความตระหนักในค่านิยมและสมมติฐานสภาพการณ์รับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน การตั้งคำถามเพื่อแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับค่านิยมและสมมติฐาน ความสามารถในการจำแนกกระบวนการและเนื้อหาสาระ การพิจารณารายละเอียดที่เป็นหลักฐานสำหรับการเสนอข้อคิดเห็นในการสนทนาอย่างมีเหตุผลโดยมีการทบทวนถึงค่านิยมหรือสมมติฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการทบทวนมุมมองที่นำไปสู่ความหมายหรือประเด็นในการตัดสินใจขณะที่การพิจารณากรอบทิศทางในรูปแบบการเรียนรู้จะพิจารณาจากแนวคิด 3 แบบ คือ 1) การเรียนรู้จากเอกสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจ หรือเป็นความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับผลจากการแก้ปัญหา(process reflection) 2) การเรียนรู้จากการติดต่อสื่อสารและเกิดเป็นความเข้าใจจากการบอกกล่าวหรือข้อคิดเห็นของผู้อื่น(content reflection) 3) การเรียนรู้ด้วยความเป็นอิสระจากการครอบงำทางความคิด ผ่านการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ (critical reflection) โดยเป็นการเรียนรู้และการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์จะเป็นกระบวนการที่มีหลายมิติ บุคคลหนึ่งๆสามารถจะใช้การคิดไตร่ตรองด้านเนื้อหาอธิบายว่าปัญหาคืออะไร ใช้การคิดไตร่ตรองด้านกระบวนการเพื่อตรวจสอบกลยุทธ์ที่ใช้ในการเข้าถึงปัญหา แก้ปัญหาอย่างไร หรือใช้การสะท้อนกลับด้านข้อความจริง เพื่อตั้งคำถามสำหรับตนเอง ทำไมจึงมีมโนทัศน์เช่นนี้ บุคคลอื่นทำไมมีมโนทัศน์เช่นนั้น การคิดไตร่ตรองแต่ละชนิดสามารถเกิดขึ้นได้ภายในขอบเขตการเรียนรู้แต่ละอย่าง และมีมุมมองในการตีความหมายต่างกัน แต่ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมโนทัศน์ จะสามารถเชื่อมโยงไปถึงมุมมองอื่นๆ ในทฤษฎีการศึกษาและการพัฒนาผู้ใหญ่ รวมทั้งการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ความคิดโดยสำนัก(การปลุกมโนธรรมสำนึก)และการคิดตามทฤษฎีเชิงวิพากษ์ (reflection in critical theory)

กล่าวโดยสรุป การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยองค์ประกอบที่เป็นแกนหลัก 6 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์(experience) การสนับสนุนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ (promoting critical reflection) การสนทนา(dialogue) ความสอดคล้องกันอย่างองค์รวม(holistic orientation) การตระหนักรู้ในบริบท(awareness of context) ความสัมพันธ์ที่แท้จริง(authentic

relation) ทั้ง 6 องค์ประกอบนี้มีความเชื่อมโยงกัน การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ (critical reflection) เป็นกระบวนการที่สำคัญที่ยังมิได้มีการกล่าวถึงขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์กระบวนการดังกล่าว

2.2 แนวคิดการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์

มีรายละเอียด ดังนี้คือ ความหมายของการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ ที่มาของการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ หลักการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ ความหมายและหลักการของการสนทนา

2.2.1 ความหมายของการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์

คำว่า “critical reflection” มีผู้เสนอให้ใช้คำในภาษาไทยต่างกัน เช่น การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ การคิดใคร่ครวญเชิงกระบวนทัศน์ การคิดใคร่ครวญอย่างมีวิจารณญาณ การคิดโดยอุบายอันแยบคาย ซึ่งในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้เลือกใช้คำว่า การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ เนื่องจากมีรากฐานมาจากการสะท้อนความคิด (reflection) และทฤษฎีวิพากษ์ (critical theory) ได้มีการอธิบายความหมาย ดังนี้

Critical เป็นคำคุณศัพท์ที่มีความหมายตามพจนานุกรม Oxford Advanced Learner’s Dictionary (Hornby, 1995) มีหลายความหมายโดยหนึ่งในความหมาย คือ “making careful judgments” แปลเป็นภาษาไทยได้ว่า “การพิจารณาตัดสินที่มีความระมัดระวัง” ส่วนคำนาม Reflection นั้น เป็นชนิดของการคิดที่มีลักษณะเฉพาะอยู่ที่การนำสิ่งใดสิ่งหนึ่งย้อนกลับเข้ามาในใจ คิดเกี่ยวกับสิ่งนั้นอย่างระมัดระวัง และให้พิจารณาต่อสิ่งนั้นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เมื่อนำมารวมกันเป็น Critical Reflection จึงเป็นการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ หรือการคิดที่มีการพิจารณาตัดสินอย่างระมัดระวังรอบคอบ

Boyd (1989) สรุปว่า การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ คือ กระบวนการสร้างความกระจ่างในความหมายของประสบการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบันของคนที่สัมพันธ์กับตนเองและโลก

Mezirow (1998) อธิบายว่า การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์มีความสำคัญที่สุดในการเปลี่ยนโลกทัศน์ (world view) หรือกรอบอ้างอิง (frame of reference) โดยมีการประเมินข้อเสนอสรุปสมมุติฐานหรือกระบวนทัศน์เบื้องต้น (premise) ได้แก่ การตั้งคำถามและไตร่ตรองกับแบบแผนวิธีคิด และกรอบอ้างอิงในแง่มุมต่างๆ เช่น มุมมองทางตรรกะ จริยศาสตร์ การเมืองและสังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ

พระพรหมคุณาภรณ์ (2538) เสนอว่า critical reflection ตรงกับวิธีคิดแบบโยนิโสมนสิการ ในพระไตรปิฎก ตรงกับคำภาษาไทยว่า การคิดโดยอุบายอันแยบคาย ซึ่งคำว่าแยบคายมีความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานคือ เข้าที่ หรือเหมาะกับเหตุผล ดังนั้นการคิดสะท้อนอย่างแยบ

คายจึงหมายถึง วิธีคิดที่ใช้ความรอบคอบละเอียดอ่อนลึกซึ้ง เป็นวิธีคิดที่ต้องมีสติอยู่ตลอดเวลา ประกอบด้วยปัญญากำกับ คิดอย่างมีระบบระเบียบรอบด้าน คิดอย่างมีกฎเกณฑ์ เป็นลำดับมาไม่ขาดสาย คิดด้วยหลักเหตุผล แยกแยะวิเคราะห์ให้เห็นทั้งส่วนดีส่วนเสีย เป็นวิธีคิดที่รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่ง เป็นวิธีคิดที่เร่งร้ำในทางที่ดีทำให้ได้ผลในทางสร้างสรรค์โดยมีหลักของความถูกต้องดีงาม

ซิดซงค์ ส.นันทนาเนตร (2549) อธิบายความหมายของการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ว่า หมายถึง การประเมินความน่าเชื่อถือของมโนทัศน์ที่บุคคลเคยให้ความหมายแก่ตน ซึ่งกำหนดไว้ก่อนหน้าแล้ว รวมทั้งความคิดถึงความเป็นไปได้ด้านแหล่งวิทยาการที่เกี่ยวข้องและผลต่อเนื่องของการปฏิบัติตามมโนทัศน์นั้น การคิดสะท้อนอย่างแยบคายนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขความคิด ความเชื่อเก่าๆ และทำความเข้าใจว่า ความคิดเหล่านั้นมีผลต่อการพัฒนาความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติตนของเราอย่างไร

สรุป ความหมายของการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) คือ การคิดที่มีการพิจารณาตัดสินอย่างรอบคอบเป็นการคิดเพื่อสร้างกรอบอ้างอิงใหม่ที่ถูกต้อง โดยการคิดอย่างเข้าที่ มีเหตุผล สร้างความกระจ่าง ทดสอบการมองตนเอง ซึ่งประสบการณ์เดิมและกรอบอ้างอิงหรือสมมุติฐานเดิมที่เกี่ยวกับการทำหยาปัญหา นั้น ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เป็นการเรียนรู้ต่อเนื่องของแต่ละบุคคลและปฏิภริยาหรือความสัมพันธ์กับคนอื่นเกี่ยวกับกรอบอ้างอิงที่ต่างกันเพื่อเปลี่ยนแปลงกรอบอ้างอิงของตนที่มีอยู่เดิม

2.2.2 ที่มาของหลักการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์

การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการคิดที่ได้รับอิทธิพล หรือมีพัฒนาการมาจาก 2 แนวคิด คือหลักการการสะท้อนความคิดของ Dewey และหลักการการสะท้อนความคิดในทฤษฎีวิพากษ์ของสำนักแฟรงก์เฟิร์ต(reflection in critical theory) มีรายละเอียด ดังนี้

2.2.2.1 หลักการการสะท้อนความคิดของ Dewey

Dewey (1933 อ้างถึงใน Mezirow, 1998) กล่าวว่า การคิดสะท้อนประกอบด้วยองค์ประกอบที่จำเป็นและสัมพันธ์กัน คือ การสังเกตเพื่อรวบรวมเงื่อนไขต่างๆที่เป็นลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในการคิด การให้ข้อเสนอที่หลากหลายเพื่อเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหา ข้อมูลซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ได้จากการสังเกต ข้อเสนอแนะหรือทางแก้ปัญหาที่เป็นไปได้

Boyd & Fales (1983 อ้างถึงใน Mezirow, 1998) สรุปว่า การคิดสะท้อนหรือการคิดไตร่ตรองเป็นกระบวนการตรวจสอบภายในรวมทั้งสำรวจในประเด็นที่เกี่ยวข้องและถูกกระตุ้นโดยประสบการณ์ ซึ่งสร้างสรรค์และอธิบายความหมายของตนเองได้อย่างกระจ่างชัด ทำให้มีผลในการเปลี่ยนแปลงมโนทัศน์ หรือมุมมองของตนเอง

Boud, Keogh, and Walker (1985 อ้างถึงใน Mezirow, 1998) กล่าวว่า การสะท้อนความคิดหมายถึง กิจกรรมทางปัญญาและอารมณ์ ที่แต่ละบุคคลมีในการสำรวจประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเพื่อนำไปสู่การเข้าใจและยอมรับใหม่

Rodgers (1990 อ้างถึงใน Mezirow, 1998) อธิบายถึงการสะท้อนความคิดว่า เป็นกระบวนการสร้างความหมายที่ผลักดันผู้เรียนจากประสบการณ์หนึ่งไปสู่ขั้นต่อไปที่เข้าใจลึกซึ้งกว่าของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์นั้นกับประสบการณ์อื่นๆ และความคิดอื่นๆ ซึ่งเปรียบเสมือนการถักทอเส้นด้ายเส้นเล็กจนเป็นเชือกเส้นใหญ่ที่จะสร้างความต่อเนื่องของการเรียนรู้ที่เป็นไปได้และเพื่อที่จะทำให้กระบวนการคิดของบุคคลนั้นมีความแน่นอนขึ้นและในที่สุดจะยังสังคมเป็นเส้นทางของการคิดที่เป็นระบบ ชัดเจน มีระเบียบวิธี ซึ่งมีรากฐานมาจากการคิดแบบสืบสอบทางวิทยาศาสตร์(scientific inquiry) การสะท้อนความคิดจำเป็นต้องทำให้เกิดขึ้นในลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในชุมชน และต้องมีทัศนคติของการให้คุณค่าต่อการเจริญเติบโตทางความคิดของทุกๆคน

Mezirow (1998) อธิบายให้เห็นความแตกต่างระหว่างการกระทำแบบใช้ความคิด (thoughtful action) กับการกระทำแบบการคิดไตร่ตรอง(reflective action) ว่า การกระทำแบบใช้ความคิดมีพื้นฐานจากการใช้ประสบการณ์ในอดีต ขณะที่การกระทำแบบการคิดไตร่ตรองมีพื้นฐานจากการประเมินสมมติฐานและข้อสมมติฐานล่วงหน้าโดยใช้วิจารณ์ญาณ

กล่าวโดยสรุป Reflection หรือ reflective thinking เป็นคำที่ใช้เรียกการคิดลักษณะหนึ่งที่มีใช้อยู่หลายคำอาทิเช่น การคิดสะท้อน การคิดวิเคราะห์แบบตอบโต้ การคิดไตร่ตรอง การวิเคราะห์วิพากษ์ข้อดี หมายถึงการคิดพิจารณาอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นกระบวนการไตร่ตรองทางปัญญา พิจารณาถึงเหตุผลในการกระทำแต่ละอย่าง โดยการสังเกต การตั้งสมมติฐาน การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปผล เพื่อช่วยแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2.2.2.2 กระบวนการการสะท้อนความคิดตามแนวคิดของ Dewey

Dewey (1933 อ้างถึงใน Mezirow, 1998) เสนอกระบวนการการสะท้อนความคิด ดังนี้

1. ก่อนการคิดสะท้อน(pre-reflective) เป็นจุดเริ่มต้นของการคิดสะท้อน เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่มีความสงสัย สับสน มีความยุ่งยากของสถานการณ์ จะทำให้เกิดการกำหนดปัญหาขึ้น ทำให้ชัดเจน คลี่คลาย หาทางออกได้เพื่อให้จบลงด้วยการหาทางแก้ไขปัญหาได้
2. ขั้นตอนการคิดสะท้อน(stage of thinking) เป็นการดำเนินการคิดสะท้อนตาม 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การให้ข้อเสนอแนะหรือทางเลือกในการแก้ปัญหา(suggestion) เป็นระยะที่สมองรับเอาปัญหา หรือความซับซ้อนที่เกิดขึ้นเข้ามา แล้วสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหรือความสงสัยนั้น

2) การคิดใคร่ครวญทางเลือกใช้กระบวนการทางปัญญาวิเคราะห์ความยากลำบาก หรือความคลุมเครือของแต่ละทางเลือก เพื่อหาทางแก้ปัญหา(intellectualization) เป็นระยะที่เราใช้สมองในการใคร่ครวญ พิจารณา ความยากหรือความซับซ้อนของปัญหาที่ได้ประสบอยู่ตามความจริงที่ปรากฏอยู่ และความคิดที่สร้างทางเลือกไว้ว่าทางเลือกไหนเหมาะสมกับปัญหาที่เผชิญอยู่

3) การตั้งสมมุติฐานโดยใช้ทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งเป็นความคิดนำหรือสมมุติฐาน(hypothesis) เป็นระยะที่เราใช้สมองตรวจสอบข้อมูลที่มีอยู่ในตนเองและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากเหตุการณ์ที่ประสบกับทางเลือกที่อยู่ในความคิดเพื่อตั้งเป็นสมมุติฐาน หรือแนวทางในการสังเกต หรือดำเนินการอย่างอื่นในการรวบรวมข้อเท็จจริงการหาทางออกที่เป็นไปได้

4) การขยายความทางปัญญา(mental elaboration) เป็นระยะที่เราใช้สมองคิดโดยใช้เหตุผลวิเคราะห์ความคิด หรือข้อสมมุติอย่างละเอียดถี่ถ้วนยิ่งขึ้น

5) การทดสอบสมมุติฐานโดยการกระทำที่เปิดเผย(hypothesis testing) เป็นระยะที่กระทำตามทางเลือกโดยการแสดงออกจริง หรือการลงความเห็นไว้ในใจ

3. หลังการคิดสะท้อน(post-reflective) เป็นสถานการณ์ช่วงสุดท้ายซึ่งความสงสัยหรือความสับสนที่มีปัญหาได้หมดไป

Schon (1983) กล่าวว่า การสะท้อนความคิด หรือการคิดไตร่ตรองเป็นการคิดในการกระทำที่เสร็จสิ้นแล้ว (reflection on action) และการสะท้อนความคิดหรือการคิดไตร่ตรองระหว่างการกระทำ(reflection in action) มีกระบวนการการสะท้อนความคิดประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำความเข้าใจกับปัญหา(appreciation) โดยการกำหนดกรอบปัญหาใหม่และคิดวิธีทดลอง

2. ดำเนินการแก้ปัญหา(action) โดยการปรับสถานการณ์สู่กรอบที่สร้างขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการเคลื่อนไหว ผลลัพธ์ และความเข้าใจ แล้วเห็นการเคลื่อนไหวต่อนั้นคือ สุดท้ายแล้วจะทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาและแก้ไขปัญหาได้

3. ทำความเข้าใจซ้ำ(reappreciation) เนื่องจากในการปฏิบัติอาจทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่ไม่ตั้งใจเกิดขึ้นซึ่งจะทำให้สถานการณ์มีความหมายใหม่ผู้ปฏิบัติจะคิดสะท้อนและทำความเข้าใจอีกครั้ง

Kolb (1984) เสนอว่า การสะท้อนความคิด เป็นขั้นตอนหนึ่งในวงจรแห่งการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยการเรียนรู้อาจเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งของวงจรแห่งการเรียนรู้ก็ได้แต่ต้องดำเนินการให้ครบวงจรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประสบการณ์การเรียนรู้(Learning Experience) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้เรียนเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นส่วนประกอบของชีวิต ประสบการณ์จะนำไปสู่การรวบรวมความสามารถในการจัดการอันยิ่งใหญ่ เป็นความสัมพันธ์ที่มีค่า ประสบการณ์อาจจะมีผลกระทบต่อการเรียนรู้ได้ทั้งการยอมรับและการปฏิเสธ

2. การสังเกตและการสะท้อนความคิด(observe and Reflect) การเรียนรู้ที่ดีที่สุดสามารถทำได้โดยให้ผู้เรียนได้คิดสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับ เพื่อนำมาใช้ในการพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นประโยชน์ หรือไม่เป็นประโยชน์

3. การพิจารณาลงความเห็นว่าสามารถนำไปใช้โดยทั่วไปและการสร้างแนวคิด (Generalize and Conceptualize) เป็นการรวบรวมความรู้เพื่อสร้างกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดอื่นๆ ที่ได้จากประสบการณ์ในอดีต และความรู้ที่ได้จากการกระทำหรือได้รับมา การได้รับความรู้จากข้อมูล จากครูผู้สอน การสนทนา แล้วนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของตน

4. การทดลองและการบูรณาการ(Experiment and Integrate) การฝึกปฏิบัติจริงเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ดีที่สุด เป็นการทดลอง ฝึกปฏิบัติ และตรวจสอบ เป็นการลองผิดลองถูก เพื่อตรวจสอบแนวคิด หาความจริงในสถานที่ที่แตกต่างกันแล้วนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

Killon & Todnew (1991, อ้างถึงใน Mezirow, 2000) เสนอว่า วิธีการสะท้อนความคิดมี 3 วิธี ดังนี้

1. การสะท้อนความคิดถึงการกระทำที่เสร็จสิ้นแล้ว (reflection on action) วิธีการนี้เป็นการมองย้อนกลับไปยังสิ่งที่ทำสำเร็จ ทบทวนการกระทำ ความคิด และผลงานของตน

2. การสะท้อนความคิดระหว่างการกระทำ(reflection in action) วิธีการนี้เป็นการคิดสะท้อนระหว่างการกระทำ เช่น ถ้าผู้เรียนคิดสะท้อนโดยกำลังเขียนเรื่องเล่าแล้วอาจไม่ได้บรรยายสถานที่ การคิดสะท้อนระหว่างการกระทำสามารถชี้แนะให้เกิดการแก้ไขการเขียนเรื่องเล่าได้

3. การสะท้อนความคิดสำหรับการกระทำในอนาคต(reflection for action) รูปแบบและวิธีการนี้คาดหวังให้ผู้มีส่วนร่วมทบทวนสิ่งที่กระทำแล้วประสบผลสำเร็จ และเสนอข้อเสนอแนะที่จะทำให้สามารถกระทำให้ประสบความสำเร็จในอนาคต

2.2.2.3 การสะท้อนความคิดตามทฤษฎีวิพากษ์(Critical Social Theory)

Freire (1970)ให้ความสำคัญต่อแนวคิดเรื่อง praxis(เป็นภาษาเยอรมัน) หรือ Practice ในภาษาอังกฤษ เพื่อหมายถึงกิจกรรมทางการเมืองที่มีการคิดสะท้อนอดีตและเชื่อมโยงกับปัจจุบัน โดย

ใช้ในความหมายที่ว่า praxis หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเป็นผู้สร้างวัฒนธรรมและสังคม เป็นบุคคลที่มีความนึกคิดอย่างวิพากษ์วิจารณ์ได้ เป็นกิจกรรมที่บุคคลมีการกระทำที่ดำเนินการไปแล้ว (action preceded) ตามด้วยการคิดสะท้อนด้วยความตั้งใจจะนำไปสู่การกระทำ มีลักษณะของการตัดสินใจด้วยตนเอง มุ่งมั่น และสร้างสรรค์ ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นPraxis(การปฏิบัติจริง)= reflection + action (การสะท้อนความคิด + การกระทำ)บางครั้งอาจใช้คำว่า action reflection แทนคำว่า praxis ซึ่งในความหมายนี้จะรวมถึงความรัก การทำงาน การกำหนดวิถีชีวิตของตน เป็นการหลอมรวมกันอย่างแท้จริงระหว่างการกระทำและการสะท้อนความคิด(the authentic union of action and reflection)

Habermas (1972 อ้างถึงใน ชิตชงค์ ส.นันทนาเนตร, 2549) เสนอทฤษฎีทางสังคมที่สำคัญคือ ทฤษฎีการสื่อสารที่กล่าวว่า การเรียนรู้เพื่อการสื่อสารเป็นการเรียนรู้เพื่อการอยู่อย่างผสมกลมกลืนกับคนอื่น(coherence)มากกว่าการเรียนรู้เพื่อการควบคุมหรือการกำหนดวิธีปฏิบัติงาน แต่การเรียนรู้เพื่อการสื่อสารนี้เป็นการทำความเข้าใจความหมายในสิ่งที่ผู้อื่น พูด เขียน แสดงออก โดยการสะท้อนความคิด(reflection)เป็นกระบวนการเรียนรู้โดยการประเมินอย่างพินิจพิเคราะห์เพื่อให้บุคคลสามารถแยกแยะความเหมือนหรือความต่างที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันในมโนทัศน์ของบุคคล คนอาจเรียนรู้จากการแปลความหมายจากสิ่งที่ตนเองไม่คุ้นเคย(แตกต่างจากที่ตนเองเคยรู้จัก) หรืออาจเรียนรู้จากการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของสิ่งที่บุคคลแสดงออกมาให้เห็น ในการเรียนรู้เพื่อการสื่อสารนี้จะไม่เน้นการทดสอบว่าความจริงคืออะไรแต่เน้นการประเมินความน่าเชื่อถือที่เป็นข้อตกลงร่วมกันของคนส่วนใหญ่มากกว่า

Mezirow (1991) อธิบายความแตกต่างระหว่างการคิดกับการสะท้อนความคิดว่า การกระทำที่ไม่มีการคิดไตร่ตรอง(thoughtful without reflection) อาจเกิดจากการกระทำที่เป็นนิสัย(habitual action) เพื่อแก้ปัญหาต่างๆที่ทำอยู่เป็นประจำซึ่งอาจมีอคติหรือเกิดการบิดเบือนของมโนทัศน์ ดังนั้นควรมีการสะท้อนความคิดทั้งการกระทำที่ผ่านมาและการกระทำที่กระทำอยู่ การคิดไตร่ตรองนี้เป็นการที่บุคคลสามารถถึงความหมาย หรือเกิดการเรียนรู้ขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กันของ 2 องค์ประกอบ คือ สิ่งที่ปฏิบัติเป็นประจำ(นิสัย/การคาดเดาจากสิ่งที่เกิดขึ้นเสมอๆ) กับสถานการณ์(ที่เราพยายามแปลความหมายอยู่นั้น) ทบทวนมโนทัศน์แต่ละบุคคลและพัฒนาสมมุติฐานเบื้องต้นใหม่ในการมองโลก

(Cranton, 1994)สรุปว่า การสะท้อนความคิดแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.การสะท้อนความคิดด้านเนื้อหา(content reflection)เป็นการตรวจสอบเนื้อหา หรือรายละเอียดของปัญหา เช่น ผู้สูงอายุที่กลับเข้ามาเรียนอาจรู้สึกไม่สบายใจ หรือแปลกแยก และมีคำถามกับตัวเองว่าเกิดปัญหาอะไรขึ้นที่นี่ ผู้สูงอายุนั้นจึงตรวจสอบความรู้สึกของตนว่ารู้สึกต่ำต้อยหรือกังวลเกี่ยวกับนิสัยการเรียนหรือเปล่า เป็นปัญหาในเนื้อหาที่ตรวจสอบ

2.การสะท้อนความคิดในกระบวนการ(process reflection)เป็นการตรวจสอบเกี่ยวกับการแก้ปัญหาโดยใช้กลยุทธ์ใดในการแก้ปัญหา เช่นผู้สูงอายุอาจถามตัวเองว่า ฉันจะเข้าใจปัญหานี้ได้อย่างไร เป็นกระบวนการตรวจสอบการแก้ปัญหา

3.การสะท้อนความคิดในข้อสรุปข้อเสนอสมมุติฐาน(premise reflection or critical reflection) เกิดขึ้นเมื่อตัวปัญหาเองถูกตั้งคำถาม เช่น ผู้สูงอายุอาจถามตัวเองว่า พื้นฐานความเชื่ออะไรที่ทำให้รู้สึกอึดอัด มันเป็นปฏิกิริยาโดยธรรมชาติเมื่ออยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคยทำให้รู้สึกอึดอัดใช่หรือไม่ทำไมต้องอยู่ในสภาพเช่นนี้

สรุปว่า การสะท้อนความคิดเป็นกระบวนการคิดที่สามารถสะท้อนความคิดจากการกระทำที่ผ่านมา การกระทำที่ทำอยู่ การกระทำในอนาคต ซึ่งอาจแบ่งได้สามชนิด คือ การสะท้อนความคิดในกระบวนการ(process reflection) การสะท้อนความคิดในเนื้อหา(content reflection) การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ หรือการสะท้อนความคิดในข้อสรุปเพื่อสรุปสมมุติฐานใหม่(critical or premise reflection) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการคิดที่ต่างจากการคิดด้วยวิธีการเดิม สมมุติฐานเดิม กระบวนการอย่างเดิมที่มีอยู่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ต้องมีข้อเสนอสำหรับสรุปสมมุติฐานใหม่ (premise) ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นซึ่งเป็นกระบวนการหลัก

2.2.3 หลักการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์

Boud et al. (1985, อ้างถึงใน Marquardt, 2009) กล่าวว่า การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์จะไม่สมบูรณ์หากมีเพียงความรู้ หรืออารมณ์เพียงอย่างเดียว ต้องประกอบกันจึงจะสมบูรณ์

Brookfield (1987, อ้างถึงใน Marquardt, 2009) กล่าวว่า การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์มีกระบวนการดังนี้ คือ 1)การกำหนด หรือสงสัยท้าทายในสมมุติฐาน 2) การตระหนักรู้ในบริบท 3) การสร้างและสำรวจทางเลือก 4) กระบวนการการสะท้อนความคิด

Cranton (1994) อธิบายว่า การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์เป็นการคิดประเมินสภาพการณ์ในการสรุปข้อเสนองานทางเลือกเป็นสมมุติฐาน(premise reflection) เกิดขึ้นเมื่อตัวปัญหาเองถูกตั้งคำถาม เช่น ผู้สูงอายุอาจถามตัวเองว่า พื้นฐานความเชื่ออะไรที่ทำให้รู้สึกอึดอัด ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเมื่ออยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคยทำให้รู้สึกอึดอัด การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)ทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองได้ทั้ง 3 มิติ คือ ญาณวิทยาสังคมภาษา และจิตวิทยา การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ทำให้เกิดการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงได้ในระดับการเรียนรู้เพื่อการปฏิบัติ(practical learning) การเรียนรู้เพื่อการติดต่อสื่อสาร(communivative learning) การเรียนรู้เพื่อการเป็นไท(emancipatory learning)การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์อาจมีผลตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสังคม การเสริมสร้างพลังอำนาจ การกำกับตนเอง การใช้เหตุผล การสะท้อนความคิด(reflection)เป็นกระบวนการที่ทำได้ง่ายกว่าการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์

(critical reflection) แต่ปัญหาวิกฤตบางปัญหาอาจไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการสะท้อนความคิดด้วยกรอบความคิดเดิมได้ การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)มีการแลกเปลี่ยนความคิดหลากหลายรอบด้านจากผู้อื่น โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เหตุการณ์กระตุ้นอาจเป็นวิกฤติ หรือเหตุการณ์ทางบวก เช่น การเลื่อนตำแหน่งก็ได้
2. ตั้งคำถามต่อสมมุติฐาน ทำสมมุติฐานให้กระจ่างแจ้ง ตั้งคำถามถึงเหตุและผล ตั้งคำถามถึงความเที่ยงตรงด้วยการตั้งคำถามว่า อะไร อย่างไร ทำไม
3. การสนับสนุนจากผู้อื่นได้แก่ อัทมโนทัศน์ ความท้าทาย มุมมองทางเลือก การป้อนกลับทดสอบสมมุติฐานใหม่

Kofman & Senge (1995, อ้างถึงใน Marquardt, 2009) กล่าวว่า การปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญ แต่การปฏิบัติต้องการไม่เพียงแต่การสะท้อนความคิดแต่ต้องมีการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ที่ประกอบด้วยร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณจึงจะสมบูรณ์

Mezirow (1998) แบ่งการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)เป็น 2 ระดับ คือ

1. ระดับการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ในข้อสรุปเบื้องหลังทั่วไป (critical reflection of assumption) เป็นการตั้งคำถามกับกระบวนทัศน์ของบุคคลอื่น เช่น นักวิจัยที่เสนองานวิจัยมีกระบวนทัศน์แบบใด มีความคิดความเชื่อและโลกทัศน์อย่างไรจึงเลือกวิธีการเช่นนั้น และมีความเห็นเช่นนั้น กระบวนทัศน์นั้นมีข้อจำกัดหรือไม่
2. ระดับการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ในข้อสรุปเบื้องหลังของตนเอง (critical self reflection of assumption) เป็นการตั้งคำถามกับกระบวนทัศน์ของตนเอง เน้นไปที่กรอบอ้างอิงเชิงจิตวิทยาและวัฒนธรรมที่จำกัดโลกทัศน์ของเราอยู่ เช่นการตั้งคำถามกับตนเองว่า ปฏิบัติการที่เราทำตามประสบการณ์ต่างๆ หรือสิ่งต่างๆ เช่นการเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องหนึ่งเรื่องใด ชอบหรือไม่ชอบอะไร มีมุมมองอย่างไรนั้น สะท้อนพื้นฐานอะไรในตัวเรา และทัศนะนั้นส่งผลสะท้อนกับเราอย่างไรบ้าง เป็นต้น นอกจากนี้การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ในข้อสรุปเบื้องหลังที่สะท้อนทัศนคติพื้นฐานของตนเองนี้จะช่วยให้เรามีอิสระหลุดพ้นจากทัศนคติที่บิดเบือน และกรอบทางวัฒนธรรมที่จำกัดเราอยู่ ทำให้สามารถมีวาทกรรมที่เปิดเผย(open discourse) สามารถหลุดออกจากกรอบอ้างอิงเดิมและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการให้ความหมายตนเองได้ ตัวอย่างหนึ่งของการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์เกี่ยวกับตนเองได้แก่ การตั้งคำถามกับตนเองว่า การที่เราทำอย่างนี้ คิดอย่างนี้ รู้สึกอย่างนี้ มีรากฐานมาจากอะไร เราเชื่ออย่างนั้นจริงๆหรือไม่ เราคิดและรู้สึกอย่างเป็นอิสระหรือถูกครอบงำด้วยกรอบอ้างอิงบางอย่าง

Dilworth & Willis (2003, อ้างถึงใน Marquardt, 2009) กล่าวว่า การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์เป็นการสนทนาที่แสดงความคิดเห็น ทัศนคติ กรอบอ้างอิงของแต่ละบุคคล การแสดงความจริง และการฟังที่ลึกซึ้งถึงความจริงข้างในของแต่ละบุคคลจึงเป็นสิ่งสำคัญ

White (2006) ได้เสนอรูปแบบ การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) ดังนี้ การสะท้อนความคิดในเนื้อหา(reflection on content) เป็นความคิดที่เน้นความเกี่ยวข้องกับ ข้อมูล ความรู้ ทฤษฎี การสะท้อนความคิดในความหมาย(reflection on meaning) เป็นความคิดขั้นที่สองต่อจากเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้สึกและการตีความหมายในเนื้อหา การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) มุ่งเน้นในการกระทำและการเปลี่ยนแปลง มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. กระบวนการแสวงหาความรู้จากผู้อื่น เอกสาร วรรณกรรม หนังสือ
2. กระบวนการอธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงจากการสนทนากับผู้อื่น
3. กระบวนการทำความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลง เป็นผลจากการสนทนาในความหมายของค่านิยม ทศนคติ ความเชื่อ สมมุติฐาน มโนทัศน์ที่แตกต่างกัน
4. กระบวนการเปลี่ยนแปลงจากการสำรวจตนเองถ้าสถานการณ์เปลี่ยนไปจะเปลี่ยนแปลงอะไร

การสะท้อนความคิดในข้อเสนอข้อสรุปสมมุติฐานใหม่(reflection on premise) เป็นการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ด้วยการตั้งคำถาม 5 คำถาม ได้แก่ เรื่องนี้เกี่ยวกับอะไร ฉันจำเป็นต้องรู้ อะไรเพิ่มเกี่ยวกับเรื่องนี้ ฉันเข้าใจเรื่องนี้ได้อย่างไร มีมุมมองอื่นอะไรอีก มุมมองนั้นแตกต่างกันอย่างไร และมีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง คือ ความสำคัญของการปะทะประสาน(articulating) และการตั้งคำถามกับสมมุติฐาน ตระหนักรู้ถึงความรู้สึกและความคิดโดยเฉพาะเมื่อตกลงกันไม่ได้และมีบรรยากาศที่ไม่ดี ตระหนักถึงนามธรรมที่แตกต่างกันในสมมุติฐานของแต่ละบุคคล และมุมมองเกี่ยวกับสังคมที่แตกต่างกันการพิจารณาตัดสินต้องร่วมกันทั้งสองอย่าง ยืนยันสนับสนุนในคุณค่าของประสบการณ์และความรู้ฝังในของแต่ละบุคคล ตระหนักถึงบุคคลทุกสถานะที่มีความหลากหลายของมุมมองและตกลงร่วมกันที่จะรับฟังทุกเสียง เข้าใจบริบทและอิทธิพลของวัฒนธรรม ปราบปรามที่จะใช้ความตระหนักรู้เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคมทางบวก

การเปิดใจเป็นสิ่งสำคัญในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) การเปิดใจเป็นทัศนคติทางจิตใจซึ่งยินดีรับคำแนะนำและข้อมูลที่นำเชื่อถือรอบด้าน สิ่งที่เลวร้ายที่สุด คือ การถือดีของจิตใจ อคติ การปิดรับสิ่งกระตุ้นใหม่ของจิตใจทำให้เกิดการพัฒนา การเปิดใจเปรียบเหมือนจิตของเด็กที่ยังไม่มีการรับสิ่งกระตุ้นใดๆ การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) คือ การพัฒนาศักยภาพของการตระหนักรู้สมมุติฐานเบื้องหลัง การเห็นคุณค่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ ศักยภาพที่จะเห็นว่าเราจะสะท้อนความคิดได้อย่างไร ความเข้าใจว่าความจริงไม่มีหนึ่งเดียว ความเข้าใจเกี่ยวกับการคิดที่เด่นๆสำคัญๆจากภายในที่ถูกฝังโดยสังคมวัฒนธรรมแล้วแสดงออกมาเป็นภาษา การตระหนักรู้บริบทของสังคม การเมืองและอิทธิพลของบริบทต่อการปฏิบัติ ความเข้าใจความซับซ้อนของอำนาจ ความคาดหวังว่าความตระหนักรู้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อยที่สุดคือระดับปัจเจกบุคคล หรืออาจเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับที่สูงขึ้น คือ

ระดับองค์กร สังคม วิธีการหรือกระบวนการทำให้เกิดการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) คือ การสำรวจตนเอง(exploration) ด้วยการสำรวจตนเองผ่านการปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น(exploration through discussion)ที่ใช้กับกลุ่มเล็กๆที่อยู่ร่วมกันใน เหตุการณ์วิกฤติ(critical incidence) หรือสับสน(confuse) การสำรวจตนเองผ่านการเขียน เช่น การวิเคราะห์วาทกรรม(discourse analysis) การบรรยายเล่าเรื่อง(narrative)การเขียนบันทึกประจำวัน(journal/learning diary) การบันทึก(process recording) การสำรวจตนเองผ่านการวิจัย งานวิจัยหลายๆงานที่มีส่วนประกอบและให้คุณค่าของการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ เช่น มานุษยวิทยา สังคมวิทยา การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้อารมณ์และความรู้สึกมีบทบาท สำคัญในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) จึงควรสร้างบรรยากาศ และค่านึงถึง ความอ่อนไหวในความแตกต่างของสังคมและวัฒนธรรมในกระบวนการ ผลที่ได้จากการการสะท้อน ความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) คือ การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ที่สร้างขึ้นมาของบุคคล นั้น มีการสะท้อนมากขึ้น มีมุมมองกว้างขึ้น สร้างความรู้สึกในการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเอง มีความรู้สึกเป็นนายตนเองมากขึ้น ควบคุมตนเองได้มากขึ้น และมีสัจการแห่งตนมีทางเลือกใหม่ที่ ยิ่งใหญ่กว่าเดิม มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลและสังคม

Marquardt (2009)อธิบายว่า กระบวนการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติโดยการตั้งคำถามในการสนทนาประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สมมุติฐาน(analysis of assumption)เกี่ยวกับความคิดที่ท้าทายความ เชื่อ กรอบอ้างอิง ค่านิยม วัฒนธรรมที่ปฏิบัติ โครงสร้างสังคม ในการประเมินผลกระทบต่อการดำเนิน ชีวิตที่ดำเนินอยู่ ตัวอย่างคำถาม เช่น อะไรคือความเชื่อที่คุณยึดติดอยู่
2. อคติทางบริบทที่เคลือบแฝง(surface context bias) เพื่อให้รู้ถึงสมมุติฐาน หรือ กรอบอ้างอิงที่เกิดจากบริบททางประวัติศาสตร์ และสังคม ตัวอย่างคำถาม เช่น ทุกคนยอมรับใช้ไหม คุณเห็นอย่างไร
3. การสร้างจินตนาการทางเลือก(imaginative speculation) การจินตนาการ ทางเลือกของความคิดเพื่อสร้างโอกาสที่ท้าทายในทางเลือกที่จะปฏิบัติ ตัวอย่างการตั้งคำถาม เช่น อะไรจะเกิดถ้าเราเปลี่ยนแปลงไปปฏิบัติอย่างนั้น
4. กระบวนการสะท้อนความคิด(reflective skepticism) การตั้งคำถามที่เคยเชื่อว่า เป็นจริง หรือไม่เคยตรวจสอบในปฏิสัมพันธ์ เป็นความสามารถที่จะคิดว่าจะยอมรับ หรือปฏิเสธใน หลักฐานที่เสนอมา ตัวอย่างคำถาม เช่น ข้อมูลที่มีไม่จริงใช่ไหม ข้อมูลอะไรที่ขาดไป

สรุปว่า จากความหมายและองค์ความรู้ของการสะท้อนความคิดความคิดเชิงวิพากษ์ สิ่งที่สำคัญในกระบวนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วยการตระหนักรู้ในวิกฤติหรือปัญหาเป็น จุดเริ่มต้นทำให้คนรู้สึกอยากเปลี่ยนทัศนคติ จากนั้นต้องการการแลกเปลี่ยนทัศนคติกับผู้อื่นที่

หลากหลายจากกรอบความคิดเดิมไม่สามารถแก้ปัญหาได้ต้องอาศัยสมมุติฐาน ต้องการข้อเสนอสมมุติฐานใหม่ในการแก้ปัญหานั้นแล้วมีการสำรวจพิจารณาข้อเสนอที่รับมาปรับเป็นทัศนคติใหม่ การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้นจึงประกอบด้วย

1. เหตุการณ์กระตุ้น เหตุการณ์จำลองหรือวิกฤตเทียมเนื่องจากการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต้องมีเหตุการณ์หรือวิกฤตเกิดขึ้นแต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการป้องกันไม่ให้เกิดวิกฤตคือการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือการเป็นอัมพาต ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์วิกฤตเทียมขึ้นมาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนักอันนำไปสู่การเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม
2. การสนทนา เป็นการสื่อความหมาย หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3. การเสนอข้อเสนอลักษณะเลือกสำหรับสมมุติฐานใหม่(premise)โดยเข้าใจบริบทวัฒนธรรม
4. การสำรวจตนเอง หรือการตรวจสอบสมมุติฐานด้วยการสะท้อนความคิดในกระบวนการจากการตั้งคำถามว่าอย่างไร เนื้อหาจากการตั้งคำถามว่าอะไร ข้อสรุปข้อเสนอในสมมุติฐานจากการตั้งคำถามว่าทำไม

2.2.4 การสนทนาในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์

แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของเมซีโรว์ที่ได้รับอิทธิพลจากนักคิดตามทฤษฎีวิพากษ์สังคม(critical theory)ของสำนักแฟรงก์เฟิร์ต เช่น ฮาเบอร์มาส, แพรร์, ฟูโกต์ ลักษณะของการสนทนาเป็นวาทกรรม(Mezirow) หลักการสนทนาในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์มีดังนี้

Foucault (1970)อธิบายว่า วาทกรรมเป็นมากกว่าเรื่องของภาษาหรือคำพูดแต่มีภาคปฏิบัติ การจริงของวาทกรรม(discursive practices) ซึ่งรวมถึงจารีตปฏิบัติ ความคิด ความเชื่อ คุณค่า และสถาบันต่างๆในสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆด้วย วาทกรรมถูกสร้างขึ้นมาจากความแตกต่างระหว่างสิ่งที่สามารถพูดได้ถูกต้องในช่วงเวลาหนึ่งภายใต้กฎเกณฑ์และตรรกะชุดหนึ่ง กับสิ่งที่ถูกพูดอย่างแท้จริง สนามของวาทกรรมในขณะใดขณะหนึ่งก็คือกฎเกณฑ์ว่าด้วยความแตกต่างนี้ สนามของวาทกรรมจึงสร้างสรรค์สิ่งต่างๆขึ้นมา ภายใต้กฎเกณฑ์ชุดหนึ่ง กฎเกณฑ์นี้จะเป็นตัวกำหนดการดำรงอยู่ การเปลี่ยนแปลงหรือการเลือนหายของสรรพสิ่ง เอกลักษณ์และความหมายนั้นเป็นเรื่องของการใช้อำนาจและความรุนแรงเข้าไปยึดเยียดให้เป็นของวาทกรรมชุดหนึ่ง และขณะเดียวกันวาทกรรมดังกล่าวจะเก็บกด บดบัง ปิดกั้น ขจัดหรือทำลายมิให้สิ่งที่แตกต่างไปจากเอกลักษณ์และความหมายของสิ่งที่วาทกรรมนั้นสร้างขึ้นมามากกว่าเป็นการผูกติดกันอย่างเหนียวแน่นของคุณสมบัติเฉพาะ(attribute)บางอย่างในตัวของสิ่งเหล่านั้นเองที่ทำให้เป็นอยู่อย่างที่เราเข้าใจกัน เช่น อวัยวะเพศกับความ เป็นชายหรือหญิง บัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางกับความ เป็นพลเมือง เหล่านี้เป็นต้น อำนาจที่แยบยลของวาทกรรมในการสร้างเอกลักษณ์หรือความเฉพาะเจาะจงให้กับ

สรรพสิ่งในสังคม หรือการควบคุมในรูปของการจัดระเบียบวินัย(discipline) เช่นเด็ก ๆ จะถูกจัดระเบียบหรือทำให้มีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าผู้ใหญ่ คนป่วยมากกว่าคนที่สุขภาพแข็งแรง คนบ้ามากกว่าคนปกติ คนร้ายมากกว่าคนดี เป็นต้น การจัดระเบียบหรือทำให้มีลักษณะเฉพาะเจาะจงอย่างมากมาจากกลไกการควบคุมในอารยธรรมของเรา แหล่งที่สร้างกฎเกณฑ์เหล่านี้ที่สำคัญได้แก่ อำนาจและความรู้ที่มีความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์ว่าทกรรม หรือลักษณะว่าทกรรมที่เป็นหน่วยในการวิเคราะห์(unit analysis)ไม่ใช่เป็นเพียงการบอกกล่าว หรือตัวบท ที่อยู่ลำพังโดดเดี่ยวแต่การวิเคราะห์ว่าทกรรมจะมีมุมมองเกี่ยวกับลักษณะที่มีความสำคัญดังต่อไปนี้

1. ว่าทกรรมมีลักษณะเป็นแนวความคิด อุดมการณ์ซึ่งประกอบไปด้วยชุดความคิดมากมายที่มาอยู่ร่วมกันซึ่งมีสถานะเชิงอำนาจที่จะชี้บอกให้กระทำหรือไม่กระทำ

2. การวิเคราะห์ว่าทกรรมมีจุดยืนอยู่ที่การสร้างสังคม โดยมีฐานความคิดว่า ว่าทกรรมเป็นความจริงชุดหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์บางอย่างของผู้สร้าง จุดสนใจของการวิเคราะห์จึงอยู่ที่กระบวนการ วิธีการในการสร้างว่าทกรรมขึ้นมา

3. ว่าทกรรมเป็นเรื่องของความเชื่อ แบบแผนการกระทำ ที่ผลิต และสร้างขึ้นจากความรู้ของสาขาวิชาการต่างๆ โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

1) สร้างความฝันถึงสังคมและชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีกว่าให้คนยอมรับ

2) ทำความฝันนั้นมาสู่การปฏิบัติในรูปของสถาบันที่ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่สนองตอบให้ความฝันเป็นจริง

3) ผลิตองค์ความรู้ในรูปของวินัยทางวิชาการ(academic discipline)

เช่น กรมตำรวจเกิดจากความฝันให้สังคมสงบเรียบร้อย และมีการสร้างหลักสูตรโรงเรียนนายร้อย ตำรวจ

4. แม้ว่าการวิเคราะห์ว่าทกรรมจะสนใจที่อำนาจ การเข้าควบคุม ครอบงำ กำกับ ปิดกั้น แต่การศึกษาว่าทกรรมจะต้องค้นหา แสดงให้เห็นถึง การต่อต้าน ชัดขึ้น ต่อรอง ไม่ยอมตามอำนาจ หรือการปะทะประสาน(articulate) ต่ออำนาจนั้น ดังนั้นว่าทกรรมหลักที่มีอิทธิพลครอบงำควบคุม จึงไม่ใช่สิ่งที่จะสามารถเข้าจัดการความคิด การกระทำของผู้คนในสังคมได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด หากแต่ในการภาคปฏิบัติการของว่าทกรรมเต็มไปด้วยความเคลื่อนไหว การปะทะประสาน การเจรจา การยอมตาม ประนีประนอม และการแข่งขัน ซึ่งแตกต่างกันไปในพื้นที่และเวลา

5. ว่าทกรรมยังเต็มไปด้วย ระบบ ระเบียบ ที่มีเหตุผล เพื่อสร้างความชอบธรรมให้กับองค์กรผู้ใช้อำนาจ ว่าทกรรมจึงไม่เพียงเป็นคำที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว หรือมีความตรงไปตรงมาตามความหมายของภาษา หากแต่เต็มไปด้วยรูปแบบข้อปฏิบัติ ที่เป็นชุดคำสั่งในแนวทางการแสดงพฤติกรรม การพูดรวมกระทั่งถึงวิธีคิด เช่นว่าทกรรม ประชาธิปไตย ไม่ใช่คำที่มีความหมายเพียงระบอบการปกครองที่อำนาจสูงสุดเป็นของประชาชน หากแต่หมายถึงสถาบันการเมือง ระบบการ

เลือกตั้ง นักการเมือง การออกกฎหมาย อำนาจการบริหารราชการแผ่นดิน สิทธิเสรีภาพของประชาชน การเข้าคิว ไปจนถึงการแสดงความคิดเห็นบนโต๊ะอาหารของสมาชิกในครอบครัว

Freire (1970) กล่าวว่า การปลุกมโนธรรมสำนึก(conscientization)เกิดได้จากการสนทนา(dialog) และการปฏิบัติ(praxis) การสนทนาที่เกิดขึ้นเป็นการสนทนาโดยการถอดรหัส(decoding) จากระหัสที่สร้างขึ้น(coding)

Habermas (1970, อ้างถึงใน ชิตชงค์ ส.นันทนาเนตร, 2549) กล่าวไว้ในทฤษฎีการกระทำ การติดต่อสื่อสาร(theory of communicative action) ว่าปริมณฑลสาธารณะ(public sphere) เป็นสิ่งที่มีคุณค่าที่จะสร้างให้เกิดขึ้น สังคมควรจัดให้เกิดกระบวนการที่จะนำไปสู่การสร้างเวทีที่เปิดกว้างให้มีการถกเถียงวิพากษ์วิจารณ์อย่างเปิดเผย นักปรัชญาทางสังคมควรชี้แนะให้ประชาชนเข้าร่วมในกระบวนการถกเถียงอภิปรายแสดงความคิดเห็น ไม่ได้ชี้แนะว่าประชาชนควรตัดสินใจอย่างไร หลักการสำคัญมีสองประการ ได้แก่ ประการแรก ผู้คนทั่วไปสามารถแยกอาณาเขตสามแห่งได้ คือ ธรรมชาติภายนอก, สังคม, ธรรมชาติภายใน ธรรมชาติภายนอกเป็นเรื่องของการกระทำต่อการเป็นตัวแทนของสิ่งต่างๆอย่างถูกต้อง สังคมเป็นเรื่องของการกระทำต่อความถูกต้องเชิงความดีความงามตามกฎเกณฑ์ทางสังคม และธรรมชาติภายในหมายถึงประเด็นที่เกี่ยวกับความตั้งใจและบริสุทธิ์ใจ ประการที่สอง ความคิดเรื่องความมีเหตุผลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่กับการติดต่อสื่อสาร หลักการทั้งสองประการนี้นำไปสู่ความคิดเรื่องการยืนยันความจริง กล่าวคือ บุคคลจะแสดงให้เห็นถึงความตรงสี่ประการ ได้แก่ ความสามารถเข้าใจง่าย(intelligibility), สิ่งที่เป็นความจริง(truth) ความถูกต้องทางศีลธรรม(moral rightness), ความบริสุทธิ์ใจ(sincerity)

Cranton (1994) กล่าวถึงการตั้งคำถามในการสนทนาตามการสะท้อนความคิด ดังนี้

การตั้งคำถามด้วยคำว่า อะไร ในการสนทนาการสะท้อนความคิดด้านเนื้อหา(content reflection) เช่น ผู้สูงอายุที่กลับเข้ามาเรียนอาจรู้สึกไม่สบายใจ หรือแปลกแยก และมีคำถามกับตัวเองว่าเกิดปัญหาอะไรขึ้นที่นี่

การตั้งคำถามด้วยคำว่า อย่างไร ในการสนทนาการสะท้อนความคิดในกระบวนการ(process reflection) เช่นผู้สูงอายุอาจถามตัวเองว่า ฉันจะเข้าใจปัญหานี้ได้อย่างไร เป็นกระบวนการตรวจสอบการแก้ปัญหา

การตั้งคำถามด้วยคำว่า ทำไม ในการสนทนาการสะท้อนความคิดในข้อสรุปข้อเสนอสมมุติฐาน(premise reflection or critical reflection) เกิดขึ้นเมื่อตัวปัญหาเองถูกตั้งคำถาม เช่น ผู้สูงอายุอาจถามตัวเองว่า พื้นฐานความเชื่ออะไรที่ทำให้รู้สึกอึดอัด มันเป็นปฏิกิริยาโดยธรรมชาติเมื่ออยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคยทำให้รู้สึกอึดอัดใช่หรือไม่ ทำไมต้องอยู่ในสภาพเช่นนี้

Enlich (2000, อ้างถึงใน ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, 2551) กล่าวว่า วาทกรรม หมายถึง คำ (word) การพูดคุย(talk) ตัวบท(text) การพูดคุยในที่นี้ใช้ในวงกว้าง กล่าวคือเป็นการส่งสารด้วย

วิธีการใดๆที่จะบอกเล่าเรื่องราวแก่ผู้รับสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ ด้วยการพูด การออกเสียง การใช้ภาษาใบ้ ภาษาท่าทาง ซึ่งเป็นการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้พูดและผู้ฟังโดยตรงหรือโดยผ่านเครื่องมือสื่อสาร สำหรับตัวบท คือ การสร้างตัวอักษร รูปร่าง รูปภาพ นำมาเรียงร้อยต่อกัน เป็นสิ่งที่สามารถอ่านและสื่อความหมายได้ ในฝรั่งเศส คำว่า ตัวบทใช้ในความหมายที่ควบคู่กันระหว่างภาษากับความคิด ซึ่งหมายถึงการตีความความคิดของผู้เขียนที่ไม่ใช่ตัวบทโดยลำพัง หากแต่สนใจที่บริบทแวดล้อมของการเขียนด้วย ลักษณะที่เป็นพิเศษของวาทกรรมที่เป็นเป้าหมายของการวิเคราะห์ คือ เป็นการบอกกล่าวเรื่องราวที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต ระบบความคิด การแสดงออกของคนในวงกว้าง ที่มีการผลิตซ้ำองค์ความรู้ขึ้นเพื่อใช้กำกับควบคุม

Mezirow (2000) กล่าวถึงการสนทนาในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงว่า หมายถึงการแลกเปลี่ยนความคิดเพื่อตรวจสอบความเชื่อ ความรู้สึกคุณค่าต่างๆของกันและกัน โดยการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างมีเหตุผล(rational discourse)เป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกรอบอ้างอิงหรือกระบวนทัศน์ในกระบวนกรแลกเปลี่ยนทางความคิดอย่างมีเหตุผลนี้ เราจะต้องทำความเข้าใจและตั้งคำถามทั้งกับกระบวนทัศน์ของตนเองและผู้อื่น

Mezirow (2003) อธิบายว่า บุคคลจะต้องมีความสามารถในการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานสองประการจึงจะสามารถทำการแลกเปลี่ยนทางความคิดอย่างมีเหตุผลและเป็นอิสระได้อย่างแท้จริงหรือมีวาทกรรมที่เปิดเผย(open discourse) คือ ความสามารถในการไตร่ตรองเกี่ยวกับตนเองเองอย่างแยบคาย(critically self reflection) และความสามารถทำการตัดสินได้อย่างไตร่ตรอง(reflective judgment)ในระหว่างกระบวนกรแลกเปลี่ยนความคิดเชิงวิภาษหรือวาทกรรมอย่างแยบคาย(critical dialectical discourse) คือการประเมินความเหมาะสมของข้อสรุปพื้นฐานและความคาดหวังในระดับลึกที่เป็นพื้นฐานของความคิด ความเชื่อ คุณค่า และความรู้สึกของทั้งตนเองและบุคคลอื่นในกระบวนกรแลกเปลี่ยนทางความคิดอย่างมีเหตุผลได้ซึ่งจะเป็นทั้งเครื่องมือที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงกรอบอ้างอิง และเป็นเครื่องมือตรวจสอบความถูกต้องของกรอบอ้างอิงที่สร้างขึ้นใหม่ โดยสรุปไว้ว่า “เมื่อความรู้ คือ ความเชื่อ คุณค่า และข้อตัดสินใจ ได้ถูกสร้างขึ้นโดยผ่านกระบวนกรของการแลกเปลี่ยนอย่างแยบคายโดยสังเคราะห์ทัศนะต่างๆและหลักฐานที่ปรากฏอยู่ทั้งหมดแล้ว ก็ย่อมเป็นไปได้ที่เราจะสรุปว่าข้อตัดสินใจ หรือการตีความบางประการมีความถูกต้องแม่นยำกว่าข้อสรุปอื่นๆโดยพิจารณาจากหลักฐานหรือความรู้เท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นสำคัญ และเราก็ยังน่าจะพอใจได้ระดับหนึ่งด้วยการตัดสินใจและข้อสรุปนั้นจะสามารถขึ้นนำการกระทำของเราจนกว่าจะมีทัศนะ หลักฐานหรือข้อโต้แย้งใหม่เกิดขึ้น และได้รับการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำผ่านกระบวนกรแลกเปลี่ยนความคิดเชิงวิภาษหรือวาทกรรมอย่างแยบคาย(critical dialectical discourse) แล้ว ด้วยลักษณะนี้ข้อสรุปทั้งหมดก็คงจะเปิดกว้างต่อโอกาสที่จะถูกประเมินและตรวจสอบจากกลุ่มที่ใหญ่และหลากหลายขึ้นได้อยู่เสมอ” กระบวนกรแลกเปลี่ยนทางความคิดอย่าง

มีเหตุผลนี้เป็นกระบวนการสำคัญที่จะต้องได้รับการส่งเสริมและสร้างให้เกิดขึ้นในระบบการศึกษา โดยเฉพาะการศึกษาผู้ใหญ่ เพราะกระบวนการแลกเปลี่ยนทางความคิดอย่างมีเหตุผลและการไตร่ตรองอย่างแยกกายจะช่วยพัฒนาลักษณะประชาธิปไตยคือ การยอมรับความแตกต่าง พร้อมทั้งจะแลกเปลี่ยนและตัดสินใจข้อสรุปที่มีคุณธรรมได้ดีและสามารถสังเกตและไตร่ตรองเกี่ยวกับตนเองได้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของนักการศึกษาที่จะต้องช่วยผู้เรียนสร้างและพัฒนา ทักษะ ความไว และความเข้าใจพื้นฐานที่จะช่วยพัฒนาความสามารถที่จะไตร่ตรองถึงข้อสรุปพื้นฐานอย่างแยกกาย และเข้าร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเชิงวิพากษ์อย่างแยกกายได้อย่างเต็มที่และเป็นอิสระ หรือ เป็นวาทกรรมที่เปิดเผย(open discourse) พร้อมทั้งเสนอเงื่อนไข และ อุดมคติที่จะช่วยให้เกิดกระบวนการสนทนาด้วยวาทกรรมที่ทำให้เกิดการสะท้อนความคิด(reflective discourse)ไว้ว่าประกอบด้วย 1) การมีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมมากที่สุด 2) เป็นอิสระจากการถูกบีบบังคับและการบิดเบือนความจริงที่เกิดจากการหลอกกลวงตนเอง 3) สามารถประเมินและชั่งน้ำหนักของหลักฐานต่างๆและประเมินข้อโต้แย้งตามสภาพความเป็นจริงให้ได้มากที่สุด 4) เปิดรับทัศนะที่แตกต่าง 5) สามารถสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)ถึงสมมุติฐานหรือกรอบความคิดเบื้องหลังและผลกระทบของทัศนะนั้นๆได้ 6) มีโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการที่จะตั้งคำถาม โต้แย้ง คัดค้าน ท้าทาย และไตร่ตรอง นอกจากนี้ต้องเปิดโอกาสให้ผู้อื่นทำเช่นเดียวกันกับความคิดตนเองได้ 7) สามารถยอมรับข้อตกลงร่วมที่เกิดจากการตรวจสอบข้อมูลความเป็นจริงที่ใช้เหตุผลร่วมกันว่าเป็นข้อสรุปที่ถูกต้องได้

Herman & Mandell (2004) กล่าวว่า การสนทนาที่ลึกซึ้ง และเชื่อมโยงกับชีวิต โดยมีวิทยากรเป็นพี่เลี้ยงมีหลักการ คือ ความไม่แน่นอนของการมีอำนาจ ให้แสดงว่าอะไรที่คุณเชื่อ หรือคุณรู้เป็นเพียงสมมุติฐานที่เป็นจริง ความหลากหลายของหลักสูตร บุคคลจะเรียนรู้อะไรได้ดีที่สุดจากสิ่งที่แปลกใหม่สำหรับเขา ความเป็นอิสระและการร่วมมือร่วมใจ ปฏิบัติ หรือถ่ายทอดความรู้ผ่านการสนทนาเรียนรู้จากชีวิตจริงโดย ประเมินการเรียนรู้จากการสะท้อนความคิดผ่านการสนทนา การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลเป็นความรู้ที่มีค่าที่สุด

ซิดซงค์ ส.นันทนาเนตร (2549) ได้สรุปความหมายของการสนทนา หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างมีเหตุผล(rational discourse)โดยใช้คำว่าวิเคราะห์วิพากษ์อดีตอย่างมีเหตุผลว่า เป็นกระบวนการการศึกษาวิเคราะห์ประสบการณ์เพื่ออธิบายความเชื่อของบุคคลเพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือเกิดมุมมองใหม่ต่อสถานการณ์นั้นๆและนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เป็นกลยุทธ์และกระบวนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์อดีตนี้มีหน้าที่สำคัญคือ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้บุคคลสามารถผสมกลมกลืนกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคยและเพื่อประเมินย้ำว่าสิ่งที่เรารู้้อยู่แล้วยังคงใช้ได้หรือไม่หรือเปล่า อาจกล่าวได้ว่าการวิพากษ์อดีตเป็นกระบวนการประเมินเพื่อหาคำอธิบายว่าทำไมเราจึงมีการรับรู้เช่นนี้, คิดอย่างนี้, รู้สึกอย่างนี้, ปฏิบัติตนอย่างนี้, และทำไมเราจึงทำเช่นนี้

ธนา นิลชัยโกวิท (2551) กล่าวว่า การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมโนทัศน์เน้นความเป็น
 สัจการของบุคคลและสังคมที่จะปลดปล่อย และเป็นเสรี ซึ่งสัจการนี้เป็นจุดบรรจบของปัจจัยภายใน
 กับบริบทสังคมวัฒนธรรมซึ่งข้อจำกัดนี้ผู้สอนต้องเข้าใจและสร้างบรรยากาศการเรียนรู้เพื่อบรรลุการ
 เปลี่ยนแปลงผ่านการคิดสะท้อนกลับ การสนทนา การวิพากษ์ การแยกแยะ การจินตนาการ การ
 กระทำ งานวิจัยและทฤษฎีแสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างหลากหลายในการเรียนรู้ตั้งธรรมชาติของ
 การศึกษาผู้ใหญ่ตั้งนั้นบทบาทของผู้สอนตามทฤษฎีการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ คือ การสร้าง
 โอกาสและบรรยากาศให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์วิพากษ์เปิดเผยอย่างมีเหตุผล(rational discourse) ผู้สอน
 จำเป็นต้อง ให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมอย่างเต็มที่(full information) ให้อิสระแก่ผู้เรียนลดการบีบบังคับ
 (free from coercion) สร้างโอกาสที่เท่าเทียมกันในการสมมติการรับบทบาทที่หลากหลาย(equal
 opportunity to assume various) ช่วยผู้เรียนให้ใส่ใจและวิเคราะห์สมมุติฐานที่อยู่เบื้องหลังความ
 เชื่อ ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง(critically reflective of assumptions) ช่วยประเมิน
 สถานการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งกำหนดและแสวงหาสมมุติฐานอื่นเพื่อเป็นทางเลือกใหม่อีกทั้งทดสอบ
 ความเที่ยงตรงของสมมุติฐานใหม่นี้โดยการเสวนาและวิพากษ์(searching for common ground or
 a synthesis of different point of view)สำหรับผู้เรียนควรมีคุณลักษณะ ได้แก่ เป็นคนมีเหตุผลใน
 การวิพากษ์ มีใจเปิดกว้างพร้อมที่จะยอมรับมโนทัศน์ผู้อื่นที่แตกต่าง ไม่ปกป้องตนเองเกินควร ต้อง
 เป็นผู้ฟังที่ดี ควรคำนึงหรือหยั่งรู้ความรู้สึกของผู้อื่น

ไชยรัตน์ เจริญสินโอร (2554) กล่าวว่า สิ่งที่เราเรียกว่าวาทกรรมนั้นเป็นมากกว่าเรื่องของ
 ภาษา คำพูด หรือการตีความ แต่เป็นเรื่องของอำนาจและความรุนแรงที่แสดงออกมาในรูปการ
 ปฏิบัติการจริงของวาทกรรม(discursive practice)ในสังคม ในทุกๆสังคมการผลิตวาทกรรมจะถูก
 ควบคุม คัดสรร จัดระบบและแจกจ่ายภายใต้กฎเกณฑ์ชุดหนึ่ง ซึ่งมีหน้าที่พลิกแพลงเพื่อให้เรามองไม่
 เห็นอำนาจ และอันตราย รวมตลอดถึงความน่าเกลียด น่าสะพรึงกลัวของวาทกรรม เพื่อให้วาทกรรม
 ดังกล่าวดำรงความเหนือกว่า ความเป็นผู้นำในสังคม สำหรับสังคมปัจจุบันกฎเกณฑ์ที่รู้จักกันดี คือ
 การกีดกัน การเก็บกด การปิดกั้น ในรูปแบบที่เราคุ้นชินกันมาก คือ การห้าม ส่วนการวิเคราะห์วาท
 กรรม(discourse analysis) โดยสาระสำคัญแล้วก็คือ การพยายามศึกษาและสืบค้นถึงกระบวนการ
 ขั้นตอน ลำดับเหตุการณ์ และรายละเอียดปลีกย่อยต่างๆในการสร้างเอกลักษณ์และความหมายให้กับ
 สรรพสิ่งที่ห่อหุ้มเราอยู่ในสังคมในรูปของวาทกรรมและภาคปฏิบัติการของวาทกรรมว่าด้วยเรื่องนั้นๆ
 ว่าเป็นความเป็นมาอย่างไร มีการต่อสู้เพื่อช่วงชิงการนำ(hegemony) ในการกำหนดกฎเกณฑ์ว่าด้วย
 เรื่องนั้นๆอย่างไร มีความเกี่ยวข้องกับบุคคล สถาบัน สถานที่เหตุการณ์อะไร ผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก
 การสร้าง รวมตลอดถึงการเก็บกดปิดกั้น สิ่งเหล่านี้ของวาทกรรมมีอย่างไร หัวใจของการวิเคราะห์วาท
 กรรม คือการพิจารณาถึงภาคปฏิบัติการจริงของวาทกรรม เป็นการค้นหาว่าด้วยวิธีการ กระบวนการ
 ใดๆที่สิ่งต่างๆในสังคมถูกทำให้กลายเป็นวัตถุเพื่อการศึกษา เพื่อการพูดถึงของวาทกรรม(an object

of discourse/ discourse object) ซึ่งเป็นชุดของความสัมพันธ์ที่มีความสลับซับซ้อนในสังคม ที่เป็นตัวกำหนดการพูดถึงสิ่งๆนั้น ชุดของความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนดังกล่าวนี้ไม่ได้ดำรงอยู่ในตัววัตถุธรรมของวาทกรรม หรือโลกแห่งความเป็นจริง แต่อยู่นอกตัววัตถุธรรมของวาทกรรม และกลับกลายเป็นตัวกำหนดการดำรงอยู่ของตัววัตถุธรรมของวาทกรรมนั้นๆอีกต่อหนึ่งในรูปของวาทกรรม ในส่วนปฏิบัติการจริงที่สนใจนั้นเป็นภาคปฏิบัติการจริงของวาทกรรมที่สำคัญๆในสังคม (serious speech act) นั่นก็คือวาทกรรมของผู้เชี่ยวชาญในแขนงต่างๆ ภาคปฏิบัติการจริงของวาทกรรมนั้น สถาปนาผู้พูดให้มีอำนาจ ความชอบธรรมในการพูดถึงเรื่องนั้นๆ สำหรับมุมมองของนักวิเคราะห์วาทกรรมแล้วนั้นมองว่า มนุษย์เป็นเพียงร่างทรง หรือผู้ที่ทำตาม ตอกย้ำ ผลิตซ้ำ (enact) กฎเกณฑ์ของสิ่งที่พูดมากกว่าที่จะคิดค้น หรือสรรสร้างระบบ กฎเกณฑ์ขึ้นมาใหม่ อีกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับเรื่องของ การวิเคราะห์วาทกรรมคือ ในการวิเคราะห์วาทกรรมนั้นมิได้อยู่ที่ว่าคำพูดนั้นเป็นจริงหรือเป็นเท็จ ในการวิเคราะห์วาทกรรมไม่ได้สนใจประเด็นเหล่านี้มากนัก หากแต่ความสนใจกลับอยู่ที่กฎเกณฑ์ชุดหนึ่ง ที่เป็นตัวกำกับให้การพูด การกระทำนั้นเป็นไปได้ และกฎเหล่านั้นก็ยังคงแฝงอยู่ในตัวของวาทกรรมเอง ในกระบวนการ หรือขั้นตอนในการวิเคราะห์วาทกรรมจะเริ่มต้นด้วยคำถามที่ดูเหมือนง่ายและมีความเป็นรูปธรรมสูงว่า อะไรคือสิ่งที่กำลังพูดหรือศึกษาถึง หรือวาทกรรมของสิ่งนั้นคืออะไร ซึ่งการตั้งคำถามดังกล่าวเป็นการตั้งคำถามที่ตั้งขึ้นเพื่อการตรวจสอบหรือสืบค้นว่าเอกลักษณ์และความหมายของสิ่งที่ถูกตั้งคำถามถึงนั้นว่าถูกสร้างขึ้นมาได้อย่างไร และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง เพื่อศึกษาถึงชุดคำเกณฑ์ที่เป็นตัวกำหนดสร้างความหมายให้กับสิ่งที่ถูกตั้งคำถามดังกล่าวนั้น ซึ่งจะช่วยให้เราเห็นถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคมที่สิ่งๆนั้นดำรงอยู่ ทั้งยังช่วยให้เห็นถึงความสลับซับซ้อนเปลี่ยนแปลงด้วย วาทกรรม จึงหมายถึง ระบบและกระบวนการในการสร้าง/ผลิต (constitute) ความรู้ (knowledge) ความจริง (truth) เอกลักษณ์ (identity) และความหมาย (significance) ให้กับสรรพสิ่งต่างๆในสังคมที่ห่อหุ้มเราอยู่ไม่ว่าจะเป็น ความรู้ความจริง อำนาจ หรือตัวตนของเราเอง โดยกระบวนการเช่นนี้เกิดขึ้นพร้อมกับปฏิบัติการทางสังคม (social practices) ขณะเดียวกันก็เกิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ยึดติดมากับความรู้ต่างๆที่ผลิตขึ้น วาทกรรมยังทำหน้าที่ตรึงสิ่งที่สร้างขึ้นให้ดำรงอยู่และเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง (valorize) กลายเป็นวาทกรรมหลัก (Dominant discourse) ที่สามารถเก็บกดหรือปิดกั้นมิให้เอกลักษณ์และความหมายของบางสิ่งเกิดขึ้น (subjugate) และในช่วงเวลาเดียวกันก็อาจจะทำให้เอกลักษณ์และความหมายของสิ่งที่เคยดำรงอยู่ในสังคมสูญหายไป (displace)

กล่าวโดยสรุป การสนทนาที่ใช้ในงานวิจัยนี้ เป็นการสื่อความหมาย หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่ลึกซึ้ง และเชื่อมโยงกับชีวิตโดยมีวิทยาการเป็นพี่เลี้ยงด้วยการตั้งคำถามให้สะท้อนความคิดว่าอะไร อย่างไร และทำไม

ตอนที่ 3. การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง(self-directed learning)เดิมใช้คำว่า “การสอนตนเอง(auto-didactic)” อาจใช้คำอื่นๆมาเรียกแตกต่างกัน เช่น การศึกษาด้วยตนเอง(self-education) การสอนตนเอง(self-teaching) การเรียนรู้ด้วยการวางแผนตนเอง(self-planned learning) การเรียนรู้อย่างเป็นอิสระ(independent learner) เมื่อมีความเจริญทางเทคโนโลยีโดยเฉพาะเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงเกิดคำศัพท์ที่สัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เช่น e-learning, web-based learning การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นที่ยอมรับและแพร่หลายอย่างกว้างขวางมากในการศึกษาผู้ใหญ่ เป็นการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองบนพื้นฐานของ คำว่า Andragogy ที่หมายถึง ศาสตร์และศิลป์ช่วยให้ผู้ใหญ่ให้เรียนรู้สำเร็จเป็นจุดที่บุคคลบรรลุอัตมโนทัศน์(self-concept) ในการนำตนเอง(self direction) ของการกลายเป็นผู้ใหญ่ และเป็นจุดที่บุคคลพัฒนาความต้องการทางจิตใจในการนำตนเอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ และมีความสำเร็จในการประกอบอาชีพ คือ ลักษณะเฉพาะตัว และอุปนิสัยในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Mnowles, 1980)

3.1 ความหมายของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นการเชื่อมโยงการเรียนรู้จากการเริ่มต้นด้วยการตั้งเป้าหมายของผู้เรียน มีความตั้งใจมุ่งมั่น และความพยายามเพื่อการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ มีการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง หากใช้การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองอย่างเหมาะสมกับตนเองของแต่ละบุคคลจะทำให้ผู้เรียนประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ มีนักการศึกษาให้ความหมายการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ดังนี้

Skager (1978, อ้างถึงใน Gibbons, 2002) นิยามการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองว่า เป็นการเรียนรู้ที่บุคคลตั้งเป้าหมายของตนเอง วางแผนและดำเนินการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินผลการเรียนรู้เป็นการประเมินผลของผู้เรียนด้วยตนเอง

Knowles (1980) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้และหาความหมายที่กว้างขึ้นของบุคคลแต่ละคนที่จะนำเสนอวิธีการของตนเอง โดยอาจมีการขอความช่วยเหลือหรือไม่ขอจากบุคคลอื่นตามการวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ เป้าหมาย แหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ การเลือก และการนำสู่การปฏิบัติตามกลยุทธ์การเรียนรู้ที่วางไว้ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ของการเรียนรู้

Gertsner (1992, อ้างถึงใน Long, 2003) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองประกอบด้วย ความรู้สึกตระหนักรู้ การเปลี่ยนแปลงภายในของจิตสำนึก ความสามารถตระหนักรู้คุณค่าของตนเอง การส่งเสริมทักษะกระบวนการภายในในการพัฒนาของมนุษย์อย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การวางแผน และการจัดการเรียนการสอนจากเหตุการณ์ภายนอก

Gibbons (2002) ได้ให้ความหมายการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองว่า เป็นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ การพัฒนาตนเองที่บุคคลเลือก และทำให้เกิดขึ้นด้วยความพยายามของตนเองด้วยวิธีการใดๆ ภายใต้สถานการณ์บางอย่างในช่วงเวลาหนึ่ง

Long (2003) อธิบายว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองนั้นผู้เรียนจะได้รับความท้าทายจากการรับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเองอันนำไปสู่การพัฒนาองค์กร และการพัฒนาองค์กรจะทำให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ที่ดีขึ้น

Roberson (2005) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองได้ถูกให้ความหมายว่า เป็นการเรียนรู้อย่างตั้งใจที่บุคคลรับผิดชอบ และควบคุมการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นได้หลายทางทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ สิ่งสำคัญ คือ ผู้เรียนจะเป็นเจ้าของในการควบคุมสิ่งที่จะเรียน เวลาที่จะเริ่มเรียน สถานที่เรียน และเวลาที่จะสำเร็จ

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2543, อ้างถึงใน เรวดี ทรงเที่ยง, 2550) อธิบายว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นกระบวนการที่ใช้ในการค้นคว้าแสวงหาความรู้ของบุคคล โดยบุคคลนั้นมีความคิดริเริ่มด้วยตนเอง มีความตั้งใจ มีจุดมุ่งหมายในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองเป็นสำคัญ โดยจะต้องมีการวางแผนการเรียน มีการเลือกแหล่งข้อมูล เลือกวิธีการเรียนรู้ที่มีความเหมาะสม และสัมพันธ์กับนิสัยในการเรียนรู้ของตนเอง มีการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนของตน

สุนทรา โต้บัว (2546, อ้างถึงใน เรวดี ทรงเที่ยง, 2550) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นการเรียนรู้ที่บุคคลริเริ่มด้วยตนเองอันเป็นการแสดงออกถึงความใฝ่รู้ ความอยากรู้ ความกระตือรือร้นในการเรียน วิเคราะห์ความต้องการ กำหนดเป้าหมายที่จะเรียนของตนเอง ควบคุมตนเอง แสดงออกถึงความรับผิดชอบผูกพันกับเป้าหมายการทำงานที่ตั้งไว้ มุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จตามเวลา มีการตรวจสอบแผนปฏิบัติของตน มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ประเมินผลงานของตนเองพร้อมที่จะปรับปรุงตนเอง และเป็นผู้ที่รู้วิธีเรียนมีการวางแผนการเรียนของตนเอง รู้วิธีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ

ทศนา แหมมณี (2547) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นแนวคิดที่เน้นการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียน ตั้งเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์การเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถวางแผนการเรียน การแสวงหาความรู้ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการประเมินตนเองว่ามีปัญหาอุปสรรคในการเรียนอย่างไร เป็นการพัฒนาคูณลักษณะรู้ทัน รู้นำโลก และเรียนรู้ชำนาญ เชี่ยวชาญปฏิบัติให้เกิดขึ้นกับผู้เรียน

สรุปว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นการเรียนรู้ ที่มีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย เลือกวิธี ติดตามประเมินผล และพัฒนาการเรียนรู้อย่างตนเอง ที่สำคัญ คือ การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นความต้องการของผู้เรียนที่ต้องดำเนินการด้วยตนเอง ควบคุมการเรียนรู้ด้วยความรับผิดชอบของ

ตนเอง มีการพัฒนาต่อเนื่องนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถนำไปใช้ได้ทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย

3.2 ลักษณะของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

Skager (1978, อ้างถึงใน Gibbons, 2002) อธิบายลักษณะของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง คือ 1) เป็นผู้ยอมรับตนเอง มีทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง 2) เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีการวางแผน มีลักษณะที่สำคัญ คือ รู้ถึงความต้องการในการเรียนของตนเอง วางจุดมุ่งหมายที่เหมาะสมต่อตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการที่ตั้งไว้ และเป็นแผนงานที่มีประสิทธิภาพช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการเรียน 3) ผู้เรียนที่มีแรงจูงใจภายในในการเรียนอยู่ในตัวเองจะสามารถเรียนรู้โดยปราศจากสิ่งควบคุมภายนอก เช่น รางวัล การถูกตำหนิ หรือลงโทษ เรียนเพื่อต้องการวุฒิบัตร หรือตำแหน่ง 4) มีการประเมินผลตนเองได้ว่า จะเรียนได้ดีแค่ไหน หรืออาจขอให้ผู้อื่นประเมินการเรียนรู้ของตนเองก็ได้ ซึ่งผู้เรียนจะต้องยอมรับการประเมินผลภายนอกว่า ถูกต้องเมื่อผู้ประเมินมีความคิดอย่างอิสระ และการประเมินสอดคล้องกับสิ่งต่างๆที่ปรากฏเป็นจริงในขณะนั้น 5) การเปิดกว้างต่อประสบการณ์ ผู้เรียนที่นำประสบการณ์เข้ามาใช้ในกิจกรรมชนิดใหม่ๆ อาจสะท้อนการเรียนรู้ หรือการจัดวางเป้าหมายโดยไม่จำเป็นที่จะเป็นเหตุผลในการที่จะเข้าไปทำกิจกรรมใหม่ๆ ความใคร่รู้ ความอดทนต่อความคลุมเครือ การขอสิ่งที่ยุ่งยากสับสน และการเรียนอย่างสนุกจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมใหม่ๆ และทำให้เกิดประสบการณ์ใหม่ๆอีกด้วย 6) ความยืดหยุ่น แสดงให้เห็นถึงความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงเป้าหมาย หรือวิธีการเรียน และใช้ระบบการเข้าถึงปัญหาโดยใช้ทักษะการสำรวจ การลองผิดลองถูก ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการขาดความตั้งใจที่จะเรียนรู้ ความล้มเหลวจะได้รับการนำมาปรับปรุงแก้ไขมากกว่าที่จะยอมแพ้ยกเลิก 7) การเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง ผู้เรียนดูแลตนเองได้เลือกที่จะผูกพันกับรูปแบบการเรียนรู้แบบใดแบบหนึ่ง บุคคลเหล่านี้สามารถตั้งคำถามกับมาตรฐานของระยะเวลา และสถานที่ว่า ลักษณะการเรียนแบบใดที่มีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับได้

Tough (1979, อ้างถึงใน Long, 2003) มองว่าการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองนี้เป็นลักษณะที่พบโดยทั่วไปในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ แต่สำหรับผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่ประสบความสำเร็จสูงจะมีลักษณะพิเศษ คือ เข้าใจและยอมรับในคุณลักษณะของตน และไม่พอใจกับสภาพของตนในปัจจุบัน มีความมุ่งมั่นพยายามที่จะพัฒนาศักยภาพที่ซ่อนเร้นของตน มีความสามารถ อยากรู้อยากเห็น มีความมุ่งมั่นที่จะเอาชนะอุปสรรคทั้งปวง ประกอบด้วยลักษณะ คือ 1) ตั้งเป้าหมายของการกระทำไว้ชัดเจน 2) รู้จักเลือกใช้ความรู้ และทักษะที่เหมาะสม 3) มีการวางแผนการเรียนอย่างดี 4) เรียนได้โดยกำลังความสามารถที่มีไม่มีที่สิ้นสุด 5) มีความมุ่งมั่นพยายามที่จะพัฒนาศักยภาพที่ซ่อนเร้นของตน มีความอยากรู้อยากเห็น 6) เข้าใจและยอมรับในคุณลักษณะของตน และไม่พอใจกับสภาพของตนในปัจจุบัน 7) มีความเชื่อมั่น กล้าหาญ ที่จะเปิดเผยตนเอง 8) สนใจอย่างมีทิศทางแน่ชัด 9) เลือกออาชีพ และ

กิจกรรมของตนเอง 10) ไม่ได้ถูกบังคับ หรือถูกผลักดันจากภายนอก 11) มีความผูกพัน หรือยึดมั่นต่อจุดหมายของชีวิต 12) ต่อสู้บากบั่นเพื่อจะบรรลุเป้าหมายสำคัญบางประการ 13) มีความพยายามที่จะเอาชนะอุปสรรคทั้งปวง 14) เป็นผู้ที่ผลงาน และประสบความสำเร็จ 15) คบหาสมาคมกับเพื่อน รักใคร่ได้อย่างจริงจัง

Guglielmino (1989) กล่าวว่า ลักษณะของผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นบุคคลมีความริเริ่มอิสระ และยืดหยุ่นในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นบุคคลที่ยอมรับความรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง และมองปัญหาเป็นความท้าทายไม่ใช่อุปสรรค สามารถมีวินัยในตนเอง และมีความอยากรู้อยากเห็นสูง เป็นบุคคลที่มีความปรารถนาที่จะเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลง และมีความมั่นใจในตนเอง เป็นผู้ที่สามารถใช้ทักษะการเรียนรู้ในการจัดการเวลา กำหนดแนวทางการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม และสามารถพัฒนาแผนงานให้บรรลุผลสำเร็จ เป็นผู้ที่มีความสนุกในการเรียนรู้ และมีแนวโน้มที่พุ่งเป้าหมาย

สมคิด อิศระวัฒน์ (2543, อ้างถึงใน เรวดี ทรงเที่ยง, 2550) สรุปว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีลักษณะ ดังนี้

1. สมารถใจที่จะเรียนเองมิได้บังคับ แต่มีเจตนาที่จะเรียนด้วยความอยากรู้
2. ตนเองเป็นแหล่งข้อมูลของตัวเอง คือ ผู้เรียนสามารถบอกได้ว่าสิ่งที่ตนจะเรียนคืออะไร รู้ว่าทักษะ และข้อมูลที่ต้องการหรือจำเป็นที่จะใช้มีอะไรบ้าง สามารถกำหนดเป้าหมาย วิธีการรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ และวิธีการประเมินผลการเรียนรู้ ผู้เรียนต้องเป็นผู้จัดการการเปลี่ยนแปลงต่างๆด้วยตนเอง ผู้เรียนมีความตระหนักในความสามารถ สามารถตัดสินใจได้ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ และบทบาทในการเป็นผู้เรียนที่ดี
3. ผู้เรียนต้องรู้วิธีการเรียน คือ ผู้เรียนควรทราบขั้นตอนการเรียนรู้ของตนเอง รู้ว่าจะไปสู่จุดที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างไร

สุนทรา โดบัว (2546, อ้างถึงใน เรวดี ทรงเที่ยง, 2550) สังเคราะห์ลักษณะของผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองประกอบด้วยลักษณะ 3 องค์ประกอบ คือ

1. ริเริ่มการเรียนรู้ด้วยตนเองที่แสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการเรียน สมารถใจด้วยความอยากรู้ วิเคราะห์ความต้องการ และกำหนดเป้าหมายที่จะเรียนของตนเอง คัดเลือกวิธีการเรียน และแหล่งเรียนรู้ที่เหมาะสม
2. การควบคุมตนเองเป็นลักษณะนิสัยที่แสดงถึงความรับผิดชอบผูกพันกับเป้าหมายการทำงานที่ตั้งไว้ มุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จตามเวลา กล้ารับผิดชอบในผลงานของตนเอง และปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นอยู่เสมอ มีความคิดทางบวก หรือทัศนคติทางบวกต่อตนเอง

3 มีทักษะการแสวงหาความรู้ หรือสามารถเข้าถึงสิ่งที่ตนเองต้องการเรียนรู้ สามารถเลือกใช้ทรัพยากรการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม มีการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล มีความมุ่งมั่นพยายามที่จะพัฒนาศักยภาพที่ซ่อนเร้นของตนเอง

สรุปว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ผู้เรียนมีลักษณะ ดังนี้ คือ มีความปรารถนาที่จะเรียนรู้ มีความอยากรู้อยากเรียน มีความริเริ่มในการเรียนอย่างเป็นอิสระ สนุกใจในการเรียนโดยมีแรงจูงใจภายในปราศจากสิ่งควบคุมภายนอก เข้าใจและยอมรับในคุณลักษณะของตนเอง เป็นตัวของตัวเอง มีความตระหนักในความสามารถ มีความรับผิดชอบ พยายามพัฒนาศักยภาพแฝงเร้นของตนเอง ควบคุมการเรียนรู้ของตนเอง มีการวางแผนกำหนดแนวทางการเรียนรู้ของตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นแหล่งข้อมูลของตนเอง มีวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมาย มีวิธีการรวบรวมข้อมูลที่ต้องการรวมทั้งการประเมินผลของตนเอง

3.3 รูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีการนำไปใช้ในหลากหลายสถานการณ์ เช่น การศึกษาในระบบ การศึกษาผู้ใหญ่ การศึกษานอกระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัย จึงมีผู้เสนอรูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองต่างๆ ดังนี้

Knowles (1980) อธิบายว่า การการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นการเรียนรู้ในแต่ละสถานการณ์ ผู้เรียนจะเป็นผู้คิดริเริ่มวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ของตนเอง ระบุวัตถุประสงค์ และกำหนดแผนการเรียนรู้ รวมทั้งประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีความช่วยเหลือจากผู้อำนวยความสะดวก หรือเพื่อนร่วมทางการเรียนรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ผู้เรียน ผู้สอน แหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เรียน แสดงบทบาทชี้นำการเรียนรู้ด้วยตนเองตั้งแต่การกำหนดความต้องการการเรียนรู้ การวางแผนออกแบบการเรียนรู้ กำหนดทรัพยากรการเรียนรู้รวมทั้งวิธีวัดและประเมินผลการเรียนรู้ ผู้เรียนควรเริ่มต้นด้วยการได้รับบรรยากาศสำหรับการแสวงหาคำตอบร่วมกันระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และระหว่างผู้เรียนด้วยตนเอง(mutual inquiry) ซึ่งมีลักษณะ คือ บรรยากาศที่อบอุ่น บรรยากาศของการให้ความเคารพซึ่งกันและกัน บรรยากาศของการนำไปสู่การสนทนา บรรยากาศที่ทำให้ผู้เรียนรู้สึกรับรู้ได้ถึงบทบาทของตนเอง บรรยากาศของการไว้วางใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ผู้เรียนควรมีโอกาสศึกษาวินิจฉัยความต้องการเรียนรู้ของตนเองซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในการศึกษานอกระบบโรงเรียนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน อันนำไปสู่ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และเกิดประสิทธิผลของการเรียนรู้อย่างแท้จริง เมื่อผู้เรียนทราบความต้องการของตนเองแล้วผู้เรียนและผู้สอนควรร่วมมือกันสร้างและออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน ซึ่งแนวทางหนึ่ง คือ การใช้สัญญาแห่งการเรียนรู้ สัญญาแห่งการเรียนรู้

เป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนในการเรียนรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นการวางแผนการเรียนรู้ร่วมกัน ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ วิธีการเรียนรู้ แหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ หลักฐานแห่งความสำเร็จ เกณฑ์และวิธีการประเมินผล วันเดือนปีที่คาดว่าจะสำเร็จ ในการพิจารณาสัญญาแห่งการเรียนรู้ ผู้เรียนควรตอบคำถามให้ชัดเจนเพื่อการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความชัดเจนในวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่สามารถเข้าใจได้และมีความเป็นไปได้ มีวัตถุประสงค์อื่นที่ทดแทนวัตถุประสงค์เดิมได้หรือไม่ ความสมเหตุสมผลของการเรียนรู้ สามารถคิดและเพิ่มเติมแหล่งเรียนรู้ รวมถึงวิธีการอื่นได้หรือไม่ ความสัมพันธ์ของหลักฐานการเรียนรู้กับวัตถุประสงค์ มีหลักฐานอื่นเพิ่มเติมได้หรือไม่ ความชัดเจนในเกณฑ์วิธีการประเมินผลหลักฐานและการโน้มน้าวให้เชื่อว่าเกิดการเรียนรู้ มีวิธีการประเมินหลักฐานวิธีการอื่นได้หรือไม่

2. ผู้สอน แสดงบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวก และเป็นผู้กระตุ้นเสริมแรงให้เกิดการเรียนรู้ในผู้เรียนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. แหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ เป็นทรัพยากร หรือแหล่งการเรียนรู้ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่จัดขึ้นเพื่อสนองตอบความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน แหล่งการเรียนรู้ หรือทรัพยากรการเรียนรู้มีอยู่มากมาย เช่น วารสาร หนังสือ หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ โทรทัศน์

Guglielmino (1989) อธิบายว่า การนำตนเองของผู้เรียนเป็นลักษณะที่เป็นสากลของมนุษย์ ลักษณะนี้อยู่ในตัวบุคคลแต่ละคนในระดับที่ต่างกัน การนำตนเองในการเรียนรู้สามารถเกิดได้ในสถานการณ์ที่แตกต่างหลากหลาย ตั้งแต่ในห้องเรียนที่นำโยครูไปจนถึงโครงการเรียนรู้ที่ผู้เรียนดำเนินการ และวางแผนด้วยตนเอง ผู้เรียนที่เรียนรู้ด้วยการนำตนเองจะยอมรับความรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง และจะเลือกวัตถุประสงค์ กิจกรรม ทรัพยากร ลำดับการเรียนรู้ และระดับการใช้พลังในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมากกว่าการนำโดยผู้อื่น

Brockett & Hiemstra (1991) กำหนดรูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีพื้นฐานแนวคิดจากความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการที่ผู้เรียนเป็นเจ้าของความคิด และการกระทำของตนเองในบริบทของการเรียนรู้ เป็นความสามารถ และความตั้งใจของบุคคลในการควบคุมการเรียนรู้ของตนเอง และตัดสินใจในศักยภาพของตนเองเพื่อกำหนดทิศทางการเรียนรู้ โดยเริ่มจากบุคคลนั้นมีความรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง การมีความรับผิดชอบในลักษณะนี้ต้องมีคุณลักษณะของความรับผิดชอบการมีวินัยในตนเอง และมีลักษณะของการถ่ายโอนของบุคคล การสอน และความพร้อมที่จะเรียนรู้ก่อนจึงจะสามารถชี้นำการเรียนรู้ของตนเองได้ และลงมือกระทำการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ จากนั้นจึงนำไปสู่การนำตนเองให้เรียนรู้ภายใต้บริบทของสิ่งแวดล้อมนั้น

Candy (1991) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมี 4 ทิศทาง คือ

1. ระดับควบคุมผู้เรียนเป็นรูปแบบของแต่ละบุคคล

2. การสอนตนเอง หรือการมีอิสระที่จะนำการเรียนรู้ของตนเอง
3. การจัดการเป้าหมายการเรียนรู้ และความรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง
4. การตัดสินใจในผลสุดท้ายของการเรียนรู้ของตนเอง

โดยทิศทางที่1. และ2. เป็นการมุ่งเน้นวิธีการและกระบวนการในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ส่วนทิศทางที่3. และ4. มุ่งเน้นผลจากการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง มีรายละเอียด คือ 1) มิติของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองจะเป็นการควบคุมตามสถานการณ์ โดยจุดสิ้นสุดของการเรียนรู้ในด้านหนึ่งจะเป็นครูที่ต้องควบคุมนักเรียนในการนำเสนอเนื้อหา และผลลัพธ์ที่คาดหวัง ส่วนอีกด้านหนึ่งจะเป็นการที่นักเรียนควบคุมการเรียนรู้จากประสบการณ์ตนเอง 2) มิติของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่ผู้เรียนควบคุมสถานการณ์ของการศึกษา หรือสถานศึกษา ในมิตินี้ผู้เรียนต้องเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการเรียนรู้ของตนเอง ได้แก่ อะไรคือสิ่งที่ต้องเรียน กิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ เริ่มต้นการเรียนรู้เมื่อใด เรียนรู้ที่ไหน เรียนรู้อย่างไรจึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ตลอดจนการประเมินผลการเรียนรู้ โดยมีนี้อาศัยการช่วยเหลือให้ผู้เรียนใช้ประสบการณ์ของตนเองร่วมด้วย จะเกี่ยวข้องกับวิธีการ กระบวนการ และผลผลิต โดยปัจจัยสำคัญภายในในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองต้องอาศัยการควบคุมตนเอง และจากครู ส่วนปัจจัยสำคัญในการควบคุมตนเองต้องอาศัยการช่วยเหลือจากการช่วยเหลือจากครู และการตัดสินใจการเรียนรู้ที่ตนเองเป็นผู้ตัดสินใจและลงมือกระทำ

Garrison (1997) เสนอรูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองโดยการบูรณาการการบริหารจัดการภายนอกเป็นบริบทของการควบคุมคู่กับการติดตามภายใน การตระหนักรู้ความรับผิดชอบด้วยตนเอง และแรงจูงใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจากการให้ความสำคัญของงาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ และบริบทของการศึกษา ผู้เรียนจะถูกกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบส่วนบุคคล และมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามตนเอง บริหารจัดการตนเองในกระบวนการเรียนรู้ การปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเริ่มจากบุคคลมีแรงจูงใจเกิดขึ้นภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการตนเอง หรือการควบคุมตนเองในการกระทำการเรียนรู้ และมีความรับผิดชอบในการติดตามผลการเรียนรู้ของตนเองควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับตนเองจนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

Long (2003) ได้ศึกษากรอบแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ พบว่า ผู้เรียนที่นำตนเองโดยได้รับความท้าทายด้วยความรับผิดชอบตนเอง และพัฒนาองค์กรจะมีผลการเรียนรู้ดีขึ้น โดยกรอบแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในอดีตไม่ได้มุ่งเน้นบริบทการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ แต่งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นเทคนิค และวิธีการที่เหมาะสม สามารถนำไปสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ได้ ทำให้ในอนาคตการขยายบริบทของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองต้องมีความเข้าใจบริบทของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

สรุปว่า รูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเริ่มจากแรงจูงใจที่เกิดจากความสนใจหรือภาระงาน นำไปสู่การติดตามผลด้วยตนเองและความรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง และการบริหารจัดการตนเองและการควบคุมตนเอง ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้มีผลซึ่งกันและกันแล้วจึงนำไปสู่การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

3.4 กระบวนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีการพัฒนา และกระบวนการการเรียนรู้มีนักการศึกษาได้อธิบายรายละเอียด ดังนี้

Skager (1978, อ้างถึงใน Gibbons, 2002) เสนอการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง 5 ประการคือ

1.การมีส่วนร่วมในการวางแผน การจัดการ และการประเมินการเรียนรู้ โดยการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้บนพื้นฐานความต้องการของกลุ่มผู้เรียน และของตนเอง อีกทั้งมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการบริหาร และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของตนเอง และของกลุ่ม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนการประเมินผลการเรียนรู้ทั้งของบุคคล และของกลุ่ม

2.การเรียนรู้ที่คำนึงถึงผู้เรียนเป็นสำคัญ ด้วยการพิจารณาความแตกต่างในความสามารถของการเรียนรู้ วุฒิภาวะ ความรู้พื้นฐาน ความสนใจ วิธีการเรียนรู้ ตลอดจนการใช้สื่ออำนวยความสะดวกในการเรียนรู้

3.การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง เน้นการส่งเสริมการเรียนรู้ การค้นคว้า และการฝึกปฏิบัติเทคนิคที่จำเป็น รวมทั้งการอาศัยสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความต้องการในการเรียนรู้ของตน การกำหนดวัตถุประสงค์ และรูปแบบวิธีการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

4.การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เป็นการกำหนดให้ผู้เรียนแบ่งความรับผิดชอบในกระบวนการเรียนการสอน มีการทำงานร่วมกัน และการเล่นเป็นทีม ทำกิจกรรมร่วมกันในกลุ่มที่มีความแตกต่างกันในคุณสมบัติหลายๆด้าน

5.การพัฒนาทักษะการประเมินตนเอง เป็นการทำให้ผู้เรียนเข้าใจความต้องการในการประเมินผล ระบบการประเมินผล และยอมรับการประเมินจากผู้อื่น

Knowles (1980) เสนอขั้นตอนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองประกอบด้วย การวินิจฉัยความต้องการของผู้เรียน การกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ การกำหนดทรัพยากรการเรียนรู้ทั้งบุคคล และวัสดุอุปกรณ์ การใช้ยุทธวิธีที่เหมาะสมในการเรียนรู้ การประเมินการเรียนรู้ และเสนอกระบวนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการแก้ปัญหาของผู้ใหญ่อย่างมีลำดับขั้น คือ 1) ชั้นเกิดความสนใจอยากเรียนรู้ ซึ่งผู้สอนต้องใช้หลากหลายวิธีในการกระตุ้นให้เกิดความต้องการเรียนรู้ 2) ชั้นเกิดความต้องการเรียนรู้ มีจุดมุ่งหมายในการเรียนรู้ เมื่อผู้เรียนเกิดความสนใจ ผู้สอนต้องใช้วิธีการสนับสนุนให้

ผู้เรียนเกิดความต้องการเรียนรู้อย่างจริงจัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของการเรียนรู้ ตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ การวางแผน การจัดกิจกรรม การใช้อุปกรณ์สื่อการเรียนรู้ และการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี 3) ขั้นการคิดค้นแก้ปัญหาด้วยวิธีต่างๆ ผู้สอนสนับสนุนให้โอกาส การศึกษาหาความรู้ และหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และลงมือปฏิบัติจริงเพื่อเลือกวิธีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา 4) ขั้นการเรียนรู้ ผู้สอนเปิดโอกาสในการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียนอย่าง มีอิสระ 5) ขั้นการทดลองนำไปใช้ ผู้สอนต้องจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติ และ เรียนรู้จากการลองผิดลองถูก 6) ขั้นสรุปเป็นกฎเกณฑ์ ผู้ใหญ่นำประสบการณ์เดิมและประสบการณ์ ใหม่มาวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อหาข้อเท็จจริง และจัดลำดับขั้นตอน รวมถึงการสรุปรวบรวมความคิด ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

Mayer (2010, อ้างถึงใน Karakas, 2012) กล่าวว่า สถาบันการฝึกอบรมของประเทศ แคนาดา(The Center for Teaching Excellence) ได้เสนอว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็น ความท้าทาย และการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้เป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นแนวทางที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยการ นำตนเองมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

1. เริ่มจากความพร้อมที่จะเรียน ทักษะที่ดีต่อการเรียนรู้ และทักษะที่หลากหลาย มีส่วนช่วยให้ ประสบผลสำเร็จในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองได้ มีความจำเป็นที่จะต้องวิเคราะห์ผู้เรียน รวมทั้ง ความพร้อมของเทคโนโลยีสารสนเทศ

2. การกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ ควรมีความชัดเจนตามความต้องการ

3. การมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ผู้เรียนต้องเข้าใจตนเอง เข้าใจความคิดตนเอง รู้ว่า ตนเองสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้ในระดับใด เหมาะสมตามสถานการณ์หรือไม่ และมีแรงจูงใจของ ตนเอง

4. การประเมินผลการเรียนรู้ เป็นการสะท้อนภาพความสำเร็จ หรือกระบวนการเรียนรู้ที่ต้อง ปรับปรุงพัฒนา

Karakas (2012) เสนอขั้นตอนการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ 6 ขั้นตอน คือ

1. ความสนใจ แรงขับเคลื่อนของความสำเร็จขึ้นอยู่กับความสนใจเรื่องที่จะเรียนรู้ ไม่ควร จะเรียนในสิ่งที่ไม่สนใจจะเรียนรู้ อารมณ์เป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ ถ้าสนใจที่ จะเรียนรู้ในสิ่งใดต้องให้โอกาสตนเองในการเรียนรู้สิ่งนั้น

2. ความคาดหวังในปัญหา ไม่ควรคาดหวัง และต้องไม่ผิดหวัง ควรเข้าใจในทุกสิ่ง และเปิดรับ สิ่งใหม่ๆโดยใช้ปัญญา เปรียบเสมือนการต่อภาพ การพยายามนำภาพที่ขาดหายไปให้เป็นภาพทำ ให้สมองได้เรียนรู้ตลอดเวลา การเรียนรู้ที่ดีต้องไม่เป็นไปตามหลักสูตร หรือกำหนดเวลาที่ตายตัว หรือ ตามครูผู้สอน แต่สามารถเรียนรู้ได้จากหลายสิ่งรอบๆตัว และหลากหลายวิธีการ

3.การใช้วิธีการที่หลากหลาย สมองจะหยุดทำงานถ้ากำหนดด้วยรูปแบบที่เฉพาะตายตัว แต่ จะได้รับการพัฒนาจากการใช้กิจกรรมแปลกใหม่ โดยไม่สำคัญว่าจะใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้นานเท่าใด การสืบค้นการเรียนรู้จากแหล่งเรียนรู้หลายๆแบบจะช่วยพัฒนาการเรียนรู้ได้

4.การใช้ทุกเวลาคือการเรียนรู้ การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาจากสิ่งรอบตัว การคิด การมองเห็น การได้ยินได้ฟัง การสัมผัสทุกสถานที่ ทุกเวลา

5.การใช้สื่อที่หลากหลาย ความแตกต่างของกิจกรรมที่เหมาะสมกับความแตกต่างของบุคคล ความแตกต่างของระยะเวลาที่เหมาะสมกับความแตกต่างของบุคคล จะช่วยยกระดับการเรียนรู้

6.การเรียนรู้แบบชุมชน และการเรียนรู้ทางไกล การเรียนรู้ร่วมกันแบบชุมชนผ่านการใช้เว็บ การแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์จะกระตุ้นการเรียนรู้ได้ดี

สรุปว่า กระบวนการการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองประกอบด้วย การสร้างบรรยากาศที่ดี เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ การวางแผนการเรียนรู้ซึ่งผู้เรียนจะดำเนินการร่วมกับผู้สอน การวินิจฉัยความต้องการในสิ่งที่สนใจจะเรียนรู้โดยผู้เรียนเป็นผู้ดำเนินการเอง การออกแบบแผนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนโดยใช้สัญญาการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายซึ่งจะทำให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ และการประเมินผลด้วยตัวผู้เรียนเอง

3.5 บทบาทและคุณลักษณะของผู้เรียน ผู้สอนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

Knowles (1980) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นลักษณะของการเรียนรู้ในแต่ละสถานการณ์ โดยผู้เรียนเป็นผู้วินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ระบุวัตถุประสงค์ และกำหนดแผนการเรียนรู้ รวมทั้งประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเองทั้งหมด ซึ่งอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อำนวยความสะดวก หรือผู้ประสานงาน หรือเพื่อนร่วมทางการเรียนรู้(Facilitator) นอกจากนี้ได้เสนอข้อคิดสมรรถนะที่เป็นกุญแจสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง 3 ประการ คือ

1.เข้าใจความแตกต่างของครูระหว่างการเป็นผู้นำการเรียนรู้กับผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

2.การทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

3.การเลือกกลยุทธ์ของตนเองอย่างมีทักษะ และนำไปปฏิบัติได้

Brockett & Heimstra (1991) เสนอบทบาท และคุณลักษณะการนำตนเองในการเรียนรู้ 10 ประการ ดังนี้

1.การนำตนเองเป็นคุณลักษณะที่มีในทุกคน มากน้อยไม่เท่ากันขึ้นกับสถานการณ์การเรียนรู้

2.บทบาทของผู้เรียนต้องมีความรับผิดชอบในการเรียนรู้มีความสำคัญ และเป็นผู้ที่ตัดสินใจวางแผนการดำเนินการ และประเมินความก้าวหน้าของการเรียนรู้

3.เน้นความรับผิดชอบของผู้เรียน และเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ว่าไม่สิ้นสุด

4.ทำให้เกิดผลด้านบวกของการเรียนรู้ ผู้เรียนจดจำได้มากขึ้น เกิดความสนใจในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีทัศนคติทางบวก และมั่นใจในความสามารถเรียนรู้ของตนเองมากขึ้น

5.มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้หลากหลายรูปแบบ เช่น การอ่าน การเขียน การเสาะหาความรู้ การสัมภาษณ์ การศึกษาเป็นกลุ่ม ทักษะศึกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เชี่ยวชาญ และการใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อ

6.ผู้อำนวยการความสะดวกต้องมีบทบาทในการร่วมปรึกษา แลกเปลี่ยนความคิดความรู้ตามที่ผู้เรียนต้องการ และมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้เรียนด้วยการมีส่วนร่วมในการถ่าโนนบทบาทการเรียนการสอน และสนับสนุนให้ผู้เรียนคิดอย่างแตกฉาน

7.ผู้เรียนมีอิสระในการแก้ปัญหาโดยไม่จำกัดว่าเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมใด

8.การนำตนเองสามารถเกิดขึ้นได้ในประชาชนทุกกลุ่ม ทุกประเภท ไม่จำกัดเชื้อชาติ

9.ผู้สอนไว้วางใจผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ และทุ่มเทให้การเรียนรู้มีคุณภาพ

10.การนำตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาการเรียนรู้ได้ทุกปัญหาอาจมีข้อจำกัดทางสังคมวัฒนธรรม

ครูผู้สอนมีบทบาทในการสนทนากับผู้เรียน จัดหาแหล่งความรู้ให้กับผู้เรียน รวมถึงการประเมินผล และส่งเสริมให้มีความคิดวิเคราะห์ และบทบาทของผู้สอนในการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง มีดังนี้

1.สอนให้ผู้เรียนรู้จักใช้ยุทธวิธีคิดในการเรียนรู้

2.อธิบายให้ผู้เรียนนำยุทธวิธีในการเรียนไปใช้ในการคิดแก้ปัญหาจริง

3.กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียน คิดอย่างอิสระ และทำตามความเข้าใจ

4.เปลี่ยนความรับผิดชอบการเรียนช่วยให้ผู้เรียนมีรูปแบบการคิดซับซ้อนมากขึ้น

5.ตักเตือน และแก้ไขการตอบสนองผู้เรียนตามโอกาสอันควร

Garrison (1997) กล่าวว่า ครูผู้สอนมีบทบาทในการจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ครูผู้สอนต้องช่วยเหลือให้ผู้เรียนสามารถนำตนเองได้ โดยครูผู้สอนมีบทบาทสำคัญ 3 ประการ คือ การแนะนำ การช่วยเหลือ การจัดหาแหล่งความรู้ในการสนับสนุนการเรียนรู้ และผู้เรียนต้องมีความรับผิดชอบในการเรียนรู้เนื่องจากการจัดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองจะมุ่งเน้นให้ผู้เรียนรับผิดชอบควบคุมกิจกรรมการเรียนของตน

สรุปว่า ผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการแนะนำ ช่วยเหลือ และจัดหาแหล่งความรู้ในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ส่วนผู้เรียนต้องมีวินัย และความรับผิดชอบในการวินิจฉัยความต้องการ กำหนดวัตถุประสงค์ วางแผนออกแบบวิธีการเรียนรู้ สืบค้นเสาะหาความรู้ รวมทั้งการประเมินผลด้วยตนเองในการเรียนรู้

ตอนที่ 4 แนวคิดสุขภาพองค์รวม และการดูแลตนเอง

มีรายละเอียดประกอบด้วยแนวคิดสุขภาพองค์รวม การดูแลตนเอง และการเพิ่มศักยภาพตนเอง ดังนี้

4.1 แนวคิดสุขภาพองค์รวม

มีรายละเอียด คือ ความหมายของสุขภาพ ความหมายของสุขภาพองค์รวม หลักการการดูแลสุขภาพองค์รวม องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม ดังนี้

4.1.1 ความหมายของสุขภาพ

ประเวศ วะสี (2544) กล่าวถึง สุขภาพ หรือสุขภาพว่า หมายถึง ความเป็นหนึ่งเดียวกันและความสมดุลที่เกิดจากความถูกต้องทั้งหมดของทั้งทางร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ

วิพุธ พูลเจริญ (2544)กล่าวว่า สุขภาพเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีดุลยภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความสมบูรณ์อย่างมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3 บัญญัติว่า “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

วิชัย โชควิวัฒน์ (2552) กล่าวว่า ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก สุขภาพ หมายถึง ความสมบูรณ์ บริบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ(Health is well being of body, mind, social and spirit)

สรุปว่าสุขภาพ หรือ สุขภาวะ หมายถึง ภาวะที่ความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่นำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิตที่ปกติสุข โดยมีความสัมพันธ์สมดุลกันอย่างเป็นองค์รวม

4.1.2 ความหมายของสุขภาพองค์รวม

สุขภาพองค์รวม(Holistic health) เป็นการมองสุขภาพที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับทั้งชีวิตมากกว่าการเน้นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายโดยจะพิจารณา”ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณรวมถึงปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนคนนั้นว่ามีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย สุขภาพแบบองค์รวมมีพื้นฐานอยู่บนกฎเกณฑ์ที่ว่า “ส่วนรวมทั้งหมดเป็นผลจากส่วนย่อยๆที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องและพึ่งพาต่อกัน” โลกประกอบด้วยอากาศ แผ่นดิน น้ำ ไฟ ธาตุ ที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันไม่สามารถแยก

จากกันได้ เพราะถ้าส่วนหนึ่งส่วนใดสูญเสียถูกทำลายไปจะทำให้เสียดุลยภาพ เช่นเดียวกับชีวิตมนุษย์ จะประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งสูญเสียการทำงานไปจะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่นๆที่เหลือ ในขณะที่เดียวกันองค์ประกอบแต่ละด้านก็จะเกี่ยวเนื่อง และสัมพันธ์กับสรรพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเช่นกัน แม้ว่าองค์รวมมีส่วนย่อยหลายอย่างมาประกอบกัน แต่ทว่าองค์รวมก็มีคุณสมบัติใหม่ที่ส่วนประกอบย่อยๆไม่มี หมายความว่าส่วนรวมทั้งหมดเป็นมากกว่าการเอาส่วนย่อยมารวมกัน เพราะเมื่อส่วนย่อยเกิดการ บูรณาการอย่างสมบูรณ์แล้ว องค์รวมที่เกิดขึ้นจะมีคุณสมบัติพิเศษที่แตกต่างไปจากคุณสมบัติของส่วนย่อยที่มาบูรณาการกัน หรืออาจกล่าวได้ว่า "The whole is more than the sum of its parts" จึงมีผู้ให้นิยามสุขภาพขององค์รวม เช่น

อุไร ทักทิจ (2548, อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) อธิบายว่า สุขภาพขององค์รวม หมายถึง สภาวะที่มีความสมดุลของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันอย่าง สอดคล้องเชื่อมโยงกันของทุกองค์ประกอบของชีวิต โดยองค์รวมขององค์ประกอบเหล่านี้จะ แปรเปลี่ยนเสมอไม่หยุดนิ่ง และมีปฏิสัมพันธ์ภายในกับตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และสิ่งแวดล้อม รอบข้าง และจักรวาล โดยทุกองค์ประกอบของชีวิตมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างมีความหมายใน บริบทหนึ่งๆ หากทุกองค์ประกอบมีความสมดุล ลงตัวกัน จะนำไปสู่สุขภาพขององค์รวม

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) กล่าวว่า สุขภาพในทัศนะแบบองค์รวมหมายถึงดุลยภาพ ของชีวิตที่สัมพันธ์อย่างกลมกลืนกับสังคมธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในทัศนะดังกล่าว ความเจ็บป่วย ถือว่าเป็นสัญญาณเตือนภัยที่มีค่าและชักนำให้มนุษย์ได้รู้จักตนเองอย่างลึกซึ้ง ความเจ็บป่วยเป็นส่วน หนึ่งในการพัฒนาการของชีวิต เป็นสิ่งที่จะช่วยเตือนให้เรารู้จักระมัดระวังและค้นพบตนเองเป็นโอกาส ให้เราได้ปรับวิถีชีวิตไปสู่วิถีชีวิตที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

ประเวศ วะสี (2551) ให้นิยาม สุขภาพขององค์รวม ว่าเป็นสภาวะที่สมบูรณ์และสมดุลทั้งมิติ ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลรักษาสุขภาพจึงต้องให้ความสนใจต่อมิติสุขภาพทั้งสี่ ด้าน โดยให้ความสำคัญได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ความจำเป็น และบริบททางสังคม

พระไพศาล วิสาโล (2552) อธิบายว่า สุขภาพขององค์รวม หมายถึง สุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ ของชีวิต เป็นสภาวะโดยรวมอันเกิดจากสภาวะทางกาย จิต และสังคม ซึ่งต่างเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน อย่างใกล้ชิด ยากที่จะแยกออกจากกันเป็นส่วนๆ หรืออย่างโดดๆได้

สรุปว่าสุขภาพขององค์รวม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีดุลยภาพของมิติทั้ง 4 ของสุขภาพหรือสุข ภาวะ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นพลวัตไม่หยุดนิ่งไม่ สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนได้ การเป็นองค์รวมมีผลมากกว่าการนำส่วนแบ่งย่อยแต่ละส่วนมารวมกัน เนื่องจากส่วนย่อยนั้นมีความเชื่อมโยงกันเป็นการมองสุขภาพของคนทั้งคนไม่แยกส่วน และเน้นหรือ เพิ่มให้เห็นความสำคัญของความเป็นองค์รวมของมิติทั้ง 4 ของสุขภาพ ดังนั้นสุขภาพขององค์รวมจึงเป็น เรื่องของมิติของสุขภาพทั้ง 4 ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน

4.1.3 หลักการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

Kleinman (1988) อธิบายว่า หลักการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจะให้ความสำคัญมากกับความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกาย จิต จิตวิญญาณหรือสังคมอย่างเป็นองค์รวม ระบบสุขภาพประกอบขึ้นด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกัน 3 ส่วน คือ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สังคมชุมชน ไม่ได้มีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการพึ่งระบบสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว กระบวนการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ และเกี่ยวข้องกันทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชนด้วยวิธีการหลากหลายจากการมีประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผสมผสานจากทั้งการรักษาพื้นบ้าน การรักษาสสมัยใหม่ และภาคประชาชน ประสบการณ์เหล่านี้จะไหลเวียนอยู่ในชุมชน และถูกเลือกนำมาใช้ในแต่ละโอกาสที่มีความเจ็บป่วยในลักษณะต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมยังมีบริบทแวดล้อมของวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีปฏิบัติ มาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ โดยการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนั้นเป็นการดูแลสุขภาพของภาคประชาชนด้วยตนเองมีความสำคัญถึงร้อยละ 80 ที่เหลือจึงเป็นหน้าที่ของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์วิชาชีพ

Walter (1999, อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) อธิบายว่า การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเน้นความสัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างผสมกลมกลืนระหว่างชีวิต สังคม และธรรมชาติ บทบาทของบุคคลในการดูแลสุขภาพและดำเนินวิถีชีวิตให้สอดคล้องและสมดุลจึงเป็นหัวใจสำคัญ สุขภาพจึงมีความหมายมากกว่าแค่การไม่เจ็บป่วยแต่หมายถึงการปรับ แก้ไข และพัฒนาให้เกิดสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่อง สุขภาพองค์รวมจึงเป็นกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เป็นพันธะสัญญาและความรับผิดชอบส่วนบุคคลที่ต้องพยายามเดินหน้าปรับ แก้ไข พัฒนา และดำรงตนให้มีสุขภาวะที่ดี ไม่ว่ากำลังอยู่ในสภาวะสุขภาพระดับใด จากระดับขั้นความเจ็บป่วย การมีสุขภาพถดถอยชั่วคราว ภาวะที่ยังไม่แสดงออกถึงความเจ็บป่วย จนถึงการมีสุขภาพที่ดีเยี่ยม ซึ่งภาวะสองประการหลังควรได้รับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและดำรงสถานะสุขภาพที่ดีไว้เสมอ ไม่ใช่ให้ความสนใจเฉพาะการรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วยเท่านั้น สุขภาพของเราจะเป็นแบบเดียวกับวิถีชีวิตของเราเป็น

ประเวศ วะสี (2544) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพต้องให้ความสนใจต่อมิติสุขภาพทั้งสิ้นสี่ด้าน คือการดูแลมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ความจำเป็น และบริบททางสังคม ทำได้โดยใส่ใจในสิ่งต่อไปนี้

การดูแลด้านร่างกาย เพื่อช่วยลดความเจ็บปวด หรืออาการไม่สบายต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกายรวมทั้งทำให้ร่างกายมีความสบายแม้ว่าจะเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม ไม่จำเป็นต้องจำกัดอยู่เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดกับอวัยวะเท่านั้น ยังรวมถึงอาการต่างๆ เช่น ความรู้สึกอ่อนเพลีย การเบื่ออาหาร ภาวะปากและคอแห้งจากการขาดน้ำ ท้องผูก ความเจ็บปวดต่างๆ เป็นต้น

การดูแลด้านจิตใจ เพื่อเยียวยาประคับประคองจิตใจ สภาพจิตใจที่เปราะบางจะต้องการการดูแลประคับประคองอย่างมากโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังมักมีความวิตกกังวล ทั้งในด้านผลการรักษาพยาบาล การกลับไปทำงานตามเดิม หนี้สิน การเป็นภาระผู้อื่น การถูกรังเกียจเหยียดฉันท์ เป็นต้น

การดูแลด้านสังคม ความเจ็บป่วยไม่เพียงส่งผลกระทบต่อปัจเจกบุคคลเท่านั้น แต่ังก่อปัญหาอื่นโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังมักก่อให้เกิดความเครียดให้กับสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก หากจัดการไม่ดีอาจก่อให้เกิดปัญหารุนแรงทั้งต่อผู้ป่วยและญาติได้โดยเฉพาะผู้ป่วยใกล้ตาย จึงต้องดูแลมิติทางสังคมควบคู่ไปกับการดูแลมิติอื่นๆเสมอ และที่สำคัญต้องไม่ลืมว่า “ครอบครัวของผู้ป่วย” และ “เครือข่ายสังคม” เป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะในสังคมไทยที่ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความคิด ความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ปัญหาสำคัญที่พบกับผู้ป่วยเรื้อรังในแงุ่มชีวิตทางสังคม ได้แก่ การขาดผู้ดูแลซึ่งมักจะเกิดในสังคมเมือง และการกลับบทบาททางสังคมของผู้ป่วยจากผลของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น จากบทบาทของผู้หารายได้หลักของครอบครัวมาสู่การเป็นผู้ต้องพึ่งพาอย่างเดียว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ผู้ให้การดูแลจึงจำเป็นต้องดึงเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเยียวยาอันประกอบด้วยครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงานหรือโรงเรียน หน่วยงานหรือองค์กรเอกชน และนักบวชทางศาสนาต่างๆ ซึ่งการค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีชีวิตทางสังคมอย่างไรก่อนป่วย และทำให้ทีมผู้ดูแลรักษาสามารถตัดสินใจได้ว่าเห็นควรเลือกดึงเครือข่ายทางสังคมส่วนใดเข้ามาช่วยเยียวยาประคับประคอง

การดูแลด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นมิติของชีวิตที่เชื่อมโยงกับศรัทธาและความหมายของชีวิต จึงเป็นส่วนที่ลึกซึ้งที่สุดในจิตใจบุคคล และส่งผลต่อชีวิตโดยรวมของบุคคล ดังนั้นผู้ให้การดูแลรักษาจึงควรทราบถึงความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิต เช่น การเจ็บป่วยที่ยากต่อการรักษา การสูญเสียคนรัก หรือการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ลักษณะสำคัญของการดูแลทางจิตวิญญาณ คือ การแสวงหาคคุณค่าและความหมายภายในของผู้ป่วย เป็นเรื่องของพลังใจ ความหวัง ความผูกพันกับบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้เกิดภาวะของความสงบสุขและความพร้อมที่จะเผชิญกับความทุกข์ ความไม่แน่นอนของชีวิต ความสูญเสียหรือการเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสันติ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) ได้อธิบายเปรียบเทียบหลักการสุขภาพแบบแบ่งส่วนหรือแยกส่วนกับหลักการสุขภาพแบบองค์รวมไว้ดังนี้

หลักการสุขภาพแบบแยกส่วน 4 ประการมีดังนี้

1. ทิศนะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย จะแยกสุขภาพกายและสุขภาพจิตออกจากกัน แยกเรื่องสุขภาพออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อมให้ความสำคัญต่อการเยียวยารักษาโรคเน้นการหา

สาเหตุของโรคแบบเฉพาะเจาะจงกับอวัยวะที่ผิดปกติมองว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายในร่างกาย และเฉพาะแห่ง

2. กระบวนการดูแลสุขภาพ/ความเจ็บป่วยจะมีมุมมองว่า โรค คือ ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะหนึ่งๆเน้นการวินิจฉัย ประเมินแต่ด้านกายภาพเน้นการแก้ปัญหาที่ตัวผู้ป่วยแบบแยกส่วนเฉพาะโรค เฉพาะปัญหา ไม่มีการพิจารณาทั้งระบบให้ความสำคัญและแก้ปัญหาได้ดีกับโรคติดเชื้อและโรคเฉียบพลันการรักษาเป็นการจัดความผิดปกติอันเกิดขึ้นในระบบอวัยวะมีมาตรฐานการรักษาอย่างเดียวกันสำหรับทุกคนที่มีโรคอย่างเดียวกัน

3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วยแพทย์มีความรู้ความชำนาญเฉพาะและเป็นภาวะวิสัย จึงมักไม่จำเป็นต้องแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยแพทย์ ผู้ป่วยไม่มีความรู้ทางแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบไม่เท่าเทียมและแบบพึ่งพาแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการรักษาโรค แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรค ไม่มีใครรับผิดชอบต่อผู้ป่วยทั้งคนภาวะจิตใจ และจิตสำนึกของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาโรค

4. ระบบจัดบริการรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่สถาบันแพทย์จัดระบบการให้บริการเหมือนกัน เป็นรูปแบบเดียวกันแก่ทุกคนทุนเป็นปัจจัยหลัก ให้ความสำคัญแก่เครื่องมือ เทคโนโลยีราคาแพง ละเลยคุณค่าของการเอาใจใส่ใกล้ชิดเน้นเทคโนโลยีขั้นสูง ยิ่งมีความซับซ้อนมากเท่าไรยิ่งถือว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคมากขึ้น

หลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 4 ประการมีดังนี้

1. ทิศนะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยมีมุมมองว่า สุขภาพคือความเป็นเอกภาพและความสมดุลระหว่างกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากหลายเหตุปัจจัยพิจารณาทั้งคนทั้งปัจจัยเชื่อมโยงมิติทางกายใจสังคม จิตวิญญาณ

2. กระบวนการดูแลสุขภาพ/ความเจ็บป่วยมีมุมมองว่า โรค คือ กระบวนการต่อเนื่องมีเหตุปัจจัยเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตเน้นการวินิจฉัย ประเมินทุกด้านและทุกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องเน้นที่ตัวผู้ป่วยตลอดห่วงชีวิตและปัจจัยแวดล้อมทั้งหมดทั้งด้านการงาน ครอบครัว ชีวิตสังคม ภาวะจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมสุขภาพให้ความสำคัญและแก้ปัญหาได้ดีกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังการรักษา คือ การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขที่ทำให้กระบวนการของโรคการรักษาเน้นลักษณะเฉพาะของตัวผู้ป่วย แต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัวที่ต้องอาศัยวิธีการเฉพาะอย่างที่สอดคล้องกัน

3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วยแพทย์มีความรู้รอบด้านและแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย โดยมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกและแหล่งประโยชน์สำคัญ การรักษาต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ของแพทย์ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติสาเหตุ วิธีการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบ

หุ้นส่วนเท่าเทียมและช่วยเหลือกันและกันผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองภาวะจิตใจ และความรู้ของผู้ป่วยมีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการรักษาโรค

4. ระบบจัดบริการมีการกระจายอำนาจ หรือสมรรถนะในการดูแลสุขภาพแพร่หลายสู่ทุกคนเท่าที่จะทำได้เน้นลักษณะเฉพาะของแต่ละภูมิภาค ท้องถิ่นและบุคคลมนุษย์เป็นปัจจัยหลักตระหนักกว่าความอบอุ่น และน้ำใจของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษามีโยคะ เครื่องมือ หรือโรงพยาบาลใดๆเน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมสนับสนุนให้ร่างกายเสริมสร้างบำบัดตัวเอง มากกว่าที่จะใช้ยาหรือเทคโนโลยีเกินจำเป็น

กล่าวโดยสรุป การดูแลตามหลักการสุขภาพแบบองค์รวมเป็นการพิจารณาเรื่องสุขภาพโดยเน้นความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของกาย จิต สังคม และปัญญาของทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สังคม ชุมชน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจึงไม่ได้หมายถึงเฉพาะเทคนิคการดูแลสุขภาพของผู้ให้บริการเท่านั้น แต่การดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการมีความสำคัญมากที่สุด โดยการปรับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ เช่นการกินอาหาร ตลอดจนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสังคมของบุคคลด้วยการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมเมื่อป่วยเหมาะกับการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพในปัจจุบัน

4.1.4 องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม

สุขภาพองค์รวมเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตในการดำรงชีพของบุคคล โดยเน้นพฤติกรรมและกิจกรรมของบุคคลเพื่อตอบสนองต่อความสุขของตนเองในมิติทั้ง กาย จิต ใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นพลวัตรซึ่งมีความสัมพันธ์และสมดุลกัน บรรลุสุขภาพตามศักยภาพที่แต่ละคนพึงมีได้ จากการศึกษาพบว่าสุขภาพมีองค์ประกอบ ดังนี้

พระพรหมคุณาภรณ์ (2538) กล่าวว่า สุขภาวะองค์รวมในทางพุทธธรรมมีความสัมพันธ์กันเรียกว่า ภาวนา 4 โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. กายภาวนา(การพัฒนากาย) เป็นการพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือ การมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในทางที่เกื้อกูลและได้ผลดี โยรู้จักอยู่ดีมีสุขอย่างเกื้อกูลกับธรรมชาติ และปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายอย่างมีสติ มิให้เกิดโทษ แต่ให้เกื้อกูลเป็นคุณ
2. ศิลภาวนา(การพัฒนาศีล) เป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีพฤติกรรมดีงามในความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์โดยตั้งอยู่ในวินัย อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยดี และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สร้างสรรค์สังคม ส่งเสริมสังคม ส่งเสริมสันติสุข

3. จิตภาวนา(การพัฒนาจิตใจ) คือ การทำจิตใจให้เจริญงอกงามขึ้นในคุณธรรมความดีงาม และความเบิกบานผ่อนคลายสงบสุข สมบูรณ์ด้วยคุณภาพจิต คือ งามด้วยคุณธรรม เช่น มีน้ำใจ เมตตา กรุณา มุทิตา ศรัทธา เคารพ ซื่อสัตย์ กตัญญู สมบูรณ์ด้วยสมรรถภาพจิต คือ มีจิตใจเข้มแข็ง มั่นคง ขยันหมั่นเพียร พยายาม อุตุน รับผิดชอบ มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น และสมบูรณ์ด้วยสุขภาพจิต คือ มีจิตใจร่าเริง เบิกบาน สดชื่น เอิบอím โปร่งโล่ง ผ่องใส และสงบ เป็นสุข

4. ปัญญาภาวนา(การพัฒนาปัญญา) คือ การฝึกอบรมเจริญปัญญาเสริมสร้างความรู้ ความคิดความเข้าใจ ให้รู้จักคิดพิจารณา วินิจฉัยแก้ปัญหา และรู้จักดำเนินการต่างๆด้วยปัญญา บริสุทธิ์ ซึ่งมองดูรู้เข้าใจเหตุปัจจัย มองเห็นสิ่งต่างๆทั้งหลายตามเป็นจริงปราศจากอคติ ให้ปัญญาเจริญพัฒนาจนรู้เข้าใจหยั่งเห็นความจริง เป็นอยู่ด้วยปัญญารู้เท่าทัน เห็นแจ้งโลกและชีวิตตามสภาวะ ลุถึงความบริสุทธิ์ปลอดพ้นจากกิเลสสิ้นเชิง มีจิตใจเป็นอิสระสุขเกษมไร้ทุกข์

ประเวศ วะสี (2544) กล่าวถึงลักษณะที่เป็นองค์ประกอบของสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่

1. สุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กายในที่นี้หมายถึงกายภาพด้วย

2. สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตใจ หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดการเห็นแก่ตัวลงไป ด้วยเพราะตราบไต่ที่ยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสุขภาวะทางจิตที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3. สุขภาพที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึงการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่เป็นกิจกรรมทางสังคมที่ดี

4. สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาพที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีค่าสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือพระผู้เป็นเจ้า ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัวแต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน(Self Transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาลบายมีความ ปิดแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตล้ำลึก มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า สุขภาพเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล องค์ประกอบย่อยของสุขภาวะในแต่ละมิติมีดังนี้

1. สุขภาพกาย คือ สมรรถนะการรับรู้จากการสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะทางกาย การฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และสมรรถนะในการทำกิจการงาน

2. สุขภาพจิต คือ เซวาร์ปัญญา การตอบสนองและการจัดการกับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทัศนคติและความเชื่อ ความมั่นใจในตนเอง และการมองเห็นคุณค่าของตน

3. สุขภาพสังคม คือ ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

4. สุขภาพจิตวิญญาณ คือ ความสามารถในการแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ชีวิต ความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความรักในสันติภาพ ความต้องการที่พอเพียง และรู้จักเคารพในทุกชีวิต

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) กล่าวว่า การมีสุขภาพดีประกอบไปด้วย

1. สุขภาพกาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนเพียงพอ การละเว้นอบายมุข การใช้ความรู้ที่ตนเองมีอยู่ดูแลรักษาสุขภาพกาย เอาใจใส่ดูแลตนเองโดยการเข้ารับการตรวจสุขภาพ

2. สุขภาพจิต จิตสงบ มีสติ ใช้หลักปล่อยวางในปัญหาที่แก้ไม่ได้ ทำใจยอมรับกับปัญหาหรือความสูญเสียในชีวิต รู้จักประมาณตนเอง หลีกเลียงจากสิ่งกระตุ้นความเครียด ไม่ยึดมั่นถือมั่นเกินไปทำให้เกิดทุกข์ การมีความคิดสร้างสรรค์ การมีความพึงพอใจและภาคภูมิใจในชีวิต การยอมรับกับธรรมชาติของชีวิตในเรื่องการตายได้

3. สุขภาพสังคม มีการติดต่อ สัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ชุมชน สังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่อย่างสม่ำเสมอ และสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม

4. สุขภาพจิตวิญญาณ มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ฝึกเจริญสติสม่ำเสมอด้วยการสวดมนต์ แผ่เมตตา เจริญวิปัสสนากรรมฐาน การฝึกจงกรม การนั่งสมาธิ การฝึกระลึกถึงผู้ให้ความคิดตนเอง ใช้หลักธรรมในการมองและดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความสุขจากการปฏิบัติธรรม

ประเวศ วะสี (2551) กล่าวว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา สุขภาพทั้ง 4 ด้านเชื่อมโยงถึงกันอย่างเป็นบูรณาการ ได้แก่

1. สุขภาพกาย ประกอบด้วย ร่างกายแข็งแรง ความปลอดภัย มีความปลอดภัย ความมีปัจจัยสี่ซึ่งมีความสัมพันธ์และมาจากสุขภาพที่เหลือ

2. สุขภาพจิต ประกอบด้วย ความดี ความงาม หรือ สุนทรีย์ะ ความสงบ ความมีสติ

3. สุขภาพสังคม ประกอบด้วย สังคมสุขสัมพันธ์ หรือมีความสัมพันธ์ที่ดีในทุกระดับ สังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม สังคมสันติ

4. สุขภาพปัญญา ประกอบด้วย ปัญญารอบรู้เท่าทัน ปัญญาทำเป็น ปัญญาอยู่ร่วมกัน เป็น ปัญญาบรรลุอิสรภาพ โดยปัญญาเป็นศูนย์กลาง ถ้าปราศจากปัญญา สุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคมก็เป็นไปไม่ได้

พระไพศาล วิสาโล (2552) กล่าวว่า สุขภาพ หรือความเป็นปกติสุขโดยภาพรวมมี 4 ด้าน คือ

1. สุขภาพกาย ได้แก่ การมีสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรคร้ายไข้เจ็บ ไม่อดอยากหิวโหย มีปัจจัยสี่เพียงพอกับอัตรภาพ ปราศจากมลภาวะหรือภัยธรรมชาติ มีการเอาใจใส่ดูแลร่างกาย รวมทั้งบริโภคใช้สอยอย่างถูกต้องเหมาะสม ดำเนินชีวิตไปในทางที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเอง

2. สุขภาพจิต ได้แก่ การมีจิตสดชื่น เบิกบาน ผ่องใส สุขสงบ ไม่กลัดกลุ้มกังวล มีกำลังใจและความมั่นคงภายใน ปราศจากความหดหู่ท้อแท้ เศร้าโศกหรือโกรธขี้้ง มีเมตตากรุณาและจิตใจที่อ่อนโยน สามารถเข้าถึงความสุขที่ประณีตได้

3. สุขภาพสังคม ได้แก่ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นกลมกลืน ประกอบด้วยเมตริจิตมิตรภาพ ปราศจากสัมพันธภาพที่ร้ายฉาน มีสวัสดิภาพในชีวิต สิทธิเสรีภาพได้รับการคุ้มครองจากการถูกเบียดเบียน ขณะเดียวกันก็ไม่เบียดเบียนหรือก่อความเดือดร้อนต่อผู้อื่น

4. สุขภาพปัญญา ได้แก่ การมีความรู้และความคิดที่ถูกต้อง ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข รู้จักคิดพิจารณาด้วยเหตุผลจนสามารถแก้ปัญหาหรือหลุดพ้นจากความทุกข์ ตลอดจนรู้จักดำเนินการต่างๆให้สำเร็จได้ด้วยวิธีการแห่งปัญญา สามารถเป็นที่พึ่งของตนเองได้

Butler (2001, อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) กล่าวว่า สุขภาพเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง และสามารถบอกระดับของสุขภาพในแต่ละมิติได้โดยมีองค์ประกอบ 5 มิติดังนี้ คือ

1. สุขภาพกาย (Physical health) หมายถึง การปราศจากโรคและความพิการ การผสมผสานกันในการทำหน้าที่ทั้งด้านกายภาพ สรีรวิทยาและชีวเคมีของร่างกาย รวมทั้งลักษณะของร่างกาย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรู้สึก นอกจากนี้บุคคลยังสามารถประพฤติปฏิบัติให้เพิ่มระดับสุขภาวะทางกายได้โดย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เพียงพอ การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาวะทางกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

2. สุขภาพอารมณ์ (Emotional health) หมายถึง ความสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม มีจิตใจเข้มแข็ง มีความอดทนอดกลั้นต่อความเครียดในชีวิต มีความสุขสนุกสนานกับการทำกิจกรรม ทำให้เกิดความสามารถในการยอมรับตนเองควบคุมตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และสามารถแสดงความรู้สึกร่วมกับผู้อื่นได้

3. สุขภาพสังคม (Social health) เป็นความสามารถในการแสดงบทบาทตามความคาดหวังในฐานะสมาชิกของกลุ่มหรือสถาบัน โดยปราศจากความเสียหายต่อบุคคลอื่น และสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวและชุมชน มีความร่วมมือร่วมใจในการอยู่ร่วมกันในสังคมเพื่อทำกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์กับผู้อื่น

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual health) เป็นศูนย์รวมของทุกมิติ ซึ่งประกอบด้วย การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต เป็นส่วนหนึ่งที่กระตุ้นให้บุคคลประสบผลสำเร็จในชีวิตมีจริยธรรมในการดำเนินชีวิตที่ทำให้ไม่เห็นแก่ตัว และเป็นความเชื่อความศรัทธาในอำนาจและเหตุผลที่เหนือธรรมชาติ

5. สุขภาพจิต(Mental health) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ความมีเหตุผล การวิเคราะห์ การประเมินผล ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความซื่อสัตย์สุจริต รวมทั้งความสามารถในการคิด ตัดสินใจ ความพยายามเป็นบุคคลที่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง มีความสดชื่น ไว้วางใจในความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง

สรุปว่า สุขภาพองค์รวมเป็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงเพื่อความสมบูรณ์อย่างมีดุลยภาพของ สุขภาพทางกาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณ เน้นการดูแลสุขภาพตนเองเป็นหลักโดยพิจารณา สุขภาพของคนทั้งคนไม่แยกส่วน ร่วมกับการดูแลของแพทยวิชาชีพและการแพทย์ทางเลือกตามความ จำเป็น เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง หากมีปัญหาทางกาย ต้องพิจารณาความเชื่อมโยงกับ จิต สังคม ปัญญา เพื่อการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็นไม่สิ้นเปลืองเนื่องจากไม่ต้อง ทำทุกอย่างประกอบพร้อมกันเลือกแก้ปัญหาที่ตรงจุด ส่วนองค์ประกอบของสุขภาพมีดังนี้

สุขภาพทางกาย คือร่างกายแข็งแรงผสมผสานการทำงานที่ด้านกายภาพ สรีรวิทยาและ ชีวเคมีของร่างกายที่สามารถยกระดับได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การ รับประทานอาหารที่เพียงพอเหมาะสม การเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย และการ ตระหนักถึงสมรรถนะของร่างกาย

สุขภาพทางจิต คือความสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ การจัดการกับอารมณ์และจิตใจ อดทน ต่อความเครียดการเห็นคุณค่าตนเอง

สุขภาพทางสังคม คือ ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับ ครอบครัว ชุมชน สังคม

สุขภาพทางจิตวิญญาณหรือปัญญา คือ การมีจริยธรรมในการดำเนินชีวิตที่ทำให้ไม่เห็นแก่ ตัว มีปัญญารอบรู้เท่าทัน ปัญญาทำเป็น ปัญญาอยู่ร่วมกันเป็น ปัญญาบรรลุอิสรภาพ โดยปัญญาเป็น ศูนย์กลาง ถ้าปราศจากปัญญา สุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคมก็เป็นไปไม่ได้

4.2 หลักการการดูแลตนเอง

มีรายละเอียด คือ ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเอง หลักการเกี่ยวกับดูแลตนเอง ดังนี้

4.2.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเอง

เพ็ญศรี หงษ์พานิช (2536) กล่าวว่า องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง ว่า หมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและ ชุมชน รวมถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการใช้ยา และการปฏิบัติตนหลังการรับบริการ

Leving (1980, อ้างถึงใน เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536) สรุปความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

Pender (1987) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคล ครอบครัว ชุมชนปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ หรือกระทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนเอง

Hill & Smith (1999, อ้างถึงใน Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือสภาพของบุคคลนั่นเองก็ได้

Orem (2001) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองอย่างจริงจัง มีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลนั้นดำเนินไปได้จนถึงขีดสูงสุด

สรุปว่า การดูแลสุขภาพของตนเองหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมโดยมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่ดีทั้งการป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพ

4.2.2 หลักการเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การที่ประชาชนทั่วไปสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้นั้นจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วยเพื่อบำรุงรักษาตนเอง ให้สมบูรณ์แข็งแรง รู้จักที่จะป้องกันตัวเองมิให้เกิดโรคและเมื่อเจ็บป่วยก็รู้วิธีที่จะรักษาตัวเอง เบื้องต้นจนหายเป็นปกติ หรือรู้ว่าเมื่อไรต้องไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน 2553)

Orem (2001) กล่าวว่า โดยธรรมชาติแล้วเมื่อเกิดปัญหาต่างๆขึ้นในชีวิตของมนุษย์ๆจะพยายามหาทางแก้ปัญหาด้วยตัวเองก่อนเป็นอันดับแรก เมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้เองจะแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ปัญหาสุขภาพของมนุษย์ก็เป็นเช่นเดียวกัน ทุกคนต้องการที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนปฏิบัติและยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี จึงแบ่งขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเองได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลสุขภาพตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอ ได้แก่ การดูแลส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เช่น การออกกำลังกาย การสร้างสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี

ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการป้องกันโรค เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยเป็นโรค เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรคต่างๆ การไปตรวจสุขภาพ การป้องกันตนเองไม่ให้ติดโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้แก่ การขอคำแนะนำ แสวงหาความรู้จากผู้รู้ เช่นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างๆ ในชุมชน บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติหรือการรักษาเบื้องต้นให้หายจากความเจ็บป่วย ประเมินตนเองได้ว่าเมื่อไรควรไปพบแพทย์ เพื่อรักษาก่อนที่จะเจ็บป่วยรุนแรง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุขเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย และมีสุขภาพที่ดีกว่าเดิม โดยมีโมทัศน์ของการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเองใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายโมทัศน์หลักของทฤษฎี ได้แก่ บุคคลเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิตการพัฒนาร่างกายและความเป็นปกติสุขหรือสุขภาพที่ดีของชีวิต การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่สามารถเรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคมสิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกันซ้ำๆ การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการยกย่องส่งเสริมผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นเพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบต่อตนเองได้ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

ทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่น การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ ประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่1 เป็นระยะของการประเมิน และตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไรก็ตามมีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไรแล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่2 เป็นระยะของการกระทำ และประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำโดยเป้าหมายมีความสำคัญ เพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้นเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจ หรือเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้ คือ การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอ และคอยปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง คงไว้ซึ่งการขับถ่ายระบายให้เป็นไปตามปกติ จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และสิ่งปฏิภูลจากการขับถ่าย ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายการตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียม ประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อของความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆควบคุม หรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

(Health promotion & preventions) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

1) พัฒนา และคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอดในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

2)ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษาปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ(Deviated self-care requisites)เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

1) แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่นเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

4) รับรู้ และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

5) เปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพรวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาคู่คนอื่น การพัฒนา และคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นนี้ ต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันทีซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรกระทำ และจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care) พลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

1) ความสนใจ และเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจ และเอาใจใส่ในตนเอง ภาวะแวดล้อมภายใน และภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

- 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
- 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง
- 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจ แบ่งออกเป็น

- 1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำและการวางตนให้เหมาะสม
- 2) คุณสมบัติ หรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยความสามารถ และทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียนนับเลขรวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผลหน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัสการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรู้รสการรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายใน และภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

หากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่นผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้นั้นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้นั้นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการและความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้แจกแจงไว้ นอกจากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

สรุปว่า การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือการประเมินและปฏิบัติตนเองให้เหมาะสมกับภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่น เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์อย่างมีดุลยภาพทั้งทางกาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณโดยพิจารณาสุขภาพของคนทั้งคนไม่แยกส่วนซึ่งทุกคนมีความสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองในการดูแลตนเองได้

4.3 หลักการเพิ่มศักยภาพตนเอง

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการเพิ่มศักยภาพตนเองสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม(Behaviorism) มีผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มนี้ เช่น พาฟลอฟ(Pavlov) วัตสัน(Watson) ธอร์นไคค์(Thorndike) สกินเนอร์(Skinner) หลักการที่สำคัญของแนวคิดหรือทฤษฎีในกลุ่มนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้า(stimulus)ที่ทำให้เกิดการตอบสนอง(response)โดยอาศัยวิธีการวางเงื่อนไขที่เหมาะสม(condition) และใช้แรงเสริม(reinforcement) ควบคู่ไปด้วยในการตกแต่งพฤติกรรม(shaping) เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่วนอีกกลุ่ม คือ กลุ่มแนวคิดมนุษยนิยม(Humanism) มีผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มนี้ เช่น มาสโลว์(Maslow) คาร์ล โรเจอร์ส(Carl Rogers) มีหลักการ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องให้ความสำคัญกับผู้เรียนโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์(Humanness)เป็นอันดับแรก การเปลี่ยนแปลงใดๆจะต้องเริ่มจากการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง(learn by himself)ค้นหาเป้าหมายสำคัญและความต้องการที่แท้จริงของตนเองให้พบด้วยความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เรียน และทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกพึงพอใจเพื่อความเจริญงอกงามในสิ่งที่เรียนรู้ พัฒนาศักยภาพของตนให้บรรลุในสิ่งที่ตนเองต้องการ ในปัจจุบันหลักการการพัฒนาศักยภาพมนุษย์เป็นการประยุกต์แนวคิดทั้งสองด้วยเทคนิควิธีการต่างๆ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเชื่อว่า ทุกๆ ปัญหาชีวิตที่เกิดขึ้นล้วนมาจากผลโดยตรงของพฤติกรรมที่เกิดจากทุกๆการกระทำในชีวิตประจำวัน ดังนั้นทางออกในการแก้ปัญหาจะต้องเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ให้ได้ (วรวิมล เจริญศรีพรพงศ์, 2555) มีรายละเอียดของหลักการเพิ่มศักยภาพตนเอง ดังนี้

Robbins (1992) อธิบายว่า วิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์ต้องให้ความสำคัญต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้เรียน ด้วยการให้ความเคารพ ยกย่อง นับถือ เห็นคุณค่า ให้ความสำคัญต่อผู้เรียนอย่างเท่าเทียมกัน สรุปเป็นหลักการที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การเชื่อมั่นในศักยภาพอันยิ่งใหญ่ที่มีอยู่ในตัวผู้เรียนทุกคน 2) การยึดมั่นในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง 3) การมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพมนุษย์อันไร้ขีดจำกัดภายในตัวผู้เรียน ให้เปล่งประกายออกมาให้มากที่สุด 4) การถือมั่นในความรับผิดชอบต่อการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่จะทำให้ผู้เรียนสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการได้ โดยได้แนวคิดนี้จากโมเดลการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ที่เรียกว่า Neuro-Linguistic-Programming (NLP) โดยคำว่า

Neuro หมายถึง สมอง Linguistic หมายถึง ภาษา Programming หมายถึง กระบวนการ ฉะนั้น โดยรวมจึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการของการใช้ภาษาทั้งภาษาภายใน(non verbal) และภาษาพูด(verbal) ที่ส่งผลต่อระบบประสาท และกระตุ้นให้เกิดสภาวะจิตที่สามารถสร้างแรงผลักดันให้มนุษย์เกิดพลังในการลงมือกระทำในสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมุ่งมั่นจนประสบความสำเร็จมีหลักการพื้นฐานสำคัญ คือ ทุกๆ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงจากวิธีการที่เราติดต่อกับตัวเอง โดยรูปแบบการติดต่อกับตัวเองมี 2 ลักษณะ คือ 1) การติดต่อกับตัวเองจากภายใน(internal communication) ได้แก่ รูปแบบของวิธีการคิด การพูด และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง 2) การติดต่อกับตัวเองจากภายนอก(external communication) ได้แก่ รูปแบบของวิธีการแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทาง การใช้คำพูด น้ำเสียง การเคลื่อนไหวทางกาย ส่วนเทคนิควิธีการใหม่ในการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ที่เรียกว่า Neuro-Association Conditioning(NAC) มีหลักการพื้นฐานสำคัญ คือ มนุษย์ทุกคนล้วนแล้วแต่มีพฤติกรรมในการแสวงหาความรู้สึกของความสุข ความพึงพอใจ และหลีกเลี่ยงจากความรู้สึกของความทุกข์ ความเจ็บปวด ดังนั้น ความสุข และความทุกข์จึงเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ผลักดันการกระทำของมนุษย์ได้มากที่สุด ดังนั้น NAC จึงเป็นเทคนิคที่ใช้วิธีการวางเงื่อนไขด้วยการเชื่อมโยงอารมณ์ความรู้สึกทางบวก(ความสุข)กับพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ และเชื่อมโยงอารมณ์ความรู้สึกทางลบ(ความทุกข์)กับพฤติกรรมเดิมที่ไม่ต้องการ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดสิ่งที่ต้องการให้ชัดเจน(state clearly what we really want) โดยการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่เราต้องการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงในชีวิต และสิ่งที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้เราไม่สามารถประสบผลสำเร็จ
2. การวางเงื่อนไขทางอารมณ์(get leverage) โดยการเชื่อมโยงอารมณ์ความรู้สึกของความทุกข์และความเจ็บปวดอย่างยิ่งยวดกับการไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมๆที่ไม่ต้องการ และการเชื่อมโยงอารมณ์ความรู้สึกของความสุขและความพึงพอใจอย่างยิ่งยวดกับการที่เราสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองให้เกิดพฤติกรรมใหม่ๆที่ต้องการได้
3. การขัดขวางรูปแบบนิสัยด้านลบ(interrupt the limiting pattern) โดยการพยายามจัดรูปแบบนิสัยความเคยชินเก่าๆทางลบโดยเริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิด คำพูด อารมณ์ ทัศนคติ และพฤติกรรมให้เป็นไปในทางบวกให้มากที่สุด
4. การสร้างเสริมพลังลักษณะนิสัยทางบวก(create a new, empowering alternative) โดยพยายามเสริมสร้างลักษณะนิสัยที่ดีงามให้เกิดขึ้นในจิตใจ และการกระทำอยู่เสมอ โดยการหมั่นคิด หมั่นพูด หมั่นกระทำแต่สิ่งที่เป็นบวกกับตัวเองเพื่อให้เกิดพลังความเชื่อด้านบวกในการสร้างความสำเร็จ

5. การวางเงื่อนไขพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง(condition it) โดยการวางเงื่อนไขพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอด้วยการให้รางวัลที่ทำให้ตนเองเกิดความสุข และความพึงพอใจ เพื่อใหม่เชื่อมโยงระหว่างความสุข ความพึงพอใจกับพฤติกรรมใหม่ที่เราสามารถเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ จนกระทั่งพฤติกรรมใหม่นั้นได้กลายเป็นนิสัยอย่างถาวรในที่สุด

6. การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น(test it) โดยตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่า พฤติกรรมใหม่นั้นได้สร้างผลลัพธ์ที่เราต้องการในชีวิตหรือไม่ ถ้ายังไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เราจำเป็นต้องกลับไปทบทวนตนเองจากขั้นตอนที่ผ่านมาใหม่อีกครั้งหนึ่ง

โดยที่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิธีการติดต่อสื่อสารกับตัวเองนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) ระบบความเชื่อ(belief system) ได้แก่ ความรู้สึกที่หยั่งรากลึกลงในจิตใต้สำนึกเกี่ยวกับความสามารถว่าทำได้หรือไม่ 2) ไวยากรณ์ของจิตใจ(mental syntax) ได้แก่รูปแบบของการใช้ความนึกคิดปรุงแต่ง(จิตสำนึก) เช่น การเรียบเรียงบทสนทนากับตัวเองในสมอง รูปแบบการเรียบเรียงความคิด การเรียบเรียงการใช้คำพูด ภาษา 3) สรีรวิทยาการเคลื่อนไหวร่างกาย(physiology) ได้แก่ รูปแบบการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น วิธีการหายใจ การใช้น้ำเสียง การแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทาง

Andreas & Faulkner (1994, อ้างถึงใน วรวุฒิ เจริญศรีพรพงศ์, 2555) กล่าวว่า หลักการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ที่ประยุกต์จากหลักการ NLP มีหลักการ 10 ประการ ดังนี้

1. การรับรู้ว่าคุณภาพของโลกของเราไม่ได้มีความเที่ยงตรงตามสภาพเป็นจริงเสมอไป (the map is not the territory) เพราะเราจะรับรู้สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นภายนอกโดยส่วนใหญ่ไปตามความรู้สึกนึกคิดที่ปรุงแต่งอยู่ภายในจิตใจ(mental maps) ซึ่งเป็นผลจากความทรงจำในอดีต กระบวนการรับรู้ของเราอาจคลาดเคลื่อนได้ เพราะว่าความนึกคิดส่วนใหญ่เกิดจากการตอบสนองของความทรงจำเก่าๆในอดีตที่ปรุงแต่งได้ตอบสนองต่อเหตุการณ์ใหม่ๆที่เข้ามากระทบ ดังนั้นการรับรู้ของคนเราจึงมีข้อจำกัด และไม่เที่ยงตรงตามความเป็นจริงเสมอไป

2. การโต้ตอบสถานการณ์จะเป็นไปตามกระบวนการรับรู้ และความคิดปรุงแต่งภายในจิตใจ (people response according to their maps) โดยรูปแบบของความคิดปรุงแต่งนั้นมีผลมาจากความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติ รูปแบบการใช้ภาษา ความทรงจำที่ฝังรากลึกภายในจิตใต้สำนึก ดังนั้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ภายในจิตใจ

3. ประสบการณ์ชีวิตทุกอย่างต้องมีเหตุปัจจัย(experience has a structure) เป็นต้นว่า ถ้าเรารู้สึกซึมเศร้า แสดงว่าต้องมีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นภายในร่างกาย และจิตใจของเรา

4. ความสามารถของการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยใครคนหนึ่งได้คนอื่นสามารถเรียนที่จะทำสิ่งนั้นได้เช่นเดียวกัน(if person can do something, anyone can learn to do it)

5.การทำงานของร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงและเป็นส่วนของระบบเดียวกัน (the mind and body are parts of the same system) ถ้าเราสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบการคิดของเราสู่ความสงบได้ก็จะส่งผลให้ระบบการทำงานภายในร่างกายของเราเปลี่ยนแปลงไป

6.การมีทรัพยากรภายในที่ต้องการอยู่แล้ว(people already have all the resources they need) มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่ยิ่งใหญ่ภายในตัวเองถ้าเพียงแต่รู้จักวิธีใช้ทรัพยากรในตัวเพื่อที่จะดึงศักยภาพเหล่านั้นมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และผู้อื่น เราจะต้องควบคุมรูปแบบการติดต่อสื่อสารกับตัวเองผ่านทางกระบวนการการคิด การพูด การกระทำเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่สร้างสรรค์

7.การไม่สามารถปฏิเสธการติดต่อสื่อสาร(you cannot NOT communication) มนุษย์ทุกคนล้วนแต่มีการติดต่อสื่อสารกับตนเอง และผู้อื่นผ่านทาง ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง และใจ ซึ่งทำงานต่อเนื่องไม่มีหยุด ดังนั้น ชีวิต คือ การติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสาร คือ ชีวิต

8.ความพยายามลองกระทำใหม่หากสิ่งที่กระทำอยู่ไม่ได้ผลลัพธ์ตามต้องการ(if what you are doing isn't working, do something else, do anything else)

9.การมีข้อมูลป้อนกลับไม่ทำให้ล้มเหลว(there is no failure, only feedback) การป้อนกลับข้อมูลทำให้เรากลายเป็นคนที่ชอบเรียนรู้ และลองทำสิ่งใหม่ๆตลอดเวลาโดยปราศจากความกลัวในจิตใจ เพราะในที่สุดแล้วมันก็เป็นเพียงแค่ผลลัพธ์หนึ่งเท่านั้น

10.การเลือกทางเลือกที่เปิดโอกาสที่ดีที่สุดเมื่อกระทำการใดๆ(people make the best choice open to them when they act) ความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้อื่นที่กระทำต่อเรา เราก็จะมีแต่ความรัก ความเมตตา รู้สึกเห็นอกเห็นใจ และสามารถให้อภัยต่อความผิดพลาดของคนอื่นได้ง่ายขึ้น

Alder & Heather (2000, อ้างถึงใน วรวิฑูมิ เจริญศรีพรพงศ์, 2555) กล่าวถึงการประยุกต์ใช้หลักการ NLP มาสร้างการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ด้วยหลักการ 5 ประการ ดังนี้

1.การเปลี่ยนแปลงสามารถทำได้ง่ายและรวดเร็ว(change can be fast and easy) การปลุกฝังความเชื่อดังกล่าวเป็นขั้นตอนแรกแล้วจะทำได้จริงๆ

2.การมีความรับผิดชอบในจิตใจเพื่อผลลัพธ์ที่ดี(I am in charge of my mind and therefore my results) การหมั่นตรวจสอบ และกำหนดเป้าหมายใหม่ๆให้กับชีวิตจะทำให้ชีวิตเราพุ่งสูงขึ้น

3.การที่ทุกปัญหามีหนทางแก้ไขเสมอ(there is solution to every problem) ถ้าเรามีความมุ่งมั่นที่จะลงมือแก้ไขปัญหายอย่างจริงจัง และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เราก็จะประสบผลสำเร็จ

4. การคิดว่าบุคคลไม่ใช่พฤติกรรม (a person is not his or her behavior) บางครั้งพฤติกรรมบางอย่างที่ได้กระทำไม่ว่าดีหรือไม่ดีอาจเป็นเพียงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นชั่วขณะอาจไม่ใช่ตัวตนที่แท้จริง การคิดเช่นนี้ทำให้เราไม่ตัดสินผู้อื่น แต่จะเข้าใจผู้อื่นอย่างที่เขาเป็นอยู่

5. ความหมายของการติดต่อสื่อสารคือการตอบรับที่ได้รับ (the meaning of a communication is the respond it gets) การปรับระดับน้ำเสียง แววตา ท่าทาง คำพูด และภาษา กาย เพื่อให้คู่สนทนา รู้สึกว่าเราเหมือนเขา ความรู้สึกไว้นี้เมื่อเชื่อใจก็จะตามมาเองอย่างรวดเร็ว

สรุปว่า การเพิ่มศักยภาพตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การมีความรู้เพิ่ม การเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติซ้ำๆ ในการดูแลตนเองด้วยดุลยภาพอย่างสมบูรณ์ของสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา ทั้งในภาวะที่ร่างกายแข็งแรง(ไม่มีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ) และในภาวะที่ร่างกายไม่แข็งแรง(มีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ) ด้วยการกำหนดสิ่งที่ต้องการให้ชัดเจน การวางเงื่อนไขทางอารมณ์ การจัดวางรูปแบบนิสัยด้านลบ การสร้างเสริมพลังลักษณะนิสัยทางบวก การวางเงื่อนไขพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ตอนที่ 5 รายละเอียดของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2550) กำหนดว่า การจัดบริการสุขภาพ โดยทั่วไปแบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of Care) ในการจัดบริการของทั้งประเทศ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับครัวเรือน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย เช่น การลดการสูบบุหรี่หรือมีการออกกำลังกาย แต่ขณะเดียวกันการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยน้อยลง จะทำให้ใช้บริการจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนน้อยลง

การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ผู้ให้บริการคือประชาชนด้วยกันเองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยกันเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การบริการระดับนี้ จึงใกล้ชิดกับการดูแลรักษาตนเองและบริการสาธารณสุขระดับต้นเป็นอย่างมาก หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีการจัดให้บริการ

คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้านทั่วไป ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด ครอบคลุมประชากรประมาณ หนึ่งพันถึงห้าพันคน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติประจำ คือพนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค ปัจจุบันบางแห่งอาจมีทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานในสถานอนามัยด้วย การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินการจะอยู่ภายใต้การกำหนดมาตรฐานการนิเทศงาน และการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้รวมถึงศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่างๆของรัฐและเอกชนทุกระดับ ที่มีการดำเนินการลักษณะเป็นคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว คลินิกชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนคลินิกเอกชน เป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยแพทย์ และบุคลากรระดับวิชาชีพ คลินิกเอกชนที่ให้บริการโดยแพทย์วิชาชีพ ร้านขายยา จัดเป็นบริการระดับปฐมภูมิอย่างหนึ่ง ซึ่งดำเนินการโดยเภสัชกร หรือผู้ได้รับการอบรมความรู้ด้านยา

2. การจัดบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ เป็นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ดังนี้ คือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขระดับอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียง ไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในระดับปฐมภูมิ

โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200 - 500 เตียง โรงพยาบาลศูนย์ คือโรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน โรงพยาบาลเอกชน ที่ดำเนินการโดยไม่มุ่งกำไรหรือดำเนินการแบบธุรกิจ มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำหรือมาทำนอกเวลาทำงาน ประชาชนต้องเสียค่าบริการ

3. การจัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการ ดังนี้ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐในสังกัดกระทรวงอื่นๆ โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วนส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดมากกว่า 100 เตียง

สรุป หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิกเอกชน มีลักษณะสำคัญคือไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเป็นผู้ป่วยใน หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยในไม่มากกว่า 100 เตียง เช่น โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการ

ระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยในมากกว่า 100 เตียง เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์

5.1 ความหมายของการบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมิมีการนิยามในหลายลักษณะที่แตกต่างกันไป ดังนี้

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) กล่าวว่า การบริการสุขภาพระดับสุขภาพปฐมภูมิ เป็นศิลปะการดูแลรักษาสุขภาพเพราะเป็นงานที่ต้องใส่ใจสุขภาพในหลายมิติ ทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และมิติทางจิตวิญญาณ การทำงานที่ต้องผสมผสานหลายมิติให้ลงตัวอย่างพอเหมาะพอดีถือเป็นศิลปะที่ต้องมีการเรียนรู้และฝึกฝนจนเกิดทักษะ ไม่ใช่การทำงานที่เห็นชีวิตเป็นเครื่องยนต์กลไกที่จะใช้เทคนิคการแพทย์มาซ่อมแซมเครื่องจักรที่ไม่มีความรู้สึกนึกคิด การผสมผสานทั้งความเข้าใจมิติทางสังคม วัฒนธรรม มีความละเอียดละอ่อน และมีความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ เป็นหัวใจของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ และเป็นจุดเด่นที่เป็นเอกลักษณ์ที่ไม่มีระบบบริการระดับอื่นจะทำได้ดีเท่า การนิยามการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจึงควรนิยามด้วยจุดแข็งอันเป็นเสน่ห์ของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่ไม่มีบริการอื่นเหมือน จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมินั้นมีศักยภาพและเอกลักษณ์ที่เป็นจุดแข็งของตนเองได้ และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจึงไม่ใช่เรื่องที่จะต้องไปแข่งขันกับโรงพยาบาลในการรักษาโรคด้วยเทคโนโลยีที่ซับซ้อน สิ่งที่บริการปฐมภูมิทำได้มากกว่าบริการระดับอื่น คือ บริการที่เป็นมิตร ใกล้ชิด เข้าใจชุมชน สามารถทำงานร่วมกับครอบครัว และชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์ที่ผสมผสานความเข้าใจทางสังคมและใส่ใจในความเป็นมนุษย์

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2550) ให้คำนิยามและประมวลคุณลักษณะของการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ไว้ว่า ระบบบริการปฐมภูมิหมายถึงระบบที่จัดบริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะของการผสมผสาน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่องด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพของตน และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล

Hart (1989, อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) ให้ความหมายของการบริการสุขภาพปฐมภูมิว่า เป็นการบริการสุขภาพที่เน้นบทบาทการให้บริการเชิงรุก เน้นการป้องกันโรค และดูแลปัญหาต่างๆอย่างเป็นองค์รวม

Starfield (1992) ให้ความหมายของการบริการสุขภาพปฐมภูมิว่า เป็นการบริการสุขภาพ โดยเน้นที่การเป็นบริการด่านหน้าที่เข้าถึงได้ง่าย ให้การบริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ตอบสนอง ความจำเป็นหลายด้านของผู้ใช้บริการอย่างผสมผสาน รวมทั้งประสานงานการให้บริการเฉพาะทาง อื่นๆ ทั้งทางการแพทย์และทางสังคมอื่นๆ

Donaldson (1996) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพปฐมภูมิแบบองค์รวมได้รับการนิยามอย่าง หลากหลายโดยใช้แง่มุมที่ต่างกันมากำหนด เช่น อาจนิยามจากประเภทของผู้ให้บริการ(เป็นบริการที่ จัดให้โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลเวชปฏิบัติ เจ้าพนักงานอนามัยชุมชน) หรือจากกิจกรรมที่ อยู่ในขอบข่ายของงานสุขภาพปฐมภูมิ(การรักษาโรคที่พบบ่อย การดูแลเบื้องต้น การสร้างเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค หรือการส่งเสริมการพึ่งตนเองได้ของครอบครัวและชุมชน) หรือจากระดับ ของการบริการที่สัมพันธ์และสัมพันธ์กับระดับของบริการอื่นๆ(เป็นบริการด่านหน้า เป็นหน่วยคัด กรองเพื่อการส่งต่อ หรือให้การรักษาโรคง่ายๆเป็นการเบื้องต้น) หรือจากคุณลักษณะของการดูแล(เช่น ดูแลแบบผสมผสานและบูรณาการให้บริการเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ใช้ครอบครัว และชุมชนเป็น ฐาน เป็นต้น)

กล่าวโดยสรุป การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นการดูแลสุขภาพที่ผสมผสานความรู้เรื่องสุขภาพ เข้ากับความเข้าใจในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ใส่ใจต่อความทุกข์และมีความละเอียดอ่อนต่อ มิติความเป็นมนุษย์ เป็นบริการด่านหน้า การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพง่ายๆ การ ตรวจผู้ป่วยนอกสถานที่ เป็นศิลปะขั้นสูงของการดูแลรักษาสุขภาพ เพราะต้องผสมผสานทั้งศาสตร์ ทางทางการแพทย์เข้ากับความรู้ทางสังคมและศิลปะการเข้าใจมนุษย์

5.2 หลักการการบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) อธิบายว่า หลักการการบริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ องค์ความรู้ของระบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิจะต้องมีการพัฒนาโดยมีรากฐานของวิถีคิดและ ปรัชญาที่ชัดเจน การดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะไม่ใช่งานบริการที่ลอกเลียนหรือจดจำเอาเสี้ยวเศษความรู้ ทางทางการแพทย์เฉพาะทางมาสาขาละเล็กละน้อย มารวมกันเป็นความรู้สำหรับใช้ในระบบปฐมภูมิแต่ ต้องเป็นองค์ความรู้มองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม การสร้างระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็ง จึงขึ้นอยู่กับ การปรับกระบวนการทัศน์ไปสู่สุขภาพแบบองค์รวมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มอง ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ ในขณะที่วิทยาศาสตร์ การแพทย์สมัยใหม่เน้นการพึ่งยา พึ่งเทคโนโลยี ศึกษาชีวิตพื้นฐานวิถีคิดแบบแยกส่วน ลดส่วน กลไก เน้นการมองความเจ็บป่วยในลักษณะที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม ไม่สัมพันธ์กับบริบททาง สังคมใดๆ ทำให้มิติทางจิตวิญญาณ สุนทรียภาพ และความเป็นมนุษย์สูญหายไปจากกระบวนการ รักษาโรค ขาดการให้ความสำคัญขององค์รวมของชีวิต การดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ การเข้าใจ

ความหมายของชีวิตและสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการทัศน์ใหม่เป็นรากฐานของการสร้างความรู้ กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่นี้ถือว่าสุขภาพหรือสุขภาพะนั้นสัมพันธ์เชื่อมโยงกับมิติทางสังคม วัฒนธรรม สนธิยภาพ และสันติภาพ รวมทั้งยังเห็นคุณค่าและศักยภาพแห่งความเป็นมนุษย์ที่สามารถเรียนรู้ เติบโต และบรรลุถึงอิสรภาพแห่งตน ก้าวพ้นความบีบคั้นคับข้องไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ความรักความเอื้ออาทรในมนุษยชาติ ที่เชื่อมโยงเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การทำงานสุขภาพชุมชนและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์หรือรากฐานวิธีคิดจากการมองสุขภาพแบบแยกส่วน ลดส่วน และกลไก สู่การมองแบบองค์รวมและให้ความสำคัญกับการทำงานชุมชนที่เชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับมิติต่างๆ มีความเข้าใจชุมชนและครอบครัว ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน การดูแลสุขภาพปฐมภูมิจึงต้องผสมผสานความเข้าใจทางสังคมเข้ากับความรู้ด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้การทำงานสุขภาพสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อให้งานสุขภาพเชิงรุกและการให้การดูแลรักษาความเจ็บป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ในระบบบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับชีวิตชุมชน ดังนั้นการบริการสุขภาพปฐมภูมิต้องตั้งอยู่บนหลักการของสุขภาพองค์รวมโดยมีลักษณะเชิงโครงสร้างของระบบบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

1. ระบบบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิมิมีพื้นที่รับผิดชอบที่แน่นอนชัดเจน ซึ่งหมายถึงการมีครอบครัวและชุมชนในความรับผิดชอบที่เฉพาะเจาะจง โดยผู้ให้การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิจะรู้จักครอบครัว และชุมชนเป้าหมายที่ตนต้องรับผิดชอบ ในขณะที่เดียวกัน บุคคล ครอบครัว และชุมชนก็รู้จักหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จะให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การมีพื้นที่ครอบครัวและชุมชนที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนทำให้สามารถสร้างความคุ้นเคยใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกับครอบครัวและชุมชนได้ซึ่งจะนำไปสู่การทำงานร่วมกันในการดูแลและการแก้ปัญหาสุขภาพบนพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดี

2. ระบบบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเน้นการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับเงื่อนไขและสภาพความจำเป็นของพื้นที่ โดยให้สถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมต่อการเข้าถึง โดยพิจารณาทั้งเงื่อนไขทางกายภาพ การคมนาคม ลักษณะของประชากร ระบบนิเวศวิทยา และวัฒนธรรมท้องถิ่น

3. ระบบบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทั้งหมดที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ ซึ่งหมายถึงการมีสำนึกที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันว่าระบบบริการสุขภาพมีเป้าหมายร่วมกัน และแบ่งหน้าที่เพื่อทำงานเสริมซึ่งกันและกัน ไม่ใช่เป็นการแย่งบทบาทกัน เกี่ยงกันทำงาน ผลักภาระให้พันตนเอง หรือกล่าวโทษกันเมื่อเกิดปัญหา แต่ต้องมีจิตใจที่เป็นหนึ่งเดียวกันและมีเป้าหมายร่วมกันคือสุขภาพของประชาชน

4. ระบบบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิมิมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงประสานกัน ทั้งระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องกัน หน่วยงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ หน่วยงาน

ด้านสังคมสงเคราะห์ต่างๆ หน่วยงานด้านสวัสดิการสังคม โรงพยาบาล วัด โรงเรียน ซึ่งต้องทำงานร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ การทำงานให้เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายนั้นจำเป็นต้องมีการประสานกันทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร วิชาการ บริการ และกิจกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน

5. โครงสร้างภายในของหน่วยบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจประกอบด้วยบุคลากรหลายประเภทแตกต่างกันไปตามความจำเป็นและความเป็นไปได้ของแต่ละพื้นที่ การบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องการการทำงานเป็นทีมทั้งจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย โดยอาศัยจุดแข็งและศักยภาพของบุคลากรที่หลากหลายในการทำงานตามปรัชญาของการบริการการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

6. โดยลักษณะทางโครงสร้างของระบบบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนทำให้ต้องตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของชุมชน และสามารถทำหน้าที่ติดตามและสะท้อนปัญหาเพื่อให้ระบบบริการโดยรวมสามารถปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้รวดเร็วและทันต่อการเปลี่ยนแปลง

ลักษณะเด่นที่เป็นจุดแข็งของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ 1) การบริการสุขภาพปฐมภูมิเน้นการดูแลแบบองค์รวม คือ ดูแลคนทั้งคน ใส่ใจกับชีวิต และความทุกข์ความสุขของคนมากกว่าที่จะดูแลแบบแยกชีวิต และแยกปัญหาสุขภาพออกเป็นส่วนๆ เป็นอวัยวะๆ 2) การบริการสุขภาพปฐมภูมิเน้นการทำงานเชิงรุก คือ มุ่งการป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังแต่แรกเริ่มมากกว่าที่จะรอให้เกิดโรค ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ลุลามมากขึ้นแล้วค่อยหาทางแก้ไข 3) การบริการสุขภาพปฐมภูมิเน้นการผสมผสานงาน สร้างเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สุขภาพโดยทำควบคู่ผสมผสานกันในกระบวนการทำงานร่วมกับองค์กรและกลไกต่างๆในพื้นที่ 4) การบริการสุขภาพปฐมภูมิเน้นการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิตมากกว่าจะเน้นการรักษาเป็นครั้งๆ โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพตลอดช่วงชีวิตของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิต สุขภาพและการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของเขา 5) การบริการสุขภาพปฐมภูมิทำงานเชื่อมโยงหลายระดับทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยถือว่าปัญหาทุกระดับส่งผลถึงกัน การแก้ปัญหาต้องดำเนินการควบคุมในหลายระดับพร้อมกัน 6) การบริการสุขภาพปฐมภูมิทำงานเชื่อมโยงหลายมิติ ทั้งมิติ ทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ ที่ต้องใส่ใจให้ทุกมิติเกื้อกูลส่งเสริมซึ่งกันและกัน เป็นสุขภาวะได้อย่างมีดุลยภาพ 7) การบริการสุขภาพปฐมภูมิทำงานเชื่อมโยงระดับบริการ โดยช่วยเอื้ออำนวยและประสานให้การใช้บริการทางการแพทย์ในระดับอื่นๆ เป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว และได้ผล 8) การบริการสุขภาพปฐมภูมิทำงานโดยผสมผสานระบบการแพทย์ที่หลากหลายในชุมชน การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และทางเลือกสุขภาพแบบต่างๆให้เป็นประโยชน์เกื้อกูลต่อสุขภาพได้ 9) การบริการสุขภาพปฐมภูมิเน้นการเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพท้องถิ่น

สุพัตรา ศรีวิชิชากร (2555) กล่าวว่า หลักการบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีการวางเป้าหมายร่วมกันระหว่างประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เป็นสุขภาวะของประชาชนที่เชื่อมโยงกับชีวิตความเป็นอยู่และการทำมาหากิน เชื่อมโยงกับสภาพจิตใจและสังคม ประชาชนแต่ละคน ชุมชน ท้องถิ่น เป็นหลักในการจัดการสุขภาพร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เริ่มจากจุดที่เป็นด้านบวก ศักยภาพของประชาชนและชุมชนที่จัดการได้เองแล้วขยายผลต่อยอดจากทุนด้านบวก เน้นการเรียนรู้ของชุมชน บุคคล ทำงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย ประชาชนเป็นศูนย์กลาง บริการสุขภาพที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการตัดสินใจร่วมกัน การบริการสุขภาพที่เป็นการผสมผสาน สอดคล้องกับวิถีชีวิตประชาชน สนับสนุนศักยภาพประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพของตนเอง การทำงานในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องอิงอาศัยทุกระบบทุกส่วนที่อยู่ในชุมชนในพื้นที่เป็นตัวหลัก เพราะเป็นผู้รับผลกระทบโดยตรง และยังคงอิงอาศัยจากปัจจัยภายนอกเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาทั้งในระดับปัจเจกและระดับชุมชน การขาดความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงในความเป็นสังคมและชุมชนในพื้นที่อาจทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จ การเข้าถึงความเป็นชุมชนในสังคมนั้นๆจำเป็นต้องเข้าไปศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนเพื่อให้เห็นถึงความเป็นมาของชุมชนในเชิงลึก ศึกษาการที่ผู้คนในชุมชนสังคมได้มีการจัดการสุขภาพด้วยตัวเองอย่างมีความหมายเรียกได้ว่าเป็นการดูแลตัวเองเบื้องต้นผ่านการใช้วิถีชีวิตวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ การศึกษาบริบทของชุมชน สิ่งสำคัญที่จะทำให้เราเข้าใจและมองเห็นคุณค่าเหล่านี้ต้องอาศัยการพูดคุยสนทนา เพื่อค้นหาต้นทุนของความสุขของผู้คน เกิดการเปิดใจยอมรับกันและกัน

Starfield (1992) อธิบายว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบบริการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องทำให้มีผลดีต่อการดูแลรักษาสุขภาพหลายด้าน การดูแลต่อเนื่องส่งผลต่อการให้บริการด้านป้องกันโรคดีขึ้น แพทย์หรือผู้ให้บริการการรักษาสามารถรับรู้ปัญหาด้านสังคม จิตวิทยาดีขึ้น ภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลลดลง อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง ระยะเวลาการพักรักษาตัว(length of stay)ลดลง การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาตัวและการมาตรวจตามนัดหมายดีขึ้น การรับประทานยาตามที่ได้รับคำแนะนำดีขึ้น รวมทั้งการรักษาได้ทันเวลาดีขึ้น ที่สำคัญการประสานงานการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการระดับอื่นยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เส้นทางการเฝ้าระวังรักษาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ต้องเผชิญกับความทุกข์อันไม่จำเป็นโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการส่งต่อ

Heywood (2000) กล่าวว่า การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิมีการดูแลต่อเนื่องที่มีลักษณะสามประการที่เป็นจุดเด่นของการจัดบริการปฐมภูมิ คือ การมีระบบการดูแลที่มีความรับผิดชอบในการดูแลกลุ่มเป้าหมายในระยะยาว ซึ่งอาจมีหรือไม่มีเรื่องความเจ็บป่วยเลยก็ได้ การดูแลที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องที่ปรับเปลี่ยนไปตามสภาพและความจำเป็นของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือภาวะอื่นๆ เช่น พัฒนาการของเด็ก การตั้งครรภ์ หรือการสูงวัย

ความสัมพันธ์ที่ก่อตัวอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้รับบริการที่รู้จักและคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ ในขณะที่ผู้ให้บริการก็รู้จักและเข้าใจชีวิต ความเป็นอยู่ และปัญหาของผู้รับบริการในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การบริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับชุมชน มุ่งสร้างเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพที่ไม่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เน้นความต่อเนื่อง การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สังคมชุมชน บริบททางสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่น การบริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิจะประสบผลสำเร็จ และมีคุณภาพจึงจำเป็นต้องใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นสำคัญ

5.3 บริบทของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทย

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2550) อธิบายว่า หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมิมีจุดเริ่มต้นจากสุศาลาในสมัยโบราณแล้วพัฒนาเป็นสถานีอนามัยแล้วต่อมาพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการที่เป็นด่านแรก ใกล้บ้านของประชาชน ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในอดีตขณะนั้น คือ ความเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อประเภทต่างๆ เช่น ท้องร่วง มาเลเรีย ปอดบวม วัณโรค โรคเรื้อน เป็นต้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำหน้าที่ให้บริการเพื่อรักษาโรคต่างๆ เหล่านี้ควบคู่ไปกับการควบคุมโรค เพื่อป้องกันมาเลเรีย ไข้ตาช การให้วัคซีนแก่เด็กอย่างทั่วถึง รวมทั้งการดูแลช่วยทำคลอดให้กับชาวบ้านในชุมชน เพื่อให้แม่ที่คลอดและลูกมีความปลอดภัยมากขึ้น งานต่างๆ ของเจ้าหน้าที่อนามัยสมัยก่อนต้องเรียกว่าเอนกประสงค์ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ในด้านการส่งเสริมสุขภาพในสมัยแรกๆ อาจไม่มีอะไรมากเนื่องจากยังมีใช้สาเหตุและเป็นปัญหาสำคัญในสมัยนั้น จะมีแต่เรื่องการแก้ปัญหาโภชนาการของเด็กที่ขาดสารอาหาร ในยุคต่อมา(แผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 4-5-6-7-8) ความครอบคลุมของวัคซีนต่างดีขึ้น มีการสร้างโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น ทำให้ความเจ็บป่วยที่รุนแรงลดลง ประชาชนไปคลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น บทบาทของสถานีอนามัยที่เป็นหน่วยบริการใกล้บ้านในบทบาทเรื่องการคลอด การรักษาโรคติดเชื้อที่รุนแรงต่างๆ เริ่มลดลง แต่ยังคงให้บริการในเรื่องการดำเนินโครงการต่างๆ ทั้งการควบคุมโรคท้องร่วง การจัดการด้านสุขาภิบาล ส่งเสริมการสร้างส้วม การหาแหล่งน้ำสะอาด การส่งเสริมด้านโภชนาการ การดูแลปัญหาโรคทางเดินหายใจในเด็ก การควบคุมวัณโรค กิจกรรมบางส่วนที่ต้องทำ คือ การรณรงค์ในชุมชนด้านต่างๆ เพื่อชักชวนให้มีการจัดการด้านสุขาภิบาล แก้ปัญหาโภชนาการในเด็ก การดูแลหญิงตั้งครรภ์ บทบาทการรักษาโรคพื้นฐานง่ายๆ กระบวนการทำงานเน้นที่การให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น การอบรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผสส.) การจัดตั้งกองทุนยา การพัฒนาคุณภาพชีวิต การพัฒนาความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ในช่วงระยะต่อมา(แผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 9-ปัจจุบัน) เป็นช่วงระยะที่มีการพัฒนาสถานีอนามัยจนกระทั่งเปลี่ยนเป็น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยได้รับอุปกรณ์ เครื่องมือ มีการพัฒนาโครงสร้าง สิ่งก่อสร้างจำนวนมาก แต่ปริมาณเจ้าหน้าที่ในการทำงานเพิ่มขึ้นเล็กน้อย กิจกรรมการทำงานที่ ส่งมาจากส่วนกลางมีลักษณะของการทำเป็นการณรงค์ โครงการพิเศษเพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งที่เพิ่มขึ้น กิจกรรมต่างๆที่เข้าร่วมกับชุมชนเป็นไปในลักษณะงานประจำที่ทำต่อเนื่อง ความเข้มข้นของการสร้าง ศักยภาพของ อสม. และการมีส่วนร่วมของชุมชนบางส่วนเบาบางลง ประเด็นที่หยิบยกเพื่อการพัฒนา มากขึ้นในระยะนี้ คือ ประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน โครงการต่างๆไม่ค่อยประสบ ผลสำเร็จ ปัญหาสุขภาพต่างๆที่พบเปลี่ยนเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะ อ้วน การดำเนินงานในชุมชนในลักษณะผสมผสานกับภาคส่วนต่างๆน้อยลง เนื่องจากภาครัฐมีการ ปรับโครงสร้างไม่มีบุคลากรปฏิบัติงานระดับตำบล หมู่บ้านทั่วถึงเหมือนเดิม ภารกิจของเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัยในการณรงค์โครงการต่างๆเพิ่มขึ้น การดำเนินงานจากกระทรวงสาธารณสุขสั่งแบบแยก เป็นโครงการๆ ไม่ได้ทำเป็นแผนงานที่ผสมผสาน มีความเร่งรัดตลอดเวลา ขณะเดียวกันมีการพัฒนา รูปแบบบริการสาธารณสุขในลักษณะต่างๆไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาในด้านหลักประกันสุขภาพ การ สร้างกระแสประชาคมด้านสุขภาพ การจัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ระยะหลังการปฏิรูป บริการสาธารณสุขจนถึงปัจจุบัน หลังจากการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการให้ ประชาชนขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ สถานีอนามัย หรือศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วย บริการสุขภาพใกล้บ้านที่เป็นด่านแรก ได้รับการการปรับชื่อให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิธีการจัดสรรงบประมาณเปลี่ยนรูปแบบไปต้องประสานกับ โรงพยาบาลมากขึ้น งบประมาณถูกปรับให้แปรตามจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบของพื้นที่ แปร ตามจำนวนโครงการกิจกรรมที่เสนอขอมาที่หน่วยงาน การเผชิญกับประเด็นการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพ การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความซับซ้อนของการบริหาร จัดการต่างๆมีมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และสารสนเทศมากขึ้น องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นมีการพัฒนาและขยายตัวเพิ่มขึ้น มีบทบาทเข้ามาร่วมสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ ในชุมชนเพิ่มขึ้น บางแห่งขัดแย้งกัน ชุมชน ประชาชนมีการพัฒนา มีการรวมกลุ่มเพื่อการพัฒนาด้าน สังคมต่างๆเพิ่มขึ้นขยายวงไปจากอาสาสมัครสาธารณสุข ในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพที่หนักหน่วง มากขึ้น คือ การเผชิญกับโรคเรื้อรังต่างๆที่เริ่มมีการถ่ายโอนบริการบางส่วนมาจากโรงพยาบาลที่แน่น แออัด การณรงค์ในเรื่องความอ้วน การไม่กินหวาน ไม่มัน ไม่เค็ม การออกกำลังกาย ที่ล้วนแต่ เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นการปรับพฤติกรรม ปรับวิถีการใช้ชีวิตของรายบุคคล ไม่ใช่การ ควบคุมโรคติดเชื้อแบบเดิมๆ เป็นความท้าทายใหม่ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ต้อง เผชิญพร้อมๆไปกับความซับซ้อนของการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ ด้านองค์กรชุมชน ท้องถิ่นที่ เข้ามามีส่วนร่วม มีส่วนเกี่ยวข้องมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ดูเหมือนระบบสนับสนุนเพื่อการ พัฒนาบทบาทใหม่ของเจ้าหน้าที่เหล่านี้ไม่มีความชัดเจน ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งหลายจะก้าวข้าม หรือเผชิญกับความท้าทายใหม่ต่างๆ เหล่านี้ไปได้ ไม่อาจทำงานด้วยวิธีคิด หรือกระบวนการแบบเดิมๆ โดยไม่ปรับตัวได้

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2555) รายงานการศึกษายาทบทและผลการดำเนินงานในแต่ละด้านของ หน่วยฯปฐมภูมิ(ทั้งด้านการรักษา การส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟู) พบว่า ในด้านการจัดบริการ นั้นน้ำหนักเวลาที่ใช้มากที่สุด คือการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นการดูแลโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง รองลงมา คือ เวลาเพื่อการควบคุมป้องกันโรค และการทำงานร่วมกับท้องถิ่น ซึ่งบทบาทในกรณี โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพให้มีการดูแลตนเองยังมีน้อย ในเชิงกระบวนการพบว่า ประสิทธิภาพของการจัดบริการปฐมภูมิอาจยังไม่สูงพอที่ทำให้อัตรา ภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยลดลงหากมีการดูแลเบื้องต้นได้ดี ดังพิจารณาจากอัตราการส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังสรุปสถานการณ์ของของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวโน้มในด้านการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้น แต่ยังคงพบว่าการจัดการสนับสนุนนี้ไม่สม่ำเสมอและแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด แต่ละภูมิภาค รวมทั้งยังขาดความ คล่องตัวในการจัดการด้านงบประมาณ ส่วนที่ยังมีการเปลี่ยนแปลงน้อยและเป็นข้อจำกัดในด้านการ พัฒนาคุณภาพ คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานยังมีน้อย ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานประมาณครึ่งหนึ่ง ด้าน คุณภาพในการบริการโรคเรื้อรังพบว่ามีข้อจำกัด ไม่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของผู้ป่วย กลุ่มนี้ได้ยังเป็นประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาต่อเนื่อง

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ดำเนินการในประเทศไทยมีทั้งที่อยู่ภายใต้สังกัดของ หน่วยงานรัฐบาล(หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ภาคเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพ ประจำปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนทั้งสิ้น 11,326 หน่วย เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2552 มีจำนวน 10,694 หน่วย และปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 11,275 หน่วย (วินัย สวัสดิ์วิตร 2556) จะเห็นได้ว่ามี จำนวนเพิ่มขึ้นน้อยมากเมื่อเทียบกับประชากรที่เพิ่มขึ้น คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.45 แสดงว่าประชาชน ยังให้ความสำคัญกับหน่วยบริการปฐมภูมิน้อยเช่นกัน ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิควรปรับกระบวนการ ทัศน์ในการบริการเน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาแข่งกับหน่วยบริการทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ

สรุปว่า หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการด่านแรกใกล้ชิดชุมชนเน้นการ ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ให้การรักษาด้วยเทคนิคง่ายๆไม่ใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนราคาแพง ปัจจุบัน เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป ตัวอย่างหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการ สาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร หน่วยบริการสุขภาพชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ไม่แสวงหากำไร เอกชน เป็นต้น

5.4 รายละเอียดบริบทเชิงพื้นที่

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2556) รายงาน สภาพทั่วไปของจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ที่เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่เป็นศูนย์กลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง มีสภาพพื้นที่ลาดเอียงจากทิศตะวันตกไปทิศตะวันออกและทิศใต้ บริเวณที่สูงทางด้านตะวันตกมีสภาพพื้นที่เป็นเขาหินปูน ตะปุ่มตะป่ำสลับกับพื้นที่เป็นลูกคลื่นลอนลาดเล็กน้อย มีระดับความสูงประมาณ 200-250 เมตรจากระดับน้ำทะเล มีภูเขารูปแอ่งหรือภูเขาเว้าวงตัวอยู่ติดอำเภอภูเวียง บริเวณที่สูงตอนกลางและด้านเหนือมีสภาพพื้นที่เป็นเทือกเขา ได้แก่ ภูเก้า ภูเม็ง ภูพานคำ เป็นแนวขวางมาจากด้านเหนือ แล้ววกลงมาทางตะวันตกเฉียงใต้ ไหล่เขาด้านนอกมีความสูงและลาดชันมาก สูงประมาณ 300-660 เมตร ไหล่เขาด้านในมีความลาดชันน้อย มีระดับความสูงประมาณ 220-250 เมตรบริเวณแอ่งโคราช ครอบคลุมพื้นที่ทางด้านใต้จังหวัด สภาพพื้นที่เป็นลูกคลื่นลอนลาดเล็กน้อย มีความสูงประมาณ 150-200 เมตร มีบางส่วนเป็นเนิน สูงประมาณ 170-250 เมตร และลาดต่ำไปทางราบลุ่มที่ขนานกับลำน้ำชี มีความสูงประมาณ 130-150 เมตร จากนั้น พื้นที่จะลาดชันไปทางตะวันออก มีลักษณะเป็นลูกคลื่นลอนลาดมีความสูงประมาณ 200-250 เมตร และค่อนข้างราบ มีความสูงประมาณ 170 -180 เมตร

จังหวัดขอนแก่นมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดอื่นๆ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดอุดรธานี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดมหาสารคาม

ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดบุรีรัมย์

ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดเพชรบูรณ์

การปกครองแบ่งออกเป็น 26 อำเภอ 199 ตำบล 2139 หมู่บ้าน ประชากร 1,774,816 คน คือ อำเภอเมือง อำเภอบ้านฝาง อำเภอพระยืน อำเภอหนองเรือ อำเภอชุมแพ อำเภอสีชมพู อำเภอ น้ำพอง อำเภออุบลรัตน์ อำเภอกระนวน อำเภอบ้านไผ่ อำเภอเปือยน้อย อำเภอพล อำเภอแวงใหญ่ อำเภอแวงน้อย อำเภอหนองสองห้อง อำเภอภูเวียง อำเภอฆ้องชัย อำเภอชนบท อำเภอเขาสมัน กวาง อำเภอภูพาน อำเภอคำสูง อำเภอโคกโพธิ์ไชย อำเภอหนองนาคำ อำเภอบ้านแฮด อำเภอโนนศิลา อำเภอเวียงเก่า

จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางห่างจากกรุงเทพมหานครโดยทางรถยนต์ประมาณ 519 กิโลเมตร มีเนื้อที่ ประมาณ 6,946.746 ตร.กม. หรือ ประมาณ 4,341,716 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 4.5 ของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากหลักฐานทางโบราณคดีบ่งบอกว่าเคยเป็นที่อยู่อาศัยของเผ่าละว้า ซึ่งมีความเจริญทางด้านอารยธรรมประมาณ 1,600 ปี เป็นเมืองที่สำคัญ

ทางประวัติศาสตร์มาตั้งแต่สมัยโบราณกาล พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ยกฐานะบ้านแก่งสำโรงขึ้นเป็นเมือง และพระราชทานนามว่า “เมืองกาฬสินธุ์” หรือ “เมืองน้ำดำ” “กาฬ” แปลว่า “ดำ” “สินธุ์” แปลว่า “น้ำ” กาฬสินธุ์จึงแปลว่า “น้ำดำ” มีแหล่งซากไดโนเสาร์หลายแห่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งในอำเภอสหัสขันธ์ นอกจากนี้ยังมีชื่อเสียงด้านโปงลาง

จังหวัดกาฬสินธุ์มีอาณาเขตติดกับจังหวัดอื่น ๆ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสกลนคร

ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดมุกดาหาร

ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดมหาสารคาม

ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดมหาสารคามและจังหวัดขอนแก่น

การปกครองแบ่งออกเป็น 18 อำเภอ 135 ตำบล 1584 หมู่บ้าน เมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 รูปแบบ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาล 69 แห่ง (เทศบาลเมือง 2 แห่ง และเทศบาลตำบล 67 แห่ง) และองค์การบริหารส่วนตำบล 81 แห่ง ประชากร 982,578 คน ประกอบด้วย อำเภอเมือง อำเภอกมลาไสย อำเภอร่องคำ อำเภอกุฉินารายณ์ อำเภอเขาวง อำเภอขามเฒ่า อำเภอห้วยเม็ก อำเภอสหัสขันธ์ อำเภอคำม่วง อำเภอท่าคันโท อำเภอหนองกุงศรี อำเภอสมเด็จ อำเภอห้วยผึ้ง อำเภอสามชัย อำเภอนาคู อำเภอดอนจาน อำเภอฆ้องชัย อำเภอนามน

จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นจังหวัดในบริเวณลุ่มแม่น้ำชี ตั้งอยู่ตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อดีตเคยเป็นเมืองที่มีความเจริญรุ่งเรืองมาก่อนยุคก่อนประวัติศาสตร์ โดยปรากฏชื่อในตำนานอุรังคธาตุว่า *สาเกตนคร* หรือ *เมืองร้อยเอ็ดประตุ* อันเนื่องมาจากเป็นเมืองที่มีความเจริญรุ่งเรืองโดยที่มีเมืองขึ้นจำนวนมากตั้งอยู่บริเวณตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นที่ราบสูง สูงจากระดับน้ำทะเลปานกลางประมาณ 120-160 เมตร มีภูเขาทางตอนเหนือซึ่งติดต่อกับเทือกเขาภูพาน บริเวณตอนกลางของจังหวัด มีลักษณะเป็นที่ราบลูกคลื่น บริเวณตอนล่างมีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มริมฝั่งแม่น้ำมูลและสาขา ได้แก่ ได้แก่ลำน้ำชี ลำน้ำพลับพลา ลำน้ำเตา เป็นต้น บริเวณที่ราบต่ำอันกว้างขวาง เรียกว่าทุ่งกุลาร้องไห้ มีพื้นที่ประมาณ 80,000 ไร่ มีลักษณะเป็นที่ราบแอ่งกระทะ

จังหวัดร้อยเอ็ดมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดอื่น ๆ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดกาฬสินธุ์

ทิศตะวันออกเฉียงเหนือ ติดต่อกับจังหวัดกาฬสินธุ์ และ มุกดาหาร

ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดยโสธร

ทิศตะวันออกเฉียงใต้ ติดต่อกับจังหวัดศรีสะเกษ

ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดสุรินทร์

ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดมหาสารคาม

แบ่งออกเป็น 20 อำเภอ 193 ตำบล 2412 หมู่บ้าน ประชากร 1,309,708 คน ประกอบด้วย อำเภอเมือง อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอปทุมรัตน์ อำเภอจตุรพักตรพิมาน อำเภอรวัชบุรี อำเภอพนมไพร อำเภอโพธิ์ทอง อำเภอโพธิ์ชัย อำเภอหนองพอก อำเภอเสลภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ อำเภอเมืองสรวง อำเภอโพธิ์ทราย อำเภออาจสามารถ อำเภอเมยวดี อำเภอศรีสมเด็จ อำเภอจังหาร อำเภอเชียงขวัญ อำเภอหนองฮี อำเภองาเขาลวง

จังหวัดมหาสารคาม ตั้งอยู่ที่กึ่งกลางของภาคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นศูนย์กลางด้านการศึกษาของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บริเวณที่ตั้งตัวเมืองเป็นเนินสูงหรือมอห่างจากลำน้ำชี ประมาณ 3 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งหมด 5,760.162 ตารางกิโลเมตร หรือ 3,600,010.2 ไร่ ลักษณะพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคามเป็นที่ราบลูกเนินมอที่ตั้งเมืองเป็นที่สูงสุดเหมือนหลังเต่าแล้วลาดลงไปทุกทิศเมืองนี้ไม่มีภูเขาเป็นทิวเขาสลับกับป่าโปร่ง มหาสารคามมีพื้นที่ทั้งสิ้น 5,760 ตารางกิโลเมตร อยู่ห่างจากกรุงเทพฯ 470 กิโลเมตร

จังหวัดมหาสารคามมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดอื่นๆ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดกาฬสินธุ์

ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดสุรินทร์และจังหวัดบุรีรัมย์

ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดร้อยเอ็ด

ทิศตะวันตก ติดกับจังหวัดขอนแก่น

การปกครองแบ่งออกเป็น 13 อำเภอ 133 ตำบล 1804 หมู่บ้าน ประชากร 945,149 คน ประกอบด้วยอำเภอเมือง อำเภอแกดำ อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอกันทรวิชัย อำเภอเชียงยืน อำเภอบรบือ อำเภอนาเชือก อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอวาปีปทุม อำเภอนาดูน อำเภอยางสีสุราช อำเภอกุดรัง อำเภอชื่นชม

ตอนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยต่างประเทศ

6.1.1 งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ

Sofi (2008) สรุปว่า การกินอาหารแบบกรีกโบราณหรือเมดิเตอร์เรเนียน คือ ผัก ผลไม้ ธัญพืช(เมล็ดพืชไม่ขัดสี) ถั่ว(พืชเป็นฝัก) ปลา น้ำมันมะกอก(ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว) จากการรวบรวมการศึกษาแบบวิเคราะห์เอกสารอย่างเป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ. 2509-2551 ในการศึกษาคุณภาพดีแบบไปข้างหน้า 8 การศึกษา พบว่า ในประชากร 500,000กว่าคนมีการเสียชีวิต ประมาณ 30,000กว่าคน การกินอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนที่เพิ่มขึ้นจะลดโอกาสการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุลงร้อยละ 9 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 9 โรคมะเร็งร้อยละ 6 โรคพาร์กินสันและอัลไซเมอร์ร้อยละ 13

Bibbins-Domingo (2010) กล่าวว่า จากการศึกษาวิจัยทำให้เราทราบว่า น้ำอัดลม(ที่มีรสหวานจากน้ำตาลหรือน้ำตาลเทียม)เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวานและมีไขขาวรั่วออกมาในน้ำปัสสาวะ(ซึ่งแสดงออกถึงภาวะเริ่มแรกของไตวาย) โดยการศึกษาในผู้หญิงพยาบาลวัยกลางคน(30-55 ปี) จำนวน 3,300 คนติดตามการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของไตระหว่างปี พ.ศ. 2532-2543 และติดตามข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มโดยเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2527, 2529, 2533, 2537 พบว่าคุณพยาบาลที่ดื่มน้ำอัดลมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 กระป๋องต่อวันเพิ่มโอกาสไตเสื่อม หรือการทำงานของไตลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 เพิ่มขึ้น 2 เท่ากว่าหลังจากปรับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องแล้ว การดื่มน้ำอัดลมที่มีความหวานจากฟรุกโตสจะเพิ่มระดับกรดยูริกซึ่งอาจเพิ่มโอกาสไตเสื่อมได้ โดยผู้ที่ดื่มน้ำอัดลมมากกว่า 1 กระป๋องต่อวันจะเพิ่มโอกาสไตเสื่อมมากกว่าผู้ที่ดื่มน้ำอัดลมน้อยกว่า 1 กระป๋องต่อวัน 2.59 เท่าในผู้ที่มีระดับกรดยูริกในเลือดสูงกว่า 9 mg/dl และ 3.9 เท่าในผู้ที่มีระดับกรดยูริกในเลือดต่ำกว่า 6 mg/dl สรุปได้ว่าการดื่มน้ำอัดลมเพิ่มโอกาสไตเสื่อมมากขึ้น เราควรดื่มน้ำสะอาดแทนน้ำอัดลม น้ำผลไม้ขวดสังเคราะห์ น้ำผลไม้กระป๋อง การดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้วต่อวันช่วยถนอมไตได้

Warburton (2010) สรุปจากการทบทวนองค์ความรู้จากบทความทางการแพทย์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพกิจกรรมทางกาย ได้แก่ แรงบีบของมือ ความเร็วในการเดิน เวลาที่ลุกยืนจากท่านั่ง กับโอกาสการตายของคนในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มคนที่มีแรงบีบมือน้อยที่สุดมีโอกาสตายจากทุกสาเหตุมากกว่ากลุ่มที่มีแรงบีบมือมากที่สุด 1.67 เท่า(จาก 14 การศึกษาในประชากร 50,000กว่าคน หลังจากปรับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง คือ เพศ อายุ ขนาดร่างกาย) โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี เพิ่มโอกาสการตายขึ้น 1.8 เท่า ทุกๆ 1 กิโลกรัมที่เพิ่มแรงบีบของมือลดโอกาสการตายจากทุกสาเหตุลงร้อยละ 3 คนวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน ขนาดร่างกายพอกัน กลุ่มที่เดินช้าที่สุดมีโอกาสการตายจากทุกสาเหตุมากกว่ากลุ่มที่เดินเร็วที่สุด 2.87 เท่า(จาก 5 การศึกษาในประชากรประมาณ 14,000 คน) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปีเพิ่มโอกาสการตายมากกว่า 6.25 เท่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี เพศเดียวกัน ขนาดร่างกายพอกัน กลุ่มคนที่ใช้เวลาลุกจากนั่งมายืนนานที่สุดจะมีโอกาสตายจากทุกสาเหตุมากกว่ากลุ่มที่ใช้เวลาน้อยที่สุด 1.96 เท่า

Micha (2010) สรุปจากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการกินเนื้อสัตว์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพาต โรคเบาหวาน ในผู้ใหญ่จำนวน 20 การศึกษา จำนวนผู้ใหญ่รวม1,200,000 กว่าคน เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2,200 คน โรคหลอดเลือดหัวใจ 23,000กว่าคน และเบาหวาน 10,000กว่าคน พบว่าการกินเนื้อสัตว์ปรุงแต่งเพิ่มโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 42 และทุกๆ 50 กรัมที่กินเพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 19 ดังนั้นเราควรหลีกเลี่ยงการกินเนื้อสัตว์ปรุงแต่งหรือกินไม่เกินครึ่งช้อน(50 กรัม)ต่อวัน และได้รวบรวมและทบทวนการศึกษาจากฐานข้อมูลตั้งแต่ พ.ศ. 2513-2554 ที่ได้ศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีคุณภาพดีเยี่ยมเกี่ยวกับการนั่ง

ดูโทรทัศน์กับโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การตายจากทุกสาเหตุ 8 การศึกษาในประชากร 170,000กว่าคนติดตาม 1 ล้านกว่าคน-ปี พบว่า เป็นเบาหวาน 6,400กว่าคน เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 1,000กว่าคน การตายจากทุกสาเหตุมีการตายเกิดขึ้น 1,800กว่าคนจากประชากร 26,000กว่าคน ผลการรวบรวมการศึกษาดังกล่าวพบว่า ทุกๆ 2 ชั่วโมงที่นั่งดูโทรทัศน์เพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 20 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 15 และการตายจากทุกสาเหตุร้อยละ 13

สรุปว่า การดูแลสุขภาพตนเองมีความสำคัญต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เช่น การกินผักผลไม้ ธัญพืช เพิ่มขึ้น ไขมัน และน้ำตาล ลดลง รวมทั้งการออกกำลังกาย หรือการมีกิจกรรมทางกายที่กระฉับกระเฉง

6.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานอกระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัย และการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

Dominice (2000) ได้ทำการศึกษาโดยใช้ประวัติชีวิตในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มการศึกษาผู้ใหญ่ พบว่า การใช้คำถามเป็นสิ่งสำคัญในการเล่าประวัติชีวิตโดยเฉพาะคำถามเกี่ยวกับจริยธรรม การเปิดกว้างการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์โดยการใช้ประวัติชีวิตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมโนทัศน์ได้โดยเฉพาะด้านญาณวิทยา

Naudi (2006) ได้ทำการศึกษาศึกษาการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยใช้การอุปมา พบว่า มีความจำเป็นในการวิเคราะห์คำอุปมาในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมโนทัศน์เนื่องจากมีอิทธิพลต่อสังคมที่เราอยู่ การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ในการอุปมาเปิดโอกาสให้เราได้คิดไตร่ตรองมุมมองที่ถูกบิดเบือนไป การสร้างการอุปมาใหม่ด้วยตนเองทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อความเป็นไทเป็นการช่วงชิงการนำชัดเจนต่อสังคมที่กดขี่ บังคับ อยุติธรรม สร้างความยั่งยืนให้กับสังคมและชีวิต การวิเคราะห์การอุปมาจะนำไปสู่การกระทำบนมุมมองความหมายใหม่

Olaniyi (2015) ได้ศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่เหมาะสมในการศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยในยุคโลกาภิวัตน์ หรือข้อมูลข่าวสาร(ออนไลน์) พบว่า การใช้หลักการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีความเหมาะสมในการเรียนรู้นอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยผ่านการค้นคว้าข้อมูล สนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ผ่านสื่อเทคโนโลยีระบบอินเทอร์เน็ต รวมทั้งมีการประเมินผลการเรียนรู้ของตนเองอันนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต

สรุปว่า วิธีการ กิจกรรม และกระบวนการ ในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองหรือกรอบอ้างอิง จึงได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับที่เกี่ยวกับวิธีการต่างๆในการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลง และการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญด้วยกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยผนวกกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตอันนำไปสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

6.2 งานวิจัยในประเทศ

6.2.1 งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ

ปัทมาวดี กลสิกรรม (2548) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการฝึกสมาธิต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ภาวะสุขภาพ การนำไฟฟ้าทางผิวหนัง อุณหภูมิปลายนิ้ว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซีฟจร การหายใจ ความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

พัฒนา แสงเรียง (2555) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการจัดการความรู้เพื่อสุขภาพชุมชนใช้การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยภาคสนาม พบว่า สุขภาวะชุมชนตามการรับรู้ของชุมชน คือ ความสุขของชุมชนในสี่มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย จิต สังคม ปัญญา ส่วนแนวทางการจัดการความรู้เพื่อสุขภาพชุมชน คือ การรวมกลุ่มคนที่มีความตระหนักในทุกๆภาวะ การกำหนดเป้าหมายสุขภาวะร่วมกันของชุมชน การใช้หน่วยงานต่างๆที่มีความร่วมมือเป็นแหล่งเรียนรู้ การสร้างพื้นที่เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน การทำวิจัยโดยชุมชนเพื่อหาความรู้ที่เหมาะสมกับบริบท การสกัดความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลหรือชุมชนด้วยเครื่องมือเพื่อนช่วยเพื่อน การขยายเครือข่ายการเรียนรู้ของชุมชน การที่ผู้นำชุมชนเป็นตัวแบบสำคัญของการเพิ่มพูนความรู้ การพัฒนาแหล่งเรียนรู้ชุมชนเพื่อเป็นคลังความรู้ การสร้างนักจัดการความรู้โดยไม่มองข้ามเด็กและเยาวชน

สรุปว่าการดูแลสุขภาพของตนเองประกอบด้วย 4 มิติ คือ สุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ(ปัญญาและจิตสาธารณะ)

6.2.2 งานวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

วิภาวรรณ สุขสถิตย์ (2550) ได้ศึกษาการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองสำหรับนักศึกษาผู้ใหญ่โดยการเรียนการสอนผ่านเว็บ พบว่า นักศึกษาที่มีคุณลักษณะของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองสูงมีผลการเรียนรู้ผ่านเว็บสูง และผลการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองโดยการเรียนการสอนผ่านเว็บของนักศึกษาผู้ใหญ่หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรวิภา เจริญศรีพรพงศ์ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการศึกษานอกระบบเพื่อเสริมสร้างความเป็นพลเมืองโดยใช้หลักนิโอฮิวแมนนิสในกลุ่มลูกเสือชาวบ้าน ผลการศึกษาได้รูปแบบที่มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นการปฐมนิเทศ ขั้นการเรียนรู้ และขั้นการประเมินผลการเรียนรู้ ผลการศึกษาหลังจากการทดลองใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีความเป็นพลเมืองสูงกว่าก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงรูปแบบที่ใช้ในการเรียนรู้ทำให้ผู้เรียนบรรลุผล และพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้

จินดา น้ำเจริญ (2556) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญอุปสรรคในการปฏิบัติการสอนของนักศึกษาสาขาวิชาการศึกษาศาสตร์ พบว่า รูปแบบที่ใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการเผชิญอุปสรรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจารย์ผู้ใช้รูปแบบการฝึกอบรมมีความพึงพอใจในการขยายผลการใช้รูปแบบการฝึกอบรมที่ใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญอุปสรรคในการปฏิบัติการสอนของนักศึกษาสาขาวิชาการศึกษาศาสตร์

อรอนงค์ นิยมธรรม (2558) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างคุณลักษณะด้านความเมตตากรุณาตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง สำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก พบว่าค่าเฉลี่ยคุณลักษณะด้านความเมตตา กรุณาหลังทดลองใช้หลักสูตรการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมเมตตากรุณาของกลุ่มทดลองสังเกตโดยผู้วิจัย อาจารย์ และเพื่อนนักศึกษาอยู่ในระดับดีมาก และการประเมินจากบันทึกอนุทินอยู่ในระดับดีมาก

สรุปว่า หลักการ หรือแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงสามารถนำมาจัดกิจกรรมฝึกอบรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ และหลักการการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยสามารถบูรณาการเป็นกิจกรรมในการฝึกอบรมโดยการใช้หลักการการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง และการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงได้

ตอนที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในงานวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถสังเคราะห์นั้น ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติเป็นหลักและเสริมด้วยการให้ความรู้ไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยต้องสร้างความตระหนักรู้ในวิกฤติหรือปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ ซึ่งจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและแสวงหาความรู้ด้วยตนเองจึงศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

1. **ปัจจัยนำเข้า**ได้โดยการศึกษารวบรวมข้อมูล แนวคิด หลักการ และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องหลักการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง แนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำ

ตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม และรายละเอียดของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยและพัฒนา รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ ดังนี้

1.1. รูปแบบและหลักการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์จากรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของBoone(1992) ประกอบด้วยขั้นตอน คือ การวางแผน การออกแบบและดำเนินการ การประเมินผลตรวจสอบผลและการเผยแพร่ผล มีข้อตกลงเบื้องต้น 5 ข้อ คือ มีการเปลี่ยนแปลง มีการตัดสินใจ มีความร่วมมือ มีระบบ และมีข้อมูลป้อนกลับและ แนวคิด 4 ประการ คือ การวางแผนการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อมโยง ประชาธิปไตย การแปลความและหลักการจัด การศึกษานอกระบบโรงเรียนของประกอบด้วยหลักการดังนี้ คือ 1)ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง 2) หลักสูตรที่เลือกได้ 3)ความสัมพันธ์แนวราบ 4)การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น 5)การใช้ประโยชน์ได้ทันที 6) การมีโครงสร้างที่ยืดหยุ่น หลักการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการ ดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต รูปแบบการจัดการศึกษาเชิงบูรณาการแบบสอดแทรก

1.2. แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ กระบวนการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดของ Taylor(2009) ประกอบด้วย6 องค์ประกอบ คือ 1)ประสบการณ์ 2)การสนทนา 3)ความสอดคล้องกันอย่างองค์รวมของอารมณ์ ความรู้สึกและเหตุผล 4)การตระหนักรู้ในบริบท 5)ความสัมพันธ์ที่แท้จริงและ 6)การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ที่ขาดกระบวนการที่ชัดเจนผู้วิจัยจึงวิเคราะห์และสังเคราะห์กระบวนการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วย 1)เหตุการณ์กระตุ้น สถานการณ์จำลองหรือวิกฤติเทียม 2)การ สนทนา เป็นการสื่อความหมาย หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างลึกซึ้งและเชื่อมโยงกับชีวิตด้วยการ ตั้งคำถามว่า อะไร อย่างไร และทำไม 3)การนำเสนอข้อสมมุติฐานใหม่โดยใช้การดูแลสุขภาพตนเอง แบบองค์รวม 4)การตรวจสอบสมมุติฐาน ประกอบด้วยการสะท้อนความคิดในเนื้อหา การสะท้อน ความคิดในกระบวนการ การสะท้อนความคิดในข้อสรุปข้อเสนอในสมมุติฐาน จากแนวคิดการเรียนรู้ เพื่อการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนการสร้างตระหนักในวิกฤติ หรือเหตุการณ์กระตุ้นสามารถสร้าง แรงจูงใจประกอบกับการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมิได้เน้นการให้ความรู้ ดังนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ควรนำแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมาจัดกิจกรรมเพื่อเสริมความรู้โดยมีวิกฤติเทียมเป็นการ สร้างแรงจูงใจ

1.3. แนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของGarrison(1997) ประกอบด้วยแรงจูงใจ(ภายใน/งาน) การบริหารจัดการตนเอง(การ ควบคุม) การติดตามตนเอง(ความรับผิดชอบ) การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

1.4. หลักการสุขภาพองค์รวม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมจาก วิพุธ พูลเจริญ(2544) ประเวศ วะสี(2551) พระไพศาล วิสาโล(2552) และ Butler(2001) ได้ องค์ประกอบดังนี้ สุขภาพทางกาย คือร่างกายแข็งแรงผสมผสานการทำหน้าที่ด้านกายภาพ สรีรวิทยา และชีวเคมีของร่างกายที่สามารถยกระดับได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เพียงพอเหมาะสม การเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย และการตระหนักถึงสมรรถนะของร่างกาย สุขภาพทางจิต คือความสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ การจัดการกับอารมณ์และจิตใจ สุขภาพทางสังคม คือ ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ชุมชน สังคม สุขภาพจิตวิญญาณ ได้แก่ สุขภาพทางจิตสาธารณะ คือ จิตอาสาเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว และสุขภาพทางปัญญา คือ ปัญญารอบรู้เท่าทัน ปัญญาทำเป็น โดยสัมพันธ์กันอย่างมีดุลยภาพ ด้วยการเน้นการดูแลตนเองเป็นสำคัญตามหลักการของ Kleinman(1988)

1.5. หลักการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตามหลักการของ Orem(2001) ที่ประกอบด้วยหลักการดูแลตนเองเมื่อร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพในที่นี้คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะเมื่อต้องที่พึ่งพาของบุคคลอื่น โดยยึดหลักสุขภาพองค์รวมอย่างมีความเชื่อมโยงกันให้สมบูรณ์อย่างมีดุลยภาพ

1.6. หลักการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์จาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) ดังนี้ เป็นบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพใกล้ชิดกับชุมชน ไม่ใช่เทคโนโลยีขั้นสูง ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สังคมชุมชน

2. กระบวนการ หลักการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของ Boone(1992) มาเป็นกรอบในการพัฒนากระบวนการสร้างรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้าง การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเนื่องจากเป็นรูปแบบของกรอบแนวคิดกว้างๆสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับรูปแบบอื่นๆได้เช่น รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบแบบอื่น หรือ รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนแบบอื่นๆ ดังนั้นรูปแบบจึงมีความยืดหยุ่นมากสามารถนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการโดยมีกระบวนการพัฒนา ดังนี้ คือ การวางแผน การออกแบบและดำเนินการ การประเมินผล ตรวจสอบผล และการรายงานผล นอกจากนี้หลักการการพัฒนารูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของ Boone(1992) ยังมีข้อตกลงเบื้องต้น 5 ข้อ คือ มีการเปลี่ยนแปลง มีการตัดสินใจ มีความร่วมมือ มีระบบ และมีข้อมูลป้อนกลับและ แนวคิด 4 ประการ คือ การวางแผนการเปลี่ยนแปลง

ความเชื่อมโยง ประชาธิปไตย การแปลความ สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ควรมีการคิดที่หลากหลายจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการสนทนาต้องมีความร่วมมือ ข้อมูลป้อนกลับ ความเป็นประชาธิปไตย และมีความเชื่อมโยงกับนโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพตนเองแบบภาพองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ดำเนินการนำปัจจัยเข้าทั้งหมดมากำหนดเป็นกิจกรรม ดังนี้ คือ

1) การวางแผน การจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการโดยใช้ รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมทางการศึกษานอกระบบของBoone(1992)มีความยืดหยุ่น และมีข้อตกลงเบื้องต้น แนวคิด สามารถปรับใช้ได้กับกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติ การเสริมความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แนวคิดของ Boone(1992) สำหรับวิธีการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ คือ การวางแผน การออกแบบ การดำเนินการประเมินผล การตรวจสอบผล การรายงานผลในส่วนของกิจกรรมประกอบด้วย การจัดกิจกรรมตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้ร่วมกิจกรรม ร่วมกับการสนทนาและการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์โดยกำหนดเป็นรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ รวมทั้งการวางแผนสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประเมินผลด้วย

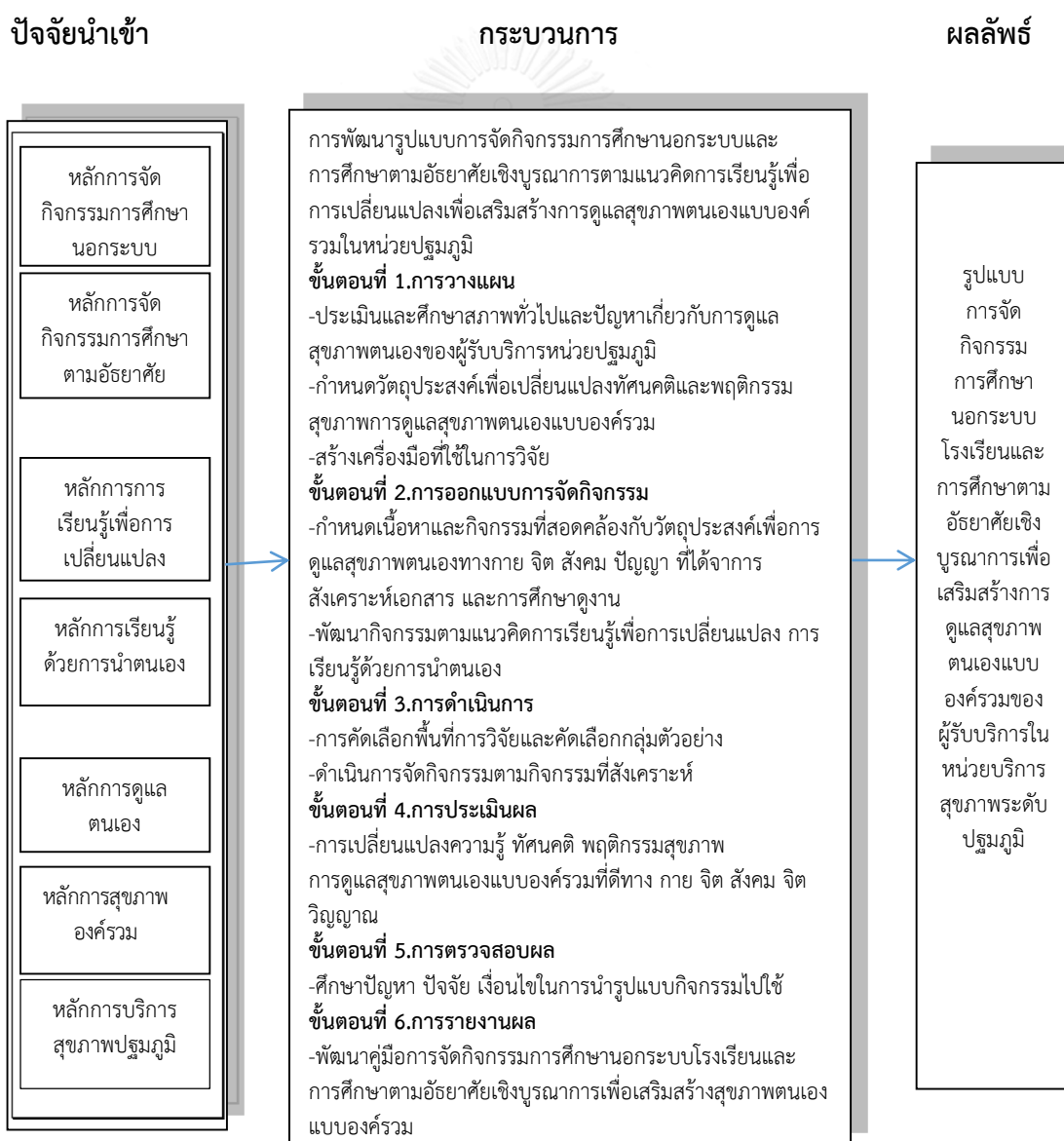
2) การออกแบบ เป็นขั้นตอนการกำหนดเนื้อหาการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ คือการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ได้แก่ การมีสุขภาพกายดี การมีสุขภาพจิตดี มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและชุมชน การใช้ความคิดสติปัญญาไตร่ตรองและการมีจิตสาธารณะ โดยการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมและวิธีการที่หลากหลาย เช่น บทบาทสมมติ เกม บรรยาย อภิปรายกลุ่ม ชมนิทรรศการ ทัศนศึกษา การเข้าห้องสมุดหรือศึกษาแหล่งเรียนรู้ เป็นต้น ในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย วัตถุประสงค์ สำคัญ เวลาที่ใช้ วัสดุอุปกรณ์และการจัดสภาพแวดล้อม ตารางเวลา ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

3) การดำเนินการ เป็นขั้นตอนการเลือกพื้นที่ดำเนินกิจกรรม การรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม และดำเนินกิจกรรม จากการใช้รูปแบบกิจกรรมนี้เน้นการเปลี่ยนทัศนคติเป็นสำคัญ จำเป็นต้องมีความแรง(quality) และความบ่อย(quantity)จึงใช้รูปแบบการจัดการศึกษาเชิงบูรณาการแบบสอดแทรกโดยมีกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นแกนหลักแล้วสอดแทรกด้วยกิจกรรมการศึกษาดูตามอัธยาศัย ดังนั้นข้อมูลจากการสำรวจวิถีชีวิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนจึงมีความจำเป็นในการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ สำคัญ เวลาที่ใช้ วัสดุอุปกรณ์ แหล่งเรียนรู้ ทรัพยากรเรียนรู้ ตารางเวลา

4) การประเมินผล เป็นการประเมินผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพกาย ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว การใช้ยา สุขภาพจิต ได้แก่การประเมินอารมณ์ โดยรวม ความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม และการประเมินก่อนและ หลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ชุมชน จิตสาธารณะ

3. ผลลัพธ์ที่ได้ คือ รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิง บูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมโดยหลังจากการจัดกิจกรรมจะได้ผลลัพธ์ (output) คือการได้รับความรู้และเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพอันนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ (outcome) คือ การมีสุขภาพดีทางกาย จิต สังคม ปัญญา และรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาผลลัพธ์ปัจจัย และเงื่อนไขอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้สรุปเป็นกรอบแนวคิดวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในผู้รับบริการของศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมินี้ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่1 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระยะที่2 การศึกษาการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระยะที่3 การศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระยะที่4 การพัฒนาคู่มือการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในผู้รับบริการของศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พัฒนาจากรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบของ บูน(Boone, 1992) ประกอบด้วย 1)การวางแผน 2)การออกแบบ 3)การดำเนินงาน 4)การประเมินผล 5)การตรวจสอบผล 6)การรายงานผล มีรายละเอียดของแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่1 การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ในระยนี้ของการวิจัยเป็นการศึกษาตามขั้นตอนของการวางแผน และออกแบบตามรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบของบูน(Boone, 1992) โดยผู้วิจัยดำเนินการในขั้นตอนนี้โดยวิเคราะห์จากรูปแบบดังกล่าวร่วมกับรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของไทเลอร์(Tyler, 1986) และ บรันเดจและแมคเคราเซอร์ (Brundage & Mackeracher, 1980) คือ ขั้นตอนการวางแผน ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการศึกษา และการวางแผนการประเมินผล ขั้นตอนการออกแบบ ประกอบด้วย การเลือกหลักการ ทฤษฎีการเรียนรู้ การกำหนด

เนื้อหา การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ การเลือกทรัพยากรการเรียนรู้ โดยรวบรวมแนวคิดทางการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิดสุขภาพองค์รวม แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง แนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์โดยเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพองค์รวมด้วยตนเองของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการศึกษา เป็นหนึ่งในขั้นตอนการวางแผนอันเป็นจุดเริ่มต้นอันสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์สภาพทั่วไป และปัญหาสามารถนำไปใช้กำหนดหลักการ เนื้อหาสาระ และกระบวนการจัดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งวิธีการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย ขั้นตอนการศึกษาโดยการศึกษารายกรณี และ ขั้นตอนการศึกษาโดยการสำรวจ

1)การศึกษาสภาพทั่วไป และปัญหา ของการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในผู้รับบริการของศูนย์สุขภาพระดับปฐมภูมิ ศึกษาโดยการศึกษารายกรณี หนังสือ และอินเทอร์เน็ต ที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับที่ไม่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ และ ระดับที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550ที่กำหนดว่า สุขภาพ คือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และหลักการดูแลตนเองของโอเริ่มประกอบด้วย การดูแลตนเองเมื่อยังไม่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือสุขภาพแข็งแรง และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากผลของข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์เอกสาร จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิเคราะห์เอกสารแล้วนำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นประเด็นหลัก โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1.1)การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร มีการคัดเลือกเอกสารเพื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเอกสารเกี่ยวกับ

สภาพทั่วไป และปัญหา ในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ 1)เป็นเอกสารปฐมภูมิ หรือเป็นเอกสารของราชการ 2)ระเบียบวิธีวิจัยและการสุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสม 3)มีการเผยแพร่ระดับประเทศ ตัวอย่างเอกสาร เช่น รายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยและพฤติกรรมสุขภาพโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการศึกษาภาวะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554 รายงานภาวะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พ.ศ. 2555ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 เป็นต้น โดยศึกษาเอกสารแต่ละเรื่องอย่างละเอียด เพื่อทำความเข้าใจและนำความรู้มาวิเคราะห์ สรุปเป็นประเด็นสภาพความต้องการและปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.2)การตรวจสอบ และการวิเคราะห์เอกสารเพื่อให้ได้ผลของข้อมูล ผู้วิจัยพิจารณาเฉพาะเนื้อหาสาระในเอกสารส่วนที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากนั้นตรวจสอบข้อมูลโดยพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของเอกสารว่าน่าเชื่อถือหรือไม่ และมีความครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำข้อมูลมาพิจารณาเรียบเรียงจำแนกอย่างเป็นระบบ ตีความ เชื่อมโยง ลดทอนข้อมูล กลั่นกรองเนื้อหาสาระ แล้วสร้างเป็นข้อสรุปตามกรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากการศึกษาเอกสาร หนังสือ อินเทอร์เน็ต บทความ วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสภาพความต้องการและปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อนำประเด็นการเรียนรู้ที่ได้ศึกษามาใช้ในงานวิจัย

2) การศึกษาสภาพทั่วไป และปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยการลงพื้นที่เพื่อสำรวจสภาพทั่วไปและของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขต 7 ประกอบด้วยจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด โดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง เพื่อสำรวจความรู้ ทักษะ การปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชากรที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ที่มารับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้การกำกับสำนักหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้การกำกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 จำนวน 765 หน่วย ประกอบด้วย จังหวัด กาฬสินธุ์ 149 หน่วย ขอนแก่น 222 หน่วย มหาสารคาม 174 หน่วย และร้อยเอ็ด 220 หน่วย

ประชากรตัวอย่าง(sampling unit) คือ คือ ประชากรที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ที่มารับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้การกำกับสำนักหลักประกันสุขภาพ ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้การกำกับสำนักหลักประกันสุขภาพเขต 7 เนื่องจากบริบทของ 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางมีบริบทใกล้เคียงกัน และจากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันน้อยประกอบกับปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของสังคมชนบทสู่สังคมเมือง จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบ purposive sampling จาก 4 จังหวัดๆละ 1 อำเภอ ดังนี้ จังหวัด กาฬสินธุ์ ได้แก่ อำเภอยางตลาด ขอนแก่น ได้แก่ อำเภอบ้านไผ่ มหาสารคาม ได้แก่ อำเภอกันทรวิชัย ร้อยเอ็ด ได้แก่ อำเภอเมือง

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size) การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรทางระบาดวิทยา คือ

$$n = Z^2(pq)/d^2 \text{ (ไพบูลย์ โล่สุนทร, 2550)}$$

กำหนด n = จำนวนตัวอย่าง

$$Z = 1.96$$

p = ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมกับความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4(พ.ศ.2552-2553) คือ 0.28

$$q = 1-p = 0.72$$

d = ความคลาดเคลื่อนที่จะพบความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมกับความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่างจากที่เคยศึกษาโดยกำหนดความคลาดเคลื่อน คือ 0.05

$$\text{ดังนั้น } n = (1.96)^2(0.28*0.72)/(0.05)^2$$

ขนาดตัวอย่าง คือ 309.8 หรือ 310 คน

ดังนั้นสุ่มตัวอย่างจังหวัดละประมาณ 80 คน

การศึกษาสภาพทั่วไป และปัญหาโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในประชากรตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้การกำกับสำนักหลักประกันสุขภาพ จากพื้นที่ศึกษาคือเขต 7 ประกอบด้วยจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ดที่สุ่มตัวอย่างได้ จำนวน ไม่น้อยกว่า 20 คน

ในการกำหนดวัตถุประสงค์ทางการศึกษาได้นำข้อมูลจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นรวมทั้งความต้องการ ความสนใจ สภาพชีวิตทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจแล้วทำการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดวัตถุประสงค์ การคัดเลือกทรัพยากรที่ใช้ในการศึกษา การจัดสภาพแวดล้อม ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมใน 3 ด้าน คือ การเพิ่มพูนความรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง โดยการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมดังกล่าวจะอยู่ในส่วนของวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่จัด

ขั้นตอนที่ 2. การวางแผนในการประเมินผลเป็นหนึ่งในขั้นตอนการวางแผนอันเป็นขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลของการจัดกิจกรรมการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ แบบวัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยการดำเนินกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วยการสร้างกิจกรรมทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติบนพื้นฐานของการจัดกิจกรรมตามแนวความคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิประกอบด้วย การเพิ่มพูนความรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณ ในระดับที่มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ หรือเจ็บป่วย(โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)เพื่อให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น การวิจัยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกและพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย

1.1) แบบศึกษาวิเคราะห์เอกสาร มหาวิทยาลัย

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้าIOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

1.2) แบบสอบถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองด้านความรู้ คือ ระดับไม่เป็ยงเบนทางสุขภาพหรือระดับทั่วไปสำหรับประเมินผลในการสำรวจสภาพปัญหา แบบสอบถาม

ดังกล่าวได้จากการประยุกต์จากแบบสอบถามการดูแลตนเองของ Orem จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม การลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ความเครียด ปัจจัยทางสังคม จิตสำนึก

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามการวัดความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถาม ดังนี้ คือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของ ภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้าIOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้นและนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30-40 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความยาก การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553)

-แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมด้านทัศนคติ คือ ระดับไม่เพียงเบนทางสุขภาพหรือระดับโดยทั่วไปสำหรับประเมินผลการสำรวจสภาพปัญหาแบบสอบถามดังกล่าวได้จากการประยุกต์จากแบบสอบถามการดูแลตนเองของ Orem และ หลักการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การกำกับของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ทัศนคติต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ความเครียด ปัจจัยทางสังคม จิตสำนึก โดยแบ่งเป็นทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกและเชิงลบในระดับไม่เพียงเบนทางสุขภาพคือร่างกายแข็งแรงจำนวน 15 ข้อ รวม 30 ข้อ แบ่งระดับเป็นแบบ likert score(1-2-3-4-5) ดังนี้

- 1 คือ ไม่เห็นด้วย(เห็นด้วยร้อยละ 0-20)
- 2 คือ เห็นด้วยน้อย(เห็นด้วยร้อยละ >20-40)
- 3 คือ เห็นด้วยปานกลาง(เห็นด้วยร้อยละ >40-60)
- 4 คือ เห็นด้วยมาก(เห็นด้วยร้อยละ >60-80)
- 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง(เห็นด้วยร้อยละ >80-100)

การพิจารณาแปรผลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย มีดังนี้

4.50-5.00 หมายถึง มีความเห็นด้วยในประเด็นนั้นมากอย่างยิ่ง

3.50-4.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยในประเด็นนั้นมาก

2.50-3.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยในประเด็นนั้นปานกลาง

1.50-2.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยในประเด็นนั้นน้อย

1.00-1.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยในประเด็นนั้นน้อยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้า IOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น และนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100-200 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจ(exploratory factor analysis) การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) (พิสนุ พงศรี, 2553)

- แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองด้านทักษะหรือการปฏิบัติ คือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งระดับไม่เบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือระดับโดยทั่วไปสำหรับประเมินผลการสำรวจสภาพปัญหา แบบสอบถามดังกล่าวได้จากการประยุกต์จากแบบสอบถามการดูแลตนเองของ Orem และ หลักการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ทัศนคติต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ความเครียด ปัจจัยทางสังคม จิตสาธารณะ โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกและเชิงลบในระดับไม่เบี่ยงเบนทางสุขภาพคือร่างกายแข็งแรงจำนวน 15 ข้อ รวม 30 ข้อ แบ่งระดับเป็นแบบ likert score(0-1-2-3-4) ดังนี้

0 คือ ไม่ปฏิบัติเลย

- 1 คือ แทบไม่ปฏิบัติ
- 2 คือ ปฏิบัติบางครั้ง บางมือ บางวัน บางสัปดาห์
- 3 คือ ปฏิบัติแทบทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์
- 4 คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์

การพิจารณาแปรผลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย มีดังนี้

- 4.00 หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์
- 3.00-3.99 หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นแทบทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์
- 2.01-2.99 หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นบ่อยครั้ง บ่อยมือ บ่อยวัน บ่อยสัปดาห์
- 1.01-2.01 หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นบางครั้ง บางมือ บางวัน บางสัปดาห์
- 0.01-1.00 หมายถึง แทบไม่ปฏิบัติในประเด็นนั้น
- 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติในประเด็นนั้น

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถามมีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้า IOC ที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น และนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100-200 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจ(exploratory factor analysis) การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) (พิสนุ พงศรี, 2553)

1.3) แบบสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of

consistency:IOC) ถ้าIOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

1.4) แบบสำรวจชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสำรวจชุมชน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้าIOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

2) เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองด้านความรู้ คือ ระดับเบี่ยงเบนทางสุขภาพคือเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสำหรับประเมินผลในการดำเนินกิจกรรมแบบสอบถามดังกล่าวได้จากการประยุกต์จากแบบสอบถามการดูแลตนเองของ Orem และ หลักการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 38 ข้อ ตามลำดับ ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม การลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ความเครียด ปัจจัยทางสังคม จิตสาธารณะ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถามมีรายละเอียดดังนี้ คือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้าIOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้นและนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30-40 คน

แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความยาก การหาความเที่ยง(reliability) ได้นำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) (พิสนุ พงศรี, 2553)

-แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมด้านทัศนคติ คือระดับเบี่ยงเบนทางสุขภาพคือเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสำหรับประเมินผลการดำเนินกิจกรรม แบบสอบถามดังกล่าวได้จากการประยุกต์จากแบบสอบถามการดูแลตนเองของ Orem และหลักการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การกำกับของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ทัศนคติต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ความเครียด ปัจจัยทางสังคม จิตสาธารณะ โดยแบ่งเป็นทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกและเชิงลบในระดับเบี่ยงเบนทางสุขภาพคือเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ข้อ รวม 40 ข้อ แบ่งระดับเป็นแบบ likert score(1-2-3-4-5) ดังนี้

- 1 คือ ไม่เห็นด้วย(เห็นด้วยร้อยละ 0-20)
- 2 คือ เห็นด้วยน้อย(เห็นด้วยร้อยละ >20-40)
- 3 คือ เห็นด้วยปานกลาง(เห็นด้วยร้อยละ >40-60)
- 4 คือ เห็นด้วยมาก(เห็นด้วยร้อยละ >60-80)
- 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง(เห็นด้วยร้อยละ >80-100)

การพิจารณาแปรผลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย มีดังนี้

- 4.50-5.00 หมายถึง มีความเห็นด้วยในประเด็นนั้นมากอย่างยิ่ง
- 3.50-4.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยในประเด็นนั้นมาก
- 2.50-3.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยในประเด็นนั้นปานกลาง
- 1.50-2.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยในประเด็นนั้นน้อย
- 1.00-1.49 หมายถึง มีความเห็นด้วยในประเด็นนั้นน้อยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถามมีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IIOC) ถ้าIIOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า

0.5 ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้นและนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100-200 คนแล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ(exploratory factor analysis) การหาความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) (พิสนุ พงศรี, 2553)

- แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองด้านทักษะหรือการปฏิบัติ คือ ระดับเบี่ยงเบนทางสุขภาพคือเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับประเมินผลการดำเนินกิจกรรม แบบสอบถามดังกล่าวได้จากการประยุกต์จากแบบสอบถามการดูแลตนเองของ Orem และหลักการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 40 ข้อประกอบด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ความเครียด ปัจจัยทางสังคม จิตสำนึก โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกและเชิงลบในระดับเบี่ยงเบนทางสุขภาพคือเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ข้อรวม 40 ข้อ แบ่งระดับเป็นแบบ likert score(0-1-2-3-4) ดังนี้

- 0 คือ ไม่ปฏิบัติเลย
- 1 คือ แทบไม่ปฏิบัติ
- 2 คือ ปฏิบัติบางครั้ง บางมือ บางวัน บางสัปดาห์
- 3 คือ ปฏิบัติแทบทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์
- 4 คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์

การพิจารณาแปรผลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย มีดังนี้

- 4.00 หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์
- 3.00-3.99 หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นแทบทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์
- 2.01-2.99 หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นบ่อยครั้ง บ่อยมือ บ่อยวัน บ่อยสัปดาห์
- 1.01-2.01 หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นบางครั้ง บางมือ บางวัน บางสัปดาห์
- 0.01-1.00 หมายถึง แทบไม่ปฏิบัติในประเด็นนั้น
- 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติในประเด็นนั้น

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้า IOC ที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น และนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100-200 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงสำรวจ(exploratory factor analysis) การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) (พิสนุ พงศรี, 2553)

2.2) แบบการตรวจสอบสุขภาพกายและสัณนิษฐานที่ได้จากบันทึกการวัดความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาล ไขมันในโลหิต ปริมาณยาที่รับประทาน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบตรวจสอบสุขภาพกาย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้า IOC ที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

2.3) แบบสอบถามสุขภาพจิตที่พัฒนาจาก Global mood scale (Denollet, 2006) ซึ่งเป็นการวัดสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือดเป็นภาษาอังกฤษ ได้ดำเนินการแปลและนำมาประยุกต์ใช้เป็นภาษาไทยโดยหน่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2551) สอบถามอารมณ์โดยรวมแบ่งเป็นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบประกอบด้วยข้อคำถามอย่างละ 10 ข้อ รวม 20 ข้อ แบ่งระดับเป็นแบบ likert score (0-1-2-3-4) เพื่อวัดสุขภาพจิต

- 0 คือ ไม่เลย
- 1 คือ น้อย
- 2 คือ ปานกลาง
- 3 คือ มาก
- 4 คือ มากที่สุด

การพิจารณาแปรผลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยอารมณ์ด้านบวก มีดังนี้

3.50-4.00 หมายถึง มีความรู้สึกอารมณ์ด้านบวกดีมาก

3.00-3.49 หมายถึง มีความรู้สึกอารมณ์ด้านบวกดี

2.00-2.99 หมายถึง มีความรู้สึกอารมณ์ด้านบวกปานกลาง

1.00-1.99 หมายถึง มีความรู้สึกอารมณ์ด้านบวกน้อย

0 -0.99 หมายถึง มีความรู้สึกอารมณ์ด้านบวกน้อยมาก

การพิจารณาแปรผลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยอารมณ์ด้านลบ มีดังนี้

3.50-4.00 หมายถึง มีความรู้สึกอารมณ์ด้านลบอย่างยิ่ง หรือแยะมาก

3.00-3.49 หมายถึง มีความรู้สึกอารมณ์ด้านลบอย่างมาก หรือแยะ

2.50-2.99 หมายถึง มีความรู้สึกอารมณ์ด้านลบปานกลาง หรือพอควร

1.00-1.99 หมายถึง มีความรู้สึกอารมณ์ด้านลบเล็กน้อย หรือดี

0 -0.99 หมายถึง มีความรู้สึกอารมณ์ด้านลบน้อยมาก หรือดีมาก

แบบสอบถามการวัดสุขภาพจิตที่ได้เป็นการวัดเชิงปริมาณใช้เพื่อวัดเปรียบเทียบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดสุขภาพจิต คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถามมีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดสุขภาพจิต โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้าIOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้นและนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100-200 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจ(exploratory factor analysis) การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) (พิสนุ ฟองศรี, 2553)

2.4) แบบสัมภาษณ์สุขภาพสังคม จิตสาธาณะ เป็นการวัดเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง(structure interview) เพื่อต้องการข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างบุคคล และเพื่อให้แน่ใจว่าความแตกต่างของข้อมูลที่ได้รับไม่ใช่ผลสืบเนื่องมาจากการตั้งคำถามที่แตกต่างกัน (สุภางค์ จันทวานิช, 2550) โดยการสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพสังคมและปัญญา เพื่อใช้เป็น

เครื่องมือวัดความเปลี่ยนแปลงสุขภาพทางสังคมและจิตสภาวะของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรม ดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก(indepth interview)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์สุขภาพสังคมและปัญญาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียนผู้ทรงคุณวุฒิด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้าIOCที่คำนวณ ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

2.5) แบบสัมภาษณ์ทัศนคติ การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเป็นการวัดเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง(structure interview) เพื่อต้องการข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างบุคคล และเพื่อให้แน่ใจว่าความแตกต่างของข้อมูลที่ได้รับไม่ใช่ผลสืบเนื่องมาจากการตั้งคำถามที่แตกต่างกัน (สุภางค์ จันทวานิช, 2550) โดยการสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพสังคมและปัญญา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดความเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรม ดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก(indepth interview)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์สุขภาพสังคมและปัญญาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียนผู้ทรงคุณวุฒิด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้าIOCที่คำนวณ ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

2.6) แบบประเมินผลความพึงพอใจต่อกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ได้พัฒนาขึ้นเมื่อผ่านกิจกรรมการเรียนรู้แล้ว เพื่อการสรุปผลการจัดกิจกรรมให้มีความครอบคลุมด้านหลักสูตร เนื้อหาวิชา การฝึกปฏิบัติ การจัดการ การประเมินโดยภาพรวมที่เกี่ยวข้องถึงผลในการนำรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยผู้วิจัยทำการสร้างแบบประเมินผลความพึงพอใจต่อกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความเหมาะสมและทำการตรวจสอบคุณภาพต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินผลความพึงพอใจต่อกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของ

ผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency: IOC) ถ้าIOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

ลักษณะของแบบประเมินผลความพึงพอใจต่อกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าตามแบบแบ่งระดับของ Likert's scale โดยกำหนดช่วงความรู้สึกและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกเป็น 5 ระดับ โดยมีความหมายของค่าคะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในประเด็นนั้นมากที่สุด
- 4 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในประเด็นนั้นมาก
- 3 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในประเด็นนั้นปานกลาง
- 2 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในประเด็นนั้นน้อย
- 1 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในประเด็นนั้นน้อย

การพิจารณาแปรผลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย มีดังนี้

- 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในประเด็นนั้นมากที่สุด
- 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในประเด็นนั้นมาก
- 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในประเด็นนั้นปานกลาง
- 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในประเด็นนั้นน้อย
- 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในประเด็นนั้นน้อย

3) เครื่องมือวิจัยระยะที่ 3 ประกอบด้วย

3.1) แบบสัมภาษณ์ ปัจจัย ปัญหา และอุปสรรคจากการจัดรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง(structured interview) ดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก(indepth interview) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อคิดเห็นในเรื่องปัจจัย ปัญหา และอุปสรรค และข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อผ่านกิจกรรมการเรียนรู้แล้ว เพื่อการสรุปวิเคราะห์ผลถึงปัจจัยและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเอง

แบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความเหมาะสมและทำการตรวจสอบคุณภาพต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ ปัจจัย ปัญหา และอุปสรรคจากการจัดรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียนผู้ทรงคุณวุฒิด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้าIOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

4) เครื่องมือวิจัยระยะที่ 4 ประกอบด้วย

4.1) แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเพื่อประเมินคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อคิดเห็นในคุณภาพของคู่มือการจัดกิจกรรม เพื่อการสรุปวิเคราะห์ในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความเหมาะสมและทำการตรวจสอบคุณภาพต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามตอบด้วยตนเองเพื่อประเมินคุณภาพของคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียนผู้ทรงคุณวุฒิด้านงานวิจัยทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้าIOCที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็มีความเหมาะสม ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553) ข้อคำถามนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

ผลการวิเคราะห์คำถามรายข้อ(item analysis) เพื่อหาค่าความตรงเชิงพินิจ ค่าความยาก และการวิเคราะห์คำถามของแบบสอบถามเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น(reliability)ของแบบสอบถามโดยวัดค่าความสอดคล้องภายใน(internal consistency) (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553) ดังนี้

สถิติวิเคราะห์ความตรงเชิงพินิจโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องIOC($IOC > 0.5$) โดยใช้สูตรของโรวินेलลีและแฮมเบิลตัน (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553) ดังนี้

$$IOC = \Sigma R / N$$

เมื่อ IOC คือ ค่าดัชนีความสอดคล้อง

ΣR คือ ผลรวมของความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

สถิติวิเคราะห์ค่าความยาก $P(P=0.2$ ถึง $0.8)$ ค่าความยาก P มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดยมีสูตร (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553) ดังนี้

$$P = R/N$$

เมื่อ P คือ ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้นๆ

R คือ จำนวนผู้ที่ตอบถูกของข้อสอบข้อนั้นๆ

N คือ จำนวนผู้ที่ตอบของข้อสอบข้อนั้นๆ

ค่าความเชื่อมั่น(reliability) หรือค่าความสอดคล้องภายใน(internal consistency)ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา(α coefficient) ของครอนบาค(Cronbach) เกณฑ์ที่ใช้มากกว่า 0.5 หรือแล้วแต่ความเหมาะสม (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553) ดังนี้

$$\alpha = (k/k-1)[1-(\Sigma s^2_i / s^2_t)]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

K แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

Σs^2_i แทน ผลรวมความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

s^2_t แทน ความแปรปรวนของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แสดงรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย

1.1)แบบศึกษาวิเคราะห์เอกสาร

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ถ้าIOC ที่คำนวณได้เท่ากับ 1.0

1.2) แบบสอบถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดสุขภาพ ความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

- แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองด้านความรู้ คือ ระดับไม่เพียงพอทางสุขภาพหรือระดับทั่วไปสำหรับประเมินผลในการสำรวจสภาพปัญหา

ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมระดับไม่มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ(โดยทั่วไป)สำหรับประเมินผลการสำรวจสภาพปัญหา คือการตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถามแสดงได้ ดังนี้

จากการทดลองสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร จำนวน 43 คนตอบแบบสอบถามความรู้เมื่อไม่มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ(โดยทั่วไป)ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.51 ส่วนเป็ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.77 วิเคราะห์ความตรงของแบบสอบถามความรู้(validity)

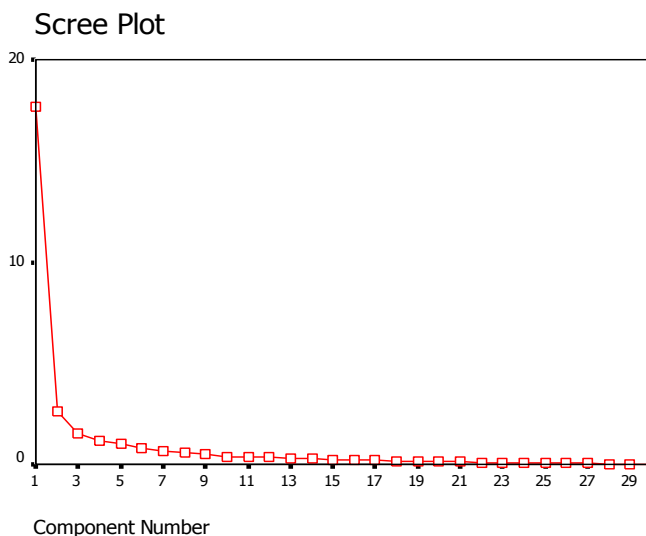
ตารางที่ 2 แสดงค่า ความตรงเชิงพินิจ(IOC) ค่าความยาก(P) ของแบบสอบถามความรู้เมื่อไม่มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ(แข็งแรง)

ข้อ คำถาม	ค่าความตรง (IOC)	ค่าความยาก (P)	ข้อ คำถาม	ค่าความตรง (IOC)	ค่าความยาก (P)
1	1.0	0.49	19	0.8	0.40
2	1.0	0.51	20	1.0	0.47
3	1.0	0.33	21	1.0	0.40
4	1.0	0.37	22	1.0	0.42
5	1.0	0.37	23	1.0	0.35
6	1.0	0.42	24	1.0	0.40
7	0.8	0.37	25	1.0	0.07*
8	1.0	0.40	26	1.0	0.37
9	1.0	0.35	27	0.8	0.35
10	1.0	0.37	28	1.0	0.33
11	1.0	0.40	29	1.0	0.30
12	1.0	0.85*	30	1.0	0.33
13	1.0	0.37	31	1.0	0.30
14	1.0	0.40	32	1.0	0.53
15	1.0	0.33	33	1.0	0.47
16	0.6	0.47	34	1.0	0.32
17	1.0	0.42	35	0.2	
18	1.0	0.40			

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนค่าความตรงเชิงพินิจ(IOC)น้อยกว่า0.5มี 1 ข้อ คือ ข้อ 35 และค่าความยากไม่อยู่ในช่วง 0.2 ถึง 0.8 อยู่ 2 ข้อ คือ ข้อ 12 และ 25 จึงเหลือจำนวนข้อของแบบสอบถามความรู้จำนวน 32 ข้อ และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.85

-แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมด้านทัศนคติ คือระดับไม่เพียงพอทางสุขภาพหรือระดับโดยทั่วไปสำหรับประเมินผลการสำรวจสภาพปัญหา ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปแล้วทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100-200 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจ(exploratory factor analysis) การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) และค่าความเที่ยงด้วยวิธีแบบแบ่งครึ่งฉบับ(split-half) แสดงได้ดังนี้

จากการทดลองสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตจตุจักร บางนา และพระโขนง กรุงเทพมหานคร จำนวน 182 คนตอบแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อไม่มีภาวะเพียงพอทางสุขภาพ(โดยทั่วไป)สำหรับการวิจัยเชิงสำรวจในการวิจัยนี้ วิเคราะห์ความตรงของแบบสอบถามทัศนคติ(validity) ด้วยการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจ(Exploratory Factor Analysis) โดยใช้ กราฟ Scree plot ค่า Eigen Value>1 การวิเคราะห์หองค์ประกอบการวิเคราะห์หองค์ประกอบแกนหลัก(Principal Component Analysis) และการหมุนแกนแบบ Varimax ได้ผลการวิเคราะห์ ดังรายละเอียดข้างล่างนี้



ภาพที่ 3 แสดงค่าผลรวมน้ำหนักองค์ประกอบกำลังสอง(Eigen Value)กับจำนวนองค์ประกอบที่สนใจต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายแข็งแรง

จากการวิเคราะห์ค่า Eigen Value ที่มากกว่า 1 ตามภาพ จำนวนองค์ประกอบมีได้ 2-4 องค์ประกอบโดยมีค่าความแปรปรวน(Variance)มากที่สุด คือ 79.21%เมื่อมี 4 องค์ประกอบแต่มีความว้าซ้อกันของข้อคำถามแบ่งแยกองค์ประกอบไม่ชัดเจนผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้ 2 องค์ประกอบเนื่องจากอธิบายได้ชัดเจนกว่าและมีค่าความแปรปรวน คือ 70.84%ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้และไม่แตกต่างกันมากนัก

ตารางที่ 3 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบของที่สนใจต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายแข็งแรง

ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ		ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ	
	องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2		องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2
9	0.817	-0.330	25	-0.261	0.839
16	0.790	-0.300	28	-0.311	0.794
17	0.785	-0.349	5	-0.284	0.791
11	0.777	-0.349	3	-0.341	0.781
26	0.774	-0.349	23	-0.249	0.776
4	0.767	-0.347	18	-0.354	0.772
29	0.767	-0.314	24	-0.357	0.770

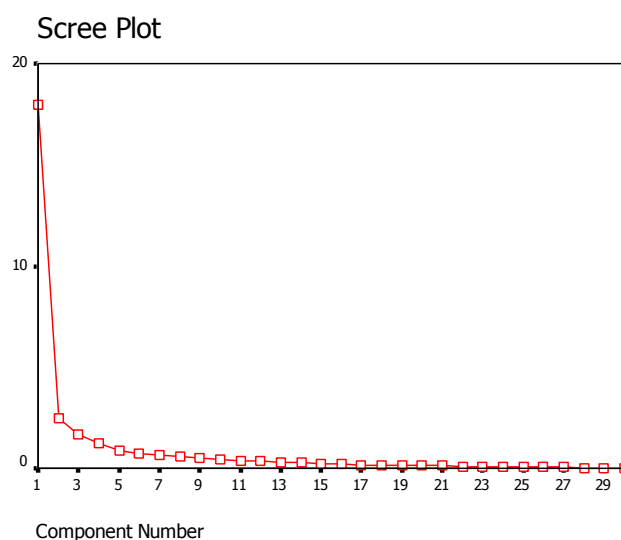
ตารางที่ 3 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบของทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายแข็งแรง(ต่อ)

ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ		ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ	
	องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2		องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2
22	0.758	-0.284	15	-0.366	0.744
27	0.754	-0.391	6	-0.382	0.742
1	0.738	-0.341	2	-0.359	0.733
20	0.728	-0.332	30	-0.313	0.711
13	0.717	-0.293	19	-0.374	0.704
21	0.715	-0.301	7	-0.390	0.703
12	0.708	-0.360	10	-0.353	0.684
14	0.698	-0.350	8	-0.388	0.653

สรุปผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบจากแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ไม่มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ(ร่างกายแข็งแรง)สำหรับการศึกษาเชิงสำรวจในการวิจัยนี้ได้เป็นองค์ประกอบทัศนคติพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ได้แก่คำถามข้อ 1, 4, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 26, 27, 29 และองค์ประกอบทัศนคติพฤติกรรมสุขภาพเชิงลบ ได้แก่คำถามข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 15, 18, 19, 23, 24, 25, 28, 30 และ ค่าความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถามสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Chronbach's Alpha) เท่ากับ 0.83

แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองด้านทักษะหรือการปฏิบัติ คือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งระดับไม่เป็ยงเบนทางสุขภาพหรือระดับโดยทั่วไปสำหรับประเมินผลการสำรวจสภาพปัญหา การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถามโดยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IIOC) แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100-200 คนแล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ(exploratory factor analysis) การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) ดังนี้

จากการสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตจตุจักร บางนา และ พระโขนง กรุงเทพมหานคร จำนวน 190 คนตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเมื่อไม่มีภาวะ เบี่ยงเบนทางสุขภาพ(โดยทั่วไป) วิเคราะห์ความตรงของแบบสอบถามพฤติกรรม(validity) ด้วยการ วิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงสำรวจ(Exploratory Factor Analysis) โดยใช้ กราฟ Scree plot ค่า Eigen Value>1 การวิเคราะห์ห้องค์ประกอบแกนหลัก(Principal Component Analysis) และการ หมุนแกนแบบ Varimax ได้ผลการวิเคราะห์ ดังรายละเอียดข้างล่างนี้



ภาพที่ 4 แสดงค่าผลรวมน้ำหนักองค์ประกอบกำลังสอง(Eigen value)กับจำนวนองค์ประกอบการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายแข็งแรง

จากการวิเคราะห์ค่า Eigen Value ที่มากกว่า 1 ตามภาพ จำนวนองค์ประกอบมีได้ 2-4 องค์ประกอบโดยมีค่าความแปรปรวน(Variance)มากที่สุด คือ 79.78%เมื่อมี 4 องค์ประกอบแต่มีความว่าซ้อนกันของข้อคำถามแบ่งแยกองค์ประกอบไม่ชัดเจนผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้ 2 องค์ประกอบ เนื่องจากอธิบายได้ชัดเจนกว่าและมีค่าความแปรปรวน คือ 70.98%ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้และไม่แตกต่างกันมากนัก

ตารางที่ 4 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายแข็งแรง

ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ		ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ	
	องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2		องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2
9	0.815	-0.345	25	-0.282	0.835
16	0.785	-0.323	28	-0.310	0.798
11	0.783	-0.354	5	-0.305	0.779
17	0.775	-0.355	3	-0.370	0.772
4	0.769	-0.351	23	-0.273	0.771
26	0.765	-0.364	18	-0.358	0.763
29	0.756	-0.313	24	-0.366	0.760
27	0.754	-0.391	6	-0.366	0.744
22	0.753	-0.309	15	-0.388	0.742
20	0.730	-0.336	2	-0.370	0.730
1	0.722	-0.361	30	-0.313	0.712
21	0.713	-0.312	19	-0.370	0.711
12	0.707	-0.356	7	-0.393	0.709
13	0.702	-0.329	10	-0.382	0.675
14	0.701	-0.362	8	-0.416	0.646

สรุปผลการวิเคราะห์องค์ประกอบจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ไม่มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ(ร่างกายแข็งแรง)สำหรับการศึกษาเชิงสำรวจในการวิจัยนี้ได้เป็นองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ได้แก่คำถามข้อ 1, 4, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 26, 27, 29 และองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพเชิงลบ ได้แก่คำถามข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 15, 18, 19, 23, 24, 25, 28, 30 และวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) ได้ 0.84

1.5) แบบสัมภาษณ์สภาพปัญหา

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ได้เท่ากับ 1.0

2) เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดสุขภาพ ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองด้านความรู้ คือ ระดับเบี่ยงเบนทางสุขภาพคือเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสำหรับประเมินผลในการดำเนินกิจกรรม การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถาม โดยการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) และนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30-40 คนแล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความยาก และอำนาจจำแนก การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) แสดงได้ ดังนี้

จากการทดลองสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร จำนวน 43 คนตอบแบบสอบถามความรู้เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.76 วิเคราะห์ความตรงของแบบสอบถามความรู้(validity) ดังรายละเอียดข้างล่างนี้

ตารางที่ 5 แสดงค่าความตรงเชิงพินิจ(IOC) ค่าความยาก(P)ของแบบสอบถามความรู้เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ(โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)

ข้อคำถาม	ค่าความตรง (IOC)	ค่าความยาก (P)	ข้อคำถาม	ค่าความตรง (IOC)	ค่าความยาก (P)
1	1.0	0.40	21	1.0	0.33
2	1.0	0.40	22	1.0	0.33
3	1.0	0.30	23	1.0	0.30
4	1.0	0.30	24	1.0	0.35
5	1.0	0.33	25	1.0	0.28
6	1.0	0.28	26	1.0	0.23

ตารางที่ 5 แสดงค่าความตรงเชิงพินิจ(IOC) ค่าความยาก(P)ของแบบสอบถามความรู้เมื่อมีภาวะ เบี่ยงเบนทางสุขภาพ(โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)(ต่อ)

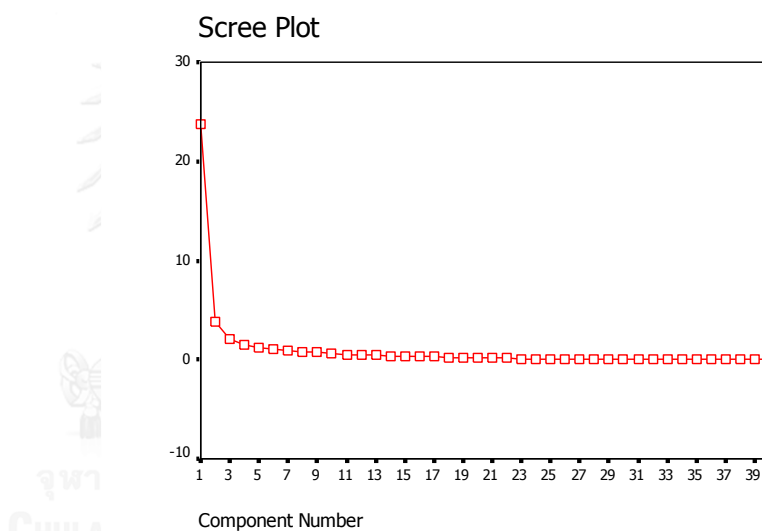
ข้อ คำถาม	ค่าความตรง (IOC)	ค่าความยาก (P)	ข้อ คำถาม	ค่าความ ตรง(IOC)	ค่าความยาก (P)
7	0.8	0.28	27	0.8	0.26
8	0.8	0.28	28	0.4*	0.21
9	0.4*	0.21	29	1.0	0.23
10	1.0	0.26	30	1.0	0.23
11	1.0	0.28	31	1.0	0.26
12	1.0	0.28	32	1.0	0.44
13	1.0	0.28	33	1.0	0.23
14	1.0	0.30	34	1.0	0.44
15	1.0	0.26	35	1.0	0.54
16	0.6	0.35	36	0.6	0.33
17	1.0	0.35	37	0.8	0.35
18	1.0	0.40	38	0.8	0.30
19	0.8	0.40	39	0.8	0.35
20	1.0	0.42	40	0.8	0.40

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนค่าความตรงเชิงพินิจ(IOC)น้อยกว่า0.5มี 2 ข้อ คือ ข้อ 9 และ ข้อ 28 จึงเหลือจำนวนข้อของแบบสอบถามความรู้จำนวน 38 ข้อ และความเที่ยง(reliability)ของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Chronbach's Alpha) เท่ากับ 0.85

-แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมด้านทัศนคติ คือ ระดับ เบี่ยงเบนทางสุขภาพ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสำหรับประเมินผลการดำเนินกิจกรรม การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมดังกล่าว โดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) และนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100-200 คนแล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ(exploratory factor analysis) การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่ม

ประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) แสดงได้ ดังนี้

จากการทดลองสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตจตุจักร บางนา และพระโขนง กรุงเทพมหานคร จำนวน 215 คนตอบแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ(โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)สำหรับการศึกษาเชิงทดลองในการวิจัยนี้ วิเคราะห์ความตรงของแบบสอบถามทัศนคติ(validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ(Exploratory Factor Analysis) โดยใช้ กราฟ Scree plot ค่า Eigen Value>1 การวิเคราะห์องค์ประกอบแกนหลัก(Principal Component Analysis) และการหมุนแกนแบบ Varimax ได้ผลการวิเคราะห์ ดังรายละเอียด ดังนี้



ภาพที่ 5 แสดงค่าผลรวมน้ำหนักองค์ประกอบกำลังสอง(Eigen value)กับจำนวนองค์ประกอบทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ค่า Eigen Value ที่มากกว่า 1 ตามภาพ จำนวนองค์ประกอบมีได้ 2-4 องค์ประกอบโดยมีค่าความแปรปรวน(Variance)มากที่สุด คือ 78.75%เมื่อมี 4 องค์ประกอบแต่มีความซ้ำซ้อนกันของข้อคำถามแบ่งแยกองค์ประกอบไม่ชัดเจนผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้ 2 องค์ประกอบเนื่องจากอธิบายได้ชัดเจนกว่าและมีค่าความแปรปรวน คือ 70.78%ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้และไม่แตกต่างกันมากนัก

ตารางที่ 6 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบของทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ

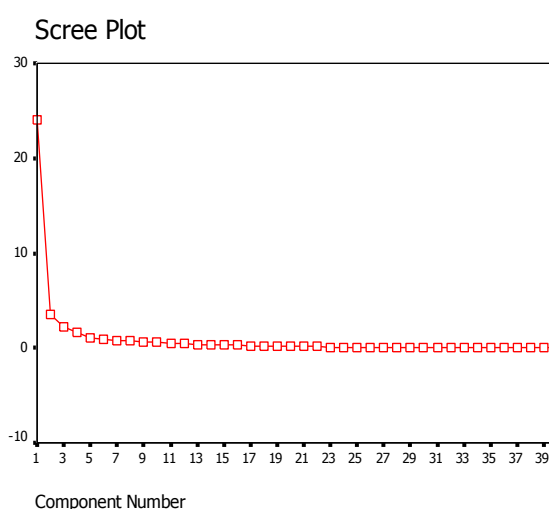
ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ		ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ	
	องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2		องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2
9	0.850	-0.301	25	-0.265	0.853
37	0.845	-0.307	35	-0.268	0.851
11	0.815	-0.316	28	-0.303	0.811
39	0.810	-0.319	36	-0.309	0.809
4	0.790	-0.334	23	-0.243	0.789
34	0.787	-0.333	31	-0.261	0.787
26	0.781	-0.332	24	-0.359	0.786
17	0.768	-0.355	32	-0.349	0.781
29	0.765	-0.313	5	-0.321	0.770
16	0.764	-0.306	18	-0.360	0.763
27	0.762	-0.377	3	-0.330	0.761
1	0.750	-0.331	15	-0.365	0.732
33	0.746	-0.332	30	-0.321	0.719
12	0.739	-0.334	38	-0.311	0.715
22	0.739	-0.287	2	-0.369	0.714
40	0.725	-0.324	6	-0.414	0.712
20	0.703	-0.340	19	-0.380	0.699
13	0.697	-0.300	7	-0.410	0.678
21	0.680	-0.318	10	-0.359	0.667
14	0.662	-0.371	8	-0.410	0.623

สรุปผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบจากแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ(โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)สำหรับการศึกษาเชิงสำรวจในการวิจัยนี้ได้เป็นองค์ประกอบทัศนคติพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ได้แก่คำถามข้อ 1, 4, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 26, 27, 29, 33, 34, 37, 39, 40 และองค์ประกอบทัศนคติพฤติกรรมสุขภาพเชิงลบ ได้แก่คำถามข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 15, 18, 19, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 35, 36, 38 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) คือ 0.81

- แบบสอบถามประเมินตนเองการดูแลสุขภาพตนเองด้านทักษะหรือการปฏิบัติ คือ ระดับเบี่ยงเบนทางสุขภาพคือเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับประเมินผลการดำเนินกิจกรรม จำนวน 40 ข้อการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการวัดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม คือ การตรวจสอบหาความตรง(validity) และความเที่ยง(reliability) โดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) และนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100-200 คนแล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ(exploratory factor analysis) การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) ดังนี้

ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมระดับมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ(โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน)สำหรับประเมินผลการดำเนินกิจกรรมแสดงได้ ดังนี้

จากการทดลองสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตจตุจักร ประเวศและลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร จำนวน 208 คนตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ(โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง) วิเคราะห์ความตรงของแบบสอบถามพฤติกรรม(validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ(Exploratory Factor Analysis) โดยใช้ กราฟ Scree plot ค่า Eigen Value>1 การวิเคราะห์องค์ประกอบแกนหลัก(Principal Component Analysis) และการหมุนแกนแบบ Varimax ได้ผลการวิเคราะห์ ดังรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 6 แสดงค่าผลรวมน้ำหนักองค์ประกอบกำลังสอง(Eigen value)กับจำนวนองค์ประกอบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ค่า Eigen Value ที่มากกว่า 1 ตามภาพ จำนวนองค์ประกอบมีได้ 2-4 องค์ประกอบโดยมีค่าความแปรปรวน(Variance)มากที่สุด คือ 78.92%เมื่อมี 4 องค์ประกอบแต่มีความซ้ำซ้อนกันของข้อคำถามแบ่งแยกองค์ประกอบไม่ชัดเจนผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้ 2 องค์ประกอบ เนื่องจากอธิบายได้ชัดเจนกว่าและมีค่าความแปรปรวน คือ 70.88%ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้และไม่แตกต่างกันมากนัก

ตารางที่ 7 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อร่างกายมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ

ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ		ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ	
	องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2		องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2
37	0.849	-0.315	35	-0.275	0.851
9	0.845	-0.307	25	-0.280	0.849
11	0.825	-0.322	28	-0.307	0.819
39	0.820	-0.329	36	-0.310	0.812
34	0.789	-0.341	24	-0.360	0.779
4	0.786	-0.334	32	-0.366	0.778
26	0.777	-0.350	31	-0.277	0.777
16	0.765	-0.328	23	-0.280	0.775
17	0.762	-0.361	18	-0.357	0.757
27	0.756	-0.381	5	-0.346	0.756
29	0.753	-0.313	3	-0.390	0.750
22	0.742	-0.310	38	-0.313	0.725
40	0.738	-0.331	30	-0.321	0.723
12	0.736	-0.334	15	-0.377	0.720
1	0.734	-0.350	6	-0.424	0.713
33	0.732	-0.354	19	-0.374	0.707
20	0.699	-0.347	2	-0.386	0.705
13	0.680	-0.338	7	-0.415	0.683
21	0.670	-0.332	10	-0.388	0.658
14	0.658	-0.386	8	-0.434	0.615

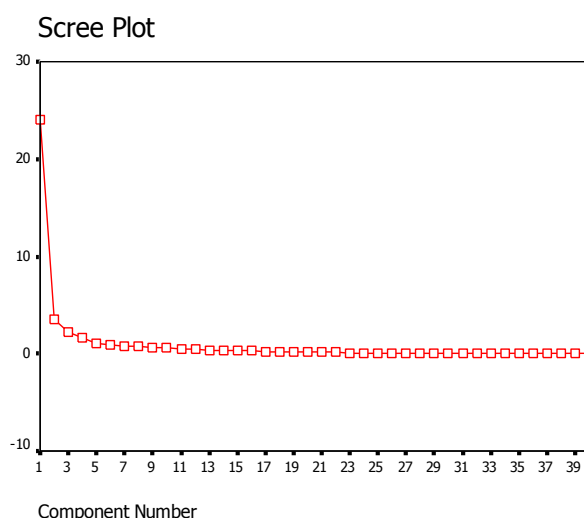
สรุปผลการวิเคราะห์องค์ประกอบจากแบบสอบถามต่อพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ(โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)สำหรับการศึกษาเชิงทดลองในการวิจัยนี้ได้เป็นองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ได้แก่คำถามข้อ 1, 4, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 26, 27, 29, 33, 34, 37, 39, 40 และองค์ประกอบทัศนคติพฤติกรรมสุขภาพเชิงลบ ได้แก่คำถามข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 15, 18, 19, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 35, 36, 38 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) คือ 0.83

2.2) แบบการตรวจสุขภาพกายและสัฒนภาพที่ได้จากบันทึกการวัดความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาล ไชมันในโลหิต ปริมาณยาที่รับประทาน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบตรวจสุขภาพกาย วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ได้เท่ากับ 1.0

2.3) แบบสอบถามสุขภาพจิตที่พัฒนาจาก Global mood scale ซึ่งเป็นการวัดสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด สอบถามอารมณ์โดยรวมแบ่งเป็นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบประกอบด้วยข้อคำถามอย่างละ 10 ข้อรวม 20 ข้อ วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) และนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100-200 คนแล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ(exploratory factor analysis) การหาความเที่ยง(reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) แสดงได้ ดังนี้

จากการทดลองสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตจตุจักร บางนา และพระโขนง กรุงเทพมหานคร จำนวน 212 คนตอบแบบสอบถามสุขภาพจิต หรืออารมณ์โดยรวม วิเคราะห์ความตรงของแบบสอบถามสุขภาพจิต หรืออารมณ์โดยรวม(Global Mood Scale, GMS)(validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ(Exploratory Factor Analysis) โดยใช้กราฟ Scree plot ค่า Eigen Value > 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบแกนหลัก(Principal Component Analysis) และการหมุนแกนแบบ Varimax ได้ผลการวิเคราะห์ ดังรายละเอียดข้างล่างนี้



ภาพที่ 7 แสดงค่าผลรวมน้ำหนักองค์ประกอบกำลังสอง(Eigen value)กับจำนวนองค์ประกอบ
อารมณ์โดยรวม

จากการวิเคราะห์ค่า Eigen Value ที่มากกว่า 1 ตามภาพ จำนวนองค์ประกอบมีได้ 2-4 องค์ประกอบโดยมีค่าความแปรปรวน(Variance)มากที่สุด คือ 77.86%เมื่อมี 4 องค์ประกอบแต่มีความซ้ำซ้อนกันของข้อคำถามแบ่งแยกองค์ประกอบไม่ชัดเจนผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้ 2 องค์ประกอบ เนื่องจากอธิบายได้ชัดเจนกว่าและมีค่าความแปรปรวน คือ 70.05%ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้และไม่แตกต่างกันมากนัก

ตารางที่ 8 แสดงน้ำหนักองค์ประกอบอารมณ์โดยรวม

ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ		ลำดับ ข้อ คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ	
	องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2		องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2
16	0.801	-0.191	11	-0.173	0.763
18	0.769	-0.045	4	-0.139	0.737
3	0.726	-0.188	2	-0.268	0.706
12	0.707	-0.050	7	-0.106	0.670
19	0.682	-0.180	9	-0.298	0.638
8	0.678	-0.157	13	-0.118	0.608
10	0.653	-0.144	14	-0.159	0.542
1	0.620	-0.141	20	-0.080	0.540
15	0.515	-0.255	5	-0.285	0.524
6	0.513	-0.178	17	-0.075	0.508

สรุปผลการวิเคราะห์องค์ประกอบจากแบบสอบถามสุขภาพจิต หรืออารมณ์โดยรวม (Global Mood Scale, GMS) สำหรับการศึกษาเชิงทดลองในการวิจัยนี้ได้เป็นองค์ประกอบสุขภาพจิต หรืออารมณ์โดยรวม(Global Mood Scale, GMS) เชิงบวก ได้แก่คำถามข้อ 1, 3, 6, 8, 10, 12, 15, 16, 18, 19 และองค์ประกอบสุขภาพจิต หรืออารมณ์โดยรวม(Global Mood Scale, GMS) เชิงลบ ได้แก่คำถามข้อ 2, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 17, 20 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) คือ 0.86

2.4) แบบสัมภาษณ์สุขภาพสังคม จิตสาธารณะ เป็นการวัดเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง(structure interview) การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์สุขภาพสังคม และปัญญาจิตสาธารณะ วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC)ได้เท่ากับ 1.0

2.5) แบบสัมภาษณ์ทัศนคติ การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเป็นการวัดเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง(structure interview) การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ทัศนคติ การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC)ได้เท่ากับ 1.0

2.6) แบบประเมินผลความพึงพอใจต่อกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินผลความพึงพอใจต่อกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency: IOC)ได้เท่ากับ 1.0

3) เครื่องมือวิจัยระยะที่ 3 ประกอบด้วย

3.1) แบบสัมภาษณ์ ปัจจัย ปัญหา และอุปสรรคจากการจัดรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง(structured interview) การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ ปัจจัย ปัญหา และอุปสรรคจากการจัดรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดย วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC)ได้เท่ากับ 1.0

4) เครื่องมือวิจัยระยะที่ 4 ประกอบด้วย

4.1) แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเพื่อประเมินคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษาจากระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อคิดเห็นในคุณภาพของคู่มือการจัดกิจกรรม การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามตอบด้วยตนเองเพื่อประเมินคุณภาพของคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษาจากระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (index of consistency:IOC)ได้เท่ากับ 1.0

ขั้นตอนที่3. การเลือกหลักการ แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เหมาะสมเป็นหนึ่งในขั้นตอนการออกแบบอันเป็นจุดสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษาจากระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากจะนำไปสู่การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์สามารถนำไปใช้กำหนดหลักการ เนื้อหาสาระ และกระบวนการจัดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งวิธีการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ มีรายละเอียด ดังนี้

การศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในผู้รับบริการของศูนย์สุขภาพระดับปฐมภูมิ ศึกษาโดยการศึกษาเอกสาร หนังสือ และอินเทอร์เน็ต ที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในหลักการการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับที่มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550ที่กำหนดว่า สุขภาพ คือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และหลักการดูแลตนเองของโอริเอมประกอบด้วย การดูแลตนเองเมื่อยังไม่มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพหรือสุขภาพแข็งแรง และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพหรือป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากผลของข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์เอกสาร

จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิเคราะห์เอกสารแล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาสรุปเป็นประเด็นหลัก โดยมีกระบวนการ ดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร มีการคัดเลือกเอกสารเพื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเอกสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การเพิ่มพูนความรู้เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิ คือ 1)เป็นเอกสารปฐมภูมิ 2)มีการเผยแพร่ระดับนานาชาติ หรือระดับประเทศ ตัวอย่างเอกสาร เช่น ถ้ารู้ธรรมะพระพุทธเจ้าอาตมาคงไม่ต้องติดคุก(พระรักเกียรติ รักชิตะธัมโม, 2552) Transformative Learning in Practice (Cranton, 1994) The Handbook of transformative Learning(Taylor, 2009) เป็นต้น โดยศึกษาเอกสารแต่ละเรื่องอย่างละเอียดเพื่อทำความเข้าใจและนำความรู้มาวิเคราะห์ สรุปเป็นประเด็นเพื่อสังเคราะห์การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิ

การตรวจสอบ และการวิเคราะห์เอกสารเพื่อให้ได้ผลของข้อมูล ผู้วิจัยพิจารณาเฉพาะเนื้อหาสาระในเอกสารส่วนที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิ จากนั้นตรวจสอบข้อมูลโดยพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของเอกสารว่าน่าเชื่อถือหรือไม่ และมีความครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำข้อมูลมาพิจารณาเรียบเรียง จำแนกอย่างเป็นระบบ ตีความ เชื่อมโยง ลดทอนข้อมูล กลั่นกรองเนื้อหาสาระ แล้วสร้างเป็นข้อสรุป ตามกรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิ จากการศึกษาเอกสาร หนังสือ อินเทอร์เน็ต บทความ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิ เพื่อนำประเด็นการเรียนรู้ที่ได้ศึกษามาใช้ในงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 4. การกำหนดเนื้อหาและการเลือกประสบการณ์การเรียนรู้เป็นหนึ่งในขั้นตอนการออกแบบซึ่งผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดเนื้อหา เลือกประสบการณ์การเรียนรู้กำหนดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิ ขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วย มีรายละเอียดดังนี้

การกำหนดเนื้อหา และการเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และกำหนดกิจกรรมที่มีความหลากหลาย ผู้วิจัยได้เลือกใช้กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้เปลี่ยนแปลงทัศนคติ และปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ประกอบด้วย การศึกษาเอกสาร การเข้าอบรม และการสัมภาษณ์ มีรายละเอียด ดังนี้

1)การศึกษา หนังสือ เอกสาร อินเทอร์เน็ต บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับ แนวคิด การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แนวคิดการศึกษานอกระบบโรงเรียน แนวคิดการศึกษาตามอัธยาศัย การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง อาทิเช่น คู่มือลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจด้วยตัวคุณเอง(สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2553) อ.อ่างสุขภาพ(สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ ,2553) ถ้ารู้ธรรมชาติพระพุทธรูปเจ้าอาตมาคงไม่ต้องติดคุก(พระรักเกียรติ รักชิตะธัมโม, 2552 ประมวลสาระชุดวิชาไทยศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช(จิตา โมสิกรัตน์, 2554) คิด-ทำด้านบวก (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545) Transformative Learning in Practice (Cranton, 1994) Health Literacy(Nutbeam, 2006) The Handbook of transformative Learning(Taylor, 2009) แล้ว นำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นประเด็นหลัก โดยมีกระบวนการ ดังต่อไปนี้

1.1)การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเอกสาร เอกสารที่ใช้ในการวิเคราะห์ ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ เป็นเอกสารปฐมภูมิ หรือเป็นเอกสารของราชการ และมีการเผยแพร่ระดับประเทศหรือระดับนานาชาติ โดยศึกษาเอกสารแต่ละเรื่องอย่างละเอียดเพื่อทำความเข้าใจและนำความรู้มาวิเคราะห์ สรุปเป็นประเด็นเนื้อหา และ ประสพการณ์การเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.2)การตรวจสอบเอกสาร และการวิเคราะห์เอกสารเพื่อให้ได้ข้อมูล ผู้วิจัยพิจารณาเฉพาะเนื้อหาสาระในเอกสารส่วนที่เกี่ยวกับเนื้อหา และประสพการณ์การเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากนั้นตรวจสอบข้อมูลโดยพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของเอกสารว่าน่าเชื่อถือหรือไม่ และมีความครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงแล้วจำแนกอย่างเป็นระบบ จากนั้นตีความหมายเชื่อมโยง ลดทอนข้อมูล กลั่นกรองเนื้อหา สาระแล้วสร้างข้อสรุปตามกรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2)การฝึกฝน ปฏิบัติจริง และการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้เข้าร่วมฝึกอบรมเพื่อให้ได้หลักปฏิบัติ และนำมาสังเคราะห์เป็นกิจกรรมทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

2.1)เข้าอบรมการดูแลสุขภาพของตนเองแบบองค์รวมและการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

การเข้าอบรมค่ายสุขภาพวิถีธรรม(หมอเขียว) ณ. เครือข่ายแพทย์วิถีธรรม(หมอเขียว) พื้นที่ภาคกลาง ตำบลบางคูวัด อำเภอบางบัวทอง นนทบุรี วันที่ 17-18 มีนาคม 2555 วิทยากร

คือ คุณ ปัทมา ลีพหาวงค์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อดูแลสุขภาพตนเองแบบประหยัด เรียบง่าย แก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ฟังตนเองได้ ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก ตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สามารถนำประเด็นการเรียนรู้มาใช้ในการวิจัย คือ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามวิถีทางของหมอเขียว การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายในน้ำสมุนไพร ภายบริหารด้วยโยคะ การทำให้สบายผ่อนคลาย ความเครียดโดยใช้ธรรมชาติ การทำกิจกรรมที่เป็นกุศล

เข้าดูงานกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยจากนิทรรศการ "dialogue in the dark บทเรียนในความมืด" จัดโดยองค์การพิพิธภัณฑ์วิทยาศาสตร์แห่งประเทศไทย ณ ชั้น 4 จัตุรัสจามจุรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 15 มีนาคม 2553 - 14 มีนาคม 2554 วิทยากร คือ คุณ เอกชัย ซึ่งเป็นคนตาบอดเป็นผู้นำทางและสนทนา นิทรรศการประกอบด้วยความมืดและบรรยากาศจำลอง สถานที่แบ่งเป็น 7 ส่วน คือ ห้องแนะนำนิทรรศการเป็นพื้นที่ก่อนเข้าและออกจากนิทรรศการ ห้องนั่งเล่น สวนสาธารณะ บาทวิถี ตลาด การเดินทางด้วยรถจักรยานสามล้อ บาร์ สามารถนำประเด็นการเรียนรู้มาใช้ในการวิจัย คือ ประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองในชีวิตจริงในสถานการณ์วิกฤตจำลอง หรือเหตุการณ์กระตุ้นให้ตรวจสอบทัศนคติ การสนทนาอันนำไปสู่การตรวจสอบและเปลี่ยนทัศนคติ

2.2) ขอบรมในหลักสูตรต่างๆที่เกี่ยวข้อง

การเข้าฝึกอบรม การสร้างพลังและความสำเร็จของชีวิตด้วยจิตวิทยานีโอฮิวแมนนิส จัดโดย สำนักเสริมศึกษาและบริการสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รุ่นที่ 114 ณ ห้องดินแดง ชั้น 4 โรงแรมปรีณส์ตัน พาร์ค สวีท ถ.มิตรไมตรี ดินแดง กรุงเทพฯ วันที่ 28-29 เม.ย. 2555 วิทยากร คือ รศ. ดร.เกียรติวรรณ อมาตยกุล มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำศักยภาพแฝงเร้นในแต่ละบุคคลมาสร้างความสำเร็จและความสุขทั้ง 3 ด้านของชีวิต คือ ส่วนตัว ครอบครัว การงาน อันนำไปสู่สุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสามารถนำประเด็นการเรียนรู้ที่ได้รับมาใช้ในการวิจัย คือ การผ่อนคลายความเครียดอย่างล้าลึก การเปลี่ยนแปลงนิสัยที่ไม่พึงประสงค์และเสริมสร้างนิสัยที่พึงประสงค์ การเสริมสร้างสมาธิ การปรับพฤติกรรมตนเอง โภชนาการ โดยวิธีการฝึกอบรมประกอบด้วยการบรรยาย การอภิปราย การทดสอบและการฝึกปฏิบัติควบคู่กันไป

2.3) การสัมภาษณ์ผู้ผ่านประสบการณ์ที่เป็นวิกฤติแล้วมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ คือ คุณ เรียงชัย มระกานนท์ อดีตผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทยที่ผ่านวิกฤติทางการเงินที่เรียกว่า "วิกฤติต้มยำกุ้ง" ในปี พ.ศ. 2539 ให้สัมภาษณ์ว่า ตอนนั้นคิดว่ายังไงก็ต้องโดนปลดจากตำแหน่งไม่ว่าจะชนะหรือแพ้การต่อสู้ค่าเงินบาทมันเป็นทางสองแพร่งถ้ารักษาค่าเงินบาทได้ภาคการเงินการธนาคารผู้ที่กู้เงินจากต่างประเทศมาลงทุนก็จะได้ประโยชน์ไม่ล้มเลิกกิจการแต่ถ้าลดค่าเงินบาทภาคส่งออกและการท่องเที่ยวก็จะได้ประโยชน์ แต่พอแพ้ต้องลดค่าเงินบาทสภาพมันแย่มากกว่าที่เราคิดมาก หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ สื่อต่างๆก็พูดถึงเรา สังคมเพื่อนหายหน้าไปหมด สุขภาพแย่มากทั้ง

เบาหวาน ความดัน ลังคมโดยเฉพาะที่ห้วงมาก คือสุขภาพจิตเรียกว่าเกือบบ้า กลัวเราจะบ้า คิดมากนอนไม่หลับเป็นเดือน เราก็ผ่านอะไรมามากแต่ก็แก้ปัญหาไม่ได้ ไปหาทั้งจิตแพทย์ พระวัดต่างๆที่ตั้งๆ ก็ยังเหมือนเดิมรู้สึกว่ามันไม่ถูกจริต จนกระทั่งน้องสาวบอกให้ไปที่วัดห้วยลาด ภูเรือ จังหวัดเลย ไปวันแรกหลงทางกว่าจะไปถึงวัดก็เกือบค่ำได้พบท่านอาจารย์ครั้งแรกอาจารย์บอกว่าให้เอาเสื้อผืน หมอนใบ มุ้งหนึ่งหลังขึ้นไปนอนที่กุฏิหลวงปู่ต้องเดินขึ้นเขาไปอีกกิโลที่กุฏิไม่มีอะไรเลยไฟฟ้าประพาก็ไม่มี พอไปถึงด้วยความเหนื่อยหรืออะไรก็ไม่รู้คืนนั้นหลับสนิทหลังจากที่นอนไม่หลับมาหลายคืน หลังจากนั้นได้สนทนารธรรมกับท่านอาจารย์แล้วรู้สึกว่าคุณจริตเลยปฏิบัติธรรมอยู่ที่นั่นต่อ ท่านอาจารย์พาเราไปด้วยเวลาว่างก็งานมันได้แปลกเปลี่ยนความคิดกับคนอื่นๆทำให้เราได้คิดไม่เหมือนกับที่เราเคยคิดทัศนคติเลยเริ่มเปลี่ยนไป เช่นมีอยู่วันหนึ่งหลังจากวันแรกท่านอาจารย์ขับรถจากวัดเป็นทางเขาที่ภูเรือทางโค้งก็เเยะท่านอาจารย์ถามว่ากลัวไหม ทำไมต้องกลัว เกิดมาทุกคนก็ต้องตาย ทำไมกลัวตาย ถ้าเรามีสติทุกอย่างเป็นเรื่องธรรมดา ขับรถก็ต้องมีสติ ตอนนั้นรู้สึกกลัวตายเหมือนกันทำให้เราได้หาคิดกังวลความรู้สึกกลัวผสมกับความแปลกใจว่าพระรูปนี้ไม่เหมือนรูปอื่นบูดีพุทอะไรตรงดีถูกจริตกับเราคงช่วยเราได้เลยติดตามและสนทนารธรรมกับท่านอาจารย์ต่ออยู่เป็นเดือน อะไรๆก็ดีขึ้นสุขภาพโดยรวมก็ดีขึ้นโดยเฉพาะสุขภาพจิต ตอนนั้นถ้าไม่ได้ท่านคงเป็นบ้าไปแล้ว พอเรากลับมากรุงเทพฯคนที่ไม่เคยมาหาาก็เริ่มกลับมา ตอนนั้นก็กลับไปสปอร์ตคลับเล่นกอล์ฟได้พบปะเพื่อนฝูงได้เหมือนเดิม คดีความก็ว่ากันไปไรจะเกิดก็ให้มันเกิดนี่ที่บ้านอยู่เขตทวีวัฒนา น้ำท่วมมิดคออยู่ไม่ได้ก็ปล่อยให้มันท่วมไปไม่เครียดถือว่าไปพักผ่อนที่ระยองตากอากาศพักที่คอนโดเป็นเดือนสบายใจไม่เครียดต่างจากเมื่อก่อนมากห้วงนุ่นห้วงนี้ ถ้าอยากให้คนเปลี่ยนแปลงทัศนคติก่อนมีปัญหาเราสามารถสร้างแบบจำลองเป็นวิกฤติเทียมเหมือนการสร้างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ (สัมภาษณ์, กรกฎาคม 2555)

ประเด็นที่นำมาพิจารณาในการวิจัย คือ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมมักเกิดจากวิกฤติ อย่างไรก็ตามในการศึกษาวิจัยนี้เป็นการป้องกันการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ผู้วิจัยได้พิจารณาในประเด็นนี้ได้วิเคราะห์แล้วว่า จะรอให้วิกฤติเกิดขึ้นก่อนการเปลี่ยนทัศนคติ หรือพฤติกรรมได้ จึงเสนอสถานการณ์เป็นวิกฤติเทียมที่สามารถประยุกต์กิจกรรมการศึกษาของระบบโรงเรียน เช่น บทบาทสมมุติ การสร้างสถานการณ์จำลอง

ขั้นตอนที่ 5. การเลือกทรัพยากรการเรียนรู้เป็นหนึ่งในขั้นตอนการออกแบบอันเป็นขั้นตอนที่เอื้อให้การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำเร็จ ผู้วิจัยทำการศึกษาในขั้นตอนนี้โดยการสำรวจชุมชน และรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกชุมชนเพื่อสำรวจทรัพยากรการเรียนรู้ ดังนี้ คือ

- 1) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ถูกคัดเลือกไม่มีความแตกต่างของสภาพทั่วไป และปัญหาของผู้รับบริการจากผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในขั้นตอนการสำรวจ
- 2) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ถูกคัดเลือกมีความต้องการการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
- 3) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ถูกคัดเลือกมีความร่วมมือในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
- 4) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ถูกคัดเลือกมีความต้องการการเปลี่ยนแปลงการบริการโดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
- 5) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ถูกคัดเลือกมีความเชื่อมโยงกับปัญหา และนโยบายของรัฐ รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานของรัฐ
- 6) ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ถูกคัดเลือกมีความเป็นอิสระในการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมโดยสมัครใจ

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์ และการเลือกประเภทของการเรียนรู้ เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นกิจกรรม ดังนี้

1. การประเมินสภาพทั่วไปและปัญหาของการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยนำผลจากการศึกษามาจัดลำดับความสำคัญและวิเคราะห์เพื่อเลือกชุมชนในการศึกษา แล้วทำการศึกษาวิจัยชุมชนเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยการสอบถามเจ้าหน้าที่และประชาชนในชุมชน หรือผู้รับบริการสุขภาพหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

2. การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ทางการศึกษา นำข้อมูลที่สรุปได้จากการศึกษาเอกสารและการเข้าร่วมฝึกฝนปฏิบัติ และข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพความต้องการและปัญหาที่กำหนดเป็นเป้าหมายและวัตถุประสงค์การศึกษา โดยการกำหนดเป้าหมายเป็นสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย จิต สังคม จิตวิญญาณหรือปัญญา ในภาวะที่มีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพื่อให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แล้วกำหนดวัตถุประสงค์เป็นลักษณะเชิงพฤติกรรม ได้แก่ การเพิ่มพูนความรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3. การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการหรือลักษณะกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ สภาพแวดล้อม บรรยากาศ ตามวัตถุประสงค์และหลักการ

4. การตรวจสอบคุณภาพ เพื่อความปลอดภัย และเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ โดยลองทดลองใช้กับบุคคลที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย 7 คน(try out study)แล้วตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากการตรวจสอบขั้นนี้ได้ผลดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงการประเมินความพึงพอใจในกิจกรรมของกลุ่มทดสอบก่อนนำไปใช้

ปัจจัยที่ประเมิน	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเนื้อหา	4.80	0.28	มากที่สุด
ด้านวิทยากร	3.53	0.47	ปานกลาง
ด้านการจัดกิจกรรม	4.45	0.30	มาก

ในการทดสอบก่อนเริ่มทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมดังกล่าวจากผลสำรวจความพึงพอใจข้างต้น พบว่า ความพึงพอใจด้านเนื้อหามีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ด้านการจัดกิจกรรมมีระดับความพึงพอใจมาก และด้านวิทยากรมีระดับความพึงพอใจปานกลาง เมื่อพิจารณาลงในรายละเอียดพบว่าวิทยากรที่เป็นแพทย์เพียงท่านเดียวมีความเป็นทางการทำให้การสร้างบรรยากาศและถ่ายทอดความรู้อาจเป็นทางการเกินไป ผู้วิจัยพิจารณาว่าควรมีวิทยากรร่วมที่มีผู้ใช้บริการสุขภาพแต่เป็นผู้รับบริการสุขภาพ หรือชาวบ้านเพื่อที่จะเข้าใจความรู้สึก และสร้างบรรยากาศ ถ่ายทอดความรู้ที่ไม่เป็นทางการเพิ่มขึ้น

5. ผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากการทดสอบ และสำรวจสภาพทั่วไป ปัญหารวมทั้งวิถีชีวิตของ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการจัดกิจกรรมได้เหมาะสม โดยใช้ทรัพยากรการเรียนรู้ หรือแหล่งเรียนรู้ในชุมชน จัดสรรตารางเวลาที่เหมาะสม และการเพิ่มวิทยากร หรือกระบวนการซึ่งเป็นผู้รับบริการสุขภาพที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมที่เป็นชาวบ้านอีสานสามารถพูดภาษาอีสานได้เพื่อให้เกิดบรรยากาศ และความสัมพันธ์ที่แท้จริง อีกทั้งยังเป็นแรงบันดาลใจในการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองอีก 2 ท่าน เป็นศิลปินหมอลำดาบอดที่มีชื่อเสียง 1 ท่าน และนักกีฬาทีมชาติ 1 ท่าน

6. ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่จัดกิจกรรมหลังจากสำรวจสภาพทั่วไป และปัญหาแล้วดำเนินกิจกรรมในระยะแรกซึ่งเป็นกิจกรรมนำร่องกิจกรรมเดียว คือ การจัดนิทรรศการพร้อมทั้งสำรวจวิถีชีวิต การดำเนินชีวิต แหล่งเรียนรู้ในชุมชนที่ได้เลือกจัดกิจกรรม หลังจากได้รับข้อมูลป้อนกลับ(feedback) แล้วผู้วิจัยได้นำข้อมูลนั้นมาปรับปรุงกิจกรรมอีกครั้งหนึ่ง

7. นำกิจกรรมที่ปรับปรุงแล้วมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เมื่อได้รับคำแนะนำและปรับปรุงแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปใช้จริง ได้กำหนดเป็นกิจกรรม ดังนี้ คือ จัดนิทรรศการ ทักทายแนะนำตัว อัมพาทป้องกันได้ สัญญาดาวเคียงเดือน เดือนเพ็ญเดือนแรม อ้วนซ่อนผ้าประเมินพลังงาน บุฟเฟต์ผักผลไม้ในความมืด ชีวิตโคกกับการกินผัก ตลาดนัดสุขภาพ กระจายขาเดียวเดินเร็ว เท้าก็สำคัญ แม่งูหายใจซ่า กากฟักไข่กับลมหายใจ ชี้นำส่งเมืองสู่องค์กรรวม ชีวิตเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ยานันน์จำเป็นใจของวิเศษ ปรับปรุงศูนย์เรียนรู้ สุขภาพกายซื้อไม่ได้(อาหาร ออกกำลังกาย) สุขภาพจิตซื้อไม่ได้(อารมณ์) สุขภาพสังคมซื้อไม่ได้(อาหารครอบครัว ชุมชน) สุขภาพจิตวิญญาณซื้อไม่ได้(อารีสังคม) สุขภาพที่ไม่มีขายอยากได้ต้องทำเอง(อัตตาหิ อัตโน นาโถ) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รายงานตรวจสอบสัญญาการเรียนรู้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับกับการกำหนดวัตถุประสงค์ด้านองค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม แสดงได้ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงกิจกรรมกับจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ

กิจกรรม	สุขภาพ กาย	สุขภาพ จิต	สุขภาพ สังคม	สุขภาพจิตวิญญาณ	
				ปัญญา	จิตสาธารณะ
จัดนิทรรศการ	X			X	
ทักทาย แนะนำตัว	X			X	
อัมพาทป้องกันได้	X	X	X	X	
สัญญาดาวเคียงเดือน	X	X	X	X	X
เดือนเพ็ญเดือนแรม	X	X	X	X	X
อ้วนซ่อนผ้าประเมินพลังงาน	X			X	

ตารางที่ 10 แสดงกิจกรรมกับจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ(ต่อ)

กิจกรรม	สุขภาพ กาย	สุขภาพ จิต	สุขภาพ สังคม	สุขภาพจิตวิญญาณ	
				ปัญญา	จิตสาธารณะ
บุฟเฟต์ผักผลไม้ในความคิด	X			X	
ชีวิตโคกับการรับประทานผัก	X			X	X
ตลาดนัดสุขภาพ	X			X	
กระต่ายขาเดียวเดินเร็ว	X			X	
เท่่ากั้สำคัญ	X			X	
แม่งุหายใจซ่า		X	X	X	
กาฟักไข่กับลมหายใจ		X		X	X
เปลี่ยนแปลงชีวิตใหม่	X	X	X	X	X
ขี่ม้าส่งเมืองสู่องค์กรรวม	X	X	X	X	X
จัดตั้งศูนย์เรียนรู้สุขภาพ			X	X	X
ยาจำเป็นใช้ของวิเศษ				X	
สุขภาพกายซื้อไม่ได้	X			X	
สุขภาพจิตซื้อไม่ได้		X		X	
สุขภาพสังคมซื้อไม่ได้			X	X	
สุขภาพจิตวิญญาณซื้อไม่ได้				X	X
สุขภาพดีไม่มีขายอยากได้ต้อง ทำเอง	X	X	X	X	X
แลกเปลี่ยนเรียนรู้	X	X	X	X	X
ตรวจสอบรายงานสัญญา	X	X	X	X	X

จากการที่ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบเป็นกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเอื้อให้สอดคล้องกับรูปแบบการจัดกิจกรรมเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการให้ความรู้เสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม ระยะที่สองเป็นการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการจริงในลักษณะของการฝึกอบรมเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 11 แสดงกำหนดวันเวลาของกิจกรรมระยะแรก

วันที่	เวลา	กิจกรรม
21-23 ก.ค. 2556	8.00-16.00 น.	จัดนิทรรศการ

ตารางที่ 12 แสดงกำหนดวันเวลาของกิจกรรมระยะที่สอง

วันที่	เวลา	กิจกรรม
30 ก.ค. 2556	7.00-11.00 น.	พักท่ายแนะนำตัว
	11.00-12.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	12.00-17.00 น.	อัมพาทป้องกันได้
6 ส.ค. 2556	7.00-11.00 น.	สัญญาดาวเคียงเดือน
	11.00-12.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	12.00-17.00 น.	เดือนเพ็ญเดือนแรม
14 ส.ค. 2556	7.00-12.00 น.	อ้วนซ่อนผ้าประเมินพลังงาน
	12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	13.00-17.00 น.	บุฟเฟต์ผักผลไม้ในความมืด
21 ส.ค. 2556	7.00-12.00 น.	ชีวิตโคกกับการกินผัก
	12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	13.00-17.00 น.	ตลาดนัดสุขภาพ
29 ส.ค. 2556	7.00-12.00 น.	กระต่ายขาเดียวเดินเร็ว
	12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	13.00-17.00 น.	เท่าก็สำคัญ
4 ก.ย. 2556	7.00-12.00 น.	แม่งูหายใจช้า
	12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	13.00-17.00 น.	กาฟักไข่จนสิ้นลม
12 ก.ย. 2556	7.00-12.00 น.	ชิม่าส่งเมืองสู่องค์กรรวม
	12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	13.00-17.00 น.	ชีวิตเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพได้

ตารางที่ 12 แสดงกำหนดวันเวลาของกิจกรรมระยะที่2 (ต่อ)

วันที่	เวลา	กิจกรรม
19 ก.ย. 2556	7.00-11.00 น.	ยานั้นจำเป็นใช้ของวิเศษ
	11.00-12.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	12.00-17.00 น.	ปรับปรุงศูนย์เรียนรู้สุขภาพ
27 ก.ย. 2556	7.00-11.00 น.	สุขภาพสังคมซื้อไม่ได้
	11.00-12.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	12.00-17.00 น.	สุขภาพกายซื้อไม่ได้
4 ต.ค. 2556	7.00-11.00 น.	สุขภาพจิตวิญญาณซื้อไม่ได้
	11.00-12.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	12.00-17.00 น.	สุขภาพจิตซื้อไม่ได้
12 ต.ค. 2556	7.00-11.00 น.	สุขภาพดีไม่มีขายอยากได้ต้อง ทำเอง
	11.00-12.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	12.00-17.00 น.	แลกเปลี่ยนเรียนรู้
18 ต.ค. 2556	7.00-11.00 น.	รายงานตรวจสอบสัญญา
	11.00-12.00 น.	พักรับประทานอาหาร
	12.00-17.00 น.	รายงานตรวจสอบสัญญา

**ระยะที่2 การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแล
สุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ**

การดำเนินงานวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการดำเนินการ และการประเมินผลการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยดำเนินการจัดกิจกรรมตามการคัดเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ในขั้นตอนการวางแผน และการออกแบบ ที่ได้ดำเนินการในการวิจัยระยะที่ 1 มีรายละเอียด ดังนี้

การออกแบบการทดลอง

ผู้วิจัยได้ออกแบบการทดลองเป็นแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เท่าเทียมกันวัดผลก่อนและหลังการทดลอง(equivalent group, pretest-posttest design) มีการออกแบบการทดลองดังนี้

E-Group	O1E	X	O2E
C-Group	O1C		O2C

โดยที่	E-Group	หมายถึง	กลุ่มทดลอง
	C-Group	หมายถึง	กลุ่มควบคุม
	O1	หมายถึง	การวัดผลก่อนการทดลอง
	O2	หมายถึง	การวัดผลหลังการทดลอง
	X	หมายถึง	การจัดกระทำ(intervention)ตามการทดลอง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิจำนวน 11,326 หน่วย
 ประชากรที่ศึกษา ผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิเขต 7 ประกอบด้วย
 จังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด จำนวน 765 หน่วย

ประชากรตัวอย่าง ผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิที่สมัครเข้าร่วม
 การศึกษา

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้สูตรทางระบาดวิทยา

$$n = [2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 S_p^2] / D^2 \text{ (ไพบูลย์ โล่สุนทร, 2550)}$$

$$Z_{\alpha} = 1.96 \text{ (Two-sided, for } \alpha = 0.05)$$

$$Z_{\beta} = 1.28 \text{ (for } \beta = 0.2)$$

$$S_p = 1.69 \text{ (SD ของ risk score)}$$

$D = 2$ (ค่าความแตกต่างของ risk score ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มี
 นัยสำคัญทางคลินิก)

ดังนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่ทำการศึกษา (n) = 25.2 รายต่อกลุ่ม

วิธีการดำเนินการ

เกณฑ์คัดประชากรศึกษาเข้าร่วมการศึกษามีดังนี้ คือ

เกณฑ์คัดเข้าเพื่อเป็นการลดอคติที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

1. เป็นผู้ที่รักษา ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ หรือ เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หรือ มี
 ดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กก.ต่อตารางเมตรหรือ มีเส้นรอบเอวมากกว่า 36 นิ้วในเพศชาย 32 นิ้วใน
 เพศหญิง

2. อายุ มากกว่า 20 ปี(บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย)

3. ร่วมกิจกรรมได้ตลอด

เกณฑ์คัดออกเพื่อความปลอดภัยของประชากรศึกษา(ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา(JNC7)) ได้แก่

1. ตั้งครรภ์
2. มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา
3. ไตวายและ/หรือ ตับวาย
4. ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงจะได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาระดับความดันเลือดสูงระดับรุนแรงให้ลดลง

5. ได้รับการผ่าตัดขยายเส้นเลือดหัวใจใน 6 เดือนที่ผ่านมา

ผู้วิจัยได้ออกแบบการทดลองเป็นการวิจัยเชิงทดลอง(true experiment study) โดยผู้ช่วยทุกคนจะถูกสุ่มเพื่อเข้ากลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม และกลุ่มควบคุมโดยผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มทดลองประชากรที่เข้าร่วมศึกษาจะถูกจับคู่ด้วยลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด(pair baseline)ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการตรวจร่างกาย กลุ่มทดลองจะได้รับการรักษาตามปกติและได้รับการสอนสุขศึกษาด้วยรูปแบบกิจกรรมใหม่ที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ขึ้นในการวิจัยนี้ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาไปตามปกติและได้รับการสอนสุขศึกษาแบบเดิมและเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

วิธีการหรือสิ่งแทรกแซง

ในการศึกษานี้ใช้การจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพเป็นเวลา 12 สัปดาห์รวม 100 ชั่วโมง การลดยาจะอยู่ภายใต้ความดูแลของอายุรแพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยประชากรศึกษาทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการตรวจและสุขศึกษาตามปกติเพื่อปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสมโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือด

การประเมินผลโครงการและผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้การจัดกิจกรรมการศึกษา นอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ดังนี้

1) ประเมินผลสุขภาพกายของกลุ่มทดลอง ด้วยแบบการตรวจและสัมภาษณ์สุขภาพกายที่ได้จากการวัดความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ปริมาณยาที่รับประทาน ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ เปรียบเทียบความแตกต่างกับกลุ่มควบคุม

2) ประเมินผลสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองด้วยแบบสอบถามสุขภาพจิตที่พัฒนาจาก Global mood scale ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ และเปรียบเทียบความแตกต่างกับกลุ่มควบคุม

3) ประเมินผลความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แบบองค์รวมของกลุ่มทดลองด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ และเปรียบเทียบความแตกต่างกับกลุ่มควบคุม

4) ประเมินผลสุขภาพสังคมและสุขภาพปัญญาของกลุ่มทดลองด้วยแบบสัมภาษณ์สุขภาพสังคม และ ปัญญาหรือจิตวิญญาณ เป็นการวัดเชิงคุณภาพเพื่อเข้าใจความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง

5) ประเมินผลทักษะคิดและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองด้วยแบบสัมภาษณ์ ทักษะคิดและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการวัดเชิงคุณภาพเพื่อเข้าใจความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง

6) ประเมินผลความพึงพอใจของกลุ่มทดลองด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นการวัดความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง

7) ประเมินผลปัจจัยส่งเสริม ปัญหา และอุปสรรค ในการนำรูปแบบการจัดกิจกรรม การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการคิดอย่างแยก คายเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิไปใช้ด้วยแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลวิเคราะห์

1) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ประกอบด้วย ความดันโลหิต น้ำหนักตัว ส่วนสูง เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย การเปลี่ยนแปลงของขนาดยา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ t-test

2) การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจิต(global mood scale) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ t-test

3) การเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ t-test

4) วิเคราะห์เนื้อหาการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพทางสังคมและสุขภาพทางปัญญาของกลุ่มทดลองจากการสัมภาษณ์ เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

5) วิเคราะห์เนื้อหาการเปลี่ยนแปลงของทักษะคิดและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองจากการสัมภาษณ์ เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

6) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ(%) ค่าเฉลี่ย(mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของระดับความพึงพอใจ ต่อรูปแบบกิจกรรมของกลุ่มทดลอง

7) วิเคราะห์เนื้อหาปัจจัยส่งเสริม ปัญหา อุปสรรคของกลุ่มทดลองจากการสัมภาษณ์ เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

**ระยะที่3 การศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบ
โรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วย
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ**

การดำเนินงานวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการตรวจสอบผลตามรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบของบูน(Boone, 1992)ด้วยการดำเนินการศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องในการนำรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปใช้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว ซึ่งข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนนี้จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น โดยการกำหนดประเด็นการศึกษา ประกอบด้วย ภาพรวมของรูปแบบกิจกรรม วัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของกิจกรรมกับกลุ่มผู้เรียน วิทยากร หรือ กระบวนกร เนื้อหาสาระ สื่อการเรียนรู้ เอกสารหรือคู่มือ การวัดและประเมินผล สภาพแวดล้อม บรรยากาศ ห้องเรียน เวลา อาหาร ปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมเสนอแนะ

2) การวิเคราะห์เนื้อหา(content analysis) จากการสัมภาษณ์เพื่อศึกษา ปัจจัย ปัญหา และอุปสรรคจากการจัดกิจกรรมของกลุ่มทดลอง

ระยะที่ 4การพัฒนาคู่มือการใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การดำเนินงานวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการรายงานผลตามรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบของบูน(Boone, 1992) ระยะนี้ของการวิจัยเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวทางการคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพองค์รวมด้วยตนเองของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม การจัดกิจกรรม การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ แนวคิดการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลง ซึ่งวิธีการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ มีดังต่อไปนี้

1. การสังเคราะห์กรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสาร ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเอกสาร หนังสือ งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี ในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการ ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากการสังเคราะห์ข้อมูลทำให้สามารถแบ่งสภาพทั่วไปในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ออกเป็น 4 ด้าน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ที่กล่าวว่า สุขภาพ คือ ภาวะของมนุษย์ที่ สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญาเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ผู้วิจัยใช้ผลจากข้อมูล ดังกล่าวกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์เอกสาร

2. วิธีการศึกษาเอกสาร ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเอกสาร หนังสือ อินเทอร์เน็ต บทความ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการ ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แนวคิดเพื่อการเปลี่ยนแปลง การศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นประเด็นหลัก และเป็นกรอบแนวคิดในการ วิเคราะห์เอกสาร

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเอกสาร เอกสารที่ใช้ในการวิเคราะห์ถูก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร ดังนี้ คือ 1)เป็นเอกสารปฐมภูมิและทุติย ภูมิ 2)มีระเบียบวิธีวิจัยและการสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม 3)มีการเผยแพร่ระดับนานาชาติ หรือ ระดับประเทศ โดยศึกษาเอกสารแต่ละเรื่องอย่างละเอียดเพื่อทำความเข้าใจและนำความรู้มา วิเคราะห์ สรุปเป็นประเด็นปัญหาเพื่อสร้างกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

4. การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยพิจารณาเฉพาะเนื้อหาสาระในเอกสารส่วนที่เกี่ยวกับ กรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการ ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่นำมาศึกษา จากนั้นตรวจสอบข้อมูลโดยพิจารณาความ น่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของเอกสารว่ามีความครบถ้วนสมบูรณ์น่าเชื่อถือหรือไม่

5. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร ผู้วิจัยใช้วิธีการ วิเคราะห์เนื้อหา โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ จากนั้นตีความหมายเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ ลวดทอนข้อมูล ถิ่นกรองเนื้อหาสาระ และสร้างข้อสรุป โดยยึดกรอบแนวคิดใน การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาเอกสาร หนังสือ อินเทอร์เน็ต บทความ วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยสามารถนำประเด็นการเรียนรู้ที่ได้ศึกษามาใช้ในงานวิจัย ดังนี้ การศึกษา รวบรวมข้อมูลจาก การศึกษาเอกสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การเข้าอบรม การปฏิบัติจริง ในการพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตาม แนวความคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพขององค์รวมด้วยตนเองของ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หนังสือ เอกสาร อินเทอร์เน็ต บทความ งานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับ แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง อาทิ เช่น คู่มือลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจด้วยตัวคุณเอง(สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2551) อ.อ่างสุขภาพ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2555) Critical Reflection in Health and Social care(White,2001) The Handbook of transformative Learning(Taylor, 2009) Transformative Learning in Practice (Mezirow, 2003)

ขั้นตอนที่2.นำผลที่ได้จากการศึกษาระยะที่2 และระยะที่3 มาวิเคราะห์และสรุปผล ซึ่งการ สร้างคู่มือการใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิง บูรณาการตามแนวความคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์ รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะเน้นแนวความคิดการเรียนรู้เพื่อการ เปลี่ยนแปลง หลักการสุขภาพองค์รวม และการบูรณาการกิจกรรม ในคู่มือจะประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บทนำ เป็นความรู้เรื่อง สุขภาพองค์รวม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวคิด การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ส่วนที่ 2 เป็นคู่มือการจัดกิจกรรมเชิงบูรณาการ และการฝึกปฏิบัติตน โดยผู้เรียนต้องฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การนั่งสมาธิ การเดินเร็ว การหายใจเข้า การสนทนารายงาน สัญญาณแลเปลี่ยนเรียนรู้บันทึกความรู้สึกและพฤติกรรม การประเมินพฤติกรรมตนเอง เป็นการปฏิบัติ ด้วยตนเองหลังจากการเข้าอบรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน และสามารถนำไปเผยแพร่สิ่งที่เป็นประโยชน์ แก่ผู้อื่น ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะการนำรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและ การศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการตามแนวความคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อเสริมสร้างการ ดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้จากการ วิเคราะห์การดำเนินการจัดกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนการพัฒนาคู่มือ มี ดังนี้

- ผู้วิจัยได้ ศึกษารายละเอียดของเอกสาร แนวทางการจัดทำคู่มือ และศึกษาคู่มือต่างๆ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดทำคู่มือที่ถูกต้อง
- ผู้วิจัยสร้างคู่มือขึ้นมาโดยปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อขอคำแนะนำ และปรึกษากับ อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้สามารถจัดทำคู่มือได้ถูกต้อง

- ผู้วิจัยนำคู่มือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
- ผู้วิจัยนำคู่มือที่สร้างขึ้นให้พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ครูการศึกษาณอกระบบโรงเรียนทดลองใช้อีกครั้ง และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่1 ผลการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระยะที่2 ผลการศึกษาการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระยะที่3 ผลการศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระยะที่4 ผลการพัฒนาคู่มือการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยได้ผล ดังนี้

ระยะที่1 ผลการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจ การศึกษาเอกสาร การเข้าร่วมสัมมนา การอบรม และฝึกฝนปฏิบัติจริงในหลักสูตรต่างๆ พบว่า สามารถนำประเด็นการเรียนรู้ที่ได้รับมาดำเนินการตามพื้นฐานของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ ในระยะนี้ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์จากการศึกษาสภาพทั่วไป และปัญหาโดยการวิเคราะห์เอกสาร และการสำรวจ การเลือกหลักการ แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เหมาะสมโดยการวิเคราะห์เอกสาร ขั้นตอนการออกแบบ ได้แก่ การกำหนดเนื้อหา และเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ การรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม และการเลือกทรัพยากรการเรียนรู้ มีรายละเอียด ดังนี้

1.การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของกิจกรรมเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยได้กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมจากการประเมินสภาพทั่วไป และปัญหา ประกอบด้วยการศึกษาเอกสาร และการสำรวจ

ผลของการศึกษาสภาพปัญหาของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพตติวิทย์ไทย พ.ศ. 2555-2564 รายงานว่า จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ปัญหาโรคโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานอันนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น เกิดจากปัจจัยเสี่ยงจากการดำเนินวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมที่สำคัญ คือ การบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ ความดันโลหิต ภาวะอ้วน คอเรสเตอรอล การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายไม่เพียงพอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555a)

สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551- 2552 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของต่างประเทศมีรายละเอียด คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีในประเทศไทยมีเพียงร้อยละ 28.5 ต่ำกว่าประเทศนิวซีแลนด์, สหราชอาณาจักร, ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา ที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีอัตราร้อยละ 73, 58, 57 และ 49 ตามลำดับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เหมาะสมในประเทศไทยมีเพียงร้อยละ 20.9 ต่ำกว่าประเทศกรีซ, สหรัฐอเมริกา, แคนาดา, เยอรมัน, จีน, มาเลเซีย และสหราชอาณาจักรที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เหมาะสมมีอัตราร้อยละ 49.5, 44.3, 41.0, 33.6, 28.8, 26.6 และ 24.0 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ประเด็นที่นำมาพิจารณา คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในประเทศไทยยังต่ำกว่าประเทศต่างๆอีกหลายประเทศจึงเป็นเป้าหมายในการจัดกิจกรรมทั้งนี้เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ปัจจุบันมีการคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอประสาทตาอยู่ประมาณ 93 ล้าน ถ้าหากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเกิน 15 ปีมีโอกาสเป็นเบาหวานเข้าจอประสาทตาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 80 หรือ 4 เท่า ในจำนวนนี้ตาบอดประมาณร้อยละ 2 และ สูญเสียการมองเห็นขั้นรุนแรงประมาณร้อยละ 10 ไตวายเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่า จากการศึกษาในประเทศไทยมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังขั้นรุนแรงระยะที่ 3 จากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 2.9 – 12 ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าจากโรคเบาหวานทำให้ถูกสูญเสียขาเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุ จากสถิติของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสที่จะสูญเสียขาสูงกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวานประมาณ 25 เท่า สำหรับประเทศไทยพบว่ามี ความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางเท้าจากโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 20 - 30 และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ

ตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551- 2552 พบว่า ประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความชุกของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 1.9 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 1.5 บอกว่าเคยมีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต (กระทรวงสาธารณสุข, 2555b)

ประเด็นที่นำมาพิจารณาเพื่อนำไปเป็นเป้าหมายและกรอบแนวคิด คือ สภาพปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตให้ดีขึ้นเป็นปัญหาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นควรสร้างกิจกรรมให้เกิดความตระหนักรู้ โดยการสร้างวิกฤติเทียมเป็นการจำลองภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น สูญเสียการมองเห็น สูญเสียขา การเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

จากรายงานผลการศึกษาภาวะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554 พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพิจารณาจากเกณฑ์ HbA_{1C} ต่ำกว่า 7 % สถานพยาบาลระดับตติยภูมิสามารถควบคุมได้ร้อยละ 35.6 สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิสามารถควบคุมได้ร้อยละ 30.4 สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิสามารถควบคุมได้ร้อยละ 25.8 และเสนอว่า การรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลโดยการบูรณาการอย่างครบถ้วนในหลายองค์ประกอบซึ่งมีความซับซ้อนมิใช่เพียงแต่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น โดยเฉพาะสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่เป็นต้นทาง สำหรับการศึกษผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในการศึกษานี้ พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีเบาหวานร่วมด้วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม(น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท)ร้อยละ 61.8 และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วมด้วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เหมาะสม ร้อยละ 43.9 และเสนอว่า การให้การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีระดับความดันที่เหมาะสมนั้นจะเกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตซึ่งได้แก่ การลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง การลดอุบัติการณ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหัวใจวาย(heart failure)อย่างมีนัยสำคัญ การให้การรักษานั้นนอกจากการใช้ยาแล้วยังมีหลักฐานทางวิชาการแน่ชัดว่า การปรับพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิตสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งรวมถึงการลดน้ำหนัก การรับประทานที่มีสัดส่วนของผักผลไม้สูงและไขมันต่ำ การออกกำลังกาย และการควบคุมปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2555)

จากรายงานผลการศึกษาภาวะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพิจารณาจากเกณฑ์ HbA_{1C} ต่ำกว่า 7 % สถานพยาบาลระดับตติยภูมิสามารถควบคุมได้ร้อยละ 35.6 สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิสามารถ

ควบคุมได้ร้อยละ 30.4 สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิสามารถควบคุมได้ร้อยละ 25.8 และได้เสนอว่า การรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ปัญหาของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมียังขาดการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนดูแลสุขภาพ ตนเองมักแต่มีทัศนคติพึ่งยาอันเป็นภาระสูงด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง แม้มีการส่งเสริมสุขภาพ หรือการให้สุขภาพศึกษาที่ผ่านมาแล้วยังมีปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพ อันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน หรือภาระของโรคเรื้อรัง โดยเน้นการดูแลตนเอง (วินัย สวัสดิ์, 2556) การดูแลตนเองมี 2 ระดับ คือ เมื่อไม่มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ หรือร่างกายแข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การรับประทานยาตามความจำเป็น การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การไปพบแพทย์ตามนัดการ ตรวจ และช่วงการเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติเมื่อเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือดแล้ว หรือมีภาวะ เป็ยงเบนทางสุขภาพแล้ว (Orem, 2001)

ประเด็นที่นำมาพิจารณา คือ จากเป้าหมายของกิจกรรม คือ การป้องกันโรคหัวใจหลอดเลือดอันเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน จึงนำมาสู่การกำหนด วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม คือ การปรับพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญในการลดระดับน้ำตาล ในเลือด และความดันโลหิตลง ได้แก่ การลดน้ำหนัก การรับประทานที่มีสัดส่วนของผักผลไม้สูงและ ไขมันต่ำ การออกกำลังกาย และการควบคุมปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมี ปัญหาในการควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และมีสถานะทางสังคมเศรษฐกิจด้อยกว่า ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ กิจกรรมที่จัดควรสอดคล้องกับพฤติกรรม สุขภาพในชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษาคุณลักษณะ ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจากการสำรวจ มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 13 แสดงคุณลักษณะพื้นฐานของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตัวอย่าง จากการสำรวจ

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
-ชาย	85	24.42
-หญิง	263	75.58
รวม	348	100

ตารางที่ 13 แสดงคุณลักษณะพื้นฐานของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตัวอย่าง
จากการสำรวจ(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
-น้อยกว่า 20 ปี	15	4.31
-มากกว่า 20 ถึง 30 ปี	50	14.37
-มากกว่า 30 ถึง 40 ปี	49	14.07
-มากกว่า 40 ถึง 50 ปี	57	16.37
-มากกว่า 50 ถึง 60 ปี	70	20.14
-มากกว่า 60 ปี	107	30.74
รวม	348	100
ศาสนา		
-พุทธ	348	100
รวม	348	100
รายได้[บาท/เดือน]		
-น้อยกว่า 1000	191	54.88
-มากกว่า 1000 ถึง 2000	30	8.62
-มากกว่า 2000 ถึง 4000	35	10.06
-มากกว่า 4000 ถึง 6000	22	6.32
-มากกว่า 6000 ถึง 8000	19	5.46
-มากกว่า 8000 ถึง 10000	39	11.21
-มากกว่า 10000	12	3.45
รวม	348	100
รายได้เมื่อเทียบกับรายจ่าย		
-ไม่พอเพียง	240	68.97
-พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ	108	31.03
รวม	348	100

ตารางที่ 13 แสดงคุณลักษณะพื้นฐานของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดบัปฐุมภูมิตัวอย่าง
จากการสำรวจ(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
-ประถมศึกษา	202	58.05
-มัธยมศึกษาตอนต้น	30	8.62
-มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	45	12.93
-อนุปริญญา หรือ ปวส.	44	12.64
-ปริญญาตรี	27	7.76
รวม	348	100
สถานภาพสมรส		
-โสด	80	22.99
-สมรส/คู่	163	46.84
-หม้าย	101	29.02
-หย่า/แยก	4	1.15
รวม	348	100
อาชีพ		
-ไม่ได้ประกอบอาชีพ	129	37.07
-รับจ้าง	66	18.97
-ค้าขาย	23	6.61
-ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	25	7.18
-เกษตรกรกรรม	105	30.17
รวม	348	100
โรคประจำตัวเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง		
-มี	57	16.38
-ไม่มี	291	83.62
รวม	348	100

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณาสถานภาพทางเพศจากการสำรวจพบว่า ผู้รับบริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณาอายุของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น

มหาสารคาม และร้อยเอ็ด คือ 50.27 45.28 49.20 และ 47.85 ปีตามลำดับ โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุมากที่สุด(มากกว่า 60 ปี)ร้อยละ 30.74 เป็นไปตามความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย ศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาโดยเฉพาะระดับประถมศึกษาร้อยละ 58.05 และไม่พบผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างมีอัตราของการมีคู่ หรือสมรสของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.84 โดยมีอัตราการหย่า/แยกน้อยมากพบเพียงร้อยละ 1.15 เมื่อพิจารณาอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อาชีพของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกร หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ(แม่บ้าน) โดยมีอัตราของการมีอาชีพเกษตรกร และไม่ได้ประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.07และ30.17ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด คือ 3069.3 3137.8 3090.0 และ 3032.5 บาทตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1000 บาทร้อยละ 54.88 และส่วนใหญ่มีรายได้น้อยพอเพียงกับรายจ่าย ไม่พบผู้ที่มีรายได้พอเพียงและเหลือเก็บ โดยมีอัตราของผู้มีรายได้น้อยพอเพียงกับรายจ่ายร้อยละ 68.97 และพอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 31.03 เมื่อพิจารณาความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.38

สรุปว่าลักษณะของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้น้อยพอเพียงกับรายจ่าย มีอาชีพเกษตรกร

จากการสำรวจความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อร่างกายแข็งแรงของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด โดยการสุ่มตัวอย่างด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้แบบเลือกตอบจำนวน 32 ข้อ คำถามเกี่ยวกับทัศนคติเชิงบวก และเชิงลบแบบแบ่งเกณฑ์ คือ Likert scale ตั้งแต่ 1 ถึง 5 จำนวนอย่างละ 15 ข้อ คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเชิงบวก และเชิงลบแบบแบ่งเกณฑ์ คือ Likert scale ตั้งแต่ 0 ถึง 4 จำนวนอย่างละ 15 ข้อ ได้ผลดังแสดงในตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 14 แสดงความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจ

ข้อมูลศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	ภาพลึนธุ์	ขอนแก่น	มหาสารคาม	ร้อยเอ็ด	ANO VA test	P-Value
	ค่าเฉลี่ย [S.D.]	ค่าเฉลี่ย [S.D.]	ค่าเฉลี่ย [S.D.]	ค่าเฉลี่ย [S.D.]		
ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	10.28[2.64]	10.47[4.15]	10.08[2.63]	9.78[2.26]	0.809	0.490
ทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงบวก	2.03[0.35]	2.07[0.29]	2.04[0.24]	2.01[0.31]	0.645	0.587
ทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงลบ	3.07[0.61]	3.13[0.41]	3.06[0.39]	3.12[0.50]	0.425	0.735
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงบวก	1.42[0.35]	1.49[0.31]	1.49[0.26]	1.50[0.29]	1.460	0.225
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงลบ	2.52[0.53]	2.46[0.33]	2.42[0.32]	2.50[0.39]	1.033	0.378

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่างจังหวัดภาพลึนธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนปฏิบัติแทบไม่ได้ปฏิบัติ ถึงปฏิบัติบางครั้ง บางวัน หรือบางสัปดาห์ โดยได้คะแนนเฉลี่ยตามลำดับ คือ 1.42 1.49 1.49 และ 1.50 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงลบของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนการปฏิบัติบางครั้ง บางวัน หรือบางสัปดาห์ ถึงปฏิบัติบ่อยแทบทุกครั้ง ทุกวัน หรือ ทุกสัปดาห์ โดยได้คะแนนเฉลี่ยตามลำดับ คือ 2.52 2.46 2.42 และ 2.50 และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ได้คะแนนทัศนคติเห็นด้วยน้อย โดยได้คะแนนเฉลี่ยตามลำดับ คือ 2.03 2.07 2.04 และ 2.01 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงลบของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนเห็นด้วยปานกลาง ถึงมาก โดยได้คะแนนเฉลี่ยตามลำดับ คือ 3.07 3.13 3.06 และ 3.12 และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่างจังหวัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าครึ่ง โดยได้คะแนนเฉลี่ยตามลำดับ คือ 10.28 10.47 10.08 และ 9.78 ตามลำดับ และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมน้อยกว่าร้อยละ 50 รวมทั้งยังมีทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีนักไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพชุมชนจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดั่งปฐมภูมิดังกล่าวด้วยคำถามปลายเปิด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 15 คน จังหวัดขอนแก่นจำนวน 18 คน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 คน จังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 15 คนได้ข้อมูลดังตารางที่ 15

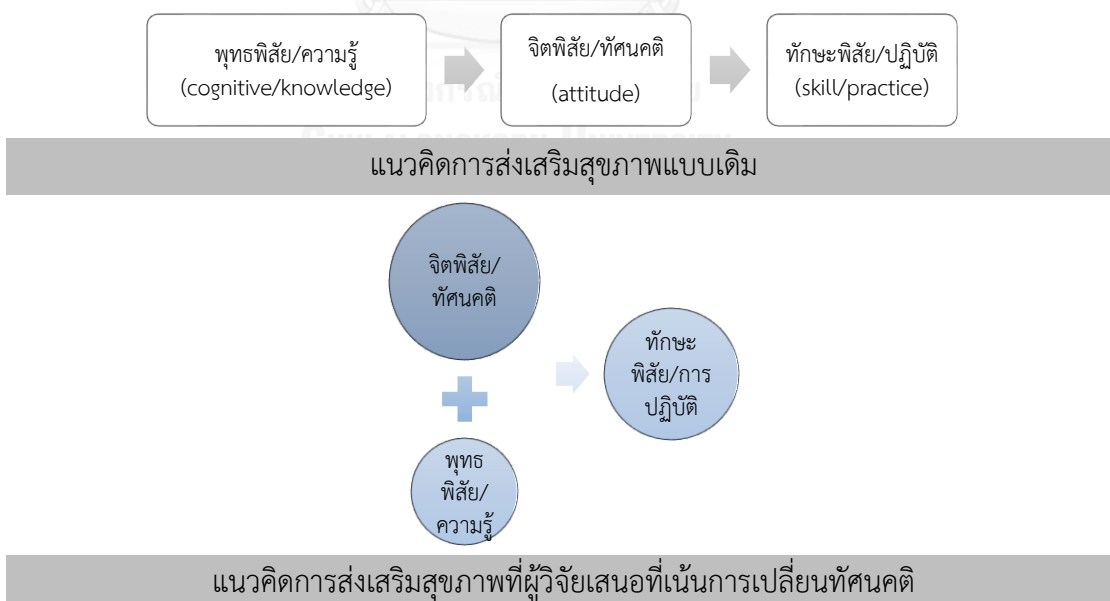
ตารางที่ 15 แสดงปัญหาสุขภาพในชุมชนจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง

ปัญหาสุขภาพในชุมชน	กาฬสินธุ์	ขอนแก่น	มหาสารคาม	ร้อยเอ็ด
	จำนวน [ร้อยละ]	จำนวน [ร้อยละ]	จำนวน [ร้อยละ]	จำนวน [ร้อยละ]
โครงสร้างพื้นฐาน เช่น ถนนไม่สะดวก ขาดประปา ไฟฟ้า ขาดเครื่องออกกำลังกาย	15 [100.00]	18 [100.00]	20 [100.00]	15 [100.00]
รายได้ไม่พอกับรายจ่าย	14 [93.75]	17 [94.40]	18 [90.00]	14 [93.33]
โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	9 [56.25]	4 [22.22]	3 [15.00]	2 [13.33]
ความสะอาด เช่น ปัญหาขยะเป็นแหล่งเชื้อโรค น้ำขังชุมชน	2 [12.50]	2 [11.11]	2 [10.00]	2 [13.33]
อื่นๆ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาเด็ก	3 [18.75]	2 [11.11]	2 [10.00]	1 [6.67]

เมื่อพิจารณาปัญหาของชุมชนด้านสุขภาพ หรือสาธารณสุขจากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม ปลายเปิด พบว่า ปัญหาสำคัญที่สุดที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด(ร้อยละ100) ตอบแบบสอบถาม คือ ปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐาน และปัญหารายได้ไม่พอกับรายจ่ายเป็นปัญหาที่มีสัดส่วนรองลงมา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดกาฬสินธุ์ได้นำปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงขึ้นมาเป็นปัญหาสุขภาพชุมชนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับอีก 3 จังหวัดที่เหลือ ดังนั้นผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นพื้นที่การศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 โดยกำหนดปัญหารายได้ไม่พอกับรายจ่าย และปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

2.การเลือกหลักการ แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้

หลักการของกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการเรียนรู้ของผู้ใหญ่บนหลักการพื้นฐานที่ว่ามนุษย์มีศักยภาพสามารถเรียนรู้ และพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องทั้งพุทธิพิสัย จิตพิสัย ทักษะพิสัย รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินี้มีจุดมุ่งหมายให้เกิดการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมจึงเป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือจิตพิสัยเป็นหลัก ร่วมกับการพัฒนาตนเองด้านพุทธิพิสัยเป็นส่วนประกอบ แสดงได้ดังภาพที่ 8



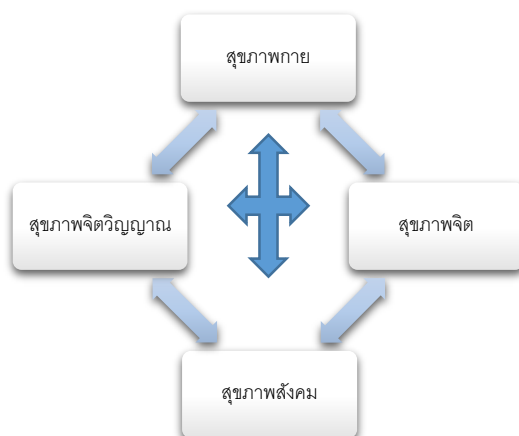
ภาพที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบเดิมกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยเสนอ

ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์จากแนวคิด และทฤษฎีที่สำคัญ ดังนี้ คือ

2.1 การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง(Transformative Learning) เป็นการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ในการเปลี่ยนทัศนคติ มุมมองความหมาย สมมุติฐาน หรือกรอบอ้างอิงผ่านประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนทัศนคติ การสำรวจสมมุติฐานของตนเองกับข้อเสนอสมมุติฐานใหม่(premise) โดยมีองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ การสนทนา การเป็นองค์รวมของอารมณ์และเหตุผล ความสัมพันธ์ที่แท้จริง และความตระหนักรู้ในบริบท(Taylor, 2009) โดยที่ประสบการณ์(experience) เป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้เรียนที่ติดตัวมาจะเป็นจุดเริ่มต้นอันนำไปสู่การตรวจสอบบรรทัดฐานสมมุติฐาน หรือกรอบอ้างอิง สู่การตีค่า ตัดสิน หรือคาดหวังใหม่ ด้วยการสนับสนุนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(promoting critical reflection)ที่เป็นคุณลักษณะเด่นของการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เกี่ยวโยงถึงการตั้งคำถามของการเป็นหนึ่งเดียวของสมมุติฐานหรือกรอบอ้างอิงและความเชื่อที่ตั้งอยู่บนฐานของประสบการณ์ที่ผ่านมาอย่างลึกซึ้งเกิดขึ้นเมื่อมีการตระหนักรู้ในข้อขัดแย้งทางความคิด ความรู้สึก การกระทำ ในห้วงเวลาหนึ่งซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนมุมมอง มีการสะท้อนความคิด 3 แบบในการเปลี่ยนมุมมองคือ เนื้อหา(สะท้อนความคิดว่าเรารับรู้ คิด รู้สึก และทำอะไร) กระบวนการ (สะท้อนความคิดว่าเราปฏิบัติหน้าที่ของการรับรู้มันอย่างไร) การสรุปข้อเสนอในสมมุติฐาน(การตระหนักรู้ว่าทำไมเรารับรู้เช่นนั้น) การสะท้อนความคิดสรุปข้อเสนอในสมมุติฐานเป็นพื้นฐานของการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) ผ่านการสนทนา(dialogue) อันเป็นสื่อกลางสำคัญในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยตั้งคำถามต่อความเข้าใจ ความจริง ความเหมาะสม(สัมพันธ์กับบรรทัดฐาน) ด้วยความสัมพันธ์ที่แท้จริง(authentic relation) ความสัมพันธ์ที่ดีและเป็นทางบวกเป็นปัจจัยสำคัญของประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านความเชื่อใจในความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการตั้งคำถาม การแบ่งปันข้อมูลกันอย่างเปิดกว้าง ความเข้าใจร่วมกันที่หากปราศจากความสัมพันธ์นี้แล้วการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)จะไม่เกิดขึ้น ผนวกกับความสอดคล้องกันอย่างเป็นองค์รวม(holistic orientation) สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ ด้านอารมณ์และความสัมพันธ์เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเสริมเหตุผลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านการสนทนาในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ ผู้เรียนบางคนอาจเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ยากผ่านกระบวนการทางอารมณ์(วิเคราะห์-คิด-เปลี่ยน)เพียงอย่างเดียว แต่อาจเปลี่ยนได้ง่ายกว่าผ่านกระบวนการทางอารมณ์(เห็น-รู้สึก-เปลี่ยน) ภายใต้การตระหนักรู้ของบริบท(awareness of context) การเห็นคุณค่าและการเข้าใจในตัวบุคคล องค์ประกอบทางสังคมวัฒนธรรม มีบทบาทและอิทธิพลต่อกระบวนการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงสภาพแวดล้อม สถานะของบุคคล ความเชี่ยวชาญ ภูมิหลัง รวมทั้งบริบทที่หล่อหลอมโดยสังคม ปัจจัยด้านบริบทจะช่วยลดเวลาของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ(Taylor, 2009)

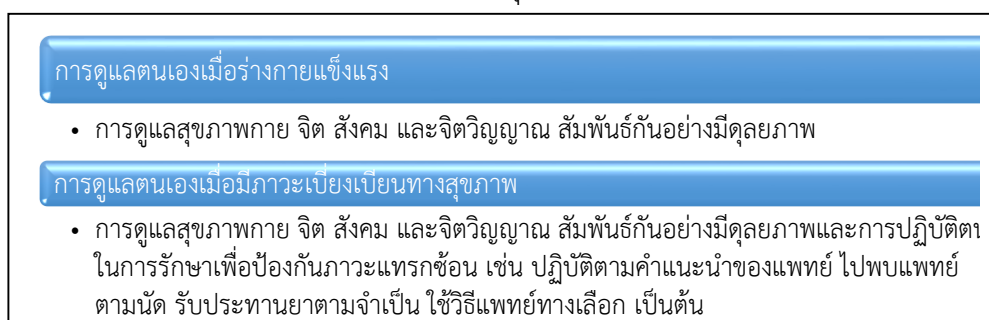
2.2 การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง(Self-directed learning) เป็นการเรียนรู้บนหลักการพื้นฐานที่ว่ามนุษย์มีศักยภาพสามารถเรียนรู้ และพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง เป็นการเรียนรู้ในแต่ละสถานการณ์ ผู้เรียนจะเป็นผู้คิดริเริ่มวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ของตนเอง ระบุวัตถุประสงค์ และกำหนดแผนการเรียนรู้ รวมทั้งประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีความช่วยเหลือจากผู้อำนวยการความสะดวก หรือเพื่อนร่วมทางการเรียนรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ผู้เรียนเป็นผู้แสดงบทบาทซึ่งนำการเรียนรู้ด้วยตนเองตั้งแต่การกำหนดความต้องการการเรียนรู้ การวางแผนออกแบบการเรียนรู้ กำหนดทรัพยากรการเรียนรู้รวมทั้งวิธีวัดและประเมินผลการเรียนรู้ เริ่มต้นด้วยบรรยากาศสำหรับการแสวงหาคำตอบร่วมกันระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองซึ่งมีลักษณะ คือ บรรยากาศที่อบอุ่น บรรยากาศของการให้ความเคารพซึ่งกันและกัน บรรยากาศของการนำไปสู่การสนทนา บรรยากาศที่ทำให้ผู้เรียนรู้สึกรับรู้ได้ถึงบทบาทของตนเอง บรรยากาศของการไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้สอนเป็นผู้แสดงบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวก และเป็นผู้กระตุ้นเสริมแรงให้เกิดการเรียนรู้ในผู้เรียนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่จัดขึ้นเพื่อสนองตอบความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน แหล่งการเรียนรู้ หรือทรัพยากรการเรียนรู้มีอยู่มากมาย เช่น วารสาร หนังสือ หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ โทรทัศน์(Knowles, 1980) รูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นการบูรณาการการบริหารจัดการภายนอกเป็นบริบทของการควบคุมคู่กับการติดตามภายใน การตระหนักรู้ความรับผิดชอบด้วยตนเอง และแรงจูงใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ และบริบทของการศึกษา ผู้เรียนจะถูกกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบส่วนบุคคล และมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามตนเอง บริหารจัดการตนเองในกระบวนการเรียนรู้ การปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเริ่มจากบุคคลมีแรงจูงใจเกิดขึ้นภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการตนเอง หรือการควบคุมตนเองในการกระทำการเรียนรู้ และมีความรับผิดชอบในการติดตามผลการเรียนรู้ของตนเองควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับตนเองจนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง(Garrison, 1997)

2.3 การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ความหมายของสุขภาพ(Health) คือ สุขภาวะที่ดี(Well-being)ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ดังนั้นสุขภาพจึงไม่ได้หมายความว่าเพียงเฉพาะความไม่พิการ และการไม่มีโรคเท่านั้น แต่หมายถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีได้เน้นแต่เพียงสุขภาพกายเพียงอย่างเดียวแต่คำนึงถึงการเชื่อมโยงกันอย่างสมดุลของสุขภาพ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 แสดงองค์ประกอบของสุขภาพและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบสุขภาพแบบองค์รวม

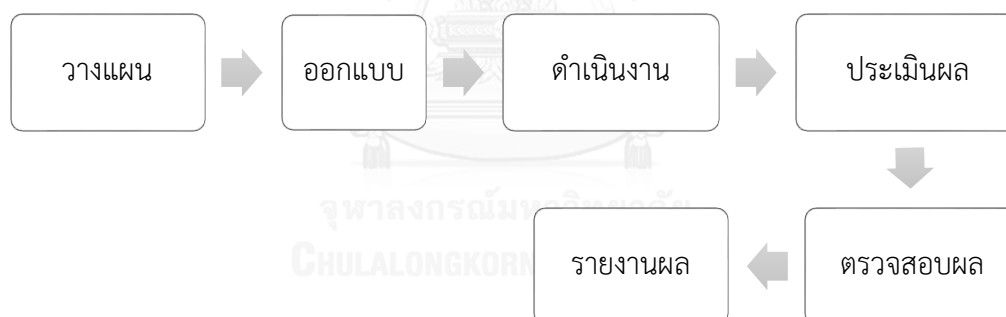
องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมจึงประกอบด้วย สุขภาพทางกาย คือ มีพฤติกรรมเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การงดบริโภคสุรา บุหรี่ มีร่างกายแข็งแรง สุขภาพทางจิต คือ มีอารมณ์แจ่มใส สามารถจัดการความเครียด สุขภาพทางสังคม คือ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ชุมชน สุขภาพทางจิตวิญญาณ คือ การมีปัญหา และจิตสสารณะ อย่างไรก็ตามประชาชนมักไม่มีทัศนคติสุขภาพแบบองค์รวมมักมีทัศนคติแต่เพียงว่าการรับบริการสุขภาพโดยการบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ที่จริงแล้วการบริการสุขภาพประกอบด้วยระบบการดูแลรักษาสุขภาพ 3 ส่วน คือ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สังคมชุมชน การจัดการกับความเจ็บป่วยไม่ได้พึ่งระบบสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง กระบวนการเยียวยารักษาโรคในแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกันทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน บริบทแวดล้อมของวัฒนธรรมความเชื่อประเพณีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องด้วยเสมอ เน้นการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความสำคัญถึงร้อยละ 80 ที่เหลือเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกันเน้นการดูแลตนเองเป็นสำคัญซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ เมื่อร่างกายแข็งแรง และสุขภาพเปี่ยมเบน (Orem, 2001) ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 แสดงการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม

จากข้อมูลดังกล่าวรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ช่วงนำเป็นการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี และเป็นการละลายพฤติกรรมสร้างความสัมพันธ์ที่แท้จริง ช่วงการเปลี่ยนทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด และหัวใจเป็นการดูแลตนเองเมื่อไม่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือร่างกายแข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การรับประทานยาตามความจำเป็น การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การไปพบแพทย์ตามนัดการตรวจ และช่วงการเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติเมื่อเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือดแล้ว หรือมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพแล้ว (Orem, 2001)

2.4 แนวคิดในการพัฒนารูปแบบ และกระบวนการในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม ขั้นดำเนินการใช้รูปแบบกิจกรรม ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของบูน(Boone, 1992) มาประยุกต์ใช้ดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 แสดงกระบวนการในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

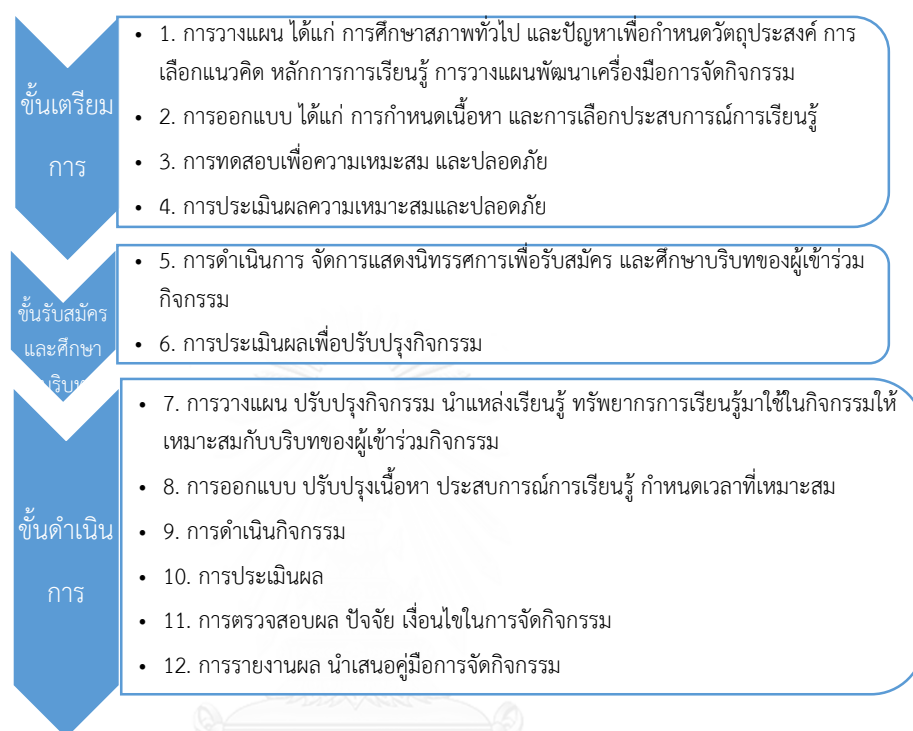
กระบวนการในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของบูน(Boone, 1992) มาปรับใช้ดำเนินเป็น 3 ระดับ คือ ขั้นเตรียมการเป็นระดับที่หนึ่ง มีการวางแผน การออกแบบ การดำเนินการ และการประเมินผลเพื่อนำผลที่ได้มาทำการวางแผนในระดับที่สอง คือ ขั้นรับสมัคร

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มี การดำเนินการ และการประเมินผล นำผลที่ได้จากระดับที่หนึ่งและสองมาวางแผนในระดับที่สาม คือ ขั้นตอนการทดลองจัดกิจกรรม มี การวางแผน การออกแบบ และการดำเนินการ การประเมินผลอันเป็นการดำเนินการวิจัยในระยະที่สอง นำไปสู่ การตรวจสอบผลอันเป็นการดำเนินการวิจัยในระยະที่สาม และการรายงานผลอันเป็นการดำเนินการวิจัยในระยະที่สี่ แสดงได้ดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 16 แสดงขั้นตอนกระบวนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอน	การวางแผน	การออกแบบ	การดำเนินการ	การประเมินผล	การตรวจสอบผล	การรายงานผล
ขั้นเตรียมการ	การศึกษาสภาพปัญหา การกำหนดวัตถุประสงค์ การเลือกหลักการ และทฤษฎี การเรียนรู้	การเลือกเนื้อหา และประสบการณ์ การเรียนรู้	การทดสอบ	การประเมินความเหมาะสม และปลอดภัยของกิจกรรม		
ขั้นรับสมัครและศึกษาบริบท			การแสดงนิทรรศการ และสำรวจบริบทของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	การประเมินความต้องการของผู้เรียนและบริบท		
ขั้นดำเนินการ	การปรับปรุงกิจกรรมการเรียนรู้ การเลือกแหล่งเรียนรู้ ทรัพยากร การเรียนรู้	การปรับปรุงเนื้อหา และประสบการณ์ การเรียนรู้ให้เหมาะสมกับบริบท การกำหนดเวลา	การดำเนินกิจกรรม	การประเมินผลกิจกรรม	การตรวจสอบรูปแบบกิจกรรม ปัจจัย และเงื่อนไข	การนำเสนอคู่มือการจัดกิจกรรม

สรุปรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็น 12 ขั้นตอน แสดงได้ดังภาพข้างล่าง



ภาพที่ 12 แสดงขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งหมด

3. การกำหนดเนื้อหา และการเลือกประสบการณ์การเรียนรู้

ขั้นตอนนี้เป็นหนึ่งในขั้นตอนการออกแบบมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การกำหนดเนื้อหาการจัดกิจกรรม

ในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินี้ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์หลัก คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ/หรือเบาหวาน คือ โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมจึงเสนอเนื้อหาของกิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ คือ อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และปัจจัยที่สามารถ

แก้ไขได้ คือ วิถีชีวิต(lifestyle) ได้แก่ อาหารบางประเภท, ขาดการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา และปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบางอย่าง ได้แก่ โรคอ้วน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดผิดปกติ, แอลดีแอล คอเลสเตอรอลสูง, เอชดีแอล คอเลสเตอรอลต่ำ, ระดับน้ำตาลในเลือดสูง,สารประกอบการแข็งตัวของเลือดและการอักเสบของเส้นเลือด(Ornish, 1990) ในปัจจุบันการแพทย์ การสาธารณสุข จึงเน้นที่การสร้างพฤติกรรมเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เปลี่ยนแปลงได้ที่สำคัญ ได้แก่

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ทราบกันมานานแล้ว โดยมีรายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างความดันเลือดและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความดันโลหิตที่สูงขึ้นกับโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และพบว่า การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคงที่สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ และพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ไม่เป็นความดันเลือดสูง 1.91 เท่า การสูบบุหรี่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และพบว่าการสูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 2.87 เท่า ระดับไขมันในเลือดผิดปกติจากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าแอลดีแอล คอเลสเตอรอล ที่เพิ่มขึ้น 1 mg/dl จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดย้อยละ 2-3 และจากการศึกษาในระยะหลังๆพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงกว่า 200 mg/dl ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และพบว่าผู้ที่มีระดับเอชดีแอล คอเลสเตอรอล ที่ลดลง 1 mg/dl จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดหัวใจขาดเลือดย้อยละ 2-3 โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 3-10 เท่า ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 2 เท่าในเพศชายและ 4 เท่าในเพศหญิง และพบว่าผู้เป็นเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน 2.37 เท่า ภาวะอ้วนจากการศึกษาพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย และอัตราส่วนเอว-สะโพก(waist-hip ratio) มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการติดตามไปข้างหน้าเป็นเวลา 3 ปี ติดตามชายอเมริกัน 29,122 คน อายุ 40- 75 ปี และพบว่าผู้ที่อ้วนลงพุงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่ไม่อ้วนลงพุง 1.62 เท่า การขาดการออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูและการออกกำลังกายสามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เสียชีวิตลงร้อยละ 20 และพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าผู้ไม่ออกกำลังกาย 0.87 เท่า การศึกษายังพบว่าการบริโภคผักผลไม้เป็นประจำมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าผู้ที่ไม่บริโภคผักผลไม้ 0.70 เท่า และปัจจัยทางด้านอารมณ์และสังคมมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าคนปกติ 2.67 เท่า (Varigos, 2004)

จากการศึกษา "The lifestyle heart trial" เป็นการศึกษาแรกในแบบที่มีกลุ่มควบคุมที่แสดงให้เห็นถึงการลดลงของภาวะเส้นเลือดแข็งตัวตีตัน(atherosclerosis) ในหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 28 ราย พบว่าหลังการเปลี่ยนแปลงวิถีทางการดำเนินชีวิตอย่างเคร่งครัด(intensive lifestyle changes)โดยรับประทานอาหารมังสวิรัติน้ำมันต่ำ(พลังงานจากไขมันน้อยกว่า 10%) การหยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายแบบปานกลางโดยใช้การเดินเป็นหลัก และการฝึกจัดการกับความเครียด รวมถึงการมีกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน พบว่าในเวลา 1 ปี สามารถทำให้การตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจเมื่อวัดด้วยวิธีวัดปริมาณเลือดที่ผ่านเส้นเลือดหัวใจ หรือ quantitative coronary angiography ลดลงร้อยละ 1.75 และเมื่อศึกษาต่อไปจนครบ 5 ปีก็พบว่าการตีบของหลอดเลือดลดลงถึงร้อยละ 3.1 โดยไม่ต้องรับประทานยาลดไขมันควบคู่ไปด้วย ส่วนผลในการลดไขมันพบว่า LDL-C ลดลงถึงร้อยละ 40 ที่ 1 ปี และยังคงต่ำกว่าเดิมถึงร้อยละ 20 ที่ 5 ปี และผลดีทางด้านคลินิกพบว่าการเกิด cardiac events ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติถึง 2 เท่า โดยมีอาการเจ็บปวดเค้นหน้าอก(angina pectoris)ลดลงถึง ร้อยละ 91 ที่ 1 ปี และ ร้อยละ 72 ที่ 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติในกลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงวิถีทางการดำเนินชีวิตอย่างเคร่งครัดนี้ด้วย นอกจากนี้ผลดีในแง่การตีบของหลอดเลือดหัวใจที่ลดลงแล้วยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างเคร่งครัด(intensive lifestyle changes) สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดดีขึ้น จากการศึกษาโดยใช้วิธีตรวจด้วย positron emission tomography(PET)ด้วย (Ornish, 1990)

จากการศึกษาพบว่า หลังจากให้การฟื้นฟูโดยการออกกำลังกาย การรวมกลุ่ม การรักษาทางด้านจิตใจ ในกลุ่มทดลองหลังจากติดตามเป็นระยะเวลา 9 ปีมีอัตราการตายร้อยละ 4 เทียบกับกลุ่มควบคุมมีอัตราการตาย ร้อยละ 17 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เราควรประเมินปัจจัยเสี่ยงรวม ดังเช่น Conroy RM. และคณะ จึงได้รวบรวมศึกษาข้อมูลและพัฒนาโปรแกรม SCORE เพื่อประเมินความเสี่ยงรวมใน 10 ปีข้างหน้าของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยประเมินจาก เพศ อายุ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตตัวบน โรคเบาหวาน ระดับไขมันคอเลสเตอรอล(cholesterol) ระดับเอชดีแอล คอเลสเตอรอล(HDL-C) เป็นต้น (Denollet, 2006)

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการชัดเจน ผู้ป่วยจึงมักไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ เราสามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้หากปรับวิถีการดำเนินชีวิต (Denollet, 2006) แสดงได้ดังนี้

ตารางที่ 17 แสดงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

เงื่อนไขที่ควบคุม	ข้อเสนอแนะ	การลดลงโดยเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต
-------------------	------------	--------------------------------------

การลดน้ำหนัก	ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับพอเหมาะ (รักษาดัชนีมวลกาย(BMI) ไว้ที่ 18.5-24.9 kg./m ²)	5-20 มม.ปรอทต่อน้ำหนักที่ลดลง 10 กก.
การบริโภคอาหาร	เน้นบริโภคผัก ผลไม้เป็นหลักมากกว่า 5 ทัพพีต่อวันและลดไขมัน	8-14 มม.ปรอท
การบริโภคเกลือในแต่ละวัน	ลดการบริโภคเกลือให้เหลือไม่เกินวันละ 2.4 กรัม	2-8 มม.ปรอท
กิจกรรมทางกาย	ออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว(brisk walking)อย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ 5 กม. หรือ 10,000ก้าว ทุกวัน	4-9 มม.ปรอท
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ชายดื่มไม่เกินวันละ 2 แก้ว ผู้หญิงไม่เกินวันละ 1 แก้ว	2-4 มม.ปรอท

ไขมันในเลือดที่ผิดปกติ คอเลสเตอรอล(cholesterol) เป็นไขมันชนิดหนึ่งซึ่งร่างกายขาดไม่ได้ เพราะเป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ และเป็นสารต้นกำเนิดของฮอร์โมนในร่างกายหลายชนิดรวมทั้งกรดน้ำดี โดยปกติร่างกายสามารถสร้างคอเลสเตอรอลขึ้นได้เอง และได้รับสมทบจากอาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ อาหารทะเล เครื่องใน ไข่แดง นม และอื่นๆ รวมทั้งการได้รับไขมันอิ่มตัวจากพืช เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว หรือกะทิ ซึ่งไขมันอิ่มตัวจากพืชเหล่านี้ไม่มีคอเลสเตอรอลแต่สามารถไปเพิ่มปริมาณคอเลสเตอรอลได้หากรับประทานมากๆ เมื่อร่างกายมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าปกติจะส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบตันในที่สุด กลายเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามการมีระดับคอเลสเตอรอลสูงไม่ได้นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดเสมอไป เพราะคอเลสเตอรอลในเลือดมีอยู่ 2 แบบ คือ แอลดีแอล คอเลสเตอรอล(LDL-C) และเอชดีแอล คอเลสเตอรอล(HDL-C) แอลดีแอล คอเลสเตอรอล คือ ตัวก่อโทษที่ต้องควบคุมให้อยู่ในระดับต่ำ เพราะเมื่อมีปริมาณมากเกินไปจะเกาะรวมกับสารอนุโมลอิสระไปอยู่ตามผนังหลอดเลือด และทำให้หลอดเลือดแดงแข็งได้ในที่สุด ส่วนเอชดีแอล คอเลสเตอรอลเป็นตัวช่วยลำเลียงคอเลสเตอรอลที่เหลือจากการใช้งานของเซลล์มายังตับ ทำให้มีหลงเหลือไปเกาะผนังเส้นเลือดน้อยลง สำหรับไตรกลีเซอไรด์(triglyceride)ซึ่งมีฤทธิ์ไม่ต่างจากแอลดีแอล คอเลสเตอรอลจัดเป็นไขมันอีกประเภทหนึ่ง ที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหาร ข้าว แป้ง น้ำตาล ไขมันผลไม้ที่มีรสหวาน และแอลกอฮอล์มากเกินไป ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในลักษณะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีด้วยกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรก คือ กลุ่มที่มีแอลดีแอล คอเลสเตอรอล รวมทั้งระดับคอเลสเตอรอลโดยรวมสูงกลุ่มที่สอง คือ กลุ่มที่มีไตรกลีเซอไรด์สูง และ/

หรือระดับเอชดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ กลุ่มที่สาม คือ กลุ่มที่มีอาการควบทั้งแบบของกลุ่มแรกและกลุ่มที่สอง ดังนั้นระดับไขมันในเลือดที่เหมาะสมมีดังนี้ (Ornish, 1990)

ไขมันดี	เอชดีแอล คอเลสเตอรอล	มากกว่า 40 มก./ดล. ในผู้ชาย และมากกว่า 50มก./ดล. ในผู้หญิง
ไขมันไม่ดี	ปริมาณคอเลสเตอรอล โดยรวม	น้อยกว่า 240 มก./ดล.
	แอลดีแอล คอเลสเตอรอล	น้อยกว่า 160 มก./ดล.
	ไตรกลีเซอไรด์	น้อยกว่า 200 มก./ดล.

แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติแต่ละกลุ่มนั้นแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม การเน้นบริโภคผัก ผลไม้ และธัญพืช ซึ่งเป็นกลุ่มอาหารที่ปลอดไขมันในกลุ่มที่ก่อพิษให้มากขึ้นควบคู่กับการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นทางสายกลางที่ทุกคนควรทำเพื่อสร้างปราการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจากพิษไขมัน ดังนี้

ตารางที่ 18 สิ่งที่ควรลดเพื่อเลี่ยงไขมันก่อพิษ

สิ่งที่ควรลด	แนวทางทดแทน
1.ลดปริมาณไขมันในอาหาร	เลี่ยงอาหารผัด ทอด เลือกตีมนมไขมันต่ำ
2.ลดปริมาณไขมันอิ่มตัวให้ น้อยกว่าร้อยละ 7 ของพลังงานทั้งหมด	กินเฉพาะเนื้อ เลี่ยงเนื้อติดมัน หนังสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว และ กะทิ
3.ลดปริมาณคอเลสเตอรอลในอาหาร ให้เหลือน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อวัน	กินไข่แดงไม่เกิน 2-3 ฟองต่อสัปดาห์ เลี่ยงการกินเครื่อง ในสัตว์ และอาหารทะเลที่มีคอเลสเตอรอลสูง
4.ลดปริมาณไขมันประเภททรานส์	ลด และเลี่ยงมาการีน ขนมปัง เค้ก ของทอด
5.ลดน้ำหนักถ้าอ้วน	ลดให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักเริ่มต้น ไม่กิน ของหวาน ผลไม้หวานมากเกินไป เพิ่มใยอาหาร เช่น ข้าว กล้อง ธัญพืช ผัก
6.ลดโปรตีนจากสัตว์	กินโปรตีนจากพืชทดแทน โดยเฉพาะถั่วเหลืองควรกินให้ ได้ 25 กรัมต่อวัน

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ เบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน พบตั้งแต่เด็ก รักษาโดยการฉีดอินซูลิน เบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ทราบสาเหตุ เบาหวานชนิดที่ 3 เกิดจาก

ตับอ่อนอักเสบ เบาหวานชนิดที่ 4 เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ เบาหวานชนิดที่ 2 พบบ่อยที่สุดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 80 จากผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมดโดยเกิดจากติดต่อฮอร์โมนอินซูลินซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน เบาหวานชนิดนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนทั่วไป เพราะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดในร่างกายรวมถึงหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดส่วนปลายโดยเฉพาะตา ไต เท้า การศึกษาพบว่า รอบเอวของคนที่ปัจจุบันที่ใหญ่ขึ้นกว่าคนยุคก่อนๆ เป็นสัญญาณเตือนภัยที่ใกล้ตัวที่สุดว่าเรากำลังเผชิญความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น ขนาดรอบเอวสะท้อนถึงปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย และเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะน้ำหนักเกินจนถึงขั้นอ้วน ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการนำไปสู่โรคภัยร้ายแรงหลายโรครวมถึงโรคหลอดเลือดแดงแข็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ในคนเอเชียรอบเอวปกติไม่ควรเกิน 90 ซม.ในผู้ชาย และ ไม่เกิน80 ซม.ในผู้หญิง (ตำแหน่งเอวที่วัด คือ วัดผ่านจุดกลางระหว่างชายโครง และขอบบนของกระดูกปีกสะโพก ผ่านเหนือสะดือเล็กน้อย แนววัดขนานกับพื้น) โรคอ้วนมีผลกระทบระบบต่างๆของร่างกายทำให้มีน้ำ และเกลือคั่งในร่างกาย เพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ผ่น้ำหัวใจหนาขึ้น ขนาดของหัวใจโตขึ้น และการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเธติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว จนมีโอกาสเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเกิดหัวใจล้มเหลวที่นำไปสู่การเสียชีวิตเฉียบพลันได้ ค่าดัชนีมวลกาย(Body Mass Index: BMI) ซึ่งคำนวณจากน้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง นับเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนได้ และยังตัวเลขดัชนีมวลกายที่ห่างจากค่ามาตรฐานมากเท่าไรโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจยิ่งมากขึ้นเท่านั้น โดยทั่วไปคนเอเชียถือว่าคนที่มีความดัชนีมวลกายเกิน 23 กก./ม.² เข้าข่ายน้ำหนักเกินแล้ว ถ้าเกิน 25 กก./ม.² เข้าข่ายอ้วน แม้ว่าเรื่องของพันธุกรรม และวัยที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน แต่สาเหตุที่พบว่าสำคัญที่สุดในยุคปัจจุบันเกิดจากเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม ได้แก่การบริโภคเกินพอดี และการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยเกินไป การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับอายุที่ยืนยาว โดยไม่ขึ้นกับปัจจัยทางพันธุกรรมแม้เมื่อตอนอายุมากแล้ว สามารถลดความเสี่ยงหรือโอกาสของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอ้วน ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้า และช่วยทำให้ระดับไขมันในร่างกายดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และหลอดเลือดสมองตีบเป็นอันดับต้นๆนอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายที่ส่งผลดีต่อสุขภาพไม่จำเป็นต้องทำโดยการออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาอย่างหักโหมเพียงแต่ทำกิจกรรมทางกายที่ใช้แรงปานกลาง หรือหายใจเร็วขึ้นเล็กน้อย เช่นการเดินเร็ว การทำสวน การทำงานบ้าน ครึ่งละนาน 10 นาทีขึ้นไป โดยสะสมให้ได้มากกว่า 30 นาทีต่อวัน และสัปดาห์ละ 5 วันขึ้นไป หรือได้ 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือคนที่สามารถมีกิจกรรมทางกายที่ใช้แรงค่อนข้างหนักมาก หรือเหนื่อยจนหายใจหอบ เช่นการวิ่ง ว่ายน้ำ การยกของ

หนักมาก ควรทำได้อย่างน้อยวันละ 20 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ หรือรวมได้ 60 นาทีต่อสัปดาห์ กิจกรรมทางกายเหล่านี้ อาจเป็นการเล่นกีฬา การออกกำลังกายที่มีรูปแบบ เช่น การเดินแอโรบิก รำกระบอง รำมวยไทย ไทเก๊ก และอื่นๆ หรือเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ที่ทำงาน ที่บ้าน การเดินทาง หรือทุกหนทุกแห่งที่สะดวก ก็เพียงพอสำหรับการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ประมาณร้อยละ 30 และถ้าทำมากขึ้น โดยทำแรงขึ้น หรือทำนานขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับจะเพิ่มพูนยิ่งขึ้น ตัวอย่างกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพเท่าเทียมกับการเดินเร็ว (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2555) แสดงได้ดังนี้

ตารางที่ 19 แสดงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์เทียบเท่ากับการเดินเร็ว 30 นาที

กิจกรรม	ระยะเวลา	กิจกรรม	ระยะเวลา	กิจกรรม	ระยะเวลา
ล้าง และ เช็ด ซัก รถยนต์	45-60 นาที	เดินประมาณ 3 กม.	30 นาที	เดินรำในจังหวะเร็ว	30 นาที
เช็ดถูบ้าน หน้าต่าง	45-60 นาที	หมุนล้อรถเข็น(ผู้พิการ)	30-45 นาที	คราดหญ้า	30 นาที
เล่นวอลเลย์บอล	45 นาที	เดินประมาณ 2.8 กม.	35 นาที	ทำสวน ขุดดิน	30 นาที
ชู้ตลูกบาสเกตบอล	30 นาที	ขี่จักรยาน 8 กม.	30 นาที	ว่ายน้ำ	20 นาที
เดินแอโรบิกในน้ำ	30 นาที	เล่นบาสเกตบอล	15 นาที	กระโดดเชือก	15 นาที
ขี่จักรยาน 6.4 กม.	15 นาที	วิ่งประมาณ 2.4 กม.	15 นาที	เดินขึ้นบันได	15 นาที

จากทิศทางการผลิตอาหารของโลกยุคใหม่รวมทั้งกลยุทธ์ของการโฆษณาที่มุ่งเน้นให้คนหันมานิยมบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ทำมาจากเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูงรวมทั้งอาหารที่มีการเติมเกลือโซเดียม โนม้นำให้ผู้คนมากมายในยุคปัจจุบันเผชิญกับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ทุกวันนี้เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าปริมาณพลังงานที่ได้จากอาหาร คุณภาพและปริมาณของไขมันในอาหาร ปริมาณผักและผลไม้ และปริมาณโซเดียมที่เข้าสู่ร่างกาย คือ เงื่อนไขสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่า อาหารที่ส่งผลต่อการเกิด หรือการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นบทบาทที่เกิดจากสารอาหารหลายตัวร่วมกัน ดังนั้นคำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปในปัจจุบันจึงได้แนะนำการบริโภคในรูปอาหารมากกว่าในรูปเม็ดยา หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แนวทางดังกล่าว ได้แก่ การบริโภคผักผลไม้ และถั่วเมล็ดแห้งในปริมาณมากเพียงพอในแต่ละวัน และเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ สรรพคุณของการบริโภคอาหารดังกล่าวเกิดจากการได้รับใยอาหารมากเพียงพอ การที่ไขมันในถั่วเมล็ดแห้งเป็นกรดไขมันคุณภาพดี คือ มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง และยังมีอุดมด้วยสาร พฤษเคมี(phytochemicals)ต่างๆ ที่มีคุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ และคุณสมบัติเฉพาะที่มีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง การบริโภคตามธงโภชนาการ

ประกอบด้วย ข้าววันละ 8-12 ทัพพี ผัก วันละ 4-6 ทัพพี ผลไม้วันละ 3-5 ส่วน นมวันละ 1-2 แก้ว เนื้อสัตว์วันละ 6-12 ช้อนกินข้าว น้ำมัน น้ำตาล เกลือ วันละน้อยๆ วิธีที่ดีที่สุด คือ การเลือกบริโภคอาหารที่เป็นแหล่งของสารอาหารตามธรรมชาติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น โยอาหาร(fiber) อันเนื่องมาจากผลการศึกษาที่ผ่านมา นำมาสู่ข้อแนะนำให้บริโภคโยอาหารประมาณวันละ 15 กรัมต่อพลังงาน 1,000 กิโลแคลอรี สารต้านอนุมูลอิสระ(antioxidant) สารอาหารในกลุ่มนี้ ได้แก่ วิตามินซี วิตามินอี แคโรทีนอยด์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่าการบริโภคสารเหล่านี้เดี่ยวๆมีผลต่อการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับโฟเลต นักวิชาการแนะนำว่า ถ้าต้องการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ควรเลือกบริโภคอาหารที่เป็นแหล่งของโฟเลตให้มากพอและเป็นประจำได้แก่ ผักใบเขียว สารพฤกษเคมีต่างๆ เช่น ฟลาโวนอยด์ที่พบในผักผลไม้ เช่น ใบชา หัวหอม แอปเปิล และอื่นๆ อาจมีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ยังไม่ชัดเจน สารที่อาจมีคุณสมบัติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ สาร isothiocyanates และ indoles ซึ่งพบมากในผักตระกูลกะหล่ำ สารsulfides ซึ่งพบมากในหัวหอมและกระเทียม สาร terpenes ซึ่งพบมากในพืชตระกูลส้ม สาร phytoestrogen ซึ่งพบมากในถั่วเหลือง ส่วนชนิดอาหารที่ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ธัญพืช ข้าว ข้าวโพดและเมล็ดพืชประเภทต่างๆ ถั่ว เช่นถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วแดง ถั่วดำ และอื่นๆ ผักผลไม้ นัท เช่น แอลมอนต์ เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ วอลนัท และอื่นๆ ปลาประกอบด้วยไขมันปลาที่เรียกว่า omega-3 น้ำมันมะกอก ส่วนอาหารที่ควรลด คือ อาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานแคลอรีสูง เช่น ขนมหวาน น้ำหวาน ขนมเค้ก คุกกี้ เกลือโซเดียมคลอไรด์ ลักษณะของรูปแบบการกินอาหารอย่างฉลาด คือ บริโภคผัก ผลไม้ พืชตระกูลถั่ว ธัญพืชไม่ขัดสี ปลา มีรายงานว่า กลุ่มประชากรที่เป็นมังสวิรัติมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำ จากปัจจัยเสี่ยงหลักด้านกายภาพ พฤติกรรม กรรมพันธุ์ เพศและวัยนั้น ที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเพียงสองในสาม นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า สภาพจิตใจ ที่สำคัญได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยวหรือขาดการสนับสนุนจากสังคม ภาวะไม่เป็นมิตร หรืออารมณ์โกรธฉุนเฉียว ภาวะตึงเครียดเรื้อรังในชีวิต ภาวะเครียดเฉียบพลัน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงหนึ่งในสาม มีการวิเคราะห์ถึงสาเหตุความเกี่ยวพันระหว่างสภาพจิตใจกับการนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดว่าน่าจะเป็นผลมาจากกลไกอย่างน้อย 2 ประการ คือ ประการแรก ผู้ที่มีภาวะสภาพจิตใจมักมีพฤติกรรมอื่นๆที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมอยู่ด้วย เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม กินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ค่อยใส่ใจการดูแลสุขภาพตนเอง ขาดแรงบันดาลใจในการออกกำลังกาย ดังนั้นการฝึกผ่อนคลายความเครียด และการรวมกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทำให้เกิดแรงสนับสนุนจากสังคม(social support) จึงนับรวมเป็นหนึ่งในโปรแกรมการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีหลักฐานชัดเจนว่าปัจจัยเกี่ยวกับจิตใจ และสังคมมีผลต่อความเสี่ยงใน

การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น ความช่วยเหลือเกื้อกูล จิตสาธารณะ เอาใจใส่กันในครอบครัว จึงลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2551)

3.2 การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้

ขั้นตอนนี้เป็นหนึ่งในขั้นตอนการออกแบบเพื่อเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ตามหลักการหรือทฤษฎีการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้วางแผนไว้ตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ คือ การเพิ่มศักยภาพตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ให้เกิดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม คือ เพิ่มพูนความรู้ การเปลี่ยนทัศนคติ และการปฏิบัติ ดังนั้น การวางแผนกิจกรรมตามหลักการการเรียนรู้ จะประกอบด้วย หลักการเพิ่มศักยภาพตนเอง การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง มีรายละเอียด ดังนี้

หลักการเพิ่มศักยภาพตนเอง หลักการที่ผู้วิจัยเลือกมาประยุกต์ใช้ในการสร้างกิจกรรม คือ หลักการเพิ่มศักยภาพตนเองของแอนโรนี 롭บินส์(Robbins, 1992) ที่มีเทคนิควิธีการในการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ที่เรียกว่า Neuro-Association Conditioning มีหลักการพื้นฐานสำคัญ คือ มนุษย์ทุกคนล้วนแล้วแต่มีพฤติกรรมในการแสวงหาความรู้สึกของความสุข ความพึงพอใจ และหลีกเลี่ยงจากความรู้สึกของความทุกข์ ความเจ็บปวด ดังนั้น ความสุข และความทุกข์จึงเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ผลักดันการกระทำของมนุษย์ได้มากที่สุด โดยมีขั้นตอนประกอบด้วย

- 1.การกำหนดสิ่งที่ต้องการให้ชัดเจน(state clearly what we really want)
- 2.การวางเงื่อนไขทางอารมณ์(get leverage)
- 3.การขัดขวางรูปแบบนิสัยด้านลบ(interrupt the limiting pattern)
- 4.การสร้างเสริมพลังลักษณะนิสัยทางบวก(create a new, empowering alternative)
- 5.การวางเงื่อนไขพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง(condition it)
- 6.การตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น(test it)

ผู้วิจัยได้วางแผนกิจกรรมการเรียนรู้ตามหลักการเพิ่มศักยภาพตนเองของแอนโรนี 롭บินส์ แสดงได้ดังนี้

ตารางที่ 20 แสดงการจัดกิจกรรมตามหลักการพัฒนาศักยภาพตนเอง

กิจกรรม	กำหนด สิ่งที่ ต้องการ ให้ ชัดเจน	วาง เงื่อนไข ทาง อารมณ์	เปลี่ยน แปลง รูปแบบ นิสัย ด้านลบ	พัฒนา ลักษณะ นิสัย ด้าน บวก	วาง เงื่อนไข พฤติกรรม ใหม่ อย่าง ต่อเนื่อง	ตรวจ สอบ ผล ลัพธ์ ที่เกิด ขึ้น
จัดนิทรรศการ	X					
ทักทายแนะนำตัว		X				
อัมพาทป้องกันได้	X	X				
สัญญาดาวเคียงเดือน	X					
เดือนเพ็ญเดือนแรม	X					
บุฟเฟต์ผักผลไม้ใน ความมีดี	X	X	X	X	X	
อ้วนซ่อนผ้าประเมิน พลังงาน	X	X	X	X	X	
ชีวิตโคกับการกินผัก		X	X	X	X	
ตลาดนัดสุขภาพ		X	X	X	X	X
เปลี่ยนแปลงชีวิตใหม่	X	X	X	X	X	
กระต่ายขาเดียวเดินเร็ว	X	X	X	X	X	X
เท้ายกสำคัญ	X	X	X	X	X	X
แมงมุมหายใจช้า	X	X	X	X	X	X
กาฟักไข่กับลมหายใจ	X	X	X	X	X	X
ขีม้าส่งเมืองสู่องค์กรรวม	X	X	X	X	X	X
ปรับปรุงศูนย์เรียนรู้ สุขภาพ	X	X	X	X	X	X
ยานั้นจำเป็นใช่ของ วิเศษ	X	X	X	X	X	X

ตารางที่ 20 แสดงการจัดกิจกรรมตามหลักการพัฒนาศักยภาพตนเอง(ต่อ)

กิจกรรม	กำหนด สิ่งที่ ต้องการ ให้ ชัดเจน	วาง เงื่อนไข ไข ทาง อารมณ์	เปลี่ยน แปลง รูปแบบ นิสัย ด้านลบ	พัฒนา ลักษณะ นิสัย ด้าน บวก	วาง เงื่อนไข พฤติกรรม กรรม ใหม่ อย่าง ต่อเนื่อง	ตรวจ สอบ ผล ลัพธ์ ที่เกิด ขึ้น
สุขภาพ[กาย]ซื้อไม่ได้ [อาหาร/ออกกำลังกาย]	X	x	X	X	X	X
สุขภาพ[จิต]ซื้อไม่ได้ [อารมณ์]	X	x	X	X	X	X
สุขภาพ[สังคม]ซื้อไม่ได้ [อาหารครอบครัว]	X	x	X	X	X	X
สุขภาพ[จิตวิญญาณ]ซื้อ ไม่ได้[อารีสังคม/ชุมชน]	X	x	X	X	X	X
สุขภาพดีไม่มีขายอยาก ได้ต้องทำเอง	X	x	X	X	X	X
แลกเปลี่ยนเรียนรู้	X	x	X	X	X	X
ตรวจสอบสัญญาการ เรียนรู้						X

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่สำคัญในการจัดกิจกรรมนี้ คือ การเปลี่ยนทัศนคติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง(Transformative Learning) โดยผู้วิจัยพิจารณาว่าหลักการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับการเพิ่มศักยภาพตนเอง คือ หลักการของเทย์เลอร์(Taylor, 2009) ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบแกนหลัก 6 ประการ คือ

1. ประสบการณ์(experience) จะทำให้เกิดมุมมองความหมาย หรือทัศนคติของบุคคลหากประสบการณ์ หรือเหตุการณ์นั้นมีคุณภาพ(quality) และปริมาณ(quantity)ซึ่งบุคคลนั้นประสบเหตุการณ์ หรือประสบการณ์นั้นบ่อยๆ (Mezirow, 1991)

2. การสนับสนุนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ (promoting critical reflection) ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ขั้นตอนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์จาก Cranton(1994) ประกอบด้วย

1) เหตุการณ์กระตุ้น เหตุการณ์จำลองหรือวิกฤตเทียมเนื่องจากการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต้องมีเหตุการณ์หรือวิกฤตเกิดขึ้นแต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการป้องกันไม่ให้เกิดวิกฤตคือการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงสร้างวิกฤตเทียมขึ้นมาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนักอันนำไปสู่การเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม

2) การสนทนา เป็นการสื่อความหมาย หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

3) การเสนอข้อเสนอลำดับเลือกสำหรับสมมุติฐานใหม่(premise)โดยเข้าใจบริบทวัฒนธรรม

4) การสำรวจตนเอง หรือการตรวจสอบสมมุติฐานด้วยการสะท้อนความคิดในกระบวนการจากการตั้งคำถามว่าอย่างไร เนื้อหาจากการตั้งคำถามว่าอะไร ข้อเสนอข้อเสนอสสมมุติฐานจากการตั้งคำถามว่าทำไม

3. การสนทนา(dialogue) มีความสำคัญในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) ใช้หลักการสนทนาแบบพี่เลี้ยง(mentoring dialog)เป็นการแนะนำข้อเสนอสำหรับสมมุติฐานใหม่(premise)มิใช่การครอบงำ หรือช่วงชิงการนำ(hegemony)แบบวาทกรรม(discourse)โดยใช้หลักการของเฮอร์แมน และแมนเดล(Herman, 2004) ที่กล่าวว่า การสนทนาที่ลึกซึ้ง และเชื่อมโยงกับชีวิต โดยมีวิทยากรเป็นพี่เลี้ยงมีหลักการ คือ 1) ความไม่แน่นอนของการมีอำนาจในตนเอง ให้แสดงว่า อะไรที่คุณเชื่อ หรือคุณรู้ เป็นเพียงสมมุติฐานที่เป็นจริงสำหรับคุณ 2) ความหลากหลายของหลักสูตร ในการสนทนาบุคคลจะเรียนรู้อะไรได้ดีที่สุดจากสิ่งที่แปลกใหม่สำหรับเขา 3) ความเป็นอิสระและการร่วมมือร่วมใจ มีการปฏิบัติ หรือถ่ายทอดความรู้ร่วมกันผ่านการสนทนา 4) เรียนรู้จากชีวิตจริง 5) ประเมินการเรียนรู้จากการสะท้อนความคิดผ่านการสนทนา 6) การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลในการสนทนาเป็นความรู้ที่มีค่าที่สุด

4. ความสอดคล้องกันอย่างเป็นองค์รวม(holistic orientation) อารมณ์และความสัมพันธ์เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเสริมเหตุผล ผู้เรียนบางคนอาจเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ยากผ่านกระบวนการทางเหตุผล(วิเคราะห์-คิด-เปลี่ยน)เพียงอย่างเดียว แต่อาจเปลี่ยนได้ง่ายกว่าผ่านกระบวนการทางอารมณ์(เห็น-รู้สึก-เปลี่ยน) (R. Boyd, 1989)

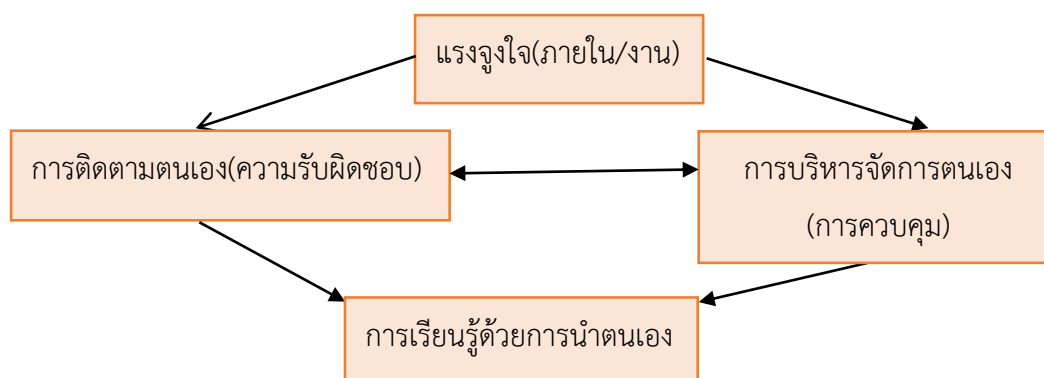
5. การตระหนักรู้ของบริบท(awareness of context) การเห็นคุณค่าและการเข้าใจในตัวบุคคล องค์ประกอบทางสังคมวัฒนธรรม รวมถึงสภาพแวดล้อม สถานะของบุคคล ความเชี่ยวชาญภูมิหลัง รวมทั้งบริบทที่หล่อหลอมโดยสังคมมีบทบาท และอิทธิพลต่อการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคลจะเก็บมุมมองความหมาย หรือทัศนคติเป็นสัญลักษณ์(symbol) หากสิ่งเหล่านั้นฝังลึกจะเก็บไว้เป็นสัญญาณ(sign) (Mezirow, 2000)

6. ความสัมพันธ์ที่แท้จริง(authentic relation) ความสัมพันธ์ที่ดีและเป็นทางบวกเป็นปัจจัยสำคัญของประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านความเชื่อใจในความสัมพันธ์และสร้างความมั่นใจด้วยการจัดการระดับอารมณ์ของผู้เรียน ความสัมพันธ์ที่แท้จริงยังมีผลต่อการตั้งคำถาม การแบ่งปันข้อมูลกันอย่างเปิดกว้าง ความเข้าใจร่วมกันที่หากปราศจากความสัมพันธ์นี้แล้ว การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)จะไม่เกิดขึ้น และขาดการสนทนาที่แท้จริงซึ่งจำเป็นต่อการสะท้อนความคิดอย่างลึกซึ้ง (Taylor, 2009)) แสดงได้ดังภาพที่ 18



ภาพที่ 13 แสดงองค์ประกอบการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของ Taylor(2009)

นอกจากการจัดกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนทัศนคติเป็นหลักแล้วผู้วิจัยได้เสริมการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้นำไปสู่การปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ผู้วิจัยได้เลือกหลักการการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองตามหลักการของโนวเลส(Knowles, 1980) ที่อธิบายว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นการเรียนรู้ในแต่ละสถานการณ์ ผู้เรียนจะเป็นผู้คิดริเริ่มวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ของตนเอง ระบุวัตถุประสงค์ และกำหนดแผนการเรียนรู้ รวมทั้งประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีความช่วยเหลือจากผู้อำนวยความสะดวก หรือเพื่อนร่วมทางการเรียนรู้ และกระบวนการประกอบด้วยรูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นการบูรณาการการบริหารจัดการภายนอกเป็นบริบทของการควบคุมคู่กับการติดตามภายใน การตระหนักรู้ความรับผิดชอบด้วยตนเอง และแรงจูงใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจากการให้ความสำคัญของงาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ และบริบทของการศึกษา และทรัพยากรการเรียนรู้ด้วยตนเอง(Garrison, 1997) แสดงได้ดังภาพที่ 14



ภาพที่ 14 รูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

ตารางที่ 21 แสดงองค์ประกอบของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง
ในแต่ละกิจกรรม

ชื่อกิจกรรม	ประ ส บ การณั	สน ท นา	การสะท้อนความคิด เชิงวิพากษ์			รวม อา ร ม ณั และ เห ตุ ผล	การ ตระ หนั ก ร ู้ ของ บริ บ ท	คว าม สั ม พั นั ท ที่ แ ก จ ริง	เร ีย น ร ู้ ด้ ว ย การ น ำ ต น เอง
			วิ ก ฤ ติ เท ีย ม	เสนอ ทาง เลือก	คิด ทบท วน สม มุ ติ ฐ าน				
จัด นิ ท ร ร ศ ก าร									X
ทัก ท าย แ น ะ น ำ ตัว		X					X		
อัม พ า ต ป ้อง ก ัน ได้	X	x	x	X	x	x	X	X	X
สั ญ ญา ดาว เค ียง เด ื่อ น									X
เด ื่อ น เพ็ ญ เด ื่อ น แ ร ม									X
แ ม ง ุ ห าย ใจ ซึ ้	X	x	x	x	x	x	X	X	X

ตารางที่ 21 แสดงองค์ประกอบของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง
ในแต่ละกิจกรรม(ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	ประ สบ การณั	สน ท นา	การสะท้อนความคิดเชิง วิพากษ์			รวม อา ร ม ณั และ เหตุ ผล	ตระ หนั ก ร ู้ ของ บริ บ ท	คว าม สั ม พั นั ท ที่ แ ท้ จ ริง	เร ีย น ร ู้ ด้ ว ย การ นำ ตน เอง
			วิ ก ฤ ติ เท ีย ม	เสนอ ทาง เลือก	คิด ท บ ท ว น สม มุ ติ ฐ า น				
บุฟเฟต์ผัก ผลไม้ในความ มีด	X	x	x	x	x	x	X	X	
อ้วนซ่อนผ้า ประเมิน พลังงาน	X	x	x	x	x	x	X	X	X
ชีวิตโคกกับ การกินผัก	X	x	x	x	x	x	X	X	
ตลาดนัด สุขภาพ	X	x		x	x	x	X	X	X
เปลี่ยนแปลง ชีวิตใหม่	X	x		x	x	x	X	X	X
กระต่ายขา เดียวเดินเร็ว	X	x	x	x	x	x	X	X	X
แท็กซี่สำคัญ	X	x	x	x	x	x	X	X	X
กาฬกไข่กับ ลมหายใจ	X	x	x	x	x	x	X	X	X
ขี่ม้าส่งเมืองสู่ องค์รวม	X	x	x	x	x	x	X	X	X

ตารางที่ 21 แสดงองค์ประกอบของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง
ในแต่ละกิจกรรม(ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	ประ สบ การณั	สน ท นา	การสะท้อนความคิดเชิง วิพากษ์			รวม อา ร ม ณั และ เหตุ ผล	ตระ หนักรู้ ของ บริบท	ความ สัมพันธ์ ที่แท้ จริง	เรียน รู้ ด้วย การ นำ ตน เอง
			วิ กฤ ติ ติ ยม	เสนอ ทาง เลือก	คิด ทบท วน สมมุ ติ ฐาน				
ยานั้นจำเป็น ใช่ของวิเศษ	X	X		X	X	X	X	X	X
สุขภาพ(กาย) ซื้อไม่ได้ (อาหาร/ออก กำลังกาย)	X	X		X	X	X	X	X	
สุขภาพ(จิต) ซื้อไม่ได้ (อารมณ์)	X	X		X	X	X	X	X	X
สุขภาพ (สังคม)ซื้อ ไม่ได้(อาหาร ครอบครัว)	X	X		X	X	X	X	X	X
สุขภาพ(จิต วิญญาณ)ซื้อ ไม่ได้(อารี สังคม/ชุมชน)	X	X		X	X	X	X	X	X
สุขภาพดีไม่มี ขายอยากได้ ต้องทำเอง	X	X		X	X	X	X	X	X

ตารางที่ 2 แสดงองค์ประกอบของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในแต่ละกิจกรรม(ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	ประ สบ การณั	สน ท นา	การสะท้อนความคิดเชิง วิพากษ์			รวม อา ร ม ณั และ เหตุ ผล	ตระ หนั ก ร ู้ ของ บริ บ ท	ความ สั ม พันธ์ ที่ แท้ จริง	เรียน ร ู้ ด้ ว ย การ นำ ตน เอง
			วิ ก ฤ ติ เท ียม	เสนอ ทาง เลือก	คิด ท บ ท ว น สม มุ ติ ฐ า น				
แลกเปลี่ยน เรียนรู้	X	X		X	X	X	X	X	
ตรวจสอบ สัญญาณ เรียนรู้								X	

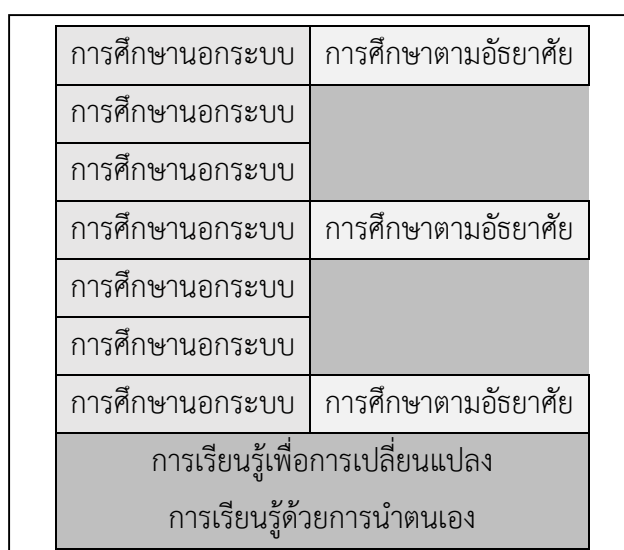
หมายเหตุ การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองประกอบด้วย สร้างแรงจูงใจ กำหนดเป้าหมาย ดำเนินวิธีการ และทรัพยากรการเรียนรู้ด้วยตนเอง

จากการวิเคราะห์กระบวนการในการจัดกิจกรรมในการเสริมสร้างการดูแลตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิของผู้วิจัย จากวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนทัศนคติให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ผู้วิจัยเลือกใช้หลักการ/ทฤษฎีการศึกษา คือ การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

Mezirow(1991) กล่าวว่า ทัศนคติ หรือมุมมองความหมาย(meaning perspective)ตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย ญาณวิทยา(epistemology) เช่น คณิตศาสตร์ การใช้เหตุผล สังคมภาษา(socio-linguistic) เช่น ประเพณี วัฒนธรรม จิตวิทยา(Encyclopedic Dictionary of Psychology and Education) เช่น อารมณ์ ที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ผ่านมา หรือประสบการณ์นั้นจะเกิดจากเหตุการณ์นั้นมีความแรงหรือมีคุณภาพ(quality)กระทบจนเก็บเข้าสู่จิตได้สำนึก และความบ่อย หรือปริมาณ(quantity)จนเก็บเข้าสู่จิตได้สำนึกเป็นมุมมองความหมาย หรือทัศนคติ

จากหลักการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า กระบวนการ/กิจกรรมควรมีทั้งความแรงพอที่จะกระตุ้น หรือคุณภาพ(quality)ที่จัดกิจกรรมได้โดยการจัดกิจกรรม

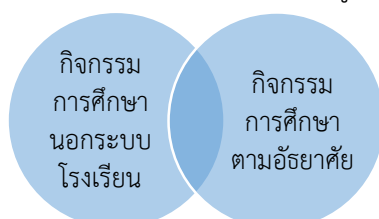
การศึกษานอกระบบโรงเรียน และความบ่อย(quantity)ที่จัดกิจกรรมได้โดยการจัดกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย ดังนั้น การจัดกิจกรรมควรมีเป้าหมายให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ใช้เวลาน้อย มีความยืดหยุ่น เป็นการจัดกิจกรรมด้านคุณภาพ(quality) และที่สำคัญต้องสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นการจัดกิจกรรมด้านปริมาณ(quantity) โดยบูรณาการเรียนการสอนแบบสอดแทรก คือ วิธีการสอนที่ผู้สอนในวิชาหนึ่งสอดแทรกเนื้อหาของวิชาอื่นเข้าไปในการสอนของตน เป็นการวางแผนการสอน และสอนโดยผู้สอนคนเดียว(วิเศษ ชิมวงศ์, 2543)โดยมีกิจกรรมการศึกษานอกระบบเป็นแกนหลักแล้วสอดแทรกด้วยกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยต้องเข้ากันได้คล้าย ต้นตอติดตา ดังภาพที่ 20



ภาพที่ 15 แสดงรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากรูปแบบการการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการแบบสอดแทรกที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ ทฤษฎีการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเปรียบดั่งเมล็ด กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นหลัก เปรียบดั่งต้นตอ ส่วนกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยสอดแทรกเปรียบดั่งการติดตา หรือต่อกิ่งของต้นไม้ กิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยต้องเข้ากันได้ ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์เลือกกิจกรรม ดังภาพที่ 16



ภาพที่ 16 แสดงขอบเขตกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยที่ผู้วิจัยเลือกจัด

จากภาพที่ 16 แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยมีส่วนที่แยกกันไม่ได้ซ้อนทับกันอยู่(สีเข้มในภาพ) เช่น กิจกรรมทัศนศึกษา เป็นกิจกรรมที่ต้องมีผู้จัดเป็นการศึกษานอกระบบแต่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเลือกได้ตามอัธยาศัย ซึ่งเมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมผ่านสถานที่นั้น หรือแหล่งเรียนรู้นั้นในการดำเนินชีวิตประจำวันจะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ตามอัธยาศัย ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมดังกล่าวมาสอดแทรก ได้แก่ การจัดการชมนิทรรศการ การจัดการใช้ห้องสมุด การทัศนศึกษา โดยใช้กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่เป็นหลัก เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม แสดงบทบาทสมมติ การวาดภาพกลุ่ม การเล่นเกม เป็นต้น จากรูปแบบกิจกรรมดังกล่าวสามารถสังเคราะห์เป็นกิจกรรมในงานวิจัย เช่น กิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรมกินผักผลไม้มากขึ้นลดการกินเนื้อลง ผู้วิจัยใช้โรงโถงชีวิตโค ตลาด เป็นแหล่งเรียนรู้เชิงสัญลักษณ์ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสำรวจตนเอง ตีความแปลความเอง เริ่มด้วยการทัศนศึกษาโรงโถงชีวิตโค เมื่อเริ่มสนทนาผู้วิจัยจะถามว่าทำไมโคถึงมาอยู่ที่นี่ จะได้คำตอบว่า เพราะมีการบริจาคโถงชีวิตโค ผู้วิจัยเสนอสมมุติฐานใหม่ว่า เพราะเรากินเนื้อ โคจึงถูกส่งเข้าโรงฆ่าถ้าเรากินผักผลไม้ โคก็ไม่ถูกส่งโรงฆ่า ที่โคต้องมาอยู่ที่นี่เพราะเรากินเนื้อโคถ้าเรากินผักเพิ่มขึ้น โคจะถูกฆ่าน้อยลง แล้วผู้วิจัยเสริมกิจกรรมด้วยเหตุการณ์กระตุ้น หรือวิกฤติเทียมด้วยการให้ชมภาพยนตร์การฆ่าโคซึ่งดูโหดร้ายมาก และขัดกับบริบททางศาสนา ดังนั้นเมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมเดินผ่านโรงโถงชีวิตโคจะตีความเชิงสัญลักษณ์ให้สังสารโค เมื่อไปตลาดเห็นเนื้อโค ภาพการฆ่าโคจะกระตุ้นให้อยากกินเนื้อโคน้อยลง กินผักผลไม้เพิ่มขึ้น การที่ผู้วิจัยไม่ได้จัดบรรยายประโยชน์ของผักต่างๆ หรือ แยกภาพยนตร์ว่าอันเป็นการสร้างการรับรู้เพื่อเปลี่ยนทัศนคติเนื่องจากผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าการจัดกิจกรรมดังกล่าวอาจทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเบื่อหน่ายอาจเกิดทัศนคติติดลบ เช่นเดียวกับการชมภาพยนตร์ต่างๆจะทำให้ความสนุกสนานน่าติดตามชมในครั้งหลังๆลดลงสอดคล้องกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ต้องการการตีความ คิดเองปฏิบัติเองมีขอบรับคำสั่งให้ปฏิบัติ เช่น แพทย์สั่งให้กินผัก ออกกำลังกายแต่ผู้ป่วยมีปฏิบัติตามเนื่องจากต้องการแรงจูงใจให้ปฏิบัติเองมากกว่า ซึ่งการสร้างกิจกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง อันเหมาะสมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นผู้ใหญ่ มีรายละเอียดแผนกิจกรรมแสดงได้ดังในภาคผนวก จากนั้นเมื่อได้ข้อมูลสภาพทั่วไป และปัญหา แล้วผู้วิจัยได้วางแผนการประเมิน ขั้นตอนเตรียมการขั้นต้นจึงได้ทดสอบกิจกรรมโดยดำเนินการทดสอบกิจกรรมที่ได้ออกแบบขั้นต้นกับบุคคลที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย 7 คน(try out study)แล้วตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากการตรวจสอบขั้นนี้ได้ผลดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 25 แสดงระดับความพึงพอใจของกลุ่มทดสอบก่อนนำไปใช้

ข้อ	ปัจจัยที่ประเมิน	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
	ด้านเนื้อหา			
1	เนื้อหาความรู้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	3.75	1.20	ปานกลาง
2	เนื้อหาความรู้ครอบคลุมวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	3.60	1.35	ปานกลาง
3	เนื้อหาที่มีความรู้ความเข้าใจง่าย	3.25	1.60	ปานกลาง
4	เนื้อหาความรู้ในการจัดกิจกรรมมีความสมบูรณ์ และเหมาะสม	3.35	1.55	ปานกลาง
5	เนื้อหาความรู้เป็นประโยชน์สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริง	3.85	1.10	ปานกลาง
	ด้านวิทยากร			
6	วิทยากรมีความสามารถและความรอบรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	3.75	1.20	ปานกลาง
7	วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ดี	3.65	1.35	ปานกลาง
8	วิทยากรสามารถสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ได้แบบเป็นกันเองให้ความสนใจต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม	3.15	1.40	ปานกลาง
9	ลักษณะ บุคลิกภาพของวิทยากรมีความเหมาะสม	3.45	1.45	ปานกลาง
	ด้านการจัดกิจกรรม			
10	มีการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ร่วมมือร่วมใจกันทำกิจกรรมเป็นกลุ่มมีการสนทนากัน	3.85	1.15	มาก
11	เทคนิคและวิธีการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.10	0.85	มาก
12	เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.10	0.85	มาก
13	การจัดกิจกรรมมีการดำเนินไปอย่างเป็นลำดับขั้นตอน	4.15	0.75	มาก
14	สื่อ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความน่าสนใจ และเหมาะสม	4.15	0.75	มาก
15	สถานที่และสิ่งแวดล้อมในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.35	0.75	มาก
16	ความพึงพอใจในความปลอดภัยของกิจกรรม	3.85	1.10	ปานกลาง

จากตารางที่ 21 ปัจจัยที่ได้รับการประเมินความพึงพอใจสูงสุด คือ สถานที่และสภาพแวดล้อม รองลงมา คือ ทรัพยากร สื่อการเรียนรู้มีความน่าสนใจ เวลาที่ใช้ และเทคนิควิธีการของกิจกรรม ความร่วมมือร่วมใจ เนื้อหาสาระ ได้รับการประเมินความพึงพอใจมาก ส่วนปัจจัยที่ได้รับการประเมินความพึงพอใจต่ำสุด คือ ความสามารถของวิทยากรในการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้อย่างเป็นกันเองได้รับการประเมินความพึงพอใจปานกลาง สามารถสรุปเป็นมิติด้านต่าง แสดงได้ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 แสดงการประเมินความพึงพอใจโดยรวมในกิจกรรมของกลุ่มทดสอบก่อนนำไปใช้

ปัจจัยที่ประเมิน	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเนื้อหา	4.80	0.28	มากที่สุด
ด้านวิทยากร	3.53	0.47	ปานกลาง
ด้านการจัดกิจกรรม	4.45	0.30	มาก

เมื่อประเมินผลแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในความเหมาะสมและความปลอดภัยของกิจกรรมส่วนด้านวิทยากรได้รับคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด รวมทั้งข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ พบว่า ควรมีวิทยากรที่สามารถพูดภาษาอังกฤษอีสานได้ลดความเป็นทางการลง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยเพิ่มวิทยากร หรือกระบวนการซึ่งเป็นผู้รับบริการสุขภาพที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมที่เป็นชาวบ้านอีสานอีก 2 ท่าน เป็นศิลปินหมอลำตาบอดที่มีชื่อเสียง 1 ท่าน และนักกีฬาทีมชาติ 1 ท่าน จากการสัมภาษณ์มีรายละเอียด ดังนี้

ศิลปินหมอลำพื้นบ้านตาบอดผู้ได้รับปริญญาบัณฑิตกิตติมศักดิ์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม อายุ 49 ปี อำเภอบรบือ จังหวัด มหาสารคาม ให้สัมภาษณ์ว่า “พ่อบอกว่าตอนเกิดเจ้าหน้าที่หยอดยาตาผิดทำให้ตามองไม่เห็น เห็นแต่เป็นแสงวาวๆไม่เป็นรูปไม่เป็นภาพตั้งแต่เกิด พ่อไม่เอาเรื่อง พ่อเป็นหมอลำเลี้ยงลูก สอนให้ร้องหมอลำตั้งแต่เด็กๆตอนอายุ 6 ขวบพออายุ 7-8 ขวบพ่อพามาสมัครที่โรงเรียนสอนคนตาบอด ครูที่รับสมัครเห็นว่าอยู่กับพ่อหัดร้องหมอลำโตไปก็ทำมากินได้ตื้ออยู่แล้วเลยบอกให้กลับมาหัดร้องหมอลำอยู่กับบ้าน พ่อก็สอนให้เป่าแคนเป่าโหวดร้องหมอลำตั้งแต่เด็กใช้วิธีฟังแล้วจำเอามาหัดร้องหัดเป่าจนชำนาญเดี๋ยวนี้เป่าได้ร้องได้เป็นร้อยๆเพลงไม่ต้องดูโน้ตดูเนื้อใช้วิธีนี้แหละทำมาหากินตั้งวงหมอลำจนมีชื่อเสียงออกวิทยุออกเทปออกโทรทัศน์ได้รับ

ปริญญาเกิตติมศักดิ์จากราชภัฏมหาสารคาม ชีวิตอยู่ได้สบายๆปรับตัวได้ด้วยการหดหู่แล้วทำบ่อยๆ เรียนรู้ด้วยตัวเอง ส่วนสุขภาพเราก็พยายามทำให้ร่างกายแข็งแรงจะได้ไม่ลำบากคนอื่น ตอนนี้อยู่กับเมียกับลูกสาว ลูกอายุ 15 เรียนอยู่ ม.3 บ้านก็อยู่ใกล้กับพี่น้องๆอีก 5 คนจะได้ช่วยเหลือกันได้ คิดไปเราก็โชคดีที่มองไม่เห็นเลยช่วยลดความอยากจากการมองเห็น ไม่รู้ว่าอาหารอะไรน่ากิน เคঁทำทำอะไรมาเราก็กินนอกจากบางที่ได้กลิ่น หรืออยากกินอาหารที่เราเคยกินแล้วชอบก็จะบอกให้เค้าทำให้กิน ไม่ได้ไปตลาดไปโน่นไปนี่แล้วซื้ออาหารที่เราอยากกินหรือเห็นแล้วเราอยากกินมันก็ดีไปอย่าง ไม่มีอะไรเครียดเรื่องตบอดก็คิดว่าเรายังดีที่ตาไม่บอดสนิทยังเห็นแสงสว่างๆพอที่จะเดินไปไหนมาไหนไม่ให้ชน เวลาทีมงานแสดงให้คนในวงคอยช่วยจูงบ้าง ออกกำลังกายก็อาศัยต้นเวลาซ้อมเวลาแสดง ไม่เจ็บไข้ได้ป่วยอะไรเบาหวานความดันก็ไม่มี” (สัมภาษณ์, 21 พฤษภาคม 2556)

นักกีฬาทีมชาติเพาะกายเหรียญทองแดงซีเกมส์ครั้งที่ 27 ณ.กรุงเนปิตอร์ ประเทศเมียนมาร์ ให้สัมภาษณ์ว่า “ตอนเด็กๆชอบเล่นกีฬาอยากเป็นนักกีฬาทีมชาติอยู่บ้านนอก อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดอุบลราชธานี ที่บ้านทำนาเลยเรียนจบแค่ ป.6 แล้วเข้ามาทำงานในกรุงเทพฯไปออกกำลังกายยกเวทที่สวนลุมฯ เลย์รู้จักกับพวกพี่ๆที่เป็นนักกีฬาเพาะกายทำให้ฝึกเรื่อยมาจนตอนนี้ทำงานเป็นเทรนเนอร์กับเป็นนักกีฬาทีมชาติแล้วเรียน กศน.เพิ่มจนจบ ม.6 ออกกำลังกายจนติดเป็นนิสัยต้องทำทุกวันถ้าไม่ทำจะหงุดหงิดก่อนจะยกเวทต้องวิ่งทำคาร์ดิโอก่อน เรื่องออกกำลังกายไม่มีปัญหาจะมีปัญหาตอนควบคุมน้ำหนัก หรือไดเอท ตอนนั้นทานมากกินแต่เนื้ออกไก่ห้ามมีไขมัน กับน้ำแล้วออกกำลังกาย ช่วงนั้นจะเครียดพยายามไม่คุยกับใครไม่ไปไหนไม่อยากเห็นอาหาร นอนหรือทำสมาธิจะดีที่สุด ต้องชั่งน้ำหนัก ดูไขมันที่ท้องแขนทุกวัน ถึงจะเครียดจะเบื่อแต่ก็ต้องทำให้ได้เพราะถ้าทำไม่ได้เราก็จะไม่ได้เป็นนักกีฬาทีมชาติ” (สัมภาษณ์, 23 พฤษภาคม 2556)

การเชิญวิทยากร หรือกระบวนกรที่มีความแตกต่างในกรอบอ้างอิง สมมุติฐาน ทศนคติ หรือมุมมองความหมายเป็นการทำให้กระบวนกรสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงการสนทนาในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์กับบุคคลดังกล่าวเพิ่มเติมในกิจกรรม

4. การเลือกพื้นที่ศึกษา ทรัพยากรการเรียนรู้ และรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม

4.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา จากการสำรวจข้อมูลสภาพทั่วไป และปัญหาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาวิจัย คือ พุทธบูชาคลินิก วัดป่ามณีนิมิตวาส จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเมือง ตำบลลำพาน อำเภอเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหญ้านาง ตำบลบัวบาน อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีรายละเอียด ดังนี้

เจ้าอาวาสวัดป่ามณีนิมิตวาสได้ให้สัมภาษณ์ว่า “ชีวิตหรือสังขารคนเราเป็นของไม่เที่ยง ไม่คงทนถาวรตอนยังอยู่ก็ดูดีมีคุณค่า ถึงคราตายก็เหมือนหมดความหมายในสายตาของทางโลกอาจคิด

กันอย่างนี้ แต่หากมองดีๆ คิดให้ลึกซึ้ง คิดโดยนัยธรรมะจะเห็นคุณค่าเหลือคณานับ พินิจดูศพแล้ว กลับมามองสรีระของตัวเองแล้วเป็นยังไงในบั้นปลายก็ไม่ต่างกันเลย ตอนที่ยังมีชีวิตถูกกรรมลิขิตให้ โลดแล่นบนกองกิเลสตัณหาสารพัดสารพันครั้นตายไปแล้วได้อะไรติดตัวไปบ้างไม่มีเลย แม้แต่เงินปาก ฝี ยังถูกล้างหรือหยิบเอาเหลือแต่ตัวเปล่าๆ กลับไปไม่ต่างกับตอนแรกเกิดเลย หากยามใดที่อยากจะ พักผ่อนทางใจ แบบไม่ต้องสิ้นเปลืองใดๆไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายบริการสถานที่ ลองหันมาพักผ่อนทาง ธรรม ที่พิพิธภัณฑศศพ โดยให้ซากศพเป็นครูดูบ้างเป็นไรอาจจะรู้แจ้งเห็นจริงในลัทธิธรรมของชีวิตได้ เป็นอย่างดี ใครที่ลุ่มหลงในรูป รส กลิ่น เสียงสัมผัส อันเป็นตัวพอกพูนกิเลสตัณหาในใจ หากได้มา ศึกษาจากซากศพเหล่านี้อาจจะได้สิ่งดีๆ กลับไป หรือใครที่มัวแต่หลงเงาตัวเอง เอาแต่ชื่นชมเปลือก นอกผลของการมาดูอาจารย์ใหญ่หรือซากศพมนุษย์ที่เป็นเหมือนกระจกเงาสะท้อนชีวิตของผองผู้คน ไม่มีใครหนีพ้นจากความเกิด แก่ เจ็บตาย จึงน่าจะทำให้ผู้มาดูเก็บไปเป็นข้อคิดเตือนใจ และดำเนิน ชีวิตอย่างมีคุณค่าเรารู้ว่าอนาคตจะต้องตายมีสภาพไม่ต่างจากซากศพที่นอนอยู่เบื้องหน้าทีไรวันเปื่อย เน่าเราจึงควรจะหมั่นสรรสร้างคุณงามความดีไว้เป็นหลักฐานให้ลูกหลานได้เห็นคุณค่าในตัวเราเมื่อ เราเห็นปลายทางของเราอย่างนี้ เราก็จะไม่อยู่ในความประมาทไม่ขาดสติในการกระทำใดๆ ทั้งปวง แต่เป็นการยากที่จะให้คนละโลก โกรธ หลง ให้คนเปลี่ยนนิสัย โครงการต่างๆที่นำมาเปลี่ยนให้คนกิน อาหาร ออกกำลังกายทำได้เพียงประเดี๋ยวประด๋าวยังงั้นชาวบ้านก็ยังยึดติดกับการพึ่งยาพึ่งหมอ มากกว่าพึ่งตัวเอง ที่จริงตอนแรกตั้งใจจะสร้างโรงพยาบาลพอดีหลวงตามหาบัวท่านสิ้นโครงการสร้าง ตึกที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรยังขาดอีกนิดหน่อยเลยเอาเงินบริจาคส่วนนั้นไปสมทบทุนทำโครงการให้ เสร็จอีกอย่างถ้าทำโรงพยาบาลก็ต้องหาบุคลากรมาทำงานมีการบริหารจัดการยุ่งยาก ทำเป็นคลินิก อย่างนี้ก็ดีชาวบ้านที่ยากจนเข้ามารักษาง่ายดีใกล้ชิดชาวบ้านแต่ต้องอาศัยจิตกุศลของหมอพยาบาล มาทำงาน ค่ายากก็อาศัยจิตศรัทธาบริจาคถ้าทำให้ชาวบ้านสุขภาพแข็งแรงดูแลตัวเองได้ก็ดีเงินค่ายาที่ เสียไปจะได้ไปทำอย่างอื่นที่มีประโยชน์ ตอนนี้มีคนใช้รับการรักษาเดือนละประมาณพันกว่าสองพัน คน แนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ค่าใช้จ่ายค่ายากก็เพิ่มเป็นเงาตามตัว ถ้ามีโครงการส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะได้ ช่วยลดรายจ่าย โครงการส่งเสริมสุขภาพที่จริงอนามัยเค้าก็ทำอยู่แต่น่าจะเสริมทางศาสนาเข้าไปด้วย” (สัมภาษณ์, 26 มิถุนายน 2556)

จากการสำรวจ พุทธบูชาคลินิกเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดตั้งขึ้นโดยพระ โภธิญาณมุนี วิ. ซึ่งเป็นสมณศักดิ์พระราชคณะชั้นสามัญฝ่ายวิปัสสนาของ หลวงพ่อเมือง พลวฑฒ เจ้าอาวาสวัดป่ามณีนิรมิต บ้านดงเมือง ต.ลำพาน อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ โดยหลวงพ่อเมืองได้จัดสร้าง วัดป่ามณีนิรมิตเมื่อปี 125 ไร่ มีวัตถุประสงค์ให้เป็นพุทธสถานอีกแห่งหนึ่งในด้านสถานปัสกวิเวก เหมาะแก่การปฏิบัติธรรมกรรมฐานเจริญจิตภาวนา เรื่องชื่อในความสงบเรียบง่ายร่มครึ้มไปด้วยต้นไม้ นานาพันธุ์มีสัตว์น้อยใหญ่มาพึ่งพิงในเขตอภัยทานหลากหลายชนิด อาทิเช่น ไก่ป่า กระรอก กระแต

กระต่าย เต่า แอ้น กบฏ เป็นต้น ภูมิของพระภิกษุสามเณรแต่ละรูป เป็นภูมิเรียงง่าย พอแก่การบังแดดลม ฝน ส่วนภูมิที่สร้างถาวรมีอยู่รวมประมาณกว่า 20 หลังใช้เป็นที่พักญาติโยมทั้งหญิงและชาย มักมาขอปฏิบัติธรรมภาวนา เป็นช่วงเวลาสั้นๆ จัดแยกเขตกันระหว่างพระภิกษุสามเณร ญาติโยมชาย และหญิงอย่างเป็นระเบียบ วัดป่ามัชฌิมาวาสเป็นสถานที่ที่ร่มรื่น ร่มเย็น มีองค์พระพุทธรูปและวัตถุเก่าแก่ต่างๆ สะอาด ในวัดมีโรงอาหารเพื่อจัดเป็นโรงทาน ภูมิที่ตั้งสอดแทรกไปตามป่าสวยงามมีพระวิหารตั้งอยู่กลางน้ำสวยงามวัดแห่งนี้จึงกลายเป็นแหล่งท่องเที่ยวทางด้านศาสนาและวัฒนธรรม ทุกๆ วันจะมีประชาชนหลังไหลเข้ากราบไหว้เยี่ยมชมตลอด เป็นพุทธสถานที่ต้องการความสันโดษ พระเณรอยู่กันอย่างสงบ สันติ สมณะไม่ต้องการความพลุกพล่าน ไม่ต้องการคำยกยอปอับันหรือชื่อเสียงใดๆ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่สถิตในวัด ด้วยศรัทธาและจิตกุศลได้มีการจัดตั้งสถานบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิเพื่อบริการประชาชนผู้ยากไร้ขึ้นในวัด คือ พุทธบุชาคลินิก ซึ่งเกิดขึ้นจากความคิดของทันตแพทย์สุทธิศักดิ์ บุญนิธิ ผู้ริเริ่มนำคลินิกทำฟันมาตั้งไว้ในบริเวณวัด ทั้งนี้ได้เริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 ให้บริการทางด้านทันตกรรม และต่อมามีความเจริญขยายหน่วยบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิทำให้มีแพทย์ที่มีจิตสาธารณะมาบริการการตรวจรักษาโรคทั่วไป โดยไม่คิดมูลค่าใดๆทั้งสิ้น ในระยะแรกมีเตียงทำฟันเพียง 1 เตียง ตรวจโรคทั่วไปเพียงเดือนละหนึ่งครั้งมุ่งเน้นการให้บริการแก่พระภิกษุสามเณร และวัดอื่นๆ ทั้งในเขต จ.กาฬสินธุ์และจังหวัดใกล้เคียง มากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องด้วยพระภิกษุสามเณรมีข้อจำกัดด้านหลักพระธรรมวินัยไม่สะดวกเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาล หรือคลินิก นับตั้งแต่เริ่มต้นการให้บริการ มีผู้มาขอรับบริการเป็นจำนวนมาก ทั้งพระภิกษุสามเณร ตลอดจนบุคคลทั่วไปจนกระทั่งวัดต้องย้ายสถานที่ให้บริการให้กว้างขวางขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการและขยายโอกาสการรักษาพยาบาลแบบไม่คิดมูลค่าแก่บุคคลทั่วไปปัจจุบันมีห้องตรวจโรคและห้องทำฟัน 4 ห้อง โดยแยกห้องและห้องตรวจโรคสำหรับพระภิกษุสามเณร และฆราวาสออกจากกันเป็นสัดส่วน ทุกๆวันจะมีประชาชนหลังไหลเข้ารักษาโรคมัยไข้เจ็บจากบริการของแพทย์และพยาบาลในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์และจังหวัดใกล้เคียงอย่างเป็นกันเอง และมีความสุขโดยมีความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงเมือง ตำบลลำพาน อำเภอเมือง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตองหนุ่ นาง ตำบลบัวบาน อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หากผู้ป่วยมีอาการหนักต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจะได้รับการประสานงานและความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และนอกจากนี้ยังมีศูนย์ฝึกสมาธิ หรือพิพิธภัณฑศพ หรืออาจารย์ใหญ่ อยู่ภายในศาลาอัครวิน วิจิตร ได้รับความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น มากกว่า 15 ปี แล้ว ซึ่งวัดได้ทำเรื่องขอยืมมาเป็นอาจารย์ใหญ่ ให้ผู้มาศึกษาธรรมหรือผู้สนใจได้มองเห็นสังขาร อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา การบริการของพุทธบุชาคลินิกบริการใน 2 ชุมชน คือ บ้านตงเมืองอยู่ใน ต.ลำพาน อ.เมือง และบ้านเชียงสาอยู่ใน ต.บัวบาน อ.ยางตลาด มีพื้นที่ติดต่อกันถูกแบ่งด้วยลำน้ำป่าแต่สามารถเชื่อมโยงไปมาหาสู่กันได้โดยง่ายด้วยสะพานเชียงสา ชุมชนบริเวณนี้เป็นพื้นที่ที่ได้รับการยกย่องให้เป็น

หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบของระดับจังหวัดโดยชาวบ้านจำนวน 241 ครัวเรือน มีประชากร 1205 คน สำหรับบ้านดงเมืองและบ้านเชียงสาได้รับการยกย่องเป็นหมู่บ้านที่ประชาชนได้พึ่งพาตนเองด้วยวิถีเกษตรพอเพียงมาตั้งแต่ปี 2545 มีการตั้งกลุ่มผลิตปุ๋ยชีวภาพเพื่อลดรายจ่ายในชุมชน โดยการผลิตปุ๋ยชีวภาพใช้เองในพื้นที่ขายในราคากระสอบละ 400 บาทขณะที่ราคาของปุ๋ยตามท้องตลาดขายกันที่ 600 บาท นอกจากนี้ในพื้นที่ 3,623 ไร่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่การเกษตรร้อยละ 80 ชาวบ้านยึดอาชีพการทำนา 2 ครั้งต่อปีแต่รายได้หลักของชาวบ้านคือ การปลูกชะอมจำหน่ายทั่วจังหวัดถือเป็นแหล่งปลูกแหล่งใหญ่ที่สุดของจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยชะอมกิโลกรัมประมาณ 2 ชิดครึ่งราคาประมาณ 2 บาท และที่สำคัญชุมชนบ้านดงเมืองและบ้านเชียงสาเป็นที่ตั้งของวัดป่ามัจฉิมาวาส หรือวัดป่าดงเมือง มีหลวงพ่อเมือง พลวิฑูต เกจิชื่อดังแห่งอีสานเป็นเจ้าอาวาสวัดซึ่งวัดแห่งนี้ได้รับการยกย่องให้เป็น 1 ในลานธรรมจักรที่มีประชาชนเดินทางมาปฏิบัติธรรมจำนวนมากในแต่ละปีเพราะทางวัดได้นำร่างของอาจารย์ใหญ่ (ศพ) เป็นอนุสรณ์การฝึกสมาธิและการปฏิบัติธรรม หมู่บ้านแห่งนี้ถือว่าเป็นหมู่บ้านที่พึ่งพาตนเองมากที่สุดโดยภาครัฐเพียงเข้ามาดูแลและให้คำแนะนำเสียส่วนมาก นอกจากนั้นก็เป็นในส่วนของ การสนับสนุนขององค์กรหลายระดับทั้งนี้จะเห็นว่าหมู่บ้านนี้มีความพร้อมเพรียงอย่างมากทั้งชาวบ้านก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีการถือศีลกันทุกวันพระไม่จำหน่ายสุรา ของมีเงินมา และมีการสวดมนต์เย็นถือว่าเป็นหมู่บ้านที่ครบถ้วนในการปฏิบัติตามวิถีของชาวพุทธและชาวไทยอย่างเพียบพร้อม นอกจากวัดป่ามัจฉิมาวาสแล้วยังมีแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญในชุมชน เช่น วัดเชียงสา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดเชียงสา โรงเรียนเชียงสาวิทยาสังกัด สพฐ. ศูนย์เรียนรู้ชุมชนบ้านดงเมืองสังกัด กศน. ตลาดนัด และสถานที่เลี้ยงโคในโครงการโคมีชีวิตโคของหลวงตามหาบัว เป็นต้น

จากการสำรวจพื้นที่ผู้วิจัยได้เลือกแหล่งเรียนรู้ในชุมชนเป็นทรัพยากรการศึกษาในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ คือ สถานที่เลี้ยงโคในโครงการโคมีชีวิตโค ตลาดนัดในชุมชน และศาลาเก็บร่างในการทำสมาธิพิจารณาพระพุทธรูป ผู้วิจัยปรับปรุงเพิ่มเติมให้กิจกรรมมีความสมบูรณ์ขึ้น เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เลือกศึกษาวิจัย(พุทธบุษยคลินิก) ให้สัมภาษณ์ว่า “ที่นี่เราจะรับตรวจรักษาแต่คนไข้คนไข้ไม่ได้รับไว้เป็นคนไข้ในไม่มีเตียงสำหรับค้างคืน เจ้าหน้าที่และแพทย์เป็นอาสาสมัครทั้งหมด คนไข้ที่มาใช้บริการที่พุทธบุษยคลินิกมีด้วยกันสามส่วน ส่วนแรกเป็นคนไข้มาทำฟันซึ่งจะมีทันตแพทย์มาประจำทุกวันเสาร์-อาทิตย์ ประมาณเดือนละหนึ่งร้อยคน ส่วนที่สองเป็นคนไข้ปวดหัว ตัวร้อน ปวดตัวมารับยาในวันธรรมดากับเจ้าหน้าที่เป็นการให้ยาสามัญประจำบ้านไปวันละประมาณไม่เกินสิบคนเดือนหนึ่งก็ประมาณสามร้อยคน ส่วนที่สามเป็นคนไข้ที่มาพบแพทย์ที่อาสา มาตรวจคนไข้ในวันเสาร์-อาทิตย์มีแพทย์หมุนเวียนเปลี่ยนกันไปมีจักษุแพทย์ อายุรแพทย์ แพทย์กระดูกและข้อ แพทย์ผิวหนัง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในส่วนที่แรกกับส่วนที่สามจะมีคนไข้มาก

หน่วยคนไข้ส่วนใหญ่อยากมาตรวจกับหมอใหญ่อยากได้ยาดีๆ จำนวนคนไข้วันหนึ่งจะมีชาวบ้านมารอตรวจประมาณร้อยถึงสองร้อยคนต่อหนึ่งวัน เดือนหนึ่งตรวจแปดวันจะประมาณหนึ่งพันกว่าคนต่อเดือนอาจจะเป็นคนไข้ซ้ำเดิมก็มี จากสถิติปี พ.ศ. 2555 มีคนไข้มารักษา 14,744 ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นคนไข้นอกที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด รองลงมาเป็นคนไข้โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดขา ปวดเอว และรองลงมาอีกเป็นโรคผิวหนัง เป็นส่วนใหญ่ ส่วนคนไข้โรคเรื้อรังอย่างโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานแพทย์จะนัดตรวจประจำทุกเดือนๆละครั้งเจาะเลือดสามเดือนครั้ง หมุนเวียนกันไปเจาะครั้งหนึ่งก็ไม่มากประมาณสามสิบสี่สิบคนไข้เครื่องมืออัตโนมัติขนาดเล็ก เจาะเลือดตรวจปลายนิ้ว ตรวจได้เฉพาะน้ำตาลกับไขมันในเลือด คนไข้กลุ่มนี้ในปี พ.ศ. 2555 เป็นโรคความดันโลหิตสูง 156 คน เป็นโรคเบาหวาน 42 คน และ เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน 28 คน สำหรับค่าใช้จ่ายของพุทธบูชาคลินิกจะมีเพียงค่ายาที่มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2554 มีค่าใช้จ่ายด้านยา 200,563 บาท เพิ่มขึ้นเป็น 264,360 บาทในปี พ.ศ. 2555 คิดเป็นเพิ่มขึ้นร้อยละ 31.81 เราจึงอยากมีโครงการส่งเสริมสุขภาพแต่ไม่มีเจ้าหน้าที่และผู้ชำนาญ แต่ถ้าจะทำอยากให้ทำในกลุ่มโรคเรื้อรังเพราะจ่ายยาทีละหนึ่งเดือนเสียค่ายาเป็นจำนวนมากรวมทั้งต้องเจาะเลือดตรวจ เป็นโรคเรื้อรังถ้ารักษาไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ลักษณะคนไข้ที่มารักษามีอาการไม่มากถ้ามีอาการมากจะบอกให้ไปรักษาที่โรงพยาบาล คนไข้ชอบมารักษาที่นี่เพราะไม่เสียค่าใช้จ่าย ค่ายา ใกล้เคียงบ้าน ไม่เสียเวลาเหมือนกับไปโรงพยาบาล มารักษาวันเสาร์วันอาทิตย์ได้ เป็นการช่วยเหลือชาวบ้านยากจน ได้บุญได้กุศล”(สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2556)

4.2 การดำเนินการรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมโดยเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ คือ การจัดนิทรรศการ “โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด” เป็นกิจกรรมเชิงบูรณาการที่มีการจัดเป็นการศึกษานอกระบบโรงเรียนแต่ผู้เรียนสามารถเลือกเข้าศึกษาได้ตามอัธยาศัย สถานที่จัด คือ พุทธบูชาคลินิก และ วัดป่ามณีมาวาส ต.ดงเมือง อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ เป็นการจัดนิทรรศการให้ความรู้ ได้ผลการจัดนิทรรศการ ดังนี้

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมด้วยการจัดนิทรรศการ โดยจัดนิทรรศการเป็นเวลา 3 วันๆละ 8 ชั่วโมงที่ มีผู้เข้าร่วมชมนิทรรศการจำนวน 129 คน ในจำนวนนี้มีผู้มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดั่งปฐมภูมิ จำนวน 31 คน มีรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานดังนี้

ตารางที่ 23 แสดงคุณลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมชมนิทรรศการ

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
-ชาย	26	20.2
-หญิง	103	79.8
รวม	129	100
อายุ(ปี)		
-น้อยกว่า 20 ปี	2	1.6
-เท่ากับ 20 ปี ถึง 30 ปี	15	11.6
-มากกว่า 30 ปี ถึง 40 ปี	8	6.2
-มากกว่า 40 ปี ถึง 50 ปี	40	31.0
-มากกว่า 50 ปี ถึง 60 ปี	39	30.2
-มากกว่า 60 ปี	25	19.4
รวม	129	100
ระดับการศึกษา		
-ประถมศึกษา	74	57.4
-มัธยมศึกษาตอนต้น	9	7.0
-มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	23	17.8
-อนุปริญญา หรือ ปวส.	5	3.9
-ปริญญาตรี	14	10.9
-ปริญญาโท	4	3.1
รวม	129	100
อาชีพ		
-ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	18.6
-รับจ้าง	25	19.4
-ค้าขาย	21	16.3
-ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	19	14.7
-เกษตรกรรวม	40	31.0
รวม	129	100

ตารางที่ 23 แสดงคุณลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมชมนิทรรศการ(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
-โสด	17	13.2
-สมรส/คู่	72	55.8
-หม้าย	33	25.6
-หย่า/แยก	7	5.4
รวม	129	100
ศาสนา		
-พุทธ	129	100
รวม	129	100
รายได้ต่อเดือน(บาท)		
-น้อยกว่า 999 บาท	42	32.6
-เท่ากับ 1000 บาท ถึง 2999 บาท	13	10.1
-เท่ากับ 3000 บาท ถึง 4999 บาท	17	13.2
-เท่ากับ 5000 บาท ถึง 6999 บาท	16	12.4
-เท่ากับ 7000 บาท ถึง 8999 บาท	12	9.3
-เท่ากับ 9000 บาท ถึง 14999 บาท	26	20.2
-ตั้งแต่ 15000 บาท	3	2.3
รวม	129	100
รายได้เมื่อเทียบกับรายจ่าย		
-ไม่พอเพียง	73	56.6
-พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ	39	30.2
-พอเพียงและเหลือเก็บ	17	13.2
รวม	129	100

จากตารางที่ 23 พบว่า ผู้เข้าชมนิทรรศการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน เมื่อพิจารณาสถานภาพทางเพศ พบว่า เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ร้อยละ 70-80 อัตราส่วนเพศหญิง : เพศชาย ประมาณ 3-4 : 1 เมื่อพิจารณาอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นวัยผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย คือ 50.27 ปีใกล้เคียงกับการสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพพระดัดปฐม

ภูมิ เมื่อพิจารณาศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาโดยเฉพาะระดับประถมศึกษา และไม่พบผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ มีผู้จบการศึกษาระดับสูงกว่าการสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิเล็กน้อย เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการการมีคู่ หรือสมรส มีสัดส่วนของการหย่า/แยกไกล่เคียงกับการสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อาชีพของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกรมีสัดส่วนของอาชีพค้าขาย รับราชการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาอัตรารายได้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า รายได้สูงกว่าการสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิ คือ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียงกับรายจ่าย แต่พบผู้ที่มีรายได้พอเพียงและเหลือเก็บต่างจากการสำรวจผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิ

การจัดนิทรรศการผู้วิจัยประเมินผลของกิจกรรมด้วยการใช้แบบทดสอบความพึงพอใจ การเข้าชมนิทรรศการ ได้ผลดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้เข้าชมนิทรรศการ

ปัจจัยที่ประเมิน	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเนื้อหา	4.21	0.58	มาก
ด้านวิทยากร	4.13	0.47	มาก
ด้านการจัดกิจกรรม	4.54	0.40	มากที่สุด

จากการประเมินความพึงพอใจผู้เข้าร่วมชมนิทรรศการมีระดับความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีความคิดเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

“ชอบมาก ได้ประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้ตรวจความดัน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ทำให้รู้ว่าอ้วนไม่อ้วน”

“ชอบ ได้ความรู้เพิ่มเกี่ยวกับโรคความดัน เบาหวาน หัวใจ อัมพาตดี”

“ชอบ ได้ความรู้เพิ่มมาจัดที่วัดใกล้บ้าน ไม่ต้องไปไกลถึงในเมือง”

“ชอบมาก เมื่อก่อนนึกว่าโรคความดัน เบาหวาน ต้องกินยาตลอดชีวิต ได้รู้เพิ่มว่าตัวเองต้องทำตัวยังไงให้คุมความดัน น้ำตาลได้ ดีมากๆ”

“ดีมาก มาช่วยชาวบ้านให้รู้อะไรเพิ่ม”

“ดี มาช่วยตรวจชาวบ้าน มีหนังสือแจก ได้ความรู้เพิ่ม”

“ดีมาก มาจัดถึงในพื้นที่ ช่วยตรวจชาวบ้านแล้วยังให้ความรู้อีก”

“ประทับใจมาก มาช่วยชาวบ้านจนๆถึงที่ให้ผู้ดูแลตัวเองมากขึ้น ได้รับความรู้ดีมาก”

“ได้รับความรู้ดีมากเกี่ยวกับโรคความดัน เบาหวาน หัวใจ อยากให้จัดเรื่อยๆ”

“อยากให้นำมาจัดให้ความรู้กับชาวบ้านโดยตรงอย่างนี้ดี มีอะไรซักถามได้โดยตรงทำให้รู้เพิ่มขึ้น”

“ได้รับความรู้เป็นวิชาการดี จะได้ไม่ไปเชื่อคำโฆษณา”

“ชอบมาก ได้ตรวจร่างกาย ประเมินตนเอง แล้วยังได้เรียนรู้เพิ่มเติม กลับไปจะได้ระวังตัวเอง”

“ชอบมาก ต่อไปจะได้ประเมินตัวเอง ระวังไม่ให้อ้วน กินหวาน เค็ม มัน น้อยลง เดินให้เยอะๆ จะได้ไม่เป็น เบาหวาน ความดัน หัวใจ”

“ได้รู้อาการโรคหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดตีบ แดก ตันในสมอง จะได้ไปโรงพยาบาลเร็วทันเวลา”

จากผู้เข้าขมนิทรรศการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้ความรู้เพิ่มและมีการตรวจร่างกายด้วยโดยเฉพาะการจัดนิทรรศการในพื้นที่ จากการจัดนิทรรศการ มีผู้เป็นความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวาน เข้าร่วมในกิจกรรมการศึกษาอบรมโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 16 คน ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 15 คน รวมทั้งหมด 31 คน เป็นผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือ พุทธบูชาคลินิกทั้งหมด ซึ่งวัตถุประสงค์ของการจัดนิทรรศการนอกจากให้ความรู้แล้วผู้วิจัยมีเป้าหมายในการรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อทราบคุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และการสำรวจพื้นที่ที่จัดกิจกรรมแล้วนำไปออกแบบกิจกรรมที่จะดำเนินกับกลุ่มทดลองอย่างแท้จริง เนื่องจากผู้สมัครเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ไม่มีผู้สูบบุหรี่ บริโภคสุรา ผู้วิจัยจึงมีได้เน้นกิจกรรมการลด ละ เลิก บุหรี่และสุรา

ระยะที่ 2 ผลการศึกษาการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษา

ตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของ

ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในระยะนี้เป็น 2 ขั้นตอน คือ

1) ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2) ขั้นตอนการเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

มีรายละเอียดของผลของขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้กิจกรรม การจัดนิทรรศการ โดยจัดนิทรรศการเป็นเวลา 3 วันๆละ 8 ชั่วโมงที่ วัดป่ามณีมาวาส มีผู้เข้าร่วมชมนิทรรศการจำนวน 129 คน ในจำนวนนี้มีผู้มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 31 คน เป็นผู้สมัครเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 31 คน ที่รับบริการที่พุกทฤษฎาคลินิกเป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากผู้รับบริการที่พุกทฤษฎาคลินิกเป็นกลุ่มควบคุมโดยจับคู่เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน(paired-baseline) ด้วยคุณลักษณะดังนี้ คือ เพศตรงกัน อายุ(บวก/ลบ 2 ปี) ความดันโลหิต(บวก/ลบ 5 มม.ปรอท) ระดับน้ำตาลในเลือด(บวก/ลบ 10 มก.ต่อเดซิลิตร) ดัชนีมวลกาย(บวก/ลบ 0.2 กก./ม.²) ได้คุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังนี้

ตารางที่ 25 แสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Chisquare/ F.E test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					<0.001	1.000
-ชาย	1	3.2	1	3.2		
-หญิง	30	96.8	30	96.8		
รวม	31	100	31	100		
อายุ(ปี)					1.060	0.589
-มากกว่า 30 ปี ถึง 40 ปี	3	9.7	2	6.5		
-มากกว่า 40 ปี ถึง 50 ปี	14	45.2	18	58.1		
-มากกว่า 50 ปี ถึง 60 ปี	14	45.2	11	35.5		
รวม	31	100	31	100		

ตารางที่ 25 แสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Chisquare/ F.E test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา					1.259	0.739
-ประถมศึกษา	10	32.3	12	38.7		
-มัธยมศึกษาตอนต้น	13	41.9	13	41.9		
-มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	7	22.6	6	19.4		
-ปริญญาตรี	1	3.2	0	0		
รวม	31	100	31	100		
ศาสนา					<0.001	1.000
-พุทธ	31	100	31	100		
รวม	31	100	31	100		
รายได้ต่อเดือน(บาท)					1.633	0.803
-น้อยกว่า 999 บาท	12	38.7	10	32.3		
-เท่ากับ 1000 บาท ถึง 2999 บาท	16	51.6	18	58.1		
-เท่ากับ 3000 บาท ถึง 4999 บาท	1	3.2	2	6.5		
-เท่ากับ 5000 บาท ถึง 6999 บาท	1	3.2	1	3.2		
-เท่ากับ 9000 บาท ถึง 14999 บาท	1	3.2	0	0		
รวม	31	100	100	100		
รายได้เมื่อเทียบกับรายจ่าย					0.425	0.212
-ไม่พอเพียง	29	93.5	26	83.9		
-พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ	2	6.5	5	16.1		
รวม	31	100	31	100		
สถานภาพสมรส					0.444	0.801
-โสด	1	3.2	2	6.5		
-สมรส/คู่	25	80.6	25	80.6		
-หม้าย	5	16.1	2	12.9		
รวม	31	100	31	100		
อาชีพ					1.560	0.668
-ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	29.0	7	22.6		
-รับจ้าง	8	25.8	8	25.8		
-ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	1	3.2	0	0		
-เกษตรกรกรรม	13	41.9	16	51.6		
รวม	31	100	31	100		

เมื่อพิจารณาคูณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับกันได้ไม่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมที่ได้รับเอกสารการดูแลสุขภาพตนเองและสุขศึกษาตามปกติกับกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม ผลการทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแสดงได้ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 แสดงการเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความรู้ก่อนทดลอง		t-test	p-value	คะแนนความรู้หลังทดลอง		t-test	p-value
	Mean	SD.			Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	13.87	2.16	-0.573	0.569	18.13	3.22	3.210	0.003
กลุ่มควบคุม	14.13	1.28			16.13	1.28		

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเปรียบเทียบกับกันได้ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} > 0.05$) หลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบความรู้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกัน พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นแต่กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแสดงได้ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง	ทัศนคติเชิงบวกก่อนทดลอง		t-test	p-value	ทัศนคติเชิงลบก่อนทดลอง		t-test	p-value
	Mean	SD.			Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	2.17	0.28	2.199	0.032	2.73	0.45	-2.505	0.015
กลุ่มควบคุม	2.00	0.35			3.05	0.54		

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบทัศนคติกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเปรียบเทียบกับกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

และพฤติกรรมสุขภาพเชิงลบ ทั้งนี้เนื่องจากการคัดเลือกผู้เข้าร่วมอบรมเป็นความสมัครใจในการเข้าร่วมอบรมซึ่งผู้ที่มีทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็มีความสนใจในการเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแสดงได้ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมเชิงบวก ก่อนทดลอง		t-test	p-value	พฤติกรรมเชิงลบก่อนทดลอง		t-test	p-value
	Mean	SD.			Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	1.44	0.37	2.635	0.011	2.34	0.53	-2.266	0.027
กลุ่มควบคุม	1.24	0.21			2.62	0.43		

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเปรียบเทียบกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก และพฤติกรรมสุขภาพเชิงลบ ทั้งนี้เนื่องจากการคัดเลือกผู้เข้าร่วมอบรมเป็นความสมัครใจในการเข้าร่วมอบรมซึ่งผู้สมัครใจเข้าร่วมอบรมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ทั้งนี้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$) ผู้วิจัยจึงใช้ความเปลี่ยนแปลง(d) หรือความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองของทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพในการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลหลังการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง แสดงได้ดังตารางที่

ตารางที่ 29 แสดงการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง	การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงบวกหลังทดลอง		t-test	p-value	การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงลบหลังทดลอง		t-test	p-value
	Mean	SD.			Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	0.17	0.22	2.202	0.032	-0.09	0.09	-2.995	0.004
กลุ่มควบคุม	0.03	1.28			-0.01	0.12		

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเปรียบเทียบกันหลังการทดลอง พบว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง แสดงได้ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 แสดงการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวกหลังทดลอง		t-test	p-value	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงลบหลังทดลอง		t-test	p-value
	Mean	SD.			Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	0.24	0.10	2.797	0.007	-0.09	0.09	-2.391	0.020
กลุ่มควบคุม	0.17	0.08			-0.03	0.11		

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเปรียบเทียบกันหลังการทดลอง พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิ พบว่า มีทัศนคติ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมมากขึ้น การใช้ยาน้อยลง ดังที่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 2 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ได้เปลี่ยนมุมมองชีวิตใหม่ เราต้องพึ่งตนเองมากกว่าพึ่งหมอฟังยา ปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพดีแบบองค์รวม ไม่ใช่ร่างกายแข็งแรงอย่างเดียว ไม่ตั้งไม่หย่อน เดินทางสายกลางดังที่พระพุทธเจ้าได้สอนไว้”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 8 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน) กล่าวว่า

“เดี๋ยวนี้คิดเยอะขึ้นเวลาซื้อของกินจะคิดถึงมือที่ผ่านมา และมีมือต่อไปด้วยว่าควรกินให้หลากหลายไม่ใช่กินแต่สิ่งที่ชอบอย่างเดียว จะถามคนในครอบครัวว่าทำให้มีความสัมพันธ์ในครอบครัว”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม คนที่ 18 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ทำสมาธิ ทำบุญอยู่แล้ว กินผักผลไม้เพิ่มขึ้น คิดว่าถ้าเรากินเนื้อลดลงแล้วก็ถูกฆ่าน้อยลง ทำให้ไม่อ้วนด้วย ไม่รู้สึกอ้วน หรืออึดอัดขึ้น”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 30 (สัมภาษณ์, 5 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เดินมากขึ้น กินผักผลไม้มากขึ้น คมน้ำหนักได้ รู้สึกไม่อึดอัดทางแก่งไม่พืด”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความเห็นว่า กิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพได้

เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบการเปลี่ยนแปลงสุขภาพกายก่อนและหลังการอบรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แสดงได้ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลของสุขภาพกาย	ก่อนทดลอง		T-test	P-value	หลังทดลอง		T-test	P-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
	Mean [SD.]	Mean [SD.]			Mean [SD.]	Mean [SD.]		
ดัชนีมวลกาย [กก./ม. ²]	24.77 [1.83]	25.60 [1.73]	- 1.844	0.070	24.66 [1.66]	25.51 [1.58]	-2.059	0.044
รอบเอว [ซม.]	83.42 [4.79]	85.09 [(3.12]	- 1.623	0.110	83.32 [4.74]	85.40 [3.17]	-2.028	0.047
ความดันโลหิตตัวบน [มม.ปรอท]	144.45 [5.62]	144.03 [5.79]	0.289	0.773	142.97 [3.86]	145.81 [7.86]	-1.804	0.076
ความดันโลหิตตัวล่าง [มม.ปรอท]	90.90 [2.76]	90.81 [3.19]	0.128	0.899	90.32 [2.21]	90.71 [1.72]	-0.770	0.444
ระดับน้ำตาลในเลือด [มก./ดล.]	115.10 [18.33]	113.29 [21.59]	0.355	0.724	107.94 [7.56]	110.29 [30.78]	-0.414	0.681
ระดับไขมันในเลือด cholesterol[มก./ดล.]	217.90 [34.07]	213.19 [34.34]	0.642	0.590	203.90 [22.27]	213.39 [39.98]	-1.154	0.253
ระดับไขมันในเลือด Triglyceride[มก. / ดล.]	158.71 [15.89]	158.32 [14.89]	0.099	0.922	157.26 [14.47]	158.16 [12.44]	-0.264	0.793
การใช้ยา [บาท/วัน]	4.79 [0.88]	4.80 [0.83]	- 0.012	0.991	4.38 [0.92]	4.85 [0.86]	-2.113	0.039

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสุขภาพกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}>0.05$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่เมื่อเปรียบเทียบกันหลังการทดลอง พบว่า การเปลี่ยนแปลงสุขภาพกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และการใช้ยาของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.05$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ส่วนความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด ของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}>0.05$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบผลของสุขภาพจิตด้วยแบบวัดอารมณ์โดยรวม(Global mood scale)ของ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แสดงได้ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่ม ตัวอย่าง	อารมณ์เชิงบวก ก่อนทดลอง		t-test	p-value	อารมณ์เชิงลบ ก่อนทดลอง		t-test	p-value
	Mean	SD.			Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	23.42	2.61	1.613	0.112	20.16	2.40	-1.153	0.253
กลุ่มควบคุม	22.55	1.50			20.90	2.66		

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอารมณ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเปรียบเทียบกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} > 0.05$) ทั้งอารมณ์เชิงบวก และอารมณ์เชิงลบ และเมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบอารมณ์โดยรวม(global mood scale)ของผู้รับบริการใน หน่วยบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง แสดงได้ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่ม ตัวอย่าง	อารมณ์เชิงบวก หลังทดลอง		t-test	p- value	อารมณ์เชิงลบ หลังทดลอง		t-test	p- value
	Mean	SD.			Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	24.61	1.67	3.298	0.002	19.58	1.63	-2.828	0.006
กลุ่มควบคุม	23.07	1.12			20.94	2.66		

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอารมณ์โดยรวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เปรียบเทียบกันหลังการทดลอง พบว่า อารมณ์เชิงบวก และอารมณ์เชิงลบแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีอารมณ์เชิงบวก เพิ่มขึ้น และอารมณ์เชิงลบลดลง ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตาม อัจฉริยะเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วย

บริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิ พบว่า สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณดีขึ้น ดังที่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 3 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ได้กอดลูกทำให้รู้สึกดีขึ้น ได้รู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และไปช่วยเหลืองานที่วัดมากขึ้น”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 9 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน) กล่าวว่า

“เดี๋ยวนี้ยิ้มกับเพื่อนบ้านมากขึ้น ไปช่วยงานบุญตลอด”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม คนที่ 17 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ดูแลตัวเองมากขึ้น ปกติไปถือศีลที่วัดทุกวันพระอยู่แล้ว จิตใจสบายขึ้นไม่ค่อยทะเลาะกับคนอื่น”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 22 (สัมภาษณ์, 5 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“รู้มากขึ้น ทำบุญเป็นปกติอยู่แล้ว กับลูกกับสามีไม่ค่อยทะเลาะกัน”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 30 (สัมภาษณ์, 5 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ทำบุญบ่อยๆ ถือศีลทุกวันพระ กับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ทักทายยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้นกว่าแต่ก่อน”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความเห็นว่า กิจกรรมที่จัดช่วยสุขภาพสังคม และจิตวิญญาณ

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม หรือกลุ่มทดลองต่อการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิแสดงดังตารางที่ 34

ตารางที่ 34 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ข้อ	ปัจจัยที่ประเมิน	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
	ด้านเนื้อหา			
1	เนื้อหาความรู้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	4.71	0.46	มากที่สุด
2	เนื้อหาความรู้ครอบคลุมวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	4.71	0.46	มากที่สุด
3	เนื้อหาที่มีความรู้ความเข้าใจง่าย	4.71	0.46	มากที่สุด
4	เนื้อหาความรู้ในการจัดกิจกรรมมีความสมบูรณ์ และเหมาะสม	4.77	0.43	มากที่สุด

ตารางที่ 34 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม(ต่อ)

ข้อ	ปัจจัยที่ประเมิน	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
5	เนื้อหาความรู้เป็นประโยชน์สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริง	4.74	0.44	มากที่สุด
	ด้านวิทยากร			
6	วิทยากรมีความสามารถและความรอบรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	4.58	0.50	มากที่สุด
7	วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ดี	4.55	0.51	มากที่สุด
8	วิทยากรสามารถสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ได้แบบเป็นกันเอง ให้ความสนใจต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม	4.58	0.50	มากที่สุด
9	ลักษณะ บุคลิกภาพของวิทยากรมีความเหมาะสม	4.58	0.50	มากที่สุด
	ด้านวิทยากร			
6	วิทยากรมีความสามารถและความรอบรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	4.58	0.50	มากที่สุด
7	วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ดี	4.55	0.51	มากที่สุด
	ด้านการจัดกิจกรรม			
10	มีการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ร่วมมือร่วมใจกันทำกิจกรรมเป็นกลุ่มมีการสนทนากัน	4.61	0.50	มากที่สุด
11	เทคนิคและวิธีการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.65	0.48	มากที่สุด
12	เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.61	0.50	มากที่สุด
13	การจัดกิจกรรมมีการดำเนินไปอย่างเป็นลำดับขั้นตอน	4.68	0.48	มากที่สุด
14	สื่อ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความน่าสนใจและเหมาะสม	4.61	0.50	มากที่สุด
15	สถานที่และสิ่งแวดล้อมในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.61	0.50	มากที่สุด
16	ความพึงพอใจในภาพรวมต่อกิจกรรม	4.65	0.49	มากที่สุด

จากตารางที่ 34 พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิมีความพึงพอใจด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสมมากที่สุด (Mean = 4.77) รองลงมาตามลำดับ คือ เนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง (Mean = 4.74) และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Mean = 4.71) ส่วนความพึงพอใจด้านวิทยากรมีความพึงพอใจต่ำสุด คือ การถ่ายทอดความรู้ (Mean = 4.55)

เมื่อพิจารณาสรุปข้อมูลความพึงพอใจรายด้านของการจัดกิจกรรม แสดงได้ดังตารางที่ 35

ตารางที่ 35 แสดงการสรุประดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ปัจจัยที่ประเมิน	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเนื้อหา	4.73	0.41	มากที่สุด
ด้านวิทยากร	4.56	0.45	มากที่สุด
ด้านการจัดกิจกรรม	4.52	0.43	มากที่สุด

จากตารางที่ 35 พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิ มีความพึงพอใจด้านเนื้อหา วิทยากร และการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุดใกล้เคียงกัน โดยมีความพึงพอใจด้านเนื้อหา มากที่สุด

ระยะที่3 ผลการศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์เหตุผล และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องในการนำรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิไปใช้เป็นขั้นตอนการตรวจสอบผลโดยการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรม หลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

1.ภาพรวมของรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิ พบว่า ภาพรวมรูปแบบและกิจกรรมนั้นดีมากเหมาะกับผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิเหมาะสมกับผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่

มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจต่ำ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงได้ เปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมให้มาดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมได้ เอื้อประโยชน์ทั้งต่อตนเอง และผู้อื่นได้ ดังที่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 1 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ดีมาก สามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ ลองทำดูแล้วดีเลยแนะนำเพื่อนบ้านด้วย”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 6 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ดีมาก เป็นประโยชน์มาก เมื่อก่อนไม่คิดว่าอัมพาตจะป้องกันได้ ปล่อยไปตามบุญตามกรรม”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 15 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“โดยรวมแล้วดี เหมาะสม เป็นประโยชน์ กับชาวบ้าน”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 24 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ชอบมาก ไม่เคยคิดว่าจะเปลี่ยนได้ นึกว่าต้องกินแต่ยา หาหมอ ตัวเองเป็นที่พึ่งของตัวเองดังพระพุทธเจ้าสอนไว้ ทำให้หันมาดูแลตัวเองมากขึ้นจะได้ไม่เป็นอัมพาตเป็นภาระของครอบครัว”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ภาพรวมของรูปแบบกิจกรรม การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดขึ้นสามารถเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิต สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง มีประโยชน์ เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหันมาดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม

2.1 ด้านวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นผู้ใหญ่ พบว่า องค์ประกอบของแต่ละกิจกรรมเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทำให้มีการเปลี่ยนทัศนคติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมได้ ดังที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 5 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน, 2556) กล่าวว่า

“ทำให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพตัวเองสำคัญ การกินการทำอะไรอย่างเดิมไม่ดี ต้องเปลี่ยนจะได้ไม่เป็นอัมพาต ทำได้จริง”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 16 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ผู้จัดมีความคิดความตั้งใจที่ดี เน้นการดูแลตนเอง เหมาะสมกับชาวบ้าน เข้าใจง่าย”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 22 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เข้าใจถึงความเชื่อมโยงของสุขภาพ กาย ใจ สังคม เปลี่ยนความคิดเดิมที่รอแต่ไปหาหมอกินยาอย่างเดียว การกินอาหาร ออกกำลังกาย ไม่เครียด เป็นสิ่งสำคัญ ปฏิบัติได้”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า วัตถุประสงค์ของรูปแบบกิจกรรม การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดขึ้น มีความเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง เปลี่ยนทัศนคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ดูแลตนเองไม่พึ่งยาเพียงอย่างเดียว

2.2 ด้านกิจกรรมการเรียนรู้กับผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นผู้ใหญ่ พบว่า เหมาะสมกับผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นผู้ใหญ่ เพราะ มีการสร้างบรรยากาศให้มีส่วนร่วม สนุก มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ไม่หนัก เข้าใจง่าย ปฏิบัติง่าย ทำให้เห็นภาพของภาวะแทรกซ้อนหากไม่ดูแลตนเองได้ชัด กระตุ้นให้เปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมได้ดี ดังที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 2 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เหมาะสมกับคนเป็นโรคความดัน เบาหวาน ทำให้เห็นว่าถ้าเราปล่อยไปเรื่อยๆตามชะตากรรมอาจเป็นอัมพาต ตาบอด ขาด่วน ได้ เราต้องกลับมาดูแลตัวเองให้มากขึ้นด้วยการกินผักผลไม้ให้มากๆ ออกกำลังกาย นอนให้พอไม่เครียด”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 12 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ชอบกิจกรรมที่มีเกมทำให้สนุก ไม่เครียด ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เข้าใจง่าย ทำให้รู้สึกที่เราต้องเปลี่ยนตัวเองจะได้ไม่เป็นอัมพาต”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 18 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“การใช้สิ่งที่มีอยู่ในชุมชนในกิจกรรมดีมากทำให้กระตุ้นเตือนให้นึกถึงการดูแลตนเองเพราะเห็นอยู่ทุกวัน”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 27 (สัมภาษณ์, 5 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“การลองปฏิบัติทำให้เห็นจริงว่าทำได้ง่าย เข้าใจดี กลัวถูกตัดขา ตาบอด เป็นอัมพาต ต้องลุกขึ้นมาดูแลตัวเองจะได้ไม่เป็นภาระคนอื่นตอนแก่ชรา”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า กิจกรรมมีความเหมาะสมกับผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นผู้ใหญ่ เพราะ สามารถกระตุ้นเตือนให้ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานได้เป็นอย่างดี มีความสนุก เข้าใจง่าย นำไปปฏิบัติได้ เปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้

2.3 ด้านผู้เรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดขึ้น จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความต้องการ สนใจ ที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ใส่ใจในกิจกรรม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 5 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ต้องการ และสนใจเข้าร่วมกิจกรรม เพราะอยากรู้ และได้ประสบการณ์ รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้มุมมองใหม่ๆด้านสุขภาพนำไปใช้ได้”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 11 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน) กล่าวว่า

“ต้องการเข้าร่วมกิจกรรม อยากรอกำลังกาย ควบคุมอาหาร อยากรู้วิธี อยากรแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนอื่น”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 24 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ใส่ใจกับกิจกรรมครั้งนี้ เพราะมีประโยชน์ นำไปทำได้จริง ทำได้ง่าย เปลี่ยนความคิดจากแต่ก่อนว่าการดูแลสุขภาพตัวเองเป็นเรื่องยาก เป็นเรื่องของหมอที่ต้องดูแลเรา”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความคิดเห็นว่าคุณเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความสนใจ และต้องการเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากการดูแลตนเองมีประโยชน์ และมีคุณค่านำไปใช้ได้จริง

2.4 ด้านการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงจากกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิที่จัดขึ้น จากการสัมภาษณ์ พบว่า เปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณได้จริง สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต ดังที่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 1 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ไม่เคยคิดว่าการดูแลตนเองจะทำได้ง่ายอย่างนี้ การกินผักผลไม้ที่มีประโยชน์ การเดินเร็ว การทำสมาธิ ช่วยเหลือกัน ทำบุญ รู้สึกมีความสุขที่ได้ทำ ไม่รู้สึกเสียเวลาทำได้ในกิจวัตรประจำวัน”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 8 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เมื่อก่อนเป็นอะไรก็กินแต่ยา ลืมนึกไปว่าเรามีโอกาสแพ้ยารวมทั้งผลข้างเคียงของยา ผลต่อไต การมาร่วมกิจกรรมทำให้รู้ว่าตนเป็นที่พึ่งแห่งตนดังที่พระพุทธเจ้าทรงสอนไว้ เดียวนี้จะเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนถ้าไม่ไหวจริงๆถึงค่อยกินยา”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 22 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ไม่เคร่งครัดสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ทำให้เห็นว่าเราต้องดูแลตัวเองป้องกันการเกิดโรคทำได้จริง เป็นการกันไว้ดีกว่าแก้”

สรุปว่า ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความคิดเห็นว่าคุณสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตเข้าใจและปฏิบัติได้ง่าย

2.5 ด้านความรู้ ทักษะในการกระตุ้นทำให้เกิดการเรียนรู้ของวิทยากร หรือกระบวนกร จาก การสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณา การเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดบั ปฐมภูมิ พบว่า วิทยากรมีความรู้จริง เป็นกันเอง ใช้ภาษาง่ายๆ เข้าใจง่าย มีเมตตา กระตุ้นให้เกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างบรรยากาศที่ดี มีการผ่อนคลายทำให้เกิดความสนิทสนมกันมากขึ้น ดังที่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 3 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“วิทยากรเป็นกันเอง มีความรู้ บรรยายได้ดีมาก ใช้ภาษาง่ายๆ ทำให้เข้าใจง่าย ยกตัวอย่างให้ เห็นชัด ชอบมาก ไม่เคร่งเครียด”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 13 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“กิจกรรมที่จัดขึ้น วิทยากรมีเมตตา ทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ทุกคนได้พูด แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ดีมาก”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 26 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“วิทยากรโน้มน้าว แนะนำการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตได้ดี ทำให้เข้าใจ แล้วนำไปทำได้จริงๆ”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณา การเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดบั ปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความคิดเห็นว่า วิทยากร หรือกระบวนกรมีความรู้ และการดำเนินการที่เหมาะสม กับเนื้อหา วัตถุประสงค์ สามารถกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้ภาษาง่ายๆ ทำให้เข้าใจง่าย นำไปปฏิบัติได้จริง อีกทั้งสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายไม่เคร่งเครียด

2.6 ด้านเนื้อหาสาระ ทศนคติ และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม จากการ สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดบั ปฐม ภูมิ พบว่า เนื้อหาสาระมีความเหมาะสมเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต สามารถเปลี่ยนทัศนคติ ก่อให้เกิดการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ดังที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 3 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เนื้อหาสาระครบถ้วนทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้ง รายละเอียดของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ดี”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 9 (สัมภาษณ์ 3 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เนื้อหาเหมาะสมกับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้เปลี่ยน ทัศนคติ และพฤติกรรมนำมาปฏิบัติได้ในชีวิตจริง”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 22 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน) กล่าวว่า

“เนื้อหาสาระที่นำเสนอมีความเหมาะสมหากนำไปประยุกต์ใช้จะดียังยิ่งทำให้เข้าใจการปฏิบัติให้มีสุขภาพดีโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความคิดเห็นว่า เนื้อหาสาระความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมมีความเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.7 ด้านทรัพยากรและสื่อการเรียนรู้ในการจัดกิจกรรม จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า ทรัพยากร และสื่อการเรียนรู้มีความเหมาะสม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติ เข้าใจง่าย นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ดังที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 2 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“การใช้แหล่งเรียนรู้ในชุมชนดีมาก ทำให้กระตุ้นเตือนให้นึกถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 11 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เหมาะสมกับเรื่องที่เรียน มีการปฏิบัติจริง ทำให้เข้าใจง่าย สื่อให้เห็นภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ชัด”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 31 (สัมภาษณ์, 5 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ถ้าให้แต่ข้อมูลเป็นตัวหนังสือมาก จะน่าเบื่อ และไม่ค่อยเข้าใจ”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความคิดเห็นว่า ทรัพยากรและสื่อการเรียนรู้มีความเหมาะสมในการจัดกิจกรรม กระตุ้นเตือนให้เปลี่ยนทัศนคติ ทำให้เข้าใจได้ง่าย

2.8 ด้านเอกสารประกอบการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่าเอกสารมีรายละเอียดดี มีสาระประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดอย่างมาก ดังที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 3 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เอกสารประกอบมีประโยชน์ อธิบายรายละเอียดทั้งปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติได้อย่างดี”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 17 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เอกสารมีประโยชน์ดี อ่านเข้าใจง่าย”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 28 (สัมภาษณ์ 5 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เอกสารประกอบมีความครบถ้วนดี นำไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดี”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความคิดเห็นว่า เอกสารประกอบมีรายละเอียด เหมาะสม และเข้าใจง่าย

2.9 ด้านการประเมินผล วิธีการประเมินผล เวลาที่ใช้ประเมินผล แบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินผล จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิ พบว่า การวัดการประเมินผล วิธีการประเมินผล เวลาที่ใช้ในการประเมินผล และแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินผล มีความเหมาะสมดี ดังที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม คนที่ 3 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“การประเมินผลเหมาะสมดีทั้ง แบบสอบถาม เวลาที่ใช้”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 9 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“การประเมินผล แบบสอบถาม และเวลาที่ใช้ เหมาะสมพอสมควร ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจคำอธิบาย และมีความรู้ในระดับหนึ่ง สามารถพอที่จะตอบได้”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 19 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“แบบสอบถามใช้ภาษา มีคำชี้แจง ดี ทำให้เข้าใจง่าย”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความเห็นว่า การประเมินผล วิธีการ เวลาที่ใช้ และแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินผลมีความเหมาะสม

2.10 ด้านความร่วมมือของชุมชน สภาพแวดล้อม บรรยากาศ สถานที่ และเวลาในการดำเนินกิจกรรม จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตปฐมภูมิ พบว่า ความร่วมมือของชุมชน สภาพแวดล้อม สถานที่ที่มีความเหมาะสม มีการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ดีไม่เคร่งเครียด สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมเหมาะสม ดังที่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 1 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“การใช้ศาลาวัด ใกล้ชิดชุมชนดี ทำให้ไม่ต้องเดินทางไกล เวลาที่ใช้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน คนในชุมชนก็ช่วยกันดี”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 16 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“หลวงพ่อกับให้ใช้สถานที่วัด สถานที่ที่เหมาะสม กว้างขวาง ลมพัดเย็นดี สภาพแวดล้อม บรรยากาศดี มีต้นไม้ทำให้ไม่เครียด เวลาที่เหมาะสม”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 28 (สัมภาษณ์, 5 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ชอบมากที่มามีวัดใกล้บ้าน เวลาที่จัดก็ไม่ทำให้เสียเวลาทำมาหากินต้องมาถือศีลที่วัดอยู่ แล้วได้มาเรียนรู้เรื่องสุขภาพ เป็นประโยชน์มาก รวมทั้งทุกคนร่วมมือกันทำให้บรรยากาศไม่เครียด”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความคิดเห็นว่า สถานที่ สภาพแวดล้อม บรรยากาศ เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม

3.ความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า มีทัศนคติ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมมากขึ้น การใช้น้ำน้อยลง ดังที่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 2 (สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ได้เปลี่ยนมุมมองชีวิตใหม่ เราต้องพึ่งตนเองมากกว่าพึ่งหมอฟังยา ปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพดี แบบองค์รวม ไม่ใช่ร่างกายแข็งแรงอย่างเดียว ไม่ดื่งไม่หย่อน เดินทางสายกลางดังที่พระพุทธเจ้าได้สอนไว้”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 8 (สัมภาษณ์, 3 พฤศจิกายน) กล่าวว่า

“เดี๋ยวนี้คิดเยอะขึ้นเวลาซื้อของกินจะคิดถึงมือที่ผ่านมา และมีต่อไปด้วยว่าควรกินให้หลากหลายไม่ใช่กินแต่สิ่งที่ชอบอย่างเดียว จะถามคนในครอบครัวว่าทำให้มีความสัมพันธ์ในครอบครัว”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม คนที่ 18 (สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“ทำสมาธิ ทำบุญอยู่แล้ว กินผักผลไม้เพิ่มขึ้น คิดว่าถ้าเรากินเนื้อลดลงวัวก็ถูกฆ่าให้น้อยลง ทำให้ไม่อ้วนด้วย ไม่รู้สึกอ้วน หรืออึดอัดขึ้น”

สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนที่ 30 (สัมภาษณ์, 5 พฤศจิกายน 2556) กล่าวว่า

“เดินมากขึ้น กินผักผลไม้มากขึ้น คมน้ำหนักได้ รู้สึกไม่อึดอัดทางแก่งไม่พืด”

สรุปว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความคิดเห็นว่า กิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพได้

จากการวิเคราะห์เหตุผล และความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิที่จัดขึ้น สรุปเป็น ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรค และปัญหา มีรายละเอียด ดังนี้

1.ด้านกิจกรรมการเรียนรู้

กิจกรรมที่จัดขึ้นนี้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบตามรูปแบบที่มีขั้นตอน คือ การวางแผน การออกแบบ การดำเนินการ การประเมินผล และการตรวจสอบผล โดยแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กันบนพื้นฐานแนวคิดการศึกษานอกระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัย การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง สุขภาพองค์รวม และ การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรม จึงมีความเหมาะสม กิจกรรมที่จัดขึ้นไม่หักโหม มีช่วงผ่อนคลาย ประยุกต์การเล่นโยคะมาเป็นเกมทำให้มีความสุข บรรยากาศการเรียนรู้ไม่เคร่งเครียด สะท้อนให้เห็นถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่ชัดเจน กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมด้วยการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลที่หลากหลาย ใช้แหล่งเรียนรู้ในชุมชนทดลองปฏิบัติ ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจ และสามารถเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นกิจกรรมการเรียนรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริม และมีความสำคัญอย่างมากในการบรรลุวัตถุประสงค์

2.ด้านผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผู้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิที่เข้าร่วมกิจกรรมนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน จึงมีความต้องการ และสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจึงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความหลากหลายในประสบการณ์ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้อย่างดี มีความพร้อมในการสะท้อนความคิด การเรียนรู้ด้วยสติปัญญาซึ่งกันและกันทำให้แลกเปลี่ยนมุมมองการดำเนินชีวิต การปฏิบัติในชีวิตจริงได้อย่างหลากหลาย ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงในการดำเนินกิจกรรม

3.ด้านวิทยากร/กระบวนการ

วิทยากร/กระบวนการ ในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิ จะต้องมีการออกแบบองค์รวมเชื่อมโยงสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ มีพื้นฐานเชื่อมั่นในศักยภาพของมนุษย์ที่พัฒนาได้ มีประสบการณ์ และมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ เพื่อสามารถถ่ายทอด สนทนา ชี้แนะให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองแบบ

องค์กรรวม อีกทั้งมีเมตตาจิตเป็นกัลยาณมิตรในการเรียนรู้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้สนทนาซักถาม แสดงความคิดเห็น และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนทัศนคติ มีแรงบันดาลใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น วิทยากร/กระบวนการจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประสบผลสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์

4.ด้านเนื้อหาสาระ

เนื้อหาสาระของกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยเน้นการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีความเชื่อมโยงของสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ จึงมีเนื้อหาสาระที่ครอบคลุม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง ดังนั้น เนื้อหาสาระจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประสบผลสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์

ปัจจัยที่ทำให้การจัดกิจกรรมประสบความสำเร็จ คือ ความร่วมมือของชุมชนทั้งผู้นำชุมชนชาวบ้าน และผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เนื้อหากิจกรรมสอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ตัวกิจกรรมเองที่เป็นกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ให้เกิดการตีความ

เงื่อนไขที่ทำให้การจัดกิจกรรมสำเร็จ คือ การกำหนดเวลาการจัดกิจกรรมสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่เสียเวลาเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต สถานที่จัดอยู่ในชุมชนสภาพแวดล้อมบรรยากาศดี การใช้แหล่งเรียนรู้ทรัพยากรเรียนรู้ในชุมชนทำให้เกิดการกระตุ้นเตือนการเปลี่ยนทัศนคติ

อุปสรรคในการนำรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้

อุปสรรคในการนำรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย

อุปสรรคด้านผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นผู้ที่มีฐานะทางสังคม เศรษฐกิจค่อนข้างด้อย บางคนอาจอ่าน เขียนหนังสือไม่คล่อง ไม่ค่อยชอบแสดงความคิดเห็น หรือสะท้อนความคิดในการสนทนา การปฏิบัติในบางกิจกรรมที่ต้องใช้การ อ่าน เขียนหนังสืออาจต้องอาศัยผู้เข้าร่วมกิจกรรมท่านอื่นช่วยเหลือ หรือการกระตุ้นจากวิทยากรในการ

สะท้อนความคิด สนทนา การใช้ภาษาที่เป็นวิชาการมากเกินไปอาจทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่เข้าใจ จึงควรใช้ภาษา หรือศัพท์ที่ง่ายแก่การเข้าใจ

ปัญหาในการนำรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย

ปัญหาด้านผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นผู้ที่มิมีฐานะทางสังคม เศรษฐกิจค่อนข้างด้อยต้องทำงานหาเงินเลี้ยงชีพ ปัญหาด้านเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมจึงเป็นสิ่งที่ต้องตระหนัก ควรจัดเวลาให้สอดคล้องกับการดำรงชีพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน อีกทั้งบางท่านเป็นผู้สูงอายุ ย่อมมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย อาจมีเหตุการณ์เกิดขึ้นได้เฉพาะหน้า จึงควรเตรียมชุดปฐมพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมรับปัญหาดังกล่าว

ปัญหาด้านสถานที่

การจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นี้ได้คำนึงถึงบริบทที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้ใช้ศาลาวัดซึ่งเป็นที่โล่งทำให้ต้องใช้เสียงที่ดังเกินกว่าในห้องเรียนปกติอาจรบกวนผู้ปฏิบัติศาสนกิจ

ปัญหาด้านการประเมินผล

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นผู้ที่มิมีฐานะทางสังคม เศรษฐกิจค่อนข้างด้อยอาจมีปัญหาในการทำแบบสอบถามประเมินผล จึงควรพิจารณาถึงระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ควรพัฒนาคำถาม คำตอบ การใช้ภาษาให้เข้าใจง่าย ชัดเจน ใช้ศัพท์ทางวิชาการเท่าที่จำเป็น

ระยะที่4 ผลการพัฒนาคู่มือการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คู่มือการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะใช้กิจกรรมการศึกษานอกระบบเป็นหลักแล้วสอดแทรกด้วยกิจกรรมการศึกษาดูตามอัธยาศัยในบางกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน จะประกอบด้วยการเปลี่ยนทัศนคติเป็นสำคัญ การให้ความรู้นำไปสู่ การปฏิบัติในความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด มีรายละเอียดดังภาคผนวก

ในการประเมินคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้นำคู่มือดังกล่าวไปให้กลุ่มตัวอย่างประเมิน มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบเจาะจงประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาตามอัธยาศัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน นักศึกษาครุศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน หรือ พัฒนาศูนย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 13 คน รวมทั้งสิ้น 23 คน ตอบแบบสอบถามประเมินคู่มือดังกล่าว ได้ผล ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนทั้งหมด 13 คนประเมินว่าสามารถนำคู่มือดังกล่าวไปใช้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินภาพรวมของคู่มือการจัดกิจกรรมดังกล่าวในระดับดีมากจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 ระดับดีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 ส่วนการประเมินภาพรวมของรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินในระดับดีมากจำนวน 12 คนคิดเป็นร้อยละ 52.2 ระดับดีจำนวน 11 คนคิดเป็นร้อยละ 47.8 เมื่อพิจารณาในมิติต่างๆ แสดงได้ดังตารางที่ 36

ตารางที่ 36 แสดงระดับการประเมินความเหมาะสมของผู้ประเมินคู่มือการจัดกิจกรรม

ข้อ	ปัจจัยที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD.)	ระดับความ เหมาะสม
	มิติด้านเนื้อหา			
1	เนื้อหาความรู้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์	82.1	10.5	ดีมาก
2	เนื้อหาความรู้ได้จากการวิเคราะห์โดย หลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่น่าเชื่อถือ นำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม	81.8	10.9	ดีมาก
3	เนื้อหา มีความรู้ความเข้าใจง่าย	79.2	11.6	ดี
4	เนื้อหาความรู้ในการจัดกิจกรรมมีความ สมบูรณ์ ครบถ้วนและเหมาะสม	78.8	11.4	ดี
	มิติด้านการจัดกิจกรรม			
5	การจัดกิจกรรมมีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ และบรรลุวัตถุประสงค์	82.8	8.4	ดีมาก
6	การจัดกิจกรรมเลือกใช้หลักการ แนวคิด ทฤษฎีได้อย่างเหมาะสม	85.9	9.5	ดีมาก
7	การจัดกิจกรรมมีการสร้างบรรยากาศ การเรียนรู้ ใช้ทรัพยากรการเรียนรู้ได้ อย่างเหมาะสม	82.4	12.3	ดีมาก
8	การจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม ครบถ้วนสมบูรณ์ในภาพรวม	85.0	9.0	ดีมาก
	มิติด้านรูปลักษณ์			
9	รูปลักษณ์มีความสวยงาม ภาพ ตาราง ภาพประกอบมีความเหมาะสม	77.2	14.7	ดี
10	รูปลักษณ์ และตัวอักษรมีขนาดเหมาะสม	77.0	14.4	ดี
11	รูปลักษณ์มีการแบ่งส่วนต่างๆอย่างชัดเจน ครบถ้วน ทำให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย	81.2	12.7	ดี

ตารางที่ 36 แสดงระดับการประเมินความเหมาะสมของผู้ประเมินคู่มือการจัดกิจกรรม(ต่อ)

ข้อ	ปัจจัยที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD.)	ระดับความ เหมาะสม
	มิติด้านการประยุกต์ใช้			
12	การนำไปประยุกต์ใช้มีความเหมาะสมกับสังคมไทย	81.2	10.3	ดีมาก
13	การนำไปประยุกต์ใช้กับประเด็นอื่นสามารถทำได้เหมาะสม	80.6	10.5	ดีมาก
14	การนำไปประยุกต์ใช้ไม่ต้องอาศัยวิทยากรที่มีความรู้ หรือทักษะพิเศษ	78.2	12.7	ดี
15	การนำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนบริบทอื่น เช่น หน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิ ตติยภูมิ ศาสนาอื่น เป็นต้นสามารถทำได้โดยง่าย และเหมาะสม	82.0	10.5	ดีมาก
	มิติด้านรูปแบบ			ดีมาก
16	รูปแบบมีคุณค่า และเป็นประโยชน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ดี	84.6	9.1	ดีมาก
17	รูปแบบมีความละเอียดครบถ้วนเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ดี	83.5	7.6	ดีมาก
18	รูปแบบมีการเสนอแนวคิดใหม่ มีความคิดสร้างสรรค์	86.6	9.9	ดีมาก
19	รูปแบบมีความเหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างยั่งยืน	83.1	11.0	ดีมาก
20	รูปแบบมีความเหมาะสมของการนำไปประยุกต์ใช้โดยภาพรวม	83.3	8.6	ดีมาก

หมายเหตุ การประเมินความเหมาะสมได้น้อยกว่าร้อยละ 50 คือ ไม่เหมาะสม

ร้อยละ 50 ถึง น้อยกว่าร้อยละ 65 คือ พอใช้

ร้อยละ 65 ถึง น้อยกว่าร้อยละ 80 คือ ดี

ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ดีมาก

จากตารางที่ 36 พบว่า ผู้ประเมินคู่มือการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีการประเมินความเหมาะสมด้านความคิดสร้างสรรค์ในรูปแบบมากที่สุด(Mean = 86.6) รองลงมาตามลำดับ คือ การจัดกิจกรรมเลือกใช้หลักการ ทฤษฎีได้อย่างเหมาะสม(Mean = 85.9) และมีความครบถ้วนสมบูรณ์(Mean = 85.0) ส่วนความเหมาะสมด้านรูปแบบต่ำสุด คือ ขนาดของรูปเล่ม และตัวอักษร(Mean = 77.0) เมื่อพิจารณาสรุปข้อมูลความเหมาะสมรายมิติของคู่มือการจัดกิจกรรม แสดงได้ดังตารางที่ 37

ตารางที่ 37 แสดงการสรุประดับความเหมาะสมรายมิติของคู่มือการจัดกิจกรรม

ปัจจัยที่ประเมิน	Mean	SD.	ระดับความเหมาะสม
มิติด้านเนื้อหา	80.5	6.8	ดีมาก
มิติด้านการจัดกิจกรรม	84.0	7.3	ดีมาก
มิติด้านรูปเล่ม	78.5	11.7	ดี
มิติด้านการประยุกต์ใช้	80.5	6.8	ดีมาก
มิติด้านรูปแบบ	84.2	6.9	ดีมาก

จากตารางที่ 37 พบว่า ผู้ประเมินคู่มือการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีความพึงพอใจด้านรูปแบบ เนื้อหา การจัดกิจกรรม การประยุกต์ใช้ ในระดับดีมากใกล้เคียงกัน โดยมีความเหมาะสมด้านรูปแบบมากที่สุด ส่วนความเหมาะสมด้านรูปเล่มได้รับการประเมินในระดับดี

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปใช้โดยการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรม หลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีดังนี้ เช่น

“เน้นทฤษฎีมากเกินไป ควรลดทอนรายละเอียดโดยเฉพาะภาษาอังกฤษลง”

“ควรอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับมิติสุขภาพทางปัญญา หรือจิตวิญญาณหากนำไปประยุกต์ใช้โดยธรรมศาสตร์อื่น”

“ควรเพิ่มเติมข้อควรระวังในการจัดกิจกรรม”

“ควรอธิบายหลักการ ที่มาของการสร้าง หรือเลือกเกมที่นำมาใช้”

“ควรเพิ่มเติมรูปภาพ ภาพให้เข้าใจง่ายขึ้น”

“ตัวอักษรขนาดเล็กควรขยายขึ้น”

สรุปว่า ผู้ประเมินกิจกรรมมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ภาพรวมของรูปแบบ และคู่มือการจัดกิจกรรมการศึกษาจากระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความเหมาะสมในระดับดีถึงดีมาก



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยนำเสนอข้อสรุปผลการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามวัตถุประสงค์การวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และนำเสนอแนะเพื่อการพัฒนาสำหรับผู้เกี่ยวข้องในองค์กรภาคส่วนต่างๆ ทั้งข้อเสนอแนะการใช้รูปแบบกิจกรรม ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจนำองค์ความรู้จากการวิจัยนี้ไปพัฒนา และเป็นประโยชน์ต่อไป มีรายละเอียด ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการวิจัยแบบบูรณาการ(mixed method research) โดยผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
4. เพื่อพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์โดยแบ่งการศึกษาวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่1 การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ศึกษาสภาพทั่วไป และปัญหา การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น สรุปลข้อมูลที่ได้มากำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม โดยมีรายละเอียดการศึกษา คือ

1.1.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมมภูมิ เขต 7 ประกอบด้วย จังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด จำนวน 765 หน่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมมภูมิ จำนวน 348 คน อายุ 20ปีขึ้นไป

1.1.2 เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือในการดำเนินการศึกษาวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อร่างกายแข็งแรงสำหรับการสำรวจมีข้อคำถามทั้งสิ้น 32 ข้อ และทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 ค่าความยากอยู่ระหว่าง 0.30 - 0.47 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.2 - 0.8 ค่าความเที่ยง(reliability) ได้ค่าความสอดคล้องภายใน(Chronbach's alpha) เท่ากับ 0.85 ค่าความเที่ยงแบบแบ่งครึ่ง (split-half) เท่ากับ 0.82

แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อร่างกายแข็งแรงสำหรับการสำรวจมีข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0 การวิเคราะห์ปัจจัยด้วยการสำรวจ(exploratory factor analysis) แบ่งเป็น ทัศนคติเชิงบวก และเชิงลบ ได้ค่า Eigen value>1 ค่าความแปรปรวนเท่ากับ 0.71 ค่าความเที่ยง(reliability) ได้ค่าความสอดคล้องภายใน(Chronbach's alpha) เท่ากับ 0.83 ค่าความเที่ยงแบบแบ่งครึ่ง (split-half) เท่ากับ 0.84

แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อร่างกายแข็งแรง จำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0 การวิเคราะห์ปัจจัยด้วยการสำรวจ(exploratory factor analysis) แบ่งเป็น พฤติกรรมการปฏิบัติเชิงบวก และเชิงลบได้ค่า Eigen value>1 ค่าความแปรปรวนเท่ากับ 0.71 ค่าความเที่ยง(reliability) ได้ค่าความสอดคล้องภายใน(Chronbach's alpha) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงแบบแบ่งครึ่ง (split-half) เท่ากับ 0.82

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0

แบบสำรวจชุมชนเพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสำรวจค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0

1.1.3 การดำเนินการ ผู้วิจัยได้ประสานและดำเนินการสำรวจโดยสุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

1.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโดยใช้โปรแกรม SPSS for Window ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ศึกษาสภาพทั่วไป และปัญหาจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างปีพ.ศ. 2541 – 2555 สรุปข้อมูลที่ได้มากำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม และการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศในทฤษฎี แนวคิดการเรียนรู้ที่สอดคล้องเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ต้องการพัฒนา เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์รูปแบบกิจกรรมดังกล่าวโดยแบบวิเคราะห์เอกสารเพื่อศึกษาสภาพปัญหา และหลักการการเรียนรู้ที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0

1.3 ศึกษาผลการทดสอบรูปแบบการจัดกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นพร้อมทั้งปรับปรุงการจัดกิจกรรมดังกล่าว

1.4 เลือกพื้นที่ศึกษา รับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม และศึกษาภาคสนามเพื่อศึกษาบริบทของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1.5 นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผล สังเคราะห์เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาอย่างสมบูรณ์

ระยะที่ 2 การศึกษาการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยเลือกระเบียบวิธีวิจัย คือ การวิจัยเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การกำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากร: ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด อายุ 20 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา ได้แก่ พุทธบูชาคลินิก วัดป่ามณีมาวาส อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ อายุ 20 ปีขึ้นไปป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวาน ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 31 คนเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจากการเทียบเคียงกันได้ของคุณลักษณะ และระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด และดัชนีมวลกาย อีก 31 คนซึ่งได้รับเอกสารการดูแลตนเองแบบองค์รวมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และโปรแกรมสุขภาพตามปกติ

2.2 การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ และแผนที่กำหนดไว้ เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ 12 สัปดาห์ละ 1 วัน รวม 108 ชั่วโมง ประเมินผล ก่อน-หลัง และระหว่างอบรมด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ในประเด็นต่อไปนี้ คือ ด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ด้านการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งด้านความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ประกอบด้วยความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น 38 ข้อ ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(Validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 ค่าความยากอยู่ระหว่าง 0.21 - 0.54 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.21 - 0.70 ค่าความเที่ยง(Reliability) ได้ค่าความสอดคล้องภายใน(Chronbach's alpha) เท่ากับ 0.81

แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ประกอบด้วยทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(Validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0 การวิเคราะห์ปัจจัยด้วยการสำรวจ(exploratory factor analysis) แบ่งเป็น ทัศนคติเชิงบวก และเชิงลบได้ค่า Eigen value > 1 ค่าความแปรปรวนเท่ากับ 0.71 ค่าความเที่ยง(Reliability) ได้ค่าความสอดคล้องภายใน(Chronbach's alpha) เท่ากับ 0.81

แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ประกอบด้วยความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อตามลำดับ ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(Validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0 การวิเคราะห์ปัจจัยด้วยการสำรวจ(exploratory factor analysis) แบ่งเป็น พฤติกรรมปฏิบัติเชิงบวก และเชิงลบได้ค่า Eigen

value>1 ค่าความแปรปรวนเท่ากับ 0.71 ค่าความเที่ยง(reliability) ได้ค่าความสอดคล้องภายใน (Chronbach's alpha) เท่ากับ 0.83

แบบตรวจร่างกายวัดสุขภาพกาย และสัมภาษณ์การใช้ยาทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีการตรวจสอบคุณภาพของแบบตรวจสุขภาพกาย วิเคราะห์หาความตรง(validity)ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ได้เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์หาความเที่ยง(reliability)ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.88

แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยวัดอารมณ์โดยรวม ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีการตรวจสอบคุณภาพของแบบตรวจสุขภาพกาย วิเคราะห์หาความตรง(validity)ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(index of consistency:IOC) ได้เท่ากับ 1.0 การวิเคราะห์ปัจจัยด้วยการสำรวจ(exploratory factor analysis) แบ่งเป็น อารมณ์เชิงบวก และเชิงลบได้ค่า Eigen value>1 ค่าความแปรปรวนเท่ากับ 0.70 ค่าความเที่ยง(reliability) ได้ค่าความสอดคล้องภายใน (Chronbach's alpha) เท่ากับ 0.86

แบบสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพสังคม จิตวิญญาณ ทำการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0

แบบสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับทัศนคติ และพฤติกรรม การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0

แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทดสอบก่อน และหลัง เข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้โปรแกรมSPSS for Window ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test และค่า Chi-Square test ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินการโดย การรวบรวมข้อมูล ทำการสรุป และจัดกลุ่มข้อมูล

ระยะที่3 การศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบ โรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ดำเนินการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจากแบบสัมภาษณ์ปัจจัย และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมกลางการอบรมทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หลังเข้าร่วมกิจกรรมวิเคราะห์ผลการดำเนินการโดย การรวบรวมข้อมูล ทำการสรุป และจัดกลุ่มข้อมูล

ระยะที่4 การพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

4.1 ประมวลผล และสรุปผลการดำเนินการวิจัยในระยะเวลาต่างๆที่ผ่านมาเป็นคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

4.2 ตรวจสอบคุณภาพของคู่มือการจัดกิจกรรมดังกล่าว และรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ อาสาสมัครสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นักการศึกษานอกระบบ จำนวน 23 ท่าน โดยใช้เครื่องมือในการศึกษาวิจัย ดังนี้ คือ

แบบสอบถามด้วยตนเองเกี่ยวกับคุณภาพการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามค่าความตรง(validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.0

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยใช้โปรแกรมSPSS for Window ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินการโดย การรวบรวมข้อมูล ทำการสรุป และจัดกลุ่มข้อมูล

ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาการพัฒนาแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีดังนี้

1.1 การศึกษาสภาพทั่วไป และสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัมปฐมภูมิ จากการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร สรุปได้ว่า ปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานยังเป็นปัญหาสำคัญของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัมปฐมภูมิ อีกทั้งยังขาดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เปลี่ยนแปลงได้ของโรคหัวใจและหลอดเลือดอันเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน จากการสำรวจผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัมปฐมภูมิจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จำนวน 328 คน พบว่า คุณลักษณะของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัมปฐมภูมิเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีวัยอยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ยประมาณ 50 ปี นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาโดยจบเพียงระดับประถมศึกษาในอัตราร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 65 และไม่พบผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม หรือไม่ได้ประกอบอาชีพโดยมีอัตราของการมีอาชีพเกษตรกรกรรม ประมาณร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 40 รายได้เฉลี่ยประมาณ 3000 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียงกับรายจ่ายประมาณร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 70 และไม่พบผู้ที่มีรายได้พอเพียงและเหลือเก็บ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง จังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด พบ ร้อยละ 15.9 15.6 18.9 และ 15.0 ตามลำดับ การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงบวกส่วนใหญ่แทบไม่ได้ปฏิบัติ ถึงปฏิบัติบางครั้ง บางวัน หรือบางสัปดาห์ ส่วนการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงลบส่วนใหญ่กลับมีการปฏิบัติบางครั้ง บางวัน หรือบางสัปดาห์ ถึงปฏิบัติบ่อยแทบทุกครั้ง ทุกวัน หรือ ทุกสัปดาห์ ทั้งนี้จากทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงบวกส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นด้วยน้อย แต่ทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเชิงลบส่วนใหญ่กลับเห็นด้วยปานกลาง ถึงมาก รวมทั้งความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมได้คะแนนความรู้เฉลี่ยประมาณร้อยละ 30

1.2 ผลการวิเคราะห์ หลักการ แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาในการแก้ไขสภาพปัญหาและเหมาะสม

ผู้วิจัยได้จำแนกหลักการ แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ เป็น 2 กลุ่ม คือ หลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการจัดกิจกรรม และหลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรม

1.2.1 หลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการจัดกิจกรรม จากการกำหนดวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่าการจัดกิจกรรมควรเน้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม และเสริมด้วยการให้ความรู้ ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกการจัดกิจกรรมเพื่อการ

เปลี่ยนแปลงทัศนคติตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ Taylor(2009)ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ

1. ประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตอันก่อให้เกิดทัศนคติ ซึ่งทัศนคติดังกล่าวเป็นปัจจัยทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ขั้นตอนของกระบวนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วย เหตุการณ์กระตุ้น หรือวิกฤติเทียม การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเสนอข้อสมมุติฐานใหม่ และการสำรวจข้อเสนอสมมุติฐานใหม่

3. การสนทนา เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งผู้วิจัยได้เลือกการสนทนาแบบที่เลี้ยงแนะนำ

4. ความสัมพันธ์ที่แท้จริง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เอื้อให้เกิดการสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการทบทวน สำรวจสมมุติฐานของตนเองกับผู้อื่น และสมมุติฐานใหม่

5. ความเป็นองค์รวมของการจัดการด้านอารมณ์ และเหตุผล เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากบางคนอาจเปลี่ยนแปลงทัศนคติจากเหตุผล บางคนอาจเปลี่ยนแปลงทัศนคติจากอารมณ์ บางคนอาจใช้ทั้งสองอย่างในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

6. การตระหนักรู้ในบริบท การเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ขัดกับบริบทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะทำได้ยากหากมีความรู้ความเข้าใจในบริบทของผู้เข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมที่จัดทำให้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกิดได้อย่างแท้จริง

ส่วนการเสริมการให้ความรู้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองตามรูปแบบของ Garrison (1997) ซึ่งเป็นการบูรณาการการบริหารจัดการภายนอกอันเป็นบริบทของการควบคุมร่วมกับกับการติดตามภายใน เกิดการตระหนักรู้ความรับผิดชอบด้วยตนเอง และเป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นภายในจากการให้ความสำคัญของงาน ทั้งหมดเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ และบริบทของการศึกษา ดังนั้นผู้เรียนจะถูกกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบส่วนบุคคล และมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามตนเอง บริหารจัดการตนเองในกระบวนการเรียนรู้ การปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการเริ่มจากบุคคลมีแรงจูงใจเกิดขึ้นภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการตนเองหรือการควบคุมตนเองในการกระทำการเรียนรู้ และมีความรับผิดชอบในการติดตามผลการเรียนรู้ของตนเองควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับตนเองจนเกิด

พฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมาย ดำเนินวิธีการ และทรัพยากรการเรียนรู้ด้วยตนเอง

หลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยสังเคราะห์โดยนำรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของบูน (Boone, 1992) วิเคราะห์ร่วมกับรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของBrundage & MacKeracher (1980) และ Tyler (1986) โดยการใช้รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของบูน(Boone, 1992)เป็นหลักสามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมเนื่องจากการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการต้องการความยืดหยุ่นในรูปแบบ ประกอบด้วย

การวางแผน ได้แก่ การประเมินความสภาพทั่วไป สภาพปัญหาและกำหนดวัตถุประสงค์ การวางแผนประเมินผล การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการศึกษา พิจารณาจากความต้องการและความสนใจของผู้เรียน สภาพชีวิตของผู้เรียนในด้านต่างๆ และจากแนวคิด ทฤษฎี หลักการ หรือข้อเท็จจริงด้านเนื้อหา

การออกแบบ ได้แก่ การออกแบบกิจกรรมด้วยการกำหนดเนื้อหา การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ ควรทำให้ผู้เรียนมีโอกาสฝึกฝนและนำไปใช้จริงได้ เกิดความพึงพอใจทำให้มีปฏิริยาโต้ตอบ และการเลือกศึกษาพื้นที่บริบท สภาพชีวิตของผู้เรียน

การดำเนินการ ได้แก่ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ตามที่ได้ออกแบบ จัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับกลุ่ม ตัวบุคคล การใช้ทรัพยากรการเรียนรู้ในชุมชนที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมชี้แนะแนวทางความร่วมมือร่วมใจ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้จะต้องมีความต่อเนื่องสามารถบูรณาการได้ โดยจัดทั้งรูปแบบของการให้ข้อมูล ความรู้ แนวคิด ค่านิยม และทักษะได้

การประเมินผล ได้แก่ การประเมินผลการเรียนรู้ โดยประเมินจากการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม การเลือกและออกแบบวิธีสำหรับรวบรวมข้อมูลหลักฐาน การกำหนดตัวอย่าง

การตรวจสอบผล ได้แก่ ระบุสถานการณ์ที่ทำให้ผู้เรียนสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้

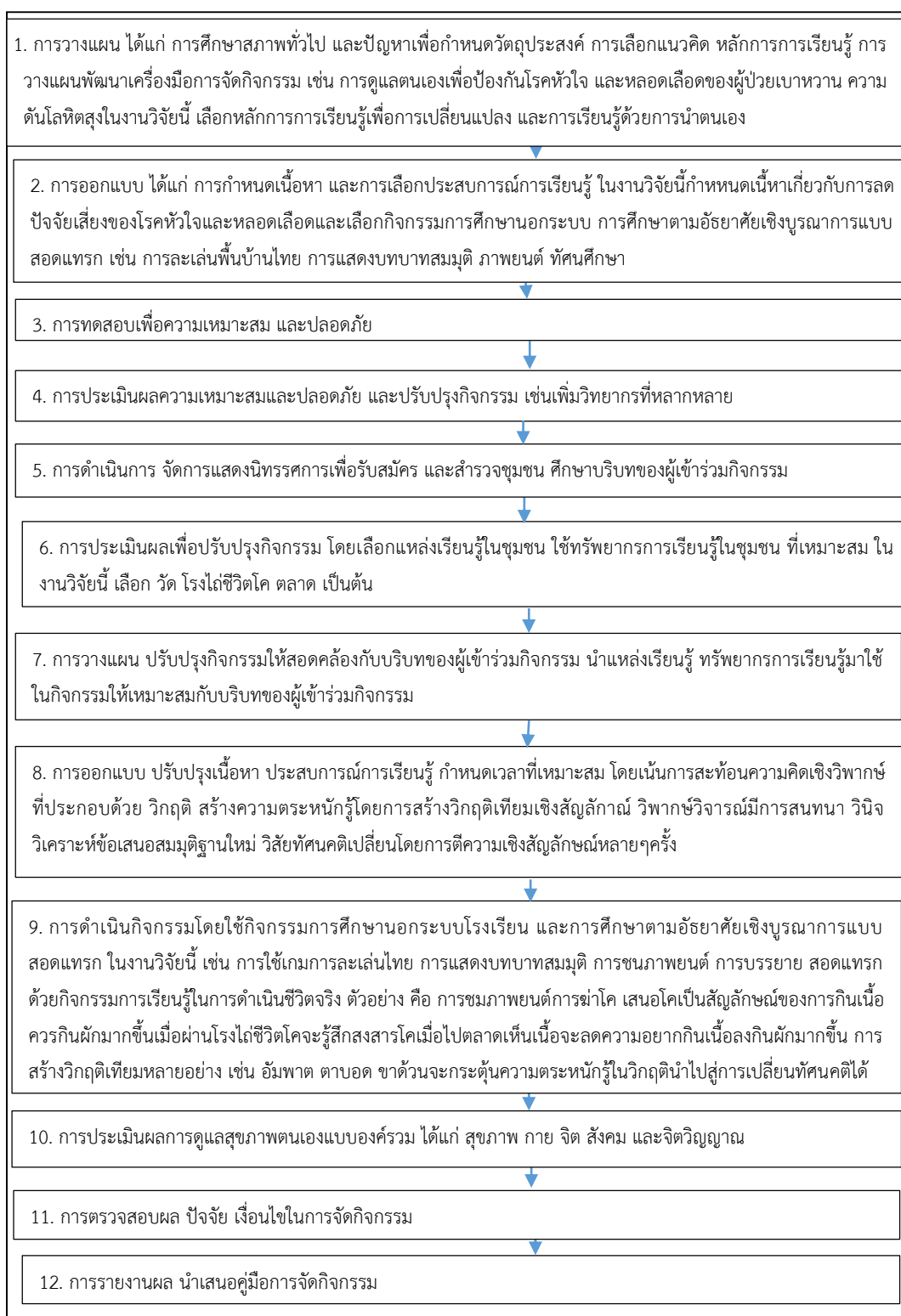
การรายงานผล ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การสรุป การนำเสนอผล

1.4 ผลการทดสอบ(try-out study) เป็นการตรวจสอบคุณภาพ เพื่อความปลอดภัย และความเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ โดยลองทดลองใช้กับบุคคลที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย 7 คน พบว่าด้านเนื้อหาได้ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ด้านการจัดกิจกรรมได้ความพึงพอใจในระดับมาก ด้านวิทยากรได้ความพึงพอใจในระดับปานกลาง จึงได้ปรับปรุงกิจกรรมโดยเพิ่มวิทยากร 2 ท่าน คือ

นักกีฬาทีมชาติ และศิลปินตาบอด นอกจากวิทยากรที่เป็นแพทย์เพียงท่านเดียวอาจมีความเป็นทางการทำให้การสร้างบรรยากาศและถ่ายทอดความรู้ อาจเป็นทางการเกินไป ผู้วิจัยพิจารณาว่าควรมีวิทยากรร่วมที่มีใช้ผู้ให้บริการสุขภาพแต่เป็นผู้รับบริการสุขภาพ หรือชาวบ้านเพื่อที่จะเข้าใจความรู้สึกและสร้างบรรยากาศ ถ่ายทอดความรู้ที่ไม่เป็นทางการเพิ่มขึ้น

1.5 ผลการเลือกพื้นที่ศึกษา รับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม และศึกษาภาคสนามในบริบทของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยได้เลือกหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ พุทธบูชาคลินิกที่จัดตั้งขึ้นโดยพระ และจิตกุศลของแพทย์เพื่อบริการประชาชนในชุมชน ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ คือ การจัดนิทรรศการในการรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม จากการศึกษาภาคสนามของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เลือกแหล่งเรียนรู้ในชุมชนในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ สถานที่เลี้ยงโคที่ได้รับบริการไถ่ชีวิต ตลาดนัดชุมชน วัดที่มีการเก็บร่าง หรือศพสำหรับการศึกษาดำเนินชีวิต

1.6 ผลการสังเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยสมบูรณ์ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบของบูน(Boone, 1992) ประกอบด้วย การวางแผน การออกแบบ การดำเนินการ การประเมินผล การตรวจสอบผล และการรายงานผล กระบวนการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน แสดงได้ดังนี้



ภาพที่ 17 แสดงรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม

2. ผลการศึกษาการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยเลือกระเบียบวิธีวิจัย คือ การวิจัยเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่มประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มประชากร คือ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด และเลือกกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจจากการจัดนิทรรศการ แล้วคัดเลือกกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองโดยกลุ่มควบคุมจะได้รับเอกสารการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกับสุขศึกษาตามปกติ ผลของคุณลักษณะพื้นฐานมีดังนี้

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ศาสนา ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม เปรียบเทียบกันได้ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p>0.05$) เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม เปรียบเทียบกันได้ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p>0.05$) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบความรู้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกัน พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นแต่กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.05$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม เปรียบเทียบกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$)โดยที่กลุ่มทดลองมีทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกันหลังการทดลอง พบว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.05$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่อพิจารณาสุขภาพกาย ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายรวมทั้งสุขภาพจิตก่อนการทดลอง เปรียบเทียบกันได้ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p>0.05$) แต่เมื่อพิจารณาสุขภาพกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกัน หลังการทดลอง พบว่า ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองมีขนาดลดลง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีความเปลี่ยนแปลง ส่วนเมื่อพิจารณาสุขภาพกาย ได้แก่ ความดัน

โลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกัน หลังการทดลอง พบว่า ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดของกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p > 0.05$)เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอารมณ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเปรียบเทียบกันไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} > 0.05$) ทั้งอารมณ์เชิงบวก และอารมณ์เชิงลบ และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอารมณ์โดยรวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเปรียบเทียบกันหลังการทดลอง พบว่า อารมณ์เชิงบวก และอารมณ์เชิงลบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีอารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น และอารมณ์เชิงลบลดลง ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง

3. ผลการศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขของการใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีรายละเอียด ดังนี้

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เป็นการจัดกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบตามรูปแบบที่มีขั้นตอน คือ การวางแผน การออกแบบ การดำเนินการ การประเมินผล และการตรวจสอบผล โดยแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กันบนพื้นฐานแนวคิดการศึกษานอกระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัย การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง สุขภาพองค์รวม และการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรม จึงมีความเหมาะสม โดยสร้างวิกฤติเทียมโดยนำกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติจำลองเหตุการณ์ เกมที่ประยุกต์การเล่นไทยมาเป็นเกมทำให้มีความสุข บรรยากาศการเรียนรู้ไม่เคร่งเครียด สะท้อนให้เห็นถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่ชัดเจน กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมด้วยการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลที่หลากหลาย ใช้แหล่งเรียนรู้ในชุมชน ทดลองปฏิบัติ ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจ และสามารถเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ที่ทำให้เกิดการสะท้อนความคิดตีความจึงเป็นปัจจัยของการจัดกิจกรรมให้สำเร็จ

เนื้อหาสาระของกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดขึ้นมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยเน้นการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีความเชื่อมโยงของสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ จึงมีเนื้อหาสาระที่ครอบคลุม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง ดังนั้น เนื้อหาสาระจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประสบผลสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์

ความร่วมมือของชุมชนในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชาวบ้าน ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีสิ่งสำคัญคือความเคารพ พร้อมทั้งมีเมตตาจิตทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนทัศนคติ มีแรงบันดาลใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งในการจัดกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ

เงื่อนไขที่ทำให้การจัดกิจกรรมประสบผลสำเร็จควรกำหนดเวลาการจัดกิจกรรมสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่เสียเวลาเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต และมีวัตถุประสงค์ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ปัญหาด้านเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมจึงเป็นสิ่งที่ต้องตระหนัก ควรจัดเวลาให้สอดคล้องกับการดำรงชีพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้นการกำหนดเวลา การใช้สถานที่ และการใช้ทรัพยากร แหล่งเรียนรู้ที่ไม่ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเสียเวลาในการประกอบอาชีพ ๗ เป็นเงื่อนไขสำคัญในการจัดกิจกรรมให้สำเร็จ

เงื่อนไขที่ทำให้การจัดกิจกรรมประสบผลสำเร็จควรกำหนดเวลาการจัดกิจกรรมสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่เสียเวลาเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต และมีวัตถุประสงค์ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

4. ผลการพัฒนาคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิ พบว่า รูปแบบ และคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิได้รับการประเมินในระดับดีถึงดีมาก

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบของบูน (Boone, 1992) ประกอบด้วย การวางแผน การออกแบบ การดำเนินการ การประเมินผล การตรวจสอบผล และการรายงานผล เป็น 4 ระยะ 12 ขั้นตอน มีรายละเอียด และแสดงภาพได้ ดังนี้

ระยะเตรียมการ หรือระดับมหภาค ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ คือ ขั้นตอนการวางแผน ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์ตามสภาพปัญหา การวางแผนสร้างเครื่องมือวิจัย และการประเมินผล การเลือกหลักการ แนวคิดหรือทฤษฎีการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการออกแบบ ได้แก่ การกำหนดเนื้อหา การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ ขั้นตอนการดำเนินการ ได้แก่ ทดสอบเพื่อความเหมาะสม และปลอดภัย ขั้นตอนการประเมินผลเพื่อปรับปรุงประสบการณ์การเรียนรู้ หรือกิจกรรม เป็นภาพกว้างตามสภาพปัญหา

ระยะการรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม และศึกษาบริบท พื้นที่ดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ คือ การดำเนินการ ได้แก่ การแสดงนิทรรศการเพื่อรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม และสำรวจชุมชนเพื่อศึกษาบริบทของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และทรัพยากรการเรียนรู้ ขั้นตอนการประเมินผลเพื่อปรับปรุงประสบการณ์การเรียนรู้ หรือกิจกรรม และเลือกทรัพยากรการเรียนรู้ในชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตแตกต่างกันไปแต่ละชุมชน แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

ระยะการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ คือ ขั้นตอนการวางแผน ได้แก่ การนำข้อมูลที่ได้จากระยะการเตรียมการ และการรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม และศึกษาบริบท พื้นที่ดำเนินกิจกรรมมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนในการดำเนินกิจกรรม กำหนดระยะเวลาการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการออกแบบ ได้แก่ การออกแบบกำหนดนัดหมายเวลาดำเนินการจัดกิจกรรม การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม การกำหนดเนื้อหา การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ ขั้นตอนการดำเนินการจัดกิจกรรมเชิงบูรณาการด้วยกิจกรรมการศึกษานอกระบบเป็นหลักสอดแทรกด้วยกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยด้วยหลักการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่เน้นการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วย วิกฤติ(dilemma) วิพากษ์วิจารณ์(dialog/discourse) วินิจวิเคราะห์(determine premise) วิสัยเปลี่ยนทัศนคติเปลี่ยน(diversify attitude) ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับบริบท หรือวิถีชีวิต ขั้นตอนการประเมินผลการจัดกิจกรรม ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม สุขภาพจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะขยายผล ประกอบด้วย ขั้นตอนการตรวจสอบผล ได้แก่ การประเมินความพึงพอใจ อุปสรรคปัญหา เงื่อนไข สิ่งที่ต้องอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมให้สำเร็จ ขั้นตอนการรายงานผล ได้แก่ การจัดทำคู่มือการจัดกิจกรรม การเผยแพร่การจัดกิจกรรม



ภาพที่ 17 แสดงรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ พบว่ารูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบของบูน(Boone, 1992)มีความเหมาะสมมากที่สุดเนื่องจากมีความยืดหยุ่นมากสามารถปรับใช้ได้กับรูปแบบกิจกรรม และรูปแบบโปรแกรมต่างๆได้ ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่ามีความเหมาะสมกับการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 1)การวางแผน 2)การออกแบบ 3)การดำเนินการ 4)การประเมินผล 5)การตรวจสอบผล 6)การรายงานผล จากรูปแบบดังกล่าวผู้วิจัยได้สังเคราะห์เป็น 3 ระยะ คือ 1)การเตรียมการ 2)การรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรมและศึกษาบริบท 3)การดำเนินกิจกรรม รูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทิตินา แคมมณี (2551) ที่กล่าวว่า สาระสำคัญที่เป็นหลักสำคัญของรูปแบบ 4 ประการ คือ หลักการหรือทฤษฎีของรูปแบบ วัตถุประสงค์ของรูปแบบ กระบวนการของรูปแบบ และผลที่จะได้รับจากการใช้รูปแบบ รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พัฒนาขึ้นมีความยืดหยุ่นอันเป็นจุดเด่นของรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนของบูน(Boone, 1992) สามารถนำไปใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพะอื่นๆที่แตกต่างกันไป เช่น หากสภาพปัญหา คือปัญหาอุบัติเหตุ ในการกำหนดเป็นปัญหาระดับมหภาค สามารถดำเนินการได้ตามขั้นตอนเช่นเดียวกัน ในระดับจุลภาค หรือชุมชน อาจมีความแตกต่างกันระหว่างชุมชนเมือง หรือชุมชนชนบทที่สภาพการจราจรแตกต่างกัน การใช้รถยนต์ จักรยานยนต์ จักรยาน การเดินเท้ามีความแตกต่างกัน พฤติกรรมการใช้รถใช้รถแตกต่างกัน ดังนั้นกิจกรรมที่จัดขึ้นในแต่ละชุมชนอาจแตกต่างกัน ในขั้นดำเนินการอาจเน้นกิจกรรมที่แตกต่างกัน เช่น การลดการดื่มสุรา เมมาแล้วขับ การสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติตามกฎจราจร เป็นต้น โดยที่ความยืดหยุ่นและความสอดคล้องกับวิถีชุมชนนี้มีความสำคัญในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพะสอดคล้องกับ โภมาทร จิงเสถียรสุข(2550) ที่กล่าวว่า การบริการสุขภาพ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพควรมีความเป็นองค์รวม และสอดคล้องกับวิถีชุมชน

รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีรายละเอียด ดังนี้

หลักการ หรือทฤษฎีที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

จากการกำหนดวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกการจัดกิจกรรม

การศึกษาตามแนวความคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ Taylor (2009)ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ

1. ประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรม การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระคัมภีร์ต้องมีประสบการณ์ หรือเป็นผู้ใหญ่ ที่มีทัศนคติอยู่แล้วสอดคล้องกับ Mezirow (1997) ที่กล่าวว่าทัศนคติหรือมุมมองความหมาย เกิดจากการผ่านเหตุการณ์ หรือประสบการณ์นั้นแล้วสร้างเป็นสัญลักษณ์(symbol)โดยเหตุการณ์นั้น อาจเป็นความรุนแรงที่จะกระตุ้นให้เกิดมุมมองความหมาย(quality) หรือ การผ่านเหตุการณ์นั้น บ่อยๆซ้ำแล้วซ้ำอีก(quantity)แล้วสร้างเป็นทัศนคติ หรือมุมมองความหมาย และสอดคล้องกับ Cranton (1994)ที่กล่าวว่า ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นสื่อกลางอย่างแรกของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ประกอบด้วยประสบการณ์อะไรที่แต่ละคนนำมา(ประสบการณ์ก่อนหน้า)กับ ประสบการณ์อะไรในชั้นเรียนที่ผู้เรียนได้รับ

2. การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดตามแนวความคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ขั้นตอนของกระบวนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วย 1)การสร้างวิกฤติเทียม หรือเหตุการณ์กระตุ้น 2)การสนทนา 3)การเสนอข้อเสนอ สมมุติฐานใหม่(premise) 4)การสำรวจตนเอง(exploration) ในขั้นตอนการสร้างวิกฤติเทียม หรือ จำลองสถานการณ์วิกฤติ หรือ เหตุการณ์กระตุ้น เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญอันนำไปสู่ขั้นตอนอื่นๆซึ่ง สอดคล้องกับ Mezirow (1991) ที่กล่าวว่าขั้นตอนความสับสนในปัญหา หรือวิกฤติ และการสร้างความตระหนักในปัญหา หรือวิกฤติ(disoriented of dilemma) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญนำไปสู่ ขั้นตอนอื่นๆ ส่วนขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง คือ การเสนอข้อสมมุติฐานใหม่ หรือทัศนคติใหม่ (premise) และการสำรวจ หรือทบทวนข้อเสนอสมมุติฐานใหม่(premise exploration)จำเป็นต้องมี เพื่อให้เกิดสมมุติฐานใหม่ หรือทัศนคติใหม่ หากไม่มีการเสนอ และทบทวนสำรวจข้อเสนอสมมุติฐาน ใหม่ก็จะไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติใหม่ สอดคล้องกับ Mezirow (1997) ที่กล่าวว่า การทำให้เกิด ทัศนคติใหม่ หรือมุมมองความหมายใหม่จำเป็นต้องมีการนำเสนอข้อเสนอสมมุติฐานใหม่แล้วมีการ เปรียบเทียบกับสมมุติฐานเดิม มุมมองความหมายเดิม หรือทัศนคติเดิม หากมีการยอมรับข้อเสนอ สมมุติฐานใหม่(premise)ก็เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หากไม่ยอมรับก็ไม่เปลี่ยนแปลงทัศนคติ และ สอดคล้องกับ Cranton (1994) ที่กล่าวว่า การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์เป็นคุณลักษณะเด่นของ การเรียนรู้ของผู้ใหญ่อันอ้างถึงการตั้งคำถามอย่างลึกซึ้งถึงข้อขัดแย้งในสมมุติฐาน ความเชื่อที่อยู่บน ฐานของประสบการณ์ บ่อยครั้งที่เกิดขึ้นทันทีในการตอบสนองต่อการตระหนักรู้ของความคิด หรือ อารมณ์ที่ขัดแย้ง และการกระทำหลายครั้งหลายหนที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือ มุมมองความหมาย

3. การสนทนา เป็นองค์ประกอบที่จัดเป็นกิจกรรมที่เป็นสื่อกลางทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการแลกเปลี่ยนทัศนคติสอดคล้องกับ Cranton (1994) ที่กล่าวว่าการสนทนาเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริม และพัฒนาการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามการสนทนานี้ต่างจากการสนทนาในชีวิตประจำวัน การสนทนาในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ใช้บ่อยคือการสนทนาเมื่อมีเหตุผลของคำถามที่ตั้งใจได้เข้าใจ มีความจริง สอดคล้องกับบริบท แสดงถึงความสัมพันธ์ที่แท้จริง ผู้เรียนมีความเชื่อถือในการสนทนานั้น

4. ความสัมพันธ์ที่แท้จริง เป็นองค์ประกอบที่สร้างบรรยากาศซึ่งเอื้อให้เกิดการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการทบทวน สืบหาสมมุติฐานของตนเองกับผู้อื่น และสมมุติฐานใหม่สอดคล้องกับ Dirkx (1998) ที่กล่าวว่าการสร้างความสัมพันธ์ที่แท้จริงจะสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ยั่งยืนในชั้นเรียนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เชิงบวก และสร้างสรรค์

5. ความเป็นองค์รวมของการจัดการด้านอารมณ์ และเหตุผล ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงควรมีทั้งการจัดการด้านอารมณ์ และเหตุผล เนื่องจากบางคนอาจเปลี่ยนแปลงทัศนคติจากเหตุผลสอดคล้องกับ Mezirow (1991) ที่กล่าวว่ามันจะเปลี่ยนแปลงสมมุติฐานไปสู่สมมุติฐานใหม่ด้วยเหตุผล (rational transformation) ในขณะที่บางคนเปลี่ยนทัศนคติด้วยเหตุผล สอดคล้องกับ Boyd (1989) ที่กล่าวว่าการอารมณ์ทำให้มนุษย์เปลี่ยนแปลงสมมุติฐาน (emotional transformation) และสอดคล้องกับ O'sullivan (1999) ที่กล่าวว่าเป็นองค์รวมของอารมณ์ และเหตุผลสนับสนุนให้ผู้เรียนเรียนรู้อีกทางด้านอารมณ์ หรือเหตุผล มีบางงานวิจัยที่แสดงว่าการใช้วาจาธรรมด้วยเหตุผล หรือการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ไม่เพียงพอที่จะทำให้การเปลี่ยนทัศนคติได้อย่างยั่งยืน บทบาทด้านอารมณ์มีส่วนสำคัญด้วย ดังนั้นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ประกอบด้วยทั้งสองส่วนอย่างเป็นองค์รวมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติบางครั้งเราแยกทัศนคติไม่ออก ระหว่างเหตุผล หรืออารมณ์ เช่น อาหารอร่อย อาจเป็นคุณค่าทางอาหารซึ่งเป็นเหตุผล หรือรสชาติซึ่งเป็นอารมณ์ จะเห็นได้ว่าแยกจากกันยาก

6. การตระหนักรู้ในบริบท เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากทำให้รู้ปัจจัยพื้นฐาน หรือสมมุติฐานเบื้องหลังของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทำให้จัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Mezirow (1991) ที่กล่าวว่าคุณค่าได้ผ่านการเรียนรู้ หรือเหตุการณ์ต่างแล้ว แปลความ ตีความ ให้ค่าความหมาย เป็นสัญลักษณ์ (symbol) หากการแปลความ ตีความ ให้ค่าความหมายกับสัญลักษณ์นั้น เหมือนเดิมบ่อยๆ ก็จะแปรเปลี่ยนสัญญาณ (sign) ซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนทัศนคตินั้นได้ยาก ดังนั้นเราจึงควรแยกแยะระหว่างสัญญาณกับสัญลักษณ์แต่เราควรคำนึงถึงสัญญาณในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เช่น สัญญาณไฟจราจร เขียวไปได้ แดงให้หยุด เราไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้แต่เราสามารถเปลี่ยนทัศนคติ

คนขับรถเพื่อป้องกันอุบัติเหตุให้เคารพกฎจราจรเมื่อเห็นไฟเหลืองต้องชะลอ ไฟแดงต้องหยุด ภายใต้บริบทหรือกฎจราจรที่ไฟแดงต้องหยุด เป็นต้น และสอดคล้องกับ Scott (1997) ที่กล่าวว่าความตระหนักรู้ในบริบทเมื่อจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงให้ยั่งยืนจะพัฒนาความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และซาบซึ้งในปัจจุบันเกี่ยวกับบุคคล สังคม วัฒนธรรมที่มีบทบาท และอิทธิพลมากในกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงสิ่งแวดล้อม บรรยากาศ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีในระหว่างการเรียนรู้ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ก่อนหน้าของผู้เรียน งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนอาจใช้เวลาโดยเฉพาะเมื่อพยายามเปลี่ยนทัศนคติของผู้เรียนทุกคนให้มีทัศนคติตรงกันเป็นกรยากที่จะกำหนดเวลาให้ผู้เรียนเปลี่ยนทัศนคติตามเวลาที่กำหนด บางครั้งผู้เรียนอาจจะเปลี่ยนทัศนคติเมื่อชั้นเรียนเลิกแล้ว ดังนั้นการตระหนักรู้ในบริบทจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงแม้ชั้นเรียนเลิกแล้ว ผู้เรียนอาจเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต หรือบริบทของผู้เรียนเอง

นอกจากวัตถุประสงค์ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพแล้ว การเสริมสร้างความรู้ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นความสนใจหนึ่งของผู้เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกแนวทางการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมาจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นการเรียนรู้ในแต่ละสถานการณ์ ผู้เรียนจะเป็นผู้คิดริเริ่มวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ของตนเอง ระบุวัตถุประสงค์ และกำหนดแผนการเรียนรู้ รวมทั้งประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้เรียนควรเริ่มต้นด้วยการได้รับบรรยากาศสำหรับการแสวงหาคำตอบร่วมกันระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง (mutual inquiry) ซึ่งมีลักษณะ คือ บรรยากาศที่อบอุ่น บรรยากาศของการให้ความเคารพซึ่งกันและกัน บรรยากาศของการนำไปสู่การสนทนา บรรยากาศที่ทำให้ผู้เรียนรู้สามารถเข้าถึงบทบาทของตนเอง บรรยากาศของการไวใจซึ่งกันและกัน ผู้สอนเป็นผู้กระตุ้นเสริมแรงให้เกิดการเรียนรู้ในผู้เรียนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ใช้แหล่งทรัพยากรการเรียนรู้เป็นทรัพยากร หรือแหล่งการเรียนรู้ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่จัดขึ้นเพื่อสนองตอบความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน แหล่งการเรียนรู้ หรือทรัพยากรการเรียนรู้มีอยู่มากมาย เช่น วารสาร หนังสือ หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ รูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ คือ การบูรณาการการบริหารจัดการภายนอกเป็นบริบทของการควบคุมคู่กับการติดตามภายใน การตระหนักรู้ความรับผิดชอบด้วยตนเอง และแรงจูงใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ และบริบทของการศึกษา ผู้เรียนจะถูกกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบส่วนบุคคล และมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามตนเอง บริหารจัดการตนเองในกระบวนการเรียนรู้ การปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น กระบวนการเริ่มจากบุคคลมีแรงจูงใจเกิดขึ้นภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการตนเอง หรือการควบคุมตนเองในการกระทำการเรียนรู้ และมีความรับผิดชอบในการติดตามผลการเรียนรู้ของตนเองควบคู่ไปกับการ

ปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับตนเองจนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง สิ่งสำคัญในกระบวนการการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญเป็นพิเศษ คือ การสร้างแรงจูงใจในเหตุการณ์ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันเนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัยนี้เป็นประชากรที่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจที่ด้อย การวางแผนออกแบบการเรียนรู้ การกำหนดทรัพยากรการเรียนรู้อาจทำได้ยาก ผู้วิจัยวิเคราะห์แล้วว่าการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้แล้วเสริมด้วยทรัพยากรบางอย่างที่จัดให้จะประสพผลสำเร็จมากกว่า สอดคล้องกับ Candy(1991) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองจะเกิดได้ในระดับสูงในสิ่งที่ผู้เรียนคุ้นเคย มีประสบการณ์เดิมมาก่อน หรือใกล้เคียงกับประสบการณ์เดิม เช่นผู้เรียนที่ใช้ภาษาอิตาเลียนอยากเรียนรู้ด้วยกานำตนเองในภาษาสเปน หรือผู้เล่นรักบี้อยากเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเล่นฟุตบอล การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นทิศทางของตนเอง ประกอบด้วย 4 มิติ คือ การมีอิสระดูแลตนเอง(self-autonomy) การจัดการตนเอง(self-management) ผู้เรียนควบคุมตนเอง และบริบททางสังคมตามธรรมชาติ (autodidaxy)

รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยการดูแลตนเองเมื่อไม่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือร่างกายแข็งแรง และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การรับประทานยาตามความจำเป็น การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การไปพบแพทย์ตามนัดการตรวจ โดยการเปลี่ยนทัศนคติร่วมกับการเสริมความรู้ จากผลการประเมินก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วมกิจกรรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($P\text{-value}>0.05$) แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม 12 สัปดาห์ 108 ชั่วโมงกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ส่วนทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม 12 สัปดาห์ 108 ชั่วโมงกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับ Kitchenham (2008) ที่กล่าวว่า การนำทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมาใช้ในบริการสุขภาพจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเชื่อมต่อกับความรู้ใหม่ ข้อมูลใหม่ที่กระบวนการให้เข้ากับมุมมองความหมายเดิม และเป็นการเปิดชุดความคิด หรือโลกทัศน์ที่มีอยู่ให้กว้างขึ้น และสอดคล้องกับ Dirkx (2006) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนความเชื่อ หรือชุดความคิดเดิมที่มีอยู่ โดยการใช้วาท

กรรม หรือการสนทนา และการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ อันที่จริงแล้วการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต้องการการเปลี่ยนแปลงทัศนคติอันนำไปสู่การปฏิบัติโดยผู้เรียนเปิดมุมมองความหมายโลกทัศน์ที่กว้างขึ้นโดยการพัฒนาทักษะอย่างอิสระด้วยตนเอง ดังนั้นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงสามารถเกี่ยวข้องในหลายๆศาสตร์ เช่น จิตวิทยาญาณ รัฐศาสตร์ การเมือง การเรียนรู้เพื่อความเป็นไท หรือการพัฒนาในด้านต่างๆ การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงก็คล้ายศาสตร์ทางการศึกษาอื่นที่ต้องการเสาะหา ความรู้ใหม่, ทักษะใหม่, วิธีคิดใหม่ แต่ที่เหนือกว่าศาสตร์ทางการศึกษาอื่นที่เน้นวิธีการหาความรู้ใหม่แล้วยังปลูกให้ผู้เรียนสำรวจตนเองในมุมมองใหม่ๆ เปลี่ยนโลกทัศน์ ทัศนคติใหม่ด้วย

จากการกำหนดวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ผู้วิจัยได้พิจารณา วิเคราะห์ สังเคราะห์ กระบวนการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์อันเป็นกระบวนการที่สำคัญในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง กระบวนการที่ใช้ในการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ที่สำคัญ คือ การตระหนักในวิกฤติ การสนทนา หรือวาทกรรม การเสนอสมมติฐานใหม่ และการสำรวจตนเองจะนำไปสู่การประเมินตนเอง การเพิ่มทักษะ การเปลี่ยนบทบาท การเปลี่ยนมุมมอง ซึ่งกระบวนการนี้เป็นหัวใจในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เป็นกระบวนการในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรม การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องมีประสบการณ์ หรือเป็นผู้ใหญ่ เนื่องจากแนวคิดนี้ต้องการการคิดแบบแยกแยะ มีวิจารณญาณซึ่งเป็นการคิดที่ซับซ้อนกว่าการคิดในระดับธรรมดาต้องผ่านประสบการณ์ และพัฒนาการของสมอง สอดคล้องกับ Anderson (2001) ที่กล่าวว่า การคิดแบบมีวิจารณญาณต้องมีพัฒนาการสมองจะใช้ได้กับผู้ที่มีอายุมากกว่า 11 ปีขึ้นไป การสอนที่จะทำให้เกิดอภิปัญญา (metacognition) หรือความคิดสร้างสรรค์ต้องมีการสำรวจตนเองในสิ่งที่มีอยู่เดิมด้วยการตั้งคำถามว่า ทำไม

จากการสังเคราะห์กระบวนการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์นี้ผู้วิจัยเริ่มด้วยการสร้างวิกฤติเทียม หรือเหตุการณ์กระตุ้นเนื่องจากในงานวิจัยนี้ต้องการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนทัศนคติเป็นการป้องกันก่อนเกิดวิกฤติ คือ โรคหัวใจ และหลอดเลือด จึงได้วิเคราะห์ สังเคราะห์เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นหากมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้แก่ การเป็นอัมพาตจากเส้นเลือดสมอง หรือหัวใจอุดตัน การมองไม่เห็น การสูญเสียขาจากเส้นเลือดส่วนปลายอุดตัน หรือภาวะอ้วน เป็นกิจกรรมที่สามารถสร้างแรงจูงใจ หรือแรงบันดาลใจ (inspiration) อันเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเริ่มต้นที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติ พฤติกรรมตามหลักการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเพิ่มพูนความรู้ด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเอง การเพ็ทศกยภาพ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมด้วยหลักการการเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพโดยใช้กิจกรรมทาง

การศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นหลัก เช่น บทบาทสมมุติ เกม เป็นผู้เป็นอัมพาต เป็นต้น ซึ่งจากการใช้กิจกรรมดังกล่าวสามารถกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีความตระหนักถึงความลำบากของการเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ คีนสนีย์ ฉัตรคุปต์ (2544) ที่กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องทั้งสมองส่วนหน้า และสมองส่วนกลางโดยเฉพาะส่วนที่เรียกว่า ลิมบิก(limbic)ที่มีเส้นใยประสาทเกี่ยวข้องกันเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน การเรียนรู้จึงต่างจากการจำ หรือทักษะที่ใช้สมองส่วนหน้า สอดคล้องกับ Mezirow (1991) ที่กล่าวว่าขั้นตอนการสร้างความตระหนักในปัญหา หรือวิกฤติ(disoriented of dilemma)เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญอันนำไปสู่ขั้นตอนอื่นๆ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรมโดยประยุกต์การละเล่นไทยมาใช้ เช่น ซี่มาส่งเมือง กระต่ายขาเดียว กาฟักไข่ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในครั้งนี้เป็น การสร้างความสัมพันธ์ที่แท้จริง สร้างองค์กรร่วมแห่งเหตุผลและอารมณ์ สอดคล้องกับบริบทของผู้เข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งเป็นการอนุรักษ์การละเล่นพื้นบ้านไทยที่มีแนวโน้มจะเลือนหายไป สอดคล้องกับ ธิดา โมสิกรัตน์ (2555) ที่อธิบายรายละเอียดการละเล่นพื้นบ้านไทยว่า เป็นวิธีการผ่อนคลาย เกิดความสนุกสนาน มีอารมณ์แจ่มใสเบิกบานทำให้ลืมความเหน็ดเหนื่อย ความท้อแท้ใจ การละเล่นเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและวัฒนธรรม การละเล่น อาจเล่นเป็นเกม(game) การเล่น(play) กีฬา(sport) หรือผสมผสานกันตามโอกาสที่เล่น หรือตามภูมิภาค ตัวอย่างการละเล่นพื้นบ้านไทย เช่น กาฟักไข่ ไข่อะไรก็ได้ลักษณะกลมๆเท่าจำนวนคนเล่นยกเว้นผู้ที่เป็นกาหนึ่งคนมาสมมุติว่าเป็นไข่ จากนั้นเขียนวงกลมบนพื้นสองวง วงแรกเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณสี่ฟุต และอีกวงอยู่ข้างในวงแรก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณหนึ่งฟุตอยู่ในวงแรก วางไข่ทั้งหมดไว้ในวงกลมเล็ก ให้คนใดคนหนึ่งเป็นกานั่งล้อมวงกลมเล็ก นอกนั้นทุกคนยืนรอบวงกลมใหญ่คอยแย่งไข่ คนเป็นกามีหน้าที่ป้องกันไข่ไม่ให้ถูกแย่งไป กติกา คือ คนข้างนอกต้องแย่งไข่มาให้ได้โดยใช้แขนหรือมือเอื้อมเข้าไป แต่ห้ามนำตัวเข้าไปในวงกลมและต้องระวังไม่ให้อีกากถูกมือหรือแขนได้ด้วย หากแย่งไข่ออกมาได้หมดแล้วให้ปิดตากา แล้วนำไข่ทั้งหมดไปซ่อนเพื่อให้กาตามหาไข่ หากพบไข่ที่ผู้เล่นคนใดนำไปซ่อน ผู้นั้นจะต้องเปลี่ยนมาเป็นกาแทน งูกินหาง ให้ผู้เล่นคนหนึ่งเป็นผู้ที่คอยแย่งผู้เล่นที่เหลือเป็นงูโดยจับเอาต่อแถวกันผู้เล่นที่อยู่หัวแถวจะเป็นแม่งู จากนั้นคอยแย่งลูกงูจากแม่งูโดยร้องเพลงแม่งูเอ๋ยกินน้ำบ่อไหนประกอบไปด้วย ประโยชน์ของการเล่นงูกินหาง คือ ทำให้ผู้เล่นเกิดความสามัคคีทำงานเป็นกลุ่ม รู้จักช่วยเหลือกัน และรู้จักการต่อสู้เพื่อเอาตัวรอด เมื่อภัยมาถึงตัว นอกจากนี้ยังฝึกให้ร่างกายแข็งแรง และจิตใจเบิกบานสนุกสนานไปด้วย

การสนทนา เป็นองค์ประกอบที่จัดเป็นกิจกรรมที่ทำได้ยากหากไม่มีการตระหนักในวิกฤติ โดยเฉพาะคนไทยที่มีลักษณะนิสัยไม่ชอบแสดงความคิดเห็น การจัดกิจกรรมในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การสนทนาแบบแนะนำจากการใช้ชีวิตลักษณะเดียวกับการเป็นพี่เลี้ยง วิทยากรไม่ต้องอาศัยทักษะกระบวนการมากนัก และจะไม่ใช้การช่วงชิงการนำ หรือการ

ครอบงำ(hegemony) และมีลักษณะปลดปล่อยจากการขูดขี่จากชนชั้นทางสังคม(social class) ต่างจาก Freire (1970) และ Foucault (1970) ที่กล่าวว่าลักษณะของการสร้างรหัสคำ(coding) หรือวาทกรรม(discourse) ต้องมีการช่วงชิงการนำ(hegemony)เพื่อปลุกมโนธรรมสำนึกให้เป็นอิสระจากการถูกขูดขี่จากชนชั้นทางสังคม และต่างจาก Bohm (1990, อ้างใน ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2550) ที่กล่าวว่า สุนทรียสนทนาจะเน้นการฟังที่ลึกซึ้งให้ผู้พูดได้พูด ไม่มีการแนะนำใดๆ ทำให้ผู้พูด และผู้ฟังรู้สึกได้ด้วยตนเองในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ(contemplation) ที่อาจใช้เวลา และทักษะของวิทยากรกระบวนการ หรือกระบวนการ

ขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง คือ การเสนอข้อสมมุติฐานใหม่ หรือทัศนคติใหม่(premise) และการสำรวจ หรือทบทวนข้อเสนอสมมุติฐานใหม่(premise exploration)จำเป็นต้องมีเพื่อให้เกิดสมมุติฐานใหม่ หรือทัศนคติใหม่ หากไม่มีการเสนอ และทบทวนสำรวจข้อเสนอสมมุติฐานใหม่ก็จะไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติใหม่ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เสนอกิจกรรมการสร้างวิกฤติเทียมอันเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่ผู้วิจัยเสนอขึ้นจึงขออภิปรายสองกระบวนการนี้ร่วมกันในกระบวนการนี้ต้องใช้กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นการสร้างเหตุการณ์กระตุ้น หรือแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติ(quality) และกิจกรรมการศึกษาตามอรรถศาสตร์เชิงบูรณาการเป็นการกระตุ้นด้วยความถี่บ่อยๆ(quantity) โดยการกระตุ้นนี้ไม่ควรที่จะใช้กิจกรรมเดิมๆซ้ำเพราะอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย หรือทัศนคติติดกลับที่ไม่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นกิจกรรมควรกระทำเชิงสัญลักษณ์เพื่อให้ผู้เรียนตีความ แปลความ ให้คุณค่าเองอันนำไปสู่การเปลี่ยนทัศนคติ ตัวอย่างที่ชัดเจนในงานวิจัยนี้ คือ การใช้โคที่ได้รับบริจาคมาจากการไถชีวิตที่นำมาเลี้ยงที่โรงเลี้ยงโคไถชีวิตที่อิงบริบททางศาสนา สมมุติฐานเดิม คือ เราช่วยชีวิตโคด้วยการบริจาคเงิน ผู้วิจัยได้เสนอสมมุติฐานใหม่คือ เราต่างหากที่เป็นผู้ฆ่าโคด้วยการกินเนื้อ หากเรากินเนื้อน้อยลงกินผักมากๆ โคก็จะไม่ถูกฆ่า ดังนั้นทัศนคติใหม่ คือ การกินผักมากขึ้นนอกจากยังมีประโยชน์แล้วยังช่วยชีวิตโค การจัดกิจกรรม คือ การทัศนศึกษาโรงเลี้ยงโคไถชีวิตแล้วให้สะท้อนความคิดหลังจากนั้นให้ชมภาพยนตร์โคที่ถูกเชือดที่โรงฆ่าสัตว์แล้วให้สะท้อนความคิด เชื่อมโยงกับกิจกรรมไปทัศนศึกษา และปฏิบัติในการจ่ายตลาดแล้วให้สะท้อนความคิด หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะเรียนรู้ตามอรรถศาสตร์ในการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อผ่านโรงเลี้ยงโคไถชีวิต จะเกิดการ ตีความ แปลความ ให้คุณค่ากับการกินผักเพื่อช่วยชีวิตโคเกิดการเปลี่ยนทัศนคติ ในทำนองกลับกันหากเราเสนอด้วยการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพียงอย่างเดียวด้วยการชมภาพยนตร์แล้วสะท้อนความคิดเพียงอย่างเดียวในครั้งที่สอง ที่สาม หรือหลังจากนั้นผู้เรียนจะรู้สึก หรือเดาทางการดำเนินเรื่องได้เช่นเดียวกับเราเข้าไปชมภาพยนตร์ครั้งแรกจะตลกมาก ครั้งถัดมาหากดูซ้ำๆความตลกจะลดลง สอดคล้องกับ Mezrow(1991) ที่กล่าวว่าบุคคลได้ผ่านการเรียนรู้ หรือเหตุการณ์ต่างๆที่มีความรุนแรง(quality) หรือผ่านเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ(quantity)แล้ว แปลความ ตีความ ให้ค่าความหมาย เป็นสัญลักษณ์(symbol) มนุษย์มีเขาวนปัญญา

มากพอที่จะเรียนรู้จากสัญญาณ(sign) และสัญลักษณ์(symbol) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติซึ่งมีนักการศึกษาเคยใช้วิธีการนี้มาแล้ว เช่น Freire, Vygotsky เป็นต้น การใช้สัญลักษณ์เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้มีข้อดี คือ เป็นการสื่อสารที่ผูกโยงกับความเชื่อ ความรู้ ความจำที่มีมาก่อนหน้าจะทำให้ผู้เรียนที่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจที่ด้อยสามารถเรียนรู้ได้ง่ายกว่าการใช้ความรู้ หรือ ศาสตร์ชั้นสูง เช่น ใช้คณิตศาสตร์ในการคำนวณจำนวนพลังงานเป็นแคลอรีที่ได้รับจากอาหารแต่ละชนิด การออกกำลังกายแต่ละอย่างเผาผลาญพลังงานเท่าไร บวกกลับกันแล้วเราควรเลือกอาหารชนิดใด เป็นต้น และสอดคล้องกับ Plummer (2000) ที่กล่าวว่า ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์(Symbolic Interactionism Theory) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญต่อมนุษย์แต่ละคนและช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับสังคมมนุษย์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น มีสาระสำคัญ คือ ความอ่อนแอทางชีววิทยาของเผ่าพันธุ์มนุษย์เป็นเหตุให้มนุษย์ต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่มเป็นสังคมเพื่อการมีชีวิตรอด มนุษย์คัดเลือกเก็บรักษาการกระทำระหว่างกันที่ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างกันซึ่งส่งผลให้มีชีวิตรอดอยู่ด้วยกันเอาไว้ ขณะเดียวกันก็ละทิ้งการกระทำระหว่างกันที่ไม่ส่งเสริมความสัมพันธ์เช่นว่านั้นไป ทำให้เกิดจิต อัตตา และสังคมขึ้น จิตมีลักษณะสำคัญ คือ มีความสามารถใช้อนุสัญญากำหนดสิ่งต่างๆในสภาพแวดล้อมทำให้รู้จักสิ่งต่างๆเหล่านั้นสามารถฝึกซ้อมในใจในแนวกระทำต่างๆต่อสิ่งต่างๆได้ก่อนที่จะลงมือกระทำจริง (Imaginative Rehearsal) สามารถหักห้ามแนวการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมไม่ควร เมื่อวิเคราะห์ได้จากการฝึกซ้อมในใจ จิตมนุษย์มีลักษณะเป็นกระบวนการไม่ใช่โครงสร้าง การฝึกซ้อมในใจนี้เองที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดกลุ่มที่เป็นระเบียบ(Organized Group) อัตตา(self) เมื่อบุคคลสามารถให้ความหมายกับสิ่งต่างๆและบุคคลอื่นในสภาพแวดล้อมได้แล้ว เขาก็สามารถให้ความหมายกับตัวเองได้ การตีความหมายต่างๆจึงเป็นทั้งช่วยให้เกิดการประสานงานระหว่างมนุษย์ด้วยกัน และสามารถนำมาใช้ประเมินผลตนเองได้ด้วยซึ่งขึ้นอยู่กับกระบวนการของจิต กล่าวคือเมื่อบุคคลได้ “ภาพตนเอง”(self image) จากสายตาของคนอื่นที่สัมพันธ์กับตนเองมาระยะหนึ่งภาพนี้จะค่อยๆฝังลึกในจิตใจจนกลายเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง(self Concept) สังคมมนุษย์ เป็นการกระทำระหว่างกันของบุคคลที่มีการจัดระเบียบแล้ว และมีแบบแผนของบุคคลต่างๆที่เกิดขึ้นเพราะจิต ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์เน้นที่ตัวผู้กระทำ(actor) และการตีความหมายของความจริงทางสังคมเกี่ยวกับ ความคิด ประสบการณ์ และพฤติกรรมมีส่วนสำคัญต่อสังคมซึ่งมนุษย์สร้างความสัมพันธ์ผ่านระบบสัญลักษณ์(symbols) สัญลักษณ์ที่สำคัญที่สุด คือ ภาษา สัญลักษณ์ไม่ได้หมายถึงวัตถุ หรือเหตุการณ์เท่านั้น แต่ยังสามารถหมายถึงการกระทำจากวัตถุ หรือเหตุการณ์นั้นด้วย เมื่อมีปฏิสัมพันธ์โดยใช้สัญลักษณ์ มนุษย์จะไม่ใช้สัญชาตญาณในการสร้างพฤติกรรมเพื่อความอยู่รอด มนุษย์จึงสร้างระบบสัญลักษณ์ขึ้นมา และต้องอยู่ในโลกแห่งการตีความหมาย(world of meaning) คือ การตีความหมายต่อสิ่งกระตุ้น และตอบสนองต่อสิ่งนั้น เช่น แก้อันายกรัฐมนตรี นอกจากหมายถึงที่นั่งแล้วยังแสดงถึง การนั่ง ท่าทางการนั่ง ยังหมายถึง อำนาจการครอบครองตำแหน่งทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในสังคมขึ้น หากต้องการ

ปฏิสัมพันธ์ในสังคมใหม่ เช่น การเสียสละในการดูแลประชาชนก็ต้องนำเสนอการตีความสัญลักษณ์ใหม่ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทัศนคติให้ยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้จากการตีความ ขยายความจากการเรียนรู้เชิงสัญลักษณ์ใหม่ที่หลากหลายบ่อยๆซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้จะไม่ซ้ำเดิม ต่างจาก เกียรติวรรณ อมาตยกุล(2545) ที่กล่าวว่า หลักการนีโอฮิวแมนนิสมุ่งพัฒนาอัจฉริยภาพที่ซ่อนเร้นในตัวมนุษย์ทุกคนให้ปรากฏออกมามากที่สุดทำอะไรที่ซ้ำๆ และเวลาเดิม การมีระเบียบวินัยในเรื่องอื่น ๆ มีมากขึ้นตามลำดับ จัดตารางชีวิตให้ชัดเจนจนเป็นนิสัย และมีความรัก ให้พลังด้านบวกด้วยการใช้ความคิด คำพูด และการกระทำ ยิ้มกับทุกคนและบ่อยๆ ใช้การชมบุคคลอื่นเสมอ สบตามองด้วยความรู้สึกที่ดี อบอุ่น เชื่อมั่น สัมผัสเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติและมีสุข การฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้การทำสมาธิแบบพุทธเป็นกิจกรรมเสริมซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสร้างบรรยากาศแห่งองค์รวมของเหตุผลและอารมณ์ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมผ่อนคลาย สอดคล้องกับคັນสนีย์ ฉัตรคุปต์ (2545) ที่อธิบายว่า การเรียนรู้สัมพันธ์กับคลื่นสมอง มนุษย์สามารถควบคุมคลื่นสมองและสารที่หลั่งจากสมองได้หากมีการฝึกฝนทางจิตให้ควบคุมสภาวะอารมณ์และจิตใจได้ทำให้เราได้เรียนรู้โลกภายในตัวเอง และเห็นประโยชน์ของการจัดการอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดของเรา นับเป็นศิลปะในการดำรงชีวิตที่ทุกคนทำได้ ภาวะของคลื่นสมองที่เหมาะสมจะช่วยให้เปิดพื้นที่การเรียนรู้ในสมองของเรา ส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ และรับปริมาณข้อมูลได้มากอย่างรวดเร็ว ทำให้มนุษย์มีประสิทธิภาพสูงในการทำ และสอดคล้องกับ เกียรติวรรณ อมาตยกุล (2545) ที่อธิบายว่า หลักการนีโอฮิวแมนนิสมุ่งพัฒนาอัจฉริยภาพที่ซ่อนเร้นในตัวมนุษย์ทุกคนให้ปรากฏออกมามากที่สุด พัฒนาทั้งร่างกาย จิตใจ รวมถึงคุณธรรมควบคู่กันไป โดยให้มีคลื่นสมองต่ำอยู่เสมอ ทำให้เราเกิดการผ่อนคลาย การดำเนินกิจกรรมเพื่อทำให้คลื่นสมองต่ำอยู่เสมอ หายใจลึกๆเข้าออกช้าๆให้เต็มปอด สั่งให้ทุกส่วนของร่างกายผ่อนคลายตั้งแต่ใบหน้าจนถึงปลายเท้า การทำสมาธิ เป็นกระบวนการปฏิบัติทางจิตใจเพื่อให้รู้สึกได้ถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทุกสรรพสิ่งในจักรวาล เรียกว่า proto-psycho-spiritual ทำให้เราสามารถควบคุมระบบกล้ามเนื้อ ประสาท และความสมดุลของร่างกายทำให้เกิดประโยชน์

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิในการศึกษาวิจัยนี้จึงจำเป็นต้องจัดเป็นกิจกรรมการศึกษานอกกระบวนโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ กิจกรรมจะเริ่มด้วยการสร้างความตระหนักในวิกฤติ หรือปัญหา ด้วยการจำลองวิกฤติเทียม เช่น การเป็นอัมพาต การถูกตัดขา ตาบอด อันเป็นผลแทรกซ้อนจากการไม่ดูแลสุขภาพตนเอง และจะเน้นย้ำอยู่ในหลายกิจกรรม โดยหลายกิจกรรมผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าสามารถประยุกต์ใช้การเล่นพื้นบ้านไทย เข้ามาในกิจกรรมการเรียนรู้ เช่น กระต่ายขาเดียว มอญซ่อนผ้า ปิดตาตีหม้อ ชี่ม้าส่งเมือง เป็นต้น การนำการเล่นพื้นบ้านไทยมีผลดี

เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคุ้นเคยง่ายต่อความเข้าใจ สร้างความสนุกสนาน สร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง และที่สำคัญเป็นการสร้างความสัมพันธ์ สร้างอารมณ์ร่วม ภายใต้บริบทของความเป็นไทย และศาสนาพุทธ แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีวิพากษ์สังคม(critical social theory)ซึ่งมีนักคิดคนสำคัญ เช่น ฮาเบอร์มาส, แพรร์ เป็นต้น สอดคล้องกับMezirow (1990) ที่กล่าวว่า สมมุติฐาน หรือทัศนคติของมนุษย์เกิดจากการได้รับประสบการณ์ที่ผลกระทบ หรือความรุนแรง(quality)ของเหตุการณ์นั้น และความบ่อย(quantity)ของการเกิดเหตุการณ์นั้น สอดคล้องกับทฤษฎีการสื่อสาร(communication theory)ของฮาเบอร์มาส Harbermas (1979, อ้างใน ชิตชงค์ ส.นันทนาเนตร, 2549) ที่อธิบายว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ถ้าจะให้ถึงระดับปฏิบัติ(practical learning) กิจกรรมนั้นต้องมีผลกระทบให้เกิดความรู้สึกอยากปฏิบัติและมีการเน้นย้ำบ่อยๆ

อย่างไรก็ตามทัศนคติ หรือมุมมองความหมาย(meaning perspective) ประกอบด้วย ญาณวิทยา(epistemology) หรือความมีเหตุผล สังคมภาษา(sociolinguistic) จิตวิทยา(Encyclopedic Dictionary of Psychology and Education) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้จึงต้องคำนึงถึงองค์ประกอบทั้ง 3 โดยเฉพาะด้านจิตวิทยาเป็นเรื่องที่อ่อนไหว(sensitive)เนื่องจาก แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงนี้ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีวิพากษ์สังคม(critical social theory) จึงมักใช้กับผู้ประสบปัญหาจากการถูกกดขี่ในสังคม เช่น สตรีที่ถูกข่มขืน สตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่างกาย เด็กติดยาเสพติด เป็นต้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องคำนึงถึงด้านจิตวิทยาในการจัดกิจกรรม หรือการเข้าหา (approach)กลุ่มบุคคลเหล่านี้ อีกประการ คือ การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดได้เองจากการศึกษาตามอัธยาศัยหากมีองค์ประกอบ สถานการณ์ที่เหมาะสมได้ เช่น เด็กติดยาเสพติดอาจเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้เองหากมีเหตุการณ์ในครอบครัว เช่น แม่ต้องพบความลำบากในการติดยาเสพติดของเด็ก หรือเด็กได้พบกับการสนับสนุนในชุมชนให้เขานักกีฬาเกิดการตีความ ขยายความของสัญลักษณ์ คือ ครอบครัว ชุมชนที่อบอุ่นต่างจากเดิม แต่หากไม่มีสถานการณ์ หรือองค์ประกอบที่ครบ อาจจำเป็นต้องจัดกิจกรรมการเรียนรู้ขึ้น เช่นในงานวิจัยนี้ ข้อเสนออีกประการ คือ ในงานวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมิได้เป็นผู้ถูกกดขี่ในสังคม และการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์เป็นการสะท้อนความคิดในระดับบุคคลมิได้สะท้อนความคิดในรับสังคมสอดคล้องกับ Mezirow(2000) ที่กล่าวว่าการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์มี 2 ระดับ คือ ระดับบุคคล และระดับสังคม ต่างจาก Freire(1970) ที่กล่าวว่าการสะท้อนความคิดต้องร่วมกับการกระทำในสังคม(action)เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ(praxis)และผู้เข้าร่วมกิจกรรมก็เป็นผู้ถูกกดขี่ทางสังคม

การจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาเชิงบูรณาการจึงต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ หรือปัญหาเป็นหลักหากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยหลักการเดียวไม่อาจบรรลุวัตถุประสงค์ หรือแก้ไขปัญหาได้จำเป็นต้องจัดกิจกรรมเชิงบูรณาการ ซึ่งคำว่า “บูรณาการ” จะนิยาม

ในเชิงกระบวนการ ส่วนคำว่า “องค์กรรวม” จะนิยามในเชิงผลลัพธ์มากกว่า ตัวอย่างกิจกรรมเชิงบูรณาการ เช่น การจัดนิทรรศการ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และดึงดูดความสนใจให้ผู้เข้าชมนิทรรศการให้สมัครเข้าร่วมกิจกรรม หากบางงานวิจัยมีการกำหนดผู้เข้าร่วมกิจกรรมไว้แล้วก็ไม่จำเป็นต้องจัดกิจกรรมเชิงบูรณาการนี้ ซึ่งการจัดนิทรรศการในงานวิจัยนี้นอกจากแสดงความรู้ด้วยการแสดงแผ่นป้าย(roll up) แล้วยังมีการตรวจวัดความดันโลหิต วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย ปรึกษาปัญหาสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยตนเอง อันเป็นการจัดกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วม มีปฏิสัมพันธ์(interaction) มีใช้แสดงแผ่นป้ายให้ความรู้อย่างเดียวมีความเหมาะสม มีชีวิตชีวา(lively exhibition) สอดคล้องกับ กิตติพัฒน์ นนทะปัทมดลย์ (2550) ที่กล่าวว่า การสื่อสารในสังคมที่ดึงดูดความสนใจควรมีการีความเชิงสัญลักษณ์ให้ผู้รับสารได้คิด ได้พิจารณาด้วยตนเอง เช่นการจัดนิทรรศการควรปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้สารและผู้รับสาร จัดแสดงให้ผู้เข้าชมนิทรรศการสามารถสัมผัสทดลองได้

ประชากรศึกษา และผู้เข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัยนี้ คือ ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจากทั้งชั้นเตรียมการ การรับสมัครและศึกษาบริบท การดำเนินการ พบว่า คุณลักษณะผู้รับบริการส่วนใหญ่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจที่อยู่ในกลุ่มต่ำกว่าเกณฑ์ กล่าวคือ มีรายได้น้อย รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง เกษตรกร ไม่ได้ทำงานอยู่บ้านเป็นแม่บ้าน สอดคล้องกับ สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2555) ที่กล่าวว่า ลักษณะของผู้รับบริการปฐมภูมิมักมีรายได้น้อยที่มีโอกาสน้อยกว่าในการเข้าถึงบริการสุขภาพในความเป็นธรรมชาติของระบบบริการสุขภาพ บริการปฐมภูมิจึงมีความสำคัญในการเป็นด่านแรก บริการใกล้บ้านใกล้ใจ มีระบบการส่งต่อไปยังบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิตามลำดับ การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ควรเป็นกิจกรรมที่ง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถเห็นเป็นรูปธรรม ปฏิบัติได้ง่าย มีความสัมพันธ์ของสุขภาพกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) ที่กล่าวว่า การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีลักษณะเรียบง่าย ไม่ซับซ้อน ใช้เทคโนโลยีน้อย ใกล้บ้านใกล้ใจ และควรมีลักษณะเป็นองค์กรรวม ดังนั้น การจัดกิจกรรมจึงควรหลีกเลี่ยงการคำนวณ หรือการใช้ศัพท์ที่เป็นทางการ หรือภาษาอังกฤษ

ผลการศึกษากการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการศึกษาวิจัยนี้ ในระยะแรกเริ่มด้วยการจัดนิทรรศการมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยการเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด

การควบคุมอาหาร มีการตรวจร่างกาย ประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และมีวัตถุประสงค์เพื่อรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวานเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยความสมัครใจ เป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสม เนื่องจากได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรมเพราะมีความสนใจ และต้องการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจไม่ได้บังคับทำให้การดำเนินกิจกรรมได้อย่างลุล่วงไม่มีผู้ออกจากโปรแกรมก่อนการดำเนินการเสร็จสิ้น แต่มีข้อต่อคือผู้เข้าร่วมกิจกรรมอาจไม่เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้ไม่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เด่นชัด คือกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม($p\text{-value}>0.05$) ในตัวแปรตาม คือ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด ส่วน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และการใช้ยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.05$)เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมกิจกรรม แตกต่างจาก Ornish (1990) ที่กล่าวว่า ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถลดได้หากมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างเคร่งครัด โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงมาก ความดันโลหิตสูงมาก และมีกรงดใช้ยาภายใต้ความดูแลของอายุรแพทย์โรคหัวใจ และหลอดเลือดอย่างใกล้ชิดซึ่งต่างจากงานวิจัยนี้ อย่างไรก็ตาม สุขภาพองค์รวมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีขึ้นทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับเกียรติวรรณ อมาตยกุล (2545) อธิบายว่า หลักการนี้โอฮิวแมนนิสมุ่งพัฒนาอัจฉริยภาพที่ซ่อนเร้นในตัวมนุษย์ทุกคนให้ปรากฏออกมามากที่สุด พัฒนาทั้งร่างกาย จิตใจ รวมถึงคุณธรรมควบคู่กันไป ทำให้เราเกิดการผ่อนคลาย อยากจะรับประทานอาหารที่เป็นธรรมชาติมากขึ้น มีความรักให้พลังด้านบวก ร่างกาย การบริหารร่างกายที่สมบูรณ์แบบต้องมีการบริหารอวัยวะทั้งภายนอกและภายในรวมถึงต่อมไร้ท่อ(endocrine gland) และยังมีผลต่อจิตใจอีก ในงานวิจัยนี้นอกจากสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังมีการใช้น้อยลงซึ่งเกิดจากการมีความรู้ การเปลี่ยนทัศนคติ การมีวิจารณญาณในการใช้ยาดีขึ้น สอดคล้องกับ Nutbeam (2006) ที่อธิบายเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ(Health Literacy)ว่า ความฉลาดทางสุขภาพสามารถจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข(numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา(medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เกสัชกรรวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย 2) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือcommunicative/ interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน และการมีพุทธิปัญญา(cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม(social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมรู้จักเลือกใช้

ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกันรวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และ การมีส่วนร่วมผลักดันสังคมการเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป โดยบุคคลจะสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพอันเป็นทักษะกระบวนการทางสังคมและปัญญาเพื่อนำไปสู่ความฉลาดทางสุขภาพซึ่งในแต่ละขั้นตอน คือ การเข้าถึง (Access) หมายถึง การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณ ที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบ เชื่อมโยงด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือความถูกต้องตามกฎระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อให้ได้ข้อมูล และสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าใจ (Understanding) หมายถึง การตีความ แปลความ อ้างอิง จำแนกประเภทและลักษณะสำคัญของข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพด้วยการคิดใคร่ครวญตรวจสอบตามหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องกับกฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อประมวลความรู้ ความคิดรวบยอดจากข้อมูลและสารสนเทศนั้น การประเมิน (Assessment) หมายถึง การตรวจสอบ อ้างอิง ทำนาย วิเคราะห์ เปรียบเทียบเชิงตัดสินข้อมูล และสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยคิดใคร่ครวญตรวจสอบด้วยหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ตามกฎระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อเลือกและสรุปเป็นหลักการและแนวปฏิบัติที่เหมาะสม การใช้ความรู้ (Utilization) หมายถึง การนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันโรคอันไปประยุกต์โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือความชอบธรรมตามสิทธิ และหน้าที่ตามกฎระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อแก้ปัญหาดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิต การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การนำเสนอ เผยแพร่ ชักชวน ตอรอง และรณรงค์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการคิดใคร่ครวญตรวจสอบตามหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือความชอบธรรมตามสิทธิ หน้าที่ กฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อกระตุ้นชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม ซึ่งในงานวิจัยนี้ การสื่อสารที่ได้ผลดี คือ จำนวนยาที่เหลือจากการใช้อันเป็นการสื่อสารที่ตรงกันระหว่างแพทย์ และผู้ป่วยด้วยอวัจนภาษา(non-verbal communication)ก็มีความสำคัญในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน

การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในงานวิจัยนี้เน้นการเปลี่ยนทัศนคติมากกว่าการให้ความรู้ซึ่งได้ผลดีแตกต่างจาก ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2553) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพควรให้ความรู้แก่ประชาชน และมีต้นแบบแล้วให้ประชาชนประพฤติปฏิบัติ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติในการจัดกิจกรรม

ส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ที่สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ และแตกต่างจาก สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2555) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งสำคัญควรให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพทำให้สุขภาพแข็งแรงสามารถประกอบอาชีพการงานได้ ด้วยกิจกรรมที่หลากหลายควรให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงของตนเองได้เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. อันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์

การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในงานวิจัยนี้ยังพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็น ปัจจัยที่ทำให้การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จสอดคล้องกับ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2553) ที่กล่าวว่าการส่งเสริมสุขภาพควรมีส่วนร่วมของประชาชนจึงจะประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ยังพบว่าความสอดคล้องกับวิถีชุมชนของการจัดกิจกรรมเป็นเงื่อนไขที่สำคัญของการจัดกิจกรรมให้สำเร็จสอดคล้องกับ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) ที่กล่าวว่า วิถีชุมชนเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาในระบบบริการสุขภาพ

การขยายผลด้วยการจัดทำคู่มือการจัดกิจกรรมในงานวิจัยนี้ได้รับการประเมินในระดับดีมากสอดคล้องกับ วินัย สวัสดิ์วร (2556) ที่กล่าวว่า การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานเพื่อความสะดวกของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมกิจกรรมการศึกษาครอบครัวและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้ทำให้เกิดแนวคิด นวัตกรรมของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นสำคัญอันนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา และการศึกษาวิจัย ดังนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางสำหรับการพัฒนาการเรียนรู้อัตโนมัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้วยกิจกรรมการศึกษาครอบครัวโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ โดยการนำผลการวิจัยที่ได้ไปประยุกต์ใช้จริงในทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดคุณค่า และประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมอย่างแท้จริง ผู้วิจัยนำเสนอแนะเพื่อการพัฒนาสำหรับผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 2) ข้อเสนอแนะสำหรับองค์กร หรือหน่วยงาน และ 3) ข้อเสนอแนะสำหรับชุมชนท้องถิ่น มีรายละเอียด ดังนี้

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1) จากผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนดูแลตนเองแบบองค์รวม มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันของสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ดังนั้น นโยบายระดับประเทศโดยภาพรวมเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี มีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น ควรมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมมากกว่า การพึ่งพาแต่เพียงบริการสุขภาพที่เน้นแต่สุขภาพกาย และสุขภาพจิตเท่านั้น อันเป็นการประหยัดงบประมาณ และภาระด้านสุขภาพของประเทศไทยที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะแนวโน้มที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

1.2) จากผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทำให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จ ดังนั้น นโยบายระดับประเทศ การส่งเสริมสุขภาพควรเห็นความสำคัญของการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ มิใช่มีเพียงหน่วยงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว เนื่องจากการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ในการดำเนินชีวิต และสุขภาพมีความจำเป็นที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสังคม จิตวิญญาณกับหน่วยงาน หรือองค์กรต่าง เช่น วัด มัสยิด โบสถ์ โรงเรียน โรงพยาบาล ตลาด สถานที่ทำงาน เป็นต้น ดังนั้น การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพควรมีการบูรณาการเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น นอกจากกระทรวงสาธารณสุข

1.3) จากผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยมีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น นโยบายระดับประเทศ การส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย เนื่องจากเป็นการศึกษาตามวิถีชีวิต สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ประยุกต์เข้ากับการใช้ชีวิตได้จริง และในการศึกษาตามอัธยาศัยไม่ได้แยกออกจากวิถีชีวิต ผู้เรียนมีโอกาส เวลาในการเรียนมาก แต่การศึกษาตามอัธยาศัยมักถูกละเลย ซึ่งการศึกษาตามอัธยาศัยจำเป็นต้องอาศัยหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะสื่อสารมวลชน สื่อสังคมออนไลน์ ในยุคปัจจุบัน การกำหนดนโยบายดังกล่าวจะมีประโยชน์มากทั้งด้านสุขภาพ และการศึกษา

2) ข้อเสนอแนะสำหรับองค์กร หรือหน่วยงาน

2.1) จากผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นกิจกรรมการได้รับประสบการณ์ใหม่ หรือวิกฤติเทียมสามารถเปลี่ยนทัศนคติ และเหมาะสมกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่มากกว่าการบอกรับ หรือให้ความรู้ ดังนั้น หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ(สสส.) หรือกระทรวงสาธารณสุขที่มีจุดมุ่งหมายในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรเน้นการเปลี่ยนทัศนคติเป็นสำคัญแล้วเสริมด้วยการให้ความรู้ จากเดิมที่เน้นพุทธิพิสัยเป็นสำคัญทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จ

2.2) จากผลการวิจัยพบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทหรือวิถีชีวิตของประชาชน มีความยืดหยุ่นมีการนำแหล่งเรียนรู้ ทรัพยากรการเรียนรู้ในชุมชนมาใช้จะได้ดีในการเปลี่ยนทัศนคติ ดังนั้นหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ(สสส.) หรือกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจำเป็นต้องสอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิต การกำหนดนโยบายควรมีความยืดหยุ่นที่เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ หรือชุมชนที่มีความแตกต่างกันมีอาจเหมือนกันทั้งหมด การกำหนดนโยบายควรเป็นการกำหนดโครงสร้างพื้นฐานส่วนการลงไปในรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมจะขึ้นอยู่กับชุมชน หรือพื้นที่ ไม่ควรกำหนดนโยบายให้ทำกิจกรรมเหมือนกันหมดทั่วประเทศ

2.3) จากผลการวิจัยพบว่า การใช้สัญลักษณ์ในการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีผลดีกว่าการพูดซ้ำๆ ดังนั้นหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ(สสส.) ควรคำนึงถึงทัศนคติที่กลับในการสื่อสาร เช่น การใช้ภาพเดิมๆบนซองบุหรี่อาจทำให้คนกลัวในระยะแรกแต่เมื่อคนเห็นซ้ำๆจะเกิดความเคยชิน หรือการโฆษณาที่เน้นย้ำแต่คนที่ดื่มเหล้าเป็นคนไม่ดี แต่เพียงด้านเดียว ไม่มีการสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ที่หลากหลายอาจทำให้เกิดความหมั่นไส้ หรือทัศนคติที่กลับได้ ควรมีการสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ที่หลากหลายให้เกิดการตีความ แปลความ เปลี่ยนทัศนคติ ในการย้ำเตือนบ่อยๆไม่ควรใช้ภาพเดิมๆซ้ำ

2.4) จากผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารที่ตรงกัน เช่นการนำยาที่เหลือมาทุกครั้งที่รับการตรวจ หรือการสื่อสารด้วยอวจนภาษามีส่วนสำคัญทำให้ลดค่ายาลงได้ ดังนั้นหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิควรส่งเสริมการเปลี่ยนทัศนคติ และการรู้เท่าทันด้านสุขภาพเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ หรือข้อขัดแย้งในบริการสุขภาพ ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานทางสุขภาพ การติดต่อสื่อสาร และการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ในวิจารณ์คุณภาพการบริการสุขภาพ จากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการติดต่อสื่อสารมีความจำเป็น การติดต่อสื่อสารอย่างง่าย เช่น ผู้ป่วยนำยาที่เหลือในการรับยาแต่ละครั้งแสดงแก่แพทย์ทำให้สามารถลดการใช้ยาเกินจำเป็นลงได้

3) ข้อเสนอแนะสำหรับชุมชน หรือท้องถิ่น

3.1) จากผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของชุมชน ผู้นำชุมชน เช่น พระมีความเข้มแข็ง ดังนั้นควรส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ผู้นำชุมชน โดยเฉพาะด้านศาสนาซึ่งนำมาความเข้มแข็งของทุนสังคม อาจก่อให้เกิดประโยชน์แบ่งเบาภาระจากภาครัฐ เช่น หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาในครั้งนี้เป็นหน่วยบริการที่เกิดจากทุนทางสังคมเป็นบริการที่ช่วยลดภาระภาครัฐ ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาหน่วยบริการสุขภาพลักษณะนี้ อย่างไรก็ตามควรมีนโยบายที่ส่งเสริม สนับสนุนหน่วยบริการลักษณะนี้ให้เกิดขึ้นจากความร่วมมือร่วมใจทั้งภาคชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน

3.2) จากผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีอาจสำเร็จได้ด้วยกิจกรรมการศึกษานอกระบบเพียงอย่างเดียวต้องอาศัยกิจกรรมเชิงบูรณาการ ดังนั้นการศึกษาควรส่งเสริมการศึกษาเชิงบูรณาการ และการศึกษาตามอัธยาศัยโดยใช้ชุมชน แหล่งเรียนรู้ ทรัพยากรในชุมชนเป็นฐานเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ผู้เรียนมีเวลาในการศึกษาในระบบโรงเรียน หรือการศึกษานอกระบบโรงเรียนน้อยกว่าการศึกษาตามอัธยาศัย ในการส่งเสริมการศึกษาตามอัธยาศัยควรส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ รวมทั้งการกำหนดมีอาจกำหนดเพียงด้านการศึกษาเพียงด้านเดียว เนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับสังคม ดังนั้นการกำหนดนโยบายควรเป็นการกำหนดนโยบายเชิงบูรณาการด้วยหลายภาคส่วนในสังคม ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน

3.3) จากผลการวิจัยพบว่า การตระหนักรู้ในบริบทมีความสำคัญในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ดังนั้นชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานของประเทศ ทั้งฐานทางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม สังคม สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ เศรษฐกิจหรือฐานการอยู่ร่วมกันอย่างสมดุลระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติแวดล้อม ถ้าฐานของประเทศแข็งแรงก็จะทำให้ประเทศมั่นคง ผู้คนถูกเกณฑ์ออกจากชุมชนท้องถิ่นเข้าไปสู่ระบบการศึกษาที่เอาแต่ท่องวิชาโดยไม่รู้จักความจริงของแผ่นดินไทยเกิดความเสียหาย ควรส่งเสริมชุมชนจัดการตนเอง ขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างบูรณาการ เช่นชุมชนดูแลผู้สูงอายุ ธนาคารความดีเป็นเครดิตกู้เงินของชุมชนรวมทั้งในโรงเรียนเป็นการเชื่อมโยงอย่างบูรณาการ นโยบายการศึกษาควรให้นักศึกษาทุกคนทุกคณะได้เรียนรู้ภาคปฏิบัติกับชุมชน เป็นการสมานสังคมไทยไม่ให้แปลกแยกกัน ได้เรียนรู้วิถีชีวิตชาวบ้านเกิดปัญญารอบด้าน เกิดการช่วยเหลือชาวบ้านในสิ่งที่ชาวบ้านไม่มีองค์ความรู้ เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศการสื่อสาร การดูแลสุขภาพ วิถีชีวิตชุมชนเป็นที่อยู่ของศีลธรรม คุณธรรมทำให้เป็นแหล่งเรียนรู้ศีลธรรม คุณธรรมภาคปฏิบัติ การเชื่อมโยงองค์ความรู้ เทคโนโลยีกับชุมชนตามความต้องการของชุมชนที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีข้อจำกัดด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สมัครเข้าร่วมกิจกรรม มีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นผู้ที่มีอาการของโรคน้อยทำให้ไม่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างชัดเจน อาจนำรูปแบบนี้ไปทำการวิจัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคมากกว่า

2) การวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีบริบทของศาสนาพุทธ และกิจกรรมที่จัดขึ้นก็อิงกับบริบทของศาสนาพุทธ อาจนำรูปแบบนี้ไปทำการวิจัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับบริบทอื่น ศาสนาอื่น

3)การวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจนำรูปแบบนี้ไปขยายทำการวิจัยในหน่วยบริการสุขภาพให้ครอบคลุมในระดับประเทศ

4)การวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีข้อจำกัดด้วยยาเป็นตัวแปรแทรกซ้อนทำให้ไม่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างชัดเจน อาจนำรูปแบบนี้ไปทำการวิจัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญควบคุมดูแลในการหยุดยาพร้อมกับการดำเนินกิจกรรม ในกลุ่มตัวอย่างจะเห็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ชัดเจน

5)การวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการวัดสุขภาพสังคม และจิตวิญญาณเป็นการวัดเชิงคุณภาพ และสุขภาพจิตวิญญาณจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับศาสนาอาจไม่ชัดเจน ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปอาจพัฒนาเครื่องมือวัดในเชิงปริมาณ



รายการอ้างอิง

- Alberta Education. (2007). *Curriculum Integration: Primary Programs Framework for Teaching and Learning (Kindergarten to Grade 3)* Retrieved from <http://education.alberta.ca/media/656618/curr.pdf>
- Anderson, L. W., Krathwohl, D. R., et al., (2001). *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. Boston, MA: Allyn & Bacon(Pearson Education Group).
- Bibbins-Domingo, K., Chertow, GM., Coxson., PG., Moran, A. Lightwood, JM., and Pletcher, MJ.,. (2010). Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *NewEngland Journal Medicine*, 362, 590-599.
- Boone, E. J. (1992). *Developing programs in adult education*. Illinois: Waveland.
- Boyd, R. (1989). Facilitating personsl transformations insmall groups: part 1. Small group behavior. *International of Lifelong education*, 20(4), 459-474
- Boyd, R. M., J. . (1988). Transformative education. *International of Lifelong education*, 7(4), 261-284.
- Boyle, P. G. (1981). *Planning better programs*. New York: McGraw-Hill.
- Brockett, R. G., & Hiemstra, R.,. (1991). *Self-direction in adult learning: Perspectives on theory, research, and practice*. New York: Routledge.
- Brundage, D. H., & MacKeracher, D.,. (1980). *Adult learning principles and their application to program planning*. Toronto: Ontario Ministry of Education.
- Caffarella, R. (1994). *Characteristics of adult learners and foundation of experiential learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Candy, P. C. (1991). *Self-direction for lifelong learning: A comprehensive guide to theory and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cranton, P. (1994). *Understanding and promoting transformative learning*. San-Francisco, CA.: Jossey-Bass.
- Denollet, J., De Vries, J., . (2006). Positive and Negative affect within the realm of depression, stress and fatigue: The two-factor distress model of the Global Mood Scale(GMS). *Journal of Affective Disorder*, 1, 171-180.

- Dictionary of Education. (2005). *Dictionary of Education [Online]* Retrieved from http://culi.chula.ac.th/eJournal_03/article_09.htm
- Dirkx, J. (1998). Transformative learning in the practice of adult learning: An overview. *Journal of Lifelong Education*, 7, 1-14.
- Dirkx, J. (2006). Studying the Complicated Matter of What Works: Evidence-Based Research and the Problem of Practice. *Adult Education Quarterly*, 56(4), 273-290.
- Dominice, P. (2000). Learning from our lives: Using educational biographies with adults. *Journal of Transformative Education*, 4(2), 123-139.
- Donaldson, M. S. (1996). *Primary care, America's health in a new era*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Encyclopedic Dictionary of Psychology and Education. (1996). *Encyclopedic Dictionary of Psychology and Education*. Vol. 3. (m-z). New Delhi: Anmol Publications PVT.
- Foucault, M. (1970). *The Order of Things*. Paris: Pantheon.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Seabury Press.
- Garrison, D. R. (1997). Self-directed learning: Toward a comprehensive model. *Adult Education Quarterly*, 48(1), 18-34.
- Gibbons, M. (2002). *The self-directed learning handbook: Challenging adolescent students to excel*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Guglielmino, L. M. (1989). Reactions to field's investigation into the SDLRS. *Adult Education Quarterly*, 39(4), 235-245.
- Herman, L. M., A., . (2004). *From Teaching to Mentoring principle and practice, dialogue and life in adult education*. London: Routledge-Falmer.
- Heywood, P. (2000). *The changing character of service provision, in contemporary primary care*. Bermingham: Open University Press.
- Hornby, A. S. (195). *Oxford Advanced Learners Dictionary of Current English*. London: Oxford University Press.
- Karakas, F. (2012). Reorienting self-directed learning for the creative digital era. *European Journal of Training and Development*, 36(7), 325-336.

- Kitchenham, A. (2008). Building on Mezirow's Theory of Transformative Learning: Theorizing the Challenges to Reflection. *Journal of Transformative Education*, 6(1), 155-164.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narrative: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: Pedagogy and andragogy*. Chicago: Follett.
- Knowles, M. S. (1984). *The modern practice of adult education*. New York: The Adult Education.
- Kolb, D. A. (1984). *The experiential learning*. Eaglewood Cliffs: NJ.: Prentice-Hall.
- Long, H. B. (2003). *Preparing learners for e-learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Marquardt, M. J. (2009). *Action learning for developing leaders and organizations*. Washington, DC: American Psychological Press.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San-Francisco, CA.: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1998). On critical reflection. *Adult Education Quarterly*, 48(3), 185-198.
- Mezirow, J. (2000). *Learning to think like an adult*. San-Francisco, CA.: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (2003). Transformative learning as discourse. *Journal of Transformative Education*, 11, 58-63.
- Micha, R., Wallace, S.K., Mozaffarian, D., . (2010). Red and processed meat consumption risk of incident coronary heart disease, stroke and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Circulation*, 121, 2271-2283.
- Naudi, P. (2006). *Disrupting dominant discourse: critical reflection and code-switching in Maltese social work*. Maidenhead, England: Open University Press.
- Nutbeam, D. (2006). *Health Literacy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- O'Sullivan, E. (1999). *Transformative learning: Educational vision for 21st century*. London: Zed books.
- Olaniyi, F. O. (2015). The Relevance of Learning Theories in Adult and Non-Formal Education. *Journal of Educational and Social Research*, 5(1), 21-32.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. New York: McGraw-Hill Book.

- Ornish, D. (1990). Can Lifestyle Change Reverse Coronary Heart Disease? *Lancet*, 336(8708), 129-143.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. New York: Appleton Century-Croft.
- Plummer, K. (2000). *Symbolic Interactionism in the Twentieth Century*. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers.
- Robbins, A. (1992). *Awaken the Giant Within: How to Take Immediate Control of Your Mental, Emotional, Physical and Financial Destiny*. San Francisco, CA: Jossey-Base.
- Roberson, D. N. (2005). Self-directed learning--Past and present.
- Schon, D. A. (1983). *Educating the reflective practitioner : Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San-Francisco, CA.: Jossey-Bass.
- Scott, S. (1997). *The Grieving Soul in the Transformation Process*. San Francico, CA: Jossey-Base.
- Sofi, F., Cesari, F., Abbate, R., Gensini, GF., Casini, A.,. (2008). Adherence to Mediteranean diet and health status: meta-analysis. *British Medical Journal*, 337, a1334-1344.
- Starfield, B. (1992). *Primary care: Concept, evaluation, and policy*. New York: Oxford University Press.
- Taylor, E. (2009). *The Handbook of Transformative Learning*. San-Francisco, CA.: Jossey-Bass.
- Thomas, J. W. (2000). *A Review of Research on Project-based Learning*
Retrieved from <http://www.autodesk.com/foundation>
- Tyler, R. W. (1986). *Basic Principles of Curriculum and Instruction*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Varigos, L. L. (2004). INTERHEART study. *Lancet*, 364(9438), 935-952.
- Warburton, D. E. R., Charlesworth, S., Ivey, A., Nettlefold, L., and Bredin S.S.D., . (2010). A systematic review of the evidence for Canada's physical activity guidelines for adults. *International Journal Behavior Nutrition Physical Activity*, 7, 39-50.
- White, S., Fook, J., Gardner, F., Lehmann, J.,. (2006). *Critical Reflection in Health and Social Care*. New York: McGraw-Hill.

- เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2545). คิด-ทำด้านบวก กรุงเทพมหานคร: ที.พี.พรินท์.
- เพ็ญศรี หงษ์พานิช. (2536). ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรวดี ทรงเที่ยง. (2550). การศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 13(1), 11-20.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550). สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). สุขภาพองค์รวมกับวิถีชุมชน นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ว. ศ. (2550). ยากับชุมชน มิติทางสังคมวัฒนธรรม. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2554). วาทกรรมการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: วิชาษา.
- ไพบุลย์ โล่สุนทร. (2550). ระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. (2538). คู่มือการอบรมครูการสร้างหลักสูตรบูรณาการ. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์การพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555a). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555b). รายงานสภาวะสุขภาพคนไทย 2554. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานสภาวะสุขภาพคนไทย 2555. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติพัฒน์ นนทะปัทมคุลย์. (2550). ทฤษฎีวิพากษ์ในนโยบายและการวางแผนสังคม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2551). การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ Retrieved from www.pharmacy.cmu.ac.th/.../2011-06-2211-51
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 Retrieved from <http://www.hsro.or.th/documents/ratchakitcha.pdf>
- จินดา น้ำเจริญ. (2556). รูปแบบการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญอุปสรรคในการปฏิบัติการสอนของนักศึกษาสาขาวิชาการศึกษาศาสตร์ปฐมวัย. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ, 13(1), 14-25.

- ฉลองศรี พลโยธา. (2544). กระบวนการเรียนรู้ตามอรรถศาสตร์เพื่อความเข้มแข็งของชุมชน. วารสาร การศึกษานอกโรงเรียน, 4(กรกฎาคม 2544), 18-23.
- ชัยศ อัมสุวรรณ. (2544). เข้าใจคำว่าการศึกษาตามอรรถศาสตร์จากคนทำงานที่ไม่ได้ง่ายอย่างที่คิด. วารสารการศึกษานอกโรงเรียน, 4(มกราคม), 7-12.
- ชิตชงค์ ส.นันทนาเนตร. (2549). ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่. นครปฐม: โรงพิมพ์แห่ง มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิดและการปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีป อภิลิทธิ. (2554). การศึกษาตามอรรถศาสตร์ การศึกษาของโลกยุคใหม่ที่มาแรง กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิตนา เขมมณี. (2547). ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิตนา เขมมณี. (2551). รูปแบบการเรียนการสอน ทางเลือกที่หลากหลาย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิท. (2551). การศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างลึกซึ้ง. นครปฐม: ศูนย์จิตตปัญญา ศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดา โมสิกรัตน์. (2555). ไทยศึกษา. นนทบุรี: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ประเวศ วะสี. (2544). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์ นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประเวศ วะสี. (2551). สุขภาวะทางปัญญา Retrieved from <http://www.prawase.com/article/149.pdf>
- ปรีชา กันธิยะ. (2552). การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนที่พระมีส่วนร่วมในการสอนศีลธรรม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต), มหาวิทยาลัยสยาม.
- ปัทมาวดี กลสิกรรม. (2548). สุขภาพทางเลือก นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). สุขแท้ด้วยปัญญา วิธีสู่สุขภาวะทางปัญญา กรุงเทพมหานคร: ปาปิรุส พับลิเคชั่น.
- พระพรหมคุณาภรณ์. (2538). วิธีคิดตามหลักพุทธธรรม. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- พระรักเกียรติ รักชิตะธัมโม(สุขธนะ). (2554). ถ้ารู้ธรรมะพระพุทธเจ้า อาตมาคงไม่ติดคุก กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ธรรมะ.
- พัฒนา แสงเรียง. (2555). การพัฒนาระบบปฐมภูมิ นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- พิมพ์พันธ์ เดชะคุปต์. (2549). การสอนคิดด้วยโครงงาน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

- พิสนุ พงศ์ศรี. (2553). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ด้านสุทธากา
รพิมพ์ จำกัด.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ.2542. กรุงเทพมหานคร: ราช
บัณฑิตสถาน.
- วรรัตน์ อภินันท์กุล. (2551). แนวคิดและทฤษฎีที่นำสู่ทางการศึกษานอกระบบโรงเรียน.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรวุฒิ เจริญศรีพรพงศ์. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน เพื่อเสริมสร้าง
ความเป็นพลเมืองดีสำหรับลูกเสือชาวบ้าน. (ดุษฎีนิพนธ์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
กรุงเทพมหานคร.
- วิเศษ ชิมวงศ์. (2544). การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ วารสารวิชาการ, 4(10), 27-33.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2552). การจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- วินัย สวัสดิ์วร. (2556). สถิติและรายงานผลการดำเนินงานหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิปี
2555: . กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). สุขภาพ : อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.
- วิภาวรรณ สุขสถิตย์. (2550). การส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองสำหรับนักศึกษาผู้ใหญ่โดยการ
เรียนการสอนผ่านเว็บ. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุขฎีบัณฑิต), มหาวิทยาลัยศรีนคร
ินทรวิโรฒ.
- วิศนึ ศิลตระกุล และชัยยศ อิมสุวรรณ์. (2547). การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยใน
คินอกโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: อักษรไทย.
- วิศนึ ศิลตระกุล และอมรา ปฐภิญโญบุรณ์. (2547). การศึกษาตามอัธยาศัย : จากแนวคิดการเรียนรู้
ตลอดชีวิตสู่แนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมการศึกษาตามอัธยาศัย กรมการ
ศึกษานอกโรงเรียน.
- วีรฉัตร สุปัญญา. (2545). การวางแผนการเรียนการสอนการศึกษานอกระบบ In ว. สุปัญญา (Ed.),
ประมวลสาระชุดวิชาการเรียนการสอน การฝึกอบรมและการพัฒนาสื่อการศึกษานอกระบบ.
นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ศันสนีย์ ฉัตรคุปต์. (2544). การเรียนรู้อย่างมีความสุข:สารเคมีในสมองและการเรียนรู้.
กรุงเทพมหานคร: สยามสปอร์ต ซินดิเคท.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2551). เชื้อหัวใจไม่ให้ตายเฉียบพลัน กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ กรีน-
ปัญญาญาณ.

- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2555). ก้าวทันโลกกว้างกับ อ.อ่างสุขภาพ. . กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์ กรีน-ปัญญาญาณ.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2545). พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: พริกหวาน กราฟิค.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙ Retrieved from <http://www.nesdb.go.th>
- สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย. (2552). คัมภีร์ กศน กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). รายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพคนไทย 2555 Retrieved from <http://www.hsro.or.th/>
- สุนทรวาทิ เขียวพิเชฐ และคณะ. (2546). การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระบบปฐมภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2550). จุดคานงัดคุณภาพบริการสุขภาพ ตกผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิสู่ปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2555). พัฒนาการ ความท้าทายต่อหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2550). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- สุมาลี สังข์ศรี. (2545). รายงานการจัดการศึกษานอกระบบเพื่อการศึกษาตลอดชีวิต ตามแนวพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- สุวิทย์ มูลคำ. (2546). วิธีจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนากระบวนการคิด กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- อรทัย มูลคำ. (2542). การบูรณาการหลักสูตรและการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพมหานคร: ที.พี.พรินท์.
- อรอนงค์ นิยมธรรม. (2558). การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างคุณลักษณะด้านความเมตตากรุณาตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 23(41), 273-290.
- อาชัญญา รัตนอุบล. (2542). การจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนสำหรับผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อาชัญญา รัตน์อุบล. (2550). การจัดโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุ้นตา นพคุณ. (2546). กรอบแนวความคิดการพัฒนาโปรแกรมอย่างมีส่วนร่วมทางการศึกษานอกระบบโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก.

แผนกิจกรรม

เอกสารประกอบการจัดกิจกรรม

คู่มือการจัดกิจกรรม

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจคู่มือการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร. วีรฉัตร สุปัญญา | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน |
| 2. ผศ.ดร. วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน |
| 3. ผศ.นพ. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจ และหลอดเลือด |
| 4. รศ.นพ. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการส่งเสริมสุขภาพ |
| 5. อ.นพ. ชีระ วรรณารัตน์ | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการส่งเสริมสุขภาพ |

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง การจัดนิทรรศการโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานเวลา
24 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าชมนิทรรศการสามารถบอกพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานโรคอ้วน	พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานโรคอ้วน	<p>ชั้นนำ</p> <p>1.แสดงภาพโดยใช้ Roll-up</p> <p>2.ตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรอธิบายถึง โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคเบาหวาน</p> <p>2.วิทยากรอธิบายถึง ภาวะแทรกซ้อนของ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน</p> <p>3.วิทยากรอธิบายถึง การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน และ ภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>1.roll-up</p> <p>แสดงความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานโรคอ้วน ภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.เครื่องวัดความดันโลหิต</p> <p>3.เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>4.ที่วัดส่วนสูง</p> <p>5.แบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน</p>	<p>1.สังเกตจากการบอกพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโรคอ้วนโรคเบาหวาน</p> <p>และ</p> <p>2.จำนวนผู้สมัครเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเบาหวาน</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง ทักทายแนะนำตัวเวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ การสอน	การ ประเมินผล
เพื่อให้ ผู้เข้าร่วม กิจกรรม สามารถ 1.บอกชื่อ ของ ผู้เข้าร่วม กิจกรรม คนอื่น 2.บอก อาหาร ที่ชอบของ เพื่อน ผู้เข้าร่วม กิจกรรม 3.บอกผลดี และผลเสีย ของ อาหารที่ ชอบ รับประทาน	ผลดีและ ผลเสีย ของ อาหาร ที่ รับประทาน	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.กล่าวแนะนำ ต้อนรับการเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผลัดกันยิ้ม กอด สบตา สัมผัส สวัสดี</p> <p>ถามชื่อและอาหารที่ ชอบวนกันไปจนครบ</p> <p>2.วิทยากรเรียกผู้เข้าร่วมกิจกรรม คนหนึ่งขึ้นมาให้บอกชื่อผู้เข้าร่วม กิจกรรมอีก หนึ่งคนพร้อมอาหารที่ชอบ</p> <p>3.วิทยากรถามผู้เข้าร่วมกิจกรรม คนนั้นให้บอก ผลดีและผลเสียของ อาหารนั้น ทำไมชอบอาหารนั้น วนกันไปจนครบ</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรม บอกชื่อเพื่อนและอาหารที่ชอบ</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรม บอกผลดีผลเสีย ของอาหาร</p>	เครื่อง เสียง	.สังเกตจาก การบอกชื่อ ผู้เข้าร่วม กิจกรรม อาหารที่ชอบ ผลดีผลเสีย ของ อาหารนั้น

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง อัมพาตป้องกันได้เวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ 1.บอกชื่ออาการของโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.บอกสาเหตุที่ต้องป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 3.บอกปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด 4.บอกวิธีป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดวิธีป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่. แสดงบทบาทสมมติเป็นอัมพาตจับคู่กันแข่งกันสื่อสารตามกระดาษที่วิทยากรแจกมาให้ทำอะไร</p> <p>2.วิทยากรถามคำถามให้สะท้อนความคิด อัมพาตคืออะไร รู้สึกอย่างไรถ้าเป็นอัมพาต</p> <p>3.วิทยากรบรรยายพร้อมแสดงภาพประกอบ อาการ ปัจจัยเสี่ยงการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>4.วิทยากรถามคำถามให้สะท้อนความคิด อาการและปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดคืออะไร การป้องกันทำอย่างไร</p> <p>ทำไมต้องป้องกัน</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกอาการ ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเหตุผลที่ต้องป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p>1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่</p> <p>2.แผ่นภาพroll-up</p> <p>เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>3.กระดาษ</p> <p>4.ปากกา</p> <p>5.แบบประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยตนเอง</p>	<p>.สังเกตจากการบอกอาการ ปัจจัยเสี่ยงวิธีการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>สาเหตุของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>และ</p> <p>ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง สัญญาดาวเคียงเดือนเวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ การสอน	การ ประเมินผล
เพื่อให้ ผู้เข้าร่วม กิจกรรม สามารถ 1.บอก พฤติกรรม สุขภาพ กาย จิต สังคม จิต วิญญาณ 2.ร่างสัญญา การเรียนรู้ เกี่ยวกับ พฤติกรรม สุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และการ ดูแลตนเอง 3.แสดง หลักฐาน แห่ง ความสำเร็จ ของสัญญา การ เรียนรู้	การ ดูแล สุขภาพ ตนเอง แบบ องค์รวม เกี่ยวกับ พฤติกรรม สุขภาพ กาย จิต สังคม จิต วิญญาณ เกี่ยวกับ สังคม จิต วิญญาณ จิต สังคมน	ขั้นนำ 1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพตนเอง แบบองค์รวม 2.ทำสมาธิ ขั้นสอน 1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรม บอกพฤติกรรมสุขภาพกาย จิต สังคม จิต วิญญาณ 2.วิทยากรถามคำถามให้สะท้อนความคิด พฤติกรรมสุขภาพ คืออะไร ปฏิบัติได้อย่างไร ทำไมถึงต้องปฏิบัติ 3.วิทยากรบรรยายสัญญาการเรียนรู้ พร้อมแสดงตัวอย่าง สุขภาพกายได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย จิต ได้แก่ อารมณ์ สังคม ได้แก่ อาหารในครอบครัว จิตวิญญาณ ได้แก่ อาริใน ชุมชน สังคม และการดูแลตนเอง คือ อัตรานี อัตรโน นาโอ 4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่าง สัญญาการเรียนรู้ ขั้นสรุป 1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่างสัญญาการเรียนรู้ เกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองแบบ องค์รวม	1.ใบงาน สัญญา การเรียนรู้	.สังเกตจาก การบอก พฤติกรรม สุขภาพ กาย จิต สังคม จิต วิญญาณ และการ ดูแลตนเอง การร่าง สัญญา การเรียนรู้ เกี่ยวกับ พฤติกรรม สุขภาพ 1.อาหาร 2.ออก กำลังกาย 3.อารมณ์ 4.อาทร 5.อารี 6.อัตรานี อัตรโน นา โอ

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง เดือนเพ็ญเดือนแรมเวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ 1.บอกพฤติกรรมสุขภาพกาย จิต สังคม จิต วิญญาณ 2.ประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพกาย จิต สังคม จิต วิญญาณ 3.วางแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพกาย จิต สังคม จิต วิญญาณ	การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพจิต สังคม จิต วิญญาณ	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรเปิดเพลง แสงจันทร์</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>3.วิทยากรบอกให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวาดภาพดวงจันทร์อาจเป็นเดือนเต็มดวง หรือเดือนเสี้ยว</p> <p>4.แบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็น 2 กลุ่ม คือ เดือนเพ็ญ และเดือนเสี้ยว</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเดือนเพ็ญบอกพฤติกรรมสุขภาพกาย จิต สังคม จิต วิญญาณที่ดี</p> <p>กลุ่มเดือนเสี้ยวบอกพฤติกรรมสุขภาพกาย จิต สังคม จิต วิญญาณที่ไม่ดี</p> <p>2.วิทยากรอธิบายการประเมินพฤติกรรมสุขภาพหากเป็นพฤติกรรมที่ดีเป็นข้างขึ้น พฤติกรรมที่ไม่ดีเป็นข้างแรม สามารถบวกลบกันได้</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละวันไม่ให้เป็นข้างแรม</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนและประเมินพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองแบบองค์รวมในแต่ละวันได้</p>	<p>1.ใบงาน</p> <p>ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>2.เครื่องเสียง</p> <p>3.CDเพลง</p> <p>4.กระดาษ</p> <p>5.ปากกา ดินสอ</p>	<p>.สังเกตจากการบอกพฤติกรรมสุขภาพกาย จิต สังคม จิต วิญญาณ และการดูแลตนเอง</p> <p>การวางแผนและประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละวัน</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง บุฟเฟ่ต์ผักผลไม้ในคามมีดเวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกจำนวนของผักผลไม้ที่ทานเลือกอาหารที่ทานและปริมาณอาหารที่รับประทาน	การเลือกอาหารที่รับประทานโดยทัศนภาพความน่ารับประทานของอาหาร คำนี้ถึงคุณประโยชน์ของอาหารและปริมาณอาหารที่รับประทาน	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับผักผลไม้</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>3.ปิดตาผู้เข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>4.เสิร์ฟอาหารให้รับประทานประกอบด้วย ข้าวโพดต้มกล้วย แอปเปิล แดงโม สับปะรด มะละกอ ฝรั่ง บนจานสีขาว</p> <p>1 ทัพพี จานสีฟ้า 2 ทัพพี จานสีชมพู 3 ทัพพี</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่าอาหารที่รับประทานคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อรับประทานอาหาร ทำไมถึงต้องรับประทานอาหาร</p> <p>2.วิทยากรอธิบายถึงประโยชน์ของผักผลไม้และต้องรับประทานอย่างน้อยวันละ 5 ทัพพี</p> <p>3.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า จำนวนผักผลไม้ที่รับประทานคือเท่าไร รู้สึกอย่างไรเมื่อต้องรับประทานอาหารที่ไม่ได้เลือกจากเห็นภาพความน่ารับประทานของอาหาร ทำไมต้องรับประทานอาหารวันละ 5 ทัพพี</p> <p>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกสีของจานและจำนวนผักผลไม้ที่รับประทาน</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถรับประทานผักผลไม้ที่มีประโยชน์ได้</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถประมาณจำนวนผักผลไม้ที่รับประทานได้</p>	<p>1.ผ้าปิดตา</p> <p>2.จานสีขาว</p> <p>จานสีฟ้า</p> <p>จานสีชมพู</p> <p>3. ข้าวโพดต้ม</p> <p>แอปเปิล</p> <p>ฝรั่ง</p> <p>มะละกอ</p> <p>แดงโม</p> <p>สับปะรด</p> <p>4. กระดาษ</p> <p>5.ปากกา</p> <p>6.เครื่องเปิดCD</p> <p>7.CD</p> <p>เพลงเด็ก</p> <p>ดอยใจดี</p>	<p>สังเกตจากการบอกจำนวนผักผลไม้ที่รับประทาน</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง อ้วนซ่อนผ้าประเมินพลังงานเวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ 1.บอกโทษของความอ้วน 2.ควบคุมน้ำหนักโดยการประเมินพลังงานที่ได้รับกับการใช้น้ำหนักใช้พลังงานที่ได้รับกับการใช้พลังงานที่ 3.บอกวิธีควบคุมน้ำหนักและประเมินน้ำหนักในชีวิตประจำวันได้	การควบคุมน้ำหนักโดยประเมินพลังงานที่ได้รับกับการใช้น้ำหนักใช้พลังงาน	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับความอ้วนและการประเมินพลังงานที่ได้รับกับที่ใช้ไป</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>3.เล่นเกมมอญมอญซ่อนผ้าโดยที่ทุกคนใส่ผ้ากันเปื้อนและถุงทรายน้ำหนักประมาณ 5 กก.ไว้ โดยคนที่เป็นมอญไม่ต้องใส่เพื่อเปรียบเทียบการที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่า ความอ้วนคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อน้ำหนักขึ้น ทำไมน้ำหนักถึงขึ้น</p> <p>2.วิทยากรอธิบายการควบคุมน้ำหนักโดยการประเมินพลังงานที่ได้รับและที่ใช้ตามหลักธงโภชนาการ</p> <p>3.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การควบคุมน้ำหนักคืออะไร การควบคุมน้ำหนักทำอย่างไร ทำไมต้องควบคุมน้ำหนัก</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้วิธีควบคุมน้ำหนักโดยประเมินพลังงานที่ได้รับกับที่ใช้ได้</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถควบคุมน้ำหนักโดยประเมินพลังงานที่ได้รับกับที่ใช้ได้</p>	<p>1.ผ้ากันเปื้อน</p> <p>2.ถุงทราย</p> <p>3.ภาพธงโภชนาการ</p> <p>4.กระดาษ</p> <p>5.ปากกา</p> <p>6.เครื่องเปิดCD</p> <p>7.CDเพลงเด็กคอยใจดี</p>	สังเกตจาก การบอกวิธี ควบคุม น้ำหนัก โดย ประเมิน พลังงาน ที่ได้รับ กับที่ใช้

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง ตลาดนัดสุขภาพเวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ 1.บอกผลดีและผลเสียของอาหารที่เลือกซื้อ 2.บอกวิธีเลือกซื้ออาหารโดยประเมินพลังงาน เช่นเดียวกับมูลค่าเงินในชีวิตประจำวัน	การประเมินพลังงานจากอาหารที่เลือกซื้อตามแบบธงโภชนาการ	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับพลังงานที่ได้รับจากอาหาร</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่า อาหารคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อรับประทานอาหารที่ชอบ ทำไมถึงชอบอาหารนั้น</p> <p>2.วิทยากรยกตัวอย่างการซื้ออาหารด้วยราคาที่ต้องจ่ายกับรายได้ที่ทำได้</p> <p>เปรียบเทียบและแสดงการประเมินพลังงานที่ได้รับจากอาหารตามหลักธงโภชนาการกับพลังงานที่ใช้</p> <p>3.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การเลือกซื้ออาหารคืออะไร การเลือกซื้ออาหารทำอะไร ทำไมต้องควบคุมการเลือกซื้ออาหาร</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติจริงไปจ่ายตลาดเลือกซื้ออาหาร</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้วิธีเลือกซื้ออาหารโดยประเมินพลังงานที่ได้รับกับที่ใช้ได้</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเลือกซื้ออาหารโดยประเมินพลังงานที่ได้รับกับที่ใช้ได้</p>	1.ภาพธงโภชนาการ 2.กระดาษ 3.ปากกา	.สังเกตจาก การบอกวิธีเลือกซื้ออาหาร โดย ประเมินพลังงานที่ได้รับกับที่ใช้

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง ชีวิตโคกับการกินผักเวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของผักผลไม้ที่รับประทาน	การเลือกอาหารที่รับประทานโดยคำนึงถึงคุณค่าประโยชน์ของอาหารที่รับประทาน	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับผักผลไม้เปรียบเทียบกับกรกินเนื้อ</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>3.นำผู้เข้าร่วมกิจกรรมทัศนศึกษาโรงไถชีวิตโค</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่าการไถชีวิตโคคืออะไร ทำอย่างไรเมื่อต้องไถชีวิตโค ทำไมถึงต้องไถชีวิตโค</p> <p>2.วิทยากรเปิดคลิปการฆ่าโคที่โรงฆ่าสัตว์พร้อมอธิบายว่าโคถูกฆ่าเพื่อนำมาให้เรารับประทานการกินผักผลไม้เพิ่มลดการรับประทานเนื้อจะช่วยชีวิตโค</p> <p>3.ทำสมาธิ</p> <p>4.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่าการช่วยชีวิตโคคืออะไร ทำอย่างไรเพื่อช่วยชีวิตโค ทำไมการกินผักผลไม้จึงช่วยชีวิตโค</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของการรับประทานผักผลไม้</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกโทษของการรับประทานเนื้อ</p>	<p>1.สถานที่ไถชีวิตโค</p> <p>2.VCD เกี่ยวกับ การฆ่าชีวิตโคที่โรงฆ่าสัตว์</p> <p>3.กระดาษ</p> <p>4.ปากกา</p>	สังเกตจากการบอกประโยชน์ผักผลไม้ที่รับประทาน

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง เปลี่ยนแปลงชีวิตใหม่เวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความสำคัญและวิธีปฏิบัติของพฤติกรรมสุขภาพ	<p>พฤติกรรมการดูแลสุขภาพคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาหารปลอดภัย 2. ออกกำลังกาย 3. อารมณ์แจ่มใส 4. อนามัยสิ่งแวดล้อมน่าอยู่น่าอยู่ 5. อโรคยาพาปลอดโรค 6. อบอุ่นมุขมิยู่่ง 	<p>ขั้นนำ</p> <p>1. วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>2. ทำสมาธิ</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1. วิทยากรบรรยายถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตโดยยกตัวอย่างกรณีศึกษา คุณ รักเกียรติ สุขชนะ เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต</p> <p>2. วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ทำไมจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต</p> <p>3. วิทยากรบรรยายว่าการป้องกันโรคย่อมดีกว่าการรักษา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตก่อนเกิดวิกฤติ ย่อมดีกว่า พร้อมเปิดคลิปจาก VCD ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชีวิตใหม่ของนายเต่าเปลี่ยนไป</p> <p>4. วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า พฤติกรรมสุขภาพคืออะไร พฤติกรรมสุขภาพทำอะไร ทำไมต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p> <p>2..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ</p>	<p>1.VCD เรื่อง “ชีวิตใหม่ของนายเต่า เปลี่ยนไปเพราะ 6 อ.”</p> <p>2.หนังสือเรื่อง “ถ้ารู้ธรรมะ พระพุทธเจ้า อาตมา คงไม่เป็นเช่นนี้” ของ พระรักเกียรติ ชาติธรรมโม</p> <p>3. กระดาษ</p> <p>4.ปากกา</p>	<p>สังเกตจากการบอกพฤติกรรมสุขภาพ</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง กระจายขาเดียวเดินเร็วเวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของการเดินเร็วได้	ประโยชน์และเกณฑ์ที่กำหนดของการเดินเร็ว	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับการเดินเร็ว</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>3.วิทยากรจัดเตรียมสถานที่โดยตั้งเก้าอี้เป็นหมุดหมายห่างกัน 25 เมตร</p> <p>4.แจกเมล็ดถั่วแดงให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อนับรอบจำนวนคนละ 20 เมล็ด</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.จัดผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นแถวเป็นขบวนเป่านกหวีดให้เดินรอบเก้าอี้ห่างกัน 25 เมตร 1 รอบเท่ากับ 50 เมตร เมื่อครบ 1 รอบ ให้โยนเมล็ดถั่วแดงลงในถัง</p> <p>2.วิทยากรเป่านกหวีดให้เริ่มเดินพร้อมเปิดเพลงสร้างบรรยากาศเมื่อครบ 6 นาที เป่านกหวีดหยุด</p> <p>3.วัดระยะโดยคำนวณจากเมล็ดถั่วที่หายไปบวกกับระยะที่เดินไม่ครบรอบ</p> <p>4.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การเดินเร็วคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อเดิน ทำไมต้องเดิน</p> <p>5.ทำสมาธิ</p> <p>6.ให้ทุกคนยืนกระจายขาเดียว</p> <p>7.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การเดินต้องอาศัยอะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อเดินไม่ได้ ทำไมต้องถูกตัดขา</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์การเดินเร็ว</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีการเดินเร็ว</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกโทษของการไม่มีเท้า</p>	<p>1. สถานที่สำหรับเดิน</p> <p>2.เก้าอี้</p> <p>3.เมล็ดถั่วแดง</p> <p>4.ถัง</p> <p>5.สายวัด</p> <p>6. นกหวีด</p> <p>7. นาฬิกาจับเวลา</p> <p>8. CD เพลง</p> <p>9. เครื่องเสียง</p> <p>10. กระดาษ</p> <p>11. ปากกา</p>	<p>.สังเกตจากการเดินเร็วและบอกประโยชน์ของการเดินเร็ว</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง เเท้ก็สำคัญเวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ 1.บอก ความสำคัญของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะเท้าที่มักถูกละเลย 2.บอก วิธีการดูแลเท้า	<p>ความสำคัญของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะเท้าที่มักถูกละเลยและการดูแลเท้า</p>	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะเท้า</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมกระต่ายขาเกี่ยว โดยเลือกคนที่แข็งแรงที่สุดเป็นกระต่าย</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า เเท้คืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อไม่มีเท้า ทำไมต้องมีเท้า</p> <p>2.วิทยากรอธิบายวิธีการดูแลเท้า</p> <p>3.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การดูแลเท้าอะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อดูแลเท้า ทำไมต้องดูแลเท้า</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอก ความสำคัญของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะเท้า</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีการดูแลเท้า</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของการดูแลเท้า</p>	<p>1.เก้าอี้</p> <p>2.กะละมัง</p> <p>3.น้ำ</p> <p>4.ต่างเท้าทีม</p> <p>5.ผ้าเช็ดเท้า</p> <p>6.กระดาษ</p> <p>7.ปากกา</p>	สังเกตจากการบอกความสำคัญของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะเท้า และวิธีการดูแลเท้า

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง แม่งูหายใจใช้เวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความสำคัญของ การให้ ความเชื่อถือกัน ในครอบครัว	ประโยชน์ของความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัวและการหายใจเข้า</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>3.วิทยากรแจกชนไก่ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมแม่งูกลุ่มละ 10 คน</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อไม่เชื่อถือกัน</p> <p>ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี เป็นห่วงบุคคลในครอบครัว</p> <p>ทำไมต้องเชื่อถือกันสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว</p> <p>2.วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยิ้ม กอด สบตา สัมผัส สวัสดี สร้างความเชื่อถือกัน</p> <p>3.วิทยากรแสดงการบังคับลมหายใจเข้าโดยถือชนไก่</p> <p>ท่าทางจุก 1 นิ้ว ดุนาฬิกาหายใจเข้า 3 วินาทีหายใจออก 3 วินาที ไม่กลั้นลมหายใจ ไม่หายใจแรงจนชนไก่สั่นไหวพร้อมทั้งอธิบายประโยชน์ของการหายใจเข้า</p> <p>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทดลองปฏิบัติพร้อมเปิดเพลงเบาๆ อดิtrakการหายใจให้น้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที</p> <p>5.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การหายใจเข้าคืออะไร รู้สึกอย่างไร ทำไมต้องทำเมื่อเครียด</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์หายใจเข้า</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีการหายใจเข้า</p>	<p>1.ชนไก่</p> <p>2.นาฬิกาจับเวลา</p> <p>3.CD เพลง</p> <p>4.เครื่องเสียง</p> <p>5.กระดาษ</p> <p>6.ปากกา</p>	สังเกตจากการหายใจเข้า และบอกประโยชน์ของการหายใจเข้า ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง กาฟักไข่กับลมหายใจเวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกสาเหตุของความเครียด 1.บอกสาเหตุของความเครียด 2.บอกวิธีการคลายเครียด ด้วยการนอนทำสมาธิด้วยโยคะท่าศพ	สาเหตุของ ความเครียด และการคลายเครียด ด้วยการนอนทำสมาธิด้วยโยคะท่าศพ	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับความเครียด</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>3..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมกาฟักไข่กลุ่มละประมาณ 10 คน</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ความเครียดคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่ออยากได้หรือหวงของ ทำไมต้องจัดการความเครียด</p> <p>2.วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนอนทำสมาธิด้วยโยคะท่าศพ ผ่อนคลาย</p> <p>3.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่ารู้สึกอย่างไรเมื่อผ่อนคลาย นอนทำสมาธิด้วยโยคะท่าศพ</p> <p>4.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ความตายคืออะไร ถ้าจะตายท่านจะเลือกการตายอย่างไร ทำไมถึงเลือกการตายแบบนั้น</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกสาเหตุของความเครียด</p> <p>2..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของการจัดการความเครียด</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีการจัดการความเครียด</p> <p>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง</p>	<p>1. ลูกโป่ง</p> <p>2.CD เพลง</p> <p>3.เครื่องเสียง</p> <p>4. กระดาษ</p> <p>๕</p> <p>5. ปากกา</p>	<p>.สังเกตจากการบอกสาเหตุและวิธีการจัดการความเครียด และความสำคัญของการดูแลตนเอง</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง ชี้นำส่งเมืองสู่องค์กรรวมเวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความเชื่อมโยงของสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ	ความเชื่อมโยงของสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับสุขภาพองค์กรรวม</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมชี้นำส่งเมืองกลุ่มละประมาณ 5 คน</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า สุขภาพคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อสุขภาพร่างกายไม่ดีปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ทำไมต้องดูแลสุขภาพ</p> <p>2.วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับสุขภาพองค์กรรวมพร้อมทั้งยกตัวอย่างกรณีศึกษาโดยเปิดคลิปรายการ “ฉันรักเมืองไทย ตอนคุณไอเวนกับคุณวา” มีเนื้อหา คือ คุณวาประสบภัย สึนามิ สูญเสียลูกภรรยา บ้าน ทุกอย่างทำมีปัญหาสุขภาพจิต นอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง มาเป็นคนเร่ร่อนที่สนามหลวง คุณไอเวนเป็นอาสาสมัครมาช่วยเหลือให้เข้ารับประทาน พาไปรักษาที่โรงพยาบาล คุณวาสุภาพดีขึ้นไปช่วยเหลืองานอาสาสมัครคุณไอเวน ทำให้สุขภาพดีขึ้นทั้งกายและจิต</p> <p>3.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า สุขภาพองค์กรรวมคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อมีคนช่วยเหลือเรา ทำไมคนเราถึงต้องช่วยเหลือกัน</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความเชื่อมโยงของสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของการช่วยเหลือกัน</p>	<p>1. เครื่องคอมพิวเตอร์</p> <p>2. เครื่องเสียง</p> <p>3. กระดาษ</p> <p>4. ปากกา</p>	<p>สังเกตจากการบอกความเชื่อมโยงของสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และ ประโยชน์ของการช่วยเหลือกัน (จิตสาธารณะ-สุขภาพจิตวิญญาณ)</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ 1.บอกความสำคัญของศูนย์เรียนรู้ และ การช่วยเหลือสังคม	<p>การศึกษา</p> <p>านอก</p> <p>ระบบ</p> <p>และ</p> <p>การศึกษา</p> <p>ตาม</p> <p>อัธยาศัย</p> <p>โดยใช้</p> <p>ศูนย์เรียนรู้</p> <p>เชื่อมโยง</p> <p>กับ</p> <p>สุขภาพ</p>	<p>ชั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับศูนย์เรียนรู้</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>ชั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ศูนย์เรียนรู้คืออะไร ท่านหาความรู้ อย่างไร ทำไมต้องมีศูนย์เรียนรู้</p> <p>2.วิทยากรร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำ ความสะอาด ปรับปรุงศูนย์เรียนรู้</p> <p>บริจาคทรัพยากร เช่น หนังสือ การ จัดการ</p> <p>3.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิด ประโยชน์ของศูนย์เรียนรู้คืออะไร ท่าน รู้สึกอย่างไรเมื่อได้ทำเพื่อสังคม ทำไม ต้องทำเพื่อสังคม</p> <p>4.อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลดีของการ ช่วยเหลือสังคมกับสุขภาพ</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอก ประโยชน์ของศูนย์เรียนรู้</p> <p>2..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอก วิธีการใช้ ดูแลศูนย์เรียนรู้</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอก ประโยชน์ของการช่วยเหลือสังคม</p> <p>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความ เชื่อมโยงของการช่วยเหลือสังคมกับ สุขภาพ</p>	<p>1.ไม้</p> <p>กวาด</p> <p>2.ผ้า</p> <p>3.</p> <p>กระดาษ</p> <p>4.ปากกา</p>	<p>.สังเกตจาก</p> <p>การบอก</p> <p>ประโยชน์และ</p> <p>วิธีการใช้ศูนย์</p> <p>เรียนรู้ และ</p> <p>ผลดีของการ</p> <p>ช่วยเหลือ</p> <p>สังคม</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง ยาเป็นของจำเป็นในไขว้ของวิเศษเวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมและการดูแลสุขภาพของตนเองแบบองค์รวมทั้ง 2.บอกโทษของการใช้ยาเกินจำเป็น	การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมและผลข้างเคียงของยา การใช้ยาเกินจำเป็น	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับการใช้ยา</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ยาคืออะไร ใช้ยาอย่างไร ทำไมต้องใช้ยา</p> <p>2.วิทยากรแสดงภาพผู้ป่วยอย่างรุนแรง (Steven Johnson Syndrome) พร้อมอธิบายถึงการแพ้ยา</p> <p>3.วิทยากรแจกสลากยาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอ่านพร้อมอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง</p> <p>4.แสดงภาพผู้ใช้ยา steroid เกินขนาดมีอาการบวมที่เรียกว่า cushing Syndrome พร้อมอธิบายถึงผลข้างเคียงของยา และมีผลต่อตับไต ยาบางตัวอาจทำให้แท้งได้ เป็นต้น รวมทั้งทั้งปัญหาการคือยา แนะนำให้นำยาที่เหลือไปด้วยเมื่อ พบแพทย์รวมทั้งบอกอาการหรือสื่อสารกับแพทย์เมื่อใช้ยา</p> <p>5.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ผลเสียของใช้ยาเกินจำเป็นคืออะไร การใช้ยาที่ถูกต้องทำอย่างไร ทำไมถึงต้องใช้ยาเท่าที่จำเป็น</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีใช้ยาที่ถูกต้อง</p> <p>2..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกโทษของการใช้ยาเกินจำเป็น</p>	<p>1.ภาพผู้ป่วยแพ้ยายอย่างรุนแรง</p> <p>2.ภาพผู้ป่วยใช้ยาเกินขนาด</p> <p>3.สลากยา</p> <p>4.กระดาศ</p> <p>5.ปากกา</p>	<p>.สังเกตจากการบอกผลข้างเคียงของยา และผลเสียของการใช้ยาเกินขนาด</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง สุขภาพ(กาย)ซื้อไม่ได้1(อาหาร ออกกำลังกาย)

เวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์และวิธีปฏิบัติของพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย	พฤติกรรม สุขภาพ กาย เกี่ยว กับ อาหาร และ การ ออกกำลังกาย	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับสุขภาพกาย</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า สุขภาพกายคืออะไร ท่านรับประทานอาหารและออกกำลังกายอย่างไร ทำไมต้องมีสุขภาพกายที่ดี</p> <p>2.วิทยากรเปิดVCD ของกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายตามหลักธงโภชนาการ</p> <p>3.วิทยากรแนะนำ นักกีฬาทีมชาติ คุณ ภาณุพงศ์ ประทีป เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย</p> <p>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสนทนากับนักกีฬาทีมชาติ คุณ ภาณุพงศ์ ประทีป เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย</p> <p>5.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและออกกำลังกายคืออะไร พฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้านอาหารและออกกำลังกายทำอย่างไร ทำไมต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและออกกำลังกายที่ดี</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและออกกำลังกายที่ดี</p> <p>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของ พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและออกกำลังกายที่ดี</p>	<p>1.VCD เรื่อง อาหาร และ การ ออกกำลังกาย ตาม หลักธง โภชนา การของ กระทรวง 2.โทรทัศน์ 3.กระดาษ 4.ปากกา</p>	<p>.สังเกต จาก การบอก วิธีการ ปฏิบัติ พฤติกรรม สุขภาพ ด้าน อาหาร และออก กำลัง กายที่ดี และ ประโยชน์ ของพฤติกรรม สุขภาพ ด้าน อาหาร และออก กำลัง กายที่ดี</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง สุขภาพ(จิต)ซื้อไม่ได้(อารมณ์)เวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์และวิธีปฏิบัติของพฤติกรรมสุขภาพจิตด้านอารมณ์	พฤติกรรมสุขภาพจิตเกี่ยวกับอารมณ์	<p>ขั้นนำ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับสุขภาพจิต 2.ทำสมาธิ 3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมปิดตาเหยียบลูกโป่ง <p>ขั้นสอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า สุขภาพจิตคืออะไร หากต้องสูญเสียดวงตารู้สึกอย่างไร ทำไมต้องมีสุขภาพจิตที่ดี 2.วิทยากรแนะนำ ศิลปินตาบอด คุณสมบัติ สิมหล้า เกี่ยวกับการปรับตัว อารมณ์เมื่อต้องตาบอด 3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสนทนากับศิลปินตาบอด คุณสมบัติ สิมหล้า เกี่ยวกับการปรับตัวในการดำเนินชีวิต และปรับ อารมณ์ 4.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า เมื่อต้องพบวิกฤติสิ่งสำคัญในการปรับตัวเมื่อเกิดวิกฤติคืออะไร การปรับตัวเพื่อมีสุขภาพจิตที่ดีเมื่อเกิดวิกฤติทำอย่างไร ทำไมสุขภาพจิตที่ดีเมื่อเกิดวิกฤติจึงสำคัญ <p>ขั้นสรุป</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ดี 2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ดี 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ลูกโป่ง 2.ผ้าปิดตา 3.กระดาษ 4.ปากกา 	สังเกตจาก การบอกวิธีการปฏิบัติ พฤติกรรม สุขภาพจิตที่ดี และ ประโยชน์ของ พฤติกรรม สุขภาพจิตที่ดี

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง สุขภาพ(สังคม)ซื้อไม่ได้(อาหารในครอบครัว)เวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์และวิธีปฏิบัติของพฤติกรรมสุขภาพสังคม	พฤติกรรม สุขภาพสังคม	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับสุขภาพสังคม</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า สุขภาพสังคมคืออะไร ท่านปฏิบัติอย่างไร ทำไมต้องมีสุขภาพสังคมที่ดี</p> <p>2.วิทยากรเปิดคลิปจากรายการตีสิบในวันแม่ ตัวอย่างพ่อแม่ตาบอดเลี้ยงลูกร้องเพลงค่าน้ำนม จาก youtube</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยิ้ม ชม กอด สบตา สัมผัส สวัสดิ์</p> <p>4.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน</p> <p>ความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การกระทำดังกล่าวหากทำกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน</p> <p>5.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนบ้านที่ดีคืออะไร ท่านรู้สึกอย่างไร หากปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสังคมเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ทำไมต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและเพื่อนบ้าน</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีการปฏิบัติให้มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและเพื่อนบ้าน</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและเพื่อนบ้าน</p>	<p>1. เครื่องคอมพิวเตอร์พีวีเตอร์</p> <p>2.กระดาษ</p> <p>3.ปากกา</p>	<p>สังเกตจากการบอกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสังคมที่ดี และประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพสังคมที่ดี</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง สุขภาพ(จิตวิญญาณ)ซื้อไม่ได้(อารีในสังคม ชุมชน)เวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพจิตวิญญาณ	พฤติกรรม สุขภาพจิต วิญญาณ	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับสุขภาพจิตวิญญาณ</p> <p>2.ทำสมาธิกับศพที่ศูนย์เรียนรู้</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่าสุขภาพจิตวิญญาณคืออะไร ท่านปฏิบัติอย่างไร ทำไมต้องมีสุขภาพจิตวิญญาณที่ดี</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับชีวิตกับความตาย การทำบุญ บริจาค ช่วยเหลือสังคม</p> <p>3.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การทำบุญ บริจาค ช่วยเหลือสังคมคืออะไร ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อทำบุญ บริจาค ช่วยเหลือสังคม ทำไมต้องทำบุญ บริจาค ช่วยเหลือสังคม</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีการปฏิบัติให้มีจิตวิญญาณที่ดี</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์วิธีการปฏิบัติให้มีจิตวิญญาณที่ดี</p>	<p>1.ศูนย์เรียนรู้ที่ทำสมาธิกับศพ</p> <p>2.กระดาษ</p> <p>3.ปากกา</p>	<p>.สังเกตจากการบอกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจิตวิญญาณที่ดีและประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพจิตวิญญาณที่ดี</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง สุขภาพซื้อไม่ได้ยากได้ต้องทำเอง

(อัตรานาถิ อัตรานาถิ) เวลา 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์และวิธีปฏิบัติของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การดูแลตนเองคืออะไร ท่านปฏิบัติอย่างไร ทำไมต้องมีการดูแลตนเองที่ดี</p> <p>2.วิทยากรแจกเอกสารการดูแลตนเองแบบองค์รวมจากหนังสือ อ.อ่างสุขภาพ โดย ผศ.นพ.สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ แผนกหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอ่าน</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>ความสำคัญของการดูแลตนเองแบบองค์รวม5.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่าการดูแลตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดคืออะไร ท่านรู้สึกอย่างไรหากปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำไมต้องการดูแลตนเองแบบองค์รวม</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์การดูแลตนเองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p>1. หนังสือ</p> <p>อ. อ่างสุขภาพ สุขภาพ</p> <p>2. กระดาษ</p> <p>3. ปากกา</p>	<p>สังเกตจาก การบอกวิธีการปฏิบัติกา รดูแลตนเองแบบองค์รวมเพื่อ ป้องกันโรคหัวใจ และ หลอดเลือด และ ประโยชน์ของ การดูแลตนเองแบบองค์รวม</p>

ตาราง แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง แลกเปลี่ยนเรียนรู้เวลา 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความสำคัญ ของพฤติกรรม การดูแล สุขภาพตนเองแบบองค์รวมจาก การปฏิบัติใน ชีวิตจริง	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมจาก การปฏิบัติในชีวิตจริง	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับสุขภาพองค์รวม</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจับคู่กันผลัดกันเล่าถึงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมจากการปฏิบัติในชีวิตจริงที่ สำเร็จ โดยผู้ฟังต้องฟังอย่างลึกซึ้ง</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมผลัดกันเล่าถึง พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมจากการปฏิบัติในชีวิตจริงที่ สำเร็จของกลุ่ม</p> <p>3.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมคืออะไร พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมจากการปฏิบัติในชีวิตจริงที่ สำเร็จทำได้อย่างไร ทำไมถึงเลือก พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมจากการปฏิบัติในชีวิตจริงอย่างนั้น</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมจาก การปฏิบัติในชีวิตจริง</p> <p>2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ ของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบ องค์รวมจากการปฏิบัติในชีวิตจริง</p>	<p>1.กระดาษ</p> <p>2.ปากกา</p>	สังเกตจาก การบอกวิธี และ ประโยชน์ พฤติกรรม การดูแล สุขภาพ ตนเอง แบบองค์ รวมจาก การปฏิบัติ ในชีวิตจริง

ตารางที่ แสดงแผนการจัดกิจกรรม เรื่อง ตรวจสอบรายงานสัญญาณการเรียนรู้ เวลา 9 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม 2.เห็นผลของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	พฤติกรรมกรรรม การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	<p>ขั้นนำ</p> <p>1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม</p> <p>2.ทำสมาธิ</p> <p>ขั้นสอน</p> <p>1.วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม</p> <p>2.วิทยากรตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรายงาน และแสดงหลักฐานแห่งความสำเร็จของการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมตามสัญญาณการเรียนรู้</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>1..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกวิธีปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม</p> <p>2..ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม</p>	<p>1. กระดาษ</p> <p>2.ปากกา</p> <p>3. แบบสอบถาม</p> <p>4. เครื่องวัดความดันโลหิต</p> <p>5.ที่วัดส่วนสูง</p> <p>6.เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>7.สายวัด</p>	<p>สังเกตจากการบอกวิธีและประโยชน์พฤติกรรม</p> <p>การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมและผลของพฤติกรรม</p> <p>การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม</p>

คู่มือ

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเบาหวาน



เอกสารประกอบการอบรมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน
และการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ
เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
ของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการเจ็บป่วยที่สำคัญเกิดขึ้นจากการมีไขมันไปอุดตันในหลอดเลือดที่หล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เกิดการปวดเค้นหัวใจและทำให้หัวใจขาดเลือดและออกซิเจน ถ้ามีอาการอุดตันมากกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากการขาดออกซิเจนนานอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อาการหัวใจขาดเลือดมีลักษณะปวดเค้นกลางหน้าอก เจ็บหลายนาที อาจร้าวไปที่แขน ไหล่ซ้าย ข้อศอก ขากรรไกร หรือไปที่ด้านหลังก็ได้ อาการอื่นที่ร่วมด้วย ได้แก่ แน่นหน้าอกหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นลมหมดสติ เหงื่อออกมาก

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้จำนวนมากต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากการอยู่ในสภาพอัมพฤกษ์ อัมพาต รวมทั้งสูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว และความสามารถทางสมอง สมองเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์บัญชาการของร่างกาย โรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ โรคสมองขาดเลือด เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคเลือดออกจากสมอง เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก อาการเริ่มแรกของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการชาบริเวณ ใบหน้า และ/หรือ แขน ขา การคิดสับสน พูดลำบาก หรือคนอื่นฟังเข้าใจยาก เดินลำบาก งุนงง ทรงตัวไม่ได้เหมือนปกติ มองเห็นไม่ชัด เห็นภาพซ้อน ปวดศีรษะรุนแรง เป็นลมหมดสติ ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน คอเลสเตอรอลในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และเส้นโลหิตตีบในสมอง อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ต้องสูญเสียอวัยวะ มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน โรคนี้เกิดขึ้นจากระบบควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ เนื่องจากขาดฮอร์โมนอินซูลิน(insulin) หรือมีภาวะการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ เบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินพบตั้งแต่เด็ก เบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ทราบสาเหตุ เบาหวานชนิดที่ 3 เกิดจากตับอ่อนอักเสบ เบาหวานชนิดที่ 4 เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ เบาหวานชนิดที่ 2 พบบ่อยที่สุดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 80 จากผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมดโดยเกิดจากดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลินซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน เบาหวานชนิดนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนทั่วไป เพราะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดในร่างกายรวมถึงหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดส่วนปลายโดยเฉพาะตา ไต เท้า การทำนายโอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2(diabetes risk score)ในคนไทย แสดงได้ดังตารางข้างล่างนี้

ตาราง แสดงการทำนายโอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2(diabetes risk score)ในคนไทย

ปัจจัย	คะแนน	ปัจจัย	คะแนน
อายุ น้อยกว่า 45 ปี 45 – 49 ปี ตั้งแต่ 50 ปี	0 1 2	ดัชนีมวลกาย(BMI) น้อยกว่า 23 กก./ม ² . ตั้งแต่ 23 กก./ม ² .ถึงน้อยกว่า 27.5 กก./ม ² . ตั้งแต่ 27.5 กก./ม ² .ขึ้นไป	0 3 5
เพศ ผู้หญิง ผู้ชาย	0 2	เส้นรอบวงเอว น้อยกว่า 90 ซม.ในผู้ชาย, น้อยกว่า 80 ซม. ในผู้หญิง ตั้งแต่ 90 ซม.ขึ้นไปในผู้ชาย, ตั้งแต่ 80 ซม. ขึ้นไปในผู้หญิง	0 2
มีประวัติเบาหวานในพ่อแม่ พี่ น้อง ไม่มี มี	0 4	ความดันโลหิตสูง(ตั้งแต่ 140/90 มม. ปรอทขึ้นไป) ไม่มี มี	0 2

รวมคะแนนทั้งหมดที่ได้แล้วแปลผล ดังนี้

คะแนนรวม	โอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 12 ปี ข้างหน้า	การแปลผล
ตั้งแต่ 11 ขึ้นไป	ร้อยละ 31 ขึ้นไป	อันตราย
9 – 10	ร้อยละ 21 ถึง 30	เสี่ยงสูงมาก
6 – 8	ร้อยละ 11 ถึง 20	เสี่ยงสูง
3 – 5	ร้อยละ 5 ถึง 10	เสี่ยงปานกลาง
ตั้งแต่ 2 ลงมา	ร้อยละ 0 ถึง 4	เสี่ยงต่ำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการชัดเจน ผู้ป่วยจึงมักไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ ดังนั้นคนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปจึงควรได้รับการตรวจความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเราสามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้หากปรับวิถีการดำเนินชีวิต แสดงได้ดังตารางข้างล่างนี้

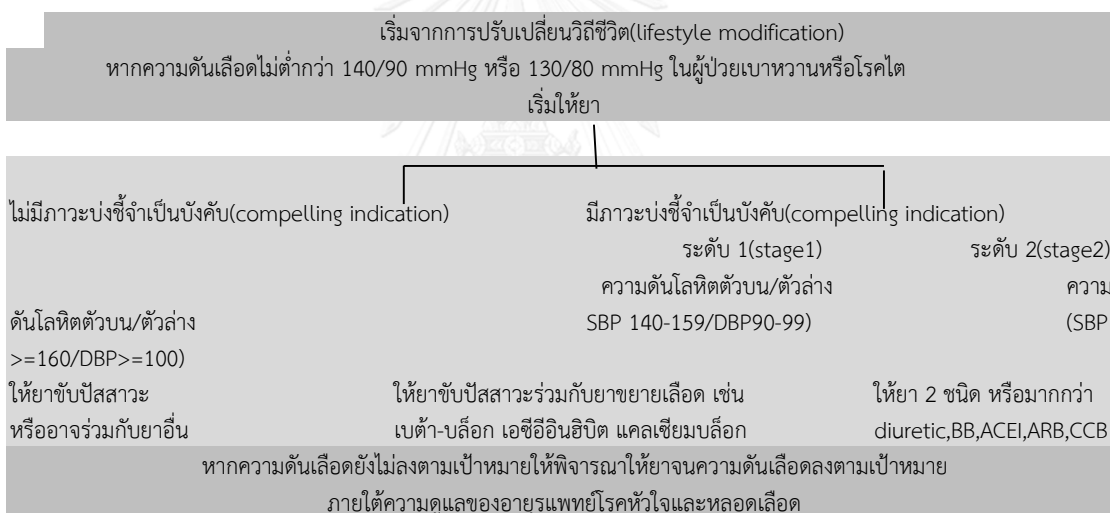
ตาราง แสดงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

เงื่อนไขที่ควบคุม	ข้อเสนอแนะ	การลดลงโดยเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต
การลดน้ำหนัก	ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับพอเหมาะ (รักษาดัชนีมวลกาย(BMI) ไว้ที่ 18.5-24.9 kg./m ²)	5-20 มม.ปรอทต่อน้ำหนักที่ลดลง 10 กก.
การบริโภคอาหาร	เน้นบริโภคผัก ผลไม้เป็นหลักมากกว่า 5 ทัพพีต่อวัน และลดไขมัน	8-14 มม.ปรอท
การบริโภคเกลือในแต่ละวัน	ลดการบริโภคเกลือให้เหลือไม่เกินวันละ 2.4 กรัม	2-8 มม.ปรอท
กิจกรรมทางกาย	ออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ 5 กม. หรือ 10,000ก้าว ทุกวัน	4-9 มม.ปรอท
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ชายดื่มไม่เกินวันละ 2 แก้ว ผู้หญิงไม่เกินวันละ 1 แก้ว	2-4 มม.ปรอท

การรักษาความดันโลหิตสูงมีเป้าหมาย คือ ให้ความดันเลือดต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท และหากมีเบาหวาน หรือโรคไตร่วมด้วยความดันเลือดต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท ในการให้ยาลดความดันเลือดมีหลายกลุ่ม ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ(diuretics), เบต้า บล็อก(beta blocker, BB), แอนจิโอเทนซินอินฮิบิเตอร์(angiotensin-converting enzyme inhibitor, ACEI), แอนจิโอเทนซิน บล็อก(angiotensin receptor blocker, ARB), แคลเซียม บล็อก(calcium chanel blocker, CCB), ยาต้านแอลโดสเตอโรน(aldosterone antagonist, aldoANT) การให้ยาลดความดันโลหิตจะปรับเปลี่ยนตามระดับความดันโลหิตโดยมากมักเป็นการรวมยาหลายกลไก หรือให้ยาร่วมกัน (combined-drug) โดยหากเป็นความดันโลหิตกลุ่มไม่รุนแรง(mild hypertension) ให้ยาขับปัสสาวะ(diuretic)อาจร่วมกับยากลุ่มอื่น กลุ่มปานกลาง(moderate) หรือรุนแรง(severe hypertension)(ความดันโลหิตตัวบน 160-180/ตัวล่าง 100-110 mmHg) ให้ยาร่วมกัน(combine-drug) ตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป ได้แก่ diuretic, BB, ACEI, CCB, ARB, aldo ANT และตรวจติดตามระดับความดันเลือดให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท และพิจารณาความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

อาจให้ยาลดระดับไขมันในเลือด หรือ ยาต้านเกล็ดเลือด(aspirin)ร่วมด้วย แต่หากมีข้อบ่งชี้ (compelling condition)จำเป็นที่จะต้องได้ยา ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว(heart failure) จะให้ยา ร่วมกัน(combine-drug) คือ diuretic, BB, ACEI, ARB, aldoANT ถ้าเป็นหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจ ตาย(post myocardial infarction)ให้ยา BB, ACEI, aldoANT ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาด เลือดสูง(high coronary disease risk) ให้ยา diuretic, BB, ACEI, CCB ถ้าเป็นเบาหวาน(DM.) ให้ยา diuretic, BB, ACEI ,ARB, CCB ถ้าเป็นโรคไตเรื้อรัง(chronic kidney disease) ให้ยา ACEI, ARB และ ถ้าป้องกันการเป็นโรคเส้นเลือดสมองตีบ แตก ตัน กลับซ้ำ(recurrent stroke prevention) ให้ ยา diuretic, ACEI เป็นต้น อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตพบว่ามีผลสำคัญเช่นกัน ซึ่งจาก การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากการ รักษาแบบผสมผสาน(multifactorial intervention)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนว ททางการรักษาตามที่สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกาเสนอไว้ดังภาพข้างล่าง



ไขมันในเลือดผิดปกติ คอเลสเตอรอล(cholesterol) เป็นไขมันชนิดหนึ่งซึ่งร่างกายขาดไม่ได้ เพราะเป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ และเป็นสารตั้งต้นกำเนิดของฮอร์โมนในร่างกายหลายชนิด รวมทั้งกรดน้ำดี โดยปกติร่างกายสามารถสร้างคอเลสเตอรอลขึ้นได้เอง และได้รับสมทบจากอาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ อาหารทะเล เครื่องใน ไข่แดง นม และอื่นๆ รวมทั้งการได้รับไขมันอิ่มตัวจากพืช เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว หรือกะทิ ซึ่งไขมันอิ่มตัวจากพืชเหล่านี้ไม่มีคอเลสเตอรอลแต่สามารถไปเพิ่มปริมาณคอเลสเตอรอลได้หากรับประทานมากๆ เมื่อร่างกายมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าปกติจะส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบตันในที่สุด กลายเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามการมีระดับคอเลสเตอรอลสูงไม่ได้นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดเสมอไป เพราะคอเลสเตอรอลในเลือดมีอยู่ 2 แบบ คือ แอลดีแอล

คอเลสเตอรอล(LDL-C) และเอชดีแอล คอเลสเตอรอล(HDL-C) แอลดีแอล คอเลสเตอรอล คือ ตัวก่อโทษที่ต้องควบคุมให้อยู่ในระดับต่ำ เพราะเมื่อมีปริมาณมากเกินไปจะเกาะรวมกับสารอนุมูลอิสระไปอยู่ตามผนังหลอดเลือด และทำให้หลอดเลือดแดงแข็งได้ในที่สุด ส่วนเอชดีแอล คอเลสเตอรอลเป็นตัวช่วยลำเลียงคอเลสเตอรอลที่เหลือจากการใช้งานของเซลล์มายังตับ ทำให้มีหลงเหลือไปเกาะผนังเส้นเลือดน้อยลง สำหรับไตรกลีเซอไรด์(triglyceride)ซึ่งมีฤทธิ์ไม่ต่างจากแอลดีแอล คอเลสเตอรอลจัดเป็นไขมันอีกประเภทหนึ่ง ที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหาร ข้าว แป้ง น้ำตาล ไขมันผลไม้ที่มีรสหวาน และแอลกอฮอล์มากเกินไป

ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในลักษณะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีด้วยกัน 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มแรก คือ กลุ่มที่มีแอลดีแอล คอเลสเตอรอล รวมทั้งระดับคอเลสเตอรอลโดยรวมสูง
 กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มที่มีไตรกลีเซอไรด์สูง และ/หรือระดับเอชดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ
 กลุ่มที่สาม คือ กลุ่มที่มีอาการครบทั้งแบบของกลุ่มแรกและกลุ่มที่สอง
 ดังนั้นระดับไขมันในเลือดที่เหมาะสมมี ดังนี้

ไขมันดี	เอชดีแอล คอเลสเตอรอล	มากกว่า 40 มก./ดล. ในผู้ชาย และมากกว่า 50มก./ดล.ในผู้หญิง
ไขมันไม่ดี	ปริมาณคอเลสเตอรอล โดยรวม	น้อยกว่า 240 มก./ดล
	แอลดีแอล คอเลสเตอรอล	น้อยกว่า 160 มก./ดล.
	ไตรกลีเซอไรด์	น้อยกว่า 200 มก./ดล.

แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติแต่ละกลุ่มนั้นแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม การเน้นบริโภคผัก ผลไม้ และธัญพืช ซึ่งเป็นกลุ่มอาหารที่ปลอดไขมันในกลุ่มที่ก่อพิษให้มากขึ้นควบคู่กับการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นทางสายกลางที่ทุกคนควรทำเพื่อสร้างปราการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจากพิษไขมันแสดงได้ดังตารางข้างล่าง

ตาราง แสดงสิ่งที่ควรลดเพื่อเลี้ยงไขมันก่อพิษ

สิ่งที่ควรลด	แนวทางทดแทน
1.ลดปริมาณไขมันในอาหาร	เลี้ยงอาหารผัด ทอด เลือกดีมนมไขมันต่ำ
2.ลดปริมาณไขมันอิ่มตัวให้ น้อยกว่าร้อยละ 7 ของพลังงานทั้งหมด	กินเฉพาะเนื้อ เลียงเนื้อติดมัน หนังสัตว์ น้ำมัน ปาล์ม น้ำมันมะพร้าว และกะทิ
3.ลดปริมาณคอเลสเตอรอลในอาหาร ให้เหลือน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อวัน	กินไข่แดงไม่เกิน 2-3 ฟองต่อสัปดาห์ เลี่ยงการกิน เครื่องในสัตว์ และอาหารทะเลที่มีคอเลสเตอรอลสูง
4.ลดปริมาณไขมันประเภททรานส์	ลด และเลี่ยงมาการีน ขนมปิ้ง เค้ก ของทอด
5.ลดน้ำหนักถ้าอ้วน	ลดให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักเริ่มต้น ไม่กินของหวาน ผลไม้หวานมากเกินไป เพิ่มใย อาหาร เช่น ข้าวกล้อง ธัญพืช ผัก
6.ลดโปรตีนจากสัตว์	กินโปรตีนจากพืชทดแทน โดยเฉพาะถั่วเหลืองควร กินให้ได้ 25 กรัมต่อวัน

รอบเอวของคนรุ่นปัจจุบันที่ใหญ่ขึ้นกว่าคนยุคก่อนๆ เป็นสัญญาณเตือนภัยที่ใกล้ตัวที่สุดที่เรา กำลังเผชิญความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น ขนาดรอบเอวสะท้อนถึงปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย และเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะน้ำหนักเกินจนถึงขั้นอ้วน ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการนำไปสู่โรคภัยแรงหลายโรครวมถึงโรคหลอดเลือดแดงแข็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ในคนเอเชียรอบเอวปกติไม่ควรเกิน 90 ซม.ในผู้ชาย และ ไม่เกิน80 ซม.ในผู้หญิง๖ตำแหน่งเอวที่วัด คือ วัดผ่านจุดกลางระหว่างชายโครง และขอบบนของกระดูกปีกสะโพก ผ่านเหนือสะดือเล็กน้อย แนววัดขนานกับพื้น) โรคอ้วนมีผลกระตุ้นระบบต่างๆของร่างกายทำให้มีน้ำ และเกลือคั่งในร่างกาย เพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ผนังหัวใจหนาขึ้น ขนาดของหัวใจโตขึ้น และการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว จนมีโอกาสเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเกิดหัวใจล้มเหลวที่นำไปสู่การเสียชีวิตเฉียบพลันได้ ค่าดัชนีมวลกาย(Body Mass Index: BMI) ซึ่งคำนวณจากน้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง นับเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วนได้ และยังตัวเลขดัชนีมวลกายที่ห่างจากค่ามาตรฐานมากเท่าไร โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจยิ่งมากขึ้นเท่านั้น โดยทั่วไปคนเอเชียถือว่าคนที่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน 23 กก./ม.² เข้าข่ายน้ำหนักเกินและถ้าเกิน 25 กก./ม.² เข้าข่ายอ้วน แม้ว่าเรื่องของพันธุกรรม และวัยที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน แต่สาเหตุที่พบว่าสำคัญที่สุดในยุคปัจจุบันเกิดจากเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม ได้แก่การบริโภคเกินพอดี และการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยเกินไป

ทุกวันนี้มีผลการศึกษาที่ยืนยันชัดเจนแล้วว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับอายุที่ยืนยาว โดยไม่ขึ้นกับปัจจัยทางพันธุกรรมแม้เมื่อตอนอายุมากแล้ว สามารถลดความเสี่ยง หรือโอกาสของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอ้วน ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้า และช่วยทำให้ระดับไขมันในร่างกายดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และหลอดเลือดสมองตีบเป็นอย่างดี การเคลื่อนไหวร่างกายที่ส่งผลดีต่อสุขภาพไม่จำเป็นต้องทำโดยการออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาอย่างหักโหมเพียงแค่ว่ากิจกรรมทางกายที่ใช้แรงปานกลาง หรือหายใจเร็วขึ้นเล็กน้อย เช่นการเดินเร็ว การทำสวน การทำงานบ้าน ครั้งละนาน 10 นาทีขึ้นไป โดยสะสมให้ได้มากกว่า 30 นาทีต่อวัน และสัปดาห์ละ 5 วันขึ้นไป หรือได้ 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือคนที่สามารถมีกิจกรรมทางกายที่ใช้แรงค่อนข้างหนักมาก หรือเหนื่อยจนหายใจหอบ เช่นการวิ่ง ว่ายน้ำ การยกของหนักมาก ควรทำได้อย่างน้อยวันละ 20 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ หรือรวมได้ 60 นาทีต่อสัปดาห์ กิจกรรมทางกายเหล่านี้อาจเป็นการเล่นกีฬา การออกกำลังกายที่มีรูปแบบ เช่น การเต้นแอโรบิก รำกระบอง รำมวยไทย ไทเก๊ก และอื่นๆ หรือเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่นที่ทำงาน ที่บ้าน การเดินทาง หรือทุกหนทุกแห่งที่สะดวก ก็เพียงพอสำหรับการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ประมาณร้อยละ 30 และถ้าทำมากขึ้น โดยทำแรงขึ้น หรือทำนานขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับจะเพิ่มพูนยิ่งขึ้น ตัวอย่างกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพเท่าเทียมกับการเดินเร็ว แสดงได้ดังตารางข้างล่าง

ตาราง แสดงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์เทียบเท่ากับการเดินเร็ว 30 นาที

กิจกรรม	ระยะเวลา	กิจกรรม	ระยะเวลา	กิจกรรม	ระยะเวลา
ล้างและเช็ดขัดรถยนต์	45-60 นาที	ทำสวน ขุดดิน	30-45 นาที	เดินรำในจังหวะเร็ว	30 นาที
เช็ดถูบ้าน หน้าต่าง	45-60 นาที	หมุนล้อรถเข็น(ผู้พิการ)	30-45 นาที	คราดหญ้า	30 นาที
เล่นวอลเลย์บอล	45 นาที	เดินประมาณ 2.8 กม.	35 นาที	เดินประมาณ 3 กม.	30 นาที
ชู้ตลูกบาสเกตบอล	30 นาที	ขี่จักรยานประมาณ 8 กม.	30 นาที	ว่ายน้ำ	20 นาที
เต้นแอโรบิกในน้ำ	30 นาที	เล่นบาสเก็ตบอล	15 นาที	กระโดดเชือก	15 นาที
ขี่จักรยาน 6.4 กม.	15 นาที	วิ่งประมาณ 2.4 กม.	15 นาที	เดินขึ้นบันได	15 นาที

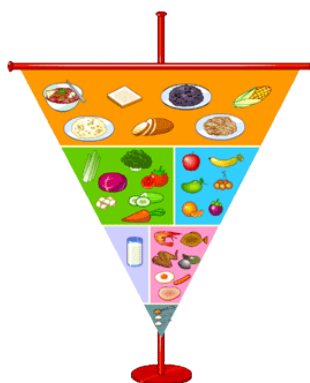
จากทิศทางการผลิตอาหารของโลกยุคใหม่รวมทั้งกลยุทธ์ของการโฆษณาที่มุ่งเน้นให้คนหันมานิยมบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ทำมาจากเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูงรวมทั้งอาหารที่มีการเติมเกลือโซเดียม โน้มนำให้ผู้คนมากมายในยุคปัจจุบันเผชิญกับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือด ทุกวันนี้เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าปริมาณพลังงานที่ได้จากอาหาร คุณภาพและปริมาณของไขมันในอาหาร ปริมาณผักและผลไม้ และปริมาณโซเดียมที่เข้าสู่ร่างกาย คือ เจ็อนไขสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า อาหารที่ส่งผลต่อการเกิดหรือการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นบทบาทที่เกิดจากสารอาหารหลายตัวร่วมกัน ดังนั้นคำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปในปัจจุบันจึงได้แนะนำการบริโภคในรูปอาหารมากกว่าในรูปเม็ดยา หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แนวทางดังกล่าว ได้แก่ การบริโภคผักผลไม้ และถั่วเมล็ดแห้งในปริมาณมากเพียงพอในแต่ละวันและเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ สรรพคุณของการบริโภคอาหารดังกล่าวเกิดจากการได้รับใยอาหารมากเพียงพอ การที่ไขมันในถั่วเมล็ดแห้งเป็นกรดไขมันคุณภาพดี คือ มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง และอุดมด้วยสารพฤกษเคมี(phytochemicals)ต่างๆ ที่มีคุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ และคุณสมบัติเฉพาะที่มีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง การบริโภคตามธงโภชนาการ ประกอบด้วยข้าววันละ 8-12 ทัพพี ผัก วันละ 4-6 ทัพพี ผลไม้วันละ 3-5 ส่วน นมวันละ 1-2 แก้ว เนื้อสัตว์วันละ 6-12 ช้อนกินข้าว น้ำมัน น้ำตาล เกลือ วันละน้อยๆ วิธีที่ดีที่สุด คือ การเลือกบริโภคอาหารที่เป็นแหล่งของสารอาหารตามธรรมชาติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น ใยอาหาร(fiber) จากผลการศึกษาที่ผ่านมา นำมาสู่ข้อแนะนำให้บริโภคใยอาหารประมาณวันละ 15 กรัมต่อพลังงาน 1,000 กิโลแคลอรี สารต้านอนุมูลอิสระ(antioxidant) สารอาหารในกลุ่มนี้ได้แก่ วิตามินซี วิตามินอี แคโรทีนอยส์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่าสารอาหารเหล่านี้เดี่ยวๆมีผลต่อการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โฟเลต นักวิชาการแนะนำว่า ถ้าต้องการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ควรเลือกบริโภคอาหารที่เป็นแหล่งของโฟเลตให้มากพอและเป็นประจำได้แก่ ผักใบเขียว สารพฤกษเคมีต่างๆ เช่น ฟลาโวนอยด์ที่พบในผักผลไม้ เช่น ใบชา หัวหอม แอปเปิล และอื่นๆ อาจมีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ยังไม่ชัดเจน สารที่อาจมีคุณสมบัติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ สาร isothiocyanates และ indoles ซึ่งพบมากในผักตระกูลกะหล่ำ สาร sulfides ซึ่งพบมากในหัวหอมและกระเทียม สาร terpenes ซึ่งพบมากในพืชตระกูลส้ม สาร phytoestrogen ซึ่งพบมากในถั่วเหลือง ส่วนชนิดอาหารที่ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ธัญพืช ข้าว ข้าวโพดและเมล็ดพืชประเภทต่างๆ ถั่ว เช่นถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วแดง ถั่วดำ และอื่นๆ ผักผลไม้ นัท เช่น แอลมอนต์ เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ วอลนัท และอื่นๆ ปลาประกอบด้วยไขมันปลาที่เรียกว่า omega-3 น้ำมันมะกอก ส่วนอาหารที่ควรลด คือ อาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานแคลอรีสูง เช่น ขนมหวาน น้ำหวาน ขนมเค้ก คุกกี้ เกลือโซเดียมคลอไรด์ ลักษณะของรูปแบบการกินอาหารอย่างฉลาด คือ บริโภคผัก ผลไม้ พืชตระกูลถั่ว ธัญพืชไม่ขัดสี ปลา มีรายงาน ว่า กลุ่มประชากรที่เป็นมังสวิรัติมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำ จากปัจจัยเสี่ยงหลักด้านกายภาพ พฤติกรรม กรรมพันธุ์ เพศและวัยนั้น ที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเพียงสองในสาม นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า สภาพจิตใจ ที่สำคัญได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความโดด

เดี่ยวหรือขาดการสนับสนุนจากสังคม ภาวะไม่เป็นมิตร หรืออารมณ์โกรธฉุนเฉียว ภาวะตึงเครียด เรือร้างในชีวิต ภาวะเครียดเฉียบพลัน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงหนึ่งในสาม มีการวิเคราะห์ถึงสาเหตุความเกี่ยวพันระหว่างสภาพจิตใจกับการนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดว่าน่าจะเป็นผลมาจากกลไกอย่างน้อย 2 ประการ คือ ประการแรก ผู้ที่มีภาวะสภาพจิตใจมักมีพฤติกรรมอื่นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมอยู่ด้วย เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม กินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ค่อยใส่ใจการดูแลสุขภาพตนเอง ขาดแรงบันดาลใจในการออกกำลังกาย ดังนั้นการฝึกผ่อนคลายความเครียด และการรวมกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทำให้เกิดแรงสนับสนุนจากสังคม(social support) จึงนับรวมเป็นหนึ่งในโปรแกรมการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีหลักฐานชัดเจนว่าปัจจัยเกี่ยวกับจิตใจ และสังคมมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น ความช่วยเหลือเกื้อกูล จิตสาธารณะ เอาใจใส่กันในครอบครัว จึงลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

รายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามแนวทางธงโภชนาการ

ธงโภชนาการจัดทำขึ้นโดยกองโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย โดยดัดแปลงมาจากพีระมิดแนะนำอาหาร กระทรวงเกษตรแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคได้รู้จักการเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องและพอเหมาะต่อความต้องการในแต่ละวัน โดยเน้นให้ผู้บริโภคเลือกรับประทานอาหารหลักทั้ง 5 หมู่ให้หลากหลายออกไป เพื่อให้เกิดประโยชน์ และเกิดความสมดุลของสารอาหารที่ร่างกายแต่ละคนต้องการ ขึ้นกับอายุ เพศ ขนาดรูปร่าง และระดับการใช้แรงงานที่จะแตกต่างกันไป ซึ่งจะส่งผลในการช่วยเสริมสร้างสุขภาพเพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค ชั้นที่ 1 ข้าว แป้ง ให้สารอาหารหลักคือ คาร์โบไฮเดรตเป็นแหล่งพลังงาน ชั้นที่ 2 พืช ผัก ผลไม้ กินปริมาณรองลงมาให้วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร ชั้นที่ 3 เนื้อสัตว์ ถั่ว นม กินปริมาณพอเหมาะเพื่อให้ได้โปรตีน ชั้นที่ 4 น้ำมัน น้ำตาล เกลือ กินแต่น้อย ๆ เท่าที่จำเป็น



รูปธงโภชนาการแนะนำอาหารเพื่อสุขภาพ

อาหารแต่ละหมวดในธงโภชนาการและพีระมิดต่างก็มีความสำคัญต่อสุขภาพเท่าๆ กัน ไม่มีอาหารชนิดใดชนิดเดียวที่จะให้สารอาหารได้ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ ข้อสำคัญอาหารในหมวดหนึ่งไม่สามารถจะทดแทนอาหารในอีกหมวดหนึ่งได้เพราะฉะนั้นเราต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมวด คือหมวดข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์และนม ร่างกายจึงจะได้รับประโยชน์จากอาหารอย่างเต็มที่ และให้ผลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ดี บนยอดสูงสุดของพีระมิดและปลายสุดของธงโภชนาการ คือ หมวดอาหารประเภทไขมัน ของหวาน รวมทั้งน้ำตาล ครีม เนย เนยเทียม น้ำตาล น้ำอัดลม ลูกอม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นอาหารที่ให้พลังงานและไขมันสูง เพิ่มน้ำหนักได้ดีแต่มีวิตามิน เกลือแร่และสารอาหารอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายน้อยมาก ดังนั้นจึงควรรับประทานอาหารหมวดนี้ให้น้อยที่สุด ยิ่งหลีกเลี่ยงได้มากเท่าไรก็ยิ่งเป็นการดีต่อสุขภาพเท่านั้น เพราะการจำกัดอาหารหมวดนี้จะช่วยป้องกันความอ้วนและโรคที่จะตามมากับความอ้วน เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น นอกจากนี้ การเลือกชนิดของไขมันก็มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ ควรเลือกไขมันจากพืชเป็นหลักแต่ต้องจำกัดปริมาณด้วย เพราะแม้ว่าไขมันจากพืชจะไม่มีคอเลสเตอรอลเหมือนไขมันจากสัตว์แต่ก็ทำให้อ้วนและมีปัญหาสุขภาพตามมาได้เช่นกัน เพราะไขมันทุกชนิดมีพลังงานเท่ากัน เลือกรูปแบบการประกอบอาหาร เช่น การต้ม ตุ่น นึ่ง ย่าง อบ ยำ และผัดที่ไม่มันพยายามลดขนมหวานและอาหาร หรือขนมที่ทำด้วยกะทิ เป็นต้น หมวดของนมและผลิตภัณฑ์นม เช่น นมสด โยเกิร์ต เนยแข็ง หรือชีส ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีน วิตามินและเกลือแร่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นแหล่งของแคลเซียมที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อกระดูกและฟัน คนส่วนใหญ่มักจะละเลยสารอาหารหมวดนี้หรือบริโภคอาหารหมวดนี้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ดังนั้นทุกคนควรใส่ใจในหมวดนี้ให้มากขึ้น การดื่มนมวันละ 2-3 แก้ว จะช่วยในการป้องกันโรคกระดูกพรุน สำหรับผู้ใหญ่ควรเลือกดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมขาดไขมันหรือผลิตภัณฑ์จากนมขาดไขมัน เพื่อจำกัดปริมาณไขมัน หมวดเนื้อสัตว์ ได้แก่ เนื้อหมู เนื้อวัว สัตว์ปีก ปลา ไข่ ซึ่งเป็นแหล่งของโปรตีน วิตามินเอ บี 1 บี 6 บี 12 ดี เค ธาตุเหล็ก ไนอะซิน สังกะสีและฟอสฟอรัส แต่เราควรเลือกโปรตีนชนิดที่มีไขมันต่ำและบริโภคตามปริมาณและสัดส่วนที่ควรได้รับในแต่ละวันตามเพศและวัย เพราะจะช่วยลดปริมาณไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลช่วยลดการเกิดโรคหัวใจ นอกจากนี้โปรตีนจากพืช ได้แก่ ถั่วเหลือง และถั่วต่าง ๆ ยังเป็นแหล่งของวิตามินอี กรดโฟลิก เส้นใยอาหาร สารต้านมะเร็ง และสารอาหารอื่น ๆ ก็จัดอยู่ในหมวดนี้ด้วย หมวดผัก เป็นแหล่งวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ เช่น วิตามินบี 2 และบี 6 กรดโฟลิก แมกนีเซียม แคลเซียม ธาตุเหล็ก ทองแดงและโปตัสเซียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิตามินที่เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น เบตาแคโรทีน หรือวิตามินเอ ซีและอี ซึ่งจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายและผิวพรรณ ป้องกันโรคหัวใจ โรคต่อกระจุก(โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ) โรคข้อเสื่อม เพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ส่วนแคลเซียมป้องกันโรคกระดูกพรุน ธาตุเหล็กป้องกันโรคโลหิตจาง เส้นใยอาหารในพืชมีสารเฉพาะที่เรียกว่า สารพฤษเคมี

(phytochemicals) ซึ่งสามารถป้องกันโรคมะเร็งได้หลายชนิด ตัวอย่างเช่น ถั่วเหลืองจะมีสารไอโซฟลาโวนส์ที่ช่วยป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก โรคมะเร็งตับและอาหารร้อนวูบวาบ ในหญิงหมดประจำเดือน และโปรตีน ถั่วเหลืองยังช่วยลดคอเลสเตอรอลได้อีกด้วย หมวดยผลไม้ เป็นแหล่งของสารต้านอนุมูลอิสระ (เบตาแคโรทีน วิตามินเอ ซี) บี 6 กรดโฟลิก โปตัสเซียม เส้นใยอาหาร และสารพฤกษเคมีที่จะช่วยป้องกันมะเร็ง เช่น ส้ม แอปเปิล พรุณ สับปะรด ฝรั่ง มะละกอ เป็นต้น ในแต่ละวันเราควรเลือกรับประทานผัก ผลไม้ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5 ส่วน โดยเลือกชนิดผักผลไม้ที่มีสีเหลืองหรือสีส้มจัด ซึ่งจะเป็แหล่งของเบตาแคโรทีนอย่างน้อยวันละ 1 อย่าง ผักใบเขียวจัด วันละ 1 อย่าง เลือกผลไม้ที่มีวิตามินสูงๆ 1 อย่างเช่น ส้ม มะละกอ ฝรั่ง แคนตาลูป ที่เหลือจะเลือกผักผลไม้ชนิดใดก็ได้ หมวดยข้าว ได้แก่ ข้าว ขนมนึ่ง กวยเตี๋ยว แป้ง และเมล็ดธัญพืช ซึ่งอยู่ที่ฐานของรงโภชนาการหรือพีระมิดเป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรต เป็นหมวดที่จะต้องรับประทานพอประมาณในแต่ละวัน เพราะเป็นแหล่งที่ให้พลังงานในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีวิตามินบี 1 บี 2 บี 6 อี กรดโฟลิก ไนอะซินและเกลือแร่ เช่น แมกนีเซียม ฟอสฟอรัส โปตัสเซียม สังกะสี ทองแดงและสารพฤกษเคมี ใยอาหาร จะพบได้ในพืชเท่านั้น ซึ่งระบบย่อยของร่างกายคนเราไม่สามารถย่อยกากของพืชได้ ใยอาหารจะไม่ให้พลังงานแต่จะช่วยในการขับถ่ายและยังป้องกันมะเร็งบางชนิดได้ เช่น มะเร็งในลำไส้ใหญ่ ใยอาหารชนิดละลายน้ำ ช่วยลดคอเลสเตอรอล ป้องกันโรคหัวใจ โรคอ้วน ควรเลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตชนิดที่มีกากใยอาหารสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวโพด ขนมนึ่งโฮลวิท ข้าวโอ๊ตและธัญพืชอื่นๆ เช่น ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ลูกเดือย เป็นต้น แสดงได้ดังตาราง

ตาราง แสดงแนวทางปริมาณอาหารที่แต่ละคนควรกินในแต่ละวันของพีระมิดแนะแนวอาหาร

ระดับพลังงานต่อวัน	ปริมาณอาหารในแต่ละหมวดต่อวัน				
	หมวดข้าวหรือแป้ง	หมวดผัก	หมวดผลไม้	หมวดนม	หมวดเนื้อสัตว์
1,600 กิโลแคลอรี สำหรับเด็ก ผู้ใช้แรงงานขั้นต่ำในผู้หญิงและผู้สูงอายุ	6 ส่วน	3 ส่วน	2 ส่วน	2-3 ส่วน	5 ส่วน
2,200 กิโลแคลอรี สำหรับเด็กโตวัยรุ่นหญิง หญิงใช้แรงงานปานกลาง และชายใช้แรงงานต่ำ	9 ส่วน	4 ส่วน	3 ส่วน	2-3 ส่วน	6 ส่วน
2,800 กิโลแคลอรี สำหรับวัยรุ่นชายชายใช้แรงงานปานกลาง และหญิงที่ใช้แรงงานหนัก	11 ส่วน	5 ส่วน	4 ส่วน	2-3 ส่วน	7 ส่วน

ตาราง แสดงปริมาณอาหาร 1 ส่วน

หมวดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
ข้าว ก๋วยเตี๋ยว หรือขนมปัง 6-11ส่วนต่อวัน	ข้าว ก๋วยเตี๋ยว มักกะโรนี หรือเมล็ดธัญพืชสุก = 1/3 ถ้วยตวง หรือ 1 ทัพพี หรือ ปริมาณขนมปัง 1 แผ่น
ผัก 3-5 ส่วนต่อวัน	ผักดิบ 1 ถ้วยตวง ผักสุก 1/2 ถ้วยตวง หรือ 1 ทัพพี น้ำผักคั้น 3/4 ถ้วยตวง (180 ซี.ซี.)
ผลไม้ 2-4 ส่วนต่อวัน	ผลไม้ขนาดกลาง (ส้ม กล้วย แอปเปิล) 1 ผล หรือผลไม้หั่น หรือผลไม้กระป๋อง 1/2 ถ้วยตวง หรือน้ำผลไม้ 180 ซี.ซี.
นมและผลิตภัณฑ์นม 2-3 ส่วนต่อวัน	นม 1 แก้ว (240 ซี.ซี.) หรือโยเกิร์ต 1 ถ้วยตวง (240 ซี.ซี.) หรือนมผง 1/3 ถ้วยตวง ซีเอส 45-60 กรัม (ขึ้นกับชนิดของซีเอส)
หมวดเนื้อสัตว์ สัตว์ปีก ปลา ไข่และถั่วต่าง ๆ 5-7 ส่วนต่อวัน	เนื้อสัตว์สุกไม่ติดหนังและไม่ติดมัน 30 กรัม (ขนาด 1 กลั๊กไม้ขีด) หรือ (2 ช้อนโต๊ะ) หรือถั่วสุก 1/2 ถ้วยตวง ไข่ 1 ฟอง ถั่วเปลือกแข็ง 1/3 ถ้วยตวง เต้าหู้ 120 กรัม (1/2 หลอด)

หลาย ๆ คนมักจะคิดว่าอาหารเพื่อสุขภาพนั้นไม่มีรสชาติที่ไม่น่ารับประทาน ทำให้ขาดความสุขในการรับประทาน ซึ่งในความเป็นจริงแล้วหากเรารู้จักใช้ธงโภชนาการหรือพีระมิดแนะนำอาหารเป็นแนวทางในการรับประทาน นอกจากจะช่วยให้มีความสุขสนุกกับการบริโภคแล้วยังทำให้มีสุขภาพที่ดีอีกด้วย เพราะธงโภชนาการหรือพีระมิดแนะนำอาหารจะเน้นการกินอาหารให้ครบทุกหมวดหมู่ ข้อสำคัญยังเน้นให้เรารู้จักการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลายอีกด้วย เทคนิคในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขณะเดียวกันก็มีความสุขกับการกินได้ คือ ปัจจุบันพีระมิดได้มีการปรับเปลี่ยนไปตามข้อมูลการวิจัยของสหรัฐอเมริกา และได้รวมการออกกำลังกายไว้ในพีระมิดที่มีการปรับปรุงใหม่ ดังนี้

1. รู้จักผ่อนสั้น ผ่อนยาว คือ ไม่จำเป็นจะต้องกินอาหารในปริมาณเท่า ๆ กันทุกมื้อ ทุกวัน เพราะในความเป็นจริงแล้ว เราอาจกินบางมื้อมาก บางมือน้อยก็ได้เพียงแต่ถ้ามีไหนกินมากก็พยายามใช้แรงงานตัวเองเพิ่มขึ้น เช่น เดินเพิ่มขึ้นวันละ 30 นาที หรือถ้ารู้ตัวว่ากินอาหารไขมันสูงในมื้อเย็น ในมื้อเช้าและมื้อเที่ยงก็ให้เลือกอาหารที่มีไขมันต่ำและกินให้น้อยลง ภายใน 1 สัปดาห์ เราอาจจะลดหรือเพิ่มปริมาณอาหารในแต่ละมื้อก็ได้ ขอเพียงจัดให้เหมาะสมซึ่งค่าเฉลี่ยพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งสัปดาห์ก็ยังคงที่อยู่นั่นเอง
2. กินอย่างฉลาด คือ อยากกินอะไรก็กิน แต่ต้องรู้จักปริมาณในการกิน ถ้าอาหารที่กินมีไขมัน เกลือ หรือน้ำตาลสูง ก็ควรกินในปริมาณที่น้อยลง แล้วเลือกกินอาหารที่มีใยอาหารสูงร่วมด้วย
3. เปลี่ยนบริโภคนิสัยอย่างค่อยเป็นค่อยไป คือ เปลี่ยนนิสัยการรับประทานที่ไม่ดีต่อสุขภาพให้เป็นการรับประทานแต่อาหารที่มีคุณประโยชน์ต่อร่างกายให้มากขึ้นแม้ว่าการเปลี่ยนบริโภคนิสัยจะไม่ใช่เรื่องง่าย แต่ก็ไม่ได้แปลว่าจะไม่สามารถทำได้เลยต้องพยายามทำวันละเล็กละน้อยค่อยเป็นค่อยไป ข้อสำคัญคือต้องทำอย่างสม่ำเสมอก็จะประสบผลสำเร็จ

4. กินอย่างมีสติ เราสามารถทดลองอาหารแปลกๆ ใหม่ๆ ได้เสมอ แต่อย่าลืมพิจารณาชนิดของอาหารนั้น ๆ และปริมาณที่ควรกินโดยใช้ธงโภชนาการหรือพีระมิดอาหารเป็นแนวทางไว้ก่อน เราก็จะเป็นผู้ที่มีความชาญฉลาดในการกิน ทั้งยังได้เอร็ดอร่อยกับอาหารมากมายหลากหลายชนิดโดยได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์และถูกต้องตามหลักของการกินเพื่อสุขภาพที่ดีได้

5. พยายามทำตัวให้ว่องไวกระฉับกระเฉงอยู่เสมอและนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอด้วยการทำตัวให้กระฉับกระเฉงทำได้หลายวิธี เช่น ออกกำลังกายทุกวันอาจจะวิ่ง เดิน เล่นกีฬา วាយน้ำ หรือการทำงานบ้าน ล้างรถ ทำสวน เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ เป็นต้น เพื่อเพิ่มการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน แม้แต่การเดินเพียง 10 นาทีหลังอาหารเที่ยงทุกวันก็สามารถทำให้ร่างกายเราให้ดีขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคมะเร็ง และโรคกระดูกพรุนลงได้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งประเมินได้ด้วยตนเอง แสดงได้ดังตารางข้างล่าง

ตาราง แสดงการประเมินค้นหาความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจัยเสี่ยง	ไม่มี	มี
อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป		
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน หรือ สูดมควันบุหรี่เป็นประจำ		
ผู้ชาย รอบเอวเกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) , ผู้หญิง รอบเอวเกิน 80 ซม. (32 นิ้ว)หรือมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม ²)		
เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน		
เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ		
มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่น้อง ลูก) ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ, ใช้นิโคตินทดแทนหรือหลอดเลือดหัวใจ, อัมพฤกษ์ อัมพาต , เสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจ ก่อนอายุ 55 ปี (ในเพศชาย) ก่อนอายุ 65 ปี (ในเพศหญิง)		

การแปลผลความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

- กลุ่มเสี่ยงน้อย (มีปัจจัยเสี่ยง 0-1 ข้อ)
- กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง (มีปัจจัยเสี่ยง 2-4 ข้อ)
- กลุ่มเสี่ยงสูงมาก (มีปัจจัยเสี่ยง 5-7 ข้อ)

เมื่อรู้ปัจจัยเสี่ยงว่ามีอะไรบ้าง ให้

1. กำหนดเป้าหมายว่าจะลดปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยใด ก่อน-หลัง ตามลำดับ
2. กำหนดวันที่เริ่มทำ ควรเป็นวันสำคัญ เช่น วันเกิด วันครบรอบแต่งงาน วันเกิดคนในครอบครัว เป็นต้น

3. สร้างขวัญและกำลังใจให้กับตัวเอง เพื่อบรรลุเป้าหมาย เช่น ตั้งเป้าหมายว่าจะลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ภายใน 1 เดือน กำหนดรางวัลที่จะให้แก่ตนเอง และควรให้รางวัลที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

ปฏิบัติการเพื่อลดความเสี่ยง

หลักสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยง คือ หลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 2 ส. (ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา)

1. อ. อาหาร กินพอดี

กินพอ คือ กินอาหารครบทุกหมู่ ให้น้อย ให้พอดีกับความต้องการของร่างกาย และสมดุลกับการออกแรงในแต่ละวัน

กินดี คือ กินอาหารให้หลากหลายชนิด ไม่ซ้ำ จำเจ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ผลไม้ (ควรเลือกรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อย) แสดงได้ดังตาราง

ตาราง แสดงชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมสำหรับคนไทยใน 1 วัน

กลุ่มอาหาร	หน่วยนับ	พลังงาน (กิโลแคลอรี)		
		1,600	2,000	2,400
ข้าว - แป้ง	ทัพพี	8	10	12
ผัก	ทัพพี	4(6)	5	6
ผลไม้	ส่วน	3(4)	5	5
เนื้อสัตว์	ช้อนกินข้าว	6	9	12
นม	แก้ว	2(1)	1	1
น้ำมัน น้ำตาล และเกลือ	ช้อนชา	ไม่ควรกินน้ำตาลเกินวันละ 4-6 ช้อนชาต่อวัน เพราะพลังงานที่ได้รับจากน้ำตาลเป็นส่วนเกิน จะสะสมทำให้อ้วนได้ เกลือโซเดียม หรือเกลือแกง เป็นสารที่ให้ความเค็มในเครื่องปรุงรส ไม่ควรรับประทานเกินวันละ 1 ช้อนชา หากเกินจะเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง		

หมายเหตุ

พลังงานวันละ 1,600 กิโลแคลอรี เหมาะสำหรับ เด็กอายุ 6 – 13 ปี หญิงวัยทำงาน อายุ 25 – 60 ปี ,และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

พลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี เหมาะสำหรับ วัยรุ่นหญิง-ชาย อายุ 14-35 ปี ชายวัยทำงาน 25 – 60 ปี

พลังงานวันละ 2,400 กิโลแคลอรี เหมาะสำหรับหญิง-ชาย ที่ใช้พลังงานมาก ๆ เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน นักกีฬา

2. อ. ออกกำลังกาย พอเพียง

การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย ความทนทานของหัวใจ ช่วยควบคุม น้ำหนักลดไขมันในเลือด ส่งเสริมกระบวนการใช้น้ำตาลลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคเบาหวาน ลดความดันโลหิตได้ประมาณ 8 – 10 มิลลิเมตรปรอท ลดความเครียด (เพิ่มระดับ ฮอโมนความสุข, เอนดอร์ฟิน) และทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เคล็ดลับในการเริ่มต้นออกกำลังกาย คือ

การแต่งกาย สวมรองเท้าพื้นหนารองรับแรงกระแทกยืดหยุ่นได้ สวมใส่เสื้อผ้าที่สบายและแห้ง ดูดซับเหงื่อได้ดี

เริ่มต้นด้วยการเดิน 5 นาที (หรือออกกำลังกายอย่างอื่นที่คุณชอบ) เกือบทุกวันของสัปดาห์ อย่างช้า ๆ เพิ่มเวลามากขึ้นจนกระทั่ง สามารถทำได้ 30 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ถ้าต้องการลดน้ำหนักควรออกกำลังกายต่อเนื่องวันละ 45 นาทีขึ้นไป

การเดิน เป็นวิธีออกกำลังกาย ที่ง่าย และปลอดภัยที่สุด เหมาะสมกับทุกเพศ ทุกวัย ทำได้ ทุกที่ทุกเวลา ที่มีโอกาส โดยการเดินเร็ววันละ 30 – 45 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ช่วยลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ 35 – 50 %

การออกกำลังกายระดับปานกลางเหมาะสมกับคนทั่วไป โดยหัวใจควรเต้น 60 – 70% ของ อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยคำนวณจากสูตร

$$\text{อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ} = 220 - \text{อายุ (ปี)}$$

เช่น นาย ก มีอายุ 40 ปี ความหนักของการออกกำลังกายที่ต้องการคือ 60 % ของอัตราการ เต้นสูงสุดของหัวใจ อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจของคนอายุ 40 ปี เท่ากับ $220 - 40 = 180$ ดังนั้น 60 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดของนาย ก. เท่ากับ $60/100 \times 180 = 108$ ครั้งต่อนาที กรณี ที่ไม่ได้จับชีพจร ให้สังเกตอาการ ขณะออกกำลังกาย คือ ขณะที่ออกกำลังกาย หัวใจเต้นเร็วขึ้น หายใจเร็วขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย แต่สามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้จนจบประโยคโดยไม่ต้องหยุดเพื่อหายใจ ร้องเป็นเพลงได้ แต่ไม่ไพอเพราะ

ขั้นตอนการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง อายุยืน ชะลอความชรา และลดโอกาสการ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกายหรือการอุ่นเครื่อง (Warm up) ประมาณ 5 – 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายอย่างจริงจัง (Exercise) ประมาณ 20 – 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้ร่างกายเย็นลงหรือการเบาเครื่อง (Cool down) เป็นระยะ
ผ่อนคลายประมาณ 5 – 10 นาที

ข้อควรระวัง

หากมีอาการดังต่อไปนี้ให้หยุดการออกกำลังกายและไปพบแพทย์ เพื่อตรวจหาสาเหตุ
ใจสั่น แน่นหน้าอก และปวดร้าวไปที่แขนไหล่และคอซีกซ้าย หายใจลำบาก หรือเวลาหายใจ
มีเสียงดังวี๊ด ๆ หายใจตื่น เร็ว อย่างรุนแรง วิงเวียน รู้สึกเหมือนจะเป็นลม หรือรู้สึกพะอืดพะอม เหงื่อ
ออกมากผิดปกติ เป็นตะคริว มีอาการปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง คลื่นไส้

3. อ. อารมณ์ ผ่อนคลายไม่เครียด

ความเครียดจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เช่น

ความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสียหรือท้องผูก นอนไม่หลับ หรือ
ง่วงเหงาหาวนอน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหารหรือ กินมากกว่าปกติ ท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อย
ประจำเดือนมาไม่ปกติ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มือเย็นเท้าเย็น เหงื่อออกตามมือตามเท้า ใจสั่น
ถอนหายใจบ่อย ๆ ผิวหนังเป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อย ๆ แผลอากาศง่าย เป็นต้น

ความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย หงุดหงิด
โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหงา ว่าเหว่ สิ้นหวัง หมดความรู้สึกสนุกสนาน เป็นต้น

ความผิดปกติทางพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรามากขึ้น ใช้สารเสพติด ใช้นอนหลับ ู้จั
ขี้บ่น ขวนทะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อย ๆ ดึงผม กัดเล็บ กัดฟัน ผุดลุกผุดนั่ง เจ็บข้อม เก็บตัว
 เป็นต้น

แสดงการประเมินได้ดังตารางข้างล่าง

ตาราง แสดงการประเมินความเครียด

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ ๒ - ๔ สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม					

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่
เพียงพอ หนี้สิน ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย เป็นต้น ความเครียดมีทั้ง
ประโยชน์และโทษ หากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของท่านได้ขอให้ท่านลอง
ประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0 - 3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

- คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี
 คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง
 คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง
 คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

การแปลผล

- คะแนน 0 – 4 เครียดน้อย
 คะแนน 5 – 7 เครียดปานกลาง
 คะแนน 8 – 9 เครียดมาก (ควรพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอรับคำปรึกษา)
 คะแนน 10 – 15 เครียดมากที่สุด (ท่านต้องเข้ารับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่
 สาธารณสุข)

การประเมินโรคซึมเศร้าสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง แสดงได้ดังตารางที่ 11

ตาราง แสดงคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม

ลำดับที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

การแปลผล ถ้าท่านตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือ “มี” ทั้ง 2 ข้อ ท่านควรขอรับคำปรึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านท่าน เพื่อรับการประเมินอย่างละเอียดต่อไป

การผ่อนคลายความเครียดแบบทั่ว ๆ ไป

เมื่อรู้สึกเครียด คนเราจะมีวิธีผ่อนคลายความเครียดที่แตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีที่ตนเองเคยชิน ถนัด ชอบหรือสนใจทำแล้วเพลิดเพลินมีความสุขซึ่งวิธีคลายเครียดโดยทั่ว ๆ ไป มีดังนี้ คือ นอนหลับพักผ่อน ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย เดินแอโรบิค รำมวยจีน โยคะ ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือ แต่งกลอน งานศิลปะ งานฝีมือ งานประดิษฐ์ต่าง ๆ สดสมแสดมภ์ สดสมเครื่องประดับ ถ่ายรูป จัดอัลบั้ม ปลูกต้นไม้ ทำสวน จัดห้อง ตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง เล่นเกมคอมพิวเตอร์ ท่องอินเทอร์เน็ต พุดคุย พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง ไปเสริมสวย ทำผม ทำเล็บ ไปซื้อของ ไปท่องเที่ยว

สิ่งสำคัญ เมื่อเกิดความเครียด อย่าทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เล่นการพนัน เที่ยวกลางคืน กินจุบจิบ ฯลฯ เพราะจะทำให้เสียสุขภาพ เสียทรัพย์สิน และอาจทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกมากมาย

4. ส. ไม่สูบบุหรี่

ผลเสียของบุหรี่กับสุขภาพ

1. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดหัวใจตีบ
2. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง ปอดอุดตันเรื้อรัง
3. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ มะเร็งหลอดอาหาร แผลในกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก
4. โรคในช่องปาก ได้แก่ มีคราบหินปูนฝังแน่นที่ฟัน
5. มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
6. มีผลต่อทารกในครรภ์
7. ผลเสียของบุหรี่กับสุขภาพ

เคล็ดลับในการเลิกบุหรี่

1. ตั้งใจจริงที่จะเลิกบุหรี่
2. ตั้งเป้าว่าจะเลิกเพื่อใคร เพราะอะไร
3. เลือกวันที่จะเลิกสูบบุหรี่
4. ทิ้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ให้หมดไม่ว่าจะเป็นบุหรี่ ที่เขี่ยบุหรี่ และไฟแช็ค
5. ตั้งสติให้มั่น เข้มแข็งเมื่อมีอาการหงุดหงิด
6. ตัดความเคยชิน หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีจะร่วมกับการสูบบุหรี่ เช่นการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์

7. คุมอาหารด้วยการเลือกกินอาหารจำพวกผัก ผลไม้ ให้มากกว่าเดิม
8. หาที่พึ่งทางใจ กำลังใจจากคนรอบข้าง หรือให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถทำได้
9. เตือนตัวเองอยู่เสมอว่า “คุณไม่สูบบุหรี่แล้ว”
10. อย่าท้อแท้เมื่อทำไม่สำเร็จให้พยายามต่อไปและปรึกษาหน่วยงานช่วยเหลือ เช่น

ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์สายด่วน 1600

ตัวช่วยเมื่อคุณรู้สึกอยากสูบบุหรี่

- อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบ ควรประวิงเวลาของการสูบบุหรี่ออกไปเรื่อย ๆ
- ดื่มน้ำหรือล้างหน้าทันทีเมื่อรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย
- สูดลมหายใจเข้าออกลึก ๆ และช้า ๆ ทำเช่นนี้ 2-3 ครั้ง คุณจะรู้สึกผ่อนคลายขึ้น
- หันไปทำกิจกรรมอื่น เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความอยากสูบบุหรี่

5. ส. ลดการดื่มสุรา

ผลเสียของสุรากับสุขภาพ

หากคุณดื่มสุราเป็นประจำมากเกินไป จะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ดังนี้

1. ผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ทำให้ความดันโลหิตสูงและเกิดโรคหัวใจ
2. ผลต่อการทำงานของสมอง ได้แก่ ทำให้เกิดการเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว รู้สึกสับสน เซลล์สมองเสื่อม
3. ผลเสียต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เพิ่มโอกาสเสี่ยงโรคระเพาะอาหารอักเสบ ตับอักเสบ ตับแข็ง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งปาก
4. สุราให้พลังงานสูง อาจส่งผลให้น้ำหนักเกินอ้วน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
5. สุราทำให้มีการสร้างฮอร์โมนเพศหญิง (Estrogen) สูง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดสมรรถภาพทางเพศลดลง

6. เกิดอุบัติเหตุ
7. มีผลต่อทารกในครรภ์

เคล็ดลับในการเลิกสุรา

1. ตั้งใจจริงที่จะเลิกสุรา
2. ตั้งเป้าว่าจะเลิกเพื่อใคร เพราะอะไร
3. ลดปริมาณการดื่มทีละน้อย เช่น ใช้แก้วใบเล็กลง ใช้แอลกอฮอล์ผสมน้อยลง โดยตั้งเป้าหมายการดื่ม เช่น เคยดื่มวันละ 4 แก้ว ให้ลดลงเหลือวันละ 1-2 แก้ว
4. เลือกวันที่จะลด / เลิกสุรา
5. หลีกเลียงจากสถานที่ที่เคยดื่มและเพื่อน ๆ ที่ร่วมดื่ม
6. ทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ดนตรี
7. หยุดความคิดที่จะดื่มเพื่อต้องการเข้าสังคม
8. ฝึกพูดปฏิเสธ เช่น หมอห้ามดื่ม ลูกขอร้องไห้หยุดดื่ม ไม่ว่างติดธุระ
9. หาที่พึ่งทางใจ กำลังใจจากคนรอบข้าง หรือให้รางวัลตัวเองเมื่อสามารถทำได้
10. อย่าท้อแท้แม้ว่าครั้งแรก ไม่ประสบความสำเร็จ ให้พยายามต่อไป และอาจปรึกษา

หน่วยงานช่วยเหลือ เช่น สายด่วนยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ โทร. 1165 สายด่วนเลิกเหล้า 023791020 และโรงพยาบาลทั่วประเทศ

เมื่อได้รับทราบแนวปฏิบัติในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองแล้ว ควรลงมือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการจดบันทึกแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งทำได้ในแต่ละวัน เช่น เป้าหมายจะออกกำลังกายโดยการเดินอย่างน้อยวันละ 20 นาที ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เมื่อทำได้หรือไม่ได้ให้จดบันทึกเพื่อสร้างกำลังใจให้ทำได้ดีขึ้นต่อไป

คู่มือ

การจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตาม
 อรรถาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง
 การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม



คำนำ

คู่มือการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(การป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน)นี้ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นประกอบดัชนีพันธ เรื่อง “การพัฒนาารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” ภาควิชาการศึกษาตลอดชีวิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากเดิมการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมักเป็นการจัดโดยให้ความรู้เป็นหลักแล้วนำไปสู่การสร้างทัศนคติที่ดีแล้วนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดได้ด้นักดังจะเห็นได้จากปัญหาสุขภาพดังกล่าวมิได้คลี่คลายลง ผู้วิจัยจึงเสนอแนวคิดใหม่ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นการเปลี่ยนทัศนคติเป็นหลักแล้วเสริมด้วยการให้ความรู้แล้วนำไปสู่การการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ สังเคราะห์ และทดลองปฏิบัติ ตามหลักการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงด้วยการจำลองปัญหา หรือวิกฤติเทียมแล้วสะท้อนความคิดที่หลากหลายพร้อมทั้งเสนอทัศนคติใหม่ในการปฏิบัติ

อนึ่งการจัดกิจกรรมดังกล่าวต้องมีความน่าสนใจ หรือมีความแรงพอที่จะกระตุ้นทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการเปลี่ยนทัศนคติผนวกกับกิจกรรมที่จัดควรมีความหลากหลาย ยืดหยุ่น อีกทั้งกิจกรรมที่จัดควรมีความถี่ ความบ่อยในการกระตุ้นเตือนใจผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้สัญลักษณ์ การตีความมิใช่การสอนโดยตรงซ้ำๆซึ่งการประยุกต์ใช้กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการจะมีความเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เสนอการจัดกิจกรรมดังกล่าวอันเป็นการผนวกรวมศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุขเข้ากับศาสตร์ทางการศึกษาได้อย่างมีชั้นเชิง และเหมาะสมในการเปลี่ยนทัศนคติผู้เข้าร่วมกิจกรรมอันนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ประศักดิ์ สันติภาพ

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	341
บทนำ	343
แนวคิดในการจัดกิจกรรม	344
ตัวอย่างกิจกรรม	347
กิจกรรมที่ 1. ทักทาย แนะนำตัว	348
กิจกรรมที่ 2. อัมพาตป้องกันได้	349
กิจกรรมที่ 3. สัญญาดาวเคียงเดือน	350
กิจกรรมที่ 4. เดือนเพ็ญเดือนแรม	351
กิจกรรมที่ 5. อ้วนซ่อนผ้าแลกเปลี่ยนพลังงาน	352
กิจกรรมที่ 6. บุฟเฟต์ผักผลไม้ในความคิด	353
กิจกรรมที่ 7. ชีวิตโคกกับการรับประทานผัก	354
กิจกรรมที่ 8. ตลาดนัดสุขภาพ	355
กิจกรรมที่ 9. กระจายขาเดียวเดินเร็ว	356
กิจกรรมที่ 10. แม่งูหายใจซ่า	357
กิจกรรมที่ 11. ซี่มาส่งเมืองสู่องค์รวม	358
กิจกรรมที่ 12. ยาจำเป็นไข้ของวิเศษ	359
บทสรุป	360

บทนำ

จากการพัฒนาด้านต่างๆทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม สังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมืองมากขึ้น แบบแผนในการดำรงชีวิตเปลี่ยนไปเป็นการบริโภคนิยม การใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น และไม่เหมาะสม สถาบันทางสังคมอ่อนแอลง การใช้ชีวิตมีความเร่งรีบ แข่งขัน เอารัดเอาเปรียบ ทำให้ขาดความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วน ขาดสมดุล มิได้คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอันนำไปสู่การะโรคต่างๆ เช่น นิยมอาหารที่มีรสหวานมากเกินไป หรือรสเค็มที่มีเกลือโซเดียมสูง รับประทานอาหารผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รวมทั้งขาดการออกกำลังกายเนื่องจากในวิถีชีวิตมีปัญหาจราจรทำให้สูญเสียเวลาในการเดินทาง และโครงสร้างผังเมืองยังไม่เอื้อต่อการเดินเท้า หรือขี่จักรยาน สิ่งแวดล้อมยังมีมลพิษ มีความไม่ปลอดภัย ส่งผลให้วิถีการเดินทางที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพไม่เกิดขึ้นกับคนส่วนใหญ่ อีกทั้งยังเกิดความเครียดสะสม ในบางรายไม่สามารถหาทางออกได้ต้องหันไปพึ่งการรับประทานยา สูดบุหรี่และดื่มสุราอันมีกลไกการตลาดที่เข้มข้น ด้วยเหตุดังกล่าวที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ปัญหาทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยมีแบบแผนการเจ็บป่วยและตายเปลี่ยนจากจากโรคติดต่อเชื้อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรควิถีชีวิต เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้แต่ประชาชนยังมีทัศนคติว่าเป็นโรคทางพันธุกรรม เป็นแล้วต้องพึ่งยาพึ่งแพทย์ทั้งที่จริงแล้วการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการให้บริการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ ทำให้ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญในอันดับแรกของประเทศและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น บั่นทอนสุขภาพและคุณภาพชีวิต และสร้างความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอย่างมาก ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทั้งทางด้านอาหาร เครื่องดื่ม บุหรี่ สุรา ขาดการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายที่เพียงพอและไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างเหมาะสม หากยังขาดความตระหนัก ความเข้าใจ เข้าถึงแก่นแท้ของปัญหา และการพัฒนาที่มีทิศทางอย่างถูกต้องเหมาะสมและเข้มข้น จะก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ ชีวิต และมีภาระค่าใช้จ่ายตามมาอย่างมหาศาล ซึ่งแบบแผนการบริโภค และการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นนับเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญ และเป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรืออาจเรียกได้ว่าโรควิถีชีวิตนี้เป็นโรคสามารถป้องกันได้ต่างจากทัศนคติเดิมที่คิดว่าไม่สามารถป้องกันได้ดังโรคติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด หากเราไม่สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงก็จะทำให้อัตราความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต

ดังนั้น ผู้เขียน(ผู้วิจัย)จึงเสนอรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวโดยเน้นการเปลี่ยนทัศนคติเป็นสำคัญแล้วเสริมด้วยการให้ความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอันเป็นแนวความคิดใหม่ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้เขียน(ผู้วิจัย)วิเคราะห์ว่าการนำทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง(transformative learning)มีความเหมาะสมในการจัดกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนทัศนคติ และทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง(self-directed learning)มีความเหมาะสมในการจัดกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้เสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอันเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

แนวคิดในการจัดกิจกรรม

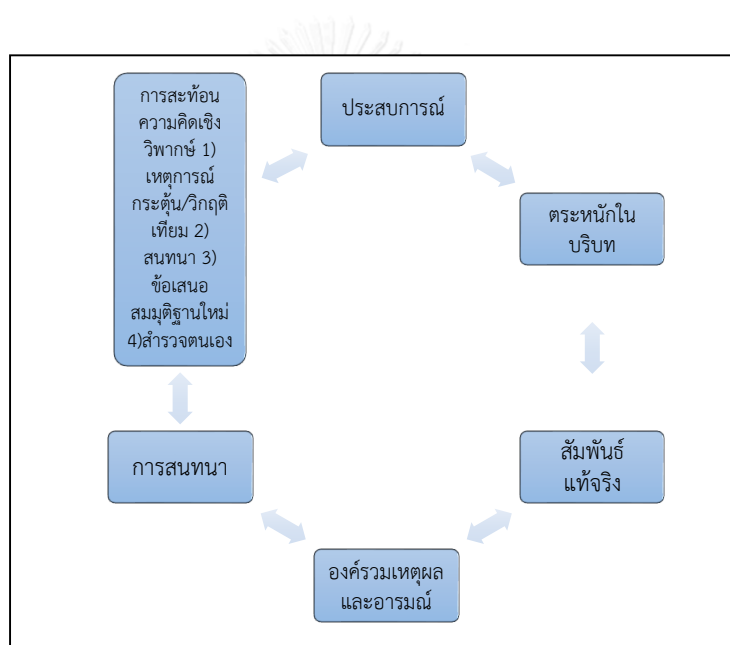
จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยเสนอมีความมุ่งหมายที่จะเปลี่ยนทัศนคติเป็นสำคัญเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรควิถีชีวิตดังกล่าว ผู้วิจัยนำเสนอการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดที่ผู้วิจัยเสนอในการดูแลสุขภาพตนเองในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรควิถีชีวิต เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอันส่งผลให้เกิดปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันดังกล่าว ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นควรจัดกิจกรรมดังกล่าวในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นการบริการต้นทางที่ใกล้ชิดชุมชน ไม่ใช่เทคโนโลยีที่ซับซ้อน ครอบคลุมการเข้าถึงของประชาชน และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน หากมีปัญหาแทรกซ้อนเกินความสามารถจึงส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ อันเป็นการลดความคับคั่ง และการเข้าถึงบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ การกำหนดวัตถุประสงค์ในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ได้กำหนดสุขภาพตามนิยามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่า สุขภาพ คือ ความสัมพันธ์อย่างมีดุลยภาพของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพควรมองในมิติขององค์รวมที่สัมพันธ์กันอย่างมีดุลยภาพขององค์บุคคลระหว่างสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ คือ การลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่มาใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง(transformative learning)มีความเหมาะสมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดที่ผู้วิจัยเสนอให้มีการจัดกิจกรรมเปลี่ยนทัศนคติเป็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นหลักในการจัดกิจกรรมประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ(core element) 6 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ การสนับสนุน การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ การสนทนา ความสอดคล้องกันอย่างองค์รวม การตระหนักรู้ในบริบท

ความสัมพันธ์ที่แท้จริง จาก 6 องค์ประกอบดังกล่าว การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection)เป็นองค์ประกอบที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญจึงได้วิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์กิจกรรม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เหตุการณ์กระตุ้นอาจเป็นวิกฤติ หรือเหตุการณ์ทางบวก เช่น การเลื่อนตำแหน่งก็ได้
2. สนทนาตั้งคำถามต่อสมมุติฐาน ทำสมมุติฐานให้กระจ่างแจ้ง ตั้งคำถามถึงเหตุและผล ตั้งคำถามถึงความเที่ยงตรงด้วยการตั้งคำถามว่า อะไร อย่างไร ทำไม
3. เสนอสมมุติฐานใหม่ ได้แก่ อัตมโนทัศน์ ความท้าทาย มุมมองทางเลือก
4. สำนวนทดสอบสมมุติฐานใหม่

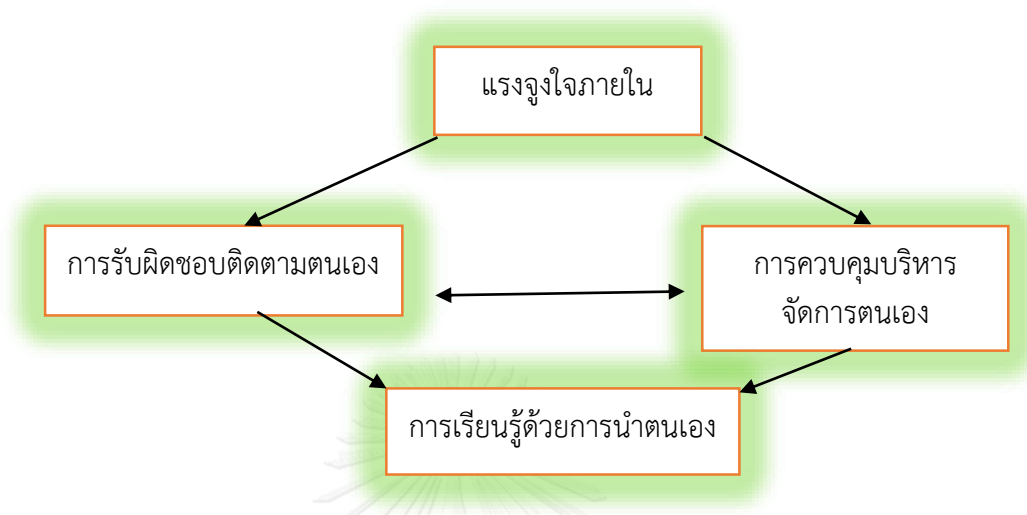
สรุปแนวคิดการจัดกิจกรรมแสดงได้ดังภาพ ข้างล่างนี้



ภาพ แสดงองค์ประกอบของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

นอกจากการปฏิบัติจนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพจากการเปลี่ยนทัศนคติแล้ว การให้ความรู้ก็มีส่วนเสริมที่สำคัญเพื่อเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความยั่งยืนของการเปลี่ยนทัศนคติดังกล่าว จากการวิเคราะห์การให้ความรู้ของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเสริมในการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้และหาความหมายที่กว้างขึ้นของบุคคลแต่ละคนที่จะนำเสนอวิธีการของตนเองตามการวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ เป้าหมาย แหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ การเลือก และการนำสู่การปฏิบัติตามกลยุทธ์การเรียนรู้ที่วางไว้ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ของการเรียนรู้ เป็นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ การพัฒนาตนเองที่บุคคลเลือก และทำให้เกิดขึ้นด้วยความพยายามของตนเองด้วยวิธีการใดๆภายใต้สถานการณ์

บางอย่างในช่วงเวลาหนึ่ง รูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่เรียกว่า Dimension in Self-Directed Learning แสดงได้ดังภาพ ดังนี้



ภาพ แสดงการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

สรุปว่า การเปลี่ยนทัศนคติ และการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเริ่มจากการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่สำคัญ ด้วยการเสนอปัญหาซึ่งผู้วิจัยได้จำลองเป็นวิกฤติที่ยั่งยืนเป็นแนวคิดที่สำคัญที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ขึ้นเป็นนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพในงานวิจัยนี้ที่มีความแรงพอที่จะให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนทัศนคติ การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ความถี่หรือความบ่อยในการกระตุ้นของกิจกรรมมิใช่การทำกิจกรรมซ้ำเติมๆ อันอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย หรือเกิดทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ตามจุดมุ่งหมายได้ ต้องมีความหลากหลาย ยืดหยุ่น และได้ผลเร็ว ใช้เวลาน้อย อีกทั้งต้องเหมาะสมกับวิถีชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับหลักการการศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยจากการวิเคราะห์ของผู้วิจัย พบว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้เชิงบูรณาการแบบสอดแทรก (infusion) มีความเหมาะสมโดยมีกิจกรรมการศึกษานอกระบบเป็นแกนหลักแล้วสอดแทรกด้วยกิจกรรมการศึกษานอกระบบตามอัธยาศัย เช่น การฟังบรรยาย การอภิปรายเนื้อหาจากตำรา การอภิปรายเป็นกลุ่มเป็นคณะ การเล่นเกมต่างๆ การยกตัวอย่างเฉพาะกรณี การสาธิตวิธีการหรือขั้นตอนกระบวนการ การแสดงบทบาทสมมุติ การอภิปรายอย่างอิสระ การให้คำปรึกษา การจัดนิทรรศการ การจัดทัศนศึกษา การจัดห้องสมุด การอภิปรายกลุ่มหลังการชมภาพยนตร์ เป็นต้น ตัวอย่างกิจกรรมการศึกษานอกระบบตามอัธยาศัย เช่น การดูรายการโทรทัศน์ที่ให้ความรู้ในชีวิตประจำวัน การอ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุในชีวิตประจำวัน การใช้

ห้องสมุด การไปทัศนศึกษา เป็นต้น ตัวอย่าง คือ การอภิปรายกลุ่มหลังชมภาพยนตร์การฆ่าโคเพื่อนำเนื้อมาเป็นอาหาร หลังจากนั้นเมื่อผู้เรียนผ่านโรงไถชีวิตโคก็จะนึกถึงภาพยนตร์แล้วเกิดความคิดว่าถ้ากินเนื้อน้อยลงกินผักมากขึ้นจะช่วยชีวิตโคได้ เมื่อไปตลาดเห็นคนขายเนื้อภาพการฆ่าโคจะย้อนกลับมาในความคิดทำให้ไม่อยากกินเนื้อเปลี่ยนไปกินผักแทนอันเป็นการเปลี่ยนทัศนคติโดยใช้สัญลักษณ์ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมเชิงบูรณาการนี้มีความเป็นองค์รวมมีอาจแยกออกจากกันได้ จุดตั้งผลที่เกิดขึ้นมีอาจแยกได้ว่าเป็นผลจากต้นตอ หรือส่วนที่ติดตา เนื่องจากทั้งหมดเชื่อมต่อกันอย่างเป็นองค์รวมอันเดียวกัน

ตัวอย่างกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1. ทักทาย แนะนำตัว

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกชื่อของผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนอื่น บอกอาหารที่ชอบของเพื่อนผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งบอกผลดีและผลเสียของอาหารที่ชอบรับประทาน
หลักการ	การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ด้วยการ ยิ้ม ชม สบตา สัมผัส สวัสดี
สาระสำคัญ	สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำความรู้จักกันและแนะนำเข้าสู่การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
เนื้อหา	คุณค่าอาหารตามโภชนาการ
กิจกรรม	การศึกษานอกระบบโรงเรียน(เกม และการอภิปรายสะท้อนความคิด)
ระยะเวลา	4 ชั่วโมง
วัสดุอุปกรณ์	ดนตรีประกอบเบาๆที่ไม่รบกวนสมาธิแต่ช่วยให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายอบอุ่น (เครื่องเสียงและ CD)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

- 1.วิทยากรชี้แจงกิจกรรมว่า ให้สมาชิกทักทายแนะนำตัวกันและกันรวมทั้งอาหารที่ชอบ โดยเดินไปรอบๆวงด้วยการ ยิ้ม ชม สบตา สัมผัส สวัสดี
- 2.เปิดดนตรีและให้สมาชิกเดินทักทายกันตามสบาย วิทยากรให้สัญญาณบอกเมื่อหมดเวลาที่กำหนด
- 3.วิทยากรให้สมาชิกแนะนำเพื่อนหนึ่งคนบอกชื่อและอาหารที่ชอบ
- 4.วิทยากรสนทนาด้วยคำถาม อาหารนั้นมีส่วนประกอบอะไร ทำไมถึงชอบอาหารนั้น ผลดีผลเสียของอาหารนั้น และวิธีเลี้ยงอย่างไร

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลาประมาณ
-วิทยากรชี้แจงกิจกรรมและบอกวัตถุประสงค์การอบรม	10-20 นาที
-ทำสมาธิ	30-40 นาที
-ทำสมาธิให้เวลาสมาชิกกลุ่มคุยกัน	60 นาที
-เล่นเกมโดยวิทยากรเชิญผู้เข้าอบรมแนะนำเพื่อนหนึ่งคนรวมทั้งอาหารที่ชอบรับประทานให้ออกมาแล้วสนทนาด้วยคำถามว่าอาหารนั้นมีส่วนประกอบอะไร ทำไมถึงชอบอาหารนั้น หากอาหารนั้นไม่เหมาะสมมีวิธีเลี่ยงอย่างไร วนไปจนครบ	120-150 นาที

การประเมินผล สมาชิกในกลุ่มรู้จักชื่อสมาชิก และอาหารที่ชอบในกลุ่มรวมทั้งผลดีผลเสีย

กิจกรรมที่ 2. อัมพาตป้องกันได้

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกอาการ สาเหตุที่ต้องป้องกัน ปัจจัยเสี่ยง วิธีป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด
สาระสำคัญ	แสดงให้เห็นถึงความลำบากเมื่อเป็นอัมพาต สะท้อนความคิดเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันอัมพาต รู้ปัจจัยเสี่ยง และวิธีป้องกันอัมพาต
หลักการ	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง
กิจกรรม	การศึกษานอกระบบโรงเรียน(บทบาทสมมติ บรรยาย และการอภิปรายสะท้อนความคิด)
เนื้อหา	ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เพศ อายุ ความดันโลหิต โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือด เส้นรอบเอว การสูบบุหรี่ วิธีป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่หรือเข้าใกล้ผู้สูบบุหรี่ เป็นต้น
วัสดุอุปกรณ์	ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นภาพroll-up เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด กระดาษ ปากกา แบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
ระยะเวลา	5 ชั่วโมง
ขั้นตอนกิจกรรม	1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.ทำสมาธิ 3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพื่อให้รู้สึกว่าคุณเมื่อเป็นอัมพาตต้องใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แล้วลำบากอย่างไรแสดงบทบาทสมมติเป็นอัมพาตจับคู่กันแข่งกันสื่อสารตามกระดาษที่วิทยากรแจกมาให้ทำอะไร

4. วิทยากรถามคำถามให้สะท้อนความคิด อัมพาคืออะไร รู้สึกอย่างไรถ้าเป็นอัมพาต ทำไมถึงเป็นอัมพาต
5. วิทยากรบรรยายพร้อมแสดงภาพประกอบ อาการ ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
6. วิทยากรถามคำถามให้สะท้อนความคิด อาการและปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดคืออะไร ปัจจัยเสี่ยงของท่านมีอะไรบ้าง การป้องกันท่านทำอย่างไรลดปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้าง ทำไมต้องป้องกันลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
7. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกอาการ ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน และเหตุผลที่ต้องป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-เกริ่นนำและชี้แจง	10-30 นาที
-ทำสมาธิ	30-40 นาที
-ผู้เข้าร่วมกิจกรรมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แสดงบทบาทสมมติเป็นอัมพาตแข่งขันสื่อสารตามโจทย์ที่บอกให้	40- 60 นาที
-วิทยากรถามคำถามให้สะท้อนความคิด อัมพาคืออะไร รู้สึกอย่างไรถ้าเป็นอัมพาต ทำไมถึงเป็นอัมพาต	40-60 นาที
-วิทยากรบรรยายพร้อมแสดงภาพประกอบ อาการ ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	40-60 นาที
-วิทยากรถามคำถามให้สะท้อนความคิด อาการและปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดคืออะไร ปัจจัยเสี่ยงของท่านมีอะไรบ้าง การป้องกันท่านทำอย่างไรลดปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้าง ทำไมต้องป้องกันลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	40-60 นาที

การประเมินผล สังเกตจากการบอกอาการ ปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกัน และเหตุผลของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อรู้ปัจจัยเสี่ยงว่ามีอะไรบ้าง ให้

1. กำหนดเป้าหมายว่าจะลดปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยใด ก่อน-หลัง ตามลำดับ
2. กำหนดวันที่เริ่มทำ ควรเป็นวันสำคัญ เช่น วันเกิด วันครบรอบแต่งงาน วันเกิดคนในครอบครัว เป็นต้น
3. สร้างขวัญและกำลังใจให้กับตัวเอง เพื่อบรรลุเป้าหมาย เช่น ตั้งเป้าหมายว่าจะลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ภายใน 1 เดือน กำหนดรางวัลที่จะให้แก่ตนเอง และควรให้รางวัลที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

กิจกรรมที่ 3. สัญญาดาวเคียงเดือน

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกพฤติกรรมสุขภาพ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ
	2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่างสัญญาการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ หลักการ การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง
สาระสำคัญ	กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจประเมินตนเองและเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพทางกาย เปรียบเหมือนดาว 5 แฉกประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทางจิตคือ อารมณ์ หรือความเครียด สังคม คือความสัมพันธ์กับครอบครัว จิตวิญญาณ คือ การช่วยเหลือชุมชน สังคม เดือนหนึ่งดวง คือ การพึ่งตนเอง หรือการดูแลตนเอง ร่างสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมโดยมีหลักฐานแห่งความสำเร็จ เช่น น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด ความสัมพันธ์ในครอบครัว ชุมชน การใช้ยาที่ลดลง
เนื้อหา	พฤติกรรมการดูแลตนเองสุขภาพแบบองค์รวม(กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) และการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ 6 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อาหารในครอบครัว อารมณ์ในสังคม และอุบัติเหตุ อัคคีภัย โศกนาฏกรรม(โศกนาฏกรรมที่จำเป็น)
กิจกรรม	การศึกษานอกระบบโรงเรียน(บรรยาย, การเขียน)
วัสดุอุปกรณ์	กระดาษใบงานที่มีรูปดาวเคียงเดือน 2 ใบ พร้อมดินสอ ปากกา
ระยะเวลา	4 ชั่วโมง
ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1.วิทยากรกรีนนำ ชี้แจง และแจกใบงานสัญญาการเรียนรู้ 2.ทำสมาธิ 3.วิทยากรอภิปรายการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม 4.ให้สมาชิกร่างสัญญาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งหลักฐานแห่งความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดการอบรมในใบงาน

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-เกริ่นนำ ชี้แจงและแจกใบงาน	10-30 นาที
-ทำสมาธิ	30-60 นาที
-วิทยากรอภิปรายการดูแลตนเองพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม	30-60 นาที
-สมาชิกกลุ่มสำรวจและเขียนพฤติกรรมสุขภาพตนเองทั้ง กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ การดูแลตนเอง	30- 60 นาที
-ร่างสัญญาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	10-30 นาที

การประเมินผล สมาชิกในกลุ่มสำรวจพฤติกรรมสุขภาพตนเองและร่างสัญญาแห่งการเรียนรู้ได้

ใบงาน

สัญญาดาวเคียงเดือน



ดาว (สุขภาพ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ)			
แฉกที่	สัญญาความ ตั้งใจ	หลักฐาน ความสำเร็จ	วันที่คาดว่าจะ สำเร็จ
1. อาหาร			
2. ออกกำลังกาย			
3. อารมณ์			
4. อาหารครอบครัว			
5. อารีสังคม			
เดือน(การใช้ยา)			
6. โอสถ			

กิจกรรมที่ 4. เดือนเพ็ญเดือนแรม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอก ประเมินตนเอง วางแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ

หลักการ	การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง
สาระสำคัญ	กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินตนเองและเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงเหล้า บุหรี่ ความเครียด จิตอาสา เป็นต้น โดยการประเมินพฤติกรรมสุขภาพคร่าวๆเปรียบเทียบเป็นสัญลักษณ์กับดวงจันทร์โดยใช้เทคนิคการวาดภาพกลุ่ม พฤติกรรมสุขภาพที่ดีสมบูรณ์ คือ ดวงจันทร์วันเพ็ญ 15 ค่ำ หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี 1 อย่างก็เป็นแรม 1 ค่ำ 2 อย่างก็ 2 ค่ำ หากจะให้ในเดือนเพ็ญจะต้องมีการวางแผนและดำเนินพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแล้วนำสู่การประเมินใหม่เรื่อยๆไป(ตามรูปแบบการศึกษานอกระบบของ Boone) สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวันโดยวางแผนให้เป็นขั้นขึ้น
กิจกรรม	การศึกษานอกระบบโรงเรียน(การวาดภาพกลุ่ม การเขียน)
เนื้อหา	การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม พฤติกรรมสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ
วัสดุอุปกรณ์	ดนตรีประกอบเพลง กระดาษ พร้อมดินสอ ปากกา
ระยะเวลา	5 ชั่วโมง
ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1.วิทยากรเปิดเพลง แสงจันทร์ และแจกกระดาษดินสอ 2.ทำสมาธิ 3.ให้ทุกคนวาดรูปทิวทัศน์โดยมีดวงจันทร์ประกอบให้เลือกวาดดวงจันทร์เต็มดวงหรือจันทร์เสี้ยวแล้วแต่ความคิดแต่ละคน 4.แบ่งสมาชิกในกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มจันทร์เต็มดวง และกลุ่มจันทร์เสี้ยว 5.วิทยากรอภิปรายเชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นพฤติกรรมทางบวกหรือขั้นขึ้น ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเป็นพฤติกรรมทางลบหรือขั้นแรม 6.ให้สมาชิกในกลุ่มจันทร์เต็มดวงร่วมกันอภิปรายโดยยกตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และกลุ่มจันทร์เสี้ยวร่วมกันอภิปรายโดยยกตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี 7.วิทยากรอภิปรายสรุปพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและไม่ดีพร้อมยกตัวอย่างการนำไปใช้ เช่น ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเองหลังจากการทำงานมีความเครียด รับประทานอาหารมีไขมันมาก นอนไม่หลับ ประเมินเป็นพฤติกรรมลบหรือขั้นแรม หากต้องการให้ดีขึ้น จึงวางแผนและดำเนินการออกกำลังกาย ผ่อนคลายความเครียด รับประทานอาหารผักผลไม้ เป็นขั้นขึ้น บวกลบกันโดยประมาณ หรือต้องไปงานเลี้ยงตอนเย็นที่ต้องรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ต้มเหล้า ประเมินเป็นขั้นแรม ตอน

กลางวันจึงวางแผนและรับประทานผักผลไม้เป็นข้างขึ้นบวกลบกัน เป็นต้น ในแต่ละวันเมื่อบวกลบกันแล้วให้เป็นข้างขึ้น

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-วิทยากรเกริ่นนำและเปิดเพลง แสงจันทร์ และแจกกระต่าซ ดินสอ	10-30 นาที
-ทำสมาธิ	30-45 นาที
-ชี้แจงให้วาดภาพดวงจันทร์เป็นจันทร์เสี้ยวหรือเต็มดวง	30-45 นาที
-แบ่งกลุ่มสมาชิกเป็น 2 กลุ่ม จันทร์เสี้ยว หรือเต็มดวง	5-10 นาที
-กลุ่มเต็มดวงอภิปรายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี กลุ่มจันทร์เสี้ยวอภิปรายพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี	60 นาที
-วิทยากรอภิปรายสรุปการประเมินพฤติกรรมสุขภาพพร้อมยกตัวอย่าง	60 นาที
-ประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีดังกล่าว สรุปและนำไปใช้ในชีวิต	30-50 นาที

การประเมินผล สมาชิกในกลุ่มบอกพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและไม่ดีได้ และสามารถประเมิน วางแผน และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรมที่ 5. อ้วนซ่อนผ้าประเมินพลังงาน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกโทษของความอ้วน ควบคุมน้ำหนักโดยประเมินพลังงานที่ได้รับกับการใช้พลังงาน บอกวิธีควบคุมน้ำหนักและประเมินน้ำหนักในชีวิตประจำวันได้

สาระสำคัญ กิจกรรมนี้มุ่งให้ความรู้เรื่องการได้รับพลังงานจากอาหารส่วนเกินจะสะสมเป็นไขมัน น้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็นความอ้วน เปลี่ยนทัศนคติโดยแสดงให้เห็นถึงโทษของความอ้วน และการปฏิบัติลดน้ำหนักที่ถูกวิธีโดยคำนึงถึงพลังงานที่ได้รับและการใช้พลังงาน

เนื้อหา การประเมินพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ตามแนวคิดธงโภชนาการ แสดงได้ดังภาพต่อไปนี้



- 1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับความอ้วนและการประเมินพลังงานที่ได้รับกับที่ใช้ไป
- 2.ทำสมาธิ
- 3.เล่นเกมมอญมอญซ่อนผ้าโดยที่ทุกคนใส่ผ้ากันเปื้อนและถุงทรายน้ำหนักประมาณ 5 กก.ไว้ โดยคนที่เป็นมอญไม่ต้องใส่เพื่อเปรียบเทียบการที่น้ำหนักเพิ่ม
- 4.วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่าความอ้วนคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อน้ำหนักขึ้น ทำไมน้ำหนักถึงขึ้น
- 5.วิทยากรอธิบายการควบคุมน้ำหนักโดยการประเมินพลังงานตามหลักธงโภชนาการ
- 6.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การควบคุมน้ำหนักคืออะไร การควบคุมน้ำหนักทำอะไร ทำไมต้องควบคุมน้ำหนัก
- 7.วิทยากรสรุปการประเมินพลังงานตามหลักธงโภชนาการ

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-วิทยากรชี้แจงกิจกรรม แจกผ้ากันเปื้อน ถุงทราย	20-30 นาที
-ทำสมาธิ	30-45 นาที
-เล่นเกม มอญซ่อนผ้า	30-45 นาที
-วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่า ความอ้วนคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อน้ำหนักขึ้น ทำไมน้ำหนักถึงขึ้น	45 นาที
-วิทยากรอธิบายการควบคุมน้ำหนักโดยการประเมินพลังงานที่ได้รับและที่ใช้ตามหลักธงโภชนาการ	60 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่าวิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การควบคุมน้ำหนักคืออะไร การควบคุมน้ำหนักทำอะไร ทำไมต้องควบคุมน้ำหนัก	45 นาที
-วิทยากรสรุปการประเมินพลังงานตามหลักธงโภชนาการ และการควบคุมน้ำหนัก	30-45 นาที

การประเมินผล สังเกตจากการบอกวิธีการรับประทานอาหาร ควบคุมน้ำหนักตามหลักธงโภชนาการ และความรู้สึกเมื่อน้ำหนักขึ้น

กิจกรรมที่ 6. บุฟเฟ่ต์ผักผลไม้ในความคิด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกปริมาณของผัก ผลไม้ และบอกความรู้สึกการเลือกอาหารที่รับประทานเมื่อไม่เห็น เปลี่ยนทัศนคติให้รับประทานเพราะหิวไม่ใช่เพราะอยาก

สาระสำคัญ กิจกรรมนี้มุ่งให้กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมประมาณปริมาณผักผลไม้ที่รับประทานได้ถูกต้อง ให้รู้สึกถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นต่อกระจกมองไม่เห็นหากยังมีพฤติกรรมเช่นเดิม เปลี่ยนทัศนคติให้รับประทานเพราะหิวไม่ใช่เพราะอยากจากการเห็นความน่ารับประทานของอาหาร

เนื้อหา การเลือกอาหารที่รับประทานโดยตัดภาพความน่ารับประทานของอาหารคำนึงถึงคุณประโยชน์ของอาหารและการประมาณอาหารที่รับประทาน แสดงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน คือต่อกระจกทำให้มองไม่เห็น

หลักการ การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมที่ใช้ การศึกษานอกระบบโรงเรียน(บทบาทสมมุติ, บรรยาย, อภิปรายกลุ่ม)

ระยะเวลา 4 ชั่วโมง

วัสดุอุปกรณ์ ผ้าปิดตา จานสีข้าว จานสีฟ้า จานสีชมพู ข้าวโพดต้ม แอปเปิล ฝรั่ง มะละกอ ชมพู แดงโม สับปะรดกล้วยกระดาศ ปากกา CD เครื่องเสียง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

- 1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับผักผลไม้ แจกผ้าปิดตา
- 2.ทำสมาธิ
- 3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปิดตาด้วยผ้าปิดตา พร้อมเปิดเพลง เต็มใจดี(ผักมีวิตามิน)
- 4.เสิร์ฟอาหารให้รับประทานประกอบด้วย ข้าวโพดต้ม กล้วย แอปเปิล แดงโม สับปะรด มะละกอ ฝรั่งชมพู บนจานสีข้าว 1 ท็อปพี จานสีฟ้า 2 ท็อปพี จานสีชมพู 3 ท็อปพี
- 5.วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่า อาหารที่รับประทานคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อรับประทานอาหารผักผลไม้ ทำไมถึงต้องรับประทานอาหารผักผลไม้
- 6.วิทยากรอธิบายถึงประโยชน์ของผักผลไม้และต้องรับประทานอย่างน้อยวันละ 5

ท็อปพี

- 7.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมค่อยๆเปิดตา วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า จำนวนผักผลไม้ที่รับประทานคือเท่าไรจานสีอะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อต้องรับประทานอาหารที่ไม่ได้เลือกจากเห็นภาพความน่ารับประทานของอาหาร ทำไมต้องรับประทานอาหารผักผลไม้วันละ 5 ท็อปพี

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-วิทยากรชี้แจงกิจกรรม แจกผ้าปิดตา	20-30 นาที
-ทำสมาธิ	30-45 นาที
-ปิดตาผู้เข้าร่วมกิจกรรม เสิร์ฟอาหารแต่ละคนได้อาหาร และจานไม้เหมือนกัน	60 นาที
วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่า อาหารที่รับประทานคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อรับประทานอาหารผักผลไม้ ทำไมถึงต้องรับประทานอาหารผักผลไม้	45 นาที
-วิทยากรอธิบายถึงประโยชน์ของผักผลไม้และต้องรับประทานอย่างน้อยวันละ 5 ทัพพี	20-30 นาที
-ผู้เข้าร่วมกิจกรรมค่อยๆเปิดตา วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า จำนวนผักผลไม้ที่รับประทานคือเท่าไรจานสีอะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อต้องรับประทานอาหารที่ไม่ได้เลือกจากเห็นภาพความน่ารับประทานของอาหาร ทำไมต้องรับประทานอาหารผักผลไม้วันละ 5 ทัพพี	45 นาที

การประเมินผล สังเกตจากการบอกผัก ผลไม้ ที่รับประทาน ประโยชน์ และปริมาณที่รับประทาน ถูกต้อง ความรู้สึกในการเลือกรับประทานอาหาร

กิจกรรมที่ 7. ชีวิตโคกับการรับประทานผัก

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์ของผัก ผลไม้ที่รับประทาน และสาเหตุของการเลือกอาหารที่รับประทานเป็นผัก ผลไม้
สาระสำคัญ	กิจกรรมนี้มุ่งเปลี่ยนทัศนคติให้รับประทานเนื้อน้อยลงรับประทานผักผลไม้มากขึ้นจากการเห็นคุณค่าของชีวิตโค
เนื้อหา	การเลือกอาหารที่รับประทานโดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ พลังงานของอาหารที่รับประทานโดยเฉพาะผัก ผลไม้ รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นอย่างอื่น
หลักการ	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง
กิจกรรมที่ใช้	การศึกษานอกระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัย(ทัศนศึกษา อภิปรายกลุ่ม ชม วิดีทัศน์)
วัสดุ อุปกรณ์	แหล่งเรียนรู้ คือ สถานที่ไถ่ชีวิตโค VCD(การฆ่าโคที่โรงฆ่าสัตว์) โทรทัศน์ เครื่องเล่น VCD กระดาษ ปากกา

ระยะเวลา 5 ชั่วโมง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

- 1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับผักผลไม้เปรียบเทียบกับการรับประทานเนื้อ
- 2.นำผู้เข้าร่วมกิจกรรมทัศนศึกษาโรงไถชีวิตโค
- 3.วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่า การไถชีวิตโคคืออะไร ทำอย่างไรเมื่อต้องไถชีวิตโคทำไมถึงต้องไถชีวิตโค
- 4.วิทยากรเปิดคลิปการฆ่าโคที่โรงฆ่าสัตว์พร้อมอธิบายว่าโคถูกฆ่าเพื่อนำมาให้เรารับประทานการรับประทานผักผลไม้เพิ่มลดการรับประทานเนื้อจะช่วยชีวิตโค
- 5.ทำสมาธิ
- 6.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ประโยชน์ของการรับประทานผักผลไม้คืออะไร ผลเสียของการรับประทานเนื้อ ทำอย่างไรเพื่อช่วยชีวิตโคนอกจากการบริจาคเงิน ทำไมการรับประทานผัก ผลไม้จึงช่วยชีวิตโค
- 7.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานผักผลไม้ และโทษของการรับประทานเนื้อ

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับผักผลไม้เปรียบเทียบกับการรับประทานเนื้อ	20-30 นาที
-นำผู้เข้าร่วมกิจกรรมทัศนศึกษาโรงไถชีวิตโค และทำสมาธิ	45-60 นาที
-วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่า การไถชีวิตโคคืออะไร ทำอย่างไรเมื่อต้องไถชีวิตโคทำไมถึงต้องไถชีวิตโค	45 นาที
-วิทยากรเปิดคลิปการฆ่าโคที่โรงฆ่าสัตว์พร้อมอธิบายว่าโคถูกฆ่าเพื่อนำมาให้เรารับประทานการรับประทานผักผลไม้เพิ่มลดการรับประทานเนื้อจะช่วยชีวิตโค	30 นาที
-ทำสมาธิ	30-45 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ประโยชน์ของการรับประทานผักผลไม้คืออะไร ผลเสียของการรับประทานเนื้อ ทำอย่างไรเพื่อช่วยชีวิตโค นอกจากการบริจาคเงิน ทำไมการรับประทานผัก ผลไม้จึงช่วยชีวิตโค	60 นาที
ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานผักผลไม้ และโทษของการรับประทานเนื้อ	45 นาที

การประเมินผล สังเกตจากการบอกประโยชน์ของผักผลไม้ และโทษของเนื้อที่รับประทาน

กิจกรรมที่ 8. ตลาดนัดสุขภาพ

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกผลดีและผลเสียของอาหารที่เลือกซื้อตามคุณค่าโภชนาการ และพลังงาน และบอกวิธีเลือกซื้ออาหารโดยประเมินคุณค่าโภชนาการ พลังงานเช่นเดียวกับราคาอาหาร มูลค่าเงินในชีวิตประจำวันได้
สาระสำคัญ	กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้าร่วมประเมินคุณค่าโภชนาการ พลังงานจากอาหารที่เลือกซื้อ คำนึงถึงเหตุผลของอาหารที่เลือกซื้อ
เนื้อหา	การประเมินคุณค่าโภชนาการ พลังงานจากอาหารที่เลือกซื้อ
หลักการ	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง
กิจกรรมที่ใช้	การศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย(ทัศนศึกษา บรรยาย และปฏิบัติจริง)
ระยะเวลา	4 ชั่วโมง
วัสดุอุปกรณ์	ภาพธงโภชนาการ กระดาษ ปากกา แห่ลงเรียนรู้ คือ ตลาด
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับพลังงานที่ได้รับจากอาหาร 2.ทำสมาธิ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 3.วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่า อาหารคืออะไร รู้สึกอย่างไร จึงซื้ออาหารนั้น ทำไมถึงซื้ออาหารนั้น 4.วิทยากรยกตัวอย่างการซื้ออาหารด้วยราคาที่ต้องจ่ายกับรายได้ที่ทำได้ เปรียบเทียบและแสดงการประเมินคุณค่าโภชนาการพลังงานที่ได้รับจากอาหารตามหลักธงโภชนาการกับพลังงานที่ใช้ 5.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้องคืออะไร การเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้องทำอย่างไร ทำไมต้องคำนึงการเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้อง 6. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติจริงไปจ่ายตลาดเลือกซื้ออาหาร

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับพลังงานที่ได้รับจากอาหาร	20-30 นาที
-ทำสมาธิ	30-45 นาที
-วิทยากรถามให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดว่า อาหารคืออะไร รู้สึกอย่างไรจึงซื้ออาหารนั้น ทำไมถึงซื้ออาหารนั้น	45 นาที
-วิทยากรยกตัวอย่างการซื้ออาหารด้วยราคาที่ต้องจ่ายกับรายได้ที่หาได้เปรียบเทียบและแสดงการประเมินคุณค่าโภชนาการพลังงานที่ได้รับจากอาหารตามหลักธงโภชนาการกับพลังงานที่ใช้	45 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้องคืออะไร การเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้องทำอะไร ทำไมต้องคำนึงการเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้อง	45 นาที
- ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติจริงไปจ่ายตลาดเลือกซื้ออาหาร	45 นาที

การประเมินผล สังเกตจากการบอกวิธีเลือกซื้ออาหารโดยประเมินพลังงานที่ได้รับกับที่ใช้ และคุณค่าโภชนาการ

กิจกรรมที่ 9. กระจายขาเดียวเดินเร็ว

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกเกณฑ์ และประโยชน์ของการเดินเร็ว รวมทั้งเปลี่ยนทัศนคติกิจกรรมทางกายมาเดินเร็ว
สาระสำคัญ	กิจกรรมนี้มุ่งเปลี่ยนทัศนคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้มีกิจกรรมทางกายง่ายๆ ด้วยการเดินเร็ว
เนื้อหา	การเดินเป็นกิจกรรมทางกายที่มีประโยชน์ช่วยป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โดยควรเดินอย่างต่ำวันละ 5 กิโลเมตร
หลักการ	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ใช้	การศึกษานอกระบบโรงเรียน(การปฏิบัติ บรรยาย บทบาทสมมุติ อภิปรายกลุ่ม)
วัสดุ อุปกรณ์	สถานที่สำหรับเดิน แก้วน้ำ เมล็ดถั่วแดง ถัง สายวัด นกหวีด นาฬิกาจับเวลา กระดาษปากกา
ระยะเวลา	5 ชั่วโมง
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	

- 1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับการเดินเร็ว และจัดเตรียมสถานที่โดยตั้งเก้าอี้เป็นหมุดหมายห่างกัน 25 เมตร พร้อมทั้งแจกเมล็ดถั่วแดงให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อนับรอบจำนวนคนละ 20 เมล็ด
- 2.ทำสมาธิ
- 3.จัดผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นแถวเป็นขบวนเป่านกหวีดให้เดินรอบเก้าอี้ห่างกัน 25 เมตร 1 รอบเท่ากับ 50 เมตรเมื่อครบ 1 รอบ ให้โยนเมล็ดถั่วแดงลงในถัง
- 4.วิทยากรเป่านกหวีดให้เริ่มเดินพร้อมเปิดเพลงเมื่อครบ 6 นาที เป่านกหวีดให้หยุด
- 5.วัดระยะโดยคำนวณจากเมล็ดถั่วที่หายไปบวกกับระยะที่เดินไม่ครบรอบ(เกณฑ์ 400-700 ม.)
- 6.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การเดินเร็วคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อเดิน ทำไมต้องเดิน
- 7.ทำสมาธิ
- 8.ให้ทุกคนยืนกระต่ายขาเดียว
- 9.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การเดินอาศัยอะไร รู้สึกอย่างไรเดินไม่ได้ ทำไมเดินไม่ได้

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับการเดินเร็ว และจัดเตรียมสถานที่โดยตั้งเก้าอี้เป็นหมุดหมายห่างกัน 25 เมตร พร้อมทั้งแจกเมล็ดถั่วแดงให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อนับรอบจำนวนคนละ 20 เมล็ด	30-45 นาที
-ทำสมาธิ	30-45 นาที
-จัดผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นแถวเป็นขบวนเป่านกหวีดให้เดินรอบเก้าอี้ 1 รอบ 50 เมตรเมื่อครบ 1 รอบ ให้โยนเมล็ดถั่วแดงลงในถัง เป่านกหวีดให้เริ่มเดินเมื่อครบ 6 นาที เป่านกหวีดให้หยุดวัดระยะโดยคำนวณจากเมล็ดถั่วที่หายไปบวกกับระยะที่เดินไม่ครบรอบ(เกณฑ์ คือ 400-700 เมตร)	60-90 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า เดินเร็วคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อเดินทำไมต้องเดิน	45 นาที
-ทำสมาธิ	30-45 นาที
-ให้ทุกคนยืนกระต่ายขาเดียว	10 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การเดินต้องอาศัยอะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อเดินไม่ได้ ทำไมเดินไม่ได้	45 นาที

การประเมินผล สังเกตจากการเดินได้ตามเกณฑ์ และการบอกประโยชน์ของการเดิน

กิจกรรมที่ 10.แม่งุ๋มหายใจซ่า

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัวที่อาจก่อให้เกิดความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดด้วยการหายใจซ่า
สาระสำคัญ	กิจกรรมนี้มุ่งเปลี่ยนทัศนคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้เห็นความสำคัญของความสัมพันธ์และการให้ความเชื่อถ้อยกันในครอบครัว และวิธีการคลายเครียดด้วยการบังคับการหายใจให้ซ่า
เนื้อหา	ประโยชน์ของความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และวิธีการหายใจซ่า
หลักการ	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ใช้	การศึกษานอกระบบโรงเรียน(การปฏิบัติ บรรยาย เกม อภิปรายกลุ่ม)
วัสดุ อุปกรณ์	ชนไก่ นาฬิกาจับเวลา CD เพลง เครื่องเสียง กระดาษ ปากกา
ระยะเวลา	5 ชั่วโมง
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	

- 1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัวกับความเครียด และการหายใจซ่าคลายเครียด พร้อมทั้งแจกชนไก่ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- 2.ทำสมาธิ
- 3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมแม่งุ๋มกลุ่มละประมาณ 10 คน
- 4.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อไม่เชื่อถ้อยกัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี เป็นห่วงบุคคลในครอบครัวทำไมต้องเชื่อถ้อยกันสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว
- 5.วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยิ้ม กอด สบตา สัมผัส สวัสดี สร้างความเชื่อถ้อยกัน พร้อมทั้งให้สะท้อนความคิดถึงความรู้สึก และหากปฏิบัติเช่นเดียวกันกับคนในครอบครัวจะเป็นอย่างไร
- 6.วิทยากรแสดงการบังคับลมหายใจซ่าโดยถือชนไก่ห่างจมูก 1 นิ้ว ดูนานาฬิกาหายใจซ่า 3 วินาทีหายใจออก 3 วินาที ไม่กลั้นลมหายใจ ไม่หายใจแรงจนชนไก่สั่นไหว พร้อมทั้งอธิบายประโยชน์ของการหายใจซ่า
- 7.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทดลองปฏิบัติพร้อมเปิดเพลงเบาๆอัตราการหายใจให้น้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที ผ่อนคลาย
- 8.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การหายใจซ่าคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อหายใจซ่า ทำไมต้องหายใจซ่าเมื่อรู้สึกเครียด

9. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสรุปความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัว และวิธีการคลายเครียดด้วยการหายใจเข้า

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัวกับความเครียด และการหายใจเข้าคลายเครียด พร้อมทั้งแจกขงไก่ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	20-30 นาที
-ทำสมาธิ	30-45 นาที
-ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมแม่งูกุ่มละประมาณ 10 คน	10-20 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อไม่เชื่อถือกัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี	45 นาที
-วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยิ้ม กอด สบตา สัมผัส สวัสดิ์ พร้อมทั้งให้สะท้อนความคิดถึงความรู้สึก และหากปฏิบัติเช่นเดียวกันกับคนในครอบครัวจะเป็นอย่างไร	45 นาที
วิทยากรแสดงการบังคับลมหายใจเข้าโดยถือขงไก่ห่างจมูก 1 นิ้ว ดูนานาฬิกาหายใจเข้า 3 วินาทีหายใจออก 3 วินาที ไม่กลืนลมหายใจ ไม่หายใจแรงจนขงไก่สั่นไหวพร้อมทั้งอธิบายประโยชน์ของการหายใจเข้าแล้วผู้เข้าร่วมกิจกรรมทดลองปฏิบัติพร้อมเปิดเพลงเบาๆอัตรการหายใจให้น้อยกว่า10ครั้ง/นาที	45 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า การหายใจเข้าคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อหายใจเข้า ทำไมต้องหายใจเข้าเมื่อรู้สึกเครียด และวิธีคลายเครียดในครอบครัว	45-60 นาที

การประเมินผล สังเกตจากการบอกความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัว และวิธีการคลายเครียดด้วยการหายใจเข้า

แบบการประเมินโรคซึมเศร้าสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง

ตาราง แสดงคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม

ลำดับที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

การแปลผล ถ้าท่านตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือ “มี” ทั้ง 2 ข้อ ท่านควรขอรับคำปรึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านท่าน เพื่อรับการประเมินอย่างละเอียดต่อไป

แบบแสดงการประเมินความเครียด

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ ๒ - ๔ สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม					

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่เพียงพอ หนี้สิน ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย เป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษ หากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของท่านได้ขอให้ท่านลองประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0 - 3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

การแปลผล

คะแนน 0 - 4 เครียดน้อย

คะแนน 5 - 7 เครียดปานกลาง

คะแนน 8 - 9 เครียดมาก (ควรพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอรับคำปรึกษา)

คะแนน 10 - 15 เครียดมากที่สุด (ท่านต้องเข้ารับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

กิจกรรมที่ 11. ชี้นำส่งเมืองสู่องค์กรรวม

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกความเชื่อมโยงของสุขภาพองค์กรรวม
สาระสำคัญ	กิจกรรมนี้มุ่งเปลี่ยนทัศนคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของสุขภาพ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ เป็นองค์กรรวมมิใช่สุขภาพกายเพียงด้านเดียว
เนื้อหา	สุขภาพองค์กรรวมเน้นความเชื่อมโยงของสุขภาพ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ
หลักการ	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ใช้	การศึกษานอกระบบโรงเรียน(เกม ชมภาพยนตร์ อภิปรายกลุ่ม)
วัสดุ อุปกรณ์	เครื่องคอมพิวเตอร์ กระดาษ ปากกา
ระยะเวลา	4 ชั่วโมง
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	

- 1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับสุขภาพองค์กรรวม
- 2.ทำสมาธิ
- 3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมชี้นำส่งเมืองกลุ่มละประมาณ 5 คน
- 4.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า สุขภาพคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อสุขภาพถดถอยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำไมต้องดูแลสุขภาพตนเอง
- 5.วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับสุขภาพองค์กรรวมทั้งยกตัวอย่างกรณีศึกษาโดยเปิดคลิปรายการ “ฉันรักเมืองไทย ตอนคุณไอเวนกับคุณวา” จากอินเทอร์เน็ต มีเนื้อหา คือ คุณวาประสบภัย สึนามิ สูญเสียลูกภรรยา บ้าน ทุกอย่างทำมีปัญหาสุขภาพจิตนอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง มาเป็นคนเร่ร่อนที่สนามหลวง คุณไอเวนเป็นอาสาสมัครมาช่วยเหลือให้ข้าวรับประทาน พาไปรักษาที่โรงพยาบาล คุณวาสุภาพดีขึ้นไปช่วยเหลืองานอาสาสมัครคุณไอเวนทำให้สุขภาพดีขึ้น
- 6.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า สุขภาพองค์กรรวมคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อมีคนช่วยเหลือ ทำไมความเป็นองค์กรรวมของสุขภาพจึงสำคัญ
- 7.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสรุปความเชื่อมโยงของสุขภาพ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับสุขภาพองค์กรรวม	20-30 นาที
-ทำสมาธิ	30-45 นาที
-ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมขี้ม้าส่งเมืองกลุ่มละประมาณ 5 คน	10-20 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า สุขภาพคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อสุขภาพถดถอยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำไมต้องดูแลตนเอง	45 นาที
-วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับสุขภาพองค์กรรวมพร้อมทั้งยกตัวอย่างกรณีศึกษาโดยเปิดคลิปรายการ “ฉันรักเมืองไทย ตอนคุณไอเวนกับคุณวา” จากอินเทอร์เน็ต	60 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า สุขภาพองค์กรรวมคืออะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อมีคนช่วยเหลือ ทำไมความเป็นองค์กรรวมจึงมีความสำคัญกับสุขภาพ	45 นาที
-ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสรุปความเชื่อมโยงของสุขภาพ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ	20-30 นาที

การประเมินผล สังเกตจากการบอกความเชื่อมโยงของสุขภาพ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ

กิจกรรมที่ 12.ยาจำเป็นใช้ของวิเศษ

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกโทษการใช้ยาเกินจำเป็น และประโยชน์ของการดูแลตนเอง
สาระสำคัญ	กิจกรรมนี้มุ่งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้เห็นความสำคัญการดูแลสุขภาพตนเองใช้ยาที่จำเป็น
หลักการ	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ใช้	การศึกษานอกระบบโรงเรียน(บรรยาย อภิปรายกลุ่ม)
วัสดุ อุปกรณ์	ภาพผู้ใช้ยาเกินจำเป็น สลากยา ผ้า กระดาษ ปากกา ยาที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกินหรือใช้
ระยะเวลา	4 ชั่วโมง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

- 1.วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับการใช้ยา
- 2.ทำสมาธิ
- 3.วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ยาคืออะไร ท่านใช้ยาอย่างไร ทำไมต้องใช้ยา

4. วิทยากรแสดงภาพการแพ้ยา ผลข้างเคียงของยา แจกสลากยาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอ่าน พร้อมทั้งอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง ให้นำยาที่กินหรือใช้แสดงพร้อมทั้งสะท้อนความคิด
6. วิทยากรถามให้สะท้อนความคิด การใช้ยาเกินจำเป็นคืออะไร ท่านมียาเหลือไม่ได้ใช้ ยาหมดอายุหรือไม่ ท่านทำอย่างไรกับยานั้นและรู้สึกอย่างไร ทำไมต้องใช้ยาเท่าที่จำเป็น
7. สรุปวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องพร้อมทั้งแนะนำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำยาที่เหลือกินเหลือใช้นำไปแสดงให้แพทย์ดูทุกครั้งไปตรวจรักษา

ตารางเวลากิจกรรม

กิจกรรม	เวลา(ประมาณ)
-วิทยากรกล่าวนำเกี่ยวกับการใช้ยา	20-30 นาที
-ทำสมาธิ	30-45 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิดว่า ยาคืออะไร ท่านใช้ยาอย่างไร ทำไมต้องใช้ยา	45 นาที
-วิทยากรแสดงภาพการแพ้ยา ผลข้างเคียงของยา แจกสลากยาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอ่าน พร้อมทั้งอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องพร้อมทั้งแสดงยาที่กินหรือใช้	60 นาที
-วิทยากรถามให้สะท้อนความคิด การใช้ยาเกินจำเป็นคืออะไร ท่านมียาเหลือไม่ได้ใช้ ยาหมดอายุหรือไม่ ท่านทำอย่างไรกับยานั้น ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อยาเหลือหรือหมดอายุ ทำไมต้องใช้ยาเท่าที่จำเป็น	45 นาที
-สรุปวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องพร้อมทั้งแนะนำให้นำยาที่เหลือกินเหลือใช้แสดงให้แพทย์ดู	20-30 นาที

การประเมินผล สังเกตจากการบอกวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง

บทสรุป

คู่มือการจัดกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่แนวความคิดใหม่ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีแนวคิดในการเปลี่ยนทัศนคติเป็นหลักแต่ไม่ได้ละเลยการให้ความรู้ และการเพิ่มทักษะ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม โดยประยุกต์ใช้หลักการหรือทฤษฎีการเรียนรู้ คือ การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง(transformative learning) เป็นหลักอันมีผู้ริเริ่ม คือ เมซีโรว์ ซึ่งเน้นการผ่านหรือปรับตัวของผู้ผ่านวิกฤติในชีวิต และมีความกดดัน แต่การจัดกิจกรรมนี้ถึงแม้เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่รู้สึกว่าตัวเองมีวิกฤติ เป้าหมายของการจัดกิจกรรมเป็นการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นวิกฤติที่แท้จริง แต่ผู้ป่วยดังกล่าวมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค คือ การดำเนินวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมสุขภาพอันเกิดจากทัศนคติที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจึงควรมุ่งเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ผู้วิจัยจึงเลือกหลักการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ เทย์เลอร์ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ การสนทนา การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ การสร้างบรรยากาศอันเป็นองค์รวมของเหตุผลและอารมณ์ การตระหนักในบริบท การสร้างความสัมพันธ์ที่แท้จริง ซึ่งองค์ประกอบสำคัญที่ผู้วิจัยเน้นเป็นพิเศษ คือ การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์(critical reflection) โดยนัย คือ การสะท้อนความคิดในเรื่องที่เป็นวิกฤติ และหลากหลาย เช่น การสะท้อนความคิดในเรื่องอัมพาต หากสนทนากับ แพทย์ หรือเพื่อนบ้านที่มีความเห็นตรงกันทำให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติได้ดีกว่าการที่แพทย์สะท้อนความคิดเห็นเพียงด้านเดียว ผู้วิจัยได้สังเคราะห์กระบวนการการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์เป็นแนวคิด หรือนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย

จากแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจำเป็นต้องจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบ โรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ เนื่องจากการจัดกิจกรรมต้องการความหลากหลาย ความแรงให้เกิดแรงจูงใจ ความบอผ่านที่เป็นการกระตุ้นผ่านสัญลักษณ์ให้เกิดการตีความ แปลความ ให้ค่าด้วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมเอง ตัวอย่างที่ดี คือ การใช้ชีวิตโคเป็นสัญลักษณ์กระตุ้นให้เกิดการกินผัก ผลไม้แทนเนื้อเนื่องจากศาสนาพุทธการฆ่าสัตว์เป็นบาปทำให้คนสงสารเมื่อผ่านโรงเลี้ยงโคเวลาไปตลาด ลดการกินเนื้อลง จะเห็นว่าได้ผลกว่าการสื่อสารโดยใช้คำพูด(verbal communication)โดยแพทย์บอกให้กินผักทุกครั้งไปตรวจรักษาแต่คนไข้ไม่เคยปฏิบัติ หรือการนำยาที่เหลือไปให้แพทย์ดูเป็นการสื่อสารที่ตรงกันโดยไม่ใช้คำพูดทำให้สามารถลดการใช้จ่ายเงินจำเ็นได้ การใช้สัญลักษณ์ควรเลือกตามบริบทที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ในการจัดกิจกรรมเชิงบูรณาการควรรีตวัตถุประสงค์เป็นหลัก หากการจัดกิจกรรมด้วยหลักการเดียวสำเร็จก็ไม่ควรจัดกิจกรรมเชิงบูรณาการ ในการจัดกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยสังเคราะห์กระบวนการ และรูปแบบกิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้ คือ

วิกฤติ(dilemma) ในกรณีนี้ยังไม่เกิดวิกฤติเราต้องการป้องกัน ดังนั้นควรแสดงให้เห็นวิกฤติ เป็นวิกฤติเทียม(dilemma simulation) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจากวิเคราะห์ของผู้วิจัย พบว่า การประยุกต์ใช้กิจกรรมการศึกษาอกระบบมีความเหมาะสม เช่น บทบาทสมมุติเป็นอัมพาต ตาบอด ขาด้าน เนื่องจากเห็นผลได้เร็ว สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ จากบริบทสังคมไทย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ การละเล่นไทย เช่น กระจ่ายขาเดียวแทนผู้ขาด้าน ปิดตาตีหม้อแทนตาบอด การประยุกต์ดังกล่าว นอกจากได้ประโยชน์ในการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แล้วยังเป็นการอนุรักษ์การละเล่นไทยที่นับวัน จะเลือนหาย

วิพากษ์วิจารณ์((dialog) ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงนี้ต้องมีการ สนทนาหลังจากตระหนักในวิกฤติแล้ว การสนทนาจะเป็นการแนะนำจากประสบการณ์ในชีวิต(life's mentoring dialog)ของผู้คนที่หลากหลายที่มีความเห็นสอดคล้องกันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติ ในการจัดกิจกรรมนี้มีการสนทนากับผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเอง แพทย์ นักกีฬาทีมชาติ ศิลปินตา บอด

วินิจฉัยวิเคราะห์ข้อเสนอสำหรับทัศนคติใหม่(determine premise) ในการจัดกิจกรรมนี้ได้ เสนอข้อเสนอสำหรับทัศนคติใหม่ คือ อ.อาหาร เน้นให้รับประทานผักผลไม้อย่างน้อยวันละ 5 ทัพพี ลดหวาน มัน เค็ม อ.ออกกำลังกาย เน้นให้เดินอย่างน้อยวันละ 5 กิโลเมตร อ.อารมณ์ ไม่เครียด นอน วันละ 7 ชั่วโมง อ.อาหารในครอบครัว ยิ้ม ชม กอด สบตา สัมผัส สวัสดี อ.อารีสังคม มีจิตสาธารณะ ทำบุญ ทำทาน ช่วยเหลือผู้อื่น อ.อัตตาหิ อัตโน นาโถ ดูแลตนเอง ปฏิบัติตามแพทย์ ไปพบแพทย์ตาม นัด ใช้จ่ายเท่าที่จำเป็น ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ได้มีการงดเหล้างดบุหรี่เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม มิได้มีผู้ดื่มเหล้าสูบบุหรี่

วิสัยทัศน์ ทัศนคติเปลี่ยน(diversify attitude) ในการจัดกิจกรรมนี้จัดให้มีการสำรวจตนเอง ด้วยการสะท้อนความคิดด้วยคำถามอะไรเพื่อตรวจสอบสำรวจตนเองเกี่ยวกับเนื้อหา(content) คำถามอย่างไรเพื่อตรวจสอบสำรวจตนเองเกี่ยวกับกระบวนการ(process) คำถามทำไมเพื่อตรวจสอบ สำรวจตนเองเกี่ยวกับข้อเสนอสำหรับทัศนคติใหม่(premise) เพื่อให้เกิดทัศนคติใหม่จากการสำรวจ ตนเอง

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทัศนคติจะเกิดได้เมื่อมีเหตุการณ์ที่มีความแรง(quality) และ ความบ่อย(frequency) พอที่จะกระตุ้นให้เกิดการหยุดคิด ชั่งใจ สำรวจตนเอง แต่การกระตุ้นสิ่งนั้น บ่อยๆด้วยกิจกรรมเดิมๆอาจทำให้ความแรงในการกระตุ้นนั้นลดลง เช่น การชมภาพยนตร์ในครั้งแรก อาจมีความแรงพอให้เกิดการกระตุ้นแต่หากฉายภาพยนตร์ซ้ำๆผู้ชมภาพยนตร์จะรู้ว่าฉากต่อไปเป็น อะไรทำให้ความแรงลดลง ในการเกิดทัศนคติ หรือมุมมองความหมายนั้น เมซิโรว์กล่าวว่าเหตุการณ์ที่ มีความแรง หรือความบ่อยจะทำให้มนุษย์เก็บเหตุการณ์นั้นเป็นสัญลักษณ์(symbol)ในจิตใต้สำนึก หากมีการกระตุ้นมากขึ้นเรื่อยๆ สัญลักษณ์จะเปลี่ยนเป็นสัญญาณ(sign)ซึ่งจะยากต่อการเปลี่ยนแปลง

ทัศนคติ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสร้างให้เกิดสัญลักษณ์กระตุ้นเตือนผู้เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งสัญลักษณ์ที่ดีควรเป็นสิ่งที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็น หรือประสบบ่อยๆ ดังนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าสิ่งนั้นควรเป็นสิ่งที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพบเห็น หรือประสบในชีวิตประจำวันบ่อยๆก่อให้เกิดการตีความซึ่งใจใหม่ในการจัดกิจกรรมนี้ผู้วิจัย เลือก สถานที่เฝ้าชีวิตโค ตลาด และวัด(ที่เก็บร่างไร้ชีวิต) จากเหตุผลดังกล่าว ประกอบกับการเสริมให้เกิดความยั่งยืนของทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยเลือกทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง(self-directed learning)ที่มีขั้นตอนสำคัญ คือ การสร้างแรงจูงใจ ดังนั้นการจัดกิจกรรมควรบูรณาการกิจกรรมการศึกษาตามอัยาศัยเข้ากับการศึกษานอกระบบโรงเรียน จาก การวิเคราะห์ของผู้วิจัย พบว่า รูปแบบการสอดแทรก(infusion)มีความเหมาะสม ในการจัดกิจกรรมนี้ สอดแทรกกิจกรรมการศึกษาตามอัยาศัยใน 5 กิจกรรม คือ การจัดนิทรรศการ(เข้าชมนิทรรศการตามอัยาศัย) การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้(ใช้ห้องสมุด ศูนย์เรียนรู้ตามอัยาศัย) ชีวิตโคกับการกินผัก ตลาดนัดสุขภาพ สุขภาพจิตวิญญาณซื้อไม่ได้(ทัศนศึกษา ปฏิบัติในสถานที่จริงตามอัยาศัย)

สรุปว่า รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้นใหม่เป็นนวัตกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ รูปแบบ 4 D หรือ 4 วิ ประกอบด้วย

วิกฤติเทียม(dilemma simulation)

วิพากษ์วิจารณ์(dialog)

วินิจฉัยวิเคราะห์ข้อเสนอสำหรับทัศนคติใหม่(determine premise)

วิสัยทัศน์ ทัศนคติเปลี่ยน(diversify attitude)

ด้วยกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัยาศัยเชิงบูรณาการ ด้วยรูปแบบสอดแทรก หรือต้นตอติดตาม

จากแนวคิดข้างต้นผู้วิจัยได้เสนอแนวคิดการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นสำคัญนั้นต้องการให้ผู้จัดกิจกรรมครอบคลุมได้ทุกกลุ่ม ทุกเป้าหมายจึงเสนอรูปแบบกิจกรรม ดังนี้

- 1) ขั้นตอนการเตรียมการ หรือระดับมหภาค ประกอบด้วย การวางแผน ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์ตามสภาพปัญหา การวางแผนสร้างเครื่องมือวิจัย และการประเมินผล การออกแบบ ได้แก่ การเลือกหลักการ หรือทฤษฎีการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ การดำเนินการ การประเมินผล
- 2) ขั้นตอนการรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม และศึกษาบริบทพื้นที่ดำเนินกิจกรรม หรือระดับจุลภาค ประกอบด้วย การวางแผน การออกแบบ การดำเนินการ การประเมินผล
- 3) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การวางแผน การออกแบบ การดำเนินการ การประเมินผล การตรวจสอบผล การรายงานผล

ภาคผนวก ข.

เครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน
และการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของ
ผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. รศ.ดร. ศิริเดช สุขีวะ | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย และวัดผลการศึกษา |
| 2. อ.ดร. ปาน กิมปี | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบโรงเรียน |
| 3. ผศ.นพ. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจ และหลอดเลือด |
| 4. รศ.นพ. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการส่งเสริมสุขภาพ |
| 5. อ.นพ. ชีระ วรรณรัตน์ | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการส่งเสริมสุขภาพ |

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 1 ชุดที่ 1
แบบวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิง
บูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิ
(สำหรับนักวิจัย)

วัตถุประสงค์

แบบวิเคราะห์เอกสารงานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้วิเคราะห์งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบันทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาที่เกี่ยวกับภาระโรค และการบริการสุขภาพ หลักการ แนวคิด ทฤษฎี การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และนำข้อมูลที่ได้เพื่อไปกำหนดวัตถุประสงค์ และพัฒนาแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วิจัย

รายละเอียดเนื้อหา

แบบวิเคราะห์งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน และส่วนที่ 2 แบบสรุปการวิเคราะห์ สภาพปัญหา เนื้อหา และตารางวิเคราะห์งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ความหมายของคำที่ใช้ในแบบสอบถาม

การพัฒนาแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการ หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี แนวคิด หลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการ และผลที่จะได้รับ โดยรูปแบบประกอบด้วย หลักการ วิธีการ ขั้นตอนของแผนกิจกรรม

และการประเมินผลของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นหลัก แล้วสอดแทรกด้วยกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยอย่างเป็นเนื้อเดียวกันมีกระบวนการพัฒนา 6 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การวางแผน 2)การออกแบบ 3)การดำเนินการ 4)การประเมินผล 5)การตรวจสอบผล 6)รายงานผล โดยการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้วางแผนจะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มความรู้ เปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมทั้งในภาวะแข็งแรง ภาวะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรค หรือลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการรับบริการการแพทย์ทางเลือก และการรับบริการการแพทย์วิชาชีพเมื่อจำเป็นโดยคำนึงถึงสุขภาพองค์รวมมิได้เน้นแต่สุขภาพกายเพียงอย่างเดียว

สุขภาพองค์รวม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของมิติทั้ง 4 ของสุขภาพหรือสุขภาพ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญา นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นพลวัตรไม่หยุดนิ่ง ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนได้

สุขภาพกาย หมายถึง ร่างกายไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในระดับปกติทั้งกายภาพ สรีรวิทยาและชีวเคมีของร่างกายที่สามารถยกระดับได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เพียงพอ และเหมาะสม การเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย

สุขภาพทางจิต หมายถึง ความสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ การมีอารมณ์ทางบวกมากกว่าอารมณ์ทางลบที่สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อนบ้าน

สุขภาพทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ หมายถึง มีปัญญารอบรู้เท่าทัน เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตนมีจิตสาธารณะ

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเอกชน หน่วยบริการสุขภาพที่มีได้มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของเอกชน ภายใต้กำกับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ หรือกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับบริการหมายถึง ผู้ที่มารับบริการสุขภาพหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีอายุมากกว่า 20 ปีที่เป็นความดันโลหิตสูง หรือ เบาหวาน

**แบบวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
การพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษาในระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิง
บูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิ**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1. ชื่อเรื่อง/หัวข้อ.....
2. ชื่อผู้ทำวิจัย/ผู้เขียน.....
3. ปี พ.ศ. ที่เขียน/พิมพ์เผยแพร่.....
4. ประเภทเอกสาร () งานวิจัย () วิทยานิพนธ์ () รายงาน () หนังสือ ()
อื่นๆ/ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสรุปการวิเคราะห์เนื้อหา

การวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษาในระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีประเด็นสำหรับการวิเคราะห์ดังนี้

- 1) สภาพปัญหาการบริการสุขภาพ และภาระโรคเปรียบเทียบระหว่างประเทศ
- 2) สภาพปัญหาการบริการสุขภาพ และภาระโรคเปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ
- 3) สภาพปัญหาการบริการสุขภาพ และภาระโรคหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 4) ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ และภาระโรค
- 5) แนวทาง หลักการ แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาการบริการสุขภาพ และภาระโรค
- 6) หลักการ แนวคิด ทฤษฎีในการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการแก้ไขปัญหาการบริการสุขภาพ และภาระโรค
- 7) กระบวนการ หรือสภาพการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ การเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
- 8) กิจกรรมการศึกษาในระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัยที่เสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
- 9) เนื้อหาการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ปัญหาสุขภาพ และภาระโรค

**ตารางการวิเคราะห์รายงานการวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา รูปแบบการจัด
กิจกรรมการศึกษาในระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง
การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ**

ประเด็นการวิเคราะห์	ผลการวิเคราะห์	รายละเอียด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
1) สภาพปัญหาการบริการสุขภาพ และภาระโรคเปรียบเทียบระหว่างประเทศ		
2) สภาพปัญหาการบริการสุขภาพ และภาระโรคเปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ		
3) สภาพปัญหาการบริการสุขภาพ และภาระโรคหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ		
4) ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ และภาระโรค		
5) แนวทาง หลักการ แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาการบริการสุขภาพ และภาระโรค		
6) หลักการ แนวคิด ทฤษฎีในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และภาระโรค		
7) กระบวนการ หรือกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ การเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม		
8) กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัยที่เสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม		
9) เนื้อหาการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ปัญหาสุขภาพ และภาระโรค		

- 3.การศึกษา
- 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - 2 ประถมศึกษา(ระบุชั้นปีการศึกษาที่จบ).....
 - 3 มัธยมศึกษาตอนต้น(ระบุชั้นปีการศึกษาที่จบ).....
 - 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.(ระบุชั้นปีการศึกษาที่จบ).....
 - 5 อนุปริญญา หรือ ปวส.
 - 6 ปริญญาตรี
 - 7 ปริญญาโท
 - 8 ปริญญาเอก
- 4.สถานภาพสมรส
- 1 โสด
 - 2 สมรส/มีคู่
 - 3 หย่า/แยก
 - 4 ม่าย
- 5.รายได้ต่อเดือน.....บาท
- 6.รายได้เมื่อเทียบกับรายจ่าย
- 1 ไม่เพียงพอ
 - 2 เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
 - 3 เพียงพอและเหลือเก็บ
- 7.ศาสนา
- 1 พุทธ
 - 2 คริสต์
 - 3 อิสลาม
 - 4 อื่นๆ(ระบุ).....
- 8.อาชีพ
- 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - 2 เกษตรกรรม
 - 3 รับจ้าง
 - 4 ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ
 - 5 ค้าขาย
 - 6 อื่นๆ(ระบุ).....
- 9.โรคประจำตัว(เฉพาะเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)
- 1 เบาหวาน
 - 2 ความดันโลหิตสูง
 - 3 เบาหวานและความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้

คำชี้แจง-แบบทดสอบมีทั้งหมด 32 ข้อ

-คำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือก คือ ก ข ค ง

-โปรดตอบคำถามโดย วงกลมล้อมรอบอักษร ก ข ค ง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ข้อใดคือสาเหตุการตายมากที่สุด 3 อันดับแรกของคนไทยในปัจจุบัน
 - ก. โรคเอดส์, โรคมะเร็ง, โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - ข. โรคมะเร็ง, โรคเอดส์, อุบัติเหตุ
 - ค. อุบัติเหตุ, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเอดส์
 - ง. โรคมะเร็ง, อุบัติเหตุ, โรคหัวใจและหลอดเลือด เฉลยข้อ ง.
2. ข้อใดคือปัจจัยสำคัญมากที่สุดของสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกของคนไทย
 - ก. เชื้อโรค
 - ข. พฤติกรรม
 - ค. โครงสร้างพื้นฐาน
 - ง. ระบบบริการสาธารณสุข เฉลยข้อ ข.
3. ข้อใดคือความหมายของสุขภาพแบบองค์รวม
 - ก. ความสัมพันธ์อย่างมีคุณภาพของของกาย, จิต, วัฒนธรรมค่านิยม, จิตวิญญาณ
 - ข. การมีปัญญารอบรู้ในความสัมพันธ์ร่วมกันของกาย, จิต, วัฒนธรรมค่านิยม
 - ค. การดูแลสุขภาพโดยใช้การแพทย์ทางเลือกไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบัน
 - ง. ความสัมพันธ์อย่างมีคุณภาพของของกาย, จิต, สังคม, จิตวิญญาณ เฉลยข้อ ง.
4. ข้อใดกล่าวถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
 - ก. การดูแลสุขภาพโดยแพทย์แผนปัจจุบัน, แพทย์พื้นบ้าน และ การดูแลตนเองอย่างละเอียดๆกัน
 - ข. การดูแลสุขภาพโดยแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า แพทย์พื้นบ้าน และ การดูแลตนเอง
 - ค. การดูแลสุขภาพโดยการดูแลตนเองมากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์พื้นบ้าน
 - ง. การดูแลสุขภาพโดยการดูแลตนเองสำคัญที่สุดจึงไม่มีการดูแลโดยแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์พื้นบ้าน เฉลยข้อ ค.
5. ข้อใดกล่าวถูกต้องน้อยที่สุดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
 - ก. นาง ก. อายุ 40 ปีไปตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำปี
 - ข. ป้า ข. อายุ 50 ปีกินยาลดความดันโลหิตมีอาการไอมากจึงซื้อกินยาแก้ไอกินเอง
 - ค. ลุง ค. อายุ 60 ปีไปวัดทำบุญ
 - ง. ตา ง. อายุ 65 ปีเข้าชมรมผู้สูงอายุ เฉลยข้อ ข.

6. ข้อใดเป็นอาการที่พบบ่อยของโรคเบาหวาน
- ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน
 - ปัสสาวะกระปริดกระปรอย
 - ปัสสาวะไม่สุด ไม่พุ่ง
 - ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม
- เฉลยข้อ ก.
7. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของโรคเบาหวาน
- พันธุกรรม
 - ตับอักเสบ
 - ตับอ่อนอักเสบ
 - ไม่ทราบสาเหตุ
- เฉลยข้อ ข.
8. เกณฑ์วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงคือข้อใด
- มากกว่า 80 มม.ปรอทเมื่อหัวใจบีบตัว และ 120 มม.ปรอทเมื่อหัวใจคลายตัว
 - มากกว่า 120 มม.ปรอทเมื่อหัวใจบีบตัว และ 80 มม.ปรอทเมื่อหัวใจคลายตัว
 - มากกว่า 90 มม.ปรอทเมื่อหัวใจบีบตัว และ 140 มม.ปรอทเมื่อหัวใจคลายตัว
 - มากกว่า 140 มม.ปรอทเมื่อหัวใจบีบตัว และ 90 มม.ปรอทเมื่อหัวใจคลายตัว
- เฉลยข้อ ง.
9. อาการที่พบบ่อยมากที่สุดของโรคความดันโลหิตสูงคือข้อใด
- ปวดศีรษะ, ปวดกล้ามเนื้อ
 - ปวดศีรษะ, ตัวบวม
 - ไม่มีอาการ, ปวดศีรษะ
 - แขนขาชา, ตัวบวม
- เฉลยข้อ ค.
10. ข้อใดคือเกณฑ์ปกติของรอบเอวสำหรับผู้ใหญ่
- น้อยกว่า 32 นิ้วในเพศชาย และ 30 นิ้วในเพศหญิง
 - น้อยกว่า 32 นิ้วในเพศชาย และ 32 นิ้วในเพศหญิง
 - น้อยกว่า 36 นิ้วในเพศชาย และ 32 นิ้วในเพศหญิง
 - น้อยกว่า 36 นิ้วในเพศชาย และ 36 นิ้วในเพศหญิง
- เฉลยข้อ ค.
11. ข้อใดคือการวัดดัชนีมวลกาย
- น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารส่วนสูงเป็นเมตร
 - น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารส่วนสูงเป็นเมตรกำลังสอง
 - น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารส่วนสูงเป็นเซนติเมตร
 - น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารส่วนสูงเป็นเซนติเมตรกำลังสอง
- เฉลยข้อ ข.

12. ข้อใดคือค่าดัชนีมวลกายสำหรับชาวเอเชียที่เหมาะสมสำหรับคนไทย
- เท่ากับ18.5ถึง22.9 กก/ม.²
 - เท่ากับ18.5ถึง24.9 กก/ชม.²
 - เท่ากับ18.50ถึง24.9 กก/ม.
 - เท่ากับ23.0ถึง24.9 กก/ชม.²
- เฉลยข้อ ก.
13. ข้อใดคือการแบ่งสัดส่วนการกินอาหารในแต่ละวันที่เหมาะสมมากที่สุด
- มือเช้า:มือกลางวัน:มือเย็น:มือค่ำ เท่ากับ 3:3:3:1
 - มือเช้า:มือกลางวัน:มือเย็น:มือค่ำ เท่ากับ 4:3:2:1
 - มือเช้า:มือกลางวัน:มือเย็น เท่ากับ 3:3:4
 - มือเช้า:มือกลางวัน:มือเย็น เท่ากับ 5:3:2
- เฉลยข้อ ง.
14. เราควรกินผักผลไม้สดอย่างน้อยวันละเท่าใด
- 4 ทัพพี
 - 5 ทัพพี
 - 6 ทัพพี
 - 7 ทัพพี
- เฉลยข้อ ข.
15. ปริมาณผลไม้ 1 ส่วนประมาณเท่ากับข้อใด
- กล้วยน้ำว้า 1 ผล, สับปะรดขนาดชิ้นพอคำ 9-10 ชิ้น, ส้มเขียวหวาน 1 ผล
 - กล้วยน้ำว้า 1 ผล, แดงโมขนาดชิ้นพอคำ 6-8 ชิ้น, ส้มเขียวหวาน 1 ผล
 - ฝรั่ง 1 ผล, แดงโมครึ่งผล, ส้มโอ 1 ผล
 - ส้มโอ 1 ผล, กล้วยน้ำว้า 1 ผล, สับปะรดขนาดชิ้นพอคำ 9-10 ชิ้น
- เฉลยข้อ ข.
16. ข้อใดคืออาหารที่เหมาะสมมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ถั่วเหลืองต้ม, ทูเรียน, กล้วยน้ำว้า
 - แกงเลียง, มะม่วงสุก, ปลานึ่ง
 - ถั่วเหลืองต้ม, ฝรั่ง, ปลานึ่ง
 - ปลานึ่ง, มะม่วงสุก, ฝรั่ง
- เฉลยข้อ ค.
17. คนไทยไม่ควรกินน้ำตาลเกินวันละเท่าใด
- 5 ช้อนชา
 - 6 ช้อนชา
 - 7 ช้อนชา
 - 8 ช้อนชา
- เฉลยข้อ ข.

18. คนไทยไม่ควรกินเกลือแกงเกินวันละเท่าใด

- ก. 1 ช้อนชา
- ข. 2 ช้อนชา
- ค. 3 ช้อนชา
- ง. 4 ช้อนชา

เฉลยข้อ ก.

19. ข้อใดคืออาหารประเภทปลาที่ท่านควรรับประทานมากที่สุด

- ก. ปลาสดทอด ปลาช่อนนึ่ง
- ข. ปลาทุตัม ปลาร้า
- ค. ปลาช่อนต้ม ยำปลาทูนึ่ง
- ง. ปลาช่อนนึ่ง ปลาหมึกปิ้ง

เฉลยข้อ ค.

20. ผู้ใหญ่ควรนอนวันละกี่ชั่วโมง

- ก. 5 ชั่วโมง
- ข. 6 ชั่วโมง
- ค. 7 ชั่วโมง
- ง. 8 ชั่วโมง

เฉลยข้อ ค.

21. ผู้ใหญ่ควรเดินอย่างน้อยวันละกี่กิโลเมตร

- ก. 5 กิโลเมตร
- ข. 6 กิโลเมตร
- ค. 7 กิโลเมตร
- ง. 8 กิโลเมตร

เฉลยข้อ ก.

22. ข้อใดคือการออกกำลังกายที่เหมาะสมมากที่สุด

- ก. เตะฟุตบอลวันละ 1 ชั่วโมงสัปดาห์ละ 1 วัน
- ข. ปั่นจักรยานทุกวัน วันละ 30 นาที
- ค. เดินแอโรบิกวันละ 40 นาทีสัปดาห์ละ 2 วัน
- ง. เดินไป-กลับทำงานทุกวัน เข้า 10 นาที เย็น 10 นาที

เฉลยข้อ ข.

23. ฮอร์โมนหรือสารที่หลังจากอวัยวะในร่างกายมากเมื่อเกิดความเครียดคือข้อใด

- ก. เอ็นดอร์ฟิน
- ข. เมลาโทนิน
- ค. อะดรีนาลิน
- ง. ซีโรโตนิน

เฉลยข้อ ค.

24. ฮอร์โมนหรือสารที่หลังจากอวัยวะในร่างกายมากเมื่อออกกำลังกายคือข้อใด
- เอ็นดอร์ฟิน
 - ไฮเอสซิน
 - เนลาปีน
 - เมลานิน
- เฉลยข้อ ก.
25. ฮอร์โมนหรือสารที่หลังจากอวัยวะในร่างกายน้อยเมื่อนอนหลับคือข้อใด
- เอ็นดอร์ฟิน
 - เมลาโทนิน
 - อะดรีนาลิน
 - ซีโรโตนิน
- เฉลยข้อ ค.
26. ข้อใดคือกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมน้อยที่สุดในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
- นาย ก. ออกกำลังกาย และกินอาหารเสริมสำเร็จรูป
 - นาย ข. กินอาหารที่หลากหลาย และเดินไปทำงาน
 - นาย ค. ทำความสะอาดร่างกายเช้า-เย็น และนั่งสมาธิ
 - นาย ง. ช่วยภรรยาทำความสะอาดบ้านเรือน และทำงาน
- เฉลยข้อ ก.
27. ลูกนายดำป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลต้องการเลือดจำนวนมาก นายดำจึงเครียด อธิบายความสัมพันธ์ของสุขภาพของนายดำได้ดีที่สุดคือข้อใด
- สุขภาพสังคมส่งผลต่อสุขภาพจิต
 - สุขภาพจิตส่งผลต่อสุขภาพกาย
 - สุขภาพกายส่งผลต่อสุขภาพสังคม
 - สุขภาพกายส่งผลต่อสุขภาพจิต
- เฉลยข้อ ก.
28. นายดำนายดำเครียดทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นสูง อธิบายความสัมพันธ์ของสุขภาพของนายดำได้ดีที่สุดคือข้อใด
- สุขภาพสังคมส่งผลต่อสุขภาพจิต
 - สุขภาพจิตส่งผลต่อสุขภาพกาย
 - สุขภาพกายส่งผลต่อสุขภาพสังคม
 - สุขภาพกายส่งผลต่อสุขภาพจิต
- เฉลยข้อ ข.

29. นายดำเครียดทำให้ความดันโลหิตขึ้นสูงการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมมากที่สุดคือข้อใด
- ก. กินยาลดความดันโลหิต และยาคลายเครียด
 - ข. นั่งสมาธิ และกินยาคลายเครียด
 - ค. กินยาคลายเครียด และออกกำลังกาย
 - ง. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และนั่งสมาธิ เฉลยข้อ ง.
30. นายดำเคยบริจาคโลหิตบ่อยทำให้รู้จักผู้ที่บริจาคโลหิตเป็นประจำได้ตั้งชมรมผู้บริจาคโลหิต นายดำจึงสามารถหาเกล็ดเลือดปลูกได้ นายดำจึงหายเครียด อธิบายความสัมพันธ์ของสุขภาพของนายดำได้ดีที่สุดคือข้อใด
- ก. สุขภาพสังคมส่งผลต่อสุขภาพจิต
 - ข. สุขภาพจิตวิญญาณส่งผลต่อสุขภาพกาย
 - ค. สุขภาพสังคมส่งผลต่อสุขภาพกาย
 - ง. สุขภาพจิตวิญญาณส่งผลต่อสุขภาพจิต เฉลยข้อ ง.
31. เมื่อนายดำรักษาจนอาการดีขึ้น และดูแลตนเองได้เป็นอย่างดีสิ่งที่คุณปฏิบัติมากที่สุดคือข้อใด
- ก. ออกกำลังกาย
 - ข. กินผักผลไม้
 - ค. นำประสบการณ์ที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น
 - ง. นั่งสมาธิ เฉลยข้อ ค.
32. ข้อใดเหมาะสมน้อยที่สุดในการเรียนรู้เพื่อดูแลตนเองเมื่อนายดำเป็นผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ก. สมัครเรียนในโรงเรียน และ หาข้อมูลในห้องสมุดโรงเรียน
 - ข. เข้าอบรมในโปรแกรมของโรงพยาบาล และ สอบถามแพทย์ พยาบาล
 - ค. ดูหรือฟังรายการสุขภาพทางโทรทัศน์หรือวิทยุ และ อ่านบอร์ดให้ความรู้ที่แจกเมื่อไปรักษาที่โรงพยาบาล
 - ง. อ่านเอกสารที่โรงพยาบาลแจก และ หาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต เฉลยข้อ ก.

ส่วนที่3 แบบสอบถามทัศนคติ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้ซึ่งเป็นข้อความบรรยายเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใดคิดเป็นร้อยละตามความคิดเห็นของท่านโดยกากบาทลงในช่อง ดังนี้

1. คือ ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น ร้อยละ0 ถึง ร้อยละ20(เห็นด้วยน้อยมาก)
2. คือ ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น มากกว่าร้อยละ20ถึงร้อยละ40(เห็นด้วยน้อย)
3. คือ ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น มากกว่าร้อยละ40ถึงร้อยละ60(เห็นด้วยปานกลาง)
4. คือ ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น มากกว่าร้อยละ60 ถึงร้อยละ80(เห็นด้วยมาก)
5. คือ ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น มากกว่าร้อยละ80 ถึงร้อยละ100(เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

มาก ←—————→ น้อย

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อร่างกายแข็งแรง	5	4	3	2	1
1.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกินผักผลไม้					
2.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบสูบบุหรี่					
3.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกินเนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อวัว มาก					
4.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกินเนื้อปลามาก					
5.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกินอาหารอร่อยจนอิมมาก					
6.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกินอาหารเสริมสำเร็จรูป					
7.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกินอาหารรสหวาน รสเค็ม					
8.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบดื่มสุรา					
9.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกินอาหารเข้า					
10.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกินอาหารว่าง ขนมกรุบกรอบ					
11.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกินอาหารต้ม นึ่ง					
12.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกินอาหารซำๆ					
13.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบงดอาหารมีอ้วน					
14.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบเดินเร็ว					
15.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบเล่นการพนัน เช่น หวย ไฟ ไฮ-โลว์					
16.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบออกกำลังกายจนเหงื่อออก ใจเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อย ท่านรู้สึกที่ท่านชอบกอดคนในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก หลาน					
17.ท่านรู้สึกที่ท่านชอบทำงานบ้านจนเหงื่อออก					

มาก ← น้อย

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อร่างกาย แข็งแรง	5	4	3	2	1
18. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบใช้รถจักรยานยนต์ รถยนต์ ไปไหนมาไหน					
19. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบคิดแก้ปัญหาคนเดียวไม่ปรึกษาใคร					
15. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบเล่นการพนัน เช่น หวย ไฟ ไฮ-โลว์					
20. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบทำบุญ ทำทาน ช่วยเหลือผู้อื่น					
21. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกอดคนในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก หลาน					
22. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่ชอบเอาเปรียบ หรือทำร้ายผู้อื่น					
23. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินยาแก้ปวดเมื่อรู้สึกปวดเมื่อย ปวดหัว					
24. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบเถียงหรือทะเลาะกับผู้อื่น					
25. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบความสบายไม่ลุกไปไหน นั่งๆนอนๆ					
26. ท่านรู้สึกว่าคุณรู้สึกพอใจในงานและความเป็นอยู่ที่คุณเป็นในปัจจุบัน					
27. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบนั่งสมาธิ					
28. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบเด็ดดอกไม้ใบไม้ตัดต้นไม้ทิ้ง รังแกสัตว์ ทิ้งขยะไม่ เป็นที่					
29. ท่านรู้สึกว่าคุณศีล 5 จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต					
30. ท่านรู้สึกเสียเวลาในการรอคิว					

ข้อคิดเห็นอื่น

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้ซึ่งเป็นข้อความบรรยายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
ให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อนั้นตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใดคิดเป็นความถี่
ตามการปฏิบัติของท่านโดยกากบาทลงในช่อง ดังนี้

0. คือ ท่านไม่ได้ปฏิบัติเลย
1. คือ ท่านแทบไม่ได้ปฏิบัติ
2. คือ ท่านปฏิบัติบางครั้ง บางมือ บางวัน บางสัปดาห์
3. คือ ท่านปฏิบัติแทบทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์
4. คือ ท่านปฏิบัติทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์

	มาก			น้อย	
	4	3	2	1	0
การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อร่างกายแข็งแรง					
1.ในแต่ละวันท่านกินผักผลไม้มากกว่า 5 ทัพพี					
2.ในแต่ละมือท่านกินเนื้อ หมู ไก่ ทอดหรือผัด					
3.ในแต่ละวันท่านสูบบุหรี่					
4.ในแต่ละวันท่านกินอาหารมื้อเช้า					
5.ในแต่ละมือท่านกินอาหารรสหวาน รสเค็ม					
6.ในแต่ละมือท่านกินอาหารจืดมากเกินไป					
7.ในแต่ละวันท่านดื่มสุรา					
8.ในแต่ละวันท่านกินอาหารมื้อค่ำ					
9.ในแต่ละสัปดาห์ท่านออกกำลังกายจนเหงื่อออก ใจเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อย อย่างน้อย 3 ครั้ง					
10.ในแต่ละวันท่านกินอาหารว่าง ขนมกรุบกรอบ					
11.ในแต่ละมือท่านกินอาหารซ้ำๆ					
12. ในแต่ละวันท่านเดินอย่างน้อย 5 กิโลเมตร					
13.ในแต่ละมือท่านกินปลา ต้มหรือนึ่ง					
14.ในแต่ละวันท่านทำงานบ้านจนเหงื่อออก					
15.ในแต่ละวันท่านกินอาหารเสริมสกัดสำเร็จรูป					
16.ในแต่ละวันท่านกอดคนในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่ พี่น้อง ลูก หลาน					
17.ในแต่ละวันท่านนั่งสมาธิ					
18.ในแต่ละวันท่านแข่งควิผู้อื่น ฝ่าฝืนกฎจราจร เต็ดดอกไม้ไปไม้ตัดต้นไม้ทิ้ง ทิ้งขยะไม่เป็นที่ รังแกสัตว์					

มาก ←————— น้อย

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อร่างกายแข็งแรง	4	3	2	1	0
19.ในแต่ละวันท่านคิดแก้ปัญหาคนเดียวไม่ปรึกษาใคร					
20.ในแต่ละวันท่านดูหนัง ฟังเพลง ผ่อนคลายหลังจากการทำงาน					
21.ในแต่ละวันท่านสังเกตอาการที่เกิดผิดปกติกับท่าน เช่น น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง					
22. ในแต่ละวันท่านนอนหลับ 7 ชั่วโมง					
23.ในแต่ละครั้งที่ท่านรู้สึกปวดเมื่อย ปวดหัว ท่านกินยาแก้ปวด					
24.ในแต่ละวันท่านเอาเปรียบผู้อื่น หรือทำร้ายผู้อื่น					
25.ในแต่ละวันท่านนั่งๆนอนๆ ไม่ค่อยลุกไปไหน					
26.ในแต่ละวันท่านทำบุญ ทำทาน ช่วยเหลือผู้อื่น					
27.ในแต่ละวันท่านรู้สึกพอใจในงานและความเป็นอยู่ที่ท่านเป็น					
28.ในแต่ละวันแต่ละงวดท่านเล่นการพนัน เช่น หวย ไพ่ ไฮ-โลว์					
29.ในแต่ละวันท่านรักษาศีล 5					
30.ในแต่ละวันท่านเถียง หรือทะเลาะกับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน คนในชุมชน					

ข้อคิดเห็นอื่น

.....

.....

.....

คำถามเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัญหาเกี่ยวกับสาธารณสุขในหมู่บ้านท่านมีอะไรบ้าง

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 1 ชุดที่ 3

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหา และการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (สำหรับนักวิจัย)

วัตถุประสงค์

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และผู้เกี่ยวข้อง แนวทางการสัมภาษณ์นี้ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหา การแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อนำไปกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

รายละเอียดเนื้อหา

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลสำคัญที่จะได้รับ
2. กรอบความคิดการสัมภาษณ์
3. รายชื่อผู้ให้การสัมภาษณ์
4. ผู้สัมภาษณ์
5. ประเด็นคำถาม

ความหมายของคำที่ใช้ในแบบสอบถาม

ปัญหาและแนวทางแก้ไขของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง ปัญหา หรือภาระโรคและแนวทางแก้ไขปัญหาของการบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรวมทั้งความรู้ เปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมทั้งในภาวะแข็งแรง ภาวะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรค หรือลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการรับบริการการแพทย์ทางเลือก และการรับบริการการแพทย์วิชาชีพเมื่อจำเป็นโดยคำนึงถึงสุขภาพองค์รวมมิได้เน้นแต่สุขภาพกายเพียงอย่างเดียว

สุขภาพองค์รวม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของมิติทั้ง 4 ของสุขภาพหรือสุขภาวะ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญา นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นพลวัตรไม่หยุดนิ่ง ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนได้

สุขภาพกาย หมายถึง ร่างกายไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในระดับปกติทั้งกายภาพ สรีรวิทยาและชีวเคมีของร่างกายที่สามารถยกระดับได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เพียงพอ และเหมาะสม การเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย

สุขภาพทางจิต หมายถึง ความสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ การมีอารมณ์ทางบวกมากกว่าอารมณ์ทางลบที่สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อนบ้าน

สุขภาพทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ หมายถึง มีปัญญารอบรู้เท่าทัน เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตนมีจิตสาธารณะ

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเอกชน หน่วยบริการสุขภาพที่มีได้มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของเอกชน ภายใต้กำกับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ หรือกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการสุขภาพหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมียุมากกว่า 20 ปีที่เป็นความดันโลหิตสูง หรือ เบาหวาน

รณมหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. ข้อมูลสำคัญที่จะได้รับ

ความคิดเห็นของผู้ให้การสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาพปัญหา การแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อการพัฒนาารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. กรอบความคิดการสัมภาษณ์

มุ่งให้ผู้ให้การสัมภาษณ์ได้อธิบายปัญหา และการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจากประสบการณ์ รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3.รายชื่อผู้ให้การสัมภาษณ์

การวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้องให้การสัมภาษณ์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์	ตำแหน่ง	วันที่สัมภาษณ์
1.คุณ เรียงชัย มะระกานนท์	อดีตผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย	
2.หลวงพ่อเมือง วุฒิพิไล	เจ้าอาวาสวัดป่ามณีมาวาส	
3.คุณ อุมภาพร ชารอำไพ	เจ้าหน้าที่ประจำพหุ تخصصคลินิก	
4.คุณ สมบัติ สิมหล้า	ศิลปินหมอแคนตาบอดผู้มีความเชี่ยวชาญ	
5.คุณ ภาณุพงศ์ ประทีป	นักกีฬาทีมชาติ	

4.ผู้สัมภาษณ์ นาย ประศุกดิ์ สันติภาพ(นักวิจัย)

ประเด็นคำถาม

- 1.ปัญหาการบริการสุขภาพที่เป็นปัญหามากมีอะไรบ้าง
- 2.ปัญหาการบริการสุขภาพที่เป็นปัญหามากที่สุดคืออะไร
- 3.ปัญหาการบริการสุขภาพที่ต้องการแก้ไขปัญหามากที่สุดคืออะไร
- 4.ผู้รับบริการสุขภาพมีปัญหาสุขภาพมากที่สุดในเรื่องใด
- 5.ผู้รับบริการสุขภาพมีทัศนคติต่อการบริการสุขภาพอย่างไร
- 6.ท่านต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการสุขภาพมากที่สุดคือเรื่องใด
- 7.ท่านต้องการเปลี่ยนทัศนคติของผู้รับบริการสุขภาพหรือไม่อย่างไร
- 8.ท่านเคยประสบวิกฤติ หรือปัญหาสุขภาพอย่างไร
- 9.ท่านผ่านวิกฤติ หรือปัญหาสุขภาพนั้นได้อย่างไร
- 10.ท่านดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร
- 11.การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมมีความสำคัญหรือไม่อย่างไร
- 12.การเปลี่ยนทัศนคติของผู้รับบริการสุขภาพให้ดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมทำได้อย่างไร

ข้อเสนอแนะ/ประเด็นเพิ่มเติม

.....

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 1 ชุดที่ 4

แบบสำรวจการเก็บข้อมูลสภาพชุมชน บริบทชุมชน และวิถีชีวิต

การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

เวลา.....ถึง.....

สถานที่.....

คำชี้แจง

แบบสำรวจการเก็บข้อมูลสภาพชุมชน บริบทชุมชน และวิถีชีวิตนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพชุมชน บริบทชุมชน และวิถีชีวิตในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. เพื่อคัดเลือกแหล่งเรียนรู้ ทรัพยากรที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

แบบสำรวจการเก็บข้อมูลสภาพชุมชน บริบทชุมชน และวิถีชีวิตนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ปรากฏขึ้นในสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับข้อมูลสภาพชุมชน บริบทชุมชน และวิถีชีวิตที่ประกอบด้วย ข้อมูล ที่ตั้ง เนื้อที่ ภูมิประเทศ อาณาเขตติดต่อ จำนวน หมู่บ้าน ประชากร สภาพเศรษฐกิจ สภาพสังคม วัฒนธรรม การดำเนินชีวิต

สำหรับการกำหนดสัดส่วนของข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวมด้วยวิธีการสำรวจในแบบสำรวจนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์วัตถุประสงค์การวิจัยยังกล่าวข้างต้น และแบ่งสัดส่วนของข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.ที่ตั้งชุมชน

.....

ประวัติชุมชน

.....

2.ภูมิประเทศของชุมชน

ลักษณะเนื้อที่/สัดส่วนการใช้ที่ดิน

.....

ลักษณะภูมิอากาศ

.....

แหล่งน้ำธรรมชาติ

.....

ไฟฟ้า/ประปา/โทรศัพท์

.....

ถนน

.....

3.อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ.....

ทิศใต้.....

ทิศตะวันออก.....

ทิศตะวันตก.....

4.จำนวนครัวเรือน

หมู่บ้าน.....ครัวเรือน.....ประชากร.....ชาย.....หญิง.....

5.สภาพเศรษฐกิจ

อาชีพส่วนใหญ่.....

อาชีพรอง.....

อาชีพที่ทำรายได้ให้ประชากรมากที่สุด.....

6.สภาพสังคม

การศึกษา.....

สถาบัน/องค์กรศาสนา.....

สาธารณสุข.....

แหล่งน้ำธรรมชาติ.....

แหล่งเรียนรู้.....

7.การดำเนินชีวิตของประชากรส่วนใหญ่

เช้า.....

กลางวัน.....

เย็น.....

ค่ำ.....

วัฒนธรรมประเพณี

8.อื่นๆ

.....

.....

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอขอบพระคุณทุกท่านสำหรับความร่วมมือในการวิจัยให้เกิดประโยชน์กับชุมชนอย่างแท้จริง

นาย ประศักดิ์ สันติภาพ(นักวิจัย)

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2 ชุดที่ 1

แบบสอบถามตอบด้วยตนเองสำหรับการทดลอง

ความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม

หมายเลขประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม.....

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบคำถาม หรือวงกลมหน้าข้อความตามความเป็นจริง

- 1.เพศ
 - 1 ชาย
 - 2 หญิง
- 2.อายุ.....ปี
- 3.การศึกษา
 - 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - 2 ประถมศึกษา(ระบุชั้นปีการศึกษาที่จบ).....
 - 3 มัธยมศึกษาตอนต้น(ระบุชั้นปีการศึกษาที่จบ).....
 - 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.(ระบุชั้นปีการศึกษาที่จบ).....
 - 5 อนุปริญญา หรือ ปวส.
 - 6 ปริญญาตรี
 - 7 ปริญญาโท
 - 8 ปริญญาเอก
- 4.สถานภาพสมรส
 - 1 โสด
 - 2 สมรส/มีคู่
 - 3 หย่า/แยก
 - 4 ม่าย
- 5.รายได้ต่อเดือน.....บาท
- 6.รายได้เมื่อเทียบกับรายจ่าย
 - 1 ไม่เพียงพอ
 - 2 เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
 - 3 เพียงพอและเหลือเก็บ
- 7.ศาสนา
 - 1 พุทธ
 - 2 คริสต์
 - 3 อิสลาม
 - 4 อื่นๆ(ระบุ).....
- 8.อาชีพ
 - 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - 2 เกษตรกรรม
 - 3 รับจ้าง
 - 4 ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ
 - 5 ค้าขาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้

คำชี้แจง-แบบทดสอบมีทั้งหมด 38 ข้อ

-คำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือก คือ ก ข ค ง

-โปรดตอบคำถามโดย วงกลมล้อมรอบอักษร ก ข ค ง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ข้อใดคือสาเหตุการตายมากที่สุด 3 อันดับแรกของคนไทยในปัจจุบัน
 - ก. โรคมะเร็ง, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเอดส์
 - ข. โรคมะเร็ง, อุบัติเหตุ, โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - ค. อุบัติเหตุ, โรคมะเร็ง, โรคเอดส์
 - ง. อุบัติเหตุ, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเอดส์ เฉลยข้อ ข.
2. ข้อใดคือการแก้ไขปัจจัยที่สำคัญที่สุดของสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกของคนไทย
 - ก. ป้องกันการติดเชื้อโรค
 - ข. ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุข
 - ค. ก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐาน
 - ง. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เฉลยข้อ ง.
3. ข้อใดคือความหมายของสุขภาพแบบองค์รวม
 - ก. ความสัมพันธ์อย่างมีคุณภาพของของกาย, จิต, สังคม, จิตวิญญาณ
 - ข. การมีปัญญารอบรู้ในความสัมพันธ์รวมกันของกาย, จิต, วัฒนธรรมค่านิยม
 - ค. การดูแลสุขภาพโดยใช้การแพทย์ทางเลือกไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบัน
 - ง. การดูแลสุขภาพโดยใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน เฉลยข้อ ก.
4. ข้อใดกล่าวถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
 - ก. การดูแลสุขภาพโดยแพทย์แผนปัจจุบัน, แพทย์พื้นบ้าน และ การดูแลตนเองอย่างละเอียดเท่าๆกัน
 - ข. การดูแลสุขภาพโดยแพทย์แผนปัจจุบันและ แพทย์พื้นบ้านร้อยละ10, การดูแลตนเองร้อยละ80
 - ค. การดูแลสุขภาพโดยการดูแลตนเองร้อยละ10, แพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 10 และแพทย์พื้นบ้านร้อยละ 80
 - ง. การดูแลโดยแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ80, แพทย์พื้นบ้านร้อยละ 10 และการดูแลตนเองร้อยละ 10 เฉลยข้อ ข.

5. ข้อใดกล่าวถูกต้อง**น้อย**ที่สุดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
- ก. นาย ก. อายุ 15 ปีออกกำลังกายด้วยการวิ่งทุกวันๆละ 1 ชั่วโมง
 - ข. นาง ข. อายุ 35 ปีไปวัดทำบุญ นั่งสมาธิทุกวัน
 - ค. นาง ค. อายุ 40 ปีกินอาหารเสริมสำเร็จรูปทุกวัน
 - ง. นาย ง. อายุ 60 ปีเข้าชมรมผู้สูงอายุรำมวยจีนทุกวัน
- เฉลยข้อ ค.
6. ข้อใด**ไม่ใช่**ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
- ก. ต้อกระจก, ไตวาย
 - ข. แผลเรื้อรังที่เท้า, ต้อกระจก
 - ค. ไตวาย, เส้นเลือดตีบ แตก ตันในสมอง
 - ง. ต้อลม, ตับวาย
- เฉลยข้อ ง.
7. เกณฑ์วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงคือข้อใด
- ก. มากกว่า 120 มม.ปรอทเมื่อหัวใจบีบตัว และ 90 มม.ปรอทเมื่อหัวใจคลายตัว
 - ข. มากกว่า 140 มม.ปรอทเมื่อหัวใจบีบตัว และ 80 มม.ปรอทเมื่อหัวใจคลายตัว
 - ค. มากกว่า 140 มม.ปรอทเมื่อหัวใจบีบตัว และ 90 มม.ปรอทเมื่อหัวใจคลายตัว
 - ง. มากกว่า 120 มม.ปรอทเมื่อหัวใจบีบตัว และ 80 มม.ปรอทเมื่อหัวใจคลายตัว
- เฉลยข้อ ค.
8. ข้อใด**ไม่ใช่**อาการของเส้นเลือดหัวใจตีบ
- ก. เจ็บเค้นแน่นหนักๆหน้าอกด้านซ้าย
 - ข. เหงื่อแตก หน้ามืด
 - ค. เจ็บหน้าอกด้านซ้ายจี๊ดๆเป็นๆหายๆ
 - ง. เจ็บหน้าอกด้านซ้ายร้าวไปคอ แขนด้านในด้านซ้าย
- เฉลยข้อ ค.
9. ข้อใด**ไม่ใช่**อาการของเส้นเลือดตีบ แตก ตันในสมอง
- ก. ปวดศีรษะ อาเจียน
 - ข. ชาใบหน้า แขนขา
 - ค. ชักเกร็งปลายมือปลายเท้าจีบ หายใจเร็ว
 - ง. ชักปัสสาวะราด หมดสติ
- เฉลยข้อ ค.
10. ข้อใด**ไม่ใช่**สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง
- ก. ม้ามโต
 - ข. พันธุกรรม
 - ค. ไตวาย
 - ง. ไม่ทราบสาเหตุ
- เฉลยข้อ ก.

11. ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ
- ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
 - ระดับไขมันดีในเลือดสูง
 - พันธุกรรม
 - สูบบุหรี่
- เฉลยข้อ ข.
12. ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของโรคเส้นเลือดตีบ แตก ตัน ในสมอง
- พันธุกรรม
 - ระดับคลอเลสเทอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำในเลือดสูง
 - ระดับคลอเลสเทอรอลชนิดความหนาแน่นสูงในเลือดสูง
 - ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
- เฉลยข้อ ค.
13. ข้อใดคือเกณฑ์ปกติของรอบเอวสำหรับผู้ใหญ่
- น้อยกว่า 80 เซนติเมตรในเพศชาย และ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง
 - น้อยกว่า 90 เซนติเมตรในเพศชาย และ 90 เซนติเมตรในเพศหญิง
 - น้อยกว่า 90 เซนติเมตรในเพศชาย และ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง
 - น้อยกว่า 80 เซนติเมตรในเพศชาย และ 90 เซนติเมตรในเพศหญิง
- เฉลยข้อ ค.
14. ข้อใดคือการวัดดัชนีมวลกาย
- น้ำหนักเป็นกรัมหารส่วนสูงเป็นเซนติเมตรกำลังสอง
 - น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารส่วนสูงเป็นเมตร
 - น้ำหนักเป็นปอนด์หารส่วนสูงเป็นเมตรกำลังสอง
 - น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารส่วนสูงเป็นเมตรกำลังสอง
- เฉลยข้อ ง.
15. ข้อใดคือค่าดัชนีมวลกายสำหรับชาวเอเชียที่เหมาะสมสำหรับคนไทย
- เท่ากับ 18.5 ถึง 22.9 ปอนด์/ม.²
 - เท่ากับ 18.5 ถึง 22.9 กก/ม.²
 - เท่ากับ 23.0 ถึง 24.9 กก/ม.
 - เท่ากับ 23.0 ถึง 24.9 กก/ม.
- เฉลยข้อ ข.
16. ข้อใดคือการแบ่งสัดส่วนการกินอาหารในแต่ละวันที่เหมาะสมมากที่สุด
- มือเช้า:มือกลางวัน:มือเย็น เท่ากับ 5:3:2
 - มือเช้า:มือกลางวัน:มือเย็น เท่ากับ 2:3:5
 - มือเช้า:มือกลางวัน:มือเย็น เท่ากับ 3:5:2
 - มือเช้า:มือกลางวัน:มือเย็น เท่ากับ 3:3:4
- เฉลยข้อ ก.

17. เราควรกินผักผลไม้สดอย่างน้อยวันละเท่าใด
- 4 ทัพพี
 - 5 ทัพพี
 - 6 ทัพพี
 - 7 ทัพพี
- เฉลยข้อ ข.
18. ปริมาณผลไม้ 1 ส่วนประมาณเท่ากับข้อใด
- แตงโมขนาดขึ้นพอคำ 9-10 ชิ้น, ชมพู่ 1 ผล, กล้วยน้ำว่า 1 ผล
 - กล้วยน้ำว่า 1 ผล, แตงโมขนาดขึ้นพอคำ 6-8 ชิ้น, ส้มโอ 1 ผล
 - ฝรั่ง 1 ผล, กล้วยน้ำว่า 1 ผล, ส้มโอ 1 ผล
 - ส้มเขียวหวาน 1 ผล, กล้วยน้ำว่า 1 ผล, สับปะรดขนาดขึ้นพอคำ 6-8 ชิ้น
- เฉลยข้อ ง.
19. ข้อใดคืออาหารที่เหมาะสมมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ถั่วเขียวต้มน้ำตาล, ปลาทูตัมเค็ม, ฝรั่ง
 - ปลาหมึกนึ่ง, กล้วยน้ำว่า, แกงเลียง
 - ทุเรียน, ปลาสดทอด, มะม่วงสุก
 - ปลาทบต้มนึ่ง, แกงเลียง, ฝรั่ง
- เฉลยข้อ ง.
20. คนไทยไม่ควรกินน้ำตาลเกินวันละเท่าใด
- 4 ช้อนชา
 - 6 ช้อนชา
 - 8 ช้อนชา
 - 9 ช้อนชา
- เฉลยข้อ ข.
21. คนไทยไม่ควรกินเกลือแกงเกินวันละเท่าใด
- ครึ่ง ช้อนชา
 - 1 ช้อนชา
 - 1 ช้อนชาครึ่ง
 - 2 ช้อนชา
- เฉลยข้อ ข.
22. ข้อใดคืออาหารประเภทปลาที่คนเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานควรรับประทานมากที่สุด
- ปลาทูตัมเค็ม ปลาช่อนนึ่ง
 - ปลาร้าสับ ปลาทบต้มต้ม
 - ปลาหมึกนึ่ง ปลาทบต้มต้ม
 - ปลาช่อนนึ่ง ปลาทบต้มต้ม
- เฉลยข้อ ง.

23. ผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรนอนวันละกี่ชั่วโมง
- 6 ชั่วโมง
 - 7 ชั่วโมง
 - 8 ชั่วโมง
 - 9 ชั่วโมง
- เฉลยข้อ ข.
24. ผู้ใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงควรเดินอย่างน้อยวันละกี่ก้าว
- 5000 ก้าว
 - 10000 ก้าว
 - 15000 ก้าว
 - 20000 ก้าว
- เฉลยข้อ ข.
25. ข้อใดคือการออกกำลังกายที่เหมาะสมน้อยที่สุดสำหรับผู้ใหญ่วัย 60 ปีที่เป็นความดันโลหิตสูง
- เตะฟุตบอลวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน
 - รำมวยจีนจนเหงื่อออกวันเว้นวัน วันละ ครั้ง ชั่วโมง
 - เล่นโยคะทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง
 - เดินเร็วทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง
- เฉลยข้อ ก.
26. ผู้ใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงการปฏิบัติที่เหมาะสมมากที่สุดคือข้อใด
- กินผักผลไม้วันละ 6 ทัพพี, เดินวันละ 4 กิโลเมตร, นั่งสมาธิวันละ 1 ชั่วโมง
 - เดินวันละ 6 กิโลเมตร, นั่งสมาธิวันละ 1 ชั่วโมง, กินผักผลไม้วันละ 5 ทัพพี
 - เดินวันละ 5 กิโลเมตร, นอนวันละ 6 ชั่วโมง, กินผักผลไม้วันละ 7 ทัพพี
 - เดินวันละ 5 กิโลเมตร, นอนวันละ 7 ชั่วโมง, กินผักผลไม้วันละ 4 ทัพพี
- เฉลยข้อ ข.
27. ฮอโมนหรือสารที่หลังจากอวัยวะในร่างกายมากเมื่อเกิดความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูงคือข้อใด
- เมลา닌
 - อะดรีนาลิน
 - โปรแลคติน
 - เอสโตรเจน
- เฉลยข้อ ข.

28. ฮอร์โมนหรือสารที่หลังจากอวัยวะในร่างกาย**มาก**เมื่อออกกำลังกายทำให้ลดความดันโลหิตคือข้อใด
- ก. เมลานิน
ข. เนลาปิน
ค. เอ็นดอร์ฟิน
ง. อะดรีนาลิน เฉลยข้อ ง.
29. ข้อใด**ไม่ใช่**ฮอร์โมนหรือสารที่หลังจากอวัยวะในร่างกาย**เมื่อ**นอนหลับ
- ก. เมลาโทนิน
ข. ซีโรโทนิน
ค. เนลาปิน
ง. เอ็นดอร์ฟิน เฉลยข้อ ค.
30. เมื่อนั่งสมาธิคลื่นสมองในร่างกายมีความถี่ในระดับเท่ากับคลื่นใด
- ก. เบต้า
ข. แกมมา
ค. แอลฟา
ง. อัลตรา เฉลยข้อ ค.
31. ฮอร์โมนหรือสารที่หลังจากอวัยวะในร่างกาย**น้อย**หรือทำงานผิดปกติทำให้เป็นโรคเบาหวานคือข้อใด
- ก. ไธร็อกซิน
ข. อินซูลิน
ค. โพรเจสเตอโรน
ง. เทสโทสเตอโรน เฉลยข้อ ข.
32. ข้อใดคือกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม**น้อยที่สุด**ในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
- ก. ออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 วันๆละครึ่งชั่วโมง, กินอาหารเสริมสำเร็จรูป, ดูแลตนเองไม่ไปพบแพทย์ตามนัด
ข. กินอาหารที่หลากหลาย, เดินไป-กลับที่ทำงานวันละ 5 กิโลเมตร, นอนวันละ 7 ชั่วโมง
ค. ออกกำลังกายวันเว้นวันๆละ 1 ชั่วโมง, ทำความสะอาดร่างกายเช้า-เย็น, นั่งสมาธิทุกวันๆละ 1 ชั่วโมง
ง. ช่วยภรรยาทำความสะอาดบ้านเรือน , ทำทาน, กินผักผลไม้วันละ 5 ทัพพี, กินยาครบตามแพทย์สั่ง เฉลยข้อ ก.

33. เศรษฐกิจไม่ดี นายดำหาเงินได้น้อย นายดำจึงเครียด ความดันโลหิตจึงสูงมาก อธิบายความสัมพันธ์ของสุขภาพของนายดำได้ดีที่สุดคือข้อใด
- ก. สุขภาพสังคมส่งผลต่อสุขภาพกายส่งผลต่อสุขภาพจิต
 - ข. สุขภาพสังคมส่งผลต่อสุขภาพจิตส่งผลต่อสุขภาพกาย
 - ค. สุขภาพจิตส่งผลต่อสุขภาพกายส่งผลต่อสุขภาพสังคม
 - ง. สุขภาพกายส่งผลต่อสุขภาพจิตส่งผลต่อสุขภาพสังคม เฉลยข้อ ข.
34. การปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของนายดำที่เหมาะสมมากที่สุดคือข้อใด
- ก. กินยาคลายเครียดเอง กินยาลดความดันโลหิตเอง
 - ข. กินยาคลายเครียดเอง ออกกำลังกาย
 - ค. นั่งสมาธิ กินยาลดความดันโลหิตเอง
 - ง. ไปพบปรึกษาแพทย์ นั่งสมาธิ เฉลยข้อ ง.
35. จากเหตุการณ์ดังกล่าวว่านายดำเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบต้องเข้าอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ทำงานไม่ได้ ภรรยาต้องทำงานหาเงินเพิ่มขึ้นแทน อธิบายความสัมพันธ์ของสุขภาพของนายดำได้ดีที่สุดคือข้อใด
- ก. สุขภาพสังคมส่งผลต่อสุขภาพกาย
 - ข. สุขภาพจิตส่งผลต่อสุขภาพกาย
 - ค. สุขภาพกายส่งผลต่อสุขภาพสังคม
 - ง. สุขภาพกายส่งผลต่อสุขภาพจิต เฉลยข้อ ค.
36. นายดำต้องผ่าตัดย้ายเส้นเลือดขามาต่อเส้นเลือดหัวใจใหม่แทนนายดำต้องการโลหิตในการผ่าตัด นายดำเคยบริจาคโลหิตบ่อยทำให้รู้จักผู้ที่บริจาคโลหิตเป็นประจำได้ตั้งชมรมผู้บริจาคโลหิต นายดำจึงสามารถหาโลหิตได้ นายดำจึงสามารถผ่าตัดได้ อธิบายความสัมพันธ์ของสุขภาพของนายดำได้ดีที่สุดคือข้อใด
- ก. สุขภาพจิตวิญญาณส่งผลต่อสุขภาพจิต
 - ข. สุขภาพจิตวิญญาณส่งผลต่อสุขภาพกาย
 - ค. สุขภาพสังคมส่งผลต่อสุขภาพกาย
 - ง. สุขภาพสังคมส่งผลต่อสุขภาพจิต เฉลยข้อ ข.

37. เมื่อนายดำรงรักษาจนอาการดีขึ้น และดูแลตนเองได้เป็นอย่างดีจากประสบการณ์ที่ได้รับสิ่ง
 นายดำปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุดคือข้อใด
- ออกกำลังกายโดยเล่นฟุตบอล, กินผักผลไม้วันละ 5 ทัพพี
 - เล่าประสบการณ์ให้เพื่อนบ้านฟัง, ให้ภรรยาทำงานหนักแทนตน
 - เป็นอาสาสมัครโรงพยาบาลนำประสบการณ์ที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น, นั่งสมาธิ
 - นั่งสมาธิ, ทำงานหนักหาเงินชดเชย
- เฉลยข้อ ค.
38. ข้อใดเหมาะสมน้อยที่สุดเมื่อนายดำเป็นผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต้องการ
 เรียนรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง
- สมัครเรียนในโรงเรียน
 - เข้าอบรมในโปรแกรมของโรงพยาบาล
 - ดูหรือฟังรายการสุขภาพทางโทรทัศน์หรือวิทยุ
 - อ่านเอกสารที่โรงพยาบาลแจก
- เฉลยข้อ ก.



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ ศาลากลางกรมมหาวิทยาลัย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้ซึ่งเป็นข้อความบรรยายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 ให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใดคิดเป็นร้อย
 ละตามความคิดเห็นของท่านโดยกากบาทลงในช่อง ดังนี้

- คือ ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น ร้อยละ 0 ถึง ร้อยละ 20 (เห็นด้วยน้อยมาก)
- คือ ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น มากกว่าร้อยละ 20 ถึง ร้อยละ 40 (เห็นด้วยน้อย)
- คือ ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น มากกว่าร้อยละ 40 ถึง ร้อยละ 60 (เห็นด้วยปาน
 กลาง)
- คือ ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น มากกว่าร้อยละ 60 ถึง ร้อยละ 80 (เห็นด้วยมาก)
- คือ ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น มากกว่าร้อยละ 80 ถึง ร้อยละ 100 (เห็นด้วยอย่าง
 ยิ่ง)

มาก ← น้อย

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อป่วยเป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	5	4	3	2	1
1. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินผักผลไม้					
2. ท่านชอบกินเนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อวัวมาก					
3. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินอาหารทอด ผัด					
4. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินเนื้อปลามาก					
5. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินอาหารมีอ้วน					
6. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินอาหารรสหวาน รสเค็ม					
7. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินอาหารอร่อยจนอ้วมมาก					
8. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินอาหารว่าง ขนมกรุบกรอบ					
9. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินอาหารมีไขมัน					
10. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินอาหารเสริมสำเร็จรูป					
11. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินอาหารซ้ำๆ					
12. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกินอาหารต้ม นึ่ง					
13. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบเดินเร็ว					
14. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบออกกำลังกายจนเหงื่อออก ใจเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อย					
15. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบดื่มสุรา					
16. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบทำงานบ้านจนเหงื่อออก					
17. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบทำบุญ ทำทาน ช่วยเหลือผู้อื่น					
18. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบสูบบุหรี่					
19. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบเล่นการพนัน เช่น หวย ไพ่ ไฮ-โลว์					
20. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบดูหนัง ฟังเพลง ผ่อนคลายหลังจากการทำงาน					
21. ท่านรู้สึกว่าคุณพอใจในงานและความเป็นอยู่ที่ท่านเป็น					
22. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบนั่งสมาธิ					
23. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบคิดแก้ปัญหาคนเดียวไม่ปรึกษาใคร					
24. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบเถียงกับบุคคลอื่น					
25. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบนั่งๆนอนๆสบายๆไม่ลุกไปไหน					
26. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบกอดคนในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก หลาน					

มาก ←—————→ น้อย

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อป่วยเป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	5	4	3	2	1
27. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่ต้องเป็นบุคคลสมบูรณ์แบบ					
28. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบใช้รถจักรยานยนต์ รถยนต์ไปไหนมาไหน					
29. ท่านรู้สึกว่าคุณคือ 5 จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต					
30. ท่านรู้สึกว่าคุณมักไม่พอใจเมื่อไม่ได้สิ่งที่คาดหวัง					
31. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบรังแกสัตว์ เด็ดดอกไม้ใบไม้ตัดต้นไม้ทิ้ง ทั้งขยะไม่เป็นที่					
32. ท่านรู้สึกเสียเวลาในการรอคิว					
33. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบอ่านฉลากยา					
34. ท่านรู้สึกว่าคุณชอบสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดกับตัวท่าน เช่นการขึ้นลงของ น้ำหนัก					
35. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่ชอบเอาเปรียบ หรือทำร้ายผู้อื่น					
36. ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงต้องเป็นโรคหัวใจหลอดเลือด					
37. ท่านรู้สึกว่าคุณเป็นอวัยวะสำคัญเท่ากับสมอง และหัวใจ					
38. ท่านรู้สึกเบื่อก่อนที่จะต้องไปพบแพทย์ตามนัด					
39. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถคุมระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดได้โดยไม่ใช้ยา					
40. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถคุมระดับความดันโลหิตได้โดยไม่ใช้ยา					

ข้อคิดเห็นอื่น

.....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้ซึ่งเป็นข้อความบรรยายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อนั้นตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใดคิดเป็นความถี่ตามการปฏิบัติของท่านโดยกากบาทลงในช่อง ดังนี้

0. คือ ท่านไม่ได้ปฏิบัติเลย
1. คือ ท่านแทบไม่ได้ปฏิบัติ
2. คือ ท่านปฏิบัติบางครั้ง บางมือ บางวัน บางสัปดาห์
3. คือ ท่านปฏิบัติแทบทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์
4. คือ ท่านปฏิบัติทุกครั้ง ทุกมือ ทุกวัน ทุกสัปดาห์

	มาก	← น้อย			
การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิต สูง	4	3	2	1	0
1.ในแต่ละวันท่านกินผักผลไม้มากกว่า 5 ทัพพี					
2.ในแต่ละมือท่านกินเนื้อ หมู ไก่ ทอด ผัด					
3.ในแต่ละวันท่านกินอาหารมือคำ					
4.ในแต่ละมือท่านกินปลา ต้ม นึ่ง					
5.ในแต่ละมือท่านกินอาหารอร่อยจนอึดมาก					
6.ในแต่ละมือท่านกินอาหารรสหวาน รสเค็ม					
7.ในแต่ละวันท่านสูบบุหรี่					
8.ในแต่ละวันท่านกินอาหารว่าง ขนมกรุบกรอบ					
9. ในแต่ละมือท่านกินอาหารซ่าๆ					
10.ในแต่ละวันท่านดื่มสุรา					
11.ในแต่ละวันท่านกินอาหารมือเช้า					
12.ในแต่ละสัปดาห์ท่านออกกำลังกายจนเหงื่อออก ใจเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อย อย่างน้อย 3 ครั้ง					
13. ในแต่ละวันท่านทำงานบ้านจนเหงื่อออก					
14.ในแต่ละวันท่านเดินอย่างน้อย 5 กิโลเมตร					
15.ในแต่ละวันท่านกินอาหารเสริมสกัดสำเร็จรูป					
16.ในแต่ละวันท่านกอดคนในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก หลาน					
17.ในแต่ละวันท่านพอใจในงานและความเป็นอยู่ที่ท่านเป็น					
18.ในแต่ละวันแต่ละงวดท่านเล่นการพนัน เช่น หวย ไพ่ ไฮ-โลว์					

มาก ← น้อย

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	4	3	2	1	0
19.ในแต่ละวันท่านแข่งคิวผู้อื่น ฝ่าฝืนกฎจราจร					
20.ในแต่ละวันท่านทำบุญ ทำทาน ช่วยเหลือผู้อื่น					
21.ในแต่ละวันท่านนั่งสมาธิ					
22.ในแต่ละวันท่านนอนหลับ 7 ชั่วโมง					
23.ในแต่ละวันท่านเด็ดดอกไม้ใบไม้ตัดต้นไม้ทิ้ง ทั้งขยะไม่เป็นที่ รังแกสัตว์					
24.ในแต่ละครั้งท่านใช้รถจักรยานยนต์ รถยนต์ ไปไหนมาไหน					
25.ในแต่ละวันท่านนั่งๆนอนๆสบายๆไม่ลุกไปไหน					
26.ในแต่ละวันท่านไม่เอาเปรียบ หรือทำร้ายผู้อื่น					
27.ในแต่ละวันท่านดูหนัง ฟังเพลง ผ่อนคลายหลังจากการทำงาน					
28.ในแต่ละวันท่านเถียง หรือทะเลาะกับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน คนในชุมชน					
29.ในแต่ละวันท่านรักษาศีล 5					
30.ในแต่ละครั้งท่านคิดแก้ปัญหาคนเดียวไม่ปรึกษาใคร					
31.ในแต่ละครั้งที่ท่านรู้สึกปวดเมื่อย ปวดหัวท่านกินยาแก้ปวดทันที					
32.ในแต่ละวันท่านกินยาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไม่ครบ					
33.ในแต่ละวันท่านสังเกตอาการที่เกิดผิดปกติกับท่าน เช่น น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงผิดปกติ					
34.ในแต่ละวันท่านดูแล ทำความสะอาดร่างกายโดยเฉพาะเท้า					
35.ในแต่ละวันท่านปฏิบัติตัวเพื่อลดการกินยารักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง					
36.ในแต่ละวันท่านกินยารักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไม่ครบ					
37.ในแต่ละครั้งที่นัดท่านไปพบแพทย์ตามนัด					
38.ในแต่ละครั้งที่ท่านกินยารักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ท่านไม่ได้อ่านฉลากยา					
39.ในแต่ละครั้งที่กินยาท่านสังเกตอาการหลังกินยา					
40.ในแต่ละครั้งที่ตรวจท่านซักถามแพทย์ถึงอาการผิดปกติของท่าน					

ข้อคิดเห็นอื่น

.....

.....

.....

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2 ชุดที่ 2
แบบบันทึกการตรวจสุขภาพกาย และการใช้ยา

หมายเลขประจำตัว.....

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
2. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
3. รอบเอว.....เซนติเมตร
4. ความดันโลหิต...../.....มม.ปรอท
5. ระดับน้ำตาลในเลือด(fasting plasma glucose).....มก./ดล.
6. ระดับไขมันในเลือด(plasma cholesterol).....มก./ดล.
7. ระดับไขมันในเลือด(plasma triglyceride).....มก./ดล.
8. การใช้ยา
 - ACE-Inh. คือ.....จำนวน.....mg/d
 - Antiplatelet คือ.....จำนวน.....mg/d
 - Beta-Blocker คือ.....จำนวน.....mg/d
 - Ca Channel Blocker คือ.....จำนวน.....mg/d
 - Digitalis คือ.....จำนวน.....mg/d
 - Diuretic คือ.....จำนวน.....mg/d
 - Hormone Replacement คือ.....จำนวน.....mcg/d
 - Insulin คือ.....จำนวน.....u/d
 - Nitrate คือ.....จำนวน.....mg/d
 - Oral hypoglycemics คือ.....จำนวน.....mg/d
 - Otherคือ.....จำนวน.....mg/d
 - Otherคือ.....จำนวน.....mg/d

การวัดขนาดรอบเอว

- ผู้ถูกวัดจะต้องยืนตัวตรง แขนอยู่ข้างลำตัว ไม่เกร็งท้อง เปิดเสื้อขึ้นหรือถอดเสื้อออก เพื่อให้เห็น บริเวณที่จะวัด(บริเวณเอว)
- ผู้ทำการวัดหันหน้าเข้าหาผู้ถูกวัด แล้วหาตำแหน่งที่คอดที่สุดระหว่างซี่โครงซี่สุดท้ายกับ สะโพก(ส่วนที่แคบที่สุดของเอว)
- ใช้สายวัดที่/อยู่กับตาซึ่งสปริงวัดรอบส่วนที่แคบที่สุดของเอวอ่านค่าขณะที่ผู้ถูกวัดหายใจ ออกสุด(ก่อนจะหายใจเข้า)โดยสายวัดจะต้องขนานกับพื้นและต้องออกแรงดึงสายวัด 750 กรัม
- บันทึกค่าที่ได้โดยใช้ค่าที่วัดได้ต่างกันน้อยกว่า 0.1 เซนติเมตร (๑ มิลลิเมตร) จากการวัด 2 ครั้ง

การชั่งน้ำหนัก

- ทำการชั่งน้ำหนักโดยที่ไม่สวมเสื้อผ้าหรือสวมเสื้อผ้าน้อยที่สุด ไม่สวมรองเท้า(เท้าเปล่า) และปล่อยแขนข้างลำตัว หายใจเข้าตามปกติ ไม่เบ่ง หรือ กลั้นหายใจ
- เครื่องชั่งต้องเริ่มที่ 0 ทุกครั้งก่อนชั่งน้ำหนัก
- เครื่องชั่งน้ำหนักต้องเทียบน้ำหนักมาตรฐานก่อนการนำมาใช้งานทุกครั้ง

การวัดส่วนสูง

- ผู้ถูกวัดไม่สวมรองเท้า ยืนตรงสันเท้าชิดกัน เท้าชิดติดกับปลายล่างสุดของไม้วัด มือวางไว้ข้างลำตัว หายใจเข้าตามปกติ ไม่เกร็งส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย
- ผู้วัดเลื่อนไม้ฉากลงวางบนส่วนบนสุดของศีรษะ และ อ่านผลค่าเฉลี่ยจากการวัด ๒ ครั้ง

การวัดความดันโลหิต

1. ผู้ป่วย

ผู้ป่วยควรนั่งพักในท่าที่สบายอย่างน้อย 5 นาที ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรืออาหาร เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หรือยากระตุ้น adrenergic ก่อนการวัดความดันโลหิต ผู้ป่วยที่ อายุมากกว่า 65 ปีและ/หรือเป็นเบาหวาน ควรวัดความดันโลหิตทั้งในท่านั่ง ทำยืนทันที และหลังจากยืนขึ้น 2 นาที ถ้า systolic blood pressure ในท่านั่ง ท่านั่งต่างกัน 20 mmHg แสดงว่ามี postural hypertension
2. อุปกรณ์

Mercury sphygmomanometer เป็นอุปกรณ์มาตรฐานในการวัดความดันโลหิต ขนาดของ bladder ต้องพันได้รอบแขน (อย่างน้อย 80 % ของรอบวงแขน) และยาว 2 ใน 3

ของความยาวแขน ถ้า bladder เล็กเกินไปค่าความดันโลหิตที่วัดได้จะสูงกว่าความเป็นจริง แต่ในการวัดเพื่องานวิจัยจะใช้เครื่องวัดความดันอัตโนมัติแบบตัวเลข ที่ได้เทียบมาตรฐาน (calibration) กับ mercury sphygmomanometer แล้ว

3. เทคนิค

การวัดความดันโลหิต ควร inflate bladder อย่างรวดเร็วจนถึงระดับความดันที่คลำชีพจร radial ไม่ได้ แล้ว inflate ความดันขึ้นไปอีก 20 mmHg แล้วถึง deflate bladder ช้าๆ(ประมาณ 3 mmHg/วินาที) ใช้ stethoscope ฟังที่บริเวณชีพจร brachial เสียงแทรกที่ได้ยิน (Korokoff phase I) เป็นระดับความดัน systolic และเสียงที่หายไป (Korokoff V) เป็นระดับความดัน diastolic แต่ในการวัดเพื่อการวิจัยโดยใช้เครื่องวัดความดันอัตโนมัติแบบตัวเลข ให้วัดความดันโลหิตทุก ๆ 3 นาทีอย่างน้อย 3 ครั้ง และบันทึกค่าความดันโลหิตทุกครั้งจนได้ค่าความดัน 3 ค่าติดกันที่มีค่าความดันตัวบน (systolic) ต่างกันไม่เกิน 5 mmHg ใช้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 3 ค่านั้น ถ้าค่าเฉลี่ยที่วัดได้เกินกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จึงวินิจฉัยว่าความดันโลหิตสูง (ยกเว้นในภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติซึ่งต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2 ชุดที่ 3

แบบวัดอารมณ์โดยรวม(Global Mood Scale)

หมายเลขประจำตัว.....

คำชี้แจง กรุณาอ่านและเขียนวงกลมล้อมรอบหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกและอารมณ์ของท่านในรอบสัปดาห์ (เจ็ดวัน) ที่ผ่านมาทั้ง 20 ข้อ โดยคำตอบจะแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

0 คือ ไม่เลย ไม่รู้สึก 1 คือ เล็กน้อย 2 คือ ปานกลาง 3 คือ ค่อนข้างมาก 4 คือ มากที่สุด

ท่านมีอารมณ์ และ/หรือ ความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใดในเจ็ดวันที่ผ่านมา ?

1. เหนื่อยใจ เบื่อหน่าย รำคาญ	0	1	2	3	4	11.ไม่สนใจสิ่งใด เฉย เมย	0	1	2	3	4
2. กระตือรือร้น คล่องแคล่ว	0	1	2	3	4	12. เหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้าอิดโรย	0	1	2	3	4
3. ใช้แรงจนหมดพลัง	0	1	2	3	4	13. อยากริเริ่ม สร้างสรรค์	0	1	2	3	4
4. ปราดเปรียว มีพลัง	0	1	2	3	4	14. ผ่อนคลาย หาย กังวลปล่อยวาง	0	1	2	3	4
5. สดชื่นแจ่มใส ร่าเริง	0	1	2	3	4	15. ไม่ปลอดภัย ไม่ มั่นคง	0	1	2	3	4
6. ทำอะไรไม่ถูก ไร้ค่า ไร้อำนาจ	0	1	2	3	4	16. ชอบสังคม ชอบ วิสาสะ ชอบเป็นหมู่	0	1	2	3	4
7. ทำงานหนักได้ สู้งาน หนักไหว	0	1	2	3	4	17. ปลื้มปิติยินดี ดีอก ดีใจ	0	1	2	3	4
8. อ่อนแอ อ่อนด้อย	0	1	2	3	4	18. เหนื่อยกายจาก งานหนัก	0	1	2	3	4
9. มีชีวิตชีวา กระฉับกระเฉง	0	1	2	3	4	19. ถูกทำให้อ่อนแอ	0	1	2	3	4
10. อ่อนเพลีย ไม่แข็งแรง	0	1	2	3	4	20. เชื่อมั่นในตัวเอง	0	1	2	3	4

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2 ชุดที่ 4

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับสุขภาพสังคม จิตวิญญาณของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแล
สุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
(สำหรับนักวิจัย)

วัตถุประสงค์

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วม
กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแล
สุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อันทำให้ผู้วิจัยได้

ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคม และจิตวิญญาณก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อนำไปประเมินผลการเรียนรู้ในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

รายละเอียดเนื้อหา

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลสำคัญที่จะได้รับ
2. กรอบความคิดการสัมภาษณ์
3. รายชื่อผู้ให้การสัมภาษณ์
4. ผู้สัมภาษณ์
5. ประเด็นคำถาม

ความหมายของคำที่ใช้ในแบบสอบถาม

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมทั้งในภาวะแข็งแรง ภาวะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรค หรือลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการรับบริการการแพทย์ทางเลือก และการรับบริการการแพทย์วิชาชีพเมื่อจำเป็นโดยคำนึงถึงสุขภาพองค์รวมมิได้เน้นแต่สุขภาพกายเพียงอย่างเดียว

สุขภาพองค์รวม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของมิติทั้ง 4 ของสุขภาพหรือสุขภาพ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญา นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นพลวัตรไม่หยุดนิ่ง ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนได้

สุขภาพกาย หมายถึง ร่างกายไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในระดับปกติทั้งกายภาพ สรีรวิทยาและชีวเคมีของร่างกายที่สามารถยกระดับได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสม การเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย

สุขภาพทางจิต หมายถึง ความสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ การมีอารมณ์ทางบวกมากกว่าอารมณ์ทางลบที่สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อนบ้าน

สุขภาพทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ หมายถึง มีปัญญาหรือรู้เท่าทัน เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตนมีจิตสาธารณะ

4. ผู้สัมภาษณ์ นาย ประศักดิ์ สันติภาพ(นักวิจัย)

ประเด็นคำถาม

1. สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัวเป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ของท่านกับเพื่อนบ้านเป็นอย่างไร
4. ความสัมพันธ์ของท่านกับชุมชนเป็นอย่างไร
5. สุขภาพของท่านเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร
6. ความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัวเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร
7. ความสัมพันธ์ของท่านกับเพื่อนบ้านเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร
8. ความสัมพันธ์ของท่านกับชุมชนเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร
9. ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองของท่านเป็นอย่างไร
10. ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองของท่านเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร
11. ท่านช่วยเหลือชุมชนหรือไม่อย่างไร
12. ท่านทำบุญทำทานหรือไม่อย่างไร
13. การช่วยเหลือชุมชนของท่านเปลี่ยนไปเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมอย่างไร
14. การทำบุญทำทานของท่านเปลี่ยนไปเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมอย่างไร

ข้อเสนอแนะ/ประเด็นเพิ่มเติม

.....

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2 ชุดที่ 5

**แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับทัศนคติ การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 แบบองค์รวมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย
 เชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการ
 ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ**

(สำหรับนักวิจัย)

วัตถุประสงค์

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อันทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อนำไปประเมินผลการเรียนรู้ในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

รายละเอียดเนื้อหา

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลสำคัญที่จะได้รับ
2. กรอบความคิดการสัมภาษณ์
3. รายชื่อผู้ให้การสัมภาษณ์
4. ผู้สัมภาษณ์
5. ประเด็นคำถาม

ความหมายของคำที่ใช้ในแบบสอบถาม

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมทั้งในภาวะแข็งแรง ภาวะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรค หรือลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการรับบริการการแพทย์ทางเลือก และการรับบริการการแพทย์วิชาชีพเมื่อจำเป็นโดยคำนึงถึงสุขภาพองค์รวมมิได้เน้นแต่สุขภาพกายเพียงอย่างเดียว

สุขภาพองค์รวม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของมิติทั้ง 4 ของสุขภาพหรือสุขภาพะ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญา นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นพลวัตไม่หยุดนิ่ง ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนได้

สุขภาพกาย หมายถึง ร่างกายไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในระดับปกติทั้งกายภาพ สรีรวิทยาและชีวเคมีของร่างกายที่สามารถยกระดับได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสม การเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย

สุขภาพทางจิต หมายถึง ความสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ การมีอารมณ์ทางบวกมากกว่าอารมณ์ทางลบที่สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อนบ้าน

สุขภาพทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ หมายถึง มีปัญญารอบรู้เท่าทัน เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตนมีจิตสาธารณะ

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเอกชน หน่วยบริการสุขภาพที่มีได้มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของเอกชน ภายใต้กำกับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ หรือกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ที่มีมารับบริการสุขภาพหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีอายุมากกว่า 20 ปีที่เป็นความดันโลหิตสูง หรือ เบาหวาน

ทัศนคติ หมายถึง การมีเหตุผล สังคมภาษาสื่อสาร จิตวิทยาความรู้สึกอารมณ์ในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม

พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมอย่างสม่ำเสมอ

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกทัศนคติ การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม

1. ข้อมูลสำคัญที่จะได้รับ

ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับทัศนคติ การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเพื่อการประเมินผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. กรอบความคิดการสัมภาษณ์

มุ่งให้ผู้ให้การสัมภาษณ์ได้อธิบายทัศนคติ การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3. รายชื่อผู้ให้การสัมภาษณ์

การวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตาม

อัยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วย
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 31 ท่าน ดังนี้

หมายเลขผู้เข้าร่วมกิจกรรม	วันที่สัมภาษณ์

4. ผู้สัมภาษณ์ นาย ประศักดิ์ สันติภาพ(นักวิจัย)

ประเด็นคำถาม

1. เหตุผลของท่านในการดูแลสุขภาพตนเองคืออะไร
2. ท่านสื่อสารกับผู้อื่นในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร
3. ความรู้สึกของท่านในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างไร
4. เหตุผลของท่านในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร
5. การสื่อสารของท่านกับผู้อื่นในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร
6. ความรู้สึกของท่านในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร
7. การใช้ยาของท่านในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร
8. การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองของท่านเป็นอย่างไร
9. การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองของท่านเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร
10. วิถีชีวิตของท่านเช่น การเดิน การกิน การนอน เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร

ข้อเสนอแนะ/ประเด็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2 ชุดที่ 6

แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม

หมายเลข.....

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความคิดเห็นต่อข้อความ และกรุณาทำเครื่องหมาย x ในช่องที่ตรงกับความ

พึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ต่อไปนี้

5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมน้อย

1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมน้อยที่สุด

มาก ← น้อย

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	5	4	3	2	1
ด้านเนื้อหา					
1. เนื้อหาความรู้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม					
2. เนื้อหาความรู้ครอบคลุมวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม					
3. เนื้อหา มีความรู้ความเข้าใจง่าย					
4. เนื้อหาความรู้ในการจัดกิจกรรมมีความสมบูรณ์ และเหมาะสม					
5. เนื้อหาความรู้เป็นประโยชน์สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริง					
ด้านวิทยากร					
6. วิทยากรมีความสามารถและความรอบรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม					
7. วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ดี					
8. วิทยากรสามารถสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ได้แบบเป็นกันเอง ให้ความสนใจต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม					
9. ลักษณะ บุคลิกภาพของวิทยากรมีความเหมาะสม					
ด้านการจัดกิจกรรม					
10. มีการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ร่วมมือร่วมใจกันทำกิจกรรมเป็นกลุ่มมีการสนทนา					

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมเมื่อป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	มาก				น้อย
	5	4	3	2	1
11.เทคนิคและวิธีการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
12.เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม					
13.การจัดกิจกรรมมีการดำเนินไปอย่างเป็นลำดับขั้นตอน					
14.สื่อ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความน่าสนใจ และเหมาะสม					
15.สถานที่และสิ่งแวดล้อมในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
16.ความพึงพอใจในภาพรวมต่อกิจกรรม					

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 3 ชุดที่ 1

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับปัจจัย เจื่อนไข อุปสรรคของผู้เข้าร่วมกิจกรรม การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

(สำหรับนักวิจัย)

วัตถุประสงค์

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อันทำให้ผู้วิจัยได้ ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย เจื่อนไข อุปสรรคการจัดกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อนำไปตรวจสอบผลการพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

รายละเอียดเนื้อหา

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลสำคัญที่จะได้รับ
2. กรอบความคิดการสัมภาษณ์
3. รายชื่อผู้ให้การสัมภาษณ์

4. ผู้สัมภาษณ์

5. ประเด็นคำถาม

ความหมายของคำที่ใช้ในแบบสอบถาม

การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมทั้งในภาวะแข็งแรง ภาวะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรค หรือลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการรับบริการการแพทย์ทางเลือก และการรับบริการการแพทย์วิชาชีพเมื่อจำเป็นโดยคำนึงถึงสุขภาพองค์รวมมิได้เน้นแต่สุขภาพกายเพียงอย่างเดียว

สุขภาพองค์รวม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของมิติทั้ง 4 ของสุขภาพหรือสุขภาพ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญา นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นพลวัตรไม่หยุดนิ่ง ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนได้

สุขภาพกาย หมายถึง ร่างกายไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในระดับปกติทั้งกายภาพ สรีรวิทยาและชีวเคมีของร่างกายที่สามารถยกระดับได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เพียงพอ และเหมาะสม การเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย

สุขภาพทางจิต หมายถึง ความสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ การมีอารมณ์ทางบวกมากกว่าอารมณ์ทางลบที่สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อนบ้าน

สุขภาพทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ หมายถึง มีปัญญารอบรู้เท่าทัน เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตนมีจิตสาธารณะ

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเอกชน หน่วยบริการสุขภาพที่มีได้มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของเอกชน ภายใต้กำกับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ หรือกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ที่มีรับบริการสุขภาพหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมียุมากกว่า 20 ปีที่เป็นความดันโลหิตสูง หรือ เบาหวาน

ปัจจัย หมายถึง องค์ประกอบในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้การจัดกิจกรรมประสบความสำเร็จ

เงื่อนไข หมายถึง องค์ประกอบในการจัดกิจกรรมที่ขาดไม่ได้ในการจัดกิจกรรมประสบความสำเร็จ

4.ผู้สัมภาษณ์ นาย ประศักดิ์ สันติภาพ(นักวิจัย)

ประเด็นคำถาม

1. การกำหนดวัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพตนเองเหมาะสมหรือไม่อย่างไร
2. การจัดกิจกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพตนเองเหมาะสมหรือไม่อย่างไร
3. ปัญหาในการดำเนินกิจกรรมที่สำคัญคืออะไร
4. ท่านชอบส่วนไหนในการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด
5. ท่านไม่ชอบส่วนไหนในการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด
6. วิทยากรดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร
7. เนื้อหาในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร
8. ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร
9. กระบวนการในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร
10. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนในการดำเนินกิจกรรมอย่างไรบ้าง
11. สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร
12. สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ แหล่งเรียนรู้ในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร
13. สภาพแวดล้อม บรรยากาศในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร
14. การประเมินผลในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร

ข้อเสนอแนะ/ประเด็นเพิ่มเติม

.....

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 4 ชุดที่ 1

แบบสอบถามตอบด้วยตนเองเพื่อประเมินความเห็นต่อคู่มือการจัดกิจกรรม

หมายเลข.....

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความคิดเห็นต่อประเด็นโดยประมาณการเป็นร้อยละของความเหมาะสมสอดคล้องตามความคิดเห็นของท่าน และกรุณาทำเครื่องหมาย x ในระดับความเห็นนั้นบนเส้นระดับความคิดเห็น(เส้นประแสดงร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วย มาตราที่ให้คูณด้วยสิบ)

ประเด็นหัวข้อ	ระดับความเห็น									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										x
1.เนื้อหาความรู้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์										
2.เนื้อหาความรู้จาก การวิเคราะห์โดยหลักการแนวคิด ทฤษฎีที่น่าเชื่อถือ ได้อย่างเหมาะสม										
3.เนื้อหา มีความรู้ความเข้าใจง่าย										
4.เนื้อหาความรู้มีความครบถ้วนสมบูรณ์ในการจัดกิจกรรม										
5.รูปเล่มมีความสวยงาม ภาพ ตาราง ภาพประกอบ มีความเหมาะสม										
6.รูปเล่ม และตัวอักษรมีขนาดเหมาะสม										
7.รูปเล่มมีการแบ่งส่วนต่างๆ อย่างชัดเจน ครบถ้วน ทำให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย										

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความคิดเห็นต่อประเด็นโดยประมาณการเป็นร้อยละของความเหมาะสม สอดคล้องตามความคิดเห็นของท่าน และกรุณาทำเครื่องหมาย x ในระดับความเห็นนั้นบนเส้นระดับความคิดเห็น(เส้นประแสดงร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วย มาตราที่ให้คุณด้วยลิป)

ประเด็นหัวข้อ	ระดับความเห็น									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										x
8.รูปแบบมีคุณค่า และเป็นประโยชน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ดี										
9.รูปแบบมีความครบถ้วนละเอียดเป็นแนวทางการปฏิบัติได้ดี										
10.รูปแบบมีการเสนอแนวคิดใหม่ มีความคิดสร้างสรรค์										
11.รูปแบบมีความเหมาะสม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างยั่งยืน										
12.รูปแบบมีความเหมาะสมของการนำไปประยุกต์ใช้โดยภาพรวม										
13.การจัดกิจกรรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และบรรลุวัตถุประสงค์										
14.การจัดกิจกรรมเลือกใช้หลักการ แนวคิด ทฤษฎีได้อย่างเหมาะสม										
15.การจัดกิจกรรมมีการสร้างบรรยากาศ ใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม										
16.การจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม ครบถ้วนสมบูรณ์ในภาพรวม										

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความคิดเห็นต่อประเด็นโดยประมาณการเป็นร้อยละของความเหมาะสม สอดคล้องตามความคิดเห็นของท่าน และกรุณาทำเครื่องหมาย x ในระดับความเห็นนั้นบนเส้นระดับความคิดเห็น(เส้นประแสดงร้อยละของความคิดเห็นที่เห็นด้วย มาตราที่ให้ด้วยลิบ)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										x
17.การนำไปประยุกต์ใช้มีความเหมาะสมกับสังคมไทย										
18.การนำไปประยุกต์ใช้กับประเด็นอื่นสามารถทำได้เหมาะสม										
19.การนำไปประยุกต์ใช้ไม่ต้องอาศัยวิทยากรที่มีความรู้ หรือทักษะพิเศษ										
20.การนำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนบริบทอื่นสามารถทำได้เหมาะสม										

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ข้อวิพากษ์ ข้อคิดเห็น เพิ่มเติม

เมื่อท่านได้ศึกษารายละเอียดของคู่มือการจัดกิจกรรมตามการพัฒนารูปแบบกิจกรรม การศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการใน หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยภาพรวมของคู่มือการจัดกิจกรรมท่านมีความเห็นว่า (X ลงใน ช่อง () ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน)

- () ดีมาก
- () ดี
- () พอใช้
- () ต้องปรับปรุง

เมื่อท่านได้ศึกษารายละเอียดของรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยภาพรวมรูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิท่านมีความเห็นว่า (X ลงในช่อง () ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน)

- () ดีมาก
 () ดี
 () พอใช้
 () ต้องปรับปรุง

ข้อคิดเห็น และ/หรือข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข

.....

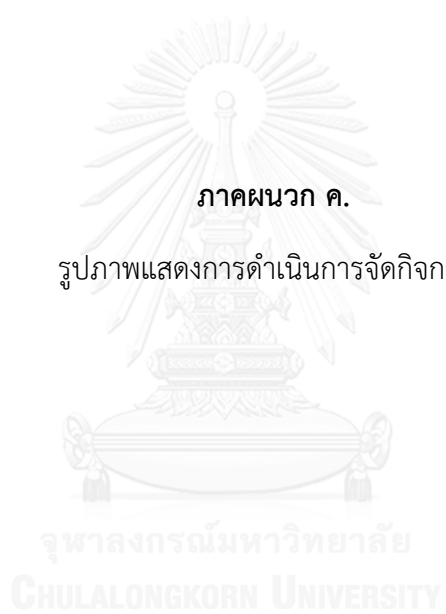
.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ค.

รูปภาพแสดงการดำเนินการจัดกิจกรรม

ขั้นเตรียมการ



การทดสอบความปลอดภัยของกิจกรรมที่สังเคราะห์จากการสร้างวิกฤติเทียม
ร่วมกับการเล่นพื้นบ้านไทย

ขั้นตอนรับสมัครและศึกษาบริบทพื้นที่



การจัดนิทรรศการรับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม และรายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม



หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใช้ในงานวิจัยและบริบท



ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นพ. ประศักดิ์ สันติภาพ ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีการศึกษา 2532 ได้รับประกาศนียบัตร ตจวิทยา จากสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2536 ได้รับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยรังสิตในปีการศึกษา 2540 และได้รับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์ชุมชน จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2547

