



เสริมสร้างความเข้มแข็ง
ครอบครัวและชุมชน
ในการจัดการสุขภาพ

เสริมสร้างความเข้มแข็งครอบครัวและชุมชนในการจัดการสุขภาพ

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้เขียนบทความ

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

รองศาสตราจารย์บุญยง เกี่ยวการค้า

รองศาสตราจารย์ดวงพร คำณวนวัฒน์

ดร.ประภาพรพรณ จูเจริญ

สมชาย วิริกรมย์กุล

เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม

เริงวิชญ์ นิลโคตร

กานต์ จันทวงศ์

การจัดการและประสานงาน

เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม

ออกแบบ/รูปเล่ม

นฤมล จันทระเจ็ด

จัดพิมพ์

บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด

ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2554

จำนวนพิมพ์ 800 เล่ม

ISBN 978-974-11-1415-3

เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ เสริมสร้างความเข้มแข็งครอบครัวและชุมชนในการจัดการสุขภาพ

13-14 มกราคม 2554 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

จัดโดย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

องค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ก็คือ การสนับสนุนประชาชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งที่เป็นพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของแต่ละคนเอง และการช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพซึ่งกันและกันในระดับครอบครัว ชุมชน และการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยชุมชน ท้องถิ่น การพัฒนามาตรการในระดับชุมชน เพื่อควบคุมกันเอง เพื่อจัดให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่สอดคล้องสำหรับแต่ละบริบทของชุมชน

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับภาคีเครือข่ายวิชาการ ประกอบด้วย กลุ่มการกิจวิจัยชุมชนและคณะ/สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล ภาคีเครือข่ายองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน 4 ภาค และภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการสุขภาพของประชาชน จึงได้จัดงานสัมมนาวิชาการประจำปีขึ้น ในหัวข้อ “เสริมสร้างความเข้มแข็งครอบครัวและชุมชนในการจัดการสุขภาพ” เพื่อทบทวนบทเรียน เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และสุขภาพชุมชน ที่เน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชนให้มีส่วนร่วมและมีบทบาทในการจัดการสุขภาพตนเอง

นอกจากนี้แล้ว ยังได้รวบรวมบทเรียน ประสบการณ์ และองค์ความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนในการจัดการสุขภาพ อาทิเช่น การสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของประชาชน แนวคิดและบทเรียนการทำงานกับชุมชนท้องถิ่น สุขภาพชุมชนจัดการได้ดีด้วยชุมชน ชุมชนเข้มแข็ง ครอบครัวเข้มแข็ง การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาจากทั่วประเทศ ไม่ว่าจะเป็นครู อาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ ผู้บริหาร นักพัฒนาสุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายผู้นำชุมชน อสม. และผู้สนใจทั่วไป ได้นำองค์ความรู้ไปปรับใช้ตามความเหมาะสม

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และภาคีเครือข่ายวิชาการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารเล่มนี้จะได้เผยแพร่บทเรียน ประสบการณ์ และองค์ความรู้ทางวิชาการไปสู่ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน และอื่นๆ ในอันที่จะประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์และส่งผลดีต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติต่อไป

บรรณาธิการ
มกราคม 2554

สารบัญ

การสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของประชาชน โดย แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร	1
การดูแลสุขภาพตนเอง โดย รองศาสตราจารย์บุญยง เกี่ยวการค้า	9
แนวคิด และบทเรียนการทำงานกับชุมชน ท้องถิ่น ในด้านสุขภาพ โดย สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	13
ความเป็นชุมชนกับการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดย เรืองวิทย์ นิลโคตร / กานต์ จันทวงษ์	21
สุขภาพชุมชนจัดการได้ด้วยชุมชน กรณี ปฏิบัติการลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน ของชาวหันคา จังหวัดชัยนาท โดย รองศาสตราจารย์ดวงพร คำหนูณวัฒน์	31
การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน โดย เกรียงศักดิ์ ชื้อล้อม	37
เสริมศักยภาพครอบครัว: ครอบครัวเข้มแข็งชุมชนเข้มแข็ง โดย ดร.ประภาพรพรณ จูเจริญ	45
พฤติกรรมสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ โดย สมชาย วิริกรรมย์กุล	49
บทคัดย่องานวิจัย	57

การสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมของประชาชน

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ความจำเป็นของการที่ประชาชนต้องมีส่วนร่วม และการทำให้ประชาชนมีบทบาท

ในการดูแลตนเองในจักรวาลของการดูแลสุขภาพมี 2 ส่วน คือการที่ประชาชนดูแลตนเอง และการให้บริการจากสถานพยาบาล ความสำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุข คือ การสร้างดุลยภาพระหว่างการพึ่งตนเองกับการพึ่งสถานบริการ ฉะนั้นบทบาทหลักสำคัญในการขยาย บทบาทของประชาชน คือการให้ความรู้กับประชาชนที่ให้อาสาตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งต้อง วัดด้วยการปฏิบัติได้ เพราะความรู้ที่ประชาชนต้องการคือ การที่ต้องมีทักษะปฏิบัติได้ด้วย การที่ชาวบ้านไม่ปฏิบัติเป็นความรับผิดชอบของสาธารณสุข ด้วย มิใช่เป็นความรับผิดชอบของ ประชาชนฝ่ายเดียว หากวันที่แนวความคิดนี้ได้ นั้นหมายถึงถึงบทบาทใหม่ของสาธารณสุขในการทำงานใหม่ตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงแผนปฏิบัติ

การดำเนินการเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน ต้องเข้าใจสังคม และใช้จริงของ สังคม

เป้าหมาย คือการมีความสุข ซึ่งต้องสุขทั้งกาย และใจ กิจกรรมเพื่อการพัฒนาสุขภาพจริงแล้วก็คือกิจกรรมเดิมที่ทำอยู่แล้วแต่สาธารณสุขทำอยู่ในกรอบที่ผิดธรรมชาติของชีวิตจริง เช่นเรื่องการกิน สาธารณสุขคิดแต่เรื่องการกินอาหารครบ 5 หมู่ แทนที่ชีวิตจริงนั้นกินเพื่อให้อร่อย ให้อิ่ม และให้แข็งแรง ตัวอย่างการรณรงค์ ให้คนเหนือไม่กินแหนมเพราะเป็นหมูดิบ ทำให้เกิดเป็นต้วจืดตาบอด ซึ่งขัดกับธรรมชาติ และเป็นการทำลายวัฒนธรรมการกินของคนเหนือ ซึ่งทำได้ยากและมีผลกระทบสูง แต่ตอนหลังก็ปรากฏว่าดีขึ้น แต่มิใช่เกิดจากการไม่กินแหนม แต่แก้ที่เรื่องศุสัตร์ ให้ปลอดภัย โดยที่ไม่ต้องไปทะเลาะกับชาวบ้าน เป็นการแสดงให้เห็นว่าถ้าทำแต่เรื่องการรณรงค์ไม่ให้กิน จะเป็นการแก้ปัญหาที่ไม่เข้าใจสังคม วัฒนธรรม และชีวิตของชาวบ้าน ทำให้การทำงานไม่ได้ผล เพราะขัดกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน

กลวิธีสำคัญในการให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง

การดำเนินการเพื่อให้ชาวบ้านแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม คือการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องรู้แนวความคิดพัฒนาสุขภาพอย่างลึกซึ้ง และรู้ถึงความจำเป็นจริงในชีวิต และสามารถประยุกต์ความรู้ได้

ต้องสร้างคน สร้างความคิด สร้างหลักการ และวิธีการให้สอดคล้องกัน โดยดูผลที่เกิดกับประชาชนจริงๆ คนทั้งในฝ่ายเจ้าหน้าที่และฝ่ายประชาชน ต้องสอนให้ทุกคน คิดเป็น และคิดเป็นกุศล คิดแบบมีหลักที่ดี มีกุศลเพื่อให้เกิดปัญญา

การที่ชาวบ้านจะดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างพอดี ประเด็นสำคัญที่ประชาชนต้องรู้คือการวินิจฉัยโรคในระดับที่รู้ถึงความรุนแรงของโรคเข้าใจธรรมชาติการดำเนินไปและการเปลี่ยนแปลงของอาการและความรุนแรงของโรค วิธีการวินิจฉัยในทางการแพทย์เป็นการใช้เกณฑ์ของอาการเป็นชุดประกอบการวินิจฉัย ซึ่งบอกความรุนแรงไม่ได้ การสอนให้ท่องว่ามีอาการอะไร แล้วหมายถึงเป็นโรคอะไรนั้นไม่เพียงพอ แต่ต้องเข้าใจเรื่องสรีรวิทยาและพยาธิสภาพเบื้องต้นแบบง่ายๆ เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเหตุ และพัฒนาการของอาการที่

เปลี่ยนแปลงที่ประชาชนจะสามารถดูแล เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ว่าเมื่อเปลี่ยนเป็นระดับใดแล้วจึงจะต้องมาพึ่งสถานพยาบาลหรือพึ่งหมอ ใช้อาการเป็นจุดเริ่มแล้วตามด้วยการดูแลสุขภาพของโรค มิใช่ใช้แต่อาการเป็นตัวตั้งเท่านั้น ตัวอย่างเช่นการเป็นไข้หวัดของเด็กที่ต้องอธิบายให้แก่ผู้ปกครองถึงกลไกการเป็นหวัด และพัฒนาการของโรคที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาให้หายมากกว่า 1-2 วัน ต้องรู้ว่าหากไข้สูงขนาดใด หรือหายใจหอบแบบไหนที่ต้องมาหาหมอให้เร็วขึ้น หรืออาการปวดหลังปวดข้อของผู้สูงอายุที่เรื้อรัง ที่ต้องอธิบายให้เจ้าตัวเข้าใจถึงกลไก ธรรมชาติของโรคที่เรื้อรัง แต่สามารถช่วยให้อาการไม่หนักหนาจนมีผลต่อชีวิตประจำวันปกติได้อย่างไร การเข้าใจถึงท่าทางการเดิน การนั่ง การทำงานในชีวิตปกติว่ามีผลกระทบอย่างไรเป็นต้น หากประชาชนเข้าใจในระดับที่ดีพอก็จะลดความกังวล ทุกข์ร้อน และการร่อนเร่ไปแสวงหาบริการในที่ต่าง ๆ จนเกินความจำเป็นได้

การทำความเข้าใจให้แก่ประชาชนเรื่องการป้องกันโรค ก็ต้องทำความเข้าใจว่าการป้องกันโรค มี 2 ระดับ คือการทำให้ไม่เกิดโรค และการที่ดูแลรักษาได้ดี ทันเวลาไม่ปล่อยให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การทำให้ไม่เกิดโรคซึ่งเป็นสิ่งที่ประชาชนเข้าใจยากก็ต้องทำความเข้าใจถึงสุขภาพร่างกายและจิตใจที่เป็นทุนพื้นฐานในการต่อสู้กับเชื้อโรค หรือการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่มากกระทบ เปรียบเสมือนการเตรียมความพร้อมของรถยนต์หรือเครื่องจักร ที่ต้องมีการหมั่นดูแลเติมน้ำมัน น้ำมันหล่อลื่น หรือการใช้งานที่ไม่หักโหมเกินไปจนเครื่องพัง ความเข้าใจเรื่องการเงิน การออกกำลังกาย และการพักผ่อนที่พอดีกับการใช้พลังงานของแต่ละคน ก็ต้องทำให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเพียงพอที่จะเข้าใจกลไกเหล่านี้ได้ มิใช่การสั่งหรือบอกให้ทำกิจกรรมต่างๆ โดยขาดพื้นฐานความเข้าใจที่เชื่อมโยงระหว่างการกระทำนั้นๆ กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือการรู้ที่ไม่เท่าทันถึงระดับความพอดีของการกระทำนั้นกับวิถีชีวิตปกติ การจะสอนให้เลิกความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ต้องวางน้ำหนักให้พอดี เพราะหากทั้งทั้งพวงของความเชื่ออาจจะทำให้เกิดผลกระทบสูง ที่ทำให้ประชาชนไม่มีจุดยึดเหนี่ยว

การนำแพทย์ทางเลือกมาใช้ อาจนำไปใช้เพื่อการช่วยตนเองได้ หรือเป็นการนำมาใช้เป็นทางเลือกในการพัฒนาบริการในระบบบริการก็ได้ การแพทย์แผนไทยหากถูกนำมาใช้เพื่อการช่วยตนเองของประชาชนก็ต้องสอนให้ ประชาชนรู้จักใช้ ประเมินมาตรฐานเป็น และเลือกใช้ได้ ไม่มกมาย

ความสำคัญของภูมิปัญญาของชาวบ้าน คือ มีการพิสูจน์ และประจักษ์แล้วว่าเป็นที่ยอมรับของประชาชน มากกว่าการนำเข้าจากภายนอก แต่การรื้อแต่ที่ชาวบ้านเรียนรู้ได้ก็ไมพอ ต้องมีการผสมผสานกัน เรียนรู้ร่วมกัน และอยู่ร่วมกัน หากวิทยาศาสตร์ รวมกับภูมิปัญญาชาวบ้านได้อย่างเหมาะสมก็จะเกิดประโยชน์ได้มาก

การแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขได้ดี ต้องนำความรู้ทางด้านสังคมวิทยา มาบูรณาการกับเทคโนโลยีใช้อย่างเหมาะสม อย่าติดที่ศาสตร์ แต่ต้องเน้นในการนำความรู้มาใช้เพื่อนำมาใช้งานได้ ซึ่งต้องการบุคลากรที่รู้ลึกพอ

การมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation)

“.....ถ้าพูดถึงการมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้างที่สุดแล้ว ก็คงจะไม่มีกิจกรรมอันใดหรือการพัฒนาที่ดำเนินการในชนบทหรือในเมืองใดที่ไม่มีการมีส่วนร่วมอยู่บ้างไม่มากก็น้อย แต่การมีส่วนร่วมนั้นเป็นการมีส่วนร่วมที่เกื้อหนุนหรือก่อให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงถาวรหรือไม่นั้นเป็นอีกเรื่องหนึ่ง.....” (Norman Uphoff, 1981 อ้างใน อकिन รพีพัฒน์) ถ้าตั้งคำถามว่า “กิจกรรมนี้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่? คำตอบที่ได้จะไม่เกิดประโยชน์อันใดต่อกิจกรรม

การพัฒนาหรือเอื้อต่อการปรับปรุงวิธีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นแต่อย่างใด (อคิน รพีพัฒน์ 103)

การพิจารณาเรื่องการมีส่วนร่วมจึงจำเป็นต้องอาศัยการพิจารณาองค์ประกอบอย่างอื่นควบคู่กันไป อาทิ สภาพแวดล้อม (Context) หรือ จังหวะเวลา (Phase) ร่วมด้วย

ความคิดเห็นจากเอกสารของสถาบันวิจัยของสหประชาชาติเพื่อพัฒนาสังคม (UN-RISD = United Nation Research Institute for Social Development) ได้เสนอเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมไว้ว่า “การมีส่วนร่วมเป็นด้านหนึ่งของทางเลือกที่มีความซับซ้อนอย่างมาก มีคำถามซึ่งผู้ที่มีหน้าที่ในการวางแผนพัฒนาจำเป็นต้องตอบอย่างจริงจังได้แก่ (ก) ใคร เป็นผู้เลือกยุทธศาสตร์และยุทธวิธีการพัฒนา (ข) ยุทธศาสตร์และยุทธวิธีนั้นคืออะไร และจะถูกนำไปใช้อย่างไร (ค) ยุทธศาสตร์หรือยุทธวิธีให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมแบบไหน กล่าวคือให้การมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือ (Means) หรือหวังว่าการมีส่วนร่วมเป็นผลสุดท้ายที่ ต้องการให้เกิด (End)”

จากแนวคิดของการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าโดยธรรมชาติของการมีส่วนร่วมสามารถเป็นได้ทั้งในมิติของเป้าหมายที่จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งการมีส่วนร่วมเป็นมิติที่สำคัญสำหรับการพัฒนาบริการ กล่าวคือ การบริการที่ดีจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการ

การมีส่วนร่วมเกิดจากแนวคิดสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

- 1) เกิดจากความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกัน
- 2) เกิดจากความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกัน
- 3) เกิดจากการตกลงที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่พึงปรารถนา
- 4) เกิดจากปัจจัยภายในบุคคลได้แก่ ความศรัทธา หรือความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเกรงใจ รวมถึงการถูกอำนาจบางอย่างบังคับ

ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมหมายถึง การเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์ กลุ่มซึ่งผลการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเราให้กระทำการให้บรรลุจุดหมายของกลุ่มนั้นกับทั้งให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

จากความหมายดังกล่าว การมีส่วนร่วมจึงมีลักษณะ ดังนี้

- 1) การเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการเกี่ยวข้องทั้งตัวไม่เฉพาะเพียงแค่เกี่ยวข้องกับด้านกำลังกาย หรือทักษะ เท่านั้น กล่าวคือการมีความเกี่ยวข้องกับทางจิต (Ego-involved) ไม่เพียงแต่เฉพาะด้านการงาน (Task-involved)
- 2) การกระทำทำให้ เมื่อผู้มีส่วนร่วมได้บังเกิดความเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจ และอารมณ์ แล้วก็เท่ากับเปิดโอกาสให้เขาได้แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ โดยเหตุนี้การมีส่วนร่วมจึงเป็นมากกว่าการยินยอมที่จะกระทำตามคำสั่ง ซึ่งเป็นการกระทำโดยปราศจากการยินยอมพร้อมใจ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การมีส่วนร่วมจึงเป็นความสัมพันธ์ทางอารมณ์และจิตใจแบบ “ยุควลวิถี” คือมีการติดต่อสื่อสารทั้งทางไปและทางกลับระหว่างบุคคลนั้นและกลุ่ม

- 3) การร่วมรับผิดชอบ เมื่อเกิดการเกี่ยวข้องด้านจิตใจ อารมณ์ และได้กระทำการให้
แก่สถานการณ์นั้นแล้ว ผู้มีส่วนร่วมจะเกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบ ทั้งนี้เพราะการ
มีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลเข้าไป เกี่ยวข้อง

เงื่อนไขการมีส่วนร่วม

สามารถกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมมือร่วมใจ (Cooperation)
การประสานงาน (Coordination) ความรับผิดชอบ (responsibility) ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงอาจ
หมายถึง การทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ (ความร่วมมือร่วมใจ)
โดยกระทำการงานดังกล่าวในห้วงเวลาและลำดับเหตุการณ์ที่ทรงประสิทธิภาพ คือถูกจังหวะ
และเหมาะสม (การประสานงาน) กับทั้งการทำการงานดังกล่าวด้วยความรู้สึกผูกพันและ
ประจักษ์ว่าเชื่อถือไว้ใจได้ (ความรับผิดชอบ)

ดังนั้นการที่ประชาชนจะเข้าไปมีส่วนร่วมได้นั้นจำเป็นต้องมีเงื่อนไข สำคัญอย่างน้อย
3 ประการ ได้แก่

- 1) ประชาชนต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม (Freedom to Participation)
- 2) ประชาชนต้องสามารถมีส่วนร่วม (Ability to Participation)
- 3) ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (Willingness to Participate)

นอกจากเงื่อนไขทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้นแล้ว การมีส่วนร่วมจะประสบผลสำเร็จ
ได้จะต้องมีปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- 1) ประชาชนต้องมีเวลาที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงไม่เหมาะสมกับ
สถานการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉิน
- 2) ประชาชนต้องไม่เสียเงินทองหรือค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้ามามีส่วนร่วมที่เกินกว่า
ผลตอบแทนที่พึงจะได้รับ
- 3) ประชาชนต้องมีจุดสนใจที่สัมพันธ์สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น
- 4) ประชาชนต้องไม่รู้สึกกระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหรือสถานภาพทางสังคมหากจะ
มีส่วนร่วม

การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และจัดทำแผน

ต้องชุดให้ถือว่าประชาชนอยากเข้ามามีส่วนร่วมจริงๆ แค่นั้น และต้องสร้างให้
ประชาชนมีพร้อมเข้ามามีส่วนร่วม ที่ผ่านมาระบบทำให้ประชาชนคอยฟังจากสถาน
บริการ ฉะนั้นต้องสร้างให้ประชาชนเข้าใจว่าจะมีบทบาทได้แค่ไหน ต้องเปลี่ยนความรู้ ความเชื่อ
ที่วางบทได้ถูก แสดงบทได้เป็น ขณะนี้ชาวบ้านคิดว่าการมีส่วนร่วมคือมาบอกว่า รัฐต้องให้อะไร
แต่ต้องทำให้มองปัญหาเป็น และรู้ว่าจะเข้าหาชาวบ้านในจังหวัดใดได้เหมาะสม และข้อมูลอะไร
ตรงไหนที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ และการแก้ปัญหาได้

ต้องแก้ความคิดของเจ้าหน้าที่ที่ต้องแยกทำงานเป็นฝ่าย แต่ทำงานแบบเป็นองค์กรรวม
และวางแผนจากสถานการณ์จริง

ส่วนสำคัญอีกส่วนหนึ่งคือ การทำให้ชาวบ้านเข้าใจระบบการเผื่อระวัง และรู้วิธีการเก็บ
ข้อมูลที่ละเอียดพอ ครบถ้วน เพื่อประกอบกับการเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่ การทำความเข้าใจ
ว่าบทของประชาชนอยู่ตรงไหน บทของอสม.คืออย่างไร มีความสำคัญและผลกระทบต่อนตนเอง
อย่างไร และทำให้เข้าใจว่าจะต้องเก็บข้อมูลอะไร และไปบอกใคร

การมีส่วนร่วม : ใครสร้าง ใครร่วม ร่วมอะไร และอย่างไร

ในประเด็นที่พูดถึงกันมากในปัจจุบันคือการที่ให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วม และเคลื่อนไปสู่เป้าหมายของคำว่าสุขภาพ **สุขภาพเป็นของประชาชน** ไม่ใช่ของสาธารณสุข **สาธารณสุขจะเข้ามาเกี่ยวข้องในฐานะมาสร้างและสนับสนุน** จะพบว่ามีปัญหาอยู่มากถ้าบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดสุขภาพ ตรงกันข้ามเจ้าหน้าที่ต้องหัดที่จะมองอย่างเข้าใจ ภายใต้เงื่อนไขของประชาชนคนๆ นั้นเอง เมื่อสุขภาพเป็นของประชาชน จึงไม่แน่ว่าเจ้าหน้าที่จะสามารถเป็นผู้กำหนดได้ เพราะสุขภาพเป็นของเขา เขาก็ควรที่จะเป็นผู้กำหนด แต่ก็จะมีอีกเช่นกันว่าในกระบวนการการพัฒนาทั้งหมดจะมีบางสิ่งบางอย่างที่เจ้าหน้าที่จะมีบทบาทได้อย่างแน่นอน เช่น บทบาทของการเป็นผู้สนับสนุน กระตุ้น เสนอทางเลือก และเพราะสุขภาพเป็นของประชาชน ดังนั้นแล้วเขาจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจ การพัฒนาสุขภาพจึงต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ว่าเจ้าหน้าที่ไม่ใช่เป็นผู้กำหนดโดยเฉพาะกำหนดชีวิตผู้อื่น หลักของการทำแผนพัฒนาสุขภาพ จึงไม่ใช่แผนการออกคำสั่งให้ต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ เพราะชีวิตเป็นเรื่องใหญ่กว่าใดๆ ฉะนั้นชีวิตจึงเป็นตัวกำหนด

ในการพัฒนาใดๆ ก็ตาม กิจกรรมเป็นเพียงกลไกไม่ใช่เป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ ตัวจริงคือเจ้าหน้าที่ต้องรู้เสมอว่าผลสัมฤทธิ์ที่ต้องการให้เกิดนั้นคืออะไร และเมื่อเกิดขึ้นกิจกรรมก็ไม่มีผลสำคัญ อย่าติดกิจกรรมแต่ให้เข้าใจหลักการว่ากิจกรรมนั้นทำให้เกิดผลสิ่งใดขึ้น เช่นเดียวกัน การรวมกลุ่มจึงเป็นเพียงกลไกหรือเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่เจ้าหน้าที่ใช้เพื่อการเสนอความรู้บางอย่างและเผยแพร่ทางเลือกให้เข้าไปสู่ประชาชน แต่บางครั้งเมื่อเกิดเงื่อนไขว่าสิ่งที่เราเสนอชาวบ้านนั้นเขาเกิดประจักษ์ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นแล้วเขาไปต่อกันเองนั้นก็ไปอีกเรื่องหนึ่ง ประเด็นนี้ขึ้นอยู่กับว่าสิ่งที่เจ้าหน้าที่เสนอนั้นเหมาะกับชีวิตของเขาหรือไม่ เพราะถ้าเหมาะสมพอดีกับชีวิตเขา เขาย่อมต้องเลือกสิ่งนั้น ตรงกันข้ามถ้าสิ่งนั้นเข้าไม่ได้กับชีวิตเขา เขาก็รับมันไม่ได้ ฉะนั้นก็จะพบว่ามีคนรับทางเลือกนั้นไป แต่บางคนปฏิเสธทางเลือกนั้น จึงไม่มีทางเลือกหนึ่งใดที่จะเหมาะกับคนทุกคน

การทำกิจกรรมใดๆ ขอให้ระลึกอยู่เสมอว่ากิจกรรมเป็นเพียงกลไก และพยายามจัดหมวดหมู่ของกิจกรรมให้ดีเพื่อที่ว่าเราจะได้สามารถเลือกหยิบกิจกรรมนั้นๆ ได้เหมาะกับสภาพสถานการณ์ บริบทที่เกิดขึ้นและเป็นอยู่ ทุญแจสำคัญอยู่ที่เราต้องมีความเข้าใจกระบวนการเลือกกลไกให้เหมาะกับชีวิตและบริบทของมนุษย์ เมื่อได้รับการบอกเล่า ได้ยินและได้ฟังว่ามีทางเลือกดีๆ ที่ใช้ได้ผลก็เชื่อว่าเหมาะกับสภาพในชุมชนของเรา ก่อนหยิบมาใช้จำเป็นต้องกรองให้ออกว่าสิ่งนั้นดีที่อื่นจะสามารถใช้ได้และดีในที่ของเราด้วยหรือไม่ หรือถ้าจะให้ดีในพื้นที่ของเราจะต้องนำมาปรับแต่งอย่างไรบ้าง อาจจำเป็นต้องใช้วิธีลองทำด้วยกันทั้งเราและประชาชน ซึ่งต้องมีกระบวนการประเมินที่ใกล้ชิดมาก เพื่อให้เกิดการปรับแต่งร่วมกัน อย่าให้เกิดช่องว่างที่ต้องปกปิดกัน แต่เป็นการเรียนรู้และทำด้วยกัน ไม่ใช่การปลุกระดม

ข้อที่พึงระวังอีกประการหนึ่งคือ เมื่อทำๆ ไปเราก็จะพบว่าตนเองไม่มีความรู้และขาดทักษะในหลายๆ อย่าง ข้อนี้เราจำเป็นต้องรู้ตัวเร็ว หากรู้ช้าแล้วทำไปจนเกิดผลกระทบในเชิงลบก็จะพบว่าเป็นการขาดทุนและเสียเวลาโดยเปล่า ดีที่สุดก่อนลงมือทำหากเป็นไปได้ควรเรียนให้รู้จริงเสียก่อน ไม่ใช่แค่เพียงอยากทำอะไรทำเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเรื่องพัฒนาสุขภาพ หลักคือควรมีเทคโนโลยีสะสมไว้ให้มากและเมื่อเวลาเสนอก็ก็นำกลไกของการเสนอเพื่อให้เหมาะกับบริบทต่างๆ และที่น่าสนใจอย่างยิ่ง คือการติดตามดูผลสัมฤทธิ์ซึ่งไม่ใช่กิจกรรมแต่เป็นผลสัมฤทธิ์ที่เราต้องการให้เกิดคือสุขภาพ

กระบวนการพัฒนาจะไปได้เร็วที่สุดหากผู้ที่ร่วมกันพัฒนานั้นช่วยกันบอกความไม่สำเร็จได้เร็วที่สุด สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการพัฒนาคือเรามักเรียนรู้สิ่งที่ไม่ดีนั้นซ้ำหรือบางครั้งเรียนรู้ไม่ได้เลย การนำกระบวนการพัฒนาสุขภาพเข้าสู่สังคมจำเป็นต้องเป็นกระบวนการที่ต้องร่วมเรียนรู้ด้วยกันทั้งสองข้าง ซึ่งต้องเป็นการเรียนรู้ภายใต้การสื่อสารที่ตรง ไม่ติดขัด และไม่มีช่องว่าง ความสำคัญของกระบวนการพัฒนาสุขภาพจึงอยู่ที่ต้องทำด้วยกัน เราที่เป็นสาธารณสุขอาจจะอยู่ในบทบาทของการเป็นผู้เสนอแต่ไม่ใช่ผู้กำหนด ซึ่งเมื่อเสนอแล้วจะต้องมีกระบวนการทดสอบที่เป็นการเรียนด้วยกัน การเรียนด้วยกันจะบรรลุผลหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับ การสื่อสารดังที่กล่าวไปแล้ว หลักนี้จะทำให้เราไม่เหนื่อยเปล่าเพราะจะพบว่าสิ่งใดไม่เหมาะสม เราจะไม่ทำซ้ำสิ่งนั้นต่อ ประชาชนก็จะไม่เสียเวลาเปล่า ให้มีทางเลือก มีกระบวนการเลือก และต้องไม่มีช่องว่าง

การสร้างการมีส่วนร่วมจึงเป็นความจำเป็นต่อการพัฒนาสาธารณสุขในวันหน้า เพราะถ้าผู้คนที่อยู่นอกกระบวนการสุขภาพเขาไม่ร่วมมือกับเรา การพัฒนาจะไม่มีทางบรรลุเป้าหมายสุขภาพได้ เหตุเพราะสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชน ฉะนั้นแล้วสุขภาพจะเกิดหรือไม่ผู้ปฏิบัติคือประชาชนทั้งสิ้น การพัฒนาสาธารณสุขในวันหน้าจึงเล็งเห็นว่าการพึ่งตนเองของประชาชนไม่พ้น และเพราะคำนี้เองจึงคิดว่าเราไม่มีสิทธิ์เป็นผู้ตัดสินใจให้เขา การพัฒนาการพึ่งตนเองจะเกิดไม่ได้ถ้าเราเป็นผู้กำหนดกิจกรรม ในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชน เราต้องเข้าใจในเบื้องต้นว่าเราจะเล่นบทบาทอะไรเมื่อเราจะเล่นบทบาทอะไร เงื่อนไขของผลสัมฤทธิ์จึงต้องเป็นหัวใจของการพัฒนาการมีส่วนร่วม ไม่ใช่เงื่อนไขของตัวกิจกรรม เพราะการพัฒนาสุขภาพทุกคนทำไม่เหมือนกัน หากเรานำเงื่อนไขของกิจกรรมมาเป็นตัวผลสัมฤทธิ์ก็จะล้มเหลวอยู่ตลอด คำตอบของการพัฒนาสุขภาพจึงอยู่ที่ผลสัมฤทธิ์ที่ประชาชน (ตัววัดจึงไม่ใช่กิจกรรม แต่ต้องวัดว่าทำอะไรไปแล้วเกิดผลอันใดขึ้นกับประชาชน)

การสร้างการมีส่วนร่วม มีประเด็นที่สำคัญอีกหนึ่งเรื่องนอกจากการเสนอความรู้ และเทคโนโลยี สิ่งที่สาธารณสุขต้องทำคือการสร้างกลไกการกรองข้อมูลให้กับประชาชน ให้เกิดกระบวนการกลั่นกรองโดยมีหลักการที่มีวิจรรย์ญาณและเกิดกระบวนการตัดสินใจที่ดี สิ่งที่มีจะพบเสมอคือ เจ้าหน้าที่มักพูดว่าฉันบอกแล้วแต่ชาวบ้านไม่เชื่อกลับไปเชื่อสิ่งที่เราไม่ได้บอก นี่จึงชี้ว่ากลไกการกรองของชาวบ้านยังไม่ดี หรือบางครั้งก็เกิดจากเราให้ข้อมูลไม่เป็น หัวใจที่ทำให้เกิดการกลั่นกรองที่ดีคือคิดเป็น หากสังคมใดยังมีแต่ความเชื่อ หมายความว่ารับฟังแล้วเกิดความเชื่อหรือหลงอยู่เรื่อยๆ สังคมนั้นจะเป็นสังคมที่เจริญทางความคิดไม่ได้ และการพึ่งตนเองก็จะมีน้อย กระบวนการคิดแบบมีวิจรรย์ญาณจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญมาก กระบวนการที่จะสร้างให้ประชาชนมีสติปัญญาที่จะคิด กลั่นกรอง และตัดสินใจด้วยตนเองจึงเป็นกระบวนการพัฒนาที่สำคัญมาก และจะเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมได้อย่างยั่งยืน แต่กระบวนการพัฒนาความคิดของประชาชนเป็นสิ่งที่ไม่ได้ทำให้เกิดขึ้นได้ง่ายมากนัก และก็ไม่ใช่เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีการศึกษาในระดับสูงเท่ากันหมด สติปัญญาและการคิดเป็นของมนุษย์เราไม่ได้อยู่ที่ดีกรี

การสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือการมีวิจรรย์ญาณและสามารถมองเห็นสิ่งที่ เป็นประโยชน์และไม่เป็นประโยชน์ ญุณาแจที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการสร้างการมีส่วนร่วมที่เราต้องข้ามให้พ้นคือเมื่อตราบใดที่มนุษย์เรายังเห็นแก่ตัวส่วนร่วมก็จะไม่เกิดเมื่อเห็นแต่ประโยชน์ ส่วนตนการมีส่วนร่วมย่อมเกิดเพียงน้อยนิด เพราะจะมองเห็นแต่ประโยชน์เฉพาะหน้าแต่มองไม่เห็นประโยชน์ที่จะวนมาถึงตนได้เมื่อการมีส่วนร่วมนั้นเกิดขึ้น

กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมหรือที่เขาเรียกว่า social function การคิดให้ผู้อื่น การบริจาค การกระทำเพื่อสังคมส่วนรวมจะถ่วงดุลด้วยภาวะแค้นแค้นของการดำรงชีพ นั่นคือ เมื่อตราบใดที่คนเราคิดว่าชีวิตมันแค้นแค้น การที่จะคิดให้หรือบริจาคให้ผู้อื่นนั้นจะกระทำไดยาก จะเห็นว่าคนไทยมีจุดเด่นในเรื่องนี้ในเรื่องของการให้ การบริจาค เพราะคนไทยยังมีความรู้สึก ว่าตนเองพอ ถึงตนเองจนก็รู้สึกพอ ที่จนนั้นก็แต่เพียงเงินแต่มีได้จนน้ำใจ แม้บางคนรวยแต่ก็ ยังคิดว่าตนเองแค้นแค้น นั้นเพราะยังไม่รู้สึกกว่าพอ ประเด็นนี้เป็นเรื่องยากเพราะเป็นเรื่อง ของนามธรรม ถ้าสังคมยังเห็นแก่ตัวอยู่หรือถ้าสังคมยังอดอยากอยู่และยังไม่เพียงพอที่จะมี ชีวิตอยู่ด้วยมาตรฐานระดับหนึ่ง การที่จะให้เขามามีส่วนร่วมก็จะเกิดยากมาก แต่ยังพบว่าในสังคมไทยเพราะมีวัฒนธรรมบางอย่างที่เอื้อให้เกิดได้

การสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเอง และการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ถือว่าเป็นประเด็นที่เชื่อมโยงและหนุนเสริมกันและกัน เป็นทิศทางสำคัญของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ



การดูแลสุขภาพตนเอง

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญยง เกียรติการค้า

สถาบันพัฒนสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

มนุษย์ทุกคนมีสิทธิ์ดูแลสุขภาพตนเองเท่าเทียมกัน แต่การปฏิบัติตามสิทธิ์แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต การเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของแต่ละคน การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเพิ่มทุนทางสุขภาพของประชาชนสามารถทำได้ทั้งในสภาวะปกติและสภาวะเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายสำคัญที่สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพที่ดี

การดูแลสุขภาพตนเองคืออะไร

การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึง การทำให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่ตลอดเวลา จะโดยการแปรงฟัน การพักผ่อนเมื่อรู้สึกว่าเป็นหวัด หรือการออกกำลังกายเป็นกิจวัตร เป็นต้น อีกนัยหนึ่งคือการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคลที่มุ่งสู่การคงไว้ของสุขภาพที่ดีและการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย นอกจากนี้การดูแลสุขภาพตนเองอาจหมายถึง การเป็นอยู่ที่ตื่นตัวกระฉับกระเฉงเสมอ โดยกระทำสิ่งที่เป็นโยบายนั้ต่อตนเอง เช่น การทำสวนครัว หรือสวนดอกไม้ การไปเยี่ยมเยียนเพื่อนฝูงหรือคนที่รู้จัก การท่องเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด หรือการทำงานประจำต่อเนื่องถ้าเป็นไปได้ โดยทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่เราแต่ละคนทำได้หรือต้อง การจะทำมากกว่าสิ่งที่ไม่สามารถจะทำได้ การอยู่แบบมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีจึงเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละคน

การดูแลสุขภาพตนเองไม่ได้หมายถึง การปฏิเสธหรือได้รับการดูแลจากบุคลากรด้าน การแพทย์น้อยลง ตรงกันข้ามบุคลากรด้านการแพทย์ยังคงมีความจำเป็น เมื่อเกิดการเจ็บป่วย จนดูแลด้วยตนเองไม่ได้ หรืออาจจะให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละคนส่วน จะสนับสนุนอะไร อย่างไร ตามความต้องการของแต่ละคนเป็นเรื่องที่ต้องปรึกษาหารือกันและ เขียนเป็นแผนการดูแลสุขภาพสำหรับนำไปปฏิบัติต่อไป

ทำไมจึงต้องดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจุบันวิถีการดำรงชีวิตของคนไทยต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพทั้งกลุ่มโรคติดต่อโดย เชื้อโรค และกลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคเป็นสาเหตุ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว ย่อมก่อให้เกิดภาระกับตนเองสมาชิกในครอบครัวและญาติมิตร รวมทั้งค่าใช้จ่ายทั้งทางตรง และทางอ้อมในการรักษา ประกอบกับค่านิยมที่เกาะเกี่ยวพึ่งพาแพทย์ยา และเทคโนโลยีเพิ่มทวี มากขึ้นทำให้เกิดการละเลยศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่ต้นเหตุ หรือเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพเชิง รุกของสังคม

การดูแลสุขภาพตนเองทำได้อย่างไร

การดูแลสุขภาพตนเองทำได้ไม่ยากแต่ต้องมีความมุ่งมั่นและลงมือปฏิบัติอย่างจริงจัง สม่ำเสมอต่อเนื่องตลอดเวลาจึงจะได้ผลที่สำคัญ ได้แก่

1. รับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม

การรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่หลากหลาย สมดุลและพอดี ในแต่ละมื้อ ปกติผู้ชายควรได้รับพลังงานวันละ 2,000 แคลอรี ผู้หญิงควรได้รับพลังงานวัน 1,600 แคลอรี ทั้งนี้ควรรับประทานอาหารมื้อเช้าและมื้อกลางวันเป็นมื้อหลัก ส่วนมื้อเย็นให้รับประทานน้อยลงเพราะช่วงเวลานอนหลับร่างกายใช้พลังงานน้อยจะทำให้เหลือสะสมในรูปไขมันเก็บไว้ได้ผิวหนังและช่องท้องเป็นสาเหตุของการอ้วนได้

2. ออกกำลังกายเหมาะสมและสม่ำเสมอ

การออกกำลังกายนอกจากจะป้องกันการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ยังทำให้กล้ามเนื้อ เส้นเอ็นต่างๆ รวมทั้ง กระดูกแข็งแรงขึ้น ระหว่างการออกกำลังกายจะช่วยลดความเครียดได้เป็นอย่างดีอีกด้วย การออกกำลังกายที่เหมาะสมควรจะเป็นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 20-30 นาที โดย 5 นาทีแรกเป็นการอบอุ่นร่างกายด้วยการยืดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นต่างๆ 15-20 นาที ถัดมาเป็นการออกกำลังกายตามที่ชอบ อาจจะเป็นการวิ่ง การเดินเร็ว การว่ายน้ำ หรือการปั่นจักรยาน ก็ได้ ส่วน 5 นาทีสุดท้ายเป็นการผ่อนคลายด้วยการวิ่งช้าๆ อยู่กับที่ เมื่อออกกำลังกายเสร็จแล้วควรเว้นระยะไว้สัก 15-30 นาที แล้วจึงอาบน้ำจะป้องกันภาวะช็อกได้

3. รู้จักจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ

การหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความเครียดและรู้จักผ่อนคลายความเครียดเป็นสิ่งสำคัญ และควรพยายามทำให้ได้จะด้วยวิธีการการพักเมื่อรู้สึกเหนื่อยหรือเครียด การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือพูดคุยเรื่องสนุกสนานกับเพื่อน การเล่นกีฬาต่างๆ การทำสมาธิล้วนแล้วแต่เป็นหนทางของการคลายความเครียดได้ทั้งนั้น

4. การพักผ่อนที่เพียงพอ

การพักผ่อนที่ดีที่สุดคือการนอนหลับ เพราะร่างกายจะผลิตสารซีโรโตนินน้อยลง ทำให้ร่างกายได้พักผ่อน การอดนอนอาจทำให้ร่างกายเสียสมดุลและเจ็บป่วยได้ เช่น อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ และระบบย่อยอาหารทำงานผิดปกติ เป็นต้น โดยเฉลี่ยผู้ใหญ่ควรจะนอนประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน วัยรุ่นประมาณ 8-10 ชั่วโมง และเด็กๆ ประมาณ 10-12 ชั่วโมง

5. การตรวจสุขภาพร่างกายตามเวลาที่เหมาะสม

โดยทั่วไปการตรวจสุขภาพร่างกายมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยต่างๆ เพื่อเสริมสุขภาพชีวิต และเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น การตรวจสุขภาพร่างกายจะมีประโยชน์ต่อเมื่อรายการที่ตรวจเหมาะสม ผู้รับการตรวจเข้าใจผลการตรวจที่นำไปสู่การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผลการตรวจนั้นๆ ส่วนใหญ่ถ้าอายุยังน้อยควรตรวจสุขภาพทุก 2 ปี ถ้าเป็นผู้ใหญ่วัยทำงานควรตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง ถ้าเป็นผู้สูงอายุควรตรวจสุขภาพปีละ 2 ครั้ง

6. การสร้างสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี

สุขวิทยาส่วนบุคคลเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานอย่างหนึ่งของการมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ สมัยโบราณผู้คนละเลยสุขวิทยาส่วนบุคคลทำให้เกิดโรคระบาดต่างๆที่สำคัญได้แก่หิวดกโรค กาฬโรค วัณโรค โรคเรื้อน เป็นต้น สุขวิทยาส่วนบุคคลส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการดูแล สุขภาพ ตนเองในชีวิตประจำวัน คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบกับสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เมื่อปี พ.ศ. 2534 เพื่อใช้เป็นหลักของการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลของ ประชาชน รายละเอียดประกอบด้วย

1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย
4. รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด
5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี
9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

7. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ประชาชนทั่วไปควรมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสามารถประเมินการเจ็บป่วยด้วยตนเองได้ว่า อาการเช่นไรควรจะไปพบแพทย์เพื่อ รักษาก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วยจะกำเริบรุนแรงเกินกว่าจะรักษาได้ ขณะที่รักษากับแพทย์ควรปฏิบัติ ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยโดยเร็ว

อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเอง

ถึงแม้การดูแลสุขภาพจะเป็นเรื่องที่ประชาชนแต่ละบุคคลน่าจะทำได้โดยไม่มีเงื่อนไข ใดๆ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่ามียุอุปสรรคขัดขวาง โอกาส และความสามารถในการดูแลตนเอง หลายประการ อาทิเช่น

1. เศรษฐฐานะของประชาชน ผู้ที่มีรายได้น้อยทั้งหลายจะให้ความสำคัญกับการหา เลี้ยงชีพในชีวิตประจำวันมากกว่าสิ่งอื่นใดทำให้การดูแลสุขภาพถูกละเลยและไม่มีเวลาที่จะเอาใจใส่
2. พื้นฐานการศึกษาของประชาชน ผู้ที่มีการศึกษาน้อยหรือไม่มีการศึกษา ทำให้เกิด ข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง นำไปสู่การ ต้อยความสามารถที่จะดูแลตนเอง
3. ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อ ในท้องถิ่นที่ต้อยความเจริญจะได้รับอิทธิพล จากความเชื่อ หรือขนบธรรมเนียมประเพณีที่ทำให้มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ ถูกต้อง เช่น เชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลเป็นอำนาจของสิ่งที่เร้นลับไม่สามารถที่จะ ทำอะไรได้ เป็นต้น

บรรณานุกรม

มัลลิกา มัติโก “แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง” ในการดูแลตนเอง:

ทัศนทางสังคม วัฒนธรรม. พิมพ์ด้วย ปรีดาสวัสดิ์ และคณะบรรณาธิการ

ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล 2530

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ สุขภาพ : อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ 2544

นายแพทย์ประเวศ วะสี สุขภาพสังคม สู่สังคมสันติภาพ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ 2545

<http://www.calintertrade.co.th/blog/?p=64>

<http://www.samunpri.com/modules.php?name=news&file=article&sid=95>

<http://www.goodhealth.in.th/web/node/493>

http://www.vitalaffirmations.com/self_care_hm

http://www.nm.stir.ac.uk/research/self_care_php

แนวคิด และบทเรียนการทำงานกับชุมชน ก้องกิ้น ในด้านสุขภาพ

สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารฉบับนี้ เป็นส่วนปรับปรุง เพิ่มเติม จากเอกสาร “สังเคราะห์บทเรียนการทำงานชุมชน” ซึ่งเป็นเอกสารที่สำนักวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชนจัดทำขึ้น เป็นเอกสาร ที่สกัดและร้อยเรียงจากประสบการณ์การทำงานชุมชน ทั้งที่เป็นแกนนำชุมชน สมาชิกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุขในสถานีนอมา / หน่วยบริการปฐมภูมิ / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารนี้แม้จะเขียนขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการทำงานกับชุมชน แต่เนื้อหาจะเป็นหลักการกลางที่บุคลากรส่วนอื่นๆ ที่สนใจการพัฒนาชุมชน รวมทั้งประชาชนเอง สามารถประยุกต์ใช้ได้เช่นกัน

แนวคิดในการทำงานกับชุมชน

1. ฐานคิด คือ อะไร เป็นอย่างไร

การทำงานทุกอย่างต้องมี “ฐานคิด” หรือ “วิธีคิด” เพราะ ฐานคิด หรือวิธีคิดจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เราคิดอย่างไรความคิดของเราจะชักนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติอย่างนั้น เช่นเดียวกับการทำงานไม่เฉพาะเรื่องการทำงานชุมชนเท่านั้น รวมถึงงานอื่นๆ ด้วย เรามีวิธีคิด มีฐานคิดในการทำงานอย่างไร เราก็จะมีวิธีการทำงานหรือมีพฤติกรรมการทำงาน อย่างนั้น นอกจากนั้น ฐานคิดหรือวิธีคิดนี้จะเป็นตัวบ่งบอก “ความเป็นตัวของตัวเอง” ของมนุษย์ด้วย ดังที่นักปรัชญาชาวฝรั่งเศสท่านหนึ่งกล่าวไว้อย่างน่าฟังว่า “I think therefore I am.” (เพราะว่าฉันคิด ฉันจึงมีอยู่) (Rene Decartes : 1596 - 1650)

การกำหนดฐานคิดหรือวิธีคิดในการทำงานชุมชน จึงมีส่วนสำคัญยิ่งต่อท่าทีการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฐานคิดที่สำคัญยิ่งยวดนั้นคือ “การกำหนดฐานคิดไว้ที่จุดหมายปลายทาง(Destination)การทำงานชุมชนไว้ที่ใด” และจุดหมายปลายทางนี้จะเป็นตัวกำหนดวิธีการทำงานของเรา

การกำหนดฐานคิดไว้ที่จุดหมายปลายทางการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ณ ปัจจุบันนี้ พบได้ 2 ฐานคิด คือ

1.1 ฐานคิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ “ชุมชนรับใช้ชุมชนเอง”

1.2 ฐานคิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ “ชุมชนรับใช้เจ้าหน้าที่รัฐ”

หากจะถามว่า “ท่าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) กำหนดและใช้ฐานคิดไหนในสองฐานคิดข้างต้นในการทำงานชุมชน” มีจำนวนมากกว่าครึ่งที่ตอบว่า “เพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนเองและรับใช้รัฐพร้อมๆ กันไปด้วย”(ตอบเป็นกลางๆเข้าไปเพื่อความอยู่รอด) แต่ทั้งสองฐานคิดนี้มันมีความชัดเจนในตัวของมันเอง และเรา (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)ก็ควรที่จะมี “ความชัดเจนให้กับตัวเอง” ด้วยเช่นกัน

2. จุดอ่อนเรื่องฐานคิด และวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่

จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่

พบจุดอ่อนการทำงานของ

เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ / รพ.สต. ที่ส่งผลให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย “ความสุขของชุมชน” ได้ คือ

2.1 ฐานคิดหรือวิธีคิดของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีวิธีคิดแบบแยกส่วน ขาดการมองอย่างเชื่อมโยง “ทำงานเป็นเรื่องๆ” อีกทั้งยังขาดมุมมองด้านสังคมและวัฒนธรรมชุมชน ซึ่งเป็นฐานสำคัญในการทำงาน พัฒนาสุขภาพและด้านอื่น เมื่อคิดแบบแยกส่วน ทำงานเป็นเรื่องๆ จึงไม่สามารถบูรณาการงานต่างๆเข้าด้วยกันได้

2.2 กลไกและการจัดการ

กลไกการจัดการโดยเฉพาะในงานพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนนั้น มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกหลักในระดับหมู่บ้าน แต่กลไกนี้จะทำงานได้ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ที่เป็นสหวิชาชีพลงไปทำงานร่วมกับ อสม./ชุมชน และไม่เฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น จะต้องมีกลไกและการจัดการที่หนุนเสริมจากทุกภาคส่วนด้วย(รัฐและท้องถิ่น) ซึ่งการสร้างกลไกและการจัดการระดับนี้ยังไม่ดีเท่าที่ควร

2.3 บทบาทของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ยังเป็นผู้ตัดสินใจ เป็นผู้กำหนด เป็นผู้มอบหมายงาน ให้แกนนำชุมชน/อสม.เป็นผู้ทำ โดยล้มหลักการการทำงานชุมชนซึ่งเจ้าหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน และเอื้ออำนวย(Facilitator) ให้ประชาชนมีบทบาทแสดงศักยภาพและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

2.4 วิธีทำงานของเจ้าหน้าที่

วิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานมุ่งแต่ผลลัพธ์ของงานในเชิงปริมาณ มากกว่ากระบวนการเรียนรู้ของแกนนำชุมชนและประชาชน ทำให้งานขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน อีกทั้งกิจกรรม ตัวชี้วัดและมาตรฐานงานได้กำหนดมาจากส่วนกลาง ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องกังวลกับการหาคำตอบให้ส่วนกลางมากกว่าที่จะสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่

3. ฐานคิดการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเป็นอย่างไร

แท้จริงแล้วไม่ว่าใครก็ตามที่ลงไปทำงานชุมชนควรที่จะมีฐานคิด **“ทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนเอง”** “ให้ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการได้ด้วยตัวเอง” ให้เกิดบทเรียนร่วมกันภายใน ที่จะเป็ณภูมิคุ้มกันให้กับชุมชน หากกำหนดฐานคิดได้เช่นนี้แล้ว งานทุกอย่างที่นโยบายกำหนดมา เมื่อนำมาสู่การปฏิบัติที่การทำงานของเจ้าหน้าที่ จะเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคย “บอก แจ้ง ให้ทราบ สั่งให้ทำ” มาเป็น “ผู้จุดประกาย ตั้งคำถามตั้งโจทย์ โยนประเด็น กระตุ้น ปลุกเร้าให้ชุมชนช่วยกันตอบโจทย์ ช่วยกันคิดเอง ทำเอง ยึดหลักการผสมผสานสิ่งที่ดีๆ นำนโยบายของ รัฐมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เป็นจุดแข็งในการดำเนินงาน และเอื้อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานของชุมชน” “พยายามทำให้ชาวบ้านลุกขึ้นมาทบทวนตัวเอง เข้าใจตัวเอง และจัดการตัวเองให้ได้”

แล้วชุมชนจะคิดเอง ทำเองได้หรือไม่ นี่ก็เป็นอีกคำถามหนึ่งที่จะกำหนดฐานคิดการทำงานของเรา หากเราเชื่อว่าชุมชนทำไม่ได้ เจ้าหน้าที่ก็ต้องทำให้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเจ้าหน้าที่เองก็ต้องตอบโจทย์ (นโยบาย) ที่ได้กำหนดมา มันก็จะกลับมาที่ฐานคิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้เจ้าหน้าที่รัฐ หากแต่เรามีฐานคิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนเอง เราย่อมเชื่อโดยไม่มีข้อกังขาใดๆ ว่าชุมชน **“คิดเอง ทำเองได้”**

หากเขาได้รับโอกาส เจ้าหน้าที่จึงควรที่จะสร้างโอกาสให้ชุมชนได้แสดงออก และดึงศักยภาพให้ชุมชนได้มีบทบาทการพัฒนาอยู่เสมอ

แน่นอนว่าฐานคิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนนี้ผลลัพธ์สุดท้ายที่ชุมชนได้รับคือ “ความสุข” และเป็นความสุขในนิยามของชุมชนเอง เป็นความสุขที่แท้จริง เป็นความสุขที่ชุมชนจับต้องได้ ไม่ใช่ความสุขที่คิด คาดเตา แล้วกำหนดมาเป็นตัวชี้วัดจากคนข้างนอก

การทำงานสร้างความสุขร่วมกันของชุมชนนั้นเราต้องยอมรับอย่างหนึ่งว่า “เราไม่สามารถทำคนเดียวได้” แต่เราต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ส่วนราชการอื่น องค์กรอื่นร่วมด้วย เราต้องคิดถึงงานด้านอื่นๆ ไม่ทำงานของเรา(ด้านสุขภาพ)อย่างเดียว แต่ทำงานเชื่อมโยงกับงานด้านอื่นๆในตำบลและทำงานไปพร้อมๆกัน “ที่จริงแล้วเราก็ไม่รู้จะไปหมดทุกเรื่อง”

4. จะเปลี่ยนฐานคิดการทำงานชุมชนเองได้อย่างไร

การเปลี่ยนฐานคิดเป็นเรื่องใหญ่ และไม่สามารถทำกันได้ง่ายๆ เพราะการเปลี่ยนฐานคิดคือการเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเอง แต่ถึงกระนั้นเรื่องความคิดมันเป็น “เรื่องของตัวเองโดยแท้” หากเรามีความตั้งใจจริง เราจะสามารถทำได้”

มีช่องทางที่จะช่วยให้เราเปลี่ยนฐานคิดการทำงานชุมชนไปจากที่เคยเป็นอยู่ ฐานคิดใหม่ให้เกิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนเอง ที่น่าสนใจ คือ

- เราควรได้คิด ทบทวน ถามและตอบคำถามตัวเอง อยู่เสมอว่า “สิ่งที่เราทำมา ทั้งหมดนั้นเพื่อใคร เพื่ออะไร” หรือทำงานตามภารกิจที่หน่วยงานมอบหมายแต่เพียงอย่างเดียว
- เราควรได้คิด ทบทวน ถามและตอบคำถามตัวเอง อยู่เสมอว่า “การพัฒนาที่ผ่านมาช่วยสร้างให้ชุมชนมีความสุขขึ้นจริงหรือไม่”
- เราควรได้คิด ทบทวน ถามและตอบคำถามตัวเอง อยู่เสมอว่า “กระบวนการเรียนรู้ที่ผ่านมา นั้น สามารถสร้างการเรียนรู้ให้แก่ คน ชุมชน และสังคม ให้มีพลังเพียงพอต่อการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ได้หรือไม่”
- เราควรได้คิด ทบทวน ถามและตอบคำถามตัวเอง อยู่เสมอว่า “เราเห็นแก่ตัว”ไปหรือไม่ที่ต้องการและคาดหวังว่าแกนนำชุมชนจะมาทำงานให้เรา ในขณะที่ “เขาก็ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพตามวิถีของเขา”
- คือการที่เราได้ค้นพบว่า “การพัฒนาที่ผ่านมามักเป็นการสั่งการ(ทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว) การสั่งการหรือขอความร่วมมือผ่านทางผู้นำชุมชน(ที่มีตำแหน่งในชุมชน) ให้ทำตาม เพื่อให้เกิดผลงานตามที่รัฐต้องการ ซึ่งสุดท้าย สิ่งต่างๆเหล่านี้จะวกกลับมาทำลายฐานเดิมของชุมชนที่ละเล็กละน้อยอย่างไม่รู้ตัว ความเป็นชุมชนก็จะล่มสลายไปในที่สุด”
- คือการที่เราได้ค้นพบว่า “การทำงานที่ยึดแนวนโยบายของรัฐ ด้วยระบบการทำงานที่มีการสั่งการ มีตัวชี้วัด ด้วยข้อจำกัดทางนโยบาย ที่เร่งรัดผลงานเชิงปริมาณตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ทำงานเดิมๆซ้ำๆกันทุกปี เหมือนไม่มีวันจบสิ้นยิ่งทำงาน(ตามนโยบาย) งานยิ่งมากขึ้นตลอดเวลา แม้ผู้ปฏิบัติจะมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการทำงานก็ตาม ชีวิตการทำงานไม่มีความสุข ถึงทางตัน รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย”
- คือการที่เราพบบทเรียนว่า “การทำงานตามนโยบาย หรือการสั่งการจากคนนอกชุมชนแต่เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ชุมชนจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง และประชาชนได้ประโยชน์น้อย”

- คือการที่เราได้พบว่า ชุมชนมีความแตกต่าง หลากหลาย แต่ละชุมชนมีฐานต่างกัน มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ มีความหลากหลายทางทรัพยากร มีความแตกต่างหลายทางวัฒนธรรม ภูมิปัญญา ความเชื่อ ประเพณี อีกทั้งแต่ละชุมชนยังมีความเคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลง อย่างไม่หยุดนิ่ง(Dynamic) การนำแผนนโยบายที่กำหนดจากส่วนกลางลงสู่การปฏิบัติ ในแต่ละที่แต่ละแห่งย่อมไม่เหมือนกัน และในบางครั้งนโยบาย “ปูพรม” ทำเหมือนกันในทุกพื้นที่ก็ไม่ได้ผล เราจึงจำเป็นต้องหาแนวทางการทำงาน หาทิศทาง และหาเป้าหมายการทำงานใหม่ด้วยตัวของเราเอง”
- คือการที่เราได้ค้นพบว่า “การทำงานชุมชนไม่ได้มุ่งเอาเงินเป็นตัวตั้ง แต่เน้นที่กระบวนการ การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การสร้างการเรียนรู้ในชุมชน ให้ชุมชนเติบโตทางปัญญา พึ่งพาตนเองได้”
- คือการค้นพบตัวเองว่า “เราไม่ได้รู้ ไม่ได้เก่งไปทุกอย่าง เราไม่ใช่เทพอวดารเนรมิต เสกสรร บินแต่งชุมชน แต่เราเป็นเพียงเครื่องมือของชุมชน ที่เข้าไปช่วยให้ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการชุมชนของเขา ภายใต้บริบทของเขาเอง” “ชุมชนเป็นครู และเป็นแหล่งเรียนรู้ของเรา”
- คือการได้ค้นพบว่า “ชุมชนมีสิ่งที่ดีๆ ของดี ๆ และความคิดที่ดี ๆ อยู่มาก แต่ยังขาดการจุดประกาย” “ชุมชนไม่ได้มีแต่ปัญหาหรือส่วนขาดที่ต้องการแก้ไข แต่ทุกชุมชนมีของดี มีศักยภาพของชุมชนเอง”

หลักการทำงานกับชุมชน

การทำงานชุมชนมีหลักการสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. การให้ชุมชนเป็นเจ้าของเรื่อง

การทำงานที่ผ่านมาส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ยึดติดว่างานนั้นเป็น “ภาระของตน ต้องลงไปทำเอง” จึงเกิดการกดดันตนเอง รับเป็นภาระเองทั้งหมด “งานเยอะ เวลาไม่พอ คนน้อย” ควรเปลี่ยนใหม่เป็นให้ชาวบ้านเป็นเจ้าของเรื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ตั้งโจทย์ให้กลุ่มแกนนำ/ชุมชนตอบ หรือแม้แต่เรื่องตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง ก็ต้องตั้งให้เป็นโจทย์ร่วมของชุมชน ให้ชุมชนช่วยกันตอบเอง คือเราให้ชาวบ้านเป็นเจ้าของ เป็นแกนหลัก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแค่คนเข้ามาประสาน กระตุ้นให้เกิดการทำงานและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน หรือไม่ว่าจะเป็นนโยบายหรือเกณฑ์ ตัวชี้วัดต่าง ๆ นั้น จะเป็นเพียงเครื่องมือศึกษาเจ้าหน้าที่เองก็ไม่ใช่ว่าเป็นผู้มีอิทธิพลในการตัดสินใจ แต่จะยกให้เป็นโจทย์ร่วมกันกับชุมชน โดยเข้าสู่เวทีการพูดคุย ซึ่งสุดท้ายนโยบายหรือเกณฑ์ ตัวชี้วัดที่เข้าสู่ชุมชนจะต้องรับใช้และตอบสนองต่อชุมชน ดังนั้น เครื่องมือจากข้างนอก ซึ่งมีมากและหลากหลาย “เราต้องเอามาศึกษาพร้อมกับชุมชน ว่า สิ่งใดบ้างจะเหมาะกับเรา ไปด้วยกันได้ ถ้ามันไม่เหมาะสมจะทำยังไง ก็ให้ชุมชนช่วยกันหาทางออก” หากทำได้ “เราจะไม่วิตกกังวลในเรื่องนโยบาย แม้ว่าจะมีข้อเสียต่อกันวันละ 5 ราย เพราะมันเป็นโจทย์ร่วมของชุมชน ไม่ใช่โจทย์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่เป็นเรื่องของชุมชนที่จะต้องจัดการกันเอง” เจ้าหน้าที่ต้องคิดอยู่เสมอว่าเราเป็น “คนนอก” เท่านั้นจะไป “คิดแทน ทำแทนชุมชนไม่ได้” แต่เรามีหน้าที่คอยประสานสนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการ กระตุ้นปลุกเร้าอำนวยความสะดวก(Facilitator)และจัดกระบวนการให้เขาได้เรียนรู้เรื่องชุมชนของเขาเอง

2. ไม่ครอบงำความคิดชาวบ้าน

การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้อง “ไม่เอากรอบของเราไปครอบงำความคิดของชาวบ้าน” เพราะกรอบคิดของเจ้าหน้าที่ที่จะมองปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่ของชุมชนเป็นแบบเหตุและผล(ตรรก) มองในเชิงวิชาการ แต่กรอบความคิดของชาวบ้านได้ข้ามพ้นขอบเขตแห่งตรรกะนี้ไปแล้ว โดยเฉพาะผู้เฒ่าผู้แก่ ปราชญ์ชาวบ้าน ที่ยังมีกรอบความคิดที่ผูกโยงถึงสิ่งเหนือธรรมชาติ ความเชื่อ ความศักดิ์สิทธิ์ ที่หล่อเลี้ยงและสร้างความอยู่เย็นเป็นสุขให้กับชุมชนมาตั้งแต่อดีต เราควรใช้ความรู้เชิงวิชาการสมัยใหม่ผสมผสานกับความรู้ ภูมิปัญญา ความเชื่อ และวัฒนธรรม ในพื้นที่นั้นๆ อันจะนำไปสู่การทำงานที่สอดคล้องและเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

3. การสร้างและเปิดโอกาสให้ชุมชน

การให้โอกาสให้ชุมชนได้แสดงออกซึ่งศักยภาพของตนเอง ได้คิด ได้ทำ และได้เรียนรู้ สิ่งที่ตนเองทำ ได้ทบทวน ชุมชนจะมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น ว่า “เขาก็สามารถทำได้” และชุมชนควรมีการพูดคุย ทบทวนกาลเวลาของตนเอง(อดีต ปัจจุบัน และการมองอนาคต) อยู่เสมอว่า อะไรเป็นทุกข์ อะไรเป็นสุขของชาวบ้าน และเจ้าหน้าที่ควรทำงานผ่านกลไกต่างๆ ของชุมชน เช่น ผ่านผู้นำกลุ่มต่างๆ ผ่านผู้นำทางความคิด ผ่านแกนนำคุ้ม ผ่านแกนนำเขต และผ่านแกนนำการพัฒนาในเชิงประเด็น เช่น แกนนำป้าชุมชน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มฝึกปลอดสารพิษ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มจักสาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มออมทรัพย์ เป็นต้น

4. การประสานงาน

เนื่องจากงานพัฒนาสุขภาพเป็นงานที่มีเนื้อหา เจือปน ไขว้ องค์กรประกอบ และผู้เกี่ยวข้อง มากทั้งที่เป็นองค์กรชุมชน หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องเป็นนักประสานงานที่ดี และสามารถระดมทุน(ทั้งทุนที่เป็นทุนทางสังคม ทุนสถาบัน ทุนวัฒนธรรม และทุนที่เป็นตัวเงิน) ให้เข้ามาสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาชุมชนอย่างบูรณาการ

5. ความต่อเนื่อง

การทำงานชุมชนเป็นการทำงานที่อยู่เหนือกรอบเวลางบประมาณ แม้งบประมาณที่ได้รับมาจะหมดหรือสิ้นสุดระยะเวลาแล้วก็ตาม กระบวนการทำงานชุมชนจะต้องไม่หยุดตามไปด้วย หากแต่การทำงานของเจ้าหน้าที่กับแกนนำชุมชนจะต้องไปด้วยกัน เหมือนมีชีวิตเคลื่อนไหวร่วมกันไปเรื่อยๆ แม้งานจะยังไม่สำเร็จ เงินจะหมด เวลาหมดแล้วก็ตาม”

กระบวนการทำงานชุมชน

กระบวนการทำงานชุมชนมีหลากหลายวิธี ซึ่งไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับแต่ดำเนินการตามความเหมาะสมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตามสถานการณ์ของชุมชน ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อม การวางตัวและการกำหนดท่าที

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเตรียมความพร้อม และวางท่าทีของตัวให้พร้อม “พร้อมที่จะเรียนรู้กับชาวบ้าน” ดังนี้

- มีทัศนคติในเชิงบวก(Positive Thinking)
- ต้องมีความรู้สึกเป็นเพื่อน(ถ้ามีอายุเท่ากัน) เป็นลูกหลาน(ถ้าอายุมากกว่า) เป็นน้อง (ถ้าอายุมากกว่า) และเป็นญาติ

- เคารพและให้เกียรติ ยึดหยุ่น ยกย่องชาวบ้านอย่าทำตัวใหญ่ (ในเชิงวิชาการ รู้ดีไปหมด รู้ดีกว่าชาวบ้าน ช่มและครอบงำชาวบ้าน “ฉัน คือความถูกต้อง”) แต่ใจแคบ(ปิดกั้นความรู้ใหม่ ไม่รับฟังความคิดของผู้อื่น เอาแต่งานของตัวเอง)
- ต้องทำตัวให้เล็ก (อ่อนน้อมถ่อมตน เปิดรับความรู้ใหม่ ใฝ่รู้ มองผู้อื่นอย่างเชื่อมั่นว่า “เขาก็มีดีอยู่”) แต่ใจกว้าง(ยอมรับว่าตัวเองก็ไม่รู้ไปหมดทุกเรื่อง ยอมรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง เปิดโอกาสให้กับตัวเองและผู้อื่นเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน งานเรา งานเขา สุดท้ายคืองานเดียวกัน) คุยกันในระนาบเดียวกัน “เป็นผู้ฟังที่ดี และฟังให้มากๆ”
- ภาษาที่ใช้ต้องเป็น “ภาษาชาวบ้าน” ไม่ใช่ “ภาษาวิชาการ”
- ต้องมีความตื่นตัว กลับมามองตัวเอง ทบทวน พิจารณาการทำงานของตัวเองอยู่เสมอ

2. การเข้าไปเรียนรู้กับชุมชน “เข้าไปถึงชุมชน”

การเข้าถึงชุมชนควรเริ่มจากกลุ่มคนเล็กๆ ที่มีความคิด ความเห็น และความตั้งใจที่ต้องการเห็นคนในชุมชนอยู่เย็นเป็นสุข หรือที่เรียกว่า “เป็นคนมีอุดมการณ์เดียวกัน” เป็นใครก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำ เท่านั้น แต่เป็นใครก็ได้ที่สนใจมานั่งคุยกันเรื่องชุมชนของเขา การพูดคุยกลุ่มแกนนำชุมชน ผู้ที่ชาวบ้านยอมรับ ศรัทธา จะเป็นตัวนำพาไปสู่ช่องทางการเข้าถึงกลุ่มคนอื่นๆ และเข้าถึงชุมชนที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

3. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน ให้ชุมชนได้ “เรียนรู้และเข้าใจตนเอง”

การสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ชุมชนได้เรียนรู้ตนเอง ว่า “ชุมชนของเขา เป็นอยู่อย่างไร” ให้ชุมชนรู้สถานการณ์ ตามกาลของตนเอง (อดีต ปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต) อาจจัดในรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น การจัดเวทีประชาคม การฝึกอบรม การฝึกปฏิบัติจริง การศึกษาดูงาน การจัดเวทีวิชาการชาวบ้าน การจัดเวทีนำเสนอผลงานชาวบ้าน ฯลฯ ทั้งนี้เราต้องพร้อมที่จะเรียนรู้กับชุมชนด้วย “ไม่ใช่ไปทำให้ หรือสั่งให้ทำ และ ต้องใช้เสียงส่วนใหญ่ของชาวบ้านเป็นใหญ่ “ให้ชาวบ้านตัดสินใจเอง”

4. การเสริมสร้างความมั่นใจให้ชุมชน

การเสริมสร้างความมั่นใจให้ชุมชน โดยการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผ่านการพูดคุย แลกเปลี่ยน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (แต่ที่ไม่เป็นทางการจะได้ผลดีกว่า) เพื่อนำไปสู่ความมั่นใจในการทำงานของชุมชน เช่น การสร้างโอกาสให้ได้เรียนรู้ผ่านกิจกรรม เสริมสร้างทักษะ การเป็นวิทยากรชุมชน การได้สรุปบทเรียนการ เรียนรู้จากงานที่ได้ทำไปแล้วอย่างสม่ำเสมอ จนเกิดความมั่นใจ และมีบทเรียนการทำงานที่ดีขึ้น กระบวนการเสริมสร้างความมั่นใจนี้ยังสามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีทำงานของแกนนำชุมชน และประชาชนในชุมชนได้ด้วย

5. การประเมิน ทบทวนผลการดำเนินงาน

การประเมิน ทบทวนเพื่อรับรู้ผลการดำเนินงาน ด้วยกระบวนการของชุมชนอยู่เสมอ อาจเป็นการตั้งโจทย์ร่วมเพื่อนำไปสู่กระบวนการคิด วิเคราะห์ ลงมือทำและสรุปบทเรียน เป็น วงจรต่อเนื่องซ้ำแล้วซ้ำเล่า จนเป็นวิถีปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน การ

ทบทวนตัวเองเป็นระยะ ๆ จะทำให้ “ชุมชนได้ทบทวนตัวเอง ได้พูดคุยกัน และเรียนรู้ร่วมกันว่า ที่ผ่านมาชุมชนเป็นอย่างไร เราต้องการอะไร อยากทำอะไร สิ่งที่ยากบอกภายนอกคืออะไร ตัวตนที่แท้จริงคืออะไร”

6. การขยายเครือข่ายทั้งภายในชุมชนและนอกชุมชน

การขยายเครือข่ายสู่องค์กรกลุ่มอื่นทั้งภายในและภายนอกชุมชน โดยการใช้การประชุม จัดเวทีแลกเปลี่ยน หรือการทำกิจกรรมร่วมกัน ใช้จังหวะการทำงานในชุมชนเป็นตัวส่งผ่านให้เกิดการขยายแนวคิดจากคนกลุ่มเล็กๆ สู่กลุ่มใหญ่ จากหนึ่งหมู่บ้านไปสู่หลายๆหมู่บ้าน จากเป็นเรื่องเฉพาะของคนบางกลุ่มเป็นเรื่องของสาธารณะ

เอกสารอ้างอิง

สังเคราะห์บทเรียนการทำงานชุมชน สังเคราะห์และเรียบเรียงโดยอุทิศ จิตเงิน, กมลารักษ์ คงสุขวิวัฒน์, วนิดา วีระกุล พิมพ์ครั้งที่ 1 : กุมภาพันธ์ 2550 , จัดพิมพ์และเผยแพร่ โดยสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช)



ความเป็นชุมชนกับการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง

เชิงวิทย์ นิลโคตร และกานต์ จันทวงษ์

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

unna

คำว่า “ชุมชน” และ “ชุมชนเข้มแข็ง” ก่อนนั้นยังไม่ถูกกล่าวถึงมากนัก หากแต่จะมีก็แต่คำว่า “สังคมสมานฉันท์” และ “สังคมบูรณาการ” อันเนื่องมาจากแนวคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยา หรือไม่ก็เป็นที่รับรู้กันแต่เพียงคำว่า ถิ่นฐาน บ้าน ย่าน บาง หรือ “หมู่บ้าน” ซึ่งมีความหมายลักษณะคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 คำว่า “ชุมชน” ได้ปรากฏ เป็นที่รับรู้ของสังคมไทยพร้อมๆ แนวคิด “การพัฒนา” (Development) ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทันสมัยนิยม (Modernization) และแนวคิดเกี่ยวกับการทำให้ “เจริญ” (Growth) หรือ “พัฒนา” (Development) ซึ่งได้เป็นที่รับรู้แพร่หลายในช่วง 4 ทศวรรษที่ผ่านมา (อมรวิทย์ นาคทรรพ และคณะ, 2551 : 20-21) และโดยทั่วไปแล้ว เมื่อกล่าวถึงคำว่าชุมชนมักจะมี ความเข้าใจมองเห็นเป็นภาพของความเป็นชนบทของประเทศซึ่งจะมีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งบางครั้งก็มักจะเปรียบเทียบกับความเป็นชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท แต่อีกด้านหนึ่งนั้น กระแสของโลกาภิวัตน์ (Globalization) และกระแสของการนำพาประเทศสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ (Knowledge Society) ได้ให้ความหมายที่แตกต่างออกไปจากเดิมโดยมองความเป็นชุมชน โดยนัยที่มีความหมาย เกี่ยวพันกับอาณาเขต พื้นที่ และชุมชนที่ไม่ยึดติดกับพื้นที่แต่ได้มองความเป็นกลุ่มชุมชน หรือองค์กรชุมชน (Localization) เป็นหลัก (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543 : 27)

ในเบื้องต้นของการทำความเข้าใจถึงแนวคิดและทัศนะต่างๆ นี่จะเป็นการเสริมแรง ประกอบกับเตรียมพร้อมเพื่อรับโจทย์หรือกิจกรรมใหม่ๆ ของการพัฒนาเสริมศักยภาพที่จะนำเอาชุมชนเป็นตัวตั้ง (Community-Based Approach) จะทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถประเมินถึงศักยภาพของชุมชน อันจะเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาได้พิจารณาเป้าหมาย ที่มาของเป้าหมาย ระดับความช่วยเหลือ และนำไปสู่การปรับโจทย์การพัฒนาสู่การบูรณาการกิจกรรมการเรียนรู้ (Learning Process) ให้สอดคล้องความต้องการอันแท้จริง ของชุมชนซึ่งมีความหลากหลายตามบริบทของพื้นที่แตกต่างกันไป

ความหมาย และแนวคิด

คำว่า “ชุมชน” ได้มีผู้ให้คำนิยามไว้มากมายแตกต่างกันไปตามทัศนะของผู้เขียนแต่ละท่านว่ามีพื้นฐานการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นกลายเป็นแนวโน้มสำคัญให้ทัศนะของผู้นิยามไปในทิศทางใด ในที่นี้จะนำมากล่าวเฉพาะที่เห็นว่าเข้าใจง่ายในหลักการพิจารณา ดังนี้

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543 : 35) กล่าวไว้ว่า Community มีความหมายในภาษาไทยว่า “ชุมชน” ซึ่งบางครั้งช่วยให้เข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับ “การรวมตัวของคน” เท่านั้น ถ้าพิจารณาในภาษาอังกฤษคำว่า “com” นั้นมีความหมายที่ลึกซึ้งซึ่งหมายถึง together คือ การ (เดินทาง) ร่วมกัน และจะเห็นว่าคำที่เกี่ยวข้องใกล้เคียงอีกหลายคำ เช่น Communal = ของชุมชน, เพื่อชุมชน Common = ร่วมเป็นสมาชิกอยู่ด้วย Commune = ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด และจากคำในภาษาอังกฤษดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความหมายของชุมชน

นั้นไม่จำกัดแน่นอน ตายตัว อาจพิจารณาได้หลายแง่มุม อาทิ ปรัชญา กายภาพ สังคมวิทยา จิตวิทยา ในบางครั้งความหมายของชุมชนไม่ได้จำกัดอยู่กับความหมายที่ให้ความสำคัญกับอาณาบริเวณทางภูมิศาสตร์ หรือ บริเวณเล็กๆ ที่เรานึกถึงของหมู่บ้านเท่านั้น แต่บางครั้ง ความหมายของชุมชนอาจจะมีทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

ชยันต์ วรรณะภูติ (2536 : 44) กล่าวว่า ชุมชน หมายถึงการอยู่ร่วมกันของคนกลุ่ม คนจำนวนหนึ่ง ในพื้นที่แห่งหนึ่งเพื่ออาศัยทรัพยากรธรรมชาติในบริเวณนั้นในการดำรงชีวิต โดยเหตุที่มีคนกลุ่มดังกล่าวอาศัยอยู่ร่วมกันใช้ทรัพยากรเพื่อการผลิต จึงมีการกำหนดรูปแบบ ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีองค์กรหรือสถาบันของชุมชนและกฎเกณฑ์ต่างๆ

ประเวศ วะสี (2540 : 33) มองว่า ชุมชน หมายถึง การที่คนจำนวนหนึ่ง เท่าใดก็ได้ มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารหรือรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ ร่วมกันในการกระทำ มีการจัดการเพื่อให้เกิดความสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ร่วมกัน

อนุชาติ พวงสำลี (2542 : 294) กล่าวว่า ความเป็นชุมชนที่แท้ (True community) เป็น ลักษณะของการที่ผู้คนหันหน้าเข้าหากันเพื่อเผชิญกับปัญหา หรือแรงกดดันจากสังคมภายนอก หรือจากความตั้งใจในความ ปราบปรามร่วมกันของคนในสังคม (Community by Design) ว่า ต้องการให้ชุมชนของตนเป็นเช่นไร โดยความเป็นชุมชนที่แท้จริงนั้นย่อมดำเนินไปบน พื้นฐานของความรัก ความเอื้ออาทร กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง รู้จักใจกว้าง ยอมรับความแตกต่าง และความหลากหลาย ซึ่งเป็นคุณค่าหลักของระบบประชาธิปไตย และความเป็นพลเมือง ความเป็นชุมชนดังกล่าวแตกต่างจากการสร้างภาพลวงให้หลอนึกกว่า เป็นชุมชนที่เข้มแข็ง (Pseudo community) เหมือนเช่นกิจกรรมพัฒนาในหลากหลายกิจกรรมที่ สร้างขึ้น มีผู้เข้าร่วมมากมาย แต่กลับพบว่า กิจกรรมดังกล่าวเป็นเพียงเรื่องของการ “เฮโลสาระพา” โดยไม่สามารถสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจและยกระดับสำนักของการพัฒนา ขึ้นมาได้

ยศ สันติสมบัติ (2539: 120) กล่าวว่า ชุมชน มิได้หมายถึงหมู่บ้านที่มีอาณาเขต พื้นที่แน่นอนตายตัวอีกต่อไป หากแต่หมายถึงหน่วยทางสังคมที่สมาชิกมีการติดต่อ สื่อสาร เสริมสร้างและสืบสานสายสัมพันธ์ทางสังคมที่ทั้งความเคลื่อนไหวปรับตัว ความขัดแย้งและการผสมผสาน กลมกลืน ความสืบเนื่องและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ ชุมชนที่มีได้ เป็นหน่วยทางสังคมที่เป็นอิสระ หรืออยู่โดดเดี่ยวแยกตัวออกจากหน่วยทางสังคม อื่นๆ ในทางตรงกันข้าม ชุมชนในรูปแบบใหม่ๆ ดำรงอยู่ในความสัมพันธ์กับชุมชน อื่นๆ และในทางตรงกันข้าม ชุมชนรูปแบบใหม่เริ่มมีขอบเขตครอบคลุมเครือข่ายที่กว้างขวาง เชื่อมโยงพื้นที่ในชนบทกับเมือง ปรับตัวและเปลี่ยนแปลงขัดแย้ง และเกิดใหม่อย่างรวดเร็ว

ลักษณะ: ๖๖ และความเป็นชุมชน

ตามคำนิยามและความหมายจะเห็นได้ว่า คำว่า “ชุมชน” มีความหมายที่หลากหลาย และถ้ามองโดยรวมแล้วจะเห็นว่ามียุทธหรือความหมายที่ใกล้เคียงกัน ส่วนการกำหนด คุณลักษณะ และความเป็นชุมชนนั้นก็มีความแตกต่างกันไป ดังนี้

จิตยา สุวรรณะขุ (2527 : 27-28) กล่าวว่าโดยทั่วไปแล้วชุมชนจะต้องมีลักษณะ สำคัญ ดังนี้

1. ชุมชนในฐานะเป็นอาณาบริเวณ เป็นการให้ความหมายของชุมชนที่มีเฉพาะ เป็นบริเวณที่เป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของกลุ่มคนเท่านั้น แต่จะต้องพิจารณาในแง่ของสภาพ การใช้บริเวณทั้งในด้านที่อยู่อาศัยและการทำมาหากิน ซึ่งอาจจะเป็นผลในการแข่งขันในอันที่

จะได้บริเวณเนื้อที่อีกด้วย นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาอาณาบริเวณในฐานะเป็นเขตของชุมชนด้วย ซึ่งจะทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับชุมชนอื่นและการเปลี่ยนแปลงของชุมชนนั้นด้วย ฉะนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องพิจารณาในประเด็นย่อยในแต่ละมิติ เช่น มิติที่อยู่อาศัย มิติของการใช้พื้นที่ มิติของการเป็นอาณาบริเวณของชุมชน เป็นต้น

2. ชุมชนในฐานะที่เป็นแหล่งรวมของประชากร เป็นการพิจารณาชุมชนในฐานะของอาณาบริเวณนั้น จุดหลักอยู่ที่พื้นที่ แต่ในการพิจารณาชุมชนในฐานะที่เป็นแหล่งรวมของประชากร ก็จะเน้นที่ลักษณะของประชากรที่อยู่ในบริเวณของชุมชน ลักษณะของประชากรนั้นพึงพิจารณาส่วนที่สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงของประชากรในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โครงสร้างของประชากร สัดส่วนของเพศชายและหญิงในชุมชน สัดส่วนของอาชีพและการศึกษา งานสุขลักษณะที่รวมถึงระบบโภชนาการ การเจ็บป่วย และการบริการสาธารณสุข เป็นต้น

3. ชุมชนในฐานะที่เป็นระบบความสัมพันธ์ของสมาชิกที่อยู่ในชุมชน และความสัมพันธ์กับชุมชนอื่น ในความหมายนี้จะต้องประกอบด้วยความรู้สึที่บุคคลในชุมชนนั้นเป็นของตน สภาพเช่นนี้จะเป็ผลสืบเนื่องจากระบบความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในชุมชนนั้นๆ ระบบความสัมพันธ์ ของชุมชนจะประกอบด้วยระบบความสัมพันธ์ย่อยๆ เช่น ระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว เครือญาติ มิตรสหาย ระบบความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ ระบบความสัมพันธ์ของวัฒนธรรม ท้องถิ่น และระบบความสัมพันธ์ของการเป็นผู้นำ เป็นต้น ระบบความสัมพันธ์ย่อยๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความผูกพันต่อชุมชน ความเข้าใจในระบบความสัมพันธ์จะพิจารณาได้จากกลุ่มชนต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน ตลอดจนความเกี่ยวพัน ภายในและความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่เกิดขึ้น เช่น กลุ่มพ่อค้าผู้ซื้อกับกลุ่มชาวนาผู้ขาย กลุ่มครูกับนักเรียนและผู้ปกครอง พระกับชาวบ้าน เป็นต้น

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2546:39-60) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนโดยแบ่งคุณลักษณะความเป็นชุมชนตามแนวคิดทั้ง 4 แนวคิด ประกอบด้วย

1. ชุมชนทางสังคมวิทยา (Sociological Perspective) ตามแนวคิดนี้ ให้ความสำคัญกับลักษณะของชุมชนในมุมมอง 3 ด้าน ด้านแรก มองชุมชนในฐานะเป็นหน่วยทางสังคมและทางกายภาพภูมิศาสตร์ (Community as a territorial unit) เช่น ละแวก บ้าน หมู่บ้าน เมืองมหานคร ด้านที่สอง การมองชุมชนในฐานะหน่วยทางสังคม (Community as a social system unit) เป็นการมองชุมชนในลักษณะการเป็นเครือข่าย (Network of interaction) ประกอบไปด้วยสถานภาพ บทบาท กลุ่มคน และสถาบัน ชุมชนจึงมีความสัมพันธ์กัน ลักษณะลูกโซ่ที่ระบบย่อยระบบหนึ่งจะได้รับปัจจัยนำเข้าไปที่ต้องการจากระบบย่อยอื่นๆ ด้านที่สาม ชุมชนในฐานะหน่วยทางจิตวิทยาวัฒนธรรม (Community as a psycho culture unit) ซึ่งลักษณะร่วมสำคัญประกอบด้วย

- 1.1 กลุ่มคนที่มาอยู่รวมกันในพื้นที่ หรือบริเวณหนึ่ง (Geo-geographic area-territorial)
- 1.2 สมาชิกในชุมชนจะต้องมีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction-Sociological)
- 1.3 สมาชิกมีความสัมพันธ์ต่อกันทางสังคม (Social Relationship)
- 1.4 มีความผูกพันทางด้านจิตใจต่อระบบนิเวศ (Psycho-Ecological Relationship)
- 1.5 มีกิจกรรมส่วนรวมเพื่อใช้ประโยชน์ (Central activities for utilization)

2. ชุมชนทางมนุษยนิยม (Humanistic Perspective) ตามแนวคิดนี้มองความเป็น

ชุมชนในลักษณะของการก่อเกิดมิตรภาพ ความเอื้ออาทร ความมั่นคง และความผูกพัน (sense of community) เชื่อว่าการมีชุมชนที่มีขนาดเล็กแต่มีโครงสร้างที่แน่นเหนียวนี้จะช่วยให้ฟื้นฟูสภาพความสัมพันธ์ทางสังคมให้ดีขึ้น เพราะจะรับผิดชอบต่อหน่วยที่เล็กที่สุด และความเป็นชุมชนขนาดเล็กนั้นจะเต็มไปด้วยความร่วมมือ ร่วมใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นสังคมที่ตนรู้จักกันอย่างใกล้ชิดและสนิทสนม โดยสรุปแนวคิดทางมนุษยนิยมกล่าวถึงลักษณะความเป็นชุมชนที่น่าสนใจ คือ

- (1) ไม่ได้ให้ความสนใจหรือความสำคัญกับอาณาบริเวณทางภูมิศาสตร์หรือพื้นที่
 - (2) เน้นความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนมนุษย์
 - (3) เป็นลักษณะความรู้สึกเชิงอัตวิสัยของความเป็นชุมชน หรือแบบแผนในอุดมคติ กล่าวคือ นำเสนอลักษณะชุมชนที่ควรจะเป็นชุมชนที่ดี หรือชุมชนในอุดมคตินั้นเอง และอาจกล่าวได้ว่า แนวคิดทางมนุษยนิยมมีจุดร่วมที่สำคัญ 2 ประการ คือ
- (1) เป็นการกล่าวถึงวิวัฒนาการของการสมาคมของมนุษย์ (Human Association)
 - (2) มีการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของความเกาะเกี่ยวในสังคมมนุษย์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางอุตสาหกรรม เศรษฐกิจ สังคมการเมือง และเทคโนโลยี ลักษณะหนึ่งของ Human Association จะหายไป และจะมีลักษณะใหม่มาแทนที่

3. ชุมชนประชาสังคม (Civil Society) ลักษณะความเป็นชุมชนตามแนวคิดนี้เกิดขึ้นจากการวิพากษ์ระบบของ “ภาครัฐ” และ “ภาคธุรกิจเอกชน” ซึ่งมีบทบาทชี้นำ หรือ ครอบงำความคิดทิศทางการพัฒนาของสังคม โดยที่ผู้คนส่วนใหญ่ในสังคมมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบาย ทิศทางการพัฒนา และการจัดกิจกรรมสาธารณะค่อนข้างน้อย รวมทั้งการมองเห็นข้ออ่อนของประชาธิปไตยแบบตัวแทน หรือพรรคพวกและกลุ่มผลประโยชน์ จึงเกิดการเรียกร้องและหรือต้องการอุดช่องว่างด้วยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจให้กับ “ภาคประชาชน” ในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ในนโยบาย ทิศทางการพัฒนา หรือกิจกรรมสาธารณะ ตามแนวคิดนี้ลักษณะ “ความเป็นชุมชน” หรือ “ความเป็นประชาคม” จึงเป็นรากฐานที่สำคัญของสังคมเพราะจะเป็นกลุ่มคนที่มีความผูกพัน เอื้ออาทรต่อกัน เป็นแหล่งพื้นฐานที่สุดที่จะเกิดการถักทอความรักความเอื้ออาทรของคนในสังคม ซึ่ง อนุชาติ พวงสำลี และวีระบุรณ วิสารทสกุล (2541,11-18) (อ้างถึงใน ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543 :51) ได้เสนอคุณลักษณะของชุมชนเพื่อการเรียนรู้โดยนัยของ “ประชาสังคม” ดังนี้

1. มีความหลากหลายเช่นมีความหลากหลายของการรวมตัวพื้นที่รูปแบบของกิจกรรม ประเด็นความสนใจ/ปัญหา และกลุ่มคนที่มารวมตัวกัน
2. มีความเป็นชุมชน ที่อาจมีอาณาบริเวณหรือบริบทขนาดใหญ่ที่เชื่อมโยงติดต่อกัน ในทางใดทางหนึ่งหรือความเป็นชุมชนขนาดเล็กที่รวมตัวด้วยความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร ความสนใจ และหรือผลประโยชน์ร่วมกัน
3. มีสำนึกสาธารณะ ด้วยจิตสำนึกของความเป็นพลเมือง (Public Consciousness) ของสังคมแห่งการเรียนรู้ (Learning Society)
4. มีกิจกรรมและความต่อเนื่องบนพื้นฐานของกระบวนการกลุ่ม และด้วยพื้นฐานแห่งการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน (Interactive Learning Through Action) ที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน
5. มีเครือข่ายและการติดต่อสื่อสารด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สื่อสาร และเครือข่ายเพื่อ

กลุ่มประชาสังคมจะมีความยั่งยืน (Communication and Network)

4. ชุมชนในรูปแบบใหม่ (Virtual Community) ความเป็นชุมชนใหม่ก่อเกิดขึ้นพร้อมกับการพัฒนาเทคโนโลยี และปัญหาของสังคมสมัยใหม่ที่ทวีความซับซ้อนและรุนแรงขึ้น การพิจารณาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหามิอาจจำกัดอยู่ในปริณทณของชุมชนที่มีอาณาเขตภูมิศาสตร์เล็กๆ ได้เพียงลำพัง เพราะบางปัญหาเกิดจากอิทธิพลภายนอก ซึ่งบางครั้งการแก้ไขต้องการการรวมกำลังความร่วมมือ และทรัพยากรจากภายนอกชุมชน ชุมชนรูปแบบใหม่นี้ อาจเรียกได้ว่าเป็น “ชุมชนเสมือนจริง” (Virtual Community) เป็นชุมชนที่กลุ่มคนอาจจะได้พบกันโดยตรงหรือไม่ก็ตาม แต่มีโอกาสสื่อสารกันด้วยถ้อยคำภาษา และความคิดผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ชุมชนแบบนี้มีข้อดีกว่าชุมชนแบบอื่นตรงที่ว่า ไม่มีอคติเกี่ยวกับเพศ อายุ เชื้อชาติ สีผิว เผ่าพันธุ์ รูปร่างหน้าตา เสียงพูด อากัปกริยาของสมาชิก ลักษณะที่สำคัญของชุมชนในรูปแบบใหม่ ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ (Schuler 1996, P.9) (อ้างถึงใน ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543 : 53) ดังนี้

1. จิตสำนึกร่วม (Consciousness)
2. หลักการ (Principle)
3. จุดมุ่งหมาย (Purpose)

อาจกล่าวได้ว่าความเป็นชุมชนนั้นมีหลายมิติที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันไม่ว่าจะเป็นมิติของอุดมการณ์ อำนาจ และความสัมพันธ์ทางสังคม การทำความเข้าใจกับความเป็นชุมชนในมุมมองที่หลากหลายจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมไทย ซึ่งก็สอดคล้องกับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับชุมชนเพราะต่างก็เห็นพ้องต้องกันว่า “ความเป็นชุมชนคือความอยู่รอดของสังคมไทย”

การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง

จุดร่วมสำคัญของแนวคิดเรื่อง “ชุมชน” และ “ชุมชนเข้มแข็ง” เป็นความพยายามที่จะบูรณาการการเรียนรู้ที่สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนานั้นมิใช่เป็นเรื่องของอำนาจที่ “ระดับบน” อีกต่อไป แต่ได้ให้ความสำคัญกับอำนาจ “ระดับฐานราก” ซึ่งหมายถึงประชาชน ชุมชน ดังปรากฏให้เห็นผ่านการเคลื่อนไหวของชุมชน (Community movement) และกระบวนการประชาสังคม (Civic movement) ตลอดจนกลุ่ม องค์กร ของชาวบ้านในการรวมตัวเพื่อสร้างความเข้มแข็ง และสร้างความยั่งยืนให้กับท้องถิ่นในทุกๆ มิติของกระบวนการพัฒนา

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี (2548 : 66) ได้กล่าวไว้ว่า ชุมชนก็คือผนังเซลล์นั่นเอง ที่ทำหน้าที่กลั่นกรองสิ่งต่างๆ จากภายนอกก่อนที่จะนำเข้ามาในชุมชนในครอบครัว ฉะนั้น ชุมชนจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ซึ่งหากชุมชนมีความเข้มแข็งก็จะสามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนแปลงได้ และการนำ “ชุมชน” เป็นตัวตั้งในที่นี้ ยังถือเป็นจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญอีกด้วย กล่าวคือ หากเน้นคนหรือครอบครัว ในแต่ละคนแต่ละครอบครัวคงไม่มีพลังพอที่จะต้านทานกระแสโลกาภิวัตน์ที่ไหลบ่าเข้ามาได้ แต่ชุมชนนั้นมีขนาดและมีพลังพอเหมาะที่จะเป็นจุดยุทธศาสตร์ได้เป็นอย่างดี

สีลาภรณ์ นาคทรพร และคณะ (2538 :) (อ้างถึงใน ชีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543 : 50) ได้สรุปถึงองค์ประกอบสำคัญของความเข้มแข็งของชุมชนไว้ ประกอบด้วย

1. มีการนำมิติวัฒนธรรมมาผสมผสานในการทำกิจกรรม เพราะการมีรากฐานทางวัฒนธรรมจะเป็นเครื่องมือยึดเหนี่ยวให้สามารถสร้างองค์กรชุมชนที่มีคุณภาพได้

2. มีประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อปัญหา
3. มีการจัดกลุ่ม
4. มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้
5. มีผู้นำที่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกและชุมชน
6. มีการกระจายผลประโยชน์แก่สมาชิกอย่างยุติธรรม
7. ได้รับการยอมรับนับถือจากองค์กรภายนอก
8. มีการขยายผล ขยายกิจกรรม และขยายเครือข่ายสมาชิกรวมถึงความร่วมมือ

แนวคิดเรื่องการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งนั้น มีมุมมองที่หลากหลายแต่ก็มีความสอดคล้องกัน ดังนี้

1. การบูรณาการการเรียนรู้จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและสร้างสรรค์สิ่งดีงามต่อชุมชน ซึ่งกระบวนการทั้งหมดเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. แนวคิดการสร้างชุมชนเข้มแข็งนำไปสู่ “ความเป็นปึกแผ่น” ซึ่งในที่นี้คือความเข้มแข็งของชุมชน โดยสมาชิกของชุมชนต้องมีความผูกพัน และสัมพันธ์ภาพระหว่างกันเป็นอย่างดี มีความเอื้อเฟื้อและอาทรต่อกันและกัน มุ่งประโยชน์ของชุมชนเป็นตัวตั้งมากกว่าประโยชน์ของตนเองหรือพวกพ้อง

3. ชุมชนเข้มแข็งนั้นต้องตั้งอยู่บนฐานของการพึ่งพาตนเอง ชุมชนมีอิสระและความเป็นตัวตนของชุมชนต่อการคิดริเริ่ม ร่วมดำเนินการ รับผิดชอบต่อความสำเร็จและล้มเหลว บทบาทภาคีภายนอกเป็นแต่เพียงผู้ช่วยเสริมในบางส่วน แต่ไม่ใช่เป็นการควบคุม สั่งการหรือการต่อรองใดๆ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนำไปสู่กระบวนการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

4. ความเป็นชุมชนที่เข้มแข็งเป็นกระบวนการคัดเลือก และสร้างผู้นำตามธรรมชาติ ผู้นำจากการสมาชิกภายในชุมชน เป็นผลผลิตของชุมชนก่อเกิดจากการปมเพาะจากบทเรียนการปฏิบัติภายในชุมชน

และในด้านหนึ่งนั้น อาจกล่าวได้ว่าแนวคิดเรื่องชุมชน และชุมชนเข้มแข็งโดย การบูรณาการการเรียนรู้บนฐานความเป็นชุมชน (community-based learning) ตลอดถึงการเสริมพลังให้เป็น “ชุมชนแห่งการเรียนรู้” นั้น จะเป็นเป้าหมายสำคัญของกระบวนการพัฒนาในปัจจุบัน ซึ่งหลักคิดนี้จะป็นฐานคิดที่จะนำไปสู่การประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ และหลักการสำคัญเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง

ด้วยหลักพื้นฐานแล้วความเป็นชุมชนนั้นมีความแตกต่างและหลากหลาย การกำหนดยุทธศาสตร์และหลักการเพื่อการพัฒนาในกระแสการพัฒนาปัจจุบันจึงมีความหลากหลาย ในที่นี้ได้นำมาเพื่อเป็นประเด็นการเรียนรู้ดังนี้

วิรัตน์ คำศรีจันทร์ (2551 : 11-17) ได้นำเสนอยุทธศาสตร์การคิดและหลักการสำคัญเพื่อการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. การริเริ่มและวางแผนจากชุมชน การพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาและสังคมเข้มแข็งในชุมชน จะเป็นการจัดตั้งโดยภาครัฐและองค์กรภายนอก หรือเป็นการดำเนินการเพื่อสนองตอบต่อความจำเป็นจำเพาะของชุมชน เป็นสิ่งที่ต้องเน้นเป็นอันดับแรก

2. มุ่งการเรียนรู้และพัฒนาความต้องการจากท้องถิ่น การเรียนรู้และพัฒนาความต้องการจากชุมชนจึงเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เป็นเรื่องของตนเองที่สุด มิใช่เพื่อความต้องการข้อมูลที่ดีที่สุด วิธีคิดและหลักดำเนินการดังกล่าวนี้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติมาก

3. เน้นวิกฤติปัญหาและความจำเป็นของชุมชน วิกฤติปัญหาและความจำเป็นหลาย

อย่างของชุมชน อาจแตกต่างจากสภาวการณ์โดยทั่วไปของประเทศ อีกทั้งแนวนโยบายและความจำเป็นจากข้อมูลภาพรวมของประเทศในบางกรณีก็อาจจะไม่จำเป็นต่อชุมชนในท้องถิ่น กระบวนการพัฒนาพึงตั้งโจทย์ปัญหาจากพื้นที่เป็นตัวตั้ง

4. การสืบทอดปมชุมชนและพัฒนาวิถีชีวิตชุมชน การมองปมชุมชนและวิถีชีวิตที่เป็นพลังผลิตความอยู่ดีมีสุขในชุมชน ให้เห็นถึงความเป็นรากฐานของชีวิตและจิตวิญญาณของชุมชน มากกว่าการเห็นเพียงเป็นสิ่งของที่จะต้องรักษาแบบหยุดนิ่งและตายตัวหรือนำเข้ามาสู่การจัดการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาอย่างไม่มีจุดหมาย

และนอกจากนี้ วิรัตน์ คำศรีจันทร์ (2551 : 11-19) ได้กล่าวถึงกลวิธีและแนวดำเนินการอย่างสร้างสรรค์การสร้างชุมชนเข้มแข็ง ไว้ดังนี้

1. รูปแบบหลากหลายและสมเหตุผลต่อความจำเป็น

(1) การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน เช่น การเกิดไฟไหม้ในชุมชน การเกิดอุบัติเหตุและอุบัติเหตุในชุมชน รวมไปถึงจนถึงการระดมพลังเพื่อส่วนรวมที่เป็นไปตามสถานการณ์

(2) การบริหารจัดการเครือข่ายจิตอาสาดำเนินโครงการเฉพาะกิจของชุมชน เช่น การดำเนินโครงการเพื่อสถานศึกษาในชุมชนซึ่งต้องการความร่วมมือร่วมใจจากชุมชนพัฒนาซึ่งโครงการเหล่านี้เป็นการดำเนินการจำเพาะกิจและเสร็จสิ้นเป็น ครั้งคราว

(3) การบริหารจัดการเครือข่ายจิตอาสาที่มีอยู่แล้ว เช่น การเสริมพลังเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว เครือข่ายตำรวจชุมชน เครือข่ายดูแลสิ่งแวดล้อมชุมชน เครือข่ายจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชน กลุ่มประชาคมและชมรมสร้างสุขภาพ เป็นต้น

(4) การบริหารจัดการในวิถีชุมชน นอกจากค้นหาความจำเป็นเพื่อดำเนินการไปตามเงื่อนไขต่างๆ แล้ว เราอาจพัฒนาให้เป็นศักยภาพการจัดการตนเองที่ควรดำเนินการอย่างเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชุมชน ควรเน้นการประสานงานกลุ่มจัดการอย่างไม่เป็นทางการ มีความยืดหยุ่นสูง เน้นดำเนินการให้เกิดขึ้นจริงในภาคปฏิบัติและการเริ่มต้นในขั้นแรกให้ได้ มุ่งเน้นความเป็นโอกาส พัฒนาการเรียนรู้และพัฒนาคน เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ของชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีการยกระดับและมีพัฒนาการโดยเรียนรู้จากการลงมือแก้ปัญหา

2. การจัดองค์กรแบบยืดหยุ่น

ควรจัดองค์กรอย่างไม่เป็นทางการ ลดความซับซ้อนและมีความยืดหยุ่นต่อการปรับปรุงอยู่เสมอตามความจำเป็นที่เกิดขึ้นทางการปฏิบัติ โดยถือเอาความสมัครใจและความต้องการของชุมชนเป็นหลัก

3. ระดมทุนและทรัพยากรที่ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้สูง

ควรเน้นทุนมนุษย์และทุนทางสังคม ที่มีอยู่ของชุมชนเป็นตัวตั้งซึ่งโดยทั่วไปแล้วชุมชนมักทำงานอาสาเพื่อความสุขและความองอาจทางจิตใจ ดังนั้น จึงเน้นคนและชุมชนเป็นตัวตั้ง

4. บริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม

เน้นการปรึกษาหารือ การวางตัดสินใจและร่วมแผนโดยชุมชน ปฏิสัมพันธ์เพื่อทำงานแบบแนบชิดและมีความเป็นธรรมชาติ

5. ภาวะผู้นำเป็นกลุ่ม

เน้นการจัดการภาวะผู้นำ ทุกคนมีศักยภาพในการแสดงออกและใช้ความสามารถของตนนำการจัดการเมื่อจำเป็น พร้อมกับร่วมสร้างแนวคิดและร่วมเป็นทีมปฏิบัติโดยการนำของผู้อื่นได้

6. วางอยู่บนความเชื่อถือและไว้วางใจกัน

ต้องให้ความสำคัญต่อกัน ความเชื่อถือและความไว้วางใจกัน ไม่มีความเคลือบแคลง และซ่อนเจตนาแอบแฝง ยึดหยุ่นและมีการให้อภัยกัน มีความเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกันอยู่เสมอ

7. สร้างคน พัฒนาพลเมือง และวัฒนธรรมประชาสังคม

บูรณาการการสร้างคนและสร้างผู้นำในแนวทางใหม่ๆ ให้กับชุมชน เน้นการให้โอกาสแก่การมีบทบาทร่วมสร้างชุมชนของตนเองอย่างแต่ละคนทำได้ เป็นการจัดการให้ปัจเจกและชุมชนเกิดประสบการณ์ทางสังคมด้วยตนเอง ก่อเกิดความสำนึกและเห็นมิติความเป็นส่วนรวม ด้วยการสัมผัสตนเอง

8. บูรณาการการเรียนรู้และการจัดการภูมิปัญญาปฏิบัติ

เพื่อพัฒนาความเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และสร้างศักยภาพการจัดการความเปลี่ยนแปลงที่เท่าทันกับพัฒนาการของโลกรอบข้าง ควรบูรณาการมิติการศึกษาเรียนรู้เข้าสู่การทำงานจริง ผสมผสานทั้งความรู้และภูมิปัญญาที่อยู่ในประสบการณ์และการปฏิบัติ (Tacit Knowledge) และความรู้ภายนอกที่ถ่ายทอดและใช้ร่วมกันได้ (Explicit Knowledge) เน้นการเรียนรู้ที่มีความหมายต่อความเป็นจริงในชีวิตและสามารถสะท้อนกลับสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของทุกคน รวมทั้งพัฒนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์ระหว่างกลุ่มก่อนด้วยวิธีการต่างๆ

9. สื่อสารแบบสองทางและเห็นความเป็นมนุษย์

เน้นการสื่อสารที่สร้างความเป็นชุมชนอันได้แก่การสื่อสารแบบสองทาง มุ่งความเข้าใจและเข้าถึงความรู้สึกทุกข์สุข ตลอดจนเห็นน้ำใจและความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน รักและศรัทธาความรู้และมีวัฒนธรรมการใช้ความรู้ ให้เป็นความสามารถเลือกสรรความทันสมัยทางวัตถุที่เหมาะสม พอเพียง และมีความสมดุลผล สะท้อนการใส่ใจทั้งต่อตนเองและส่วนรวม

10. ผสมผสานเทคโนโลยีและนวัตกรรมทั้งท้องถิ่นและโลกาภิวัตน์

เน้นการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างผสมผสานโดยมีคน ความเป็นชุมชน และการพัฒนาสังคมที่ยั่งยืนเป็นตัวตั้ง มีความพอดีและพอเพียงทางการจัดการทรัพยากร เสริมสร้างความสามารถในการพึ่งตนเอง สร้างพลังเครือข่ายจิตอาสาและสังคมเข้มแข็งในชุมชน ที่มั่นคงและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองได้อย่างยั่งยืนมากขึ้นเป็นลำดับ

11. สิ่งตอบแทนและกำลังใจทางวัตถุมาทีหลัง ความเป็นคนและคุณค่าทางจิตใจมาก่อน ควรเน้นการปฏิบัติที่อยู่กับความเป็นจริง โดยวิธีการให้ซึ่งส่งเสริมการพัฒนาความเป็นมนุษย์ เน้นการให้ผ่านความเป็นกลุ่ม มากกว่าผ่านตัวบุคคลซึ่งจะก่อให้เกิดความแตกแยกของชาวบ้าน

12. มุ่งประสานความร่วมมือสหสาขาและพหุภาคี (Multi Sectoral and Collaborative Management) มุ่งเน้นการดำเนินงาน ที่บูรณาการและนำไปสู่การเกิดการร่วมกันแก้ปัญหาให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันอย่างลงตัวอย่างระดับ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่เป็นความร่วมมือกัน

สรุปได้ว่า ความจำเป็นต่อการบริหารจัดการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งนั้น ต้องเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องหลายภาคี ซึ่งนั่นนับว่า เป็นยุทธศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการชุมชนอย่างหนึ่ง (Community and Civic Innovation) แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องสามารถประสานประโยชน์ สร้างวัฒนธรรมการปรึกษาหารือและบรรยากาศแวดล้อม ที่ส่งเสริมการ

จัดการเพื่ออยู่ร่วมกัน ซึ่งต้องอาศัยการจัดการให้สอดคล้องกับบริบทและเงื่อนไข สภาพแวดล้อมจำเพาะกรณีของท้องถิ่นวิเคราะห์ร่วมกับความเป็นจริงของชุมชน คิดเองและออกแบบบนฐานของชุมชนและให้ยึดหยุ่น รวมทั้งประยุกต์ใช้กลวิธีและแนวดำเนินการต่างๆ ให้สอดคล้องกลมกลืนไปกับสภาพการทำงานจริง

บรรณานุกรม

- ชยันต์ วรรณะภูติ.2536.การกำหนดกรอบคิดในการวิจัย ใน อุทัย ดุลยเกษม, คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนา.กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ทิตยา สุวรรณชฎ.2527. “ชุมชนชนบทไทย” ใน การบริหารงานพัฒนาชนบท จักรกฤษณ์ นรนิติผลตุลการ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543.กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง.ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ยศ สันติสมบัติ.2539. ท่าเกวียน : บทวิเคราะห์เบื้องต้นว่าด้วยการปรับตัวของชุมชนชาวนาไทยท่ามกลางการปิดล้อมของวัฒนธรรมอุตสาหกรรม. กรุงเทพฯ : บริษัทคปไฟ
- วิรัตน์ คำศรีจันทร์. 2551 . “การจัดการพัฒนาสังคมเข้มแข็งในชุมชน” ในเอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารจัดการชุมชน =community management สาขานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 8-15
- ปาริชาติ วลัยเสถียร (บรรณาธิการ). 2548. กระบวนทัศน์ใหม่กับการเรียนรู้ของชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิสิฐไทยออฟเซต
- อมรวิชญ์ นาคทรพรพ และคณะ.2551.การศึกษาในวิถีชุมชน.กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- อนุชาติ พวงสำลี และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). 2542. ขบวนการประชาสังคมไทยกับความเคลื่อนไหวภาคพลเมือง.กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์บุ๊คเซ็นเตอร์ จำกัด.



ศึกษาชุมชนจัดการได้ด้วยชุมชน กรณี ปฏิบัติการลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน ของชาวหันคา จังหวัดชัยนาท

รองศาสตราจารย์ดวงพร คำคุณวัฒน์

สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเซีย มหาวิทยาลัยมหิดล

การเรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชนในประเด็นสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมกันกำหนด ให้ การลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน เป็นประเด็นสร้าง ความอยู่ดีมีสุข การร่วมสร้างเครื่องมือควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่เรียกว่า “บัญชีสุขภาพ” ที่นับ เป็นนวัตกรรมทางด้านสุขภาพและสามารถใช้การอย่างได้ผล เป็นเหตุให้ผู้บันทึกปรับเปลี่ยน พฤติกรรม จนกระทั่งสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ มอบรางวัลสิ่งประดิษฐ์ (Inventor Award) ให้ในปี 2552 การจัดกิจกรรมพิเศษ และการหนุนเสริมอย่างมีพลังของกลุ่มสื่อชุมชน ที่นำเสนอในบทความนี้เป็นประสบการณ์จากโครงการวิจัย เรื่อง การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคม (Communication for Social Changes) ดำเนินการที่ตำบลหันคา อำเภอยะนิง จังหวัดชัยนาท ระหว่าง พ.ศ.2548-2550 โดยเน้นการนำเสนอรายละเอียดการดำเนินงาน ของกลุ่มสื่อชุมชน

การคัดเลือกประเด็น “ความอยู่ดีมีสุข” และการกำหนดวิธีการ

จากการตั้งวงสนทนาร่วมกันระหว่างชาวหันคา ซึ่งมีทั้งผู้นำชุมชน ผู้อาวุโส ครูเยาวชน และคนอื่นๆ จำนวน 50 คน เพื่อร่วมกันคัดเลือกประเด็นปฏิบัติการที่จะสามารถสร้างความอยู่ดีมีสุขให้แก่ชุมชนได้ ซึ่งกลุ่มได้เลือกประเด็น สุขภาพ เป็นลำดับแรก ประเด็นครอบครัว และ เศรษฐกิจ เป็นลำดับรอง โดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสรุปได้ว่าชาวหันคาไม่ถูกต้องนัก นำมาซึ่งความเจ็บป่วย เช่น นิยมรับประทานอาหารรสจัด ไม่นิยมการออกกำลังกาย เป็นต้น และด้วยคำว่า “สุขภาพ” ยังมีความหมายกว้าง จึงมีการค้นหาขอบเขตของคำว่า สุขภาพ ในความหมายของชาวหันคา ด้วยวิธีการจัดการเสวนาชาวหันคาอีกครั้ง ผู้เข้าร่วมเสวนาประกอบด้วยชาวหันคาที่เคยเข้าร่วมเวทีค้นหาประเด็นอยู่ดีมีสุข กลุ่มผู้อาสาทำงานสื่อชุมชนของตำบลและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลร่วมในการพูดคุยด้วย ในที่สุดจึงกำหนดให้การลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน เป็นเป้าหมายของการดำเนิน งานในครั้งนี้

เมื่อสามารถร่วมกันกำหนดประเด็นสุขภาพได้ชัดเจนแล้ว จึงมีการปรึกษาหารือร่วมกันถึงวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย ลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน ซึ่งต่างมีความเห็นว่าควรจะต้องสร้างเครื่องมือที่สามารถทำให้ ผู้ป่วยรวมถึงกลุ่มเสี่ยง (หมายถึง ญาติหรือครอบครัว) เข้าใจโรคทั้งสาม ตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมของตนที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างเห็นพ้องให้มีการดำเนินงานใน 3 เรื่อง ได้แก่ บัญชีสุขภาพ การสื่อสารภายในชุมชนด้วยสื่อชุมชน และการจัดกิจกรรมพิเศษ

“บัญชีสุขภาพ” เครื่องมือดูแลสุขภาพสร้างสรรคโดยชาวหันคา

คณะทำงานจำนวน 26 คน ประกอบด้วย อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้สูงอายุ และเยาวชน ซึ่งพิจารณาจากความรู้ ความสามารถ ความถนัด ตำแหน่งในชุมชน ความหลากหลายของอายุ และความครอบคลุมพื้นที่ ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานในเนื้อหา และรูปแบบ กำหนดผู้บันทึก (150 คน) ระยะเวลาบันทึก (3 เดือน) กลไกติดตามการบันทึก การทดลองใช้ การปรับแก้ ลงมือปฏิบัติการ และประเมินผล ซึ่งมี อสม.ผู้สนใจร่วมงาน จำนวน ๓๖ คน ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษาและกระตุ้นให้เกิดการบันทึกอย่างต่อเนื่อง

การติดตามการบันทึก เป็นขั้นตอนที่มีการออกแบบอย่างดี เช่น สอดแทรกให้เป็นส่วนหนึ่งของงานตรวจสุขภาพชุมชนประจำเดือนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีผลทำให้การติดตามเป็นไปอย่างราบรื่นไม่เป็นการเพิ่มภาระแก่ผู้ปฏิบัติงาน และการที่ผู้ปวยผู้ร่วมโครงการฯ ได้รับการตรวจสุขภาพไปในคราวเดียวกัน ทำให้สามารถเชื่อมโยงการบันทึกกับผลการตรวจสุขภาพ เกิดความเข้าใจและเห็นประโยชน์ของการบันทึกมากขึ้น การติดตามเยี่ยมเยียนทำให้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้เข้าร่วมโครงการต่อการบันทึกบัญชีสุขภาพ รวมถึงความคิดเห็นและความรู้สึกของ อสม.พี่เลี้ยง ทำให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคในการบันทึก และสามารถทำความเข้าใจเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งนอกจากจะสามารถแก้ไขปัญหการบันทึกแล้ว ยังเป็นการกระตุ้นกันเองระหว่างผู้เกี่ยวข้องในชุมชนให้เห็นถึงประโยชน์ของการบันทึกบัญชีสุขภาพ

การจัดกิจกรรมพิเศษเสริมความรู้ และความรู้สึกร่วมในงาน

1. กิจกรรมเสริมความรู้สุขภาพ

มีการจัดการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทั้งสาม 3 ครั้ง แก่ผู้ปวย ญาติผู้ปวย คณะทำงาน อสม. และผู้สนใจทั่วไป เพื่อให้ชาวหันคามีความรู้ที่ถูกต้อง ผู้ปวยสามารถปฏิบัติตนได้ อย่างเหมาะสม คณะทำงานมีความเข้าใจสามารถออกแบบการสื่อสารได้ อสม.มีความรู้สามารถ ทำหน้าที่ในฐานะพี่เลี้ยงได้ดียิ่งขึ้น ประเด็นความรู้มีความต่อเนื่องกัน และมีจังหวะของการจัดการ ให้ความรู้ดังนี้ **ครั้งที่ 1 เบาหวาน ความดัน หัวใจ ทำไมเราถึงเป็น** จัดในช่วงต้นโครงการก่อนการบันทึกบัญชีสุขภาพ เพื่อให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคทั้งสาม แก่ผู้ปวย ญาติ และผู้สนใจทั่วไป **ครั้งที่ 2 ทำอย่างไรเมื่อเราเป็นเบาหวาน ความดัน และหัวใจ** จัดในช่วงกลางโครงการระหว่างการบันทึกบัญชีสุขภาพ เพื่อให้ผู้ปวยและญาติที่เข้าร่วมบันทึกบัญชี สุขภาพ อสม. พี่เลี้ยง และกลุ่มสื่อชุมชน ได้รับความรู้ และมีความเข้าใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง หรือข้อควรปฏิบัติเมื่อปวยเป็นโรคแล้ว และ**ครั้งที่ 3 การดูแลสุขภาพ วิธี แห่งความอยู่ดีมีสุข** จัดในช่วงท้ายของโครงการให้เป็นส่วนหนึ่งของงานมหกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ปวย ญาติผู้ปวย อสม.พี่เลี้ยง กลุ่มสื่อชุมชน ผู้เกี่ยวข้อง และ ชาวหันคาทั่วไป ได้รับความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง

2. กิจกรรมการประกวดคำขวัญ

การประกวดคำขวัญเป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมายทำให้ชาวหันคาจำนวนมากได้มีโอกาสร่วมงาน และ ร่วมรับรู้ความเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในตำบลหันคา อีกทั้งกลุ่มผู้ผลิตสื่อได้ตั้งความหวังไว้ว่าจะนำคำขวัญที่ชนะการประกวด เป็นข้อความที่ใช้ในการสื่อสารกับชาวหันคา การจัดกิจกรรมนี้มีชาวหันคาร่วมวงคำขวัญเข้าประกวดจำนวนมากถึง 150 ชิ้น ส่วนใหญ่มาจากนักเรียน โดยการกระตุ้นของครูในแต่ละโรงเรียน

3. กิจกรรมหกรมสุขภาพ

งานหกรมสุขภาพ จัดขึ้นในช่วงท้ายของโครงการ มีผู้สนใจร่วมงานกว่า 500 คน มีทั้งผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้ร่วมงาน ชาวหันคาทั่วไป ผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งภายในจังหวัดและนอกจังหวัดชัยนาท รอบบริเวณงานมีซุ้มให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ในงานมีการมอบรางวัลแก่ ผู้ป่วยที่มีผลงานดี จำนวน ๓๙ คน (อสม.พี่เลี้ยงร่วมกันคัดเลือกโดยใช้เกณฑ์ ผู้บันทึกที่มีความตั้งใจบันทึกอย่างสม่ำเสมอ และมีความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี) นอกจากนั้น ยังมีการมอบใบประกาศเกียรติคุณ แก่ อสม.พี่เลี้ยงทุกคน

การสื่อสารแบบด้วยกลุ่มสื่อสารแบบ

ชาวหันคา จำนวน 44 คน รวมตัวกันเป็นกลุ่มคนทำสื่อ ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. เจ้าหน้าที่รัฐที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพ อสม. ครู นักจัดรายการวิทยุชุมชน ผู้มีอาชีพผลิตป้าย และผู้สนใจทำงานสื่อสาร อาสาเข้าร่วมงานด้วยเหตุผล 3 ประการ คือ ต้องใช้การสื่อสารในการปฏิบัติงาน มีความถนัดในเรื่องสื่อสาร รวมทั้งมีความชอบ สนใจ และต้องการที่จะทำงานสื่อสาร กลุ่มคนนี้ภายหลังเรียกกันว่า กลุ่มสื่อชุมชนตำบลหันคา มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. การสร้างความเข้าใจ และหาข้อมูลเกี่ยวกับสื่อชุมชน

เริ่มต้นการทำงานด้วยการทำความเข้าใจในเป้าหมายของการทำงาน ศักยภาพของสื่อชุมชน ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนร่วมกันวางแผนการทำงาน จากนั้น มีการระดมความคิดเกี่ยวกับสื่อที่โดนใจคนในตำบล เพื่อให้การคัดเลือกสื่อที่จะผลิตเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งปรากฏให้ใช้สื่อที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน และสื่อบุคคล โดยผลิตสโปตเสียง และจัดทำข้อมูลสั้นพร้อมอ่านกระจายเสียง นอกจากนั้นยังให้มีการใช้ป้ายชนิดต่างๆ ร่วมด้วย

2. การเสริมศักยภาพ

การเสริมศักยภาพด้านการสื่อสารให้แก่คนทำงานสื่อชุมชน นับว่าเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งในด้านความรู้ความสามารถ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการวิจัยนี้มุ่งเน้นให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นผู้ลงมือผลิตสื่อด้วยตนเอง การเสริมศักยภาพจึงมีความสำคัญ ซึ่งกลุ่มสื่อชุมชนตำบลหันคา ร่วมกันพิจารณาคัดเลือกประเด็นที่ต้องการ จึงเกิดกิจกรรมเสริมศักยภาพ ๓ เรื่อง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน เพื่อเป็นเนื้อหาสาระในการผลิตสื่อ การพูดผ่านสื่อเสียง (วิทยุชุมชนและหอกระจายข่าว) และการพูดต่อหน้าชุมชนแก่ อสม. และผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นสื่อบุคคลสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีการนำผู้ดูแลอุปกรณ์การกระจายเสียงไปรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเครื่องเสียง ที่สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยจังหวัดชัยนาท

3. การวางแผนการผลิตสื่อชุมชน

ในการประชุมวางแผนสื่อสาร เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน ของกลุ่มสื่อชุมชนตำบลหันคา ได้กำหนดหัวข้อในการวางแผนไว้ คือ เป้าหมายในการใช้สื่อ ประเภทสื่อที่จะผลิต ขั้นตอนการผลิต เวลา การทำสำเนา การเผยแพร่ และผู้รับผิดชอบ รวมทั้ง มีการพิจารณาบทวนสื่อที่จะผลิตอีกครั้ง โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ นั่นคือ ความรู้ความสามารถและเวลาที่มี ในที่สุดกลุ่มสื่อชุมชนตำบลหันคาจึงตกลงจะผลิตสื่อ 3 ประเภท คือ

- สโปตเสียงสำหรับกระจายเสียงทางหอกระจายข่าวและวิทยุชุมชน
- ป้ายไวนิล

- เอกสารข้อมูลสุขภาพ(แบบสั้น)เพื่อเผยแพร่ทางหอกระจายข่าว วิทยุชุมชนและเสียงตามสายในโรงเรียน

โดยให้สื่อทั้งสามประเภทนำเสนอวิธีป้องกันและดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน ใช้ภาษาที่สามารถสื่อสารกับชาวหัตถ์คาได้ง่ายและชัดเจนให้ชาวหัตถ์คาเข้ามามีส่วนร่วม เช่น ใช้คำขวัญที่ชนะการประกวดมาเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาป้าย ใช้เสียงชาวหัตถ์คาในกรณีสปรอดเสียง และใช้ภาพประกอบเป็นชาวหัตถ์คาในกรณีของป้ายไวนิล

4. การกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก วิธีดำเนินงาน และวิธีเผยแพร่

จากนั้นที่ประชุมมีการกำหนดกลุ่มคนรับผิดชอบงานตามประเภทสื่อ เช่น การผลิตสปรอด มีดีเจแมลงปอ เป็นผู้ประสานงาน ป้ายไวนิล มีครูสมุทร เป็นผู้ประสานงาน และเอกสารข้อมูลสุขภาพ มีหมอประเสริฐ เป็นผู้ประสานงาน เป็นต้น มีการกำหนดวิธีการทำงานของทุกกลุ่ม กล่าวคือ ให้แต่ละกลุ่มปรึกษาหารือเนื้อหา และรูปแบบของสื่อที่จะผลิตจากนั้นจะนำความคิดเห็นนั้นกลับมาเสนอในที่ประชุมรวมเพื่อร่วมกันพิจารณาความเหมาะสมก่อนลงมือผลิต และเห็นพ้องให้มีส่วนที่แสดงให้ชาวหัตถ์คาทราบว่า สื่อเหล่านี้ผลิตโดยคนหัตถ์คา

สำหรับการเผยแพร่สื่อ กลุ่มมีความเห็นว่าสมควรให้สื่อทุกประเภทสามารถเข้าถึงชาวหัตถ์คาได้อย่างทั่วถึงทุกหมู่บ้าน ให้มีการจัดทำสำเนา สปรอดเสียงพร้อมเอกสารแนะนำการใช้แจกจ่ายทุกหมู่บ้าน สถานีวิทยุชุมชน และโรงเรียน จะผลิต ป้ายไวนิล 5 รูปแบบ จำนวน 48 ผืน เพื่อดัดตั้งบริเวณแหล่งชุมชนของทุกหมู่บ้าน โรงพยาบาลหัตถ์คา และสำนักงานเทศบาล เอกสารข้อมูลสุขภาพ จัดทำ 17 เล่ม แจกจ่ายไปยังหอกระจายข่าวทุกหมู่บ้าน วิทยุชุมชน โรงเรียน และเทศบาล

5. การผลิตสื่อ

สปรอดเสียง ผู้รับผิดชอบได้ร่วมกันจัดทำเนื้อหา จำนวน 5 เรื่อง แต่ละเรื่องเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคทั้งสาม เนื้อหาจบในตอน มีตัวละครหลักเป็นผู้เดินเรื่อง 3 คน คือ กำนัน หมอ และไอ้แวม (ชาวบ้าน)

ป้ายไวนิล กลุ่มคนผู้รับผิดชอบได้นำเสนอข้อความที่ดัดแปลงมาจากคำขวัญที่ชนะการประกวด รูปภาพประกอบเป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดี และภาพวิถีชีวิตของชาวหัตถ์คาที่สะท้อนสุขภาวะของชุมชน ร่วมกันกำหนดขนาดของป้าย และวัสดุที่ใช้เพื่อความคงทน

เอกสารข้อมูลสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับหน้าที่เป็นผู้จัดหาข้อมูลได้นำข้อมูลมาเสนอ ที่ประชุมให้จัดทำเป็นรูปเล่มสวยงามและง่ายแก่การนำไปใช้

กลุ่มสื่อชุมชน ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อการผลิตสื่อทุกประเภท อย่างจริงจัง เช่น ในการจัดทำเนื้อหาสปรอด มีการแก้ไขคำไม่สุภาพ (ครู) ตรวจสอบความถูกต้องด้านข้อมูลสุขภาพ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) กำหนดผู้ให้เสียง เป็นต้น และตกลงให้มีข้อความผลิตโดยกลุ่มสื่อชุมชนตำบลหัตถ์คา สนับสนุนโดยโครงการการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในทุกสื่อ

6. การเผยแพร่สื่อ

สปรอดเสียง และ เอกสารข้อมูลสุขภาพ แจกจ่ายไปทุกหมู่บ้านเพื่อเปิดทางหอกระจายข่าว วิทยุชุมชน และ โรงเรียน ป้ายไวนิล ติดตั้งบริเวณแหล่งชุมชนของทุกหมู่บ้าน โรงพยาบาลหัตถ์คา และสำนักงานเทศบาล

1. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่ (112 คน) บันทึกด้วยความตั้งใจ บันทึกทุกวันอย่างต่อเนื่อง มีส่วนน้อย (22 คน) บันทึกอย่างไม่ตั้งใจ บันทึกเป็นบางวัน รวมทั้งมีบางคนไม่บันทึก (16 คน) การบันทึกทุกวันทำให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เห็นพฤติกรรมที่กระทำเป็นประจำ หรือ พฤติกรรมที่ไม่เคยทำ และ เมื่อเชื่อมโยงกับผลการตรวจสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลของพฤติกรรมที่มีต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นั่นคือ มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกวิธีมากขึ้น ส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น เห็นได้จากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ระยะเวลาที่หมอนัดเพื่อการรักษาห่างขึ้น หรือมีการปรับลดยา เป็นต้น

2. อสม.พี่เลี้ยง ต่างเห็นประโยชน์ของ กิจกรรมเสริมความรู้สุขภาพ ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรค เพิ่มขึ้น ได้เรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพด้วยแบบบันทึก “บัญชีสุขภาพ” และมีทัศนคติ ที่ดีต่อการใช้บัญชีสุขภาพเป็นเครื่องมือ ทำให้เกิดความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยที่ดูแล รู้สึกภูมิใจที่ได้มีส่วนในการทำให้ผู้ป่วยหลายคนสุขภาพดีขึ้น มั่นใจในบทบาทดูแลสุขภาพชุมชนของตนมากขึ้นกว่าเดิม และเกิดความสัมพันธ์ในกลุ่มอสม.

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เรียนรู้วิธีการทำงานส่งเสริมสุขภาพชุมชนแบบใหม่ ที่เปิด โอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีการสร้างเครื่องมือใหม่ด้วยชุมชนเอง เรียนรู้จากกระบวนการทำงานตั้งแต่การคิด การลงมือปฏิบัติ การแก้ปัญหาอุปสรรค และการประเมินผล เห็นคุณค่าของ บัญชีสุขภาพ ได้เรียนรู้ว่า แนวคิดที่ว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนไม่ใช่ให้เป็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น เป็นความจริง และ รู้สึกภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จ

4. คณะทำงานบัญชีสุขภาพ ต่างมีความพอใจกับการได้เข้ามาร่วมงาน โดยเฉพาะเด็ก/เยาวชน เกิดการเรียนรู้การทำงานร่วมกับผู้ใหญ่ ในลักษณะที่ร่วมคิดร่วมทำอย่างแท้จริง และอย่างเท่าเทียมกัน และรู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนในการทำประโยชน์ให้กับชุมชน

5. กลุ่มสื่อชุมชน

- ต่างรู้สึกพอใจและภูมิใจในผลงาน โดยเฉพาะป้ายไวนิล และสโปตเสียง มีเสียงสะท้อนจากชาวบ้านจำนวนมากที่สามารถรับรู้ได้ว่าเป็นงานของคนหันมาด้วยกันเอง เพราะจำภาพและเสียงได้ มีความสนใจอ่านและฟัง แสดงความชื่นชม และมีความรู้สึกเป็นพิเศษ ไม่เหมือนสื่อที่ผลิตโดยหน่วยงานภายนอก เช่น รู้สึกไม่ดีหากจะปลดป้ายลง ดังนั้นจึงยังคงเห็นป้ายติดอยู่ทั่วไป เป็นต้น

- มองเห็นแนวทางการสื่อสารในรูปแบบใหม่ ที่เกิดจากการคิดและทำด้วยตนเอง มีความเข้าใจต่อลักษณะ วิธีการผลิตและประสิทธิภาพของสื่อชุมชน โดยเห็นว่าสื่อชุมชนมีเสน่ห์ในตนเอง แตกต่างจากสื่อทั่วไป ทำให้คนในชุมชนสนใจและเกิดการรับรู้ได้มาก สื่อชุมชนต้องทำโดยคนในชุมชนโดยใช้ภาษาและวัฒนธรรมของชุมชนเป็นองค์ประกอบสื่อ การทำงานมีลักษณะร่วมมือกันของหลายคน อีกทั้งเป็นงานที่ไม่มีค่าตอบแทน จึงต้องอาศัยความร่วมมือและจิตใจที่ต้องการทำงานเพื่อส่วนรวม กระบวนการทำงานคือการร่วมกันคิดและร่วมกันทำ ชำและวนเวียนหลายครั้งต่อการผลิตสื่อหนึ่งประเภท เพราะต้องการการปรับให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนมากที่สุด ซึ่งลักษณะการทำงานเช่นนี้ไม่สามารถทำได้ในการผลิตสื่อเชิงพาณิชย์ กลุ่มสื่อชุมชนได้เรียนรู้ว่า ภาพ มีความสำคัญมาก บางคนบอกว่ามากกว่าตัวอักษร หากใช้ภาพที่สามารถบอกเล่าเรื่องราวได้ (กลุ่มใช้คำว่า ภาพมีชีวิต) จะสามารถสื่อสารกับคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี

- เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและกลุ่ม ได้มีโอกาสทดลองผลิตสื่อด้วยตนเองในทุกขั้นตอน ทำให้ได้เรียนรู้วิธีคิดและวิธีทำ ทำให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถทำงานเช่นนี้ได้ และเกิดความมั่นใจ “จากไม่เคยกล้าคิดทำ พอได้ลองทำเห็นว่าตัวเองทำได้ รู้สึกมั่นใจ”

- งานนี้ทำให้เกิดการรวมตัวกันของคนทำงานหรือสนใจสื่อ จากเดิมต่างคนต่างทำ และทำให้ทราบว่า คนหันมามีใครบ้างที่มีความสามารถและมีความพร้อมที่จะทำงานผลิตสื่อ เพื่อชุมชน

สรุป

การทำงานครั้งนี้สนับสนุน แนวคิดที่ว่า สุขภาพไม่ใช่เรื่องของคนหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่งแต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม “กำลังคน” และ “การสื่อสาร” เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ โดยที่ กำลังคน หมายถึงถึงผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพและผู้คนที่มีความหลากหลายในชุมชน และการสื่อสาร หมายถึงถึงการสื่อสารหลากหลายรูปแบบที่ออกแบบและดำเนินงานโดยคนในชุมชนนั่นเอง สำหรับผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่าการศึกษาพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งนั้นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจอันถ่องแท้ ที่เกิดจากกระบวนการสร้างความรู้ที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมอย่างสำคัญของประชาชนในพื้นที่ “ความรู้” ที่ทำให้เกิดการอยู่ดีกินดีของประชาชนในพื้นที่นั้น ต้องเป็นความรู้ชุดใหม่ที่สร้างขึ้นจากความจริงบนฐานประสบการณ์ชีวิต ภูมิปัญญา และวัฒนธรรม เป็นความรู้ที่เร้าให้เกิดการกระทำ เป็นพลังขับเคลื่อนให้ภาคส่วนต่างๆ ของชุมชนหันมาร่วมแก้ปัญหาด้วยปัญญาไปพร้อมกัน

เอกสารอ้างอิง

ดวงพร คำคุณวัฒน์ และคณะ. บทสังเคราะห์ การปฏิบัติการสื่อสารของกลุ่มสื่อชุมชน

โครงการวิจัยการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคม. พิมพ์ครั้งที่ ๒ กรุงเทพฯ:

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ชิงค์เมท, ๒๕๕๑

ดวงพร คำคุณวัฒน์ และคณะ. บทสังเคราะห์ การปฏิบัติการลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค

ความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน. โครงการวิจัยการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลง

สังคม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ชิงค์เมท, ๒๕๕๑

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน

เกรียงศักดิ์ ชือเลื่อม

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานการณ์ของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.43 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 10.38 และร้อยละ 11.90 ในปี พ.ศ. 2548 และปี พ.ศ. 2553 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.12 ในปี พ.ศ. 2573 นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายหรือที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 10 ในปัจจุบันเป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551)

เมื่อจำแนกตามเพศผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุหญิงมีมากกว่าผู้สูงอายุชาย คือ ผู้สูงอายุหญิงมีจำนวน 4 ล้านคน ส่วนผู้สูงอายุชายมีจำนวน 3 ล้านคน โดยผู้หญิง มีอายุเพิ่มขึ้นจาก 72.4 ปี ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 76.1 ปี ในปี พ.ศ. 2543 ส่วนผู้ชายเพิ่มจาก 67.7 ปี เป็น 71.1 ปี และคาดว่าในช่วงปี พ.ศ. 2563-2568 ผู้หญิงจะมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเป็น 80.25 ปี และผู้ชายเป็น 74.72 ปี ในช่วงเวลาเดียวกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี : 2548)

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สมรรถภาพ และสังคม ซึ่งแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงมากน้อยไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา ร่วมกับผู้สูงอายุบางคนมีโรคประจำตัว ซึ่งทำให้สมรรถภาพของร่างกายเสื่อมถอยลงไป ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจในช่วงระยะอายุ 60-70 ปี แต่ความเปลี่ยนแปลงอาจเห็นไม่ชัดเจน แต่เมื่อมีอายุระหว่าง 70-80 ปี จะเห็นความเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนขึ้น และจะเห็นได้อย่างชัดเจน เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป ที่จะมีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น โดยทั่วไปปัญหาของผู้สูงอายุจะมีอยู่ 3 ประการหลัก คือ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการเงิน และปัญหาสังคม (บรรลุ ศิริพานิช, 2546) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและอาการเจ็บป่วยต่างๆ หูตึง ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวเหี่ยว ฟันหักและหลุดตาฝ้าฟาง สายตายาว หูอื้อไม่ค่อยได้ยิน และข้อหลังขี้ลื้อ (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545 : 9-12) และมักส่งผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านอื่นๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และครอบครัว คือ สภาพจิตใจห่อเหี่ยว อารมณ์ไม่คงที่ เศร้าซึม ว่าเหว่ เนื่องจากไม่มีการปฏิสัมพันธ์ พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงหรือญาติมิตร ขาดการยอมรับ การให้คุณค่าและศักดิ์ศรีจากสังคมหลังจากที่ต้องออกจากงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ จำเป็นต้องเฝ้าบ้าน และเลี้ยงหลาน จนในที่สุด ต้องกลายเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเลี้ยงดู ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่นำไปสู่การจัดการสุขภาพต่อไป

ความหมายของการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

การจัดการสุขภาพ หมายถึง การที่ชุมชนมีกระบวนการร่วมกันคิด วิเคราะห์ถึงสภาพความเป็นอยู่ และร่วมกันสร้างกิจกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพ การที่จะทำให้ประชาชนมีจิตสำนึกและแสดงบทบาทในการดูแลตนเอง และพัฒนาสุขภาพของคนในครอบครัว และชุมชนได้นั้น สามารถทำได้ด้วยการสร้างกระบวนการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทาง

พฤติกรรมและเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม ภายใต้การตัดสินใจ และความต้องการของประชาชนและชุมชนตามศักยภาพของท้องถิ่น โดยประชาชนและชุมชนมีอำนาจ เต็มที่คนในชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ร่วมใจกันบริหารจัดการคน ทุน และความรู้ของชุมชน เพื่อให้เกิด “โครงการของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชนในชุมชน” ที่เน้นการพัฒนาคนในชุมชนให้เข้าใจปัญหาของตนและชุมชน คิดเป็น มีทักษะ วางแผนในการแก้ปัญหาเองได้ มีอิสระในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนร่วมกัน ดังนั้น การที่จะทำให้ชุมชนมี ระบบการสร้างสุขภาพอย่างสมบูรณ์แบบ ทุกภาคส่วนจะต้องร่วมมือร่วมใจที่จะสร้างชุมชน ให้แข็งแรงภายใต้ระบบการจัดการที่ดี และเหมาะสมกับท้องถิ่นของตนเอง (สิรินทิพย์ เจนติยา นุรักษ์, 2550)

ความหมายของการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ อาจแบ่งออกเป็นสองนัยยะ คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และการพึ่งพาตนเอง รวมทั้งการแสวงหาการช่วยเหลือด้านสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสูงวัยในอันที่จะส่งผลต่อการจัดการด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน 5 ประเด็น คือ การปรับเปลี่ยนการออกกำลังกาย การจัดการด้านอาหาร การจัดการความเครียด “ทำใจ” การจัดการด้านเศรษฐกิจ “ใช้จ่ายแต่พอควร” และการวางแผนจัดการกับชีวิตในอนาคต “เตรียมพร้อมให้กับตัวเอง” (สุริยาภรณ์ อินทภิรมย์ และคณะ, 2551)

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยค้นหาวิธีการและแนวทางที่จะแก้ปัญหาได้ โดยใช้ความสามารถและศักยภาพของต้นทุนที่มีอยู่แล้วในชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่ประกอบด้วยความพอประมาณ มีเหตุผล และมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ในอันที่จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองทางสุขภาพตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนต่อไป โดยการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ นับว่าเป็นภารกิจสำคัญสำหรับครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม เพื่อที่จะนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือ ดูแล และเอื้ออาทรแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นปุชนิยบุคคลที่ทำคุณประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมมาก่อนจนถึงวัยที่สมควรได้รับการตอบแทนด้วยความรักความอบอุ่น การปรนนิบัติ ดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยจากคนในชุมชนเช่นกัน ซึ่งก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถ ปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุและอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้อย่างมีความสุข

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ จำเป็นต้องมีการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีความสุข และมีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ “ต้องเริ่มจากตัวผู้สูงอายุเอง” โดยมีวิธีการอย่างง่าย ๆ ประกอบด้วย (บรรลุ ศิริพานิช, 2546)

1. การปฏิบัติให้ตนเองเป็นผู้มีสุขภาพกายดีและสุขภาพจิตดี คือ ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ตนเองอยู่ห่างไกลจาก โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ หรือถ้าหากผู้สูงอายุเกิดอาการเจ็บป่วย ก็สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. การเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้าน การดูแลสุขภาพให้กับบุตรหลาน สมาชิกในครอบครัว และคนในชุมชน ตลอดจนทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุตรหลาน สมาชิกในครอบครัว และคนในชุมชน มีพฤติกรรม

ด้านการดูแลสุขภาพที่ดีในด้านต่างๆ

3. การพัฒนาตนเองอยู่เสมอ โดยใส่ใจกับการเรียนรู้และพยายามแสวงหาความรู้ในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และรักษาโรค ตลอดจนนำเอาความรู้ที่ได้รับเหล่านั้นมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้แล้ว ผู้สูงอายุยังควรถ่ายทอดความรู้วิชาการ และประสบการณ์ด้านต่างๆ ให้แก่บุตรหลาน สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนผู้สูงอายุอีกด้วย

นอกจากนี้แล้ว ผู้สูงอายุควรปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น ต้องรู้จักรักษาสุขภาพกายสุขภาพจิตของตน หมั่นศึกษา หาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย การป้องกันและรักษาโรคในเบื้องต้น และเตรียมเรื่องเงินออมเพื่อไม่ให้เป็นการชะงักงันของลูกหลานมากเกินไป ตลอดจนหากิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ เวลา และความพึงพอใจ ทั้งนี้ การดูแลสุขภาพตนเองอาจยึดหลัก 11 อ. ที่ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อูจจาระ อาภาส อาทิตย อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอุ่น และอุบัติเหตุ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2542) หรือในบางครั้งอาจสามารถทำกิจกรรมเล็กๆน้อยๆเพื่อหารายได้เสริมและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ที่สำคัญก็คือ การได้เคลื่อนไหวร่างกายทำกิจกรรมบ้าง จะช่วยให้มีสุขภาพดีตามมาด้วย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สิ่งที่จะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายที่ดีที่สุด ก็คือ การได้ทานอาหารที่ถูกต้อง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีสุขภาพจิตที่ดี (บรรลุ ศิริพานิช, 2546)

ดังนั้น การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ จะต้องเริ่มต้นจากตัวผู้สูงอายุเอง ในการที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เพื่อที่จะได้เป็นต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพ ก่อนที่จะขยายผลไปสู่บุตรหลาน สมาชิกในครอบครัว และคนในชุมชนต่อไป

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ครอบครัวผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บุตรหลาน และสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ ที่เป็นคนที่มีความผูกพันและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง บุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวจึงควรทำความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ตลอดจนทำความเข้าใจในธรรมชาติและความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่ต้องการให้บุตรหลาน และสมาชิกในครอบครัวแสดงความเคารพนับถือ เชื่อฟังและศรัทธา รวมทั้งคอยเกื้อหนุน ประนินบัติ ดูแลเอาใจใส่ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดและเหมาะสมอย่างแท้จริง ดังต่อไปนี้ (ชนิตา สุ่มมาตย์, 2551 บรรลุ ศิริพานิช, 2546 วิรัตน์ คำศรีจันทร์ และคณะ, 2550 สุพัตรา ศรีวิชชากร, 2552)

1. คิดว่าเป็นโอกาสที่ดีที่จะได้ทดแทนบุญคุณผู้ให้กำเนิด และญาติผู้ใหญ่ตามประเพณีวัฒนธรรมที่ดั่งามของไทย และยังมีโอกาสทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่บุตรหลานได้เรียนรู้วิธีการปรนินบัติ ดูแลเอาใจใส่บิดามารดา และญาติผู้ใหญ่อย่างเหมาะสม เช่น การปรนินบัติดูแลยามป่วยไข้ การพูดคุยปรึกษาหารือ การท่องเที่ยวและทำบุญร่วมกับบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว และรับประทานอาหารนอกบ้านร่วมกับบุตรหลาน เป็นต้น เพื่อวันข้างหน้าหากต้องกลายเป็นผู้สูงอายุ บุตรหลานจะได้คุ้นเคยกับการปรนินบัติ ดูแลเอาใจใส่เหมือนเช่นที่เคยปฏิบัติเช่นกัน

2. หางานหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงาน / กิจกรรมที่ชอบตามความรู้ความสามารถ อย่าปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่เฉยๆ เพราะการอยู่เฉยๆ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่างเปล่าไม่

มีค่า หรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะของการรวมกลุ่ม เพื่อให้มีเพื่อน และคลายความเหงา ชื่นเศร้า

3. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ซึ่งจะช่วยให้สมองมีการใช้งานอยู่เสมอ ป้องกันโรคสมองฝ่อ และอาการหลงๆ ลืมๆ ที่สำคัญก็คือ ผู้สูงอายุจะได้ประโยชน์จากความรู้เหล่านั้นด้วย เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ วิธีการออกกำลังกาย เป็นต้น

4. ดูแลเรื่องการเงินให้เหมาะสม รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค และการสื่อสาร เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ

5. เมื่อผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ร่างกายก็จะยิ่งเสื่อมลง ดังนั้น จึงควรให้ผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และที่สำคัญ อย่าปล่อยให้ผู้สูงอายุป่วย เพราะจะทำให้ยากต่อการดูแลรักษา รวมทั้งการได้รับการบริการดูแล การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การสนับสนุนให้บุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวได้ทำหน้าที่ปรนนิบัติ และดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ จึงเป็นบรรทัดฐานที่ดีในสังคมไทย ที่แสดงถึงความกตัญญูทศกัณฐ์ที่ต่อบิตามารดาหรือผู้มีพระคุณ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรักความอบอุ่น และสามารถอยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุขตลอดไป

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยชุมชน

กลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ชุมชนได้เรียนรู้เรื่องการจัดการสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งรวมไปถึงผู้สูงอายุ ก็คือ **“การสร้างชุมชนผู้สูงอายุหรืออาสาสมัครผู้สูงอายุ”** ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่จะต้องดำเนินการปรับทัศนคติและบทบาท สร้างจิตสำนึก ศรัทธา ความรักความสามัคคี เสริมสร้างและพัฒนาผู้นำให้มีศักยภาพในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเอง และให้ความสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ที่เอื้อต่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ต่างๆ อย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อนำไปสู่การจัดการกิจกรรมการดูแลสุขภาพโดยชุมชน ด้วยชุมชน เพื่อชุมชนร่วมกัน (สิรินทิพย์ เจนติยานุรักษ์, 2550)

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยชุมชน เป็นงานที่ดำเนินการ โดยผู้สูงอายุ ด้วยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการคิด วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล ตามคำกล่าวที่ว่า **“พึ่งตนเอง และพึ่งพากันเอง เมื่อเห็นว่าเหลือกำลังแล้วจึงแสวงหาความช่วยเหลือจากภาครัฐ”** โดยอาศัยทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชนเป็นหลัก คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นคลังสมองหรือภูมิปัญญาที่มีทุนความรู้และประสบการณ์ ต่างๆ ที่สั่งสมมาแต่อดีตมากมาย แต่ยังคงต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านวิชาการ ด้านการศึกษา และด้านการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ ในอันที่จะนำไปสู่การจัดตั้ง **“ชุมชนผู้สูงอายุหรืออาสาสมัครผู้สูงอายุ”** เพื่อที่จะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการสร้างชุมชนผู้สูงอายุหรืออาสาสมัครผู้สูงอายุ อาจมีกลวิธีในการดำเนินงานตามขั้นตอนต่างๆ ดังต่อไปนี้ (จำรูญ มีখনอน และคณะ, 2551 ชนิตา สุ่มมาตย์, 2551)

1. การสร้างแนวร่วม และบูรณาการประสานเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย การทำงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรท้องถิ่น สถาบันการศึกษา คนในชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ

2. การค้นหาคนทำงานหรืออาสาสมัครผู้สูงอายุ ที่มีจิตอาสาและสมัครใจในการ

ทำงานด้านการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยตนเอง หรือที่เรียกว่า “เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยหากไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ต้องประสานความร่วมมือไปยังภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ ในพื้นที่ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สำนักงานเทศบาล กาชชาตจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

3. การพัฒนาความรู้และทักษะประสบการณ์ในการทำงานให้แก่กลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุ โดยช่วยพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วิชาการ การศึกษา และการฝึกอบรม เพื่อทำหน้าที่เป็นคณะทำงานของสมาคมชมรม สามารถนำความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนให้การดูแล และช่วยเหลือผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

4. การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดและสมาคมชมรมผู้สูงอายุจังหวัด โดยมีชมรมผู้สูงอายุทุกชมรมภายในจังหวัดเข้ามาเป็นสมาชิก ส่งผู้แทนเป็นคณะกรรมการ / คณะทำงาน และที่สำคัญที่สุด คือ เป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุ ที่มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมและปฏิบัติการกิจสำคัญ 4 เรื่องหลัก ได้แก่

1) การบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ คือ การจัดการองค์การหรือวางระบบการบริหารจัดการ และการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร โดยประสานงานอย่างใกล้ชิดกับทุกเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการเข้าไปร่วมสร้างศักยภาพให้แก่คนในชุมชนด้วย

2) การพัฒนาบริการของชมรมผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพและสวัสดิการ คือ เน้นการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพและสวัสดิการต่างๆ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัญหาความยากจนให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้ความรู้และการฝึกอบรมแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

3) การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ยากจน พิการ ด้อยโอกาส และขาดที่พึ่ง ซึ่งเป็นความต้องการอย่างเร่งด่วนของผู้สูงอายุ ที่จะต้องมีแผนการเฝ้าระวัง และแสวงหาความร่วมมือกับองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ สำหรับให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุแบบเร่งด่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรองรับผู้สูงอายุที่ถูกละทิ้ง

4) การจัดหาทุนและประชาสัมพันธ์ผลงานของชมรมผู้สูงอายุ ให้ได้รับการสนับสนุนอย่างยั่งยืนถาวร โดยการจัดหาแหล่งทุน และทรัพยากรการบริหารจัดการจากแหล่งทุนต่างๆ ที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ ตั้งแต่ อบจ. อบต. และสำนักงานเทศบาล ที่ควรให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

5. การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน โดยร่วมกันวางแผนและให้สนับสนุนการปฏิบัติงานอาสาสมัครผู้สูงอายุ รวมทั้งติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ ก่อนที่จะดำเนินงานถอดบทเรียน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาและปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน ในอันที่จะนำไปสู่การขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

สรุปได้ว่า ชุมชนผู้สูงอายุ เป็นการรวมตัวของอาสาสมัครผู้สูงอายุ ที่มีจิตอาสาหรือสมัครใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานในฐานะคณะกรรมการ/คณะทำงานของสมาคมชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นชุมชนอีกชุมชนหนึ่งของสังคม โดยอาสาสมัครผู้สูงอายุเหล่านี้ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยตนเอง และอาจรวมไปถึงการจัดการสุขภาพให้แก่บุตรหลาน สมาชิกในครอบครัว และคนในชุมชนอีกด้วย

บทสรุปของการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวเนื่องกับกลุ่มบุคคล 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มครอบครัว และกลุ่มชุมชน ที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยกัน กล่าวคือ การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง หรือที่เรียกว่า ในระดับปัจเจก ครอบคลุมทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการกินอาหาร การออกกำลังกาย คลายเครียด การรวมกลุ่มยกย่องให้มีบทบาทในสังคม จิตอาสา ความมีศาสนาธรรม และดำเนินชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง เป็นต้น สำหรับการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ควรปฏิบัติได้ทั้งระดับครอบครัวและระดับชุมชน โดยระดับครอบครัว ควรสนับสนุนให้บุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวได้แสดงความกตัญญูแก่ผู้สูงอายุด้วยการมอบความรักความอบอุ่นความห่วงใย และปรณินิบัติดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ส่วนระดับชุมชน จะต้องดำเนินงานในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน และต้องมีผู้ที่ทำหน้าที่เสมือนเพื่อนร่วมทาง พี่เลี้ยง คอยชี้แนะและสนับสนุนในด้านต่างๆ ทั้งด้านองค์ความรู้ทางวิชาการ ทรัพยากรดำเนินงาน และงบประมาณสำหรับการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในอันที่จะช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและคนในชุมชนได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จำริญ มีชนอน และคณะ (2551). โครงการบูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พ.ศ. 2550. สถาบัน
พัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล : นครปฐม.
- ชนิตา สุ่มมาตย์ (2551). การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กร
ชุมชนในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรม
ศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บรรลุ ศิริพานิช (2546). หนังสือชุดการพัฒนาสถาบันครอบครัว เรื่อง “ครอบครัว
กับผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, บริษัท
ไร่ไทยเพรส จำกัด.
- รุ่งโรจน์ พุ่มวิ้ว (2545). สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและบทบาทของสุขศึกษาในการส่งเสริม
สุขภาพ ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญดีการพิมพ์.
- วิรัตน์ คำศรีจันทร์ ศรีสนิท อิทธิพนธ์ เสาวภา พรสิริพงษ์ สายฤดี วรกิจโกศาทร
และอรพินท์ บรรจง (2550). ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงอายุ : การทบทวนแนวคิด
และองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูง
อายุ. เครือข่ายนักวิจัย MERIT : Mahidol Elderly Research Institute Taskforce,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชริน สินชวนนท์ (2552). บทความเรื่อง พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุคำตอบอยู่ที่ชุมชน.
วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2
เดือนมีนาคมถึงมิถุนายน 2552, หน้า 48-51.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2552). การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน : ระบบ หลักการ
และแนวทางปฏิบัติ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.

สุริยาภรณ์ อินทภิรมย์ ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และทัศนาศูววรรณะปกรณ (2551).

พยาบาลสาร ปีที่ 35 ฉบับที่ 4 ตุลาคมถึงธันวาคม 2551.

สินทร จันศิริกาญจน (2542). การดูแลผู้สูงอายุ. นิตยสารใกล้หมอ ปีที่ 21 ฉบับที่ 7 กรกฎาคม 2542.

สินทิพย์ เชนติยานุรักษ์ (2550). โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. ศูนย์สุขภาพ

ชุมชนบ้านเขาดิน ตำบลเขาดิน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573 (ข้อมูลสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง).

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2548).

กรอบยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ.

กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล๊อค.

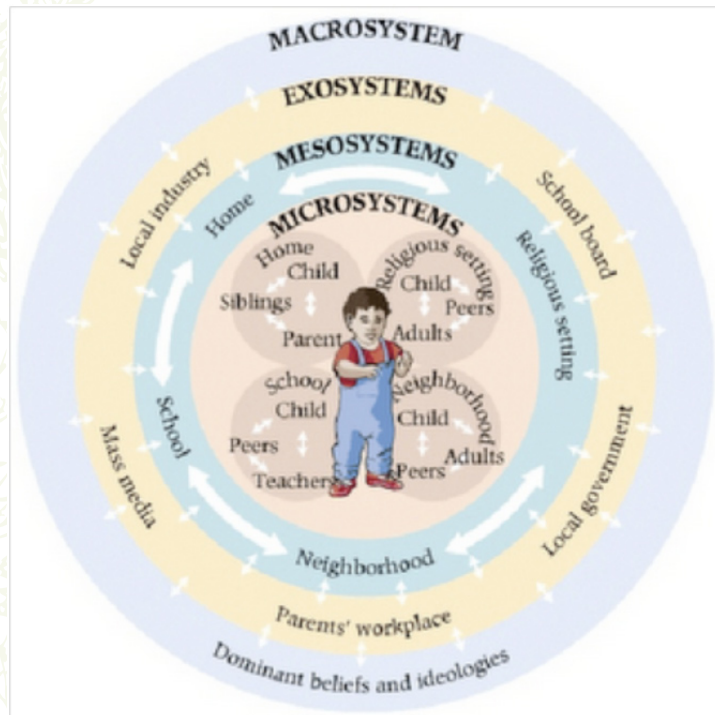


ได้รับศักยภาพครอบครัว: ครอบครัวเข้มแข็งรูปแบบเข้มแข็ง

ดร.ประภาพรณ จูเจริญ

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ครอบครัวนับเป็นหน่วยย่อยที่สุดในสังคม แต่เป็นหน่วยสำคัญที่สุดในการบ่มเพาะมนุษย์ เข้าสู่สังคม ในปัจจุบันมีรายงานการวิจัยบ่งชี้ถึงความสำคัญของครอบครัวในการบ่มเพาะคุณลักษณะต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลิกภาพ จิตใจและปัญญา



รูปที่ 1 Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory, คัดลอกจาก

<http://whatmakespeopletick.blogspot.com/2010/07/bronfenbrenners-ecological-systems.html>

Urie Bronfenbrenner จิตแพทย์เชื้อสาย รัสเซีย อเมริกัน ผู้มีชื่อเสียงในการพัฒนาทฤษฎีระบบนิเวศน์ (Ecological System) เพื่ออธิบายพัฒนาการเด็ก ให้ความสำคัญกับปัจจัยแวดล้อมตัวเด็ก โดยอธิบายให้เห็นเหตุและปัจจัยต่าง ที่อยู่แวดล้อม เด็ก ครอบครัว ชุมชน และสังคม ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อกันและกัน เด็กในทุกสังคมทุกชนชั้นทุกเศรษฐกิจจะเกิดมาพร้อมกับสมองที่พร้อมพัฒนาด้วยกันทุกคน ไม่มีเด็กคนไหนจะพัฒนาสมองไม่ได้เว้นแต่มีพยาธิสภาพสมองแต่กำเนิด สมองเด็กแต่ละคนจะแตกต่างกันตามพันธุกรรม และการเลี้ยงดูจึงทำให้เด็กแต่ละคนจะมีวิธีคิด การแสดงออกแตกต่างกันแม้อยู่ในครอบครัวเดียวกัน

เมื่อแรกเกิดเด็กต้องสามารถช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นโดยอาศัยสัญชาตญาณของความอยู่รอด เสียงร้องเป็นเพียงสิ่งเดียวที่จะแสดงออกมาถึงความต้องการการช่วยเหลือ เพราะยังพูดส่งภาษาไม่ได้ ผู้ดูแลเด็ก (Caregiver) ต้องเข้าใจอาการ (Sign Language) เด็กแสดงออกมา ต้องเข้าไปหาเด็กที่กำลังร้องไห้ด้วยความอบอุ่น พูดถามด้วยความอ่อนโยน สัมผัสที่นุ่มนวล ให้เด็กได้รับรู้ถึงความรักความทะนุทะนอม เสียงร้องนั้นอาจมาจากหิวนม

เปี้ยกแฉะ ท้องอืด มด แผลงกัด ไม่สบายตัว การเข้าหาเด็กด้วยความอบอุ่นต่างๆ นั้นจะค่อย ๆ สร้างความมั่นคงทางใจให้เด็ก ในทางตรงกันข้ามมีผู้ดูแลเด็กที่มักแสดงอาการโมโห รำคาญ เสียงร้องจะพยายามหยุดเสียงร้องนั้นด้วยความรุนแรง ทั้งเขย่าตัวเด็ก ตะโกนใส่เด็ก ทำร้ายร่างกายเด็ก ผลลัพธ์จากรายงานการวิจัยพบว่าไม่ได้เป็นผลเชิงบวกกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก กลับส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า และมีผลต่ออารมณ์การแสดงออกของเด็กเมื่อเติบโตขึ้นในภายหลัง (Shore, 1997)

ตามระบบนิเวศน์ของ Bronfenbrenner จะเห็นได้ว่า เด็กซึ่งเป็นลักษณะปัจเจก (Individual) อยู่แวดล้อมโดยครอบครัว (Family) ครอบครัวจะถูกแวดล้อมด้วยลักษณะชุมชนในแต่ละชั้น (Layer) Bronfenbrenner จะอธิบายบทบาทหน้าที่ ที่จะส่งผลกระทบหรือปฏิสัมพันธ์ต่อกัน

ระบบในชั้นแรกเรียกว่าชั้น microsystem ซึ่งเป็นชั้นที่ใกล้ชิดตัวเด็กที่สุดนั่นคือ ครอบครัว หรือผู้ดูแลเด็ก ครูที่โรงเรียน เพื่อน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการก่อร่างสร้างตัว (Form) พัฒนาการของเด็กมากที่สุด อาจกล่าวได้ว่าสภาวะในเด็กเริ่มต้นที่ชั้นนี้เป็นลำดับแรก เด็กจะซึมซับ ปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ พฤติกรรมสุขภาพในครอบครัว สภาวะอารมณ์ ความมั่นคงทางใจ การฝึกสติในสถานการณ์ต่าง ๆ การเลือกไม่เลือกสิ่งใด โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลมากที่สุด

ระบบในชั้นต่อมาเรียกว่าชั้น mesosystem ซึ่งเป็นชั้นของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บ้าน (ครอบครัว) เพื่อนบ้าน โรงเรียน ที่หล่อหลอมพฤติกรรมเด็ก เช่น ครูในโรงเรียนจะบ่มเพาะความคิด ทักษะ การเรียนรู้ (Literacy) ของเด็กกับสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่แวดล้อม เช่น ทักษะการปฏิเสธสิ่งเสพติด พฤติกรรมการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ พฤติกรรมสุขภาพอนามัย การรู้จักอดทน ความยินยอม มีน้ำใจต่อกลุ่ม และเชื่อมปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวทางบ้านเด็ก ให้มีลักษณะ หรือวัฒนธรรมไปในทิศทางเดียวกันจะส่งผลดีกับพัฒนาการเด็กและดีกับครอบครัว ชุมชน

ระบบในชั้นต่อมาเรียกว่าชั้น exosystem ซึ่งเป็นชั้นที่กล่าวถึงปัจจัยแวดล้อมครอบครัว เช่น ชุมชน สังคมท้องถิ่น (Local Government) นโยบายของโรงเรียน (School Board) สถานที่ทำงานของพ่อแม่ (Parent Workplace) ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อเด็กถึงแม้จะอยู่ในชั้น (Layer) ไกลจากตัวเด็กก็ตาม เช่น นโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงเรียน จะส่งผลต่อการบ่มเพาะทักษะการเข้าใจการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารในเด็กและเยาวชน (Information and communication technology in Youth Literacy)

ระบบในชั้นต่อมาเรียกว่าชั้น macrosystem ซึ่งเป็นชั้นที่อยู่ไกลเด็กและครอบครัวคือเป็นชั้นของความคิด ความเชื่อ เช่น สังคมอเมริกัน สังคมไทย ความคิด ความเชื่อระหว่างสังคมชนเผ่าต่าง ๆ ในสังคมไทย ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ของครอบครัว เด็กที่เติบโตมาในความเชื่ออย่างไรจะมีทัศนคติและพฤติกรรมตามความเชื่อนั้นเช่น ความเชื่อเรื่องเป็นแผลห้ามรับประทานไข่ เมื่อโตขึ้นเป็นแผลก็จะไม่ยอมรับประทานไข่ แม่แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขจะอธิบายก็ยากจะเปลี่ยนความเชื่อนั้น

ประยุกต์ทฤษฎีของ Bronfenbrenner ในครอบครัวลักษณะต่าง ๆ เช่น ครอบครัวเด็ก “ก้าวพลาด” เด็กเกิดมาในครอบครัวที่มีแต่เสียงทะเลาะวิวาท ครอบครัวอาศัยในชุมชนแออัดที่มีแต่การทะเลาะวิวาท และใช้ความรุนแรงในการยุติปัญหา ลักษณะชุมชนไม่สะอาดมีการมั่วสุมเล่นพนัน และสิ่งเสพติด ผู้ปกครองท้องถิ่นไม่มีนโยบายพัฒนาชุมชน เด็กคนนี้เติบโตมาด้วยความเชื่อว่าการพนันก็ไม่เสียหายอะไร ถ้าไม่ถูกจับ มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า

และคุ้นชินกับการใช้ภาษาหยาดคาย ทะเลาะวิวาท ใช้ความรุนแรง ติดเพื่อน(มั่วสุม) ติดเกมส์ ใช้อินเทอร์เน็ตไม่เหมาะสม เสพสื่อไม่สร้างสรรค์ ไม่สนใจเรียนหนังสือ ไม่มีจิตสาธารณะ สอดคล้องกับวิจัยวิเคราะห์ว่าเป็นปัญหาจากครอบครัวไม่มีเวลา ไม่มีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ระบบการศึกษาไม่เอื้อในการส่งเสริมการเรียนรู้ สังคมไม่เข้มแข็ง มีแหล่งอบายมุข และที่อโคจรให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงง่าย

ผลการวิจัยที่สะท้อนให้เห็นว่าเด็กรับรู้ถึงการถูกกระทำความรุนแรงมากที่สุดคือการถูกทอดทิ้ง ปล่อยปละละเลย เพราะเด็กรู้สึกตัวตนเองไม่มีความหมายสำหรับครอบครัวเลย ไม่เคยมีใครในครอบครัวสนใจ ถามทุกข์-สุข ได้ถามเรื่องการเรียน เด็กตอบว่า “ดียิ่งดีกว่าถูกทอดทิ้งแบบนี้” (ประภาพรรณ และ ปานรัตน์, 2550) ต่อมาในปี 2552 คณะนักวิจัยได้ทำการพัฒนารูปแบบเพื่อพัฒนาการเสริมศักยภาพชุมชนและครอบครัวในชุมชนแออัด โดยทฤษฎีของ Bronfenbrenner จึงทดลองพัฒนาปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมแม่ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มแม่ที่มีลูกติดยา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ดุด่า ไม่ใช้ภาษาหยาดคาย ควบคุมอารมณ์ ขยันทำงาน มีอาชีพมั่นคง จัดสรรเวลาคุณภาพ (Quality Time) แบ่งเวลามาทำอาหารรับประทานในครอบครัว แบ่งปันเพื่อนบ้าน มีการเก็บออมเงิน และมีบ้านอยู่อาศัยเป็นของตนเอง เมื่อแม่เปลี่ยนแปลงก็ส่งผลกระทบต่อลูกทำให้ลูกกลับเข้าบ้านบ่อยขึ้น ชอบอยู่บ้านมากขึ้น จากนั้นนักวิจัยมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการใช้ชีวิตของเด็กและเยาวชน พบว่าเด็กหยุดใช้ยาและสิ่งเสพติด สมัครใจเข้ารับการบำบัด เรียนต่อในระดับสูงขึ้น ผลลัพธ์ต่อครอบครัวคือครอบครัวมีความสุขไม่ทะเลาะวิวาท ชุมชนมีความสุข มีความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สินมากขึ้นจากผลลัพธ์นี้ผู้นำชุมชนจึงพัฒนาเครือข่ายแม่ที่มีลูกติดยาขึ้น โดยหวังว่าจะได้ “ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice; CoP)” ในกลุ่มแม่ และแกนนำในชุมชน ในปัจจุบันโครงการวิจัยอยู่ระหว่างการติดตามและประเมินผลโครงการ

จะเห็นได้ว่าเมื่อครอบครัวเข้มแข็ง ชุมชนก็เข้มแข็ง ผลลัพธ์เชิงรูปธรรม เด็กในชุมชนมีการศึกษาต่อดีขึ้น รัฐลดภาระสวัสดิการ เพราะครอบครัวช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ชุมชนน่าอยู่ ผลกระทบกลับไปสู่ระดับปัจเจก (Individual) ที่ตัวเด็กที่สามารถพัฒนาและเติบโตทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา จากการปมเพาะ เลี้ยงดู (Nurture)

นอกจากทฤษฎีของ Bronfenbrenner แล้วผู้ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวควรเข้าใจเรื่องพัฒนาการสมองของเยาวชน (Adolescence brain development) ในช่วงวัยนี้มีพัฒนาการของระบบลิมบิก (Limbic System) เจริญที่สุด ผู้ใหญ่ และผู้ใกล้ชิดทั้งญาติ ครู ก็เคยผ่านวัยเยาวชนกันมาแล้วทุกคนยังต้องเข้าใจทั้งในความรู้ประจักษ์ในตน (Tacit) ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองให้เป็นแบบอย่าง (Role Model) เพื่อกระตุ้นเซลล์กระจกเงา (Mirror Neuron) ของสมองส่วนหน้า ให้เด็กและเยาวชน มีพฤติกรรมเลียนแบบสิ่งดีผ่านเซลล์กระจกเงา นี้ นอกจากนี้ในวัยรุ่น ฮอร์โมนเพศทำงานแล้ว จึงต้องมีความระมัดระวังในสื่อกระตุ้นต่าง ๆ ต้องอธิบายให้เด็กวัยนี้ เข้าใจในชีววิทยาของการขับฮอร์โมนเพศ และการแสดงออกที่เหมาะสมและไม่ละเมิดสิทธิต่อบุคคลอื่น ใช้สื่อต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์ ทำให้เยาวชนรักการเรียนรู้ รักการอ่าน รักการไปเรียนหนังสือ สร้างแรงจูงใจในการเรียนหนังสือผ่านอารมณ์สนุก เพลิน (Play and Learn) มีพื้นที่สร้างสรรค์ให้วัยรุ่นแสดงออก ทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เป็นการพัฒนาจุดเชื่อมโยงของข่ายใยประสาท (Neural Network) เด็กจะเรียนรู้จากภาวะแวดล้อม และเก็บเป็นความจำ จากความจำสั้น (Short-term Memory) เป็นความจำถาวร (Long-term Memory) ผลลัพธ์เกิดศักยภาพในการเรียนรู้พัฒนาตนเอง มีขีดความสามารถในการแข่งขันและส่งพลังไปยังครอบครัว



รูปที่ 2 การทำงานของสมองในการเรียนเชื่อมโยงของข่ายใยประสาท, คัดลอกจาก <http://csrc.if.uj.edu.pl/en/>

ดังนั้นเพื่อให้เด็กและเยาวชนเป็นพลังสร้างสรรค์ พลังแห่งปัญญา นำพาสังคมในภายหน้าต่อไป ครอบครัว คุณครูคือพลังแห่งการกระตุ้น ส่งเสริมปัญญาของเด็กและเยาวชน จึงควรหันมาให้ความสำคัญกับคุณภาพของการบ่มเพาะของครอบครัว เมื่อครอบครัวเข้มแข็ง จะมีผลต่อเนื่องไปยังชุมชนเข้มแข็ง สังคมเข้มแข็ง ประเทศชาติพัฒนาและพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development)

เอกสารอ้างอิง

ประภาพรรณ จูเจริญ และ ปานรัตน์ นิ่มตะลุง โครงการศึกษาศถานการณ์ความรุนแรงต่อเด็กในครอบครัว : เพื่อแนวทางการป้องกันความรุนแรง. มูลนิธิสธารณสุขแห่งชาติ, 2550

ประภาพรรณ จูเจริญ. โครงการทบทวนวรรณกรรมการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเด็กในศูนย์เด็กเล็ก: ประสบการณ์จากต่างประเทศ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2550
Shore, R (1997). Rethinking the brain. New York: Families and Work Institute.

Bremner, J., Randall, R., Scott, T., Bronen, R., Seibyl, J., Southwick, S., Delaney, R., McCarthy, G., Charney, D., Innis, R. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry, 152: 973 981.

[http://whatmakespeopletick.blogspot.com/2010/07/bronfenbrenners-ecological-systems.](http://whatmakespeopletick.blogspot.com/2010/07/bronfenbrenners-ecological-systems.html)

html (Accessed on 20th December, 2011)

<http://csrc.if.uj.edu.pl/en/> (Accessed on 20th December, 2011)

วัตถุประสงค์สุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

นายสมชาย วิริกรรมกุล

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ความหมายของสุขภาพ

คำว่าสุขภาพมีความหมายที่กว้างขวาง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของ สุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 1948 ไว้ดังนี้ “สุขภาพหมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิต อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรค และ ทุพพลภาพเท่านั้น” ต่อมาในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2541 ได้มีมติให้เพิ่มคำว่า “Spiritual well-being” หรือสภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปในคำจำกัดความของสุขภาพเพิ่มเติม พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ว่า “ความสุขปราศจากโรค, ความสบาย” ก่อน พ.ศ.2500 เราใช้คำสุขภาพกันน้อยมาก เพราะขณะนั้นเราใช้คำว่า “อนามัย” (อน + อามัย) ซึ่งหมายถึง ‘ความไม่มีโรค’ ซึ่งเมื่อเปรียบกันแล้วจะเห็นว่า คำว่า “สุขภาพ” มีความหมายกว้าง และสมบูรณ์กว่า “อนามัย” เพราะสุขภาพเน้นสภาวะคือ ภาวะที่ทำให้เกิดความสุขปราศจากโรคซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายๆ ปัจจัย และมีความหมายในเชิงบวก ส่วนอนามัยนั้นเน้นที่โรคซึ่งเป็นความทุกข์ มีความหมายในเชิงลบซึ่งกล่าวได้ว่า สุขภาพหมายถึงสภาวะทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพเป็นทั้งสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และการลงทุนทางสังคมที่คุ้มค่า

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ มีทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลแต่ละคน ที่เป็นพันธุกรรม และพฤติกรรมของแต่ละคน และปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพแวดล้อมทางสังคม รวมถึงความเป็นธรรม สันติภาพหรือความสงบสุขในสังคม และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ปัญหาสาธารณสุขเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่างๆ แนวโน้มปัจจุบันพบว่าปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั้งที่เป็นโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ส่วนใหญ่จะเกิดจากตัวมนุษย์ (Host) เป็นผู้กระทำ หรือมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ มากกว่าสิ่งที่ทำให้เกิด (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ด้วยเหตุนี้สาเหตุหลักของปัญหาสาธารณสุข (Direct or primary cause) ที่เผชิญอยู่จึงมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง / ไม่เหมาะสมของบุคคล มากกว่าที่จะมาจากพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง (Health risk behavior) ของบุคคลจะเป็นดัชนีชี้วัดสถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มของปัญหาสาธารณสุขว่ามีการป่วย การตาย ภาวะความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ รวมทั้งสภาพแวดล้อมเป็นอย่างไร ซึ่งการป่วยการตายนั้น จะปรากฏอย่างชัดเจน เปรียบเสมือนกับก้อนน้ำแข็งที่ปรากฏเหนือน้ำ ส่วนภาวะเสี่ยงพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม เปรียบเสมือนกับก้อนน้ำแข็งที่ยังไม่เห็นน้ำ

สิ่งที่สำคัญคือสุขภาพดีต้องสร้างได้ทั้งของตัวเองหรือปัจเจก แล้วไปสู่ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน โรงงาน ที่ทำงาน ท้องถนน ที่ทุกๆ แห่ง สร้างได้โดยทุกคนทุกเพศ ทุกวัยและเมื่อเกิดสุขภาพเสียก็ควรมีระบบบริการที่ดี มีคุณภาพไว้ให้บริการอย่างเสมอภาค อย่างไรก็ตามถ้าปรับระบบสุขภาพให้มีกลไก กฎเกณฑ์ มาตรการต่างๆ ที่เน้นการสร้างสุขภาพ เน้นการควบคุม

ป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ นำหน้าระบบการซ่อมสุขภาพเสีย ด้วยงบประมาณเท่าที่ใช้ในการซ่อมสุขภาพที่มีอยู่เดิม จะทำให้สุขภาพของประชาชนน่าจะมีสุขภาพที่ดีกว่าเดิมได้ แต่สิ่งสำคัญคือพฤติกรรมสุขภาพประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ

การจัดการสุขภาพ

ฉะนั้น การจัดการ เพื่อให้เกิดสุขภาพดี จึงหมายถึง การจัดการทั้งส่วนที่เป็นพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และการจัดการด้านสภาพแวดล้อมที่ลดความเสี่ยง และเอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี

การจัดการสุขภาพ เป็นกระบวนการ วิธีการนำคน ความรู้ เทคโนโลยี และทุนของชุมชนมาใช้ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งในที่นี้จะขอแบ่งออกเป็น 3 แนวทาง

ก. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

ข. การสร้างเสริมสุขภาพ

ค. การจัดการสิ่งแวดล้อม

ก. การเฝ้าระวังพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behavior surveillance) (จารุวรรณ นิพนานนท์, 2550)

หมายถึง การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูลตามประเด็นของดัชนีพฤติกรรม สุขภาพที่ต้องการเฝ้าระวังของ กลุ่มเป้าหมายในช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง อาจจะมีการรวบรวม ข้อมูลครั้งเดียวหรือรวบรวม ข้อมูลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการคล้ายการ เก็บข้อมูลเชิงสำรวจซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการแก้ไข และป้องกันปัญหา สาธารณสุขเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะปัญหาสาธารณสุขที่มีสาเหตุโดยตรงมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคล ในการแก้ไขหรือการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาจำเป็นที่จะต้องป้องกันที่ พฤติกรรมของบุคคล ไม่ให้มีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค ทั้งที่เป็นโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง จึงจำเป็นจะต้องทราบว่า กลุ่มประชากรใดมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงจะสามารถให้คำแนะนำ หรือดำเนินการแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทันการณ์ ในขณะเดียวกันก็ติดตามแนวโน้ม ของประชาชนที่เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่เหมาะสมเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นๆ เพื่อ หาหนทางควบคุมและป้องกัน หรือแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวต่อไป

พฤติกรรมสุขภาพ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ ไว้หลายแบบดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น (Good, 1959 อ้างในปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล มีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้ เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่

ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ
2. เป็นการไม่กระทำ (Non Action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำ หรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ(Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยคำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปนิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

พฤติกรรมสุขภาพในมุมมองของนักสังคมศาสตร์ มุ่งเน้นไปที่ การเชื่อมโยงพฤติกรรมกับ ระบบสังคมวัฒนธรรมนักสังคมศาสตร์มีความเชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการเจ็บป่วย พฤติกรรมการเฝ้าระวังรักษาของประชาชนหรือผู้ป่วยนั้นจะสะท้อนระบบสังคม และวัฒนธรรมของชุมชน (มัลลิกา มัติโก, 2534)

ดังนั้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือสุขภาพกาย จิตใจ / อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุลภายใต้บริบท เราอาจแยกพฤติกรรมของคนเรา ออกเป็นส่วนที่นำไปโดยตั้งใจที่จะส่งเสริมหรือป้องกันสุขภาพ (ดังคำนิยามข้างต้น) หรือส่วนที่กระทำไปโดยไม่ตั้งใจที่จะหวังผลด้านสุขภาพ ตามความหมายที่นักวิชาการได้ให้ไว้

รูปแบบและลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกได้ 4 ประเภท (จีระศักดิ์และเฉลิมพล, 2549)

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมการรักษาโรค เป็นการแสดงออกของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติ ของร่างกาย จิตใจหรือสังคม
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการแสดงออกของบุคคลเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับการศึกษา ประสบการณ์ ความเชื่อ พฤติกรรมการกิน
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำ หรือการแสดงออกของบุคคลในการดูแลรักษา และสร้างเสริมสุขภาพให้มีความแข็งแรงเสมอ
4. พฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขเป็นการกระทำหรือแสดงออกของบุคคลในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข การณรงค์ต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ข. การสร้างเสริมสุขภาพ

ซึ่งหมายถึงกระบวนการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

กลยุทธ์หลัก 5 ประการในการสร้างสุขภาพตามประกาศของออตตาวา (Ottawa charter,

1986)ได้แก่

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ(Build Healthy Public Policy) เพราะสุขภาพมีขอบเขตกว้างออกไปนอกวงการสาธารณสุข ผู้กำหนดนโยบายทุกภาคส่วนทั้งด้านเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม ทุกระดับมีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งการตัดสินใจของภาคส่วนต่างๆ ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพด้วย ฉะนั้นการดำเนินการสร้างสุขภาพส่วนหนึ่งจึงต้องพัฒนาและประสานกับมาตรการทางสังคม นโยบายสาธารณะเพื่อนำไปสู่สุขภาพ รายได้และความเสมอภาคทางสังคม

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) เน้นความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยสังคมและระบบนิเวศวิทยา ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติถือว่าเป็นภารกิจของประชาคมโลก

3. เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง(Strengthen Community Action) คือต้องอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิผล ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ และการดำเนินการเพื่อบรรลุสภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม หัวใจของกระบวนการดังกล่าวคือการสร้างอำนาจของชุมชนความรู้สึกเป็นเจ้าของและควบคุมอนาคตของเขาเอง เพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนทางสังคม โดยชุมชนต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีโอกาสเรียนรู้และมีแหล่งทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล(Develop Personal Skills) การสร้างเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนการพัฒนาบุคคลและสังคมด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิตนั้นเป็นการเพิ่มทางเลือกและโอกาสให้กับชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ ส่งเสริมให้มี การเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเตรียมพร้อมในการดำเนินชีวิตในวัยต่างๆและสามารถควบคุมโรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วย หน่วยงานต่างๆต้องเป็นผู้ริเริ่มจัดให้เกิดกระบวนการดังกล่าวขึ้นในโรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงานในชุมชนต่างๆทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานของตนเองเพื่อให้เกิดเป็นเครือข่ายทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

5. ปรับเปลี่ยนการบริการด้านสาธารณสุข (Reorient Health Services) เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ต้องทำงานร่วมกันเพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพที่ดีของประชาชน การปรับเปลี่ยนนี้ต้องให้ความสำคัญใน ด้านการวิจัยทางสาธารณสุขและหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรด้านสาธารณสุขสาขาต่างๆ เน้นทางด้านความร่วมมือของชุมชนความร่วมมือระหว่างภาครัฐ กับประชาชน หรือสถาบันการศึกษา กับบุคลากรในสังกัด

ปัจจุบันมีการดำเนินการทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเดินแอโรบิค การวิ่ง การออกกำลังกาย รำกระบอง เต้นฮูลาฮูป ล้วนแต่เป็นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี มีประโยชน์ต่อร่างกายและมีประชาชนร่วมกิจกรรมกันมากมายทั้งที่ตั้งใจออกกำลังกายและที่ทำตามหน้าที่ ซึ่งประโยชน์ก็ไปตกอยู่ที่กลุ่มคนที่ตั้งใจออกกำลังกายมากกว่า ในเรื่องพฤติกรรมการกิน เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง มีการณรงค์ในเรื่องนี้กันมากมาย การกินอาหารสุขภาพ การกินผักปลอดสารพิษ การกินอาหารสุก สะอาด การดื่มน้ำสะอาดให้ละเอียด เป็นต้น

ค. การจัดการสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม คือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวมนุษย์ทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต รวมทั้งที่เป็นรูปธรรม (สามารถจับต้องและมองเห็นได้) และนามธรรม (ตัวอย่างเช่นวัฒนธรรม

แบบแผน ประเพณี ความเชื่อ) มีอิทธิพลเกี่ยวโยงถึงกัน เป็นปัจจัยในการเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ผลกระทบจากปัจจัยหนึ่งจะมีส่วนเสริมสร้างหรือทำลายอีกส่วนหนึ่ง อย่างหลีกเลี่ยงมิได้ สิ่งแวดล้อม เป็นวงจรและวัฏจักรที่เกี่ยวข้องกันไปทั้งระบบสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ทั้งในเขตเมืองและเขตเมืองและชนบทมี ดังนี้

1. ปัญหาสิ่งแวดล้อมในเขตเมืองและผลกระทบต่อสุขภาพ

ในเขตเมืองและเขตอุตสาหกรรม ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ คือ เรื่อง มลพิษทางอากาศ (Air Pollution) ซึ่งมีแหล่งกำเนิดที่สำคัญจากยานพาหนะและการคมนาคม รวมทั้งปัญหาจราจรติดขัด การเผาไหม้เชื้อเพลิงของยานพาหนะก่อให้เกิดมลพิษคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) ไฮโดรคาร์บอน (HC) ออกไซด์ของไนโตรเจน (NO, NO₂ และ NO_x) และ สารตะกั่ว ซึ่งใช้เป็นสารเติมในน้ำมันเชื้อเพลิง นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องฝุ่นละอองมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม มลพิษจากโรงไฟฟ้า

ผลกระทบของมลพิษทางอากาศต่อสุขภาพของมนุษย์ ทำให้เกิดอาการแพ้และระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจและมลพิษอากาศแต่ละชนิดจะก่อให้เกิดอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจ มีความรุนแรงแตกต่างกัน มลพิษอากาศบางชนิดจะมีความรุนแรงสูง โดยเฉพาะมลพิษอากาศที่มีผลก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่วมกัน เช่น ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ และฝุ่นละอองขนาดเล็ก (0.2-10 ไมครอน) จะมีฤทธิ์เสริมกันก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบทางเดินหายใจเข้าไปถึงปอด และถุงลมได้ คาร์บอนมอนนอกไซด์เป็นก๊าซที่ทำให้ประสิทธิภาพการรับออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงลดลง ถ้าสูดดมเข้าไปเล็กน้อยจะทำให้ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ถ้าสูดดมเข้าไปในปริมาณมากอาจทำให้ตายและยังมีผลต่อสุขภาพจิตและพัฒนาการของทารก ไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO₂) เป็นก๊าซที่มีกลิ่นเหม็น มีฤทธิ์เป็นกรด ทำให้เกิดการระคายเคือง เช่น ตาแดงอักเสบ ระคายเคืองคอ และระบบหายใจ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) เป็นก๊าซที่มีกลิ่นเหม็นที่เรียกกันว่า ก๊าซไข่เน่า ทำให้แสบจมูก ระบบทางเดินหายใจอักเสบและอาจทำให้ เป็นโรคหลอดลมอักเสบ ทำลายเนื้อเยื่อปอด สารตะกั่ว (Pb) เป็นมลพิษที่มีอันตรายสูงต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง มีผลต่อระบบประสาท ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านความจำความเฉลียวฉลาดทำให้ IQ ต่ำ ก๊าซโอโซน (O₃) มีผลต่อการทำงานของ ระบบทางเดินหายใจ ทำให้หายใจไม่สะดวกทำให้ถุงลมพอง และมีการอักเสบของปอด ถ้าหายใจเข้าไปมากในภาวะที่เกิดมลพิษทางอากาศโดยมีแสงแดดและ มีก๊าซไฮโดรคาร์บอน (HC) และ ออกไซด์ ของไนโตรเจนปนเปื้อนอยู่จะก่อให้เกิดปฏิกิริยาโฟโตเคมีคัล ทำให้เกิดสารใหม่ขึ้นหลายอย่าง แต่จะเกิดโอโซนขึ้นประมาณ 90% และนอกจากนี้ก็จะเกิดไนโตรเจน ไดออกไซด์ (NO₂) และ เปอร์ออกซิอะซีตไนเตรท (Peroxy-acetyl Nitrate, PAN) ซึ่งเป็นสารที่มีความสามารถในการออกซิไดส์สูงมาก

ในเรื่องของเสียที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในเมือง (Urban Waste Pollution) สิ่งปฏิกูลและขยะมูลฝอย เป็นผลกระทบที่เกิดจากการพัฒนาเมืองและกระบวนการผลิตสิ่งอุปโภค บริโภคต่างๆ ทั้งในรูปของของเหลวและของแข็ง การทิ้งขยะ ของเสียปฏิกูลต่างๆ ในเมืองใหญ่ๆ ประสบกับปัญหามากมาย ทั้งในด้านการจัดเก็บรวบรวม การขนถ่าย การบำบัด และการกำจัดขั้นสุดท้าย ถ้าหากระบบเหล่านี้ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพก็จะก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อการดำรงชีวิตอย่างมากมาย

นอกจากนี้ยังมีมลพิษทางน้ำ คือการเน่าเสียของน้ำที่เกิดจากการปล่อยน้ำเสียจากโรงงานอุตสาหกรรมที่ไม่มีการบำบัดที่ถูกต้อง ของเสียจากตลาดสด จากบ้านเรือนที่พักอาศัย

ของเสีย จากร้านอาหารโรงแรมหรือจากโรงพยาบาลบางแห่ง สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้น้ำเน่าเสีย องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดกลุ่มโรคติดต่อหลายชนิดที่เกิดจากน้ำที่ปนเปื้อนด้วยของเสียจากมนุษย์ ของเสียประเภทสารเคมีหรือของเสียจากอุตสาหกรรม ทั้งจากการกิน การสัมผัสของร่างกาย ดังนี้

1. โรคหรือความเจ็บป่วยที่มีน้ำเป็นสื่อในการแพร่กระจาย (Water-borne disease) เกิดจากการบริโภคน้ำที่ปนเปื้อนอุจจาระของคนหรือสัตว์ที่มีเชื้อโรคแบคทีเรีย ไวรัส เช่น เชื้ออหิวาตกโรค บิด ไทฟอยด์ และโรคอุจจาระร่วง อื่นๆ
2. โรคหรือความเจ็บป่วยที่เนื่องมาจากความขาดแคลนน้ำสะอาดในการชำระล้าง ทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม (Water-washed disease) มักจะเป็นโรคติดต่อตามภายนอก ร่างกาย ผิวหน้า เยื่อบุตา เช่น ริดสีดวงตา (ตาแดง) แผลตามผิวหนัง หิด เหา ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Poor personal hygiene)
3. โรคหรือความเจ็บป่วย เนื่องจากเชื้อโรคหรือสัตว์นำโรค ที่มีวงจรชีวิตอาศัยอยู่ในน้ำ (Water-based disease) เกิดจากปรสิตพวกที่มีระยะการเจริญเติบโตอยู่ในน้ำ เช่น โรคพยาธิต่างๆ ที่พบบ่อยเช่น โรคพยาธิใบไม้ชนิดต่างๆ
4. โรคหรือความเจ็บป่วย เนื่องมาจากแมลงเป็นพาหะนำเชื้อโรค ต้องอาศัยน้ำในการแพร่พันธุ์ (Water-related disease) เกิดจากแมลงพาหะนำโรคที่แพร่พันธุ์ในน้ำเช่น ยุงชนิดต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของโรค ไข้เลือดออก มาลาเรีย ไข้เหลือง โรคเท้าช้าง ไข้สมองอักเสบ ฯลฯ เป็นต้น

มลพิษทางเสียง (Noise pollution) หรือการได้สัมผัสเสียงดังเกินของคนในเมือง กลายเป็นปัญหาทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของเมืองในยุคที่ยานพาหนะมีจำนวนมากขึ้นผลกระทบต่อสุขภาพ เช่นการสูญเสียการได้ยิน ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางกายหลายอย่าง เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว มีอาการปวดศีรษะ นอกจากนั้นยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดคลอเรสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น

2. ปัญหาสิ่งแวดล้อมในเขตชนบทและผลกระทบต่อสุขภาพ

ปัญหาสิ่งแวดล้อมในชนบท ปัจจุบันเริ่มมีแนวโน้มความรุนแรงมากขึ้นทุกปี เนื่องจากการนำเอาเทคโนโลยีด้านต่างๆ เข้ามาใช้เพื่อการผลิต และการดำรงชีพของประชาชนในชนบทมากขึ้น ซึ่งพอสรุปปัญหาที่สำคัญๆได้ดังนี้

1. การปนเปื้อนของสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ซึ่งมีปัญหามาช้านาน ถึงแม้จะมีการใช้สารอินทรีย์มาช่วยก็ตาม น้ำหมักชีวภาพ ปุ๋ยอินทรีย์ เป็นต้น
 2. ความต้องการด้านการชลประทาน แหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้ น้ำเพื่อการเกษตรกรรม และกระแสไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น
 3. การขยายตัวของอุตสาหกรรมบางประเภทโดยเฉพาะอย่างยิ่งอุตสาหกรรมด้านการเกษตรการปศุสัตว์ ทำให้เกษตรกร ต้องหันมาใช้สารเคมีในการเพิ่มผลผลิต
- ทุกคนควรตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติตามแนวคิดคำนิยมในการดูแลสิ่งแวดล้อม เริ่มตั้งแต่ในบ้าน ในชุมชน และมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม รวมทั้งการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างประหยัด และช่วยกันพัฒนาสิ่งแวดล้อม เพื่อการมีสุขภาพดี ข้อปฏิบัติได้แก่

1. ให้มีการกำจัดขยะในบ้าน และทิ้งขยะในที่รองรับ
2. หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุอุปกรณ์ ที่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม

3. ให้มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ
4. ให้มีการกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือน และโรงเรียนที่ถูกต้อง
5. ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด
6. อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม

การจัดการสิ่งแวดล้อมนับเป็นปัจจัยที่สำคัญถ้ามีการดูแลเอาใจใส่อย่างมีส่วนร่วมจากประชาชนในการจัดการตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัวไปจนถึงชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไปถึงภาครัฐก็จะทำให้ปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสุขภาพประชาชนลดน้อยถอยลง เมื่อมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นต่าง ๆ ที่ตามมาก็จะลดน้อยถอยลงไปด้วย ประชาชนก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพแข็งแรง แทนที่จะซ่อมสุขภาพเพียงอย่างเดียวทุกคนก็จะร่วมกันสร้างสุขภาพกันก่อนเมื่อถึงคราวจำเป็นจริง ๆ ค่อยมาซ่อมหรือมาทำการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาของประชาชนก็จะน้อยลงรัฐก็จะสิ้นเปลืองงบประมาณในการรักษาน้อยลง

เอกสารอ้างอิง

<http://gotoknow.org/blog/wellness/22590>

World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion, November 17-6, 1986, Ottawa, Ontario,

World Health Organization(WHO) (ค.ศ.1948) ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ.1948

จรรุวรรณ นิพนพานนท์ (2550) คำบรรยาย การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ,ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จีระศักดิ์ เจริญพันธุ์ และเฉลิมพล ตันสกุล (2549) “พฤติกรรมสุขภาพ” คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,พิมพ์ครั้งที่ 3

มัลลิกา มัติโก (2534) ,โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ”คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ” ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541), นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2541 กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ราชบัณฑิตสถาน พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525พิมพ์ครั้งที่ 6 พ.ศ.2539. กรุงเทพฯ: บ.อักษรเจริญทัศน์ อจท จำกัด,2539

บุญยง เกี่ยวการค้า และ กิตติ ไชยลาภ. (2545). การส่งเสริมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุขทั่วไป สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.



A stylized, light green illustration of a tree with many thin, branching limbs and small leaves, positioned on the left side of the page.

บทคัดย่องานวิจัย

พฤติกรรมในการป้องกันภัยกรณีเกิดเพลิงไหม้ของพนักงาน ในอุตสาหกรรมไม้อย่างพาราแปรรูป

ธนาวัฒน์ รักกมล* เกียรติไกร อายุวัฒน์** ธงไชย ศรีนพคุณ***

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภัยกรณีเกิดเพลิงไหม้และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภัยกรณีเกิดเพลิงไหม้ของพนักงานในอุตสาหกรรมไม้อย่างพาราแปรรูป ซึ่งทำการสำรวจคนทำงานจำนวนทั้งหมด 196 คน ศึกษาระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม 2553 โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 และใช้สถิติถดถอยพหุคูณในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (56.10 %) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 7 ปี ($SD = 4.44$) เคยผ่านการอบรมความปลอดภัยเกี่ยวกับเพลิงไหม้คิดเป็น 47.40% เคยเข้าร่วมฝึกซ้อมดับเพลิงและการอพยพหนีไฟคิดเป็น 49.00% และ 12.80% ตามลำดับ และมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเพลิงไหม้เฉลี่ย 5.4 ข้อ (54.1%) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันภัยกรณีเกิดเพลิงไหม้ของพนักงานพบว่า ส่วนใหญ่คนทำงานมีพฤติกรรมในการป้องกัน ภัยภาพรวมระดับดี ($= 2.83, SD = 0.37$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมในการป้องกันภัยทุกๆ ด้านอยู่ในระดับดีทั้งหมดเช่นกัน โดยเรียงลำดับจากมาก-น้อย ดังนี้ ด้านการซ้อมและอพยพหนีไฟ ($= 2.91, SD = 0.47$) ด้านการป้องกันการเกิดไฟไหม้ ($= 2.90, SD = 0.41$) ด้านการรับรู้การเกิดไฟไหม้ ($= 2.87, SD = 0.44$) ด้านการระงับไฟไหม้ ($= 2.83, SD = 0.47$) และด้านการติดต่อสื่อสาร ($= 2.61, SD = 0.46$) ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภัยกรณีเกิดเพลิงไหม้ของพนักงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประสบการณ์ทำงาน ($p = 0.02$) การเกิดอันตรายจากเพลิงไหม้ ($p < 0.001$) การเข้าร่วมฝึกซ้อมดับเพลิง ($p < 0.001$) และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเพลิงไหม้ ($p < 0.001$) ดังนั้นองค์กรควรให้ความสำคัญกับการอบรมเพื่อให้พนักงานเกิดความรู้ และการฝึกซ้อมดับเพลิงอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภัยกรณีเกิดเพลิงไหม้ อันจะนำมาซึ่งการลดการเกิดเพลิงไหม้และความสูญเสียทั้งทางด้านทรัพย์สิน ชีวิต สิ่งแวดล้อม ชื่อเสียงขององค์กร และสาธารณชนได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมในการป้องกัน การเกิดเพลิงไหม้ อุตสาหกรรมไม้อย่างพาราแปรรูป

* โครงการเปิดสอนปริญญาโท สาขาวิชาวิศวกรรมความปลอดภัย คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

** ภาควิชาวิศวกรรมเครื่องกล คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

*** ภาควิชาวิศวกรรมเคมี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

FIRE PREVENTIVE BEHAVIOR TO WORKERS AT SAWED RUBBER-WOOD INDUSTRY

Tanawat Rakkamon* Kiatkrai Ayuwat** Thongchai Srinophakun***

ABSTRACT

The objectives of this study focused on fire preventive behavior and factors related to workers at sawed rubber-wood industry. The subjects of 196 samples were randomly during August to October 2010. Self-administrated questionnaires were used to gather the data. The reliability of the cronbach's alpha coefficient was 0.82. The multiple regression analysis was applied and the results found that the questionnaire can gathered from seven year working experience male along with 47.40 percent of training, 49.00 percent of fire drill and 12.80 for evacuation. In addition, the average result of the knowledge of fire preventive behavior was 5.4 out of 10 (54.1%). According to the data, the separated outcomes of the level of the five fire behavior were fairly high standard which were fire-safety practice and evacuation (= 2.91, SD = 0.47), fire preventive (= 2.90, SD = 0.41), fire educational responsibility (= 2.87, SD = 0.44), fire suppression (= 2.83, SD = 0.47) and administrators communication (= 2.61, SD = 0.46). However, the result of the level of the fire behavior was fairly high standard (= 2.83, SD = 0.37). The factors significant related to the fire preventive behavior of workers who had working experience (p = 0.02), fire accidents (p <0.001), fire drill (p <0.001) and the knowledge of fire preventive behavior (p <0.001). In addition, the suggestions from the business owner were having knowledge activities frequently, for example, training and fire drilling because the factors related at the fire preventive behavior of workers for safety's fire and lost control in asset, people, environment, reputation business and public.

Keywords: Preventive Behavior, Fire, Sawed Rubber-Wood Industry

* *Master Degree of Safety Engineering, Interdisciplinary Graduate Program, Faculty of Engineering, Kasetsart University*

** *Department of Mechanical Engineer, Faculty of Engineering, Kasetsart University*

*** *Department of Chemical Engineer, Faculty of Engineering, Kasetsart University*

ความถูกต้องของการติดเชื้อ HIV และพฤติกรรมที่สัมพันธ์ กับการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดนครราชสีมา

วรพงษ์ ทองดี*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ HIV และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ โดยทำการศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นครั้งแรกในปี 2553 โดยศึกษาใน 2 กลุ่มคือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มสาวประเภทสอง ดำเนินการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คนโดยใช้แบบสอบถาม จำแนกตามประชากรกลุ่มย่อยเป็นกลุ่มชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 109 คน 3 กลุ่มสาวประเภทสอง 191 คน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.2 ส่วนกลุ่มสาวประเภทสองส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.4 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ไม่เคยมีคู่ ร้อยละ 98.2 เช่นเดียวกับกลุ่มสาวประเภทสอง คิดเป็นร้อยละ 98.4 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพักอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 62.4 เช่นเดียวกับกลุ่มสาว ร้อยละ 77.5 ความชุกของการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราการติดเชื้อ HIV มากที่สุด ร้อยละ 10.1 และกลุ่มสาวประเภทสองมีความชุกการติดเชื้อ HIV ร้อยละ 9.4 ความชุกของการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 23-28 ปี มีอัตราการติดเชื้อมากที่สุดคือ ร้อยละ 23.8 พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบปะกันที่พื้นที่สาธารณะกันเป็นส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 52.94 ความชุกของการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มสาวประเภทสอง พบว่า กลุ่มอายุ 29 ปีขึ้นไป มีอัตราการติดเชื้อมากที่สุดคือ ร้อยละ 27.1 กลุ่มสาวประเภทสองส่วนใหญ่พบปะกันที่สถานบันเทิง เป็นส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 20.0 ด้านพฤติกรรมทางเพศ กลุ่มชายทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย บทบาทส่วนใหญ่เป็นฝ่ายรุก ร้อยละ 33.9 ส่วนกลุ่มสาวประเภทสอง บทบาทส่วนใหญ่เป็นฝ่ายรับอย่างเดียว ร้อยละ 83.7

สำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทำให้ค้นพบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของทั้ง 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มสาวประเภทสองไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างต่ำ ถึงแม้จังหวัดนครราชสีมาจะดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์มาหลายปี แต่จากการตอบคำถามตามตัวชี้วัด UNGASS ได้ถูกต้องยังอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรสร้างศักยภาพการบริหารจัดการของศูนย์ประสานเอดส์ระดับพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการสร้างศูนย์บริการที่เป็นมิตร เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง HIV ได้เข้าถึงบริการด้านการให้คำปรึกษา ค้นหาโรคเอดส์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

คำสำคัญ การเฝ้าระวัง พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง

*โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา

THE RESULTS OF SURVEILLANCE BEHAVIOR TO RELATION WITH MAN WHO HAD SEXUAL INTERCOURSE WITH MEN

Woraphong Thongdee

ABSTRACT

This research was a cross-sectional survey. The objective for analyzed the surveillance of sexual behavior to relation with HIV of man who had sexual intercourse with men (MSM) and the behavior that is related to with infection with HIV in year 2553. Data collection used questionnaire. From the result it was found that the man who had sexual intercourse with men (MSM) was 109 persons (36.3%) and 191 persons (63.7%) was transsexual gay (TG)

The results found that , the majority education of MSM had high school was 53.2% and the majority education of transsexual gay (TG) had high school was 63.4%. The status of MSM was 98.2% and 98.4% was transsexual gay (TG) were single .The majority of MSM stayed overnight with a family was 62.4% and TG stayed overnight with a family was 77.5%. The prevalence rate of infection with HIV in MSM found that 10.1% and TG had the prevalence rate infection with HIV was 9.4%. The prevalence rate infection with HIV of MSM classify by age found that 23.8 % was 23-28 age groups. The majority of MSM had meeting was to reserve public area had 52.94% . And the Prevalence rate of infection with HIV in TG group found that 27.1% was below 29 age groups. The majority of TG had meeting was to reserve the entertainment area had 20% . The majority Role MSM was top only had 33.9%. And TG group the majority role was the bottom only , the percentage was 83.7%

The surveillance for infection with HIV and behaviour risk were related to infected with HIV found that , the prevalence of infected with HIV of both group had no difference. The majority of MSM was low knowledge and rather low of used the condom . although the Nakhon Ratchasima had operated to surveillance for infected with HIV to many year , but the Knowledge had low level from UNGASS question . Then should be development to competency of co-ordination center have to management in district , building firendsly center for the group risks of HIV and supporting to access counselling survice , detection the HIV and supporting to change the behaviour.

KEYWORDS SURVEILLANCE/ SEXUAL BEHAVIOR TO RELATION WITH HIV/ MAN WHO HAD
SEXUAL INTERCOURSE WITH MEN/ TRANSSEXUAL GAY

ทัศนคติต่อการทำงานบริการสุขภาพและการปฏิบัติงานในชุมชนของนักศึกษา
พยาบาล ปีการศึกษา 2548 และ 2549 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

บรรจง พลไชย*

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ทัศนคติต่อการทำงานบริการสุขภาพและการปฏิบัติงาน ในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์ เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการทำงานบริการสุขภาพและการปฏิบัติงานในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2548 และ 2549 จำนวน 98 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม และได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 98 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100.00 นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติอยู่ในระดับดี ในด้านลักษณะวิชาชีพ การปฏิบัติงานพยาบาล การปฏิบัติงานในชุมชน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ส่วนนักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านค่านิยมของสังคม โดยสรุปแล้ว ทัศนคติต่อการทำงานบริการสุขภาพและการปฏิบัติงาน ในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับดี

คำสำคัญ ทัศนคติ การทำงานบริการสุขภาพ การปฏิบัติงานในชุมชน นักศึกษาพยาบาล

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

THE NURSING STUDENTS' ATTITUDE TOWARD HEALTH SERVICE AND
COMMUNITY APPROACH IN ACADEMIC YEAR 2005 AND 2006 FROM
BOROMRAJCHONNEE COLLEGE OF NURSING, NAKHON PHANOM,
NAKHON PHANOM UNIVERSITY

Banchong Phonchai

ABSTRACT

The nursing students' attitude toward health service and community approach. The purpose of this study was to study the nursing students' attitude toward health service and community approach. The sample drawn for this survey was 98 nursing students in academic year 2005 and 2006. 98 questionnaires were distributed to all students which were returned 100.00%. The analysis of data was percentages, means and standard deviations. The results show that the students agreed at a good level in professional proficiency, nursing operation, community aspects and interpersonal relationship and the students agreed at a moderate level in social value. It can be concluded that the nursing students' attitude toward health service and community approach was at good level.

Keywords Attitude Health service, Community approach, Nursing student

ระยะเวลาที่พักรักษาของผู้ป่วยที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลเขตภาคกลางใน ประเทศไทย

วัชรินทร์ โกมลมาลัย * เมตตา ภูนิ้ง **

บทคัดย่อ

การศึกษาระยะเวลาที่พักรักษาของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยใช้สมการทางสถิติมาอธิบายถึงความแปรปรวนของระยะเวลาที่พักรักษา ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล จำนวน 257,076 ราย ที่ได้จัดส่งรายงานมายังกระทรวงสาธารณสุข จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตภาคกลางของประเทศไทย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2542 ถึงเดือนกันยายน 2550 ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ ได้พิจารณาโรคที่เป็นสาเหตุหลักตามระบบ ICD-10 ในการเข้ารับการรักษา อายุ เพศ การจำแนกขนาดโรงพยาบาลตามจำนวนเตียงและเขตพื้นที่ที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล เป็นตัวแปรที่ใช้ในการอธิบายระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอธิบายกับระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล

การศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาสามารถอธิบายระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ใช้ระยะเวลาพักรักษานานกว่าหนึ่งสัปดาห์ โดยเฉลี่ยร้อยละ 35.2 ของผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด สัดส่วนของการพักรักษานานกว่าหนึ่งสัปดาห์จะเพิ่มขึ้น ตามอายุ และขนาดของโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุการป่วยจากโรคต่างๆ พบว่า กลุ่มของอุบัติเหตุใช้ระยะเวลาที่พักรักษานานกว่าหนึ่งสัปดาห์ในสัดส่วนที่ต่ำสุด ในขณะที่ผู้ป่วยจากกลุ่มโรคมะเร็งใช้เวลาพักรักษานานกว่าหนึ่งสัปดาห์ในสัดส่วนที่สูงสุด เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาของการพักรักษานานกว่าหนึ่งสัปดาห์ในเขตพื้นที่ต่าง ๆ พบว่ากรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงที่สุด ในขณะที่กลุ่มของจังหวัดทางตะวันออกเฉียงใต้จากกรุงเทพฯ พบว่ามีสัดส่วนของการพักรักษามากกว่าหนึ่งสัปดาห์ต่ำที่สุด

คำสำคัญ : ระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล, ผู้ป่วยที่เสียชีวิต, การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

** คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

LENGTH OF STAY OF PATIENTS DYING IN CENTRAL REGION HOSPITALS IN THAILAND

Watcharin Komolmalai * Metta Kuning **

ABSTRACT

The statistical model was constructed to describe the variation in length of stay (LOS) of patients who died in hospital. The total of 257,076 records of mortality cases were included to determine the effect of factors on LOS for the period of October 1999 to September 2007, reported from provincial hospitals in Central Thailand to the Ministry of Public Health.

We considered principal diagnosis (ICD-10), age, gender, hospital size, and the geographic region as predictors for LOS. Chi-squared test was to investigate associations between the factors and LOS. All predictors were found to have a statistically significant association with LOS (p -value < 0.05). Multiple logistic regressions with weighted sum contrasts were used to compare proportions for each factor after adjusting for categorical covariates. The results showed that the percentage of longer LOS (7 days or more) was 35.2 among all patients. LOS increased with age, and hospital size. Injury was the principal diagnosis most likely to have short LOS, whereas cancer patients had the highest LOS. In term of geographic region, Bangkok had the highest percentage of patients with longer LOS, whereas the Southeast of Bangkok had the lowest percentage.

Keywords: Hospital length of stay, Patient dying, Multiple logistic regression analysis

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนที่พ่อแม่ ไปขายแรงงานต่างกัน

จักรกฤษณ์ วัชรภูมิจำ*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนารั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนที่พ่อแม่ไปขายแรงงานต่างถิ่นที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 86 คน อายุระหว่าง 3-6 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.87 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.90 โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 4.2 ปี รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ โดยมือเช้าและเย็นจะรับประทานจากที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ปกครองทำเอง ส่วนมือกลางวันจะรับประทานอาหารที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดให้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 รับประทานขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่ม โดยร้อยละ 93.02 รับประทานทุกวัน โดยเลือกซื้อด้วยตนเอง ร้อยละ 86.05 และใช้เงินค่าขนมเฉลี่ยต่อวันระหว่าง 10 – 15 บาท ร้อยละ 55.81 ประเภทของขนมที่นิยมซื้อรับประทานมากที่สุดได้แก่ ขนมกรุบกรอบปรุงรส, ไอศกรีม/น้ำแข็งไส/หวานเย็น, ลูกอมและน้ำหวาน/น้ำอัดลม ร้อยละ 55.81, 10.47, 8.14 และ 8.14 ตามลำดับ ในขณะที่นมจืด, นมรสหวาน และ นมถั่วเหลือง กลุ่มตัวอย่างไม่เลือกซื้อเลย (ร้อยละ 0) โดยสถานที่ที่ซื้อคือร้านค้า/แผงลอยในหมู่บ้านและร้านค้า/แผงลอยโดยรอบสถานรับเลี้ยงเด็ก ร้อยละ 47.67 และ 46.51 ตามลำดับ และเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ในการเลือกซื้อขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มคือรสชาติอร่อยถูกปากและมีของแถม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เด็กก่อนวัยเรียน

*คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเชียงราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR OF PRE-SCHOOL CHILDREN IN THE FAMILIES OF MOVING WORKING PARENTS

Jukkrit Wungrath

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to determine food consumption behavior of pre-school children in the families of moving working, in Muang District, Chiangrai Province. Eighty-six samples (3-6 years old) were purposively selected. The study instruments were 1) Demographic Data and 2) Food Consumption Behavior interview form. Content validity Index was 0.87 and Reliability was 0.90 using Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed by using descriptive statistic which are mean and percentile.

The results showed that the samples are mostly male, average age 4.2 years, had 3 full meals a day with breakfast and dinner to had at home with their parents done themselves, the lunch dining at the Child Development Center provides. Considering, 100% of the samples had snacks and drinks, 93.02 % of them had every day, 86.05% buy by themselves , 55.81% spend between 10 to 15 baht per day for snacks and drinks. Popular types of snacks and drinks purchased were crispy snack with seasoning, ice cream / sweet ice, candy and sweet drink/carbonated drink were 55.81%, 10.47%, 8.14% and 8.14%, respectively. While fresh milk, sweet milk and soy milk were not purchased (0.00%). The place of purchased were shops / stalls in the village and shops / stalls around the nursery were 47.67% and 46.51%, respectively. The reasons mainly used to buy snacks and drinks were delicious taste and the premium giveaway.

Keywords: Food Consumption Behavior, Pre-School Children

ความแปลกแยกในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตภาคกลาง ประเทศไทย

พัชรารัตน์ เนตรสว่างม* ภูษิตา อินทรประสงค์* จรรยา ภัทรอาชาชัย**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาคครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียน ที่พ่อแม่ไปขอการวิจัยเชิงอรรถาธิบาย เพื่ออธิบายความแปลกแยกในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ภาวะผู้นำแบบสนับสนุน คุณลักษณะงาน และมิติวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนเขตภาคกลาง และวิเคราะห์ทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบสนับสนุน คุณลักษณะงานและมิติวัฒนธรรมกับความแปลกแยกในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคกลาง สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งสัดส่วนอย่างง่ายจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 60 90 และ 120 เตียง เขตภาคกลางได้แก่ เขต 4-9 จำนวน 301 คน โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำแบบสนับสนุนและความแปลกแยกในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนคุณลักษณะงานมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมากกับความแปลกแยกในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.130$, $p = 0.024$) และมิติวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความแปลกแยกในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.234$, $p \leq 0.001$) และพบว่ามีเพียงคุณลักษณะงานกับมิติวัฒนธรรมเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปลกแยกในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคกลางได้ร้อยละ 7.2 (Adjusted $R^2 = 0.072$, $p \leq 0.001$) ดังนั้นหากพยาบาลมีคุณลักษณะงานที่ดี ย่อมส่งผลให้เกิดความแปลกแยกในการทำงานน้อยลง ผู้บริหารและหน่วยงานจึงน่าจะกำหนดคุณลักษณะงานให้เหมาะสม เสริมสร้างมิติวัฒนธรรมที่ดีในองค์กร

คำสำคัญ : ความแปลกแยกในการทำงาน ภาวะผู้นำแบบสนับสนุน คุณลักษณะงาน มิติวัฒนธรรม

*ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

WORK ALIENATION OF PROFESSIONAL NURSES IN DISTRICT HOSPITALS IN THE CENTRAL REGION OF THAILAND

NATSAWANG P, INTARAPRASONG Bh, PATARA-ACHACHAI J.

ABSTRACT

This research is explanatory research that explains the conditions that affect work alienation of professional nurses, supportive leadership, job characteristics, and cultural dimensions of professional nurses in district hospitals in the central region of Thailand. It analyzed the relationships between work alienation and supportive leadership, job characteristics and cultural dimensions in the workplace. Data were collected from 301 professional nurses in district hospitals with 30, 60, 90, and 120 beds in districts 4 to 9 of the central region. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation, and multiple regression.

The results revealed that supportive leadership and work alienation had no relationship with each other, but job characteristics had a significant negative relationship at a low level with work alienation ($r = -0.130$, $p\text{-value} = 0.024$). Cultural dimensions had a significant positive relationship at a low level with work alienation ($r = 0.234$, $p < 0.001$) and it was found that only job characteristics and cultural dimensions could explain 7.2% of work alienation of the professional nurses in this study. Therefore, if nurses have good job characteristics, it may reduce work alienation.

Recommendation: administrators and departments should set appropriate job characteristics and encourage the organization to have good cultural dimensions as well as build up their performance in leadership management.

KEY WORDS: WORK ALIENATION, SUPPORTIVE LEADERSHIP

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหรือโรงพยาบาล พญาไท กรุงเทพมหานคร

อุบลวรรณ เทียงบุญธรรม* ภูษิตา อินทรประสงค์* วันเพ็ญ แก้วปาน* จุฑาธิป ศีลบุตร**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหรือโรงพยาบาลพญาไท กรุงเทพมหานคร จำนวน 234 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามคุณภาพการบริการทางการแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพการบริการทางการแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการบริการทางการแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หรือโรงพยาบาลพญาไท กรุงเทพมหานครอยู่ในระดับดีมาก แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำ กับคุณภาพการบริการทางการแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หรือโรงพยาบาลพญาไท กรุงเทพมหานคร ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพการบริการทางการแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หรือโรงพยาบาลพญาไท กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 97.6 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้คือ ผู้บริหารการพยาบาล น่าที่จะสนับสนุนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้มากขึ้น อันจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ต่อไป

คำสำคัญ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน คุณภาพการบริการทางการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ

*ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

HOW MOTIVATION TO WORK AFFECTS NURSING SERVICE QUALITY ACCORDING TO THE PERCEPTION OF REGISTERED NURSES AT PHYATHAI HOSPITAL GROUP IN BANGKOK, THAILAND.

Tiengburanatham U, Intaraprasong Bh, Kaewpan W, Sillabutra J

ABSTRACT

This research aims to explain work motivation that affects nursing service quality according to the perception of registered nurses at Phyathai Hospital Group. There were a total of 234 nurses. Research tools used were questionnaires regarding nursing service quality and work motivation according to the perception of registered nurses. The hypothesis was tested by analyzing relationships using Pearsons' product moment correlation and by analyzing the ability to predict nursing service quality according to the perception of registered nurses using multiple linear regression.

Results showed that nursing service quality according to the perception of registered nurses at Phyathai Hospital Group was at a very good level. Work motivation of registered nurses at Phyathai Hospital Group was at a good level and had a positive relationship with nursing service quality according to the perception of registered nurses at Phyathai Hospital Group, Bangkok. Motivation factors and hygiene factors could predict 97.6% of nursing service quality according to the perception of registered nurses at Phyathai Hospital Group, Bangkok. This research recommends that management should provide more support in terms of policy and administration by improving relationships among peers, recognition, possibility of growth, advancement, responsibility, relationship with subordinates, work itself, salary, working conditions and supervision-technical that will result in the development of nursing service quality.

Keywords Work motivation Nursing service quality Registered nurse

วัฒนธรรมองค์การที่มีผลต่อบรรยากาศองค์การตามความคิดเห็นของ พยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลศิริราช

กุลรัศมี พรหมไธสง* ภูษิตา อินทรประสงค์* จรรยา ภัทรอาชาชัย** วีรพงษ์ บุญรักษา***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอรรถาธิบาย มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระดับและทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การกับบรรยากาศองค์การตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้แบบสอบถามรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลศิริราช ได้รับแบบสอบถามคืน และสมบูรณ์จำนวน 222 ชุด คิดเป็นร้อยละ 88.8

ผลการวิจัยพบว่า วัฒนธรรมองค์การโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกระดัดปานกลางกับบรรยากาศองค์การเมื่อพิจารณารายวัฒนธรรมพบว่าวัฒนธรรมเน้นความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ในระดับสูงที่สุดรองลงมาได้แก่ วัฒนธรรมปรับเปลี่ยนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง วัฒนธรรมราชการมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและ วัฒนธรรมการตลาดมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง วัฒนธรรมองค์การสามารถอธิบายความผันแปรบรรยากาศองค์การ มีเพียงวัฒนธรรม 2 รูปแบบเท่านั้น คือวัฒนธรรมเน้นความสัมพันธ์อธิบายความผันแปรเชิงบวกกับบรรยากาศองค์การ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ที่ร้อยละ 51.9 และวัฒนธรรมการตลาดอธิบายความผันแปรเชิงลบกับบรรยากาศองค์การ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ที่ร้อยละ 51.9 จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายและส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมเน้นความสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นและลดวัฒนธรรมการตลาด องค์การลงเพราะส่งผลให้เกิดบรรยากาศองค์การที่ดีในโรงพยาบาลศิริราช

คำสำคัญ: วัฒนธรรมองค์การ / บรรยากาศองค์การ / พยาบาลวิชาชีพ

*ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเซีย มหาวิทยาลัยมหิดล

ORGANIZATIONAL CULTURE AFFECTING ORGANIZATIONAL CLIMATE OF PROFESSIONAL NURSES IN SIRIRAJ HOSPITAL

Promthaisong K , Intaraprasong Bh, Pataraachachai J, Boonraksa T

ABSTRACT

This study was explanatory research which aimed to analyze the level and direction of the relationship between organizational culture and organizational climate according to the opinions of professional nurses at the operations level in Siriraj Hospital by using questionnaires. 222 questionnaires or 88.8% were completed and returned. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation. Relationships were analyzed by using Pearson's product moment correlation coefficients and multiple regression analysis.

The results revealed that organizational culture had a positive relationship with organizational climate at a moderate level overall. When each type of culture was inspected, it was found that clan culture had a high level of relationship with organizational climate and had the highest level. Next were adhocracy culture, which had a moderate relationship; hierarchy culture, which had a moderate relationship; and marketing culture, which also had a moderate relationship. Organizational culture could adequately explain the variance in organizational climate. However, only 2 culture types could significantly explain the variance in organization climate: clan culture accounted for 51.9% of the variance with organization climate at a 0.05 level of significance, and marketing culture explained organization climate by affecting it negatively at a level of significance of 0.05 at 51.9%.

It is recommended that hospital administrators should set policies to promote more clan culture and reduce marketing culture in the organization in order to improve organizational climate at Siriraj Hospital.

Keyword: Organizational culture, Organizational climate, Professional nurses



สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม สถาบันโภชนาการ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเซีย คณะเทคนิคการแพทย์
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

