

สภาวะความสุข และมุมมองการบริหารจัดการควบคุมโรค ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จากผลการพัฒนา ชุมชนสร้างสุขในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เขตสุขภาพที่ 7

Happiness status and perspective on disease control management
amid the situation of the COVID-19 outbreak related to development
of happiness enrichment community in the quality
of life management sub-district, in the health area 7

อดิสร วงศ์คงเดช ปร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)*

Adisorn Wongkongdech Ph.D (Public Health)*

รานี วงศ์คงเดช ปร.ด.(การพัฒนาสุขภาพชุมชน)*

Ranee Wongkongdech Ph.D.(Community Health Medicine)**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Faculty of Medicine, Mahasarakham University

Received : July 29, 2022

Revised : January 18, 2023

Accepted : January 30, 2023

บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาชุมชนสร้างสุข นำร่องในพื้นที่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดละ 2 ตำบล การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาชุมชนสร้างสุข ใน 4 จังหวัด ของเขตสุขภาพที่ 7 รวม 8 ตำบล ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563-พฤษภาคม 2564 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 300 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพตำบลโดยการสนทนากลุ่ม ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะความสุขในแต่ละด้านกับความสุขโดยรวมของชุมชน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.3) อายุเฉลี่ย 52.3 ปี ร้อยละ 72.3 แต่งงานแล้วและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.0 จบการศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่าเส้นความยากจน (ร้อยละ 76.0) ในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนสร้างสุข พบว่า ร้อยละ 69.7 เข้าร่วมในระดับปานกลาง และพบว่ามีความสุขโดยรวมในระดับมาก (ร้อยละ 74.7) เมื่อแยกรายด้านพบว่า สุขกาย และสุขเงินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.0 และ 66.7) ส่วนสุขใจ และสุขสามัคคีอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.0 และ 66.7) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและความสุขพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขแต่ละด้านกับความสุขโดยรวม พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับสภาวะความสุขแต่ละด้าน พบว่า มีเพียงด้านสุขสามัคคีที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$, $r = 0.234$) และเมื่อสนทนากลุ่มเครือข่ายพัฒนาชุมชนสร้างสุข พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนสร้างสุข ได้แก่ ความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน การมีผู้นำชุมชนที่ดี การมีทุนทางสังคมด้านวัฒนธรรม การมีวิถีชีวิตแบบพอเพียงและเอื้ออาทรต่อกัน และการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพ และ

มุมมองของการทำงานป้องกันควบคุมโรค ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จะเห็นได้ว่า แม้จะมีความวิตกกังวลกับการระบาดของโรคซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ และยังไม่มีข้อมูลเรื่องโรคและการกำจัดได้อย่างชัดเจน แต่ยังให้ความเชื่อมั่นกับระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศ และมุ่งมั่นทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองมากที่สุดเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อความสุขและสงบของคนในชุมชน แม้ความสุขในแต่ละด้านจะลดลงบ้าง แต่ก็ถือว่ายังมีสุขได้แบบพอเพียง

คำสำคัญ: สภาวะความสุข ชุมชนสร้างสุข ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เขตสุขภาพที่ 7

Abstract

The Ministry of Public Health has set a policy to develop communities to create happiness. The pilot was in the area of quality of life management sub-district in each province, 2 sub-districts. The objectives of this study were to study the state of happiness and factors related to the development of happy communities in 4 provinces of the health area 7, including 8 sub-districts. Quantitative data were collected in a sample of 300 village health volunteers. Qualitative data were collected in the sub-district health network group by group discussion. Using descriptive statistics and chi-square test for quantitative data analysis, content analysis for qualitative data. The results showed that most of the samples were female (79.3%), average age 52.3 years, married and living together (72.3%), highest level of education completed in elementary school (33.3%), the same as high school (32.7 %) and junior high school (30.0 %). Most of them had monthly incomes higher than the poverty line (76.0%), participated in the community development process to build happiness at a moderate level (69.7%), and found that the overall state of happiness was at a high level (74.7%). When the study of happiness was divided into aspects, it was found that physical and financial happiness were at a moderate level (78.0 and 66.7%), and mental happiness and harmony happiness were at a high level (50.0 and 66.7%). When testing the relationship between each aspect of happiness with overall happiness, it was found that all aspects were statistically related ($p\text{-value} < 0.05$). Regarding the relationship between participation and state of happiness in each aspect, it was found that only the aspect of harmony happiness had a statistically significant relationship ($p\text{-value} < 0.05$, $r = 0.234$). As a result of the group discussion, it was found that the important factors affecting the success of community development for happiness were the cooperation of people in the community. having good community leaders, the availability of cultural social capital; having lifestyle according to the principles of sufficiency economy and caring for each other and support from health networks. Regarding the view of disease prevention and control work under the epidemic situation of COVID-19, it can be seen that even the community was anxious about the outbreak of the emerging disease that almost no information about the disease, but they still have confidence in the country's disease prevention system. and they are fully committed to performing their roles as much as possible in order to effectively control the disease in order to achieve happiness and peace of the people in the community. Although happiness in each aspect seems to be slightly reduced, but still have enough happiness.

Keywords: Happiness status, Happiness enrichment community, The quality of life management sub-district, health area 7

บทนำ

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพของโลกและประเทศไทยประสบปัญหาที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงและซับซ้อนยิ่งขึ้น ปัญหาจากโรคเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามปรับแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ด้วยการมีนโยบายมุ่งเน้นส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนและเครือข่าย โดยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัว ส่งเสริมการจัดการในระดับชุมชน/หมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ อาทิ นโยบายตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการและนโยบายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งถูกพัฒนาและบูรณาการอยู่ในนโยบายยุคปัจจุบัน ได้แก่ นโยบายอำเภอพัฒนาคุณภาพชีวิต นโยบายตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และการส่งเสริมชุมชนสร้างสุข ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน ด้วยความเชื่อมั่นในจุดแข็งอันเด่นชัดที่ประเทศไทยมีบทเรียนการพัฒนาสุขภาพโดยภาคประชาชนด้วยหลักการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระยะเวลาที่สืบลับ โดยการสร้างเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เกิดการพึ่งพาตนเองหรือการดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 1,039,729 คน⁽²⁾

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้นำยุทธศาสตร์การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบันนี้ มีจำนวน 7,255 ตำบล⁽²⁾ และเริ่มพัฒนาเข้าสู่การดำเนินงานชุมชนสร้างสุข ซึ่งเป็นทั้งเป้าหมายการพัฒนาและเป็นกลวิธีในการสร้างนวัตกรรมสังคมในปี 2562⁽³⁾ โดยกำหนดเป้าหมายให้เกิดชุมชนสร้างสุขในระดับที่เป็นต้นแบบได้ จังหวัดละ 2 ตำบล ที่อาจจะเป็นเป้าหมายที่ถูกขยายผลต่อเนื่องและกว้างขวางเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้โดยกำหนดคุณสมบัติของตำบลต้นแบบชุมชนสร้างสุข ประกอบด้วย 1) มีทีมสุขภาพระดับตำบล

ประกอบด้วยเครือข่ายที่หลากหลายในตำบล 2) มีแผนสุขภาพระดับตำบลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมเครือข่ายสุขภาพ 3) มีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วยกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต 4) มีผลการดำเนินงาน ประกอบด้วยผลลัพธ์การพัฒนาที่เกิดชุมชนสร้างสุขขึ้นในตำบลครบ 4 องค์ประกอบ คือ สุขกาย (หมายถึง มีสุขภาพดีตามวัย หากเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพต้องลดลงหรือคุมได้ มีการออกกำลังกาย กินเป็นอยู่เป็น งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ สารเสพติด สุขใจ (หมายถึง การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 3 ด้าน คือ 1) อารมณ์ดี : รู้ตน รู้เท่าทันความคิดความรู้สึก รู้จักฝึกสติ มีความเอื้ออาทร 2) ไม่อดนอน ในผู้สูงอายุต้องมีลูกหลานดี มีคนดูแล 3) มีจิตอาสา และจิตสำนึกดี) สุขเงิน (หมายถึง การบริหารจัดการเงิน คือ 1) รู้หา : มีงานทำ 2) รู้ใช้ : รู้จักใช้เงินจ่ายในสิ่งที่จำเป็นและเกิดประโยชน์ 3) รู้ออม/รู้เก็บ : มีเงินเก็บไว้ใช้เมื่อยามฉุกเฉินหรือในคราวจำเป็น) และสุขสามัคคี (หมายถึง มีความสามัคคี มีความห่วงใยช่วยเหลือกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน มีการเคารพกฎหมาย กฎกติกาชุมชน มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน) ทั้งนี้มีการกำหนดบทบาทให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำและเป็นแบบอย่างของการสร้างสุขในชุมชน

เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และ กาฬสินธุ์ มีตำบลจัดการสุขภาพทั้งหมด 660 ตำบล ในปีงบประมาณ 2562 ได้รับการกำหนดให้เป็นพื้นที่พัฒนาสู่ต้นแบบชุมชนสร้างสุข โดยคัดเลือกพื้นที่ที่เป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดละ 2 ตำบล จากพื้นที่จังหวัดละ 2 อำเภอ รวมทั้งหมด 8 ตำบล ซึ่งตำบลเหล่านี้เป็นจุดที่จะสร้างบทเรียนและสร้างองค์ความรู้ใหม่ในเชิงกระบวนการจัดการสุขภาพโดยเครือข่ายชุมชนและแนวทางในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป ดังนั้น เพื่อเสนอบทเรียนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนา และสังเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จในการทำงาน จึงมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสภาวะความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาชุมชนสร้างสุข ในพื้นที่ตำบลจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในเขตสุขภาพที่ 7 อันเป็นส่วนสำคัญ

ส่วนหนึ่งต่อการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะความสุขใน 4 องค์ประกอบของตำบลสร้างสุข เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี ในพื้นที่นาร่องที่ได้รับการพัฒนาชุมชนสร้างสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความสุขของการเกิดชุมชนสร้างสุขในภาพรวม
3. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาชุมชนสร้างสุข และความสัมพันธ์กับภาวะความสุขในการพัฒนาชุมชนสร้างสุข
4. เพื่อศึกษาบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานชุมชนสร้างสุขและมุมมองการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study) โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นตัวแทนเครือข่ายที่ได้รับบทบาทในการเป็นแบบอย่างในกระบวนการพัฒนาชุมชนสร้างสุข การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกศึกษาข้อมูลในกลุ่ม อสม. เป็นคำตอบเบื้องต้น ในพื้นที่ตำบลต้นแบบชุมชนสร้างสุข 8 ตำบลใน 4 จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด (ตำบลหนองแคน อำเภอปทุมรัตน์ และตำบลสะอาดสมบูรณ์ อำเภอมือง) จังหวัดขอนแก่น (ตำบลโนนคอม อำเภอภูผาม่าน และตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง) จังหวัดมหาสารคาม (ตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย และตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก) จังหวัดกาฬสินธุ์ (ตำบลหนองดอแก้ว และตำบลอิ้วต้อ อำเภอยางตลาด) รวมจำนวน 1,339 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง

แบบทราบจำนวนประชากร ด้วยวิธีการของ Krejcie and Morgan⁴ ดังนี้

$$n = \frac{x^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + x^2 P(1-P)}$$

โดย $x^2 = 3.84$ ซึ่งเป็นค่าไคสแควร์ที่ความเชื่อมั่น 95% หรือกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

$P = 0.50$ แทนสัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจอย่างละครึ่ง ซึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด ตามหลักแคลคูลัส

$$e = 0.05$$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{3.84 \times 1339 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(1339-1) + 3.84 \times 0.5(1-0.5)}$$

$$n = 298.59$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ 300 คน

การเลือกตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยแบ่งตามสัดส่วนของประชากรที่ศึกษาของแต่ละตำบลทั้ง 8 ตำบลที่เป็นพื้นที่ต้นแบบ ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากรายชื่อจนได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ของแต่ละตำบล

2.2 การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้คุณสมบัติกำหนดจำนวนอาสาสมัครตามหลักการและเกณฑ์ของวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม ครั้งละ 1 ตำบล 8 ครั้ง ครั้งละ 15 คน ได้แก่ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบล เลขานุการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบล ตัวแทนผู้ใหญ่บ้านในแต่ละตำบล (ตำบลละ 1 คน) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานตำบลจัดการสุขภาพระดับตำบลและระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพหรือพัฒนาชุมชน ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ผู้แทนจากหน่วยงานด้านการศึกษาในตำบล หน่วยงานด้านส่งเสริมการเกษตรในตำบล หน่วยงานด้านพัฒนาชุมชนในตำบล ผู้แทนหน่วยงานด้านการส่งเสริมอาชีพในตำบล หน่วยงานละ 1 คน และผู้แทนประชาชนทั่วไปในตำบล และผู้ป่วยหรือ

ญาติผู้ป่วยด้วยโรคที่สำคัญของตำบล ตำบลละ 2 คน

3. เกณฑ์การคัดเลือก

อาสาสมัคร

- การคัดเลือกเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ปฏิบัติงานหรืออยู่อาศัยในพื้นที่ที่ศึกษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารได้เป็นปกติ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

- เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ประสงค์ที่จะหยุดให้ข้อมูล หรือยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ และเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงในระหว่างการให้ข้อมูลหรือการร่วมโครงการ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

4.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ในประเด็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป สภาวะความสุขในแต่ละองค์ประกอบของชุมชนสร้างสุขตามกรอบแนวคิดของชุมชนสร้างสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี และระดับความสุขในชีวิต โดยรวม จากการประเมินตนเองของผู้ตอบแบบสอบถาม

5. ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563-พฤษภาคม 2564

6. จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 231/2563

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Content analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับสภาวะความสุขในแต่ละด้าน และระดับความสุขในชีวิตโดยรวม โดยใช้การวิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) หรือ Fisher's Exact test และค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์

แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ในการทดสอบความสัมพันธ์และระดับความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 300 คน ร้อยละ 79.3 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52.31 ปี อายุสูงสุด 76 ปี อายุต่ำสุด 17 ปี ส่วนใหญ่ แต่งงานแล้วและอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 72.3) มีสัดส่วนการเรียนรู้จบระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาตอนต้นและปลายอย่างละเท่าๆ กัน มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 4355.54 บาท (สูงสุด 30,000 บาท ต่ำสุด 600 บาท) และมากกว่าเส้นความยากจน (poverty line) จำนวน 228 คน (ร้อยละ 76.0) โดยมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าเส้นความยากจนของคนไทย (2,763 บาท) จำนวน 72 คน (ร้อยละ 24.0) และเมื่อศึกษาตัวแปรตามวัตถุประสงค์พบว่า

1. สภาวะความสุข 4 องค์ประกอบของชุมชนสร้างสุข พบว่า

1.1 สุขกาย ส่วนใหญ่มีความสุขกายในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.0 รองลงมามีความสุขกายระดับมาก ร้อยละ 14.3 และระดับน้อย ร้อยละ 7.7

1.2 สุขใจ พบว่า ส่วนใหญ่มีความสุขใจในระดับมาก ร้อยละ 50.0 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.7 และ ระดับน้อย ร้อยละ 2.3

1.3 สุขเงิน พบว่า ร้อยละ 66.7 มีความสุขเงินในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 29.3 และ ระดับน้อย ร้อยละ 4.0 และ

1.4 สุขสามัคคี พบว่า ร้อยละ 67.7 มีความสุขสามัคคีในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 31.6) และระดับน้อย (ร้อยละ 0.7) ดังตารางที่ 1

เมื่อศึกษาสภาวะความสุข ของการเกิดชุมชนสร้างสุขในภาพรวมจากการประเมินระดับความสุขในชีวิต โดยรวมของตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความสุขโดยรวมในชีวิตระดับมาก ร้อยละ 74.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.3 และระดับน้อย ร้อยละ 3.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาวะความสุข 4 องค์ประกอบ (n=300)

องค์ประกอบความสุข	ระดับความสุข		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
สุขภาพ	43 (14.3%)	234 (78.0%)	23 (7.7 %)
สุขใจ	150 (50.0%)	143 (47.7%)	7 (2.3%)
สุขเงิน	68 (29.3%)	200 (66.7%)	12 (4.0%)
สุขสามัคคี	203 (67.7%)	95 (31.6%)	2 (0.7%)
ความสุขในชีวิตโดยรวม	224 (74.7%)	67 (22.3%)	9 (3.0%)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ความหมายของสภาวะความสุขของชุมชนคือ มีฐานะความเป็นอยู่แบบพอเพียง และพึ่งตนเองได้ มีความสงบสุข มีอิสระในการเป็นอยู่ และการตัดสินใจที่เหมาะสม มีสุขภาพจิตและมีจิตใจที่ดี มีความเอื้ออาทรต่อกันและสามัคคี ผู้นำมีปัญญาวาพัฒนาให้ชุมชนก้าวหน้า นำพาในสิ่งที่ดี มีความรับผิดชอบ ต่อสังคม สร้างการมีส่วนร่วม มีคุณธรรม และกระจายงาน และประโยชน์อย่างเป็นธรรม ในด้านสุขภาพ คนในชุมชน ไม่เจ็บป่วยรุนแรงหรือเจ็บป่วยแบบสะสมผล และมีการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ร่วมมือกันปกป้องบุคคลทุกกลุ่มวัยให้มีความแข็งแรง และให้ความสำคัญกับทุกองค์ประกอบและสร้างความสมดุล ไม่ให้มากหรือน้อยกว่ากันมาก โดยให้ความสุขใจมากที่สุด ส่วนสุขเงินต้องมีความพอเพียง ไม่ให้ความสำคัญกับการมีมากหรือน้อยเกินไป และมองว่าชุมชนของตนเองก้าวไปไกลกับภาพฝันหรือความหมายที่กล่าวถึงมาก แม้จะยังไม่บรรลุ

ความสำเร็จทั้งหมด และเห็นว่าหากมีความสุขในองค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยให้ชุมชนฝ่าฟันโรคร้ายต่างๆ ได้ แม้แต่สถานการณ์โควิด 19 ก็ออกมาช่วยเหลือกัน โดยผู้นำได้แสดงบทบาทเต็มที่ หน่วยงานแต่ละภาคส่วนก็สนับสนุนให้เหตุการณ์ต่างๆ คลี่คลายได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะความสุขของการเกิดชุมชนสร้างสุขในภาพรวม พบว่า เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน กับระดับความสุขในชีวิตโดยรวมโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า มีเพียงปัจจัยเรื่องรายได้ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (แต่เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ประกอบทั้ง 4 ด้าน พบว่า ทุกด้าน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับความสุขในชีวิตโดยรวม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความสุรายถ้านและปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความสุขในชีวิต โดยรวมจากการประเมินตนเอง

ระดับปัจจัย		ระดับความสุขในชีวิตโดยรวม			c ²	df	p-value
		มาก (จำนวน/%)	ปานกลาง (จำนวน/%)	น้อย (จำนวน/%)			
สุขภาพ	- มาก	33(14.7)	10(14.9)	0(0.0)	14.845	4	0.005*
	- ปานกลาง	180(80.4)	48(71.6)	6(66.7)			
	- น้อย	11(4.9)	9(13.4)	3(33.3)			
สุขใจ	- มาก	106(47.3)	9(13.4)	1(11.1)	19.702	4	<0.001* ^b
	- ปานกลาง	115(51.3)	56(83.6)	6(66.7)			
	- น้อย	3(1.3)	2(3.0)	2(22.2)			
สุขเงิน	- มาก	26(11.6)	15(22.4)	4(44.4)	0.517	2	0.772
	- ปานกลาง	154(68.8)	50(74.6)	444.4)			
	- น้อย	44(19.6)	2(3.0)	1(11.1)			
สุขสามัคคี	- มาก	179(79.9)	20(29.9)	4(44.4)	0.332 ^b		0.821 ^b
	- ปานกลาง	45(20.1)	46(68.7)	4(44.4)			
	- น้อย	0(0)	1(1.5)	1(11.1)			
เพศ	- ชาย	47(21.0)	14(20.9)	1(11.1)	0.291 ^b		0.291 ^b
	- หญิง	177(79.0)	53(79.1)	8(88.9)			
	- น้อย	0(0)	1(1.5)	1(11.1)			
อายุ	- ≤ 40 ปี	16(7.1)	6(9.0)	0(0.0)	6.243	2	0.044*
	- 41-59 ปี	161(71.9)	42(62.7)	5(55.6)			
	- ≥ 60 ปี	47(21.0)	19(28.4)	4(44.4)			
สถานภาพสมรส	- คู่	214(95.5)	65(97.0)	9(100.0)	6.243	2	0.044*
	- เดี่ยว	10(4.5)	2(3.0)	0(0.0)			
	- น้อย	0(0)	1(1.5)	1(11.1)			
ระดับการศึกษา	- ประถม	72(32.1)	23(34.3)	5(55.6)	6.243	2	0.044*
	- มัธยม	143(63.8)	42(62.7)	3(33.3)			
	- สูงกว่ามัธยม	9(4.1)	2(3.0)	1(11.1)			
รายได้	- ≤ 5,000 บาท	147(65.6)	39(58.2)	9(100)	6.243	2	0.044*
	- 5,000 บาท	77(34.4)	28(41.8)	0(0.0)			
	- น้อย	0(0)	1(1.5)	1(11.1)			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

^b Fisher's Exact Test

3. ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาชุมชนสร้างสุขและระดับความสัมพันธ์กับสถานะความสุขในแต่ละด้าน

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมทั้งหมด 27 ด้านพบว่า ร้อยละ 69.7 มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีส่วนร่วมระดับมาก (ร้อยละ 23.0) และ

ระดับน้อย (ร้อยละ 7.3)

เมื่อหาระดับความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation ระหว่างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนกับสถานะความสุขพบว่า มีเฉพาะความสุขสามัคคีที่มีความสัมพันธ์แต่อยู่ในระดับน้อย ($P \text{ value} < 0.05$, $r = 0.234$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการพัฒนากับสถานะความสุขทั้ง 4 ด้าน

	ค่าความสัมพันธ์ (r)**	ระดับความสัมพันธ์	p-value
สุขภาพ	- 0.042	น้อย (เชิงลบ)*	0.471
สุขใจ	0.018	น้อย	0.754
สุขเงิน	0.004	น้อย	0.944
สุขสามัคคี	0.234	น้อย	< 0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

** ค่า $r = 0.00$ แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน, $r < 0.40$ มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย, $r \geq 0.40 - 0.60$ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง, $r \geq 0.50 - 1.00$ มีความสัมพันธ์ในระดับมาก

4. บทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนสร้างสุข และมุมมองในการดำเนินงานภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยการสนทนากลุ่ม สรุปเนื้อหาสำคัญได้ดังนี้

1) ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาชุมชนสร้างสุขเป็นไปตามความคาดหวัง หรือนำไปสู่ความสำเร็จนั้น ได้แก่

- ความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน และการมีผู้นำชุมชนที่ดี และมีความร่วมมือของหลายภาคส่วน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระภิกษุ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคคลต้นแบบในชุมชน รวมถึงประธาน อสม.

- การมีทุนทางสังคมด้านวัฒนธรรม เช่น การรักษาขนบธรรมเนียม ประเพณีปฏิบัติที่ดีงามของชุมชน และการมีวิถีชีวิตแบบพอเพียงและเอื้ออาทรต่อกัน

- การสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

ทั้งด้านความรู้ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ งบประมาณ และกำลังใจ

2) ประเด็นที่ยังเป็นอุปสรรคหรือเป็นความกังวลของกลุ่มสมาชิกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่ตรงกันหลายแห่ง คือ การคุกคามของยาเสพติด ที่เข้ามาหาลูกหลานในชุมชน ส่วนประเด็นอื่น ๆ แม้จะมีอยู่บ้าง เช่น โรคระบาด แต่ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นอุปสรรคที่จะสามารถเอาชนะได้ หากชุมชนเข้มแข็งร่วมมือกัน และฝ่ายรัฐสนับสนุนเต็มที่

3) ด้านบทบาทของสมาชิกที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มในการพัฒนาชุมชนสร้างสุข ทุกคนมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งแม้จะต้องเสียสละแรงกาย แรงใจ และเวลา แต่ทุกคนกล่าวว่า มีความภูมิใจและมีความสุขที่ได้มาทำงานพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะถ้างานมีความก้าวหน้ายังมีทั้งความสุขและความภาคภูมิใจ บางครั้งได้ถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ต่อลูกหลานด้วย

4) ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทำให้ระดับความสุขลดลงทุกองค์ประกอบ เพราะไม่

สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ รายได้ลดลง ในชุมชนเกิดความกลัว ตื่นตระหนก “เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เหมือนใคร รู้จักว่ารุนแรงแค่ไหน รักษาป้องกันอย่างไร จึงจะไม่ติด รักษาหายจริงหรือไม่ จะสงบเมื่อไหร่ ประเทศจะเป็นอย่างไร อีกทั้งต้องมีหน้าที่ในการดูแลป้องกันควบคุมโรคในชุมชน เพื่อความสงบร่มเย็นที่จะต้องทำให้เกิดให้เร็วที่สุด โดยดำเนินการตามที่กรมและกระทรวงแนะนำ สร้างความมั่นใจให้คนในชุมชนให้มากที่สุด” และเห็นว่า “หากปรับตัวให้ได้และยึดหลักความพอเพียงในการดำเนินชีวิต ก็จะทำให้เรามีความสุข และการมีความสุขในองค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยให้ชุมชนฝ่าฟันโรคภัยต่างๆ ได้ แม้แต่สถานการณ์โควิด 19 ก็ออกมาช่วยเหลือกัน โดยผู้นำได้แสดงบทบาทเต็มที่ หน่วยงานแต่ละภาคส่วนก็สนับสนุนให้เหตุการณ์ต่าง ๆ คลี่คลายได้”

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.3) อายุเฉลี่ย 52.3 ปี ร้อยละ 72.3 แต่งงานแล้วและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.0 จบการศึกษาระดับประถมและมีมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่าเส้นความยากจน (ร้อยละ 76.0) มีส่วนร่วมการพัฒนาในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.7 และพบว่ามีความสุขในชีวิตโดยรวมในระดับมาก (ร้อยละ 74.7) โดยมีความสุขกายและสุขเงินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.0, 66.7) มีความสุขใจ และสุขสามัคคีในระดับมาก (ร้อยละ 50.0 และ 66.7) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและความสุขพบว่า มีเพียงปัจจัยรายได้ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=6.243$ p-value=0.044) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความสุขแต่ละด้านกับระดับของความสุขในชีวิตโดยรวมจากการประเมินตนเอง พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการพัฒนากับภาวะความสุขแต่ละด้าน พบว่า มีเพียงด้านสุขสามัคคีที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05, r=0.234)

จากการสนทนากลุ่มเครือข่ายพัฒนาชุมชนสร้างสุข พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนสร้างสุข ได้แก่ ความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน การมีผู้นำชุมชนที่ดี การมีทุนทางสังคมด้านวัฒนธรรม การมีวิถีชีวิตแบบพอเพียง และเอื้ออาทรต่อกัน และการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพ และมุมมองของการทำงานป้องกันควบคุมโรคภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า เครือข่ายมีความเชื่อมั่นในระบบการป้องกันควบคุมโรคของภาครัฐและแสดงความมุ่งมั่นในการทำหน้าที่ของตนเองในการพัฒนาชุมชนสร้างสุขและหน้าที่อื่น ๆ ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้จะยอมรับถึงความวิตกกังวลกับการระบาดของโรคซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ และยังไม่มียุทธศาสตร์โรคที่ชัดเจน เพื่อหวังให้เกิดประโยชน์กับชุมชนส่วนรวม

อภิปรายผล

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ใช้กลไกของชุมชนสร้างสุขในการพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยมีกรอบการพัฒนาใน 4 องค์ประกอบหลักคือ สุขใจ สุขกาย สุขเงิน และสุขสามัคคี ในพื้นที่นำร่องจังหวัดละ 2 ตำบล ที่มีกลไกเดิมที่พัฒนามาถือเป็นตำบลจัดการสุขภาพ รวมถึงเป็นพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งและมีกระบวนการพัฒนา และประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีความคาดหวังในผลลัพธ์คือ หากชุมชนมีความสุขในองค์ประกอบสำคัญเหล่านี้ คนในชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้น เกิดความสุข สงบ และสามารถจัดการดูแลตนเอง คนในครอบครัวและชุมชนได้มากขึ้น และเมื่อเกิดสถานการณ์ใด ๆ แม้แต่การระบาดของโรคและภัยสุขภาพก็สามารถร่วมมือกันจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาเป็นการประเมินที่ผลลัพธ์ (Outcome) เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า องค์ประกอบด้านสุขใจ และสุขสามัคคี อยู่ในระดับมาก แต่สุขกายและสุขเงินยังอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มที่พบว่า “ก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 มีความสุขพอสมควรหากมีความพอเพียง เพราะส่วนใหญ่เป็นชุมชนที่ดูแลกันมานาน มีความรักความเอื้ออาทรกัน ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอยู่แล้ว เมื่อเกิดการระบาดของโรค ทำให้รายได้ลดลง ลูกหลานที่ไปทำงาน

ต่างจังหวัดขาดรายได้ มีหนี้สินจึงก่อผลกระทบต่อความสุขกายและเงิน แต่ก็ยังดีที่ชุมชนมีอาหารที่ปลูกและเลี้ยงไว้ ก็ไม่ขาดแคลนมากและต้องปรับตัวให้ได้ ขอให้ไม่เจ็บป่วยก็พอ” และให้มุมมองด้านความสุขว่า มิติทางด้านจิตใจและด้านสังคม เป็นมิติที่ชุมชนให้ความสำคัญสามารถยืดหยุ่นให้กลุ่มแกนนำที่ทำงานพัฒนาในชุมชนยังมีความสุขในการทำงาน แต่อย่างไรก็ตาม การที่องค์ประกอบด้านสุขกายและสุขเงิน มีความสุขในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ก็สะท้อนให้เห็นว่า เรื่องสุขภาพกาย และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้ชุมชนมีความสุขเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ อาจต้องการระยะเวลาและความต่อเนื่อง ซึ่ง สมพันธ์ เตชะอธิก⁽⁵⁾ ได้อภิปรายผลการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์จากการสร้างเสริมสุขภาวะ สามารถบรรเทาความทุกข์ด้านร่างกายและจิตใจได้บ้าง ด้านสังคมทำให้รู้สึกตนเองมีคุณค่า เกิดความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น ด้านปัญหาทำให้เกิดการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา การติดต่อทางปัญญา วิเคราะห์หาสาเหตุ จากการเรียนรู้ในการทำตัวชีวิต ข้อมูล แผน สุขภาวะ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการ ทำให้ชุมชนและ อบต. เกิดความเข้าใจในท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น แต่ยังไม่บรรลุผลการพัฒนาสุขภาวะเพื่อความอยู่ดีมีสุข ซึ่งต้องใช้ระยะเวลายาวนานและต้องมีระบบสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชน ท้องถิ่นขยายกิจกรรมจนนำไปสู่การลดหรือแก้ไขปัญหามากขึ้นได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในชีวิตโดยรวม พบว่า สภาวะความสุขทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ มีข้อสังเกตในประเด็นความสัมพันธ์เชิงลบของความสุขกายกับความสุขในชีวิตโดยรวม อาจเกิดจากข้อมูลของการมีสุขกายมาจากการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังคงมีอยู่ ส่วนความสุขในชีวิตโดยรวมเป็นการประเมินตนเองที่ผู้ประเมินอาจจะยังไม่รู้ถึงพฤติกรรมเสี่ยง และแม้ว่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย แต่ก็บ่งบอกถึงนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การสร้างเสริมความสุขผ่านองค์ประกอบด้านสุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี เป็นแนวทางที่สามารถสร้างสุขให้ชุมชนโดยรวมได้ ซึ่งเป็นแนวทางที่อาจไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณสูง และ

น่าจะได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ภายนอกชุมชนไม่มากนัก โดยอาจจะเน้นไปที่การจัดการสินทรัพย์และทุนทางสังคมที่เน้นความสมดุลของรายรับกับรายจ่าย และการพึ่งตนเองได้ด้วยหลักเศรษฐกิจพอเพียง โดยเฉพาะการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับความสุขของชุมชน ให้สามารถรับมือความเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์นอกชุมชนได้

เมื่อศึกษาบทเรียนในการดำเนินงานของพื้นที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนสร้างสุข ได้แก่ ความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน การมีผู้นำชุมชนที่ดี การมีทุนทางสังคมด้านวัฒนธรรม การมีวิถีชีวิตแบบพอเพียงและเอื้ออาทรต่อกัน และการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย สุขอมรัตน์⁽⁶⁾ ซึ่งศึกษาในพื้นที่ที่มีผลงานดีเด่น พบว่า ผลลัพธ์ของการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถตอบสนองต่อนโยบายชุมชนสร้างสุข กล่าวคือ สุขกาย เนื่องจากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมากเพิ่มขึ้นจากเดิม สุขใจ ส่งผลให้สามารถจัดการความเครียดได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน รู้จักแบ่งปันหรือทำสาธารณะประโยชน์มากขึ้น สุขเงิน เนื่องจากการไม่เจ็บป่วย ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คริวเรือนลดค่าใช้จ่ายจากบุหรี่ยาและสุรา และเมื่อมีสุขภาพกายและจิตดี จะส่งผลให้ประกอบอาชีพได้อย่างมีความสุข สร้างรายได้ให้กับครอบครัว

จากการศึกษาด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนสร้างสุขของพื้นที่ศึกษาพบว่าอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก คล้ายกับผลการศึกษาของ สุธาทิพย์ จันทรักษ์⁽⁷⁾ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพที่พบว่าแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพขับเคลื่อนงานตำบลจัดการสุขภาพ ด้วยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.20 แต่ไม่ได้อยู่ในช่วงการระบาดของโรค ซึ่งหากจะคาดเดาว่าในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นน่าจะเกิดการมีส่วนร่วมลดลง แต่จะเห็นถึงความเข้มแข็งและความสำนึกรับผิดชอบ

ต่อสังคม ที่ต้องร่วมดำเนินการแม้จะวิตกและหวาดกลัวก็ตาม หรืออาจมองว่า ถ้ามนุษย์มีความสุขที่พอเพียง มีปัญญา และมีจิตวิญญาณของการอยู่ร่วมกันแบบสังคมไทย จะช่วยให้ฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ แม้จะพบวิกฤติการระบาดของโรคโควิด 19 ก็ตาม หากมองในเชิงของการเลือกพื้นที่ถือว่าเป็นไปตามความมุ่งหมายยุทธศาสตร์ในเรื่องนี้ ตามกรอบแนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽²⁾

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการพัฒนาชุมชนสร้างสุขตามแนวทางนี้ เนื่องจากเป็นแนวทางที่สามารถดำเนินการได้โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนท้องถิ่น ทั้งในมิติการสร้างสุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี ซึ่งจะส่งผลถึงความสุขในชีวิตโดยรวม และทำให้แกนนำในชุมชนสามารถขับเคลื่อนงานได้ด้วยความภาคภูมิใจและมีความสุข
2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการสร้างสุขทุกด้าน โดยเฉพาะด้านสุขสามัคคี ที่เกิดความสุขจากการที่ได้มีส่วนร่วมกับการพัฒนาชุมชนสร้างสุข
3. ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน การมีผู้นำชุมชนที่ดี การมีทุนทางสังคมด้านวัฒนธรรม การมีวิถีชีวิตแบบพอเพียง และเอื้ออาทรต่อกัน และการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพ ควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริม ดูแล ให้ดำรงอยู่และมั่นคงยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ ทีมงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 8 แห่งในพื้นที่ศึกษา โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูล ประสพการณ์และบทเรียนการทำงานที่มีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2563.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพ ภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]./2562.[เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://ssj.stno.moph.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2019/11/แนวทางการดำเนินงานสข63.pdf>
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทาง การสร้างสุขของชุมชน ชุมชนสร้างสุข สุขกาย สุขใจ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต [อินเทอร์เน็ต].2562. [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://pubhtml5.com/xdjb/pukb/basic>.
4. ประสพชัย พสุนนท์. การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan (1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์ 2557;7(2): 112-25.
5. สมพันธ์ เตชะอธิก, วินัย วงศ์อาสา. สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข.วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555; 29(2): 1-22.
6. พิสมัย สุขอมรัตน์. ประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามนโยบายชุมชนสร้างสุข : “สุขกาย สุขใจ สุขเงิน”[อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://hed.go.th/LinkHed/387>
7. สุรชาติพิทย์ จันทรักษ์. การมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ.วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2560; 13(2): 67-74.