

การใช้เครื่องมือด้านมานุษยวิทยาในการเรียนรู้ชุมชน เพื่อการวางแผนปฏิบัติงานชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

นิรมล เมืองโสม

(วันที่รับบทความ: 24 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 3 กรกฎาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 4 กรกฎาคม 2565)

บทคัดย่อ

โดยทั่วไปการดำเนินงานสาธารณสุขและการบริการพยาบาล คือ สิ่งที่รัฐบาลจัดทำให้ตามความต้องการของชุมชน พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขจะต้องประเมินความต้องการของชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย โดยเครื่องมือเหล่านั้นใช้ค้นหาความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน จากการใช้ในการทำความรู้จักกับบริบทของชุมชนที่เข้าไปศึกษา โดยการใช้เครื่องมือทางด้านมานุษยวิทยาในการศึกษาชุมชนเชิงลึก 7 อย่าง ซึ่งประกอบด้วยแผนที่เดินดิน, ผังเครือญาติ, โครงสร้างองค์กรชุมชน, ระบบสุขภาพชุมชน, ปฏิทินชุมชน, ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิตบุคคลสำคัญหรือกลุ่มเป้าหมายในชุมชน เมื่อมีการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชน จะช่วยให้ทราบปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนที่พบบ่อย ซึ่งมีทั้งปัญหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อต่างๆ และโรคไร้เชื้อที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับบริบทต่างๆ ทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน เมื่อมีการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนด้วยเครื่องมือดังกล่าว ก็จะทำให้การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพในชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชนและเขียนแผนงานแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขต่างๆ ในชุมชน

คำสำคัญ : เครื่องมือด้านมานุษยวิทยา, การเรียนรู้ชุมชน, การวางแผนปฏิบัติงานชุมชน

นักวิชาการอิสระ

Corresponding outhter : รศ.ดร.นิรมล เมืองโสม (สค.ด.) Email : nmuangsom38@gmail.com

Using anthropological's tools to formulate an effectiveness action plan for community learning

Niramom Muangsom

(Receive 24th May 2022; Revised: 3rd July 2022; Accepted 4th July 2022)

Abstract

In general, public health activities including nursing care activities are governed by the needs of the community being served. Nurses and public health personnel are required to assess the needs of any given community. Several different tools, including the anthropological tools are used to identify the socio-cultural contexts of the population and their health requirements. Tools that are frequently used for gathering the data, are a community map, genogram, community organ, community calendar, local health system, local history and life story of the people in the community. When all the data are collected, the major health problems facing the people in that community can be identified and effective public health programs can be devised. It is known that common health problems within a community are infectious diseases and chronic conditions such as Diabetes Mellitus, Hypertension and Cardio-vascular disease, which can be linked to socio-cultural factors. After the assessment of the community an effective action plan is then developed. Priority for public health programs in the community can be targeted at the most pressing conditions for that community.

Keywords : Anthropological tools, Community learning, Community action plan

independent scholar

Corresponding Author : Niramom Muangsom Ph.D. (Social Sciences)

e-mail : nmuangsom38@gmail.com

บทนำ

ก่อนอื่นเราควรรู้จักความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งตามคำประกาศของอัลมา อัลตา ปี ค.ศ. 1978 หมายถึง บริการด้านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศและให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมถึงการดูแลสุขภาพโดยรวมที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคลเท่านั้น เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพของประชาชน ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนของชุดคำที่ใช้อธิบายลักษณะระบบบริการทางการแพทย์ เป็นระดับต่างๆ โดยแบ่งตามความซับซ้อนทางการแพทย์ เป็นบริการปฐมภูมิ ซึ่งหมายถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับแรกของระบบ ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ ส่วนระดับที่เหนือขึ้นไป คือบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ⁽¹⁾ ซึ่งการบริการปฐมภูมินั้นพยาบาลชุมชนมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นศิลปะขั้นสูงของการดูแลสุขภาพที่ต้องมีหัวใจการเป็นมนุษย์ เป็นการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของประชาชน นอกจากนี้เราควรรู้จักปัญหาสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยและเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องถึงลักษณะของโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และนโยบายของประเทศด้วย การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่แท้จริงจะต้องมีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและพยายามปรับปรุงป้องกัน

มิให้เกิดโรคและปัญหาทางด้านสุขภาพขึ้น ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับชุมชน จะต้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล วินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชนและมีการวางแผนดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน

ส่วนการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชนเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการนำข้อมูลชุมชนที่ผ่านการวิเคราะห์จนสามารถวินิจฉัยได้ว่าชุมชนมีภาวะสุขภาพอย่างไร ปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่คืออะไรและมีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยอย่างไร แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพต่อไป นักวิชาการหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งรวมพยาบาลอนามัยชุมชนด้วย จะมีการใช้ข้อมูลต่างๆ ของชุมชนเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนโครงการในการทำงานกับชุมชน เป็นตัวบ่งชี้ ทิศทาง เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการ ดังนั้นข้อมูลชุมชนที่รวบรวมได้มา จะต้องมีความครบถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้อง น่าเชื่อถือ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำเครื่องมือศึกษาชุมชนที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการสำรวจและเก็บข้อมูลจากชุมชน เครื่องมือในการศึกษาชุมชนนั้นได้พัฒนามาจากเครื่องมือของนักมานุษยวิทยาที่มีนามว่า นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ซึ่งเป็นนักมานุษยวิทยาของไทยคนแรกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญใช้เครื่องมือ 7 อย่าง ในการศึกษาชุมชน เชิงลึก โดยเครื่องมือประกอบด้วย (1) แผนที่เดินดิน (2) ผังเครือญาติ (3) โครงสร้างองค์กรชุมชน (4) ปฏิทินชุมชน (5) ระบบสุขภาพชุมชน

(6) ประวัติชีวิต และ (7) ประวัติชีวิตบุคคลสำคัญหรือกลุ่มเป้าหมาย โดยพยาบาลอนามัยชุมชนและนักวิชาการสาธารณสุขอาจมีเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม, แบบสัมภาษณ์, แบบสังเกตและแบบทดสอบด้วย ซึ่งรายละเอียดของเครื่องมือศึกษาชุมชนแต่ละประเภทนั้นผู้เขียนขอเสนอรายละเอียดตามหลักการของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ⁽²⁾ ในปี พ.ศ.2545 โดยบทความนี้จะให้รายละเอียดและตัวอย่างของเครื่องมือทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาในการศึกษาชุมชนชนิดต่างๆ ที่พยาบาลอนามัยชุมชนรวมทั้งนักวิชาการสาธารณสุขควรรู้และนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานกับชุมชนต่อไป

สาระสำคัญของเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษาชุมชนและปัญหอนามัยของชุมชน

เครื่องมือในการศึกษาชุมชนประเภทต่างๆ ตามแนวคิดของนักมานุษยวิทยา ที่นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลอนามัยชุมชนควรทราบ โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. แผนที่เดินดิน(Community Map)

จัดว่าเป็นเครื่องมือชิ้นแรกที่สำคัญ ดังนั้นการทำแผนที่เดินดินจึงมีความสำคัญมากและเหมาะสมที่จะเป็นบันไดขั้นแรกของการศึกษาชุมชน เพราะเป็นวิธีที่จะทำให้เราเห็นภาพรวมของชุมชนได้ดี รวดเร็วและได้ปริมาณข้อมูลมาก ครบถ้วนในระยะเวลาสั้นที่สุด นอกจากนี้ยังช่วยถนอมพิษของการรู้จักชุมชนไม่ทั่วถึงด้วย แผนที่เดินดินเป็นเครื่องมือชิ้นแรกที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการทำงานนันทนาการ วิธีการทำแผนที่เดินดิน มีดังนี้ คือ (1) ให้เรานำ

แผนที่นั่งโต๊ะมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน “แผนที่นั่งโต๊ะ” ก็คือ แผนที่ที่หาได้จากเอกสาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการสำรวจไว้แล้ว ซึ่งจะให้มีข้อมูลทางด้านภูมิศาสตร์โดยทั่วไปอย่างคร่าวๆ (แต่จะไม่มีข้อมูลที่สามารถบอกถึงชีวิตจริงและรายละเอียดที่สำคัญในชุมชน) ซึ่งจะช่วยให้เราประหยัดเวลาขึ้น (2) ทำการเดินสำรวจชุมชนอย่างละเอียด แล้วบันทึกข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมลงในแผนที่นั่งโต๊ะ (อย่างละเอียด) เช่น ทางสายเล็ก ๆ ที่ตัดใหม่และไม่มีการระบุไว้ในแผนที่, ขนาดของบ้าน, เขตที่มีชาวบ้านอยู่กันหนาแน่น, จุดนัดพบของชาวบ้าน, บริเวณสี่แยกที่สามารถวนรถจักรยานยนต์ได้, ร้านค้า และอะไรก็ตามที่เป็นรายละเอียดสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานนันทนาการของชุมชน (3) สร้างความสัมพันธ์ไปด้วยการทำแผนที่เดินดินควรให้ความสำคัญกับการสร้างความคุ้นเคยกับชุมชนควบคู่ไปด้วย ฉะนั้นจึงควรแวะทักทายชาวบ้านให้มากที่สุด ข้อแนะนำในการทำแผนที่เดินดินมีดังนี้ คือ (1) ไม่นั่งรถทำแผนที่ ควรเดินเท้าด้วยตัวเอง เพราะการนั่งรถทำให้เราไม่ได้สัมผัสกับชาวบ้านจริงๆ (2) ในกรณีที่มีทีมงานหลายคนไม่ควรแบ่งกันสำรวจแล้วนำข้อมูลมาต่อกันเพราะอาจได้ข้อมูลที่ผิดพลาดและขาดความต่อเนื่อง ควรเดินสำรวจไปพร้อมๆ กัน (3) ต้องหมั่นสังเกตและมีพุดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อสังเกตระหว่างกันและกัน (4) การให้ผู้นำชาวบ้านมาเดินด้วยมีทั้งผลดีและผลเสีย ผลดีคือ ทำแผนที่ได้รวดเร็ว ส่วนผลเสียคือ ข้อมูลมีอคติ (Bias) หรืออาจมีการปิดบังข้อมูลที่ไม่อยากให้เราเห็น, (5) เขียนข้อสังเกตทุกครั้งที่พบเห็น เพื่อกันไม่ให้ลืม และ (6) ข้อมูลบางอย่างไม่สามารถสอบถาม

จากการสังเกตด้วยตาเพียงอย่างเดียว จึงจำเป็นต้องมีการสอบถามเจ้าของบ้าน ญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นในชุมชนประกอบการพิจารณา เพราะบางครั้งสิ่งที่เห็นอาจเป็นเพียงภาพลวงตา ดังตัวอย่างที่จะยกตัวอย่างให้เห็นต่อไปข้อมูลบางอย่างไม่สามารถสอบถามจากเจ้าของบ้านได้โดยตรง เช่น บ้านบางหลังมีขนาดใหญ่ผิดปกติเมื่อสอบถามถึงอาชีพของสมาชิกในครอบครัว อาจได้ข้อมูลไม่ชัดเจนเนื่องจากเกี่ยวข้องกับการค้าขายยาเสพติดและสิ่งผิดกฎหมาย การสอบถามเจ้าของบ้านโดยตรงอาจไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริง จำเป็นต้องสอบถามคนในชุมชนเพิ่มเติมหรืออาศัยการสังเกตเพิ่มเติมด้วยตัวเอง (ซึ่งเป็นคนนอกชุมชน) ในการทำแผนที่เดินดินนั้น ความสำคัญไม่ได้อยู่ที่การเขียนแผนที่ทางกายภาพให้สมบูรณ์ ครบถ้วนลงบนแผ่นกระดาษ แต่สำคัญที่การไปดูให้เห็นและเข้าใจถึงความหมายและ “หน้าที่ทางสังคม” (Social meaning และ Social function) ของ “พื้นที่ทางกายภาพ” (Physical space) เหล่านั้น การเข้าใจความหมายทางสังคมของลักษณะทางกายภาพนี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อไปมีการเดินดินและสิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ การเดินดินจะช่วยให้เห็นพื้นที่ทางสังคม (Social space) และเข้าใจหน้าที่ทางสังคม (Social function) ที่อยู่บนลักษณะทางกายภาพ (Physical space)

2. ผังเครือญาติ (Family trees or genogram) เป็นการใช้สัญลักษณ์แสดงตัวบุคคลและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระบบเครือญาติ⁽²⁾ มีประโยชน์สำคัญคือช่วยให้เข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือญาติที่แม้จะมีความซับซ้อนหลายตระกูลก็ยังสามารถสืบสาว

เชื่อมโยงกันได้ในการแพทย์และสาธารณสุข เราใช้ประโยชน์ในการสอบถามประวัติการเจ็บป่วยโรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมต่างๆ เช่น โรคเบาหวานชนิดที่สองหรือโรคไม่ติดต่ออื่นๆ เช่น โรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น ซึ่งช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้ประโยชน์ในการให้ข้อมูลกับประชาชนที่มีประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อโรคเหล่านี้ก่อนแต่งงานหรือเป็นคู่รักกัน เพื่อจะได้ทราบว่าหากแต่งงานกันแล้วบุตรหลานจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมนี้ได้

3. โครงสร้างองค์กรชุมชน (Community Organ) การรู้จักและเข้าใจโครงสร้างองค์กรชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จะช่วยให้เราเห็นได้ชัดเจนถึงมิติความสัมพันธ์ในชุมชนว่าคนกลุ่มใดมีบทบาทต่อชุมชนในเชิงการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม มีความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรหรือขัดแย้งกับกลุ่มไหน เป็นข้อมูลที่จะช่วยให้เราจัดการความสัมพันธ์ของเรากับชุมชนได้ และยังเข้าใจถึงศักยภาพของชุมชนว่าอยู่ที่การรวมตัวเป็นกลุ่มหรือเครือข่ายในชุมชนที่มีหลากหลาย เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายเอกชนและผู้นำแบบไม่เป็นทางการต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นองค์กรชุมชนจึงเป็นทุนทางสังคม (Social capital) ที่สำคัญในการแก้ปัญหาต่างๆ และช่วยสร้างชุมชนให้เข้มแข็งด้วย

4. ระบบสุขภาพชุมชน (Local Health Systems) ช่วยให้เราเห็นภาพรวมของระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงกับมิติต่างๆ ความคิด ความเชื่อ วิถีปฏิบัติต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมของคนในชุมชนนั้นๆ โลกของ

สุขภาพ ซึ่งในพื้นที่ต่างๆ มีระบบสุขภาพที่เป็นมีแนวคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบชาวบ้านหรือพื้นบ้าน (Lay medicine) เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย อาจใช้สมุนไพร รักษาโดยการทา รับประทาน ย่าง และอบสมุนไพร ซึ่งปัจจุบันเรายังคงมีใช้และให้บริการแก่ประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบทและการแพทย์สมัยใหม่ (Modern medicine) เราจึงสามารถใช้บริการได้จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ทั่วประเทศไทย

5. ปฏิทินชุมชน (Community Calendar) ช่วยทำให้เข้าใจวิถีชุมชนหมายถึงแบบแผนงานกิจกรรมเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งวัฒนธรรมและประเพณีปฏิบัติของชุมชนที่เกิดขึ้นในรอบปีหรือแต่ละฤดูกาล ทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้สามารถวางแผนการทำงานกับชุมชนได้ดียิ่งขึ้น เพราะจะทำให้จัดตารางการทำงานที่สอดคล้องกับชีวิตชุมชนได้ เช่น การทำงานกับคนชุมชนในช่วงที่ประชาชนไม่ได้ไปดำนาปลูกข้าวในช่วงฤดูฝนและช่วงเกี่ยวข้าวในช่วงฤดูหนาว เป็นต้น จึงสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและถูกจังหวะเวลาของประชาชนในชุมชน

6. ประวัติศาสตร์ชุมชน (Local History) การทำความเข้าใจประวัติศาสตร์ของชุมชน ซึ่งสำคัญต่องานชุมชน เพราะชุมชนมีส่วนคล้ายคลึงกับบุคคลตรงที่มีความคิดเห็นและมีความรู้สึก การศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนก็เหมือนกับการได้เข้าใจคนคนหนึ่งว่าเขามี

ความเป็นมาอย่างไร เติบโตมาในครอบครัวแบบไหนเคยประสบกับอะไรมาบ้างในชีวิต ทำให้เราเข้าใจคนคนนั้นได้ดี ประวัติศาสตร์ชุมชนก็เช่นเดียวกัน การเข้าใจเรื่องราวความเป็นมาของสิ่งต่างๆ ในชุมชน⁽²⁾ ทำให้เราสามารถเลือกวิธีการทำงานกับชุมชนให้สอดคล้องกับประสบการณ์ ความคาดหวังและศักยภาพของชุมชนได้ดีขึ้นมีผู้รู้ได้เสนอหลักการใช้เครื่องมือประวัติศาสตร์ชุมชนโดยเพิ่มความระมัดระวังและลดอคติในการทำงานในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่รัฐถ้าเป็นในกรณีประวัติด้านสาธารณสุข เราควรใช้คำถามต่างๆ เพื่อสอบถามประชาชนที่เกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข เช่น สุขภาพของชาวบ้านในอดีตเป็นอย่างไรบ้าง โรคอะไรที่พบบ่อย ชาวบ้านใช้วิธีการแก้ไขอย่างไร การแพทย์สมัยใหม่ (Modern medicine) เข้ามาเมื่อใด รู้สึกอย่างไรต่อการแพทย์สมัยใหม่และระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีความเป็นมาอย่างไร เป็นต้น⁽²⁾

7. ประวัติชีวิต (Life Story) ประวัติชีวิต (ชีวประวัติ) หรือเรื่องราวประสบการณ์ของคนในชุมชนนั้น จะช่วยให้เราเห็นว่าค่านิยมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นซึ่งเคยเป็นนามธรรมนั้นมีรูปธรรมการแสดงออกเป็นอย่างไร ค่านิยมและวัฒนธรรมเรื่องใดมีความสำคัญและมีผลรูปธรรมต่อชีวิตของผู้คนอย่างไรและช่วยพิจารณาว่าประวัติชีวิตของคนแต่ละรุ่นในชุมชน จะสะท้อนการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนได้เป็นอย่างดีและสุดท้ายการศึกษาประวัติชีวิตทำให้เราเห็นถึงศักยภาพและทุนมนุษย์ (Human Capital) ที่มีในชุมชน ซึ่งการเรียนรู้ประวัติชีวิตของคน

ในชุมชนจะช่วยเติมเต็มมิติความเป็นมนุษย์กับงานชุมชนให้มีความหมายยิ่งขึ้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ตลอดจนสร้างความเข้าใจและมีความละเอียดอ่อนในการให้บริการชาวบ้านด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายคือ คนจน ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้นำทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ไม่ได้มุ่งเน้นที่โรคและการรักษาเป็นหลัก⁽²⁾

เมื่อเราทราบเกี่ยวกับเครื่องมือในการศึกษาชุมชนแล้ว เราควรได้รู้และรับทราบมุมมองของคณาจารย์/นักวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับการระบุปัญหาและความต้องการของชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ^(4,5)

2. การระบุปัญหาและความต้องการของชุมชนและประเภทของปัญหามัธยมศึกษา

ก่อนอื่น เราควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายปัญหามัธยมศึกษาชุมชนและการแบ่งประเภทของปัญหามัธยมศึกษาชุมชนก่อนวิธีการระบุชนิดปัญหามัธยมศึกษาชุมชนจากมุมมองของนักวิชาการบางท่านดังนี้ คือ⁽³⁾

2.1 ความหมายปัญหามัธยมศึกษาชุมชน

สมใจ วินิจกุล⁽⁴⁾ ได้ให้ความหมายปัญหามัธยมศึกษาชุมชน ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า community health nursing ว่าหมายถึงภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากปกติในชุมชนและมีความวิตกกังวลของชุมชนด้านสุขภาพ ซึ่งลักษณะของปัญหานั้นมีสิ่งสมควรพิจารณาร่วมด้วย ได้แก่ เป็นปัญหามัธยมศึกษาของชุมชนเองเป็นปัญหาสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่อนามัยและหรือเป็นปัญหามัธยมศึกษาของชุมชนและเจ้าหน้าที่ร่วมกัน

2.2 การแบ่งประเภทของปัญหามัธยมศึกษา

การแบ่งประเภทของปัญหามัธยมศึกษาชุมชนนั้น แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้คือ⁽⁶⁾

1) ปัญหาความเจ็บป่วยหรือโรคร้ายไข้เจ็บ (Disease) เช่น ปัญหาโรคเบาหวาน ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจร เป็นต้น จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ก็เป็นโรคไม่ติดต่อ

2) ปัญหาสภาพการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพและทำให้เกิดการเจ็บป่วย (Condition) ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น ขาดแคลนน้ำดื่ม น้ำใช้ ทำให้เกิดปัญหาโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่ชนบทบางแห่งและปัญหาพฤติกรรมอนามัยไม่เหมาะสม เช่น ประชาชนใช้ส้วมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้เกิดโรคพยาธิปากขอ เป็นต้น

สรุปปัญหามัธยมศึกษาชุมชน หมายถึง ปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนนั้น อาจเนื่องมาจากปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคร้ายไข้เจ็บรวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากโรคร้ายไข้เจ็บนั้นและปัญหาที่มีภาวะเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สามารถแสดงออกทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น สถานภาพทางด้านสังคมประชากร ถ้าโครงสร้างของประชากรที่มีผู้สูงอายุมากและเป็นกลุ่มเสี่ยง ทำให้พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อได้จำนวนมาก และความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ รวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วย^(6, 7)

2.3 การระบุปัญหามัธยมศึกษาชุมชน

การระบุปัญหามัธยมศึกษาชุมชนนั้น ในทางด้านการถือว่เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เรา

ทราบปัญหา-สุขภาพของชุมชน ซึ่งวิธีการระบุปัญหาอนามัยชุมชน มีการดำเนินการดังนี้

1) การเลือกสิ่งที่เป็นปัญหา โดยการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกปัญหา ได้แก่สิ่งที่มีผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่ และมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของชุมชนในด้านเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อนโยบาย ที่กำหนดและทำให้นโยบายไม่บรรลุวัตถุประสงค์หรือมีผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ ทำให้เกิดความสูญเสียแก่ส่วนรวม

2) การกำหนดตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งที่สามารถนำมาอ้างอิงหรือชี้วัดว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว เช่น อัตราการเกิดค่อนข้างต่ำ เป็นดัชนีบ่งชี้ว่ามีการลดลงของประชากร ร้อยละของครัวเรือนที่มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะต่ำ เป็นดัชนีชี้วัดปัญหาการกำจัดขยะมูลฝอย และร้อยละของประชาชนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปที่มีการสูบบุหรี่สูง เป็นดัชนีชี้วัดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนกลุ่มนี้ เป็นต้น

3) การเปรียบเทียบกับหลักเกณฑ์เมื่อได้ข้อมูลจากการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือปัจจัยสาเหตุ เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น แล้วนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เช่น เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เปรียบเทียบตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และเปรียบเทียบกับชุมชนใกล้เคียง เป็นต้น เช่น ชุมชนแห่งหนึ่งพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ร้อยละ 70 (ในการป้องกันโรคโปลิโอ คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และหัด) เมื่อเทียบกับ

มาตรฐานที่กำหนดให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร้อยละ 100 แสดงว่าชุมชนนี้มีปัญหาการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก

4) การกำหนดสภาพและขอบเขตของปัญหา หมายถึงการอธิบายให้เห็นว่าสิ่งที่กำหนดนั้นคือปัญหาที่แท้จริงว่าเป็นปัญหาประเภทใด เป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ (Disease) หรือปัญหาเกี่ยวกับสภาพการณ์ (Condition) ซึ่งสภาพการณ์ เช่น ปัญหาการขาดแคลนน้ำสะอาดเป็นปัญหาสภาพการณ์และระบุขอบเขตของปัญหาได้ว่าชุมชนแห่งนี้มีน้ำสะอาดดื่ม เพียงร้อยละ 40 ตามเป้าหมายโครงการจัดหาน้ำสะอาดกำหนดให้ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่ม ร้อยละ 90 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 50 แต่เนื่องจากชุมชนแห่งนี้มีปัญหาการขาดแคลนน้ำสะอาดมานานเกือบสิบปี ถ้าหากปล่อยให้เป็นอยู่เช่นนี้ก็จะมีความเสี่ยงต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและอาจเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ได้แก่ การเกิดโรคติดต่อระหว่างน้ำและอาหาร เช่น โรคอุจจาระร่วง บิด และไทฟอยด์ เป็นต้น⁽⁶⁾

5) การค้นหาสาเหตุของปัญหา เมื่อคัดเลือกปัญหาได้แล้ว โดยใช้หลักเกณฑ์ขั้นตอนที่สำคัญ คือ การค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา⁽⁶⁾ เป็นการสืบค้นต้นตอที่แท้จริงของปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง ซึ่งจะ เป็นขั้นตอนเดียวกับการโยงใยสาเหตุ (Web of causation) ซึ่งการเขียนผังโยงใยความสัมพันธ์ของสาเหตุทางทฤษฎีและโยงใยตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงของปัญหาควรให้ความสำคัญของการพิจารณาสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

เนื่องจากสาเหตุด้านพฤติกรรมเป็นสาเหตุตรงและเป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งของปัญหาสาธารณสุข ซึ่งในทางทฤษฎีแล้วปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของคนเรา จะประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ตามแนวคิดของนักพฤติกรรมศาสตร์ คือ Green W. Lawrence ที่ได้มีการพัฒนาแนวคิดการวินิจฉัยพฤติกรรมด้วย PRECEDE Framework ขึ้นในปี ค.ศ. 1980 ได้มีการวิเคราะห์พฤติกรรมมนุษย์ โดยใช้ PRECEDE Framework^(9-10,13) ในช่วงแรกของการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ จะช่วยให้ทราบปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เสี่ยงของบุคคล (ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งได้แก่สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งสิ่งที่อยู่ในชุมชนรอบตัวบุคคลด้วย) ดังนั้นพยาบาลควรประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในการส่งเสริมสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของมนุษย์เราและใช้ในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ด้วย⁽¹¹⁾ โดยแนวคิดนี้ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็วได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล การแสดงพฤติกรรมของคนมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ และสถานภาพของบุคคลด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลนี้เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถนำไปสู่การกระทำได้

2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา ได้แก่ ทักษะ ทรัพยากร สิ่งสนับสนุนให้แสดงพฤติกรรมของคนได้ง่ายขึ้นหรือสิ่งที่ขัดขวางให้แสดงพฤติกรรมของคนเรา นอกจากนี้ยังรวมถึงทักษะใหม่ๆ ที่บุคคลจะต้องมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ซึ่งการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทักษะใหม่ที่ผู้ป่วยต้องกระทำหรือการส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่แสดงสิ่งที่บุคคลได้รับจากคนอื่นในสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนผู้บังคับบัญชา แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น โดยมีผลจากการกระทำของบุคคล ซึ่งเป็นผลให้บุคคลนั้นๆ แสดงพฤติกรรมออกมาหรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้นๆ สิ่งที่ได้รับอาจจะเป็นรางวัลหรือการลงโทษ ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่มักจะเป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ ตำหนิ ตีเตือน และการลงโทษ ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขและนักศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่เชื่อว่าปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ กลุ่มปัจจัยทั้งสามอย่างดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นสาเหตุรองของปัญหาสาธารณสุข^(8,9) ที่เราพบได้ในชุมชนต่างๆ ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับการวิเคราะห์พฤติกรรมนี้ ท่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากตำราทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสุขศึกษา รวมทั้งรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ท่านมีความเข้าใจ

เรื่องนี้มากขึ้น จากตำราภาษาไทยและตำราภาษาอังกฤษ

2.4 การวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน และการวินิจฉัยชุมชน

การทำงานชุมชนด้านสาธารณสุขมีความสำคัญ เนื่องจากการเป็นการทำงานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีความแตกต่างจากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะบุคคลหรือกับคนกลุ่มใหญ่ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและค่านิยมของคนในชุมชน⁽¹¹⁾ ส่วนความหมายของการวินิจฉัยชุมชน ก็คือ กระบวนการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ผลที่บ่งชี้ว่าประชาชนในชุมชนนั้นมีสถานภาพสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับใด ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนมีอะไรบ้าง รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสถานภาพอนามัยของคนในชุมชน^(4,11)

โดยบทความนี้จะกล่าวถึงการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่ง ส่วนแนวคิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาอนามัยชุมชน จะได้เรียนรู้เพิ่มเติมต่อไปหรือ ผู้ที่สนใจก็สามารถศึกษาล่วงหน้าหรืออาจไปทบทวนบทเรียนที่เกี่ยวข้องสมัยเรียนปริญญาตรีหรือปริญญาโท (ขึ้นกับสาขาที่เรียน)

การวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน คือ การประเมินเพื่อที่จะทราบว่าอะไรคือปัญหาอนามัยที่สำคัญของชุมชนที่จะทำการแก้ไข ปัญหาและอะไรคือสาเหตุของปัญหานั้นๆ ซึ่งในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

อนามัยชุมชน มีส่วนประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน ดังที่นักวิชาการด้านการพยาบาล คือ อลิซาเบท ที แอนเดอร์สัน และจูดิท แมกฟาลแลน (Elizabeth T. Anderson & Judith McFarlane)⁽¹²⁾ ได้กล่าวไว้ ในปี ค.ศ.2015 ดังนี้ คือ

1) ส่วนที่กำหนดปัญหา ความต้องการ ความเข้มแข็งหรือสภาพปัญหาของชุมชน ส่วนนี้จะทำให้เราทราบถึงเป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาล

2) ส่วนที่ระบุสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือพยาธิสภาพของปัญหา ซึ่งพยาบาลเราจะใช้เป็นแนวทางของกิจกรรมการพยาบาล

3) ส่วนที่ข้อมูลสนับสนุน เช่น อาการ (Signs) และอาการแสดง (Symptoms) ซึ่งสนับสนุนสาเหตุหรือสภาพปัญหาที่ปรากฏ ส่วนนี้จะใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลของกิจกรรมการพยาบาลต่อไป

ตัวอย่างเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอนามัยชุมชน คือ ประชาชนอายุ 45-59 ปี ในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่ง ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากพฤติกรรมการกินอาหารเค็มและมีความเครียดจากการทำงาน

ข้อมูลในการสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอนามัยชุมชน มีดังนี้ คือ

1. ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 45-59 ปี เท่ากับร้อยละ 20

2. ประชาชนอายุ 45-59 ปี ให้ข้อมูลว่าชอบรับประทานอาหารเค็ม ปลาร้า เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว (ไม่ชิมก่อนปรุง)

3. ประชาชนในชุมชนให้ข้อมูลว่าเวลาทำงานแล้วเครียด ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรทำงานหนักเพราะรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายเลย จึงทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้น

จากตัวอย่างที่กล่าวมาก่อนการสรุปบทความนี้ช่วยให้เราได้เรียนรู้เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอนามัยชุมชนด้วย

สรุป

การดำเนินงานอนามัยชุมชนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการหรือชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนและทีมงานสุขภาพทั้งจากภาครัฐบาลและเอกชนในการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นการเตรียมการดำเนินงานอนามัยชุมชนจึงจำเป็น เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความพร้อมในการทำงาน โดยมีการวางแผนทำงานให้ชัดเจนเหมาะสมกับระยะเวลาที่กำหนดและทรัพยากรที่มีอยู่ การวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชนจะเป็นขั้นตอนการนำข้อมูลต่างๆ ของชุมชนซึ่งผ่านการวิเคราะห์จนสามารถวินิจฉัยได้ว่าชุมชนมีภาวะสุขภาพอย่างไร ปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่คืออะไร มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างไร ซึ่งพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขควรให้ความสำคัญของการพิจารณาสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากสาเหตุด้านพฤติกรรมเป็นสาเหตุตรง และเป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งของปัญหาสาธารณสุข ในทางทฤษฎีแล้วปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ของมนุษย์เรา จะประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ตามแนวคิด PRECEDE Framework ของนักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กรีน ดับบลิว ลอเรนซ์ (Green W. Lawrence) ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขรวมทั้งพยาบาลอนามัยชุมชนได้มีการวิเคราะห์พฤติกรรมของมนุษย์ โดยใช้แนวคิด PRECEDE Framework กันอย่างแพร่หลายในการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนควรประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในการส่งเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ส่วนการวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชนโดยใช้เครื่องมือของนักมานุษยวิทยาในการศึกษาชุมชนเชิงลึกด้วยเครื่องมือ 7 อย่าง ซึ่งประกอบด้วยแผนที่เดินดิน, ผังเครือญาติ, โครงสร้างองค์กรชุมชน, ปฏิทินชุมชน, ระบบสุขภาพชุมชน, ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิตบุคคลสำคัญหรือกลุ่มเป้าหมายในชุมชนที่เราต้องการเรียนรู้ เราจะได้ข้อมูลที่ต้องการในเชิงลึก ดังนั้นเมื่อนักวิชาการสาธารณสุขหรือพยาบาลอนามัยชุมชน ทำการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชนได้แล้ว ก็จะนำไปสู่ขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชนและการเขียนแผนงาน/โครงการในการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งก่อนที่เราจะมีทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย เราจะมีการพิจารณาถึงแนวคิดและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์อื่นๆ นอกเหนือจากแนวคิด PRECEDE Framework ที่กล่าวมาในบทความนี้ ก็จะมีแนวคิด PRECEDE Framework ซึ่งมี 5 ระยะด้วยกันในการ

วินิจฉัยพฤติกรรมมนุษย์ ควรอ่านเพิ่มเติมจาก ตำราทางด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ รวมทั้งมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นต้น ซึ่งนักวิชาการ สาธารณสุขต้องเลือกใช้ให้สอดคล้องกับปัญหา การวิจัย กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยหรือการ ดำเนินโครงการและปัญหาสาธารณสุขที่ต้องการ แก้ไข ส่วนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา อนามัยชุมชนก็เป็นขั้นตอนต่อจากการวินิจฉัย ปัญหาอนามัยชุมชน เพราะเป็นกระบวนการที่จะตัดสินใจว่าปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขก่อน หลังตามลำดับ เป็นการทำงานหรือแก้ไขปัญห สุขภาพของชุมชนได้สอดคล้องกับงบประมาณที่มีหรือได้รับการจัดสรร จึงถือว่าเป็นการทำงานมีประสิทธิภาพอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ ครอบครัว นิยาม ความหมายและความ เชื่อมโยง [อินเทอร์เน็ต]. 2552. [เข้าถึง เมื่อ 30 มิถุนายน 2565] จาก <https://kb.hrsi.or.th/dspace/bit-stream/>
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง. วิถี ชุมชน: คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชน ง่าย ได้ผลและสนุก. กรุงเทพฯ: ดีไซน์; 2545.
3. รังสิยา นารินทร์, วราภรณ์ บุญเรียง. การรวบรวมข้อมูล. ใน: ศิวพร อึ้งวัฒนา; พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์. การพยาบาล ชุมชน. [ม.ป.ท. : ม.ป.พ.]; 2555. หน้า 51-60.
4. สมใจ วินิจกุล. อนามัยชุมชน กระบวนการ วินิจฉัยและการแก้ปัญหา(ปรับปรุง ครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บพิธ การพิมพ์; 2552.
5. พลุ่ตศักดิ์ พุ่มวิเศษ. ระบบสาธารณสุขและ การวางแผนงานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2557.
6. ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. กระบวนการพยาบาล อนามัย: แนวคิดและการปฏิบัติการ พยาบาล. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย; 2560.
7. อมรรัตน์ รัตนศิริ, สุชาดา ภัยหลีกลี่. แนวคิดการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ. ใน: เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ และคณะ. การสร้างสุขภาพมิติของการป้องกัน ควบคุมโรคในบริบทหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา วิทยา, 2547. หน้า 105-21.
8. รุจิรา ดวงสงค์. การจัดการทางสุขศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
9. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพไทย; 12(1): 38-48.
10. สมใจ วินิจกุล. อนามัยชุมชน กระบวนการ วินิจฉัยและการแก้ปัญหา (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หจก.พันธ์ พับบลิชซิง; 2550.

11. วรางคณา จันทรังค. แนวคิดและหลักการ
ในการทำงานชุมชน ใน เอกสารการสอน
ชุดวิชา การทำงาน ชุมชนด้านสาธารณสุข
หน่วยที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย สุโขทัย
ธรรมาธิราช; 2562. หน้า 1-73.
12. Elizabeth T. Anderson & Judith
McFarlane. Community analysis
and nursing diag-nosis. In Elizabeth
T. Anderson & Judith McFarlane.
Community as partner: Theory and
practice in nursing. 7th ed. Philadel-
phia, PA: Wolters Kluwer; 2015. p. 229.
13. Green W. Lawrence & Karshall W.
Kreuter. Health Promotion Planning:
An Education and Environmental
2nd ed. California: Mayfield Publishing
Company; 1991. p. 134-35.