

บทความ

การพัฒนาชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแรม COMMUNITY DEVELOPMENT FOR HEALTH PROMOTION: A CASE STUDY IN NONGKHAM SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL

นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์*
ภูติ เทชาติวัฒน์* ยูพา วันแย้ม*

บทนำ

ในสองทศวรรษข้างหน้า โลกจะเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านและการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological transition) และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (Demographical transition) นอกจากนี้ปัจจุบันวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ภาระโรคของทั่วโลก ร้อยละ 20-25 ประเทศที่กำลังพัฒนากำลังประสบปัญหาการที่ต้องแบกรับภาระโรคสามรูปแบบพร้อมกันในเวลาเดียวกัน (Triple burden of diseases) ได้แก่ 1) โรคติดต่อ 2) โรคเรื้อรังที่เกิดจากผลกระทบของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและปัญหาสังคม และ 3) อุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งจะเป็นคู่แข่งของโรคติดต่อ (WHO, 2012) ปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุมีหลายอย่าง โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยกำหนดสุขภาพและสังคม (Social determinant of health) ได้แก่ พฤติกรรม การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม กฎหมาย วัฒนธรรม และวิถีชีวิต (WHO, 2011)

จากการเปลี่ยนรูปแบบการเกิดโรคซึ่งแต่เดิมเป็นโรคติดต่อ การจัดการจึงเป็นการลดการเกิดโรคที่เป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพ ประชาชนเป็นเพียงผู้รับบริการแสดงบทบาทเป็นผู้รับ (Passive) ปัจจุบันเมื่อรูปแบบการเกิดโรคเปลี่ยนแปลงมีการ

เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ หน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพเปลี่ยนเป็นผู้ให้การสนับสนุนสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน ประชาชนแสดงบทบาทเป็นเชิงรุก (Active) ด้วยการมีส่วนร่วมในสุขภาพของตนเองและชุมชน

การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเกื้อหนุนและสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลและกลุ่มคนมีความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองและพัฒนาสุขภาพของตนเอง จะเห็นได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพที่จะได้ผลดี บุคคลและกลุ่มคนต้องเป็นผู้กระทำเอง ไม่ใช่การรอรับบริการจากบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น (WHO, 1986) นอกจากนี้การสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของประชาชน มีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนมีส่วนร่วมในสุขภาพของตนเอง องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าการสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงจากภายในจึงจะเป็นไปได้และยั่งยืนผ่านกลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Build healthy public) 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน (Strengthen community action) (กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแรม) ที่ชัดเจนว่า การสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเป็นกิจกรรมต่อเนื่องที่ชุมชน

ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแรม

ดำเนินการด้วยตัวเอง 4) การพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล (Develop personal skills) และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services)

เห็นได้ว่าการพัฒนาชุมชนเป็นองค์ประกอบหลักของกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับประชากรที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มชุมชนในการกำหนดรูปแบบและวัตถุประสงค์ของทรัพยากรสำหรับพัฒนาสุขภาพของชุมชน (Petersen, 1994) การพัฒนาชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและการส่งเสริมให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น (Naidoo & Willis, 2009) จะสำเร็จได้ด้วยการยอมรับและความร่วมมือของประชาชนในชุมชน มีการส่งเสริมให้ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง นโยบาย ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานด้านสุขภาพ องค์กรท้องถิ่นและประชาชนในชุมชน (อมร นนทสุต, 2551) อย่างไรก็ตามระบบสุขภาพมีความเฉพาะเจาะจงในบริบทของพื้นที่ ไม่มีชุดของปฏิบัติที่ดีเพียงชุดเดียวที่จะพัฒนาสุขภาพได้ในทุกในพื้นที่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการของแต่ละพื้นที่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพได้อีกทางหนึ่งด้วย จุดมุ่งหมายเดียวกันคือประชาชนพึ่งตนเองได้

ชุมชนและการพัฒนาชุมชน

ความหมายของชุมชน

หากกล่าวถึงชุมชน (Community) มักจะนึกถึงกลุ่มคนที่ตั้งบ้านเรือนอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน มีลักษณะการดำเนินชีวิต ขนบธรรมเนียม ประเพณี ที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ ในทางสังคมวิทยา ชุมชนหมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีความผูกพันทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และประเทศ โดยมี

ลักษณะร่วมกัน ได้แก่ 1) มีการกำหนดระเบียบทางสังคม 2) มีอาณาบริเวณที่ถือครองของชุมชนทั้งแบบเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ เป็นที่อยู่อาศัยของประชาชนในชุมชนนั้นๆ 3) มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน และ 4) มีเอกลักษณ์เฉพาะของตนเอง เช่น ศาสนา ประเพณี ระบบการปกครอง เป็นต้น (สมใจ วิณีจกุล, 2552) สอดคล้องกับ Sanders (1958) ที่ให้ความหมายของชุมชนไว้ว่า ชุมชนเป็นการอยู่ร่วมกันของบุคคลหลายๆ กลุ่ม มารวมกันบริเวณเดียวกัน ภายใต้กฎข้อบังคับเดียวกัน มีความสนใจร่วมกัน มีวัฒนธรรมเดียวกัน

นอกจากนี้ ประเวศ วะสี (2541) กล่าวว่า ชุมชน หมายถึง การที่คนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความพยายามทำกิจกรรมร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำ รวมถึงมีการติดต่อสื่อสารกันภายในชุมชน ซึ่ง Kemp (1991) อธิบายถึงความเป็นชุมชนไม่เฉพาะขอบเขตของหมู่บ้านแต่รวมถึง ลักษณะเครือข่ายของความสัมพันธ์ที่กว้างขวาง ทั้งระบบอุปถัมภ์และแบบเครือญาติ

โดยสรุป ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนทางสังคมที่อาศัยอยู่ร่วมกันในบริเวณเดียวกัน เช่น ครอบครัว หมู่บ้าน ตำบล หรือเรียกเป็นอย่างอื่นที่มีความสัมพันธ์กัน มีความรู้สึกร่วมกันเป็นกลุ่มเดียวกัน รวมถึงมี ศาสนา ประเพณี ระบบการปกครอง วัฒนธรรมเดียวกัน มีการติดต่อสื่อสาร และเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายร่วมกัน

การแบ่งชุมชนนั้นแบ่งออกเป็นหลากหลายลักษณะ เช่น การแบ่งโดยใช้สภาพภูมิศาสตร์ (Geography) วัฒนธรรม (Culture) และการจัดลำดับช่วงชั้นทางสังคม (Social stratification) (Naidoo & Willis, 2009) ตัวอย่าง เช่น 1) การใช้สภาพภูมิศาสตร์ในการแบ่งชุมชน ด้วยการอธิบายบริเวณที่ประชาชนรวมกันอยู่ในขอบเขตที่ชัดเจน เช่น การอยู่ร่วมกันของประชาชนในหมู่บ้านแห่งหนึ่งชื่อ “ชุมชนรวมใจ” เป็นต้น การแบ่งชุมชนแบบนี้มีความเชื่อว่าคนที่

อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน จะมีความสนใจร่วมกัน เนื่องจากอยู่ในสภาพภูมิศาสตร์เดียวกัน แสดงให้เห็นว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีอิทธิพลต่อสุขภาพและสังคม 2) การใช้วัฒนธรรมในการแบ่งชุมชนอธิบายถึงชุมชนในด้านความสัมพันธ์ มีวัฒนธรรมประเพณีร่วมกัน เช่น ชุมชนไชน่าทาวน์ของคนจีน ชุมชนชาวมุสลิม เป็นต้น การแบ่งชุมชนแบบนี้มีความเชื่อว่า การมีวัฒนธรรม ประเพณีร่วมกันจะทำให้ก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคได้ ดังนั้นสมาชิกที่อยู่ในชุมชนที่มีวัฒนธรรมเดียวกันจะช่วยเหลือและแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน องค์ประกอบของการใช้วัฒนธรรมในการแบ่งชุมชน เช่น เชื้อชาติ ภาษา ศาสนา และประเพณี เป็นต้น 3) การใช้การจัดลำดับช่วงชั้นทางสังคมในการแบ่งชุมชน ด้วยการให้วรรณะ ฐานันดร หรือรายได้ ในการจัดลำดับขั้นทางสังคมเพื่อแบ่งแยกระดับความแตกต่างของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีคุณลักษณะในกลุ่มใดจะเป็นสมาชิกของชุมชนนั้น สมาชิกในชุมชนนั้นจะมีการแบ่งปันความรู้ ทรัพยากร ร่วมกันในการแก้ปัญหาของชุมชน

จากการแบ่งชุมชนในแต่ละองค์ประกอบเห็นได้ว่าชุมชนมีลักษณะสำคัญ คือ การร่วมกันของกลุ่มคน มีอาณาบริเวณ มีการจัดระเบียบของชุมชนด้วยวัฒนธรรม เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์ทางสังคม มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการอยู่ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารและเรียนรู้ร่วมกัน (อัจฉรา โพธิยานนท์, 2539) ดังนั้นการเข้าใจความหมายของชุมชนนั้นมีความสำคัญยิ่งเนื่องจากผู้ให้บริการทางสุขภาพจะต้องเข้าใจความหมาย ความเป็นพลวัตร ศักยภาพของชุมชนนั้น เช่น ประเด็นใดของชุมชนที่เราสามารถพัฒนาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาชุมชน เป็นต้น

ความหมายของการพัฒนาชุมชน

การพัฒนา (Development) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความเจริญเติบโต

งอกงาม และดีขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ (ปกรณั ปรียากร, 2538) ในทางวิชาการ การพัฒนา หมายถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งใด สิ่งหนึ่งให้มีคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม การพัฒนาชุมชนอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน และดำเนินการร่วมกันมากกว่ากิจกรรมของแต่ละบุคคล นอกจากนี้องค์การศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (The United National Educational Scientific and Cultural Organization: UNESCO) (1982) กล่าวว่า การพัฒนาชุมชนเป็นกระบวนการซึ่งประชาชนทั้งหลายได้พยายามรวบรวมกันทำเองและมาร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลเพื่อทำให้สภาพของเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของชุมชนนั้นดีขึ้น โดยการพัฒนาเป็นหน้าที่ของการวางแผนและการจัดการ [Development = Function (Planning + Management)] ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับกลุ่มคนในชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและเป็นผู้ได้รับผลของการพัฒนา

ปรัชญาของการพัฒนาชุมชน คือ 1) มนุษย์ทุกคนมีเกียรติและศักดิ์ศรีในความเป็นคน 2) มนุษย์ทุกคนมีความสามารถ หรือมีศักยภาพ 3) ความสามารถของมนุษย์สามารถพัฒนาได้ 4) ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม ความรู้ ประสบการณ์ของทุกคน และ 5) การสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคล และชุมชนสามารถดำเนินการได้ผ่านการศึกษา การพัฒนาทักษะ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการทำงานร่วมกัน

Naidoo & Wills (2009) กล่าวว่ามีความแตกต่างระหว่างการทำงานที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based work) ซึ่งประชาชนจะได้รับการดูแล ถูกจัดแจงโครงการ โดยเจ้าหน้าที่ ส่วนการพัฒนาชุมชน (Community development) นั้นชุมชนจะเป็นเจ้าของโครงการ ประชาชนมีอำนาจในการคิด เป็นศูนย์กลางการคิดและทำกิจกรรมของชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1)

การทำงานที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based work)	การพัฒนาชุมชน (Community development)
● ปัญหา กลุ่มเป้าหมาย การปฏิบัติ ระบุโดยองค์กร/หน่วยงานผู้สนับสนุน	● ปัญหา กลุ่มเป้าหมาย การปฏิบัติ ระบุโดยชุมชน
● ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในการจัดโปรแกรม	● ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในการจัดโปรแกรม โดยคำนึงถึงศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนและออกแบบการจัดโปรแกรมที่เน้นการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน/ชุมชน
● ชุมชนค่อนข้างไม่มีปัญหา	● ชุมชน มีความเป็นพลวัตร ซับซ้อน อำนาจในชุมชน และความขัดแย้งในชุมชน
● เป้าหมายส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์หรือกลุ่มย่อยที่เฉพาะเจาะจงในทางภูมิศาสตร์ จะถูกกำหนดโดยผู้ให้การสนับสนุน	● เป้าหมายเป็นทุกกลุ่มที่อยู่ในโครงสร้างของชุมชน ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบาย หรือบริการ ในชุมชน
● กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมด้านสุขภาพ	● กิจกรรมที่จัดมีความหมายที่กว้าง ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ร่วมกับการคำนึงถึงการสร้างพลังอำนาจและทุนทางสังคม ในชุมชน

ที่มา : Naidoo, J. & Willis, J. (2009). Foundations for Health Promotion: Public Health and Health Promotion. London: Baillière Tindall/Elsevier.

จากแนวคิดของการพัฒนาชุมชน ตามตารางที่ 1 เห็นได้ว่า การพัฒนาชุมชนต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยชุมชนเป็นเจ้าของประเด็นการพัฒนา เป็นผู้รับประโยชน์ มีความสนใจในการพัฒนาตนเอง ผ่านกระบวนการเรียนรู้ ที่ยืดหยุ่น สอดคล้อง เหมาะสมกับชุมชน ซึ่งความร่วมมือเป็นเครื่องมือเชื่อมประสานการทำงานของภาคีการพัฒนาในชุมชน สร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ โดยสรุปการพัฒนาชุมชน (Community development) คือกลยุทธ์ที่มุ่งสร้างอำนาจให้กับประชาชนในการควบคุมดูแลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ซึ่งการทำงานสาธารณสุขในชุมชนนั้น ดำเนินการด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Naidoo & Wills, 2009) สอดคล้องกับ Donev, Pavlekovic, & Kragelj (2007)

ที่กล่าวว่าการพัฒนาชุมชนเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนที่ดำเนินการเพื่อสุขภาพผ่านความร่วมมืองานกับหน่วยงานภาคต่างๆ ของสังคม

การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชน

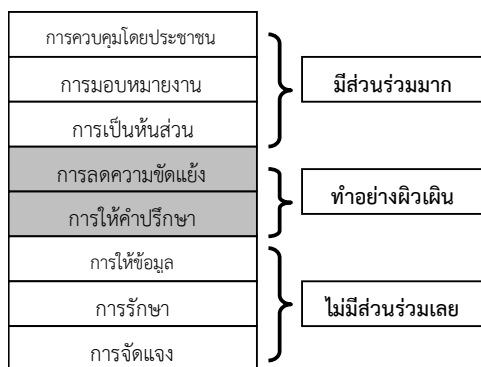
กระบวนการทัศน์ทางด้านสุขภาพใหม่ คือสังคมและสุขภาพ (Social determinants of Health) ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ทางด้านสุขภาพครั้งใหญ่ หลังจากสามสิบปีของสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) ปัจจัยกำหนดทางสังคมและสุขภาพ ประกอบด้วย 1) โครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง 2) บริบทชุมชน 3) ปัจจัยทางปัจเจกบุคคล 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ 5) ระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขควรคำนึงถึงปัจจัยกำหนดทางสังคมและสุขภาพด้วย (WHO, 2011)

ประเทศไทยมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 เป็นต้นมา เป็นผลให้มีการตรา พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ต่อมา ภายหลังยังมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พ.ศ.2550 ที่เพิ่มอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นมากขึ้นเป็นลำดับ ถือเป็นการเปิดโอกาสการ พัฒนาศักยภาพและการบริหารจัดการให้กับท้องถิ่น โดยชุมชนท้องถิ่น นอกจากนี้มีการประกาศใช้พระราช- บัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่ เป็นการรับรองสิทธิในทางการสาธารณสุขของ ประชาชนไทย และเป็นการกำหนดหน้าที่ของรัฐใน การจัดการด้านการสาธารณสุข ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่ เกิดขึ้นตามมาตรา 47 ของพระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ว่าด้วยการมีส่วนร่วม ของประชาชนและท้องถิ่น ประกอบกับการปฏิรูประบ- ระบบสุขภาพครั้งใหญ่ของประเทศไทยที่ใช้เวลา ตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2549 ในการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพ แห่งชาติ ซึ่งในปี พ.ศ. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ได้เห็นชอบให้ผ่าน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และประกาศใช้เป็นกฎหมายอย่างเป็นทางการเพื่อให้ ประชาชนทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วม ในกระบวนการ กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของ ประเทศ เห็นได้ว่าปัจจัยทางด้านการเมือง กฎหมาย และข้อบังคับ เป็นการส่งเสริมบทบาทของชุมชน ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

จากความหมายของชุมชนตามที่กล่าวข้างต้น ชุมชน ประกอบด้วย กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกัน มีสถานที่ ในอาณาบริเวณเดียวกัน สนใจในเรื่องต่างๆ ร่วมกัน ด้วยความสมัครใจ ภายใต้กฎข้อบังคับเดียวกัน มี ความหมายที่กว้างรวมถึงหมู่บ้าน เมือง และประเทศ การรวมกลุ่มของชุมชนนั้น จะทำให้กลุ่มมีศักยภาพ สูงเพราะมีวัตถุประสงค์และจิตสำนึกในการกระทำ

อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายๆ อย่างร่วมกัน มีความ ศรัทธา การกระทำ และเรียนรู้ร่วมกัน ชุมชนมีหน้าที่ ให้บริการและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่สมาชิก ในชุมชน ซึ่งการคอยให้รัฐบาลกลางเป็นฝ่ายจัดหา ความรวดเร็ว และทั่วถึง ด้วยข้อจำกัดของทรัพยากร อาจไม่สามารถตอบสนองความจำเป็นของชุมชนได้ ทันเวลาการพัฒนาชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมเป็น สิ่งจำเป็น

การมีส่วนร่วมคือ กระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ พัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกิจกรรม ภายใต้แนวคิด ชุมชนต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจว่าจะทำ อะไร ทำอย่างไร ด้วยความร่วมมือของทุกคนใน ชุมชน และชุมชนจะได้รับประโยชน์จากการมีส่วน ร่วมกัน Arnstein (1969) จำแนกระดับการมีส่วน ร่วมของประชาชนเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ 1) ไม่มีส่วน ร่วมเลย 2) ทำอย่างผิวเผิน และ 3) มีส่วนร่วมมาก (รูปที่ 1) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวจะนำไปใช้ในการ สังเคราะห์และพัฒนาชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ลักษณะ ของการมีส่วนร่วม แบ่งได้เป็น 2 ประเด็น คือ 1) การ สนับสนุนทรัพยากร เช่น เงิน แรงงาน การช่วยเหลือ ทำกิจกรรม และ 2) อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม เช่น การเป็นสมาชิก การมีตำแหน่งต่างๆ ในคณะกรรมการ- การกลุ่มในชุมชน เช่น ประธาน กรรมการ เลขานุการ เป็นต้น โดยลักษณะการมีส่วนร่วมนี้จะแสดงถึง ระดับอำนาจของผู้เข้าร่วม การดำเนินกิจกรรมส่วนนี้ เจ้าหน้าที่สามารถใช้วิธีการสร้างพลังอำนาจให้กับ ประชาชน เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม อย่างแท้จริง



รูปภาพที่ 1 บันไดการมีส่วนร่วมของประชาชน

ที่มา Arnstein, S. (1969). Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners, 35(4), 216-224.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม

การจะส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาท มีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านชุมชน และ 2) ปัจจัยด้านระบบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ประวัติของชุมชน โครงสร้างทางสังคม และวัฒนธรรม โครงสร้างทางเศรษฐกิจ โครงสร้างทางอำนาจภายในชุมชน กลุ่มพลังแฝงในชุมชน

1.1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ได้แก่ ลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ทรัพยากรธรรมชาติ การตั้งบ้านเรือน ซึ่งเราจะพบว่าระยะทาง ความสะดวกในการคมนาคม ภูมิประเทศ ของหมู่บ้าน ส่งผลต่อการติดต่อสื่อสารและการรวมกลุ่ม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม เช่น การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่สูง เป็นต้น

1.2) ประวัติของชุมชน ความยาวนานของการตั้งชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะสัมพันธภาพของสมาชิกในชุมชน หมู่บ้านที่มีประวัติยาวนาน ลักษณะความสัมพันธ์จะเป็นแบบเครือญาติ การควบคุมทางสังคมจะเป็นประเพณี การเคารพผู้อาวุโสเป็นสิ่งสำคัญของความร่วมมือในชุมชน ส่วนชุมชนที่

จัดตั้งใหม่ ลักษณะความสัมพันธ์จะเป็นแบบกลุ่ม มีวัฒนธรรมย่อยตามกลุ่มนั้นๆ

1.3) โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ในสังคมเดิม หรือสังคมชนบท ความสัมพันธ์จะเป็นแบบเป็นกันเอง ไม่เป็นทางการ มีความรู้สึกต่อกลุ่มสูง การควบคุมทางสังคม จะเป็นประเพณี วิถีประเพณี ส่วนสังคมสมัยใหม่ ความผูกพันไม่เหนียวแน่น ไม่นับใจว่าใครเป็นสมาชิก ทำไปโดยหน้าที่ การควบคุมจะใช้กฎเกณฑ์หรือกฎหมาย

1.4) โครงสร้างทางเศรษฐกิจ สภาพสังคมไทยปัจจุบันทั้งสังคมเมืองและสังคมชนบท ผู้นำทางเศรษฐกิจจะเป็นผู้ที่มีโอกาสมากกว่า มีอำนาจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีอิทธิพลต่อชุมชน เห็นได้จากคำพูด เช่น “ฉันต้องหาเข้ากินค่า ไม่มีเวลาไปรวมกิจกรรมอะไรของหมู่บ้านหรอก” ดังนั้น การพัฒนาชุมชนเพื่อให้คนกลุ่มนี้มีสภาพการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น เป็นสิ่งจำเป็น (อุษณีย์ วรรณาลัย, 2545) สอดคล้องกับปัจจัยกำหนดสังคมและสุขภาพ ซึ่งเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ WHO (2008) ระบุว่า สถานะสุขภาพไม่ควรขึ้นกับสถานภาพทางสังคม การแก้ปัญหาจำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วนของสังคมมาร่วมกันแก้ไข และทำให้ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเป็นตัวหลักสู่ระดับสูงสุดของนโยบายสังคม เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

1.5) โครงสร้างทางอำนาจภายในชุมชน ลักษณะโครงสร้างทางอำนาจของชุมชน หากสังคมไทยมีแบบดั้งเดิม ผู้อาวุโส ผู้เคยบวชเรียน จะมีบทบาทสูงในการตัดสินใจของชุมชน แต่หากเป็นสังคมสมัยใหม่อำนาจการตัดสินใจมาจากคนชั้นนำ (Elite) ของชุมชน เช่น ข้าราชการ พ่อค้า นักการเมือง เป็นต้น

1.6) กลุ่มพลังแฝงในชุมชน ได้แก่ กลุ่มสตรี เด็กและเยาวชน ซึ่งมีพลังแฝงสูง เป็นกลุ่มที่สร้างพลังอำนาจแล้วจะทำให้เกิดการใช้พลังในการพัฒนาชุมชนได้อย่างดียิ่ง

2. ปัจจัยจากระบบราชการ ได้แก่ การบริหารในระบบราชการ ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในชุมชน และศักยภาพของเจ้าหน้าที่

2.1) การบริหารในระบบราชการ ระบบราชการมุ่งจะให้เกิดผลในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้นการทำงานมักเป็นแบบการสั่งการมากกว่าการให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยตรง อำนาจการตัดสินใจมักอยู่ที่ส่วนกลาง ซึ่งการสั่งการในบางครั้งไม่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงในชุมชน

2.2) ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในชุมชน เจ้าหน้าที่ของรัฐ มีบทบาทในการผลักดันให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของชุมชน เจ้าหน้าที่จะต้องมีแนวคิดการพัฒนาชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เพื่อที่จะได้ไม่ครอบงำความคิดของประชาชน เช่น “สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนที่ต้องร่วมสร้าง” ดังนั้น ประชาชนไม่ใช่เป็นผู้รับบริการสุขภาพ แต่เป็นผู้มีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ เจ้าหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน

2.3) ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกระดับ จำเป็นต้องมีความรู้ ความเชื่อมั่น ทักษะ เข้าใจในการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้นผู้บริหารภาครัฐ จะต้องเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ให้มีเทคนิควิธีการพัฒนาชุมชนอย่างมีส่วนร่วม แล้วนำมาปรับใช้ในพื้นที่ของตนอย่างเหมาะสม

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพของประชาชน (Health of populations) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทุกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพทั้งระดับบุคคลและกลุ่มประชากร ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพทางกาย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ผ่านกระบวนการจัดการทางสังคม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จะต้องแสดงบทบาทเป็นผู้นำในการพัฒนา โดยแสดงบทบาท ดังนี้

1. สร้างความมั่นใจให้กับชุมชน การสร้างความไว้วางใจให้กับประชาชนในชุมชน นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการร่วมงานกับชุมชน หากประชาชนเกิดความไว้วางใจ ที่จะทำงานร่วมกันต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ชุมชน เป็นการเพิ่มสมรรถนะ (Enabling) ให้ประชาชน สามารถควบคุมสถานะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง รู้จักคิด รู้จักแก้ปัญหา โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่

2.1) การให้ข้อมูลข่าวสาร ที่เอื้อต่อสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน เช่น การประชุมชี้แจง การจัดอบรม และการประกาศทางหอกระจายข่าว เป็นต้น

2.2) การพัฒนาการทำงานเป็นทีม ด้วยการกระตุ้นให้ชาวบ้าน ร่วมกันคิด และร่วมกันลงมือทำกิจกรรม ด้วยตนเอง (Community Action) โดยยึดหลักการพึ่งตนเอง (Self-Reliance)

2.3) การพัฒนาทักษะสุขภาพตนเอง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะสุขภาพให้แก่ประชาชน ในกลุ่มของสมาชิก ชมรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเล่าประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน เป็นต้น

3. ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพชุมชน เป็นการช่วยให้ชุมชนเรียนรู้ การอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมได้ อย่างเกื้อกูล และสมดุล ทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม

4. ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ โดยส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยการผสมผสานความรู้ ทางด้านการแพทย์ มาให้เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น และการกระตุ้นให้ประชาชนมาร่วมคิด และทำกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5. ประสานความร่วมมือ โดยการประสานงานกับองค์กรต่างๆ ทั้งใน และนอกชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ชมรมสุขภาพต่างๆ คลินิกแพทย์แผนไทย และชุมชนเครือข่ายต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จ ในการพัฒนาชุมชน

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยที่สำคัญ ทำให้ชาวบ้านเกิดความมั่นใจ และรู้สึกว่าเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยอมรับในความคิดของประชาชน เกิดบรรยากาศของการ ปรึกษาหารือร่วมกัน เพื่อการสร้างพลังอำนาจ และความเข้มแข็งแก่ชุมชน สร้างบรรยากาศการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาท ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ จากการเป็นผู้ดำเนินการมาเป็นผู้ประสานงาน ร่วมคิด ร่วมทำกับชาวบ้านมากขึ้น ทำให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้ เกิดพลังในการแก้ปัญหาชุมชน

การสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาชุมชน

ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์ของสภาวะสุขภาพในช่วงก่อนการประกาศการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าประชาชนกว่า 100 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ไม่ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นตามความเหมาะสม มีการกระจายทรัพยากรทางสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม จึงมีการจัดประชุมแนวทางใหม่ในการดูแลสุขภาพ (New approach to health care) เพื่อลดช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจน ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ตามสิทธิพื้นฐาน (WHO, 1978) การประชุมจัดขึ้นที่เมืองอัลมา อต้า ในปี ค.ศ. 1978 ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขจาก 134 ประเทศได้เข้าร่วมประชุม และมีการประกาศปฏิญญาอัลมา อต้า (Alma Ata Declaration) ในการประชุมนี้ให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) และกำหนดเป้าหมายร่วมกันที่จะบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000 โดยที่

ประชุมมีการประกาศเจตนารมณ์ว่าสุขภาพดีเป็นเป้าหมายพื้นฐานทางสังคม และได้กำหนดนโยบายสุขภาพใหม่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ความร่วมมือระหว่างภาคต่าง ๆ ของสังคม โดยมีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นพื้นฐาน

ต่อมาเมื่อเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1986 ได้มีการประชุมนานาชาติเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) ขึ้นเป็นครั้งแรก ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ในการประชุมครั้งนี้ ได้มีการประกาศ “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” (Ottawa Charter for Health Promotion) ให้ความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ “การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเกื้อหนุนและสนับสนุน ส่งเสริมให้บุคคลและกลุ่มคนมีความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองและพัฒนาสุขภาพของตนเอง” และกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้ 1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Build healthy public) 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน (Strengthen community action) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) (WHO, 1986) ซึ่งการจัดระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สภาวะของประชาชน จากความหมายและยุทธศาสตร์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนที่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคลและองค์กร (Donev, Pavlekov, & Kragelj, 2007)

การพัฒนาชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม

จากความหมายของการพัฒนาชุมชน ที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นว่า ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในการจัดโปรแกรมปัญหา และกลุ่มเป้าหมาย ระบุโดยชุมชน โดยคำนึงถึงศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนและออกแบบการจัดโปรแกรมที่เน้นการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน/ชุมชน สอดคล้องกับโครงสร้างของชุมชน อำนาจในชุมชน และความขัดแย้งในชุมชน กิจกรรมที่จัดมีความหมายครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ร่วมกับการคำนึงถึงการสร้างพลังอำนาจทุนทางสังคมในชุมชน และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ

สภาพทั่วไปของตำบลหนองแขม ตำบลหนองแขม ตั้งอยู่ในอำเภอพรหมพิราม มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม ดูแลประชากรจำนวน 2,513 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 108 คน หมู่บ้านที่รับผิดชอบ มีจำนวน 7 หมู่บ้าน ทั้งหมด 940 หลังคาเรือน ระยะทางห่างจากตัวอำเภอ ประมาณ 5 กม. ห่างจากจังหวัดพิษณุโลก ประมาณ 30 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้ ทิศเหนือติดต่อ ตำบลมะตอง ทิศตะวันออกติดต่อ ตำบลทับยายเชียง ทิศใต้ติดต่อ ตำบลวังวน และทิศตะวันตกติดต่อ ตำบลพรหมพิราม

สภาพพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำน่านและคลองชลประทานไหลผ่าน สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไปพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การเพาะปลูก เช่น ทำนา ทำไร่ (ข้าวโพด ถั่ว งา) เป็นต้น สภาพทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่ขึ้นกับด้านการเกษตร โดยมีการทำนาเป็นหลัก และการเพาะปลูกพืชไร่ทั่วไปสามารถทำนาได้ปีละ 3 ครั้ง สำหรับผู้มีอาชีพรับจ้างสามารถรับจ้างทำงานในหมู่บ้านได้ตลอดปี การประกอบอาชีพของประชากรจึงเป็นเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก อยู่ห่างจากอำเภอพรหมพิรามประมาณ 5 กิโลเมตร และมีเส้นทางติดต่อได้คือ ทางรถยนต์โดยสารประจำทางสาย พิษณุโลก-พิชัย และพิษณุโลก-หนองตม ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองแขม มีการคมนาคมในฤดูแล้งสามารถติดต่อกันได้ทั่วถึงโดยรถยนต์ จักรยานยนต์ แต่ในฤดูฝนไม่สามารถไปได้ทั่วถึงทุกตำบล ทางสัญจรส่วนใหญ่ เป็นถนนดินมีถนนอัดดินลูกรังบางแห่ง และในบางท้องที่ในฤดูฝน การเดินทางลำบาก เนื่องจากถนนเป็นหลุมบ่อ มีน้ำขัง สะพาน และท่อน้ำ บางแห่งไม่ได้สร้างขึ้นอย่างถาวร ทำให้ชำรุดทรุดโทรมได้ง่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม, 2554)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขมทำการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลหนองแขม โดยพิจารณาจากขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายของการกระทำ และความสนใจห่วงใยของชุมชน พบปัญหา ดังนี้ 1) การพบผู้ป่วยรายใหม่ของเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 3) การขาดการออกกำลังกาย 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 5) ปริมาณสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดของเกษตรกร

วิธีการทำงานพัฒนาชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ด้วยการใช้ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในการดำเนินการ ดังนี้

1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Build healthy public) เริ่มด้วยการจัดประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม ผู้นำชุมชน และผู้นำกลุ่มในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่ม

ผู้สูงอายุ ชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหนองแวม ร่วมกันกำหนดนโยบายในการลดจำนวนผู้ป่วยใหม่โรคเรื้อรังซึ่งพบเป็นปัญหาอันดับหนึ่งในพื้นที่ หลังจากนั้น ผลักดันนโยบายเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหา ตัดสินใจในการสนับสนุนการดำเนิน การกิจกรรมโครงการสร้างเสริมสุขภาพของพื้นที่

2) หลังจากผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวม และคณะกรรมการกองทุนสุขภาพชุมชนของพื้นที่ เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณโครงการอบรมแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อพัฒนา ศักยภาพส่วนบุคคล (Develop personal skills) ถือเป็นการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาบุคคล และสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา เพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิตในการจัดการที่ดี เพื่อป้องกันและควบคุมสุขภาพของตน โดยผู้ผ่านการอบรมจะมีความรู้ ทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นผู้นำ (ครู ก.) ด้านการจัดการสุขภาพในชุมชนได้ เนื้อหาการอบรม ประกอบด้วย กิจกรรมการละลายพฤติกรรมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิต โรคไขมันในเส้นเลือด การทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย การฝึกทำการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามฐานการเรียนรู้ การจัดทำแผนชุมชนและการจัดกิจกรรมต่างๆในชุมชน เช่นกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การคัดกรองสุขภาพประชาชน จากการศึกษาของ วิจิตร วรธนะวุฒิ วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และ หทัยชนก บัวเจริญ (2555) พบว่าการพัฒนาหุ้นส่วนสุขภาพระหว่างผู้ป่วยเบาหวาน เจ้าหน้าที่พยาบาลเวชปฏิบัติ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสาครัวเรือน แบบมีส่วนร่วม พบว่ากิจกรรมการประชุม การกำหนดบทบาท

หน้าที่ การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ทำให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ กิจกรรมในข้อ 1 และ 2 เริ่มดำเนินการใน ปี พ.ศ. 2554 ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ขยายบทบาทของแกนนำสุขภาพด้วยการดำเนินกิจกรรมโครงการแกนนำสุขภาพร่วมใจ ลดผู้ป่วยใหม่ความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ภายใต้ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ

3) การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน (Strengthen community action) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเอง โดยจัดประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขของตำบลร่วมกันลงความเห็น ให้มีการขยายบทบาทแกนนำสุขภาพที่ผ่านการอบรม โดยได้รับการสนับสนุน การดำเนินงานจากอาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมจัดทำคู่มือและออกแบบ “โปรแกรมแรงสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support program) แกนนำสุขภาพร่วมใจช่วยลดผู้ป่วยใหม่ความดันโลหิตสูง” เพื่อเป็นต้นแบบการดำเนินงาน หากประสบผลสำเร็จ จะมีการขยายไปสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ด้วยการดำเนินงานแบบเป็นหุ้นส่วน โดยแกนนำสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นสนับสนุน นักวิชาการเป็นผู้สนับสนุนด้านความรู้ เป็นต้น

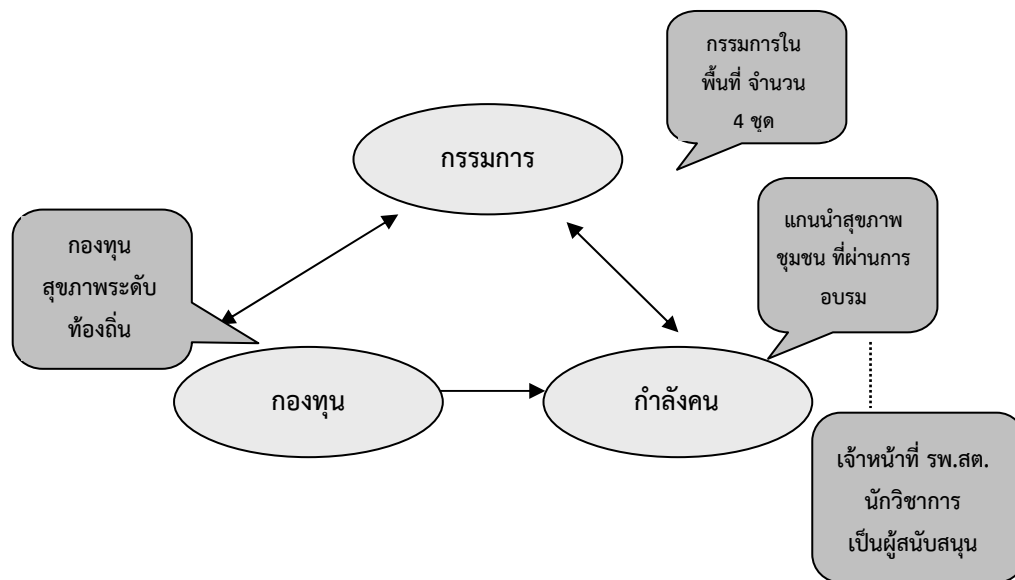
4) หากการดำเนินการ “โปรแกรมแรงสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support program) แกนนำสุขภาพ ร่วมใจช่วยลดผู้ป่วยใหม่ความดันโลหิตสูง” มีประสิทธิผล โดยแกนนำสุขภาพเป็นแรงสนับสนุนให้กับกลุ่มเสี่ยงในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การฝึกหายใจ ให้มีสุขภาวะที่ดีเกิด การรวมกลุ่มของประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงในชุมชน เป็นการช่วยให้ชุมชนเรียนรู้ อยู่ร่วมกับ

สิ่งแวดล้อมได้อย่างเกื้อกูล เกิดสัมพันธภาพ และมิตรไมตรีที่ดีต่อกัน ภายในชุมชน ถือเป็นการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมด้านสังคม ทำให้เกิดพลังการทำงานและแก้ปัญหาของชุมชนได้ ถือเป็นการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment)

5) การดำเนินการตามข้อ 1-4 เป็นการการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) จากเชิงรับเป็นเชิงรุก ด้วยการเปลี่ยนวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่จากผู้ให้บริการมาเป็นผู้สนับสนุนประชาชนให้มีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของประชาชนเองร่วมกับการปรับทัศนคติและวิถีคิดของประชาชนให้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและการลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ ด้วยการลดอุปถัมภ์ผู้ป่วยใหม่ความดันโลหิตสูง ไม่ใช่รอให้ป่วยแล้วจึงไปใช้บริการระบบสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลเท่านั้น ด้วยการดำเนินการร่วมกันระหว่างประชาชน คณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม คณะกรรมการกองทุนสุขภาพชุมชนของพื้นที่ คณะกรรมการหมู่บ้าน และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขของตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม และมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อมุ่งไปสู่การมีสุขภาพของประชาชน

จากการดำเนินงานร่วมกันของคณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม คณะกรรมการกองทุนสุขภาพชุมชนของพื้นที่ คณะกรรมการหมู่บ้าน และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขของตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม และนักวิชาการจาก

มหาวิทยาลัยนเรศวร ในการเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับทฤษฎี 3 ก เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (อมร นนทสุต, 2551) โดยพื้นที่เริ่มจากการสร้าง “กำลังคน” ที่รู้เรื่องสุขภาพ ได้แก่ แก่นนำสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและนักวิชาการ ในส่วนของ “กรรมการ” นั้น ดำเนินการผ่าน คณะกรรมการ 4 ชุด ได้แก่ 1) คณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม 2) คณะกรรมการกองทุนสุขภาพชุมชนของพื้นที่ 3) คณะกรรมการหมู่บ้าน และ 4) ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขของตำบล สำหรับ “กองทุน” เป็นการสนับสนุนงบประมาณ เสนอของงบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ การดำรงชีวิต ตลอดจนส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ มีสวัสดิการชุมชนรองรับและสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) (รูปที่ 2)



รูปภาพที่ 2 ทฤษฎี 3 ก กับการพัฒนาชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ที่มา: อมร นนทสุต. (2551). วิวัฒนาการของแนวคิดและทฤษฎีการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน.
วารสารสุขภาพศึกษา, 31(109), 1-14.

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญยิ่งในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม ซึ่งกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสังคมและสุขภาพ ถือเป็นการพัฒนาชุมชน รูปแบบการดำเนินการในแต่ละพื้นที่ มีความเฉพาะสอดคล้องกับบริบท ทรัพยากร ของชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จะทำให้บุคคลสามารถนำความรู้ไปสู่การตัดสินใจ เลือกแนวทางการแก้ปัญหา ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของพื้นที่ตนเอง สอดคล้องกับปรัชญาของการสาธารณสุขมูลฐานคือการพึ่งตนเองได้ของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- ปกรณ ปรียากร. (2538). *ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาในการบริหารการพัฒนา*.
กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- ประเวศ วะสี. (2541). *ชุมชนเข้มแข็ง ทูทางสังคมของไทย หนังสือชุดชุมชนเข้มแข็ง ลำดับที่ 1*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคมและธนาคารออมสิน.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม. (2554). *รายงานประจำปี 2554*. พิษณุโลก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขม.
- วิจิตร วรรณะวุฒิ, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, และ หทัยชนก บัวเจริญ. (2555). *การพัฒนาหุ่นส่วนสำหรับผู้เป็นเบาหวานโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26(2), 87-103.
- สมใจ วินิจกุล. (2552). *อนามัยชุมชน: กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา*. กรุงเทพฯ:

- ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552).
ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อ
สนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือ
เทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่ พ.ศ. 2552. สืบค้นเมื่อ 20
มกราคม 2553 สืบค้นจาก [http://www.
localfund.org/files/wittaya.pdf](http://www.localfund.org/files/wittaya.pdf)
- อมร นนทสุต. (2551). วิวัฒนาการของแนวคิดและ
ทฤษฎีการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน.
วารสารสุศึกษา, 31(109), 1-14.
- อัจฉรา โพธิยานนท์. (2539). การศึกษากับการ
พัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์
สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.
- อุษณีย์ วรรณาลัย. (2545). ทีมสุขภาพกับการพัฒนา
อนามัยชุมชนในยุคการปรับเปลี่ยนระบบ
สุขภาพ. ลำปาง: วิทยาลัยบรมราชชนนี
ลำปาง.
- Arnstein, S. (1969). Ladder of Citizen
Participation. *Journal of the American
Institute of Planners*, 35(4), 216-224.
- Donev, D., Pavlekovic, G., & Kragelj, L. Z.
(2007). *Health promotion and disease
prevention*. Germany: Hans Jacobs
Publishing Company.
- Kemp, J. (1991). The Dialectics of Village and
State in Modern Thailand. *Journal of
Southeast Asian Studies*, 22 (2), 312 –
326.
- Naidoo, J. & Willis, J. (2009). *Foundations for
Health Promotion: Public Health and
Health Promotion*. London: Baillière
Tindall/Elsevier.
- Petersen, A.R. (1994). Community develop-
ment in health promotion: empower-
ment or regulation? *Australian Journal
of Public Health*, 18(2): 213-217.
- Sander, I. T. (1958). Theories of community
development. *Rural Sociology*, 23(1),
1-12.
- UNESCO. (1982). Basic Concepts and
Considerations in Educational Planning
and Management. UNESCO Regional
Office for Education in Asia and the
Pacific, Bangkok 1982. In *Basic Training
Program in Educational Planning and
Management Book 1*, p. 305.
- WHO. (1978). *Primary Health Care*. Geneva:
World Health Organization; 1978 Report
of the International Conference on
Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-
12 September 1978.
- WHO. (1986). Ottawa Charter for Health
Promotion. First International
Conference on Health Promotion
Ottawa, 21 November, 1986.
(WHO/HPR/HEP/95.1). Retrieved 12
January 2010 from [www.who.int/hpr/
NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
- WHO. (2011). *Social determinants
approaches to public health: from
concept to practice*. Malta: WHO.
- WHO. (2012). Health Transition. Retrieved 12
July 2011 from
[http://www.who.int/trade/glossary/sto
ry050/en/index.html](http://www.who.int/trade/glossary/story050/en/index.html)