

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในชนบทจังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชนบท ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และหาแนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ให้มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งประเมินความแตกต่างของการประเมินตนเองของหมู่บ้านจัดการสุขภาพกับการประเมินจากภายนอก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพ
2. แนวคิดการจัดการสุขภาพของชุมชน
3. แนวคิดการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชน
 - 4.1 แกนนำชุมชน
 - 4.2 ทูตทางสังคม
 - 4.2.1 ภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน
 - 4.2.2 ความเชื่อของชุมชน
 - 3) การรวมกลุ่ม องค์กร และเครือข่ายในชุมชน
 - 4) งบประมาณในชุมชน
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพ

เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง การที่คนมาพบปะกัน ประชุมกัน ทำกิจกรรมร่วมกันช่วยเหลือกัน และทำสิ่งที่มีประโยชน์ต่อกัน ให้มีสุขภาพะทั้งทางด้านร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและจิตวิญญาณ โดยมีการจัดรูปแบบหรือจัดระเบียบที่มีความอิสระ มีการรวมตัวแบบหลวมตามความจำเป็น หรือเป็นโครงสร้างที่มีความชัดเจน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ).

2550) เครือข่ายมีหลายระดับตั้งแต่การเชื่อมโยงปัจเจกบุคคลต่อปัจเจกบุคคล การเชื่อมโยงปัจเจกบุคคลต่อกลุ่ม การเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มต่อกลุ่ม แม้กระทั่งการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายต่อเครือข่าย ซึ่งกลายเป็นเครือข่ายย่อยภายใต้เครือข่ายใหญ่ เครือข่ายสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน จากนิยามความหมายของระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของสังคมเครือข่ายชุมชน ร่วมมือกันดูแลและบริการจัดการให้เกิดสุขภาวะที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตัวเอง โดยมีการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากร จากภาครัฐภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระบบสุขภาพภาคประชาชนเกิดจากแนวคิดที่เน้นการพึ่งตนเองของประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งแนวคิดพื้นฐานของระบบสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) คือ 1) แนวคิดเรื่องคน 2) แนวคิดเรื่ององค์ความรู้ และ 3) แนวคิดเรื่องทุน ส่วนกลไกหลักที่เป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนคือ การจัดการองค์ประกอบ 3 ประการ เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพได้โดยมีกระบวนการจัดการอย่างเป็นขั้นตอนและอาศัยความร่วมมือจากองค์กรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะองค์กร อสม. เพื่อให้เกิดหมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพได้ อันส่งผลให้ชุมชน/หมู่บ้านเข้มแข็ง/แข็งแรง เป็นฐานสู่เมืองไทยแข็งแรงตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

เครือข่ายสุขภาพกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2550) กล่าวถึง เครือข่ายสุขภาพ ที่พบส่วนใหญ่ รูปแบบดังต่อไปนี้ คือ 1) เป็นเครือข่ายแนวนอน แต่ละองค์การมีอิสระต่อกันมีความเท่าเทียมกัน 2) เป็นเครือข่ายแบบแนวตั้ง เช่น เครือข่ายระดับชาติ เครือข่ายระดับอำเภอ เครือข่ายระดับตำบล 3) เป็นเครือข่ายที่มีการเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม และ 4) เป็นเครือข่ายที่มีการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายต่อเครือข่าย รูปแบบที่เหมาะสมของเครือข่ายสุขภาพ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ข้อมูล คน ทุน ระบบสุขภาพ การบริหารจัดการและสิ่งแวดล้อมว่าสามารถรวมตัวกันได้ แบบไหนจึงจะทำให้เป็นเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง การส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และมีส่วนร่วมให้เกิดสุขภาวะทั้งของบุคคล ครอบครัว และชุมชน อาศัยการสนับสนุนองค์ประกอบขององค์ความรู้เทคโนโลยี ทรัพยากร รวมทั้ง กระบวนการขับเคลื่อนที่ชัดเจน

สำหรับกลุ่ม อบต. และภาครัฐ รวมทั้งภาคีเครือข่ายต่างๆ ในงานสาธารณสุขมูลฐานและงานสุขภาพภาคประชาชน โดยองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีข้อบังคับสนับสนุน

ประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2550)

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องของเครือข่าย

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องของเครือข่าย ประกอบด้วย 1) กำหนดเป้าหมาย/ เสนอเป้าหมายให้ผู้เกี่ยวข้องทราบและพิจารณาเป็นข้อตกลงของเครือข่ายนั้นๆ 2) เป้าหมาย บ่งถึงการให้ผลประโยชน์แก่สมาชิก 3) การสร้างกติกาหรือข้อตกลงในแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน 4) สร้างโอกาสให้สมาชิกได้เพื่อนรู้และพัฒนาศักยภาพที่ต่อเนื่อง 5) มีผู้นำและผู้ประสานงานที่มีความรับผิดชอบและเสียสละมากกว่าสมาชิก 6) มีศูนย์กลางการติดต่อสื่อสาร/ประสานงานพนักงานร่วมกัน 7) มีการแต่งตั้ง/กำหนดกรรมการ แบ่งหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน 8) มีแผนการประชุม อย่างสม่ำเสมอ และร่วมกันแก้ไขข้อติดขัดหรืออุปสรรคการดำเนินงานของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง 9) หาพี่เลี้ยงช่วยเหลือเครือข่าย (มีพี่เลี้ยง) 10) เครือข่ายคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสรรหาทุนที่พึ่งตนเองได้ในเบื้องต้น 11) ประชุมตามแผนทุกครั้ง และมีการบันทึกผลการประชุม และชี้แจงให้สมาชิกทราบ/หากมีเรื่องด่วนก็ต้องประชุมทันที 12) มีสื่ออยู่ในมือเพื่อเป็นช่องทางการเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์ เครือข่ายให้สาธารณชนมองเห็นภาพการทำงาน / ผลงานเชิงประจักษ์ 13) จัดระบบสวัสดิการและจัดสรรให้สมาชิกอย่างเป็นธรรม 14) สร้างฐานข้อมูลเครือข่ายของตนเอง และปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยต่อเนื่อง 15) สร้างมวลชนสัมพันธ์ ชี้อใจชาวบ้านให้ได้ เพื่อส่งผลให้เครือข่าย ได้ขยายกำลัง เพิ่มขึ้น 16) สร้างกระบวนการทำงานเชิงพัฒนา ที่เริ่มจากการคิดวิเคราะห์ภารกิจของเครือข่าย การร่วมรับผิดชอบภารกิจ (งาน) และการร่วมกันประเมิน/ถอดบทเรียนและเผยแพร่สู่สาธารณะ และ 17) กลไกสำคัญของเครือข่าย หรือกรรมการบริหาร ต้องมีการประชุมให้บ่อย (มีความถี่) และมีระบบบรรณาภิบาลให้เกิดขึ้นกับเครือข่าย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2550)

2. แนวคิดการจัดการสุขภาพของชุมชน

2.1 แนวคิดพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเอง

แนวคิดพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ให้นิยามสุขภาพไว้ดังนี้ 1) สุขภาพและการเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับสังคม ดังนั้นการดูแลจัดการด้านกรเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบคลุม ชุมชน 2) สุขภาพและความเจ็บป่วย จัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนยอมมีวิธีที่แก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป

แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้แต่ละบุคคลมีประสบการณ์ ค่านิยม และแนวคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยแตกต่างกันออกไป 3) ในชุมชนทุกชุมชน การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยถูกกำหนดแล้วโดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมเป็นผู้ระบุและตัดสินใจว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและรักษาอย่างไร ดังนั้นการเขยวยาจึงเป็นเรื่องของชุมชน 4) บริการทางการแพทย์ยังไม่ทั่วถึงและมีราคาแพงและไม่สนองตอบความต้องการที่แท้จริงของประชาชน จึงมีความจำเป็นที่สังคมต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน และ5) การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจซึ่งรวมถึงตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษาและการประเมินผลของการรักษาด้วยตนเอง (มัลลิกา มัติโก. 2530)

การดูแลสุขภาพตนเองจะครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ เนื่องจากการที่จะดำรงชีวิตตามปกติของคนเราเพื่อให้มีสุขภาพดี สามารถประกอบกิจกรรมประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นคือการบำรุงสุขภาพและป้องกัน โรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ซึ่งนั่นก็คือการดูแลสุขภาพในภาวะปกตินั่นเอง ดังนั้นการจัดการสุขภาพของชุมชน จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

2.2 ความหมายของการจัดการสุขภาพของชุมชน

การจัดการ (Management) คือกระบวนการนำทรัพยากรการบริหารมาใช้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามขั้นตอนการบริหาร ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดเป้าหมาย และวางกลยุทธ์ รวมทั้งแผนปฏิบัติการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ 2) การจัดองค์การ (Organizing) เป็นการจัดวาง โครงสร้างองค์การ เพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ 3) การโน้มนำ (Leading/influencing) เป็นการจูงใจ โน้มนำพนักงานรายบุคคลและกลุ่มให้ปฏิบัติงาน มีการติดต่อสื่อสาร รวมถึงการรับมือกับประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของพนักงานในองค์การ และ 4) การควบคุม (Controlling) เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการติดตามประเมินผลงาน เปรียบเทียบกับเป้าหมาย หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ และทำการแก้ไข เพื่อให้ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. 2542)

การจัดการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับองค์กร หรือกลุ่มคนที่มารวมกันตั้งแต่สองคนขึ้นไปเพื่อให้สำเร็จผลในกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้นตำแหน่งที่ต้องอาศัยคนมากกว่าหนึ่งคนเข้ามาช่วยกันทำแล้ว จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการสำหรับกลุ่มคนนั้น ๆ (ซงชัย สันติวงษ์, 2539) การจัดการมาจากภาษาอังกฤษว่า Management การจัดการที่ดีผู้บริหารหรือเจ้าของกิจการทุกคนจะต้องทำหน้าที่จัดการให้ระบบงาน และคนให้สามารถประสานทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ (ซงชัย สันติวงษ์, 2539) วิโรจน์ สารรัตนะ (2542) อธิบายว่า การจัดการเป็นกระบวนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร โดยอาศัยหน้าที่ทางการบริหารที่สำคัญคือ การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม ในขณะที่ พยอม วงศ์สารศรี (2542) อธิบายว่า การจัดการคือ กระบวนการที่ผู้จัดการใช้ศิลปะและกลยุทธ์ต่างๆ ดำเนินกิจการตามขั้นตอนต่าง ๆ โดยอาศัยความร่วมมือแรงร่วมใจ ของสมาชิกองค์กรการตระหนักถึงความ สามารถ ความถนัด ความต้องการ และความมุ่งหวังด้านความเจริญก้าวหน้า ในการปฏิบัติงานสมาชิกในองค์กรควบคุมไปด้วยองค์กรจึงจะสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ และยังสามารถแบ่งความหมายการจัดการออกได้ 3 ประเด็น คือ 1) การจัดการเป็นศิลปะของการใช้บุคคลอื่นทำงานให้แก่องค์กร 2) การจัดการเป็นกระบวนการ ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือการวางแผน การจัดองค์การ จัดบุคคลเข้าทำงาน การสั่งการ และการควบคุม 3) การจัดการเป็นกลุ่มของผู้จัดการ ที่ทำหน้าที่ในการบริหารหรือจัดกิจกรรมต่างๆ ในการเป็นผู้ดำเนินการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายขององค์กรและการประสานงานให้สมาชิกองค์กรดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปความหมายการจัดการสุขภาพของชุมชน คือ วิธีการที่ชุมชนใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อที่จะทำให้สมาชิกของชุมชนมีสุขภาพดี โดยอาศัยกระบวนการจัดการ และให้ความหมายการจัดการ คือ การรวมกลุ่มคิดและตัดสินใจร่วมกัน ในการกำหนดวิธีการและการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ รวมทั้งกำหนดมาตรการ และควบคุมให้กิจกรรมทางด้านสุขภาพนั้น ดำเนินไปตามขั้นตอนของการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์คือการมีสุขภาพดี โดยอาศัย คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ เป็นปัจจัยในการดำเนินงาน

2.3 การจัดการสุขภาพของชุมชนด้านการป้องกันโรค

ความหมายของการป้องกันโรค มัลลิกา มัติโก (2530) อธิบายว่า การป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บปวดหรือโรคต่างๆ มานพ คณะโต (2541) อธิบายว่า การป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และป้องกันไม่ให้เกิดโรคและการปฏิบัติเหล่านั้นสังเกตได้โดยตรง และการป้องกันเป็น

วิธีการหนึ่งที่จะทำให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บโดยวิธีการต่างๆ ตามความเชื่อที่คิดว่าสามารถป้องกันได้ การป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยป้องกันไม่ให้เกิดโรคและอุบัติภัยต่างๆ เช่นนี้การไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี การคาดเข็มขัดนิรภัย หรือสวมหมวกกันนอยเมื่อขับขี่รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ เป็นต้น

ดังนั้น การป้องกันโรคหมายถึง พฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรค และอุบัติภัยต่าง ๆ ซึ่งมีระดับการป้องกันโรค 3 ระดับ (มัลลิกา มัติโก. 2530) ประกอบด้วย 1) การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) 2) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรง และ 3) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Provention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมาย ต้องการยับยั้งการแพร่กระจายโรคจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่น

สำหรับขั้นตอนของการป้องกันโรค 3 ขั้นตอน (ไพบูลย์ โล่สุนทร. 2524) ได้แก่ 1) การป้องกันขั้นที่หนึ่ง (Primary Prevention) เป็นการป้องกันโรคในระยะเวลาที่โรคยังไม่เกิดขึ้น โดยการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการหรืออาการแสดงของโรค การป้องกันนี้จะมุ่งไปที่ระยะที่มีความไวต่อการเกิดโรค 2) การป้องกันขั้นที่สอง (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้วเพื่อที่จะลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรค หยุดยั้งการดำเนินการของโรคช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย และลดระยะการติดต่อของโรค และ 3) การป้องกันขั้นที่สาม (Tertiary Prevention) การป้องกันระยะนี้เป็นการป้องกันความพิการหรือความพิการจะเป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความพิการ ปฏิบัติตามกฎระเบียบเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน

จากการทบทวนแนวคิดดังกล่าว การป้องกันโรคนั้นสมควรที่จะกระทำตั้งแต่ขั้นที่หนึ่ง คือการป้องกันโรคในระยะเวลาโรคยังไม่เกิดขึ้น โดยการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรืออาการแสดงของโรค เพราะการดำเนินในขั้นตอนนี้ชุมชนสามารถที่ดำเนินได้เองโดยสมาชิกของชุมชน จากการปฏิบัติตนซึ่งเป็นขั้นตอนของการส่งเสริมให้ชุมชนเพิ่มสมรรถนะภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งก็คือควรส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการสุขภาพของชุมชนด้านการป้องกันโรค โดยได้เน้นศึกษาถึงวิธีการที่ชุมชนใช้ในการป้องกันตนเอง เพื่อที่จะให้ได้ทราบถึงวิธีการจัดการในด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อที่จะทำให้สมาชิกของชุมชนมีสุขภาพดีไม่มีการเจ็บป่วย และได้ให้ความหมายของการจัดการด้านการป้องกันโรค คือการที่ชุมชนคิดและการตัดสินใจร่วมกัน

ในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค รวมทั้งกำหนดมาตรการและควบคุมให้กิจกรรมนั้นดำเนิน ไปเพื่อมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือ โรค และอุบัติภัยต่าง ๆ

ดังนั้นตัวบ่งชี้การประเมินการจัดการด้านการป้องกันโรค ผู้วิจัยจึงใช้ตัวบ่งชี้ ด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ 1) กำจัดหรือลดสาเหตุที่เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดโรค 2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 3) การป้องกันอุบัติภัย และ 4) การควบคุมสุขภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การควบคุมพาหะนำโรค การกำจัดน้ำเสียจากครัวเรือน และการกำจัดขยะมูลฝอยในชุมชน

2.4 การจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

องค์การอนามัยโลก (1986) ได้ให้นิยามความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะคนให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลทำให้คนมีสุขภาพดีขึ้น (อ้างอิงมาจากวิฑูรย์ ซึ่งประพันธ์. 2541) หรือ หมายถึง พฤติกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลแข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (มัลลิกา มัติโก. 2530) หรือหมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลและกลุ่มบุคคล จะต้องสามารถบ่งบอกถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม (ประเวศ วะสี. 2541)

ผู้วิจัยสรุปว่าการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเพิ่มสมรรถนะในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข พยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ โดยมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพตามหลักของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter. 1986) 5 ประการ ได้แก่

- 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพ มีขอบเขตออกไปนอกสาธารณสุข ผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคและทุกระดับที่เกี่ยวข้อง จะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการตัดสินใจของตนเอง และยอมรับผิดชอบต่อผลกระทบที่เกิดขึ้น
- 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) ความสัมพันธ์สำหรับมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม เป็นระบบสังคมและระบบนิเวศน์ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้นชุมชนทุกระดับที่อยู่ร่วมกันต้องดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยต้องถือว่าการอนุรักษ์ทรัพยากร ธรรมชาติทั่วโลกเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกันของประชาคมโลก

3) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) การส่งเสริมสุขภาพชุมชนจะต้องดำเนินการปฏิบัติเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล ในการจัดลำดับของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการเพื่อบรรลุสถานะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาบุคคลละสังคัม โดยการให้ข้อมูลข่าวสารการศึกษาเพื่อสุขภาพและการเสริมทักษะชีวิตนั้น และ 5) ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) เป็นการรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชนบุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกันเพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน (ประเวศ วัชรี, 2541)

จากการทบทวนแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นประเด็นด้านต่างๆ ดังนี้ คือ ประเด็นที่ 1 ปัจจัยเกี่ยวกับนโยบายของการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขเพื่อที่จะให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้มีความรู้ความเข้าใจต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประเด็นที่ 2 ปัจจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการดำเนินชีวิต การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม

3. แนวคิดการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนและเป็นเป้าหมายสูงสุดตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ เป้าหมายของระบบสุขภาพ และวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ซึ่งการที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการสุขภาพได้อย่างแท้จริง โดยถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน เพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) และเป็นระบบสร้างสุขภาพและสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

กระบวนการพัฒนาเพื่อให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพนั้น หากพิจารณาตามแนวคิดของกระบวนการอาจแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ องค์กร กำลังคน ภาวศีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และการจัดการด้านทุนของชุมชน 2) การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน (Process) ได้แก่ กระบวนการที่ชุมชนสามารถจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน ซึ่งชุมชนจะต้องมีการทำแผนการจัดการสุขภาพชุมชน การถ่ายทอด

ความรู้ สู่กลุ่มเป้าหมาย และการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชนของตนเอง และ 3) การพัฒนา ผลผลิต/ผลลัพธ์ (Output/Outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการจัดกิจกรรมของชุมชน เช่น ตลาดน้ำซ้อ ศูนย์เด็กเล็กน่านอยู่ โรงเรียนเสริมสุขภาพและลดอัตราป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหา สำคัญของชุมชนและประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข. 2548)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ได้มีแนวคิดตาม ยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ประกอบด้วย 1) คน เป็นองค์ประกอบหลักในการพัฒนา ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการที่คนในชุมชน รวมตัวกันช่วยกันคิด ช่วยกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความหลากหลายกันของสมาชิก ทั้งความแตกต่างในเรื่องอาชีพ ฐานะ ความคิด เพศ คุณวุฒิ และวัยวุฒิ แต่มีจิตใจเป็นหนึ่งเดียว และมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การบรรลุถึงการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน 2) องค์ความรู้ ในการดำเนิน กิจกรรมต่างๆ ของชุมชนนั้น จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ วิธีการ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ และการ ดำรงชีวิตในการถ่ายทอดภูมิปัญญา ตลอดจนประสบการณ์จากผู้ถ่ายทอด ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการ เรียนรู้ และการกระจายความรู้ข้อมูลข่าวสารในชุมชนและ 3) ทูณ การดำเนินงานพัฒนา สุขภาพจำเป็นต้องอาศัยทุนทั้งที่เป็นตัวเงินและทุนทางสังคม รวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่ง ทุนที่เป็นตัวเงิน อาจมีความหมายในลักษณะการเงินการคลังด้านสุขภาพและการพัฒนาด้าน ต่าง ๆ เพื่อจัดบริการในชุมชน ซึ่งแต่ละชุมชนสามารถแสวงหาแหล่งทุนต่าง ๆ เพื่อการบริหาร จัดการให้เกิดผลกำไร และนำดอกผลนั้นมาใช้ในการพัฒนาต่อไป

ทุนทางสังคม คือ ทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรบุคคล ภูมิปัญญา สังคม วัฒนธรรม ประเพณี โดยมีกลไกของการจัดการเป็นจุดเชื่อมโยงในการปฏิบัติ การประสานให้องค์ประกอบ ทั้ง 3 นั้น เกิดการสมดุลเอื้อต่อการดำเนินการซึ่งกันและกันโดยคนเป็นจุดศูนย์กลางของการ พัฒนาและเป็นผู้ดำเนินการ ในขณะที่องค์ความรู้หรือวิธีการทำงานเป็นเนื้อหาหรือบริบทของการ พัฒนา มีทุนเป็นวัตถุดิบที่จะทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะตอบสนอง ความต้องการของคนในชุมชน ตลอดจนสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ เพื่อให้การดำเนินงานระบบสุขภาพประชาชนมีความต่อเนื่อง และเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด รูปแบบการวางยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน จึงเน้นการพัฒนาไปที่ องค์ประกอบในเรื่องคน เป็นจุดมุ่งหมายหลัก บนหลักการและแนวคิดของการสร้างคนและ สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานการทำงานแบบมีส่วนร่วม (กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ. 2549)

โดยสรุป การพัฒนาการจัดการสุขภาพ หรือระบบสุขภาพภาคประชาชน ความหมายคือ การพัฒนาสุขภาพของประชาชนสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดี ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคม โดยเน้นที่คนหรือสมาชิกของชุมชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแลและบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และทรัพยากรที่จำเป็นจากรัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ในการส่งเสริมสนับสนุนหรือสร้างกลไกปัจจัยที่เกื้อหนุนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนที่จะทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน ตลอดจนสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ โดยระบบสุขภาพภาคประชาชน จะทำให้เกิดการพึ่งตนเองของประชาชน ซึ่งการพึ่งตนเองจะเป็นตัวหล่อหลอมให้ประชาชนเข้มแข็ง ลดการพึ่งรัฐ และลดการร้องขอจากรัฐ จึงเป็นระบบที่จะเติมเต็มระบบสุขภาพของชาติ เพราะเป็นกลไก การเชื่อมต่อระหว่างกลไกภาครัฐกับภาคประชาชน ที่จะให้บรรลุผลการมีสุขภาพดี และลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของประเทศลดลง

3.1 กระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2549, 2550 และ 2553) ได้เสนอแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นแต่ละระยะ ๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพของหมู่บ้านที่ผ่านมา เริ่มต้นด้วยสำรวจและวิเคราะห์หมู่บ้าน/ชุมชนของตนเองก่อนว่ามีกลไกหลักในการก่อรูป “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” ครอบคลุมหรือไม่ ได้แก่ 1) มีองค์กรเจ้าภาพหลักที่เป็นแกนนำหรือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาสุขภาพในที่นี้ก็คือ อสม. ชมรมสร้างสุขภาพกลุ่มแกนนำ องค์กรภาคี เครือข่ายอื่น ๆ รวมทั้ง คนเก่ง คนดี ในหมู่บ้านที่พร้อมจะมาร่วมกันทำงานสุขภาพ 2) มีกองทุนที่ชาวบ้านระดมกันเองเกิดเป็นกองทุนต่าง ๆ และกองทุนที่ภาครัฐสมทบมาให้ ทั้งที่เกี่ยวกับสุขภาพและไม่เกี่ยวกับสุขภาพเช่น กองทุนบ้านเอสเอ็มแอล ฯลฯ เป็นต้น และ 3) มีการนำองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน

ระยะที่ 2 สร้างเวทีเรียนรู้ชุมชน เป็นขั้นตอนของการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ทูม และความรู้มาก่อรูปให้ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สถานกลไกทั้ง 3 ให้เกิดคุณค่ามากขึ้นกว่าเดิมด้วยวิธีการ คือ 1) กลุ่มองค์กร ภาคี /เครือข่าย มาทำประชาคม คุยกันถึงเรื่องสภาพความเป็นอยู่ของคนในหมู่บ้านในทุกแง่ ทุกมุม ทุกด้าน ขั้นตอนนี้ถือว่าการวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชนโดยคนในชุมชนเอง และ 2) ร่วมกันวิเคราะห์ ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา โดยวิเคราะห์ได้ลึกถึงสาเหตุแห่งปัญหานั้น ๆ ด้วย

ระยะที่ 3 กระบวนการทำแผนชุมชน จากขั้นที่ 2 ขั้นที่ 3 คือขั้นตอนการทำแผนชุมชน ประกอบด้วย 1) ร่วมกันวางแผนแก้ไขหรือพัฒนาหมู่บ้านให้ได้แผนชุมชน 2) กลุ่มองค์กร ภาวคิ/เครือข่าย แกนนำชุมชน นำแผนชุมชนที่ได้ประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน อาจจะใช้วิธีการประชุมชาวบ้าน หรือจัดเวทีกลางบ้านเพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาส รับรู้ ได้เสนอ โต้แย้งและพิจารณาแผน 3) แผนชุมชนหรือแผนชีวิตหรือแผนแม่บทชุมชน และมีแผนสุขภาพเป็นแผนหนึ่งในนั้น และ 4) แผนสุขภาพประกอบด้วย 2 ด้านใหญ่ๆ คือด้านสร้างสุขภาพและด้านซ่อมสุขภาพ โดยแผนสุขภาพทั้ง 2 ด้าน จะมีกิจกรรมที่ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของหมู่บ้าน

ระยะที่ 4 ปฏิบัติการตามแผน จากขั้นที่ 3 ขั้นที่ 4 ในเวทีกลางบ้านนั้น เลือกกิจกรรมด้านสุขภาพและร่วมกันวิเคราะห์แผนว่า กิจกรรมใดควรทำก่อน ทำหลังนำมาจัดลำดับกิจกรรมใดทำโดยชุมชนเองทั้งหมด กิจกรรมใดต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ กิจกรรมใดต้องเสนอให้หน่วยงานหรือองค์กรอื่นช่วยทำ และจากนั้นจึงปฏิบัติตามแผนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน

ระยะที่ 5 การประเมินผล ในประเด็นสำคัญคือ 1) การเกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างหมู่บ้านจัดการสุขภาพภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกหมู่บ้าน 3) ภาวคิเครือข่ายมีการประสานงานมีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และมีการสนับสนุนทรัพยากร 4) ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน และได้รับประโยชน์จากการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน 5) การถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน และนำไปใช้ประโยชน์ของประชาชน ซึ่งในแต่ละระยะจะใช้แบบประเมินตนเอง เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการร่วมกันวิเคราะห์สรุปผลการพัฒนาเป็นระยะๆ อาจดำเนินการประเมินผลหลังจากเริ่มกิจกรรมการพัฒนาไปแล้ว 3 – 6 เดือน เพื่อปรับแผนยกระดับการพัฒนาครอบคลุมตัวชี้วัดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ นำสู่หมู่บ้านแข็งแรงเพื่อเมืองไทยแข็งแรงอย่างยั่งยืนต่อไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2549, 2550 และ 2553)

3.2 การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การประเมินผล คือ 1) เพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การพัฒนาสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน 2) เพื่อให้ทราบสถานการณ์การมีส่วนร่วมของการพัฒนาสุขภาพของประชาชน 3) เพื่อนำข้อมูลการประเมินผลไปวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพภาคประชาชน และ 4) เพื่อเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกันในกระบวนการและผลการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งการประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ

สุขภาพ เป็นการประเมินผลความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านใน 4 ด้าน คือ 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม 2) การจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ 3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน และ 4) การประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจกำหนดทิศทางและวางแผนการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2549 และ 2550) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 ได้มีการแยกเกณฑ์ประเมินด้านที่ 1 ออกจากกันเป็น 2 ด้านคือ 1) การมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน และ 2) การจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2553 และ 2554)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ใช้แบบประเมิน 2 แบบ ได้แก่ แบบประเมินหมู่บ้านจัดการด้านสุขภาพ และแบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ผู้ใช้แบบประเมิน ได้แก่ ผู้นำหมู่บ้าน/ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาพัฒนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักพัฒนาชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือสนับสนุนการพัฒนา โดยมีรายละเอียดดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2549, 2550, 2553 และ 2554)

แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ประกอบด้วยรายละเอียด 2 ส่วน คือ

3.2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้าน ได้แก่ 1) ชื่อ ที่อยู่ของหมู่บ้าน รหัสไปรษณีย์ จำนวนหลังคาเรือน จำนวนประชากรหมู่บ้านจัดอยู่ในเขต อบต. หรือเทศบาล 2) เครือข่ายภาคประชาชนระดับหมู่บ้าน ได้แก่ กำลังคนที่เป็นกลุ่มผลักดันการดำเนินงานสุขภาพในหมู่บ้าน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำสุขภาพครอบครัว (กสค.) กลุ่ม/ชมรมด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้านมีกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ระดับการมีส่วนร่วมและศักยภาพของชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ชุมชน/หมู่บ้านมีกระบวนการจัดการสุขภาพได้อย่างเข้มแข็ง โดยพิจารณาในส่วนของศักยภาพของ อสม. ในด้านการจัดเวทีการประชุมองค์กร อสม. หรือจำนวนกลุ่มองค์กรที่เข้าร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในชุมชนรวมทั้งการมีส่วนร่วมของตำบล/อบต. ในการกำหนดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ หรือกฎข้อบังคับเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่น กฎห้ามสูบบุหรี่ในที่ปลอดควันบุหรี่ หรือกฎห้ามทิ้งขยะ ฯลฯ

3.2.2 ส่วนที่ 2 การประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ประเมินผลใน 5 ด้าน ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การจัดเวทีประชุมขององค์กร อสม. การร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในชุมชน การกำหนดคคตติกาของชุมชน หรือกฎข้อบังคับเพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาด้านสุขภาพของหมู่บ้าน/ชุมชน

2) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ โดยชุมชน คือ การประเมินหมู่บ้านว่ามีการจัดทำแผนด้านสุขภาพ และ อสม. หรือแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนด้านสุขภาพ

3) ด้านการจัดการงบประมาณ เพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ คือ การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาล/อบต. และหน่วยงานอื่นๆ และใช้ดำเนินการใน 3 ด้าน คือ การพัฒนาศักยภาพคนในหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และการจัดการบริการสาธารณสุขใน ศสมช.

4) ด้านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน คือ การดำเนินงาน/กิจกรรมโดยให้ครบ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

4.1) กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพ คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย การส่งเสริมพัฒนาการในเด็กเล็ก (< 6 ปี) อาหารปลอดภัย การใช้อินทรีย์สาร/การลดการใช้สารเคมีในการเพาะปลูก การเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดในชุมชน การเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภค การส่งเสริมสตรีให้ตรวจสุขภาพตนเอง เช่น ตรวจเต้านมเพื่อค้นหามะเร็งได้อย่างถูกต้อง

4.2) กิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม./แกนนำสุขภาพ คือหมู่บ้านต้องมีกิจกรรมพัฒนาอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมความรู้ต่อเนื่องให้กับ อสม. การศึกษาดูงานของ อสม. การประชุม/อบรมนอกเขตตำบล การอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กศค.)

4.3) กิจกรรมด้านการบริหารสุขภาพภาคประชาชน คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมบริการอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจำหน่ายยาและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การค้นหา/ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต การบริการ/ให้ความรู้เรื่องเอดส์ การค้นหาผู้ไม่มีบัตรทอง

4.4) กิจกรรมด้านการถ่ายทอดความรู้คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจัดกิจกรรมผ่านสื่อ เช่น หอกระจายข่าวหรือการประชุมกลุ่ม/เวทีเรียนรู้ เป็นต้น

4.5) กิจกรรมด้านการควบคุมและป้องกันโรค คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมด้านการควบคุมและป้องกันอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจัดกิจกรรมควบคุมและป้องกัน

โรคไข้เลือดออก ไข้ฉี่หนู โรคอุจจาระร่วง การแพ้พิษสารเคมี อุบัติเหตุ/ระหว่างประสบภัย ไข้หวัดนก และแบบประเมินนี้ได้เก็บข้อมูลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา โดย กำหนดเก็บข้อมูล 2 กิจกรรมหลัก คือ การจัดบริการในศูนย์สาธารณสุข มูลฐานชุมชน (ศสมช.) ของหมู่บ้าน ได้แก่ การสำรวจสถานการณดำเนินงานของ ศสมช. และการให้บริการในด้านการพยาบาลเบื้องต้น บริการจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน เป็นศูนย์ข้อมูลหมู่บ้าน เป็นศูนย์กลางการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ บริการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานเอนามัย หรือโรงพยาบาล และการเฝ้าระวังไข้หวัดนกในหมู่บ้าน ได้แก่ การสำรวจเกี่ยวกับสัตว์ปีกที่ตายและคนป่วย/ตาย ที่มีอาการ โรคไข้หวัดนกในหมู่บ้าน

5) ด้านการประเมินผลจากการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน คือ การที่หมู่บ้านมีการประเมินผลโดยใช้กิจกรรมอย่างน้อย 2 กิจกรรม ในการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ คือ

- 5.1) มีการประชุมสรุปผลงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละปี
- 5.2) มีการประเมินผลตามแผนงานที่วางไว้
- 5.3) มีการใช้แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
- 5.4) มีการใช้แบบประเมินตนเองเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของ ชุมชน

ในการพัฒนาหมู่บ้าน

3.3 เกณฑ์การประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2553 และ 2554) ได้อธิบายการให้คะแนนเพื่อการประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยกำหนดคะแนนเต็ม 6 คะแนน จำแนกเป็น 1) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ (2 คะแนน) 2) ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยชุมชน (1 คะแนน) 3) ด้านการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ (1 คะแนน) 4) ด้านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ใน 6 ด้าน (1 คะแนน) ได้แก่ การสร้างสุขภาพ, การพัฒนาศักยภาพ อสม./แกนนำสุขภาพ, การบริการสุขภาพ และการถ่ายทอดความรู้ และ 5) ด้านการประเมินผลการจัดการสุขภาพ (1 คะแนน) การพิจารณาหมู่บ้านจัดการสุขภาพว่า “ผ่าน” หรือ “ไม่ผ่าน” การเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพนั้น จะประเมินผลจากคะแนน คือ หมู่บ้านที่ผ่านการเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่ได้คะแนนเต็ม 6 คะแนนในด้านการจัดการสุขภาพ หากได้คะแนนไม่ถึง 5 คะแนน หมู่บ้านนั้นไม่ผ่านการเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สำหรับคะแนนในส่วนของการประเมินเครือข่ายภาคประชาชนใน

ระดับหมู่บ้าน และการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดทำเพื่อให้พื้นที่ทราบส่วนขาดในส่วนของการกำลังคนและระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อใช้ในการพัฒนางานของพื้นที่ต่อไป

3.4 การส่งเสริมให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ตั้งแต่ปี 2538 กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า การพัฒนาสุขภาพของประชาชน เพื่อไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดี ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคม โดยเน้นที่คนหรือสมาชิกของชุมชน มีความรู้ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแลบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้น พื้นฐานด้วยตัวเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง การจัดการสุขภาพหรือการสร้างสุขภาพจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริม ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพองค์กร/กำลังคน/ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ อสม. ชมรมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำ/องค์กรชุมชนในหมู่บ้าน คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนฯลฯ ให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน 2) การจัดการด้านทุน โดยส่งเสริมสนับสนุนให้มีการระดมทุน ทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพของชุมชน โดยอาจจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพของหมู่บ้าน เป็นต้น 3) การจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน โดยชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกระบวนการทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชน 4) การถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน โดยจัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ของชุมชน และ 5) การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข. 2538)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2549, 2550, 2551 และ 2552) ให้คำสำคัญกับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพราะถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาให้เกิด “หมู่บ้านและสังคมไทยแข็งแรง” และยั่งยืน ซึ่งมุ่งเน้นที่กระบวนการมุ่งสร้างให้คนในชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและเป็นผู้อำนวยความสะดวก ให้กระบวนการดังกล่าวขับเคลื่อนไปได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2549, 2550, 2551 และ 2552 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้กำหนดเป้าหมายให้ชุมชนและหมู่บ้านมีการจัดการด้านสุขภาพและผ่านเกณฑ์เป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 35, 50, 60 และ 65

ของหมู่บ้านทั่วประเทศ ตามลำดับ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2549, 2550, 2551 และ 2552)

จากการดำเนินงานที่มีมาอย่างต่อเนื่อง การประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ที่เข้าใจกันโดยทั่วไปและใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมในการประเมินผล จะทำให้ทราบสถานการณ์การดำเนินงานได้อย่างดี อันจะทำให้ได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวให้กับผู้เกี่ยวข้องได้ต่อไป

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชน

4.1 ปัจจัยด้านแกนนำของชุมชน

4.1.1 ความรู้ด้านการจัดการสุขภาพของแกนนำชุมชน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธาน อสม. ยังไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (บำรุง วงษ์นิยม, 2551) และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อสม. พบว่าความรู้ยังไม่เป็นปัจจัยที่สำคัญ (สรรัชช์ สุวรรณารักษ์, 2548) ซึ่งขัดแย้งกับธัญเกียรติ ไชยงค์ (2550) ที่พบความสัมพันธ์ และมีการศึกษาที่พบว่า การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน เป็น 1 ใน 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการผ่านเกณฑ์การจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (สมพร แวงแก้ว, 2551) และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในโครงการเมืองไทยแข็งแรง (พัชรินทร์ สมบูรณ์, 2547) และการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองและป้องกันโรคในท้องถิ่น (ปิยะนารถ สิงห์ชู, 2547) แต่ถึงอย่างไรก็เป็นการศึกษาเพียงเฉพาะกลุ่ม อสม. ซึ่งยังขาดการศึกษาในกลุ่มแกนนำอื่นๆ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ฯลฯ และจากผลการศึกษาที่ผ่านมา ยังแสดงถึงความไม่ชัดเจน หรือ สอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงปัจจัยด้านความรู้ของแกนนำมาศึกษาต่อไป

4.1.2 ทักษะคิดต่อการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีรายงานที่บ่งบอกได้ชัดเจนในเรื่องทักษะคิดต่อการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แต่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงในเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อสม. โดยพบว่าทักษะคิดยังไม่เป็นปัจจัยที่สำคัญ (สรรัชช์ สุวรรณารักษ์, 2548 ; ธัญเกียรติ ไชยงค์, 2550) แต่ถึงอย่างไรก็ยังคงขาดหลักฐานยืนยันที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงตัดสินใจศึกษาปัจจัยด้านทักษะคิดต่อการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต่อไป

3) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการพัฒนาหมู่บ้าน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานเมื่อเทียบเป็นระยะเวลาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานหรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านของ อสม. (ยุคนธ์ ชูดีปัญญาบุตร. 2546 ; จีราภา สุขสวัสดิ์. 2547 ; สำนักโรคติดต่อทั่วไป. 2548) และพบความสัมพันธ์ ของระยะเวลาการเป็น อสม. กับการมีส่วนร่วมดำเนินงานในเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (พรวิมล พุฒซ้อน. 2552) แต่ยังขัดแย้งกับผลการศึกษาของบำรุง วงษ์นิ่ม (2551) และสรรัช สุวรรณรักษ์ (2548) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ในปัจจุบันดังกล่าว ดังนั้นปัจจุบันจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป

4) ระดับการศึกษาของแกนนำ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (นภคด ครุชน้อย. 2552) แต่การศึกษาในกลุ่มประชาชน อสม. ยังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนของระดับการศึกษาต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของ อสม. (บำรุง วงษ์นิ่ม. 2551 ; พรวิมล พุฒซ้อน. 2552) เนื่องจากความไม่ชัดเจนในผลการศึกษา ดังนั้นในกรณีในกลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างของระดับการศึกษา จึงควรพิจารณาทดสอบความสัมพันธ์ให้ชัดเจนต่อไป

5) ภาวะผู้นำของแกนนำ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (บำรุง วงษ์นิ่ม. 2551) และการดำเนินงานชมรมสร้างเสริมสุขภาพ (ประภา วัฒนชีฟ. 2547) รวมทั้งพบว่าผู้นำด้านสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการด้านองค์กร กำลังคนและเครือข่ายการจัดการสุขภาพเป็น 1 ใน 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการผ่านเกณฑ์การจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (สมพร แวงแก้ว. 2551) ดังนั้นปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญในการพิจารณานำเข้าสมการทางสถิติเพื่อควบคุมอคติจากตัวแปรกวนต่อไป

4.2 ปัจจัยด้านทุนทางสังคม

ทุนทางสังคมหรือทุนทางสุขภาพเป็นการรวมกลุ่มคนในชุมชนที่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในภารกิจใดในของชุมชน ทุนทางสังคม เป็นระบบคุณค่า ระบบความสัมพันธ์ ภูมิปัญญา จารีตประเพณี ระบบทรัพย์สินร่วมของชุมชน และอุดมการณ์ความเชื่อของคนในชุมชน และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานการเสริมสร้างประชาคมสุขภาพ ในทางปฏิบัติแล้วสังคมไทยมีทุนทางสังคมและวัฒนธรรมอยู่หลากหลายแฝงฝังในชีวิต ตามที่ ศ. นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่า ทุนทางสังคมเป็นพลังทางสังคม คือการที่

คนมารวมกัน เอาความรู้มารวมกัน เป็นสิ่งที่มีพลังแก้ปัญหาวิกฤตสังคม (เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2547)

ชุมชนจำเป็นต้องมีทุนทางสังคม ซึ่งหมายถึง ระบบสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมที่เกื้อกูลกับการดำรงอยู่ร่วมกัน ระบบความสัมพันธ์แบบเครือญาติ มีความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือเอื้ออาทร สมาชิกทุกคนมีจิตสำนึก อุทิศการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีความผูกพันในการสรรสร้างความเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง มั่นคง (ไพโรจน์ ภัทรนรากุล, 2548)

สังคมไทยเป็นสังคมที่มีทุนทางสังคม จำนวนมากที่เป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยบรรเทาความรุนแรงและแก้ปัญหาสุขภาพให้แก่สังคม จากการสำรวจความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชน ซึ่งระบุว่า ในแง่ความรักสามัคคี ความภาคภูมิใจต่อชุมชน ความรู้สึกอบอุ่นใจ ปลอดภัยมั่นคง และสะดวกสบายของคนในชุมชนต่าง ๆ นั้นอยู่ในระดับสูง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม และสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ, 2546) สำหรับปัจจัยด้านทุนทางสังคมที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ดังนี้

4.2.1 ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ภูมิปัญญาชาวบ้าน หรือ ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) ประเวศ วะสี (2541) ได้ให้ความหมายว่า ภูมิปัญญาเกิดจากการสะสมการเรียนรู้เป็นระยะเวลาอันยาวนาน มีลักษณะเชื่อมโยงกันไปหมดทุกสาขาวิชา ไม่แยกเป็นวิชาๆ แบบที่เราเรียนฉะนั้นวิชาที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจ อาชีพ และความเป็นอยู่เกี่ยวกับการใช้จ่าย เกี่ยวกับการศึกษาวัฒนธรรมมักจะกลมกลืนเชื่อมโยงกันหมด ฉลาดชาย รมิตานนท์ (2540) ได้ให้ความหมายว่า ภูมิปัญญาชาวบ้าน คือสติปัญญาอันเกิดจากการสะสมเรียนรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์อันยาวนานของผู้คนในท้องถิ่น ซึ่งได้ทำหน้าที่ชี้แนะว่า การจะใช้ชีวิตอย่างยั่งยืนถาวรและกลมกลืนกับเพื่อนมนุษย์ด้วยกันเองกับป่าเขา กับน้ำ กับปลา กับฟ้า กับนก กับดิน กับหญ้า สัตว์ป่า พืชแมลงหรือธรรมชาติรอบตัวนั้นทำได้อย่างไร ซึ่งครอบคลุมถึงการอยู่ร่วมกัน

ภูมิปัญญา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (ฉลาดชาย รมิตานนท์, 2540) คือ ลักษณะที่เป็นนามธรรม เป็นโลกทัศน์ ชีวิตทัศน์ เป็นปรัชญาในการดำเนินชีวิตเป็น เรื่องที่เกี่ยวกับการเกิด การแก่ เจ็บ ตาย คุณค่าและความหมายของทุกสิ่งในชีวิตประจำวัน ลักษณะที่เป็นรูปธรรม เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะด้านต่าง ๆ เช่น การทำมาหากิน การเกษตร หัตถกรรม ศิลปะดนตรี และอื่น ๆ

ภูมิปัญญาสะท้อนออกมาใน 3 ลักษณะที่สัมพันธ์ใกล้ชิดกัน(ฉลาดชาย รมิตา นนท์. 2540) คือ 1) ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกันคือ ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับโลกสิ่งแวดล้อม สัตว์พืชธรรมชาติ 2) ความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ที่ร่วมกันในสังคมหรือในชุมชน 3) ความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหนือธรรมชาติ สิ่งที่มีมนุษย์ไม่สามารถสัมผัสได้ทั้งหลาย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภูมิปัญญาชาวบ้านมีความจำเป็นต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ จึงมีการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่ง ไปสู่รุ่นหนึ่ง ทั้งวิธีการบอกเล่าตัวต่อตัว การเรียนรู้จากการสังเกต การฝึกฝน เป็นต้น ซึ่งจะถ่ายทอดอย่างไรขึ้นอยู่กับเรื่องเป็นหลัก (ประพันธ์ แสงแก้ว. 2553) โดยปัจจัยในการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ ภาวะผู้นำ กลยุทธ์ วัฒนธรรมองค์การ เทคโนโลยีสารสนเทศ การวัดผล และ โครงสร้างพื้นฐาน (ศิริทิพย์ ชิตพิงศ์วิเศษ. 2552)

ภูมิปัญญาและองค์ความรู้เป็นพื้นฐานและองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการพึ่งตนเองของชุมชน การแก้ปัญหาวิกฤตการณ์ของชุมชนตลอดจนการมีภูมิปัญญาในการคิดวางแผน กำหนดเป้าหมายของตนเอง องค์ความรู้เพื่อการจัดการแก้ปัญหาต่างๆ ของชุมชนโดยชุมชนเอง การปรับตัวให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปลอดภัย และมั่นคง การมีเทคโนโลยีที่เหมาะสมเป็นนวัตกรรมชุมชน รวมทั้งความสัมพันธ์ภายในชุมชนและภายนอกชุมชน (ไพโรจน์ ภัทรนรากุล. 2548)

ภูมิปัญญาในชาวไทยเขมร พบว่า ในวิธีการรักษาผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและระบบการแพทย์พื้นบ้านมีวิธีการที่นิยมใช้รักษาร่วมกัน 2 วิธี 1) การใช้สมุนไพร ใช้พิธีกรรมและเวทย์มนต์คาถาในการดูแลสุขภาพ 2) การรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบันที่เน้นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (อัมพาพรรณ พงศ์ผลาดิสัย. 2547) และภูมิปัญญาด้านพิธีกรรมไหว้บูชาครุฑมีวัด ซึ่งใช้สื่อที่สามารถระดมพลังชุมชน ได้จำนวนมากทั้งในระดับครอบครัว และขยายหน้าที่ไปถึงระดับชุมชน และสื่อมีองค์ประกอบที่ใช้ในพิธีกรรมที่หลากหลาย เป็นสื่อพื้นบ้านที่สะท้อนให้เห็นอัตลักษณ์ที่แท้จริงของชุมชนได้เป็นอย่างดี โดยกระทำขึ้นภายใต้ระบบความเชื่อเรื่อง “ผี” และมีการสืบทอดกันทางเชื้อสาย ดังนั้นการคงอยู่ของสื่อยังมีอยู่จนถึงปัจจุบัน (วัฒนธรรมจังหวัดบุรีรัมย์. 2551)

โดยสรุป แม้ภูมิปัญญาพื้นบ้านหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นระบบความคิดและวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของมนุษย์ ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติแนวความคิดและวิธีการดังกล่าว เกิดจากการสังเกต การทดลอง การลองผิด ลองถูก หรือการใช้วิธีการอย่างอื่นจากประสบการณ์หลายๆครั้ง แล้วสรุปเป็นบทเรียน ภายใต้กรอบแนวคิด ความเชื่อของบุคคลในสังคม ระบบความคิดเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านในลักษณะนามธรรม แสดงออกในเรื่องความ

เชื่อ ความศรัทธา ความกลัว หรือแนวคิดอื่นๆ ที่ยึดมั่นร่วมกันและเป็นอุดมการณ์ในการดำรงชีวิต จากความสำคัญของปัจจัยด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบในเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพยังไม่มีหรือในการจัดการระบบการดูแลสุขภาพยังค้นพบได้น้อย เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าว

4.2.2 ความเชื่อของชุมชน

1) ความเชื่อของชุมชนต่อการดูแลสุขภาพ

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความเชื่อของการดูแลสุขภาพของชาวอีสาน โดยเฉพาะชาวไทยเขมรเป็นการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและระบบการแพทย์พื้นบ้านที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อของประชาชนในชุมชน และมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วย เกิดจากสาเหตุ: 1) เกิดจากการกระทำของเทพเทวดา 2) เกิดจากไสยศาสตร์ 3) เกิดจากสภาพระบบการทำงานของร่างกายไม่ปกติ และ 4) เกิดจากกรรมพันธุ์ (อัมพาพรรณ พงศ์ผลาดิสัย. 2547) และในความเชื่อด้านพิธีกรรมไหว้บูชาครุมะมีวัด หากไม่เคารพบูชาครอบครัวก็ไม่สงบสุข มีโรคร้ายไข้เจ็บ ดำเนินชีวิตไม่ราบรื่น (วัฒนธรรมจังหวัดบุรีรัมย์. 2551) และความเชื่อในระบบบุญนิยมของชาวราชธานีอโศก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสมาชิกชุมชนปฏิบัติต่อกันด้วยความเมตตาทั้งทางกาย การพูด และการกระทำ กอปรกับมีความเท่าเทียมกันในระดับพฤติกรรมและความเห็น ส่วนการจัดสรรทรัพยากรแบบสาธารณโภคีก็ทำให้เสมอภาคกันในการกระจายทรัพยากร ชุมชนจึงมีความผาสุกด้านจิตใจและมีความอุดมสมบูรณ์ด้านวัตถุพร้อมสำหรับการพัฒนาต่อเนื่อง (วรินธรรม อโศกตระกูล. 2549)

2) การนำการตามของชุมชน

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความเชื่อของการดูแลสุขภาพของชาวอีสาน โดยเฉพาะชาวไทยเขมร มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพในปัจจุบันลดบทบาทลงจากเดิมมาก มีบางรายปรับเปลี่ยนบทบาทจากหมอพื้นบ้านไปเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางรายเป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อัมพาพรรณ พงศ์ผลาดิสัย. 2547) และพิธีกรรมอันเนื่องมาจากความเชื่อของชาวไทยเขมร คือ การไหว้บูชาครุมะมีวัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ฝังอยู่ในตัวคนหรือกลุ่มคนเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ที่สั่งสมสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่นในรูปแบบของพิธีกรรม โดยมีครุมะมีวัด ทำหน้าที่เป็นประธานหรือเป็นผู้นำของพิธีกรรม และเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดในการสืบสานพิธีกรรมให้เข้มแข็งและคงอยู่สืบไป (วัฒนธรรมจังหวัดบุรีรัมย์. 2551)

3) ความเป็นเครือญาติ

การศึกษาที่ผ่านมา กิ่งแก้ว เกษ โกวิทย์และคณะ (2541) พบว่าการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลขึ้นกับอิทธิพลของกลุ่ม ได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน โดยที่สมาชิกของกลุ่มมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการพึ่งพากัน โดยมีการปรึกษาหารือหรือแนะนำแหล่งรักษาหรืออาจพาไปรักษาด้วยตนเอง และปิ่นปักษ์ ดีหอม (2543) พบว่าสัดส่วนวัยพึ่งพิงต่อวัยแรงงานมีอิทธิพลต่อบทบาทของครอบครัวชนบทในการดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ

4) ปรัชญา/ค่านิยม/เป้าหมายของชุมชน

การศึกษาในชาวอิสาน เช่น ชาวอุบลราชธานี พบว่าชุมชนราชธานีอโศก ได้มีระบบบุญนิยม ซึ่งเกิดจากพื้นฐานความเชื่อ 4 ประการ คือ พลังของกลุ่มหรือกระบวนการกลุ่ม พลังของศาสนา พลังของธรรมชาติ และพลังของกรรม สังคมในระบบบุญนิยมพัฒนามาจากระบบสังคมของสงฆ์สมัยพุทธกาล ซึ่งมีวิถีชีวิตแบบมีการจัดและแบ่งปันกันเครื่องกิน เครื่องใช้กันเป็นส่วนกลาง (วรินธรรม อโศกตระกูล, 2549) ส่วนในชุมชนชาวไทยเขมร พบว่าตัวอย่างการมีกระบวนการทำงานวัฒนธรรมเชิงรุก เพื่อนำมาใช้เสริมสร้างความเข้มแข็ง พิธีกรรมไหว้บูชาครุฑมีวัด ด้านสุขภาพของชุมชน มี 4 แนวคิด ดังนี้ 1) หลักสิทธิเจ้าของวัฒนธรรม “เพื่อชุมชน ทำโดยชุมชน และเป็นของชุมชน” 2) หลักการสร้างความสำเร็จร่วมกัน 3) การวิเคราะห์วัฒนธรรมทั้งรูปแบบและเนื้อหา (ต้น ไม้แห่งคุณค่า) และ 4) หลักการ S-M-C-R (วัฒนธรรมจังหวัดบุรีรัมย์, 2551)

สรุปได้ว่าทุนทางสังคมในเรื่องความเชื่อของชุมชน ซึ่งได้แก่ ความเชื่อของชุมชนต่อการดูแลสุขภาพ การนำการตามของชุมชน ความเป็นเครือญาติ ปรัชญา/ค่านิยม/เป้าหมายของชุมชน จึงเป็นสิ่งที่สังคมยังต่อการอธิบายในมุมมองของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะความเกี่ยวข้องกับการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งต้องมีการอธิบายความสัมพันธ์ให้ชัดเจนต่อไป

4.2.3 การรวมกลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายในชุมชน

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของหมู่บ้านจัดการสุขภาพมาจากการวางแผน และศักยภาพของชาวบ้านในการรวมกลุ่มสร้างกองทุนต่าง ๆ ในหมู่บ้านเป็นหลัก (สมพร แวงแก้ว, 2551) และการศึกษาในเรื่องแนวทางการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกในชุมชนพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมและระดับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกในชุมชนเพิ่มสูงขึ้น จากการใช้รูปแบบการร่วมมือกันของเครือข่ายประชาชน ผู้นำชุมชน อสม. แกนนำครอบครัว และสมาชิก อบต. (สุวัฒน์ เรกระโทก, 2553 ; จริญญาศักดิ์ หวังล้อมกลาง, 2552

; พัศกร สงวนชาติ. 2552 ; รัตมน ศิริโชติ และคณะ. 2550 ; วีระพัฒน์ สุทธิประภา. 2547) สำหรับการใช้ข้อกำหนดทางสังคม สามารถช่วยให้ชุมชนป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดี (นิรุจน์ อุทธา และคณะ. 2547) ดังนั้นปัจจัยการรวมกลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายในชุมชน จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาหมู่บ้านในด้านสุขภาพค่อนข้างมาก และควรนำเข้าสู่สมการทางสถิติ เพื่อควบคุมการอคติและทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวเพื่อยืนยันผลการศึกษาต่อไป

4) ปัจจัยด้านงบประมาณ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า งบประมาณมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และความรู้ของ อสม. แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจน (บำรุง วงษ์นิ่ม. 2551) และพบว่าการจัดการกองทุนเพื่อสุขภาพโดยประชาชน เป็น 1 ใน 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการผ่านเกณฑ์การจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (สมพร แวงแก้ว. 2551) และงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า การจัดสรรทรัพยากรแบบสาธารณสุข โภคี ตามแนวทางระบบบุญนิยมของชาวราชธานีอีสาน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีความเสมอภาคกันในการกระจายทรัพยากร ซึ่งเกิดจากสมาชิกชุมชนปฏิบัติต่อกันด้วยความเมตตาทั้งทางกาย คำพูด และการกระทำ รวมทั้งมีความเท่าเทียมกันในระดับพฤติกรรมและความเห็น (วรินธรรม อโศกตระกูล. 2549) เพราะฉะนั้นการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณ อาจจะมี ความสำคัญต่อระบบของสุขภาพ แต่ยังคงความชัดเจนและเพียงพอในผลการศึกษาที่ผ่านมา จึงต้องนำปัจจัยด้านงบประมาณมาวิเคราะห์ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ผู้วิจัยได้สรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน และกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ที่แสดงดังนี้

4.กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

แกนนำของชุมชน

1. ความรู้ด้านการจัดการสุขภาพ
2. ทักษะคิดต่อการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
3. ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพัฒนาหมู่บ้าน
4. ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพัฒนา

ภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน

1. ปราชญ์ชาวบ้านในชุมชน
2. ความเชี่ยวชาญพิเศษของชุมชน
3. ศักยภาพในการพัฒนาที่ผ่านมาของชุมชน
4. องค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพในชุมชน

ความเชื่อของชุมชน

1. ระบบความเชื่อของชุมชน
2. ระบบการนำการตามของชุมชน
3. ความเป็นเครือญาติ
4. ปรัชญา/ค่านิยม/เป้าหมายของชุมชน

การรวมกลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายในชุมชน

1. จำนวนและลักษณะของกลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายในชุมชน
2. กฎระเบียบของกลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายในชุมชน/จำนวน
3. ลักษณะความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายในชุมชน
4. ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในกลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายในชุมชน
5. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและการกำหนดนโยบายสาธารณะของประชาชน

งบประมาณในชุมชน:

1. ทรัพยากรสำคัญในการพัฒนา (การจัดหา และการกระจายทรัพยากร)
2. การมีส่วนร่วมในจัดสรรงบประมาณการพัฒนาชุมชนของประชาชน

ตัวแปรตาม

ความสำเร็จของการพัฒนา

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ประกอบด้วย 5 ด้าน

1. ด้านการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพของชุมชน
2. ด้านของการวางแผนสุขภาพ
3. ด้านของการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ
4. ด้านของการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน
5. ด้านการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน