



เอกสารประกอบการสอน
รายวิชาการพยาบาลชุมชน
(รหัสวิชา 4174402 การพยาบาลชุมชน)

หัวข้อ

บทที่ ๑ แนวคิด ทฤษฎี ระบบสุขภาพชุมชน และการพยาบาลชุมชน
บทที่ ๓ กลวิธีและนวัตกรรมสาธารณสุข
บทที่ ๘ กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลอนามัยชุมชน :
การประเมินภาวะสุขภาพชุมชน

ผู้สอน ผศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ

ปีการศึกษา ๒๕๕๗

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

บทที่ 1

แนวคิดและทฤษฎี ระบบสุขภาพชุมชนและการพยาบาลชุมชน

1.1 ระบบสุขภาพชุมชน

1.1.1 ความหมาย แนวคิด ทฤษฎีสุขภาพชุมชนวิวัฒนาการสุขภาพชุมชน

ระบบสุขภาพชุมชน

“สุขภาพ” ตามความหมายที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ระบบสุขภาพชุมชน” หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันที่ทำให้เกิดสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน (ประเวศ วะสี. ๒๕๕๑)

"ระบบสุขภาพชุมชน" หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่สัมพันธ์กันและทำให้เกิดสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน โดยใช้การกำหนดโครงสร้างหลักเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระบบการจัดการ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกัน เพื่อทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน โดยกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องเช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กและสตรี ที่จะต้องมีระบบการดูแลฉุกเฉิน ระบบสวัสดิการ เพื่อการดูแลในด้านต่างๆ มีกลุ่มอาชีพที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร)

สรุป ระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง การจัดการรวบรวมทุนและศักยภาพในชุมชนที่มีวิธีการจัดการให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในการอำแบบและกำหนดวิธีการดูแลสุขภาพ ภายใต้ของการรวมตัว ร่วมกลุ่ม และการจัดการด้วยตนเอง (หทัยชนก บัวเจริญ. ๒๕๕๖)

องค์ประกอบดังกล่าวได้แก่

๑. องค์กรในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสังคม ผู้นำชุมชน (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) องค์กรของชุมชน ครอบครัวและปัจเจก

๒. องค์กรด้านสุขภาพ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น
๓. หน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ โรงเรียน วัด กองทุนสุขภาพตำบล
๔. อื่น ๆ ได้แก่ ภาคเอกชน องค์กรเอกชน เป็นต้น



ตัวอย่าง ระบบในการสร้างปฏิบัติการต่าง ๆ ในชุมชน

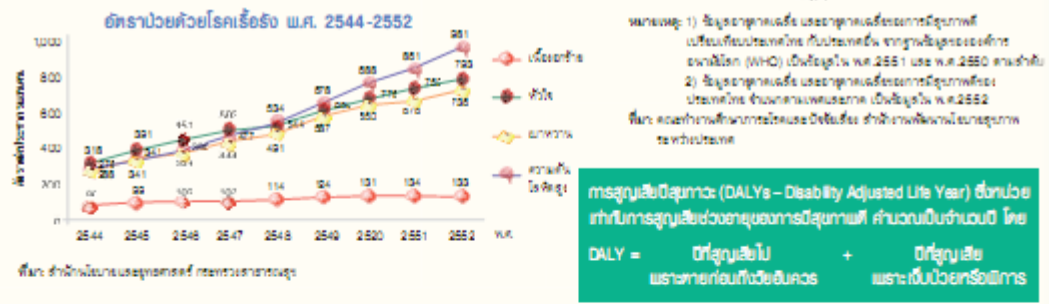
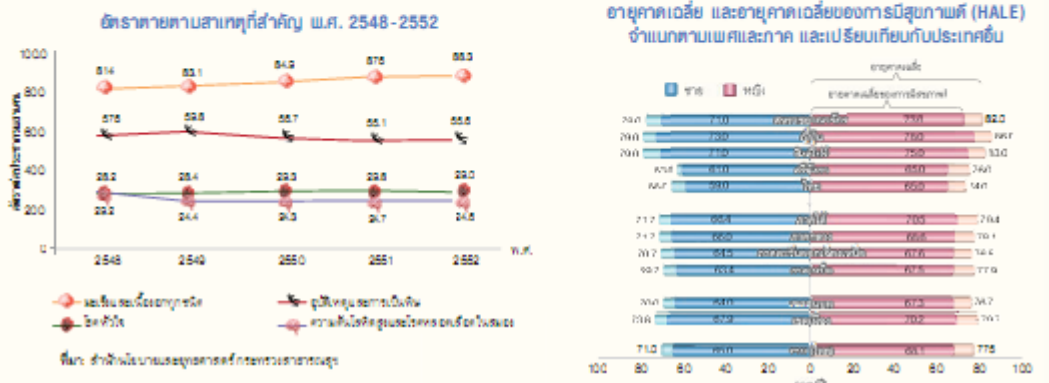
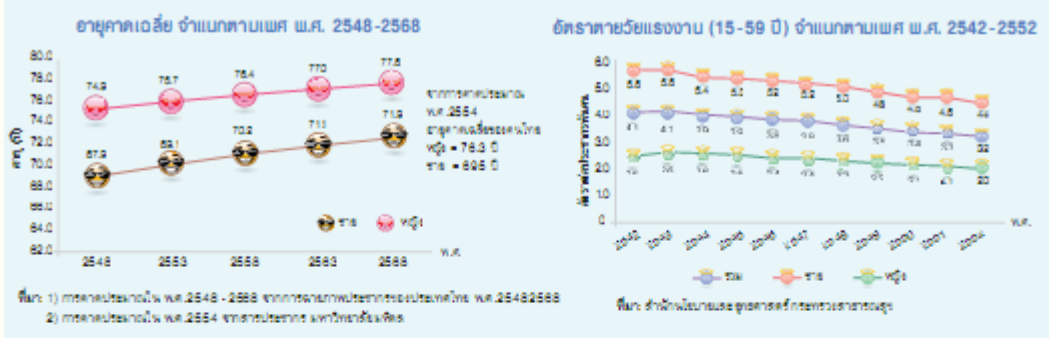


ตัวอย่าง องค์กรหลักในการสร้างปฏิบัติการต่าง ๆ ในชุมชน

1.1.2 ปัจจัยกำหนดที่มีผลต่อสุขภาพชุมชน

หากจะพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพชุมชนของประชาชนชาวไทยนั้นสามารถควรทำความเข้าใจใน 12 ตัวชี้วัดสุขภาพกล่าวคือ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพจิตวิญญาณหรือปัญญา พฤติกรรม สุขภาพ คุณภาพสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว ศักยภาพชุมชน ความมั่นคงของสังคม ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ คุณภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีตัวชี้วัดคือ

๑. อายุ อายุขัยเฉลี่ย
 ๒. อัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง
 ๓. โรคที่พบบ่อยในเพศชายคือ โรคจากพฤติกรรมสุขภาพ การดื่มสุรา และเพศหญิงจะพบโรคเกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิซึมเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
 ๔. ด้านจิตใจ ดัชนีความสุขมวลรวม อัตราการฆ่าตัวตาย
 ๕. ด้านจิตวิญญาณ การช่วยเหลือเกื้อกูล
 ๖. ด้านครอบครัวอบอุ่น
 ๗. ด้านชุมชนเข้มแข็ง
- โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ตามรูป)

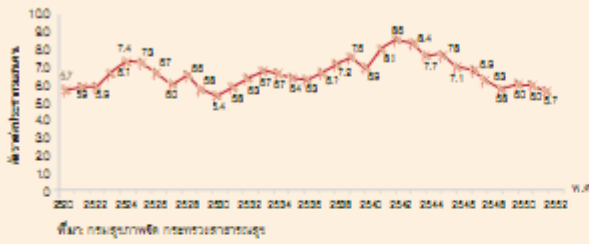


ภาระสุขภาพที่ปรับตามความรุนแรงของโรค (DALYs) อันดับแรกของคนไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552

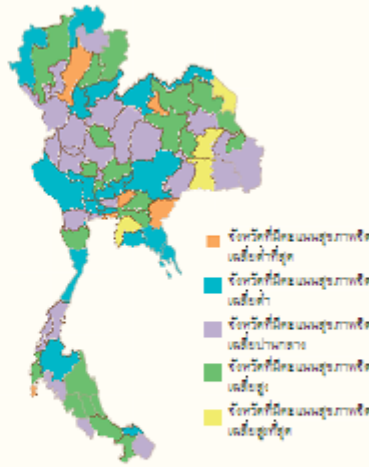
อันดับ	ชาย		หญิง	
	2547	2552	2547	2552
1	เอชไอวี/เอดส์	ตีตตุลา	หลอดเลือดสมอง	เบาหวาน
2	อุบัติเหตุจราจร	อุบัติเหตุจราจร	เอชไอวี/เอดส์	หลอดเลือดสมอง
3	หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง	เบาหวาน	ซึมเศร้า
4	ตีตตุลา	เอชไอวี/เอดส์	ซึมเศร้า	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
5	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	ข้อเข่าเสื่อม
6	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	ข้อเข่าเสื่อม	เอชไอวี/เอดส์
7	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	เบาหวาน	อุบัติเหตุจราจร	ต้อกระจก
8	เบาหวาน	ตับแข็ง	มะเร็งตับ	อุบัติเหตุจราจร
9	ตับแข็ง	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	หูตึง	โรคไต
10	ซึมเศร้า	ซึมเศร้า	โรคไต	มะเร็งตับ

หมายเหตุ: ภาระสุขภาพ (DALYs) พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลปี พ.ศ. 2551 ตามพหุปี 2554
ที่มา: คณะทำงานพัฒนาการมีและดีด้วยดี สำหรับงานพัฒนาสุขภาพประเทศไทย

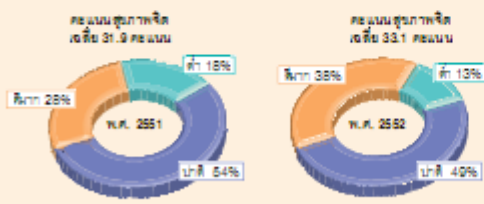
อัตราการนำพิศหายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2520 - 2552



ระดับคะแนนสุขภาพจิตของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามจังหวัด พ.ศ. 2552



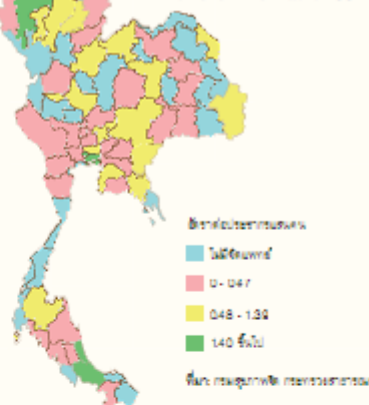
ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเกณฑ์คะแนนสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และ 2552



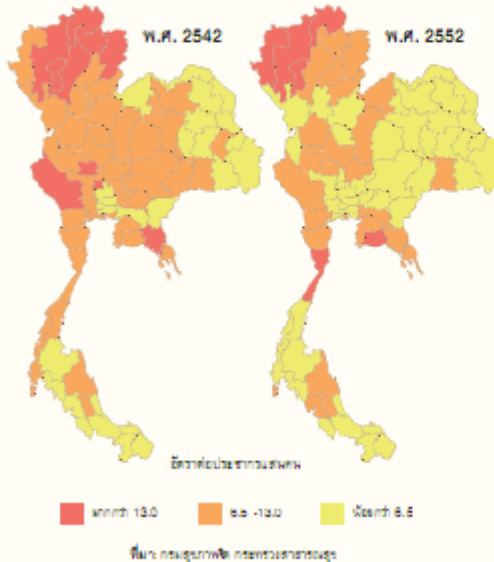
จากการสำรวจมี "คนที่มีสุขภาพจิตไม่ดี" 15 ปี หรือมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน เมื่อรวมสองกลุ่มนี้แล้ว มีจำนวนเพิ่มขึ้นเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 38-45 คนพบ หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าทั่วไป (ปกติ) ร้อยละ 28-34 คนพบ หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าทั่วไป (ปกติ) ร้อยละ 27 คนพบ หรือมีระดับ หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าทั่วไป (ปกติ)

หมายเหตุ: ตามเกณฑ์วิธีสุขภาพจิตที่ดี คะแนนสุขภาพจิตตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถใช้เป็นตัวชี้วัด "ความรุนแรงทางอารมณ์" ที่มา: โครงการประเมินผลกระทบสุขภาพประจำปี สถาบันวิจัยสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร

อัตราจิตแพทย์ต่อประชากรแสนคน จำแนกตามจังหวัด พ.ศ. 2551



อัตราการนำพิศหาย จำแนกตามจังหวัด พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2552



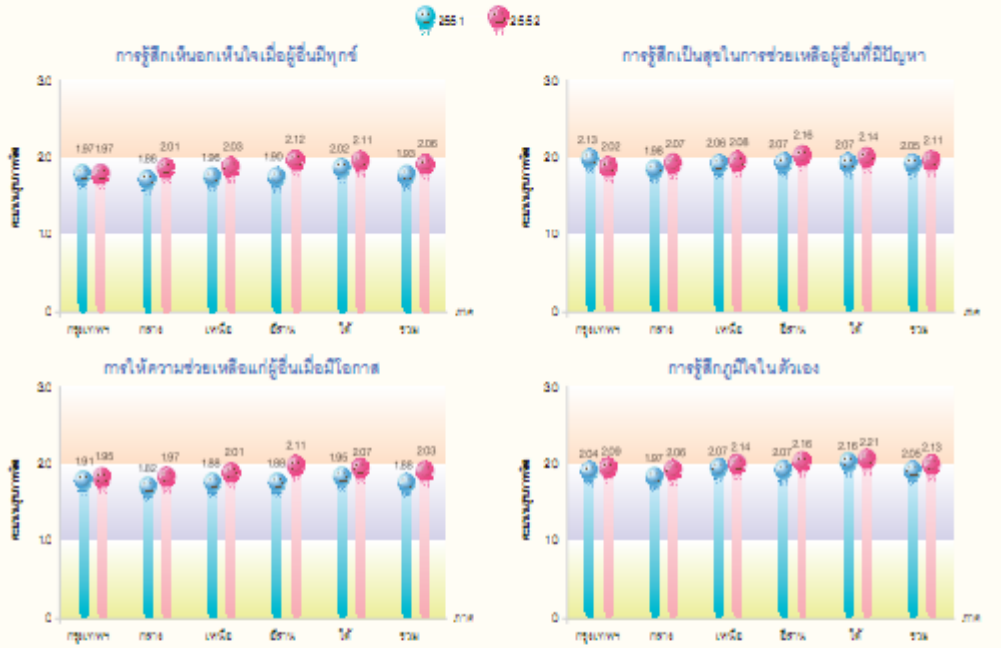
ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำแนกตามระดับรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของจังหวัด พ.ศ. 2552



หมายเหตุ: ตามเกณฑ์วิธีสุขภาพจิตที่ดี คะแนนสุขภาพจิตตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถใช้เป็นตัวชี้วัด "ความรุนแรงทางอารมณ์" ที่มา: โครงการประเมินผลกระทบสุขภาพประจำปี สถาบันวิจัยสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร

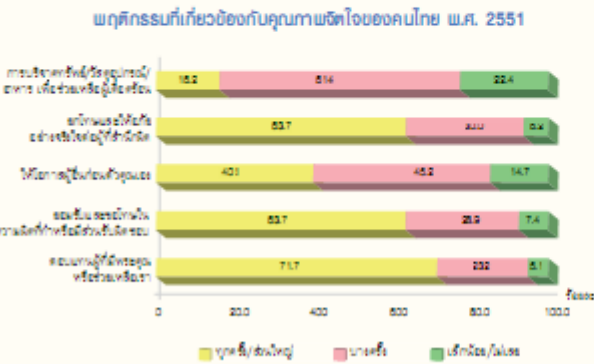
ตัวชี้วัด "สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา" ตามกรอบ"ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ"
 คือ "ดัชนีสุขภาพทางปัญญา" ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ เกี่ยวกับความสงบทางจิตใจ ความนับค่างทางจิตใจ
 การลดความเกินเกินกว่า ความไม่ประมาท ความรู้และเข้าใจในความเป็นไปของชีวิตและโลก การใช้ความคิดไตร่ตรองตามเหตุผล ฯลฯ
 ซึ่งยังไม่มีการนิยามองค์ประกอบดัชนีที่เป็นมาตรฐาน และไม่มีการแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย ต่อคำถามตาม "คุณภาพของจิตใจ" ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552

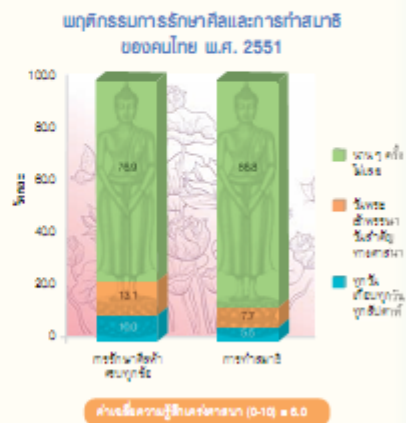


หมายเหตุ: เป็น 4 ข้อคำถามที่วัดคุณภาพของจิตใจ จากการสำรวจดัชนี "นวัตกรรมการสุขภาพจิต" ซึ่งรวม 15 ข้อ และใช้วิธีการแบ่งเป็น 0 = ไม่เลย 1 = เล็กน้อย 2 = มาก และ 3 = มากที่สุด

- การสำรวจภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2551 สำหรับประเทศไทย
- การสำรวจภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2552 สำหรับประเทศไทย



ที่มา: สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ, โครงการสำรวจการประเมินสุขภาพจิตและสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 สำหรับประเทศไทย

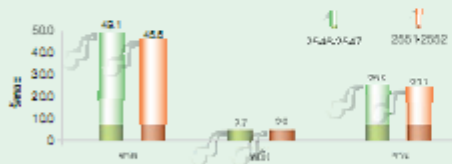


ที่มา: สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ, โครงการสำรวจการประเมินสุขภาพจิตและสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับอันตรายต่อวัน พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552

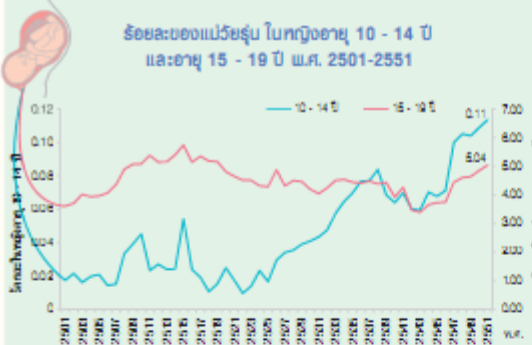


ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552



ที่มา: 1) การสำรวจภาวะสุขภาพพลานามัยในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549)
2) การสำรวจภาวะสุขภาพพลานามัยในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดย สำนักงานสำรวจสุขภาพพลานามัย (2553)

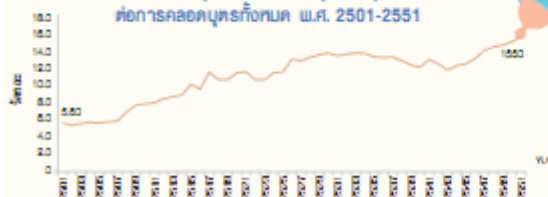
ร้อยละของแม่เลี้ยงเดี่ยว ในหญิงอายุ 10 - 14 ปี และอายุ 15 - 19 ปี พ.ศ. 2501-2551



หมายเหตุ: อัตราการคลอดหญิงอายุ 15-19 ปี และอายุ 10-14 ปี เป็นตัวชี้วัดที่มีส่วนประกอบ "ประชากรที่เลี้ยงเด็กกำพร้า" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดการแทนที่ประชากรเด็กกำพร้าที่ขาดครอบครัว "ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ"

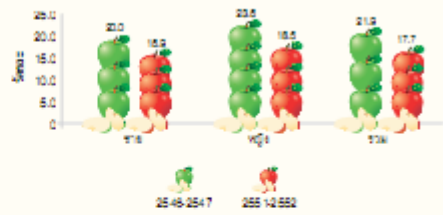
ที่มา: ข้อมูล ตัวชี้วัดของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล โดยวิธีสุ่มจาก สหประชาชาติ กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลด้านอื่นในรายการ กระทรวงมหาดไทย

อัตราการคลอดบุตรของหญิงวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) ต่อการคลอดบุตรทั้งหมด พ.ศ. 2501-2551

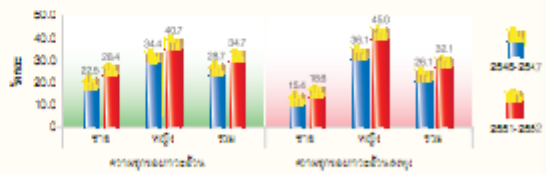


ที่มา: ข้อมูล ตัวชี้วัดของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล โดยวิธีสุ่มจาก สหประชาชาติ กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลด้านอื่นในรายการ กระทรวงมหาดไทย

ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้เพียงพอ ตามวัยแนะนำ พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552



ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีการสูบบุหรี่และการสูบบุหรี่สูง พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552



ที่มา: 1) การสำรวจภาวะสุขภาพพลานามัยในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549)
2) การสำรวจภาวะสุขภาพพลานามัยในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดย สำนักงานสำรวจสุขภาพพลานามัย (2553)

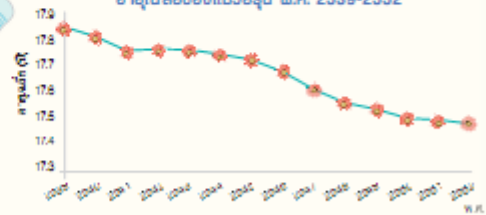
ร้อยละของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550



หมายเหตุ: เฉพาะประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป โดยไม่มีข้อมูลตามระดับเขตเวลา ในกรณีกำลังกาย

ที่มา: การสำรวจการออกกำลังกายกำลังกายในประเทศไทย พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

อายุเฉลี่ยของแม่เลี้ยงเดี่ยว พ.ศ. 2539-2552



ที่มา: ข้อมูล เก็บโดยสำมะโน และแบบ 2553, กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2551-2552 ที่ระบบสุขภาพและสุขภาพพลานามัย, สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพพลานามัยและสุขภาพอนามัยและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ดัชนีคุณภาพอากาศเฉลี่ยทั่วประเทศ พ.ศ. 2548 - 2552

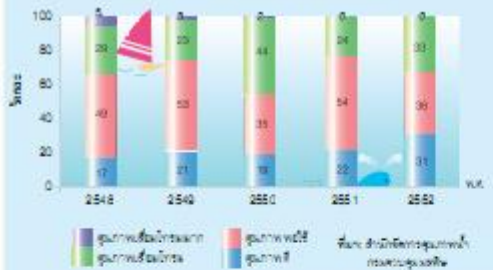


ที่มา: สำนักจัดการคุณภาพอากาศ กรมควบคุมมลพิษ

ดัชนีคุณภาพอากาศของประเทศโดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ 0 ถึง มากกว่า 300 ซึ่งแต่ละระดับได้ใช้สีเป็นสัญลักษณ์เปรียบเทียบระดับของผลกระทบสุขภาพอนามัย ส่วนดัชนีเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไปของหลายเมืองทางอากาศ 5 ประเภท ได้แก่ ก๊าซโอโซน (O₃) ระดับ 1 ชั่วโมง ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO₂) ระดับ 1 ชั่วโมง ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ระดับ 24 ชั่วโมง และฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) และ 2.5 ไมครอน

ดัชนีคุณภาพอากาศ	ความหมาย	สี
มากกว่า 300	อันตราย	แดง
201-300	มีผลกระทบต่อสุขภาพ	ส้ม
101-200	มีผลกระทบต่อสุขภาพ	เหลือง
0-100	คุณภาพปานกลาง	เขียว
0-50	คุณภาพดี	ฟ้า

คุณภาพน้ำของแหล่งน้ำจืด จำนวน 48 สาย และ 4 แหล่งน้ำนิ่ง พ.ศ. 2548-2552



ที่มา: สำนักจัดการคุณภาพน้ำ กรมควบคุมมลพิษ

ปริมาณการนำเข้าสาร CFC พ.ศ. 2546 - 2553



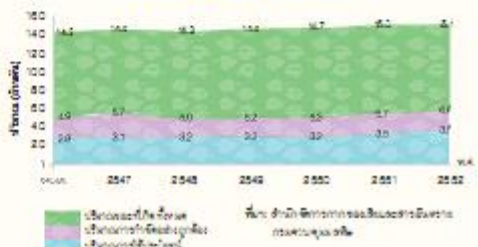
หมายเหตุ: 1) จำนวนรวม ปริมาณการนำเข้าสาร CFC ซึ่งเป็นก๊าซที่สูญหายหรือรั่วไหลจากเครื่องใช้สารทำความเย็น 2) ปริมาณการนำเข้าสาร CFC (Chlorofluorocarbon) หรือที่รู้จักในชื่อสารทำความเย็นที่ใช้ในตู้เย็น ตู้แช่แข็ง และเครื่องปรับอากาศ พ.ศ. 2553 ตามที่สำนักงานจัดการคุณภาพอากาศ กรมควบคุมมลพิษ รายงานและใช้การเผยแพร่แล้ว
ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ, สิงหาคม 2553

ปริมาณเฉลี่ยฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) พ.ศ. 2540 - 2551



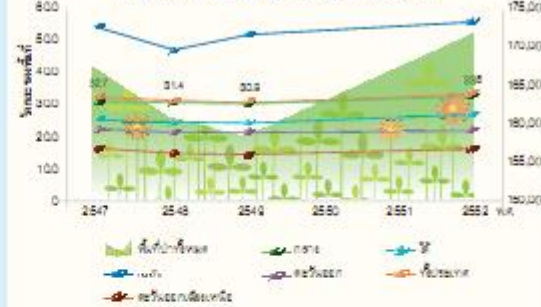
หมายเหตุ: ค่ามาตรฐานปริมาณเฉลี่ยรายปี 120 ไมครอน/ลบ.ม. ค่ามาตรฐานรายชั่วโมง 50 ไมครอน/ลบ.ม. (ดูเกณฑ์มาตรฐาน)
ที่มา: สำนักจัดการคุณภาพอากาศ กรมควบคุมมลพิษ

ปริมาณขยะทั้งหมด ขยะที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง และใช้ประโยชน์ พ.ศ. 2546-2552



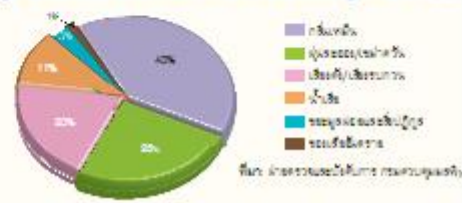
ที่มา: สำนักจัดการกากของเสียและอันตราย กรมควบคุมมลพิษ

ร้อยละและพื้นที่ป่าไม้ของประเทศไทย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547-2549 และ 2552

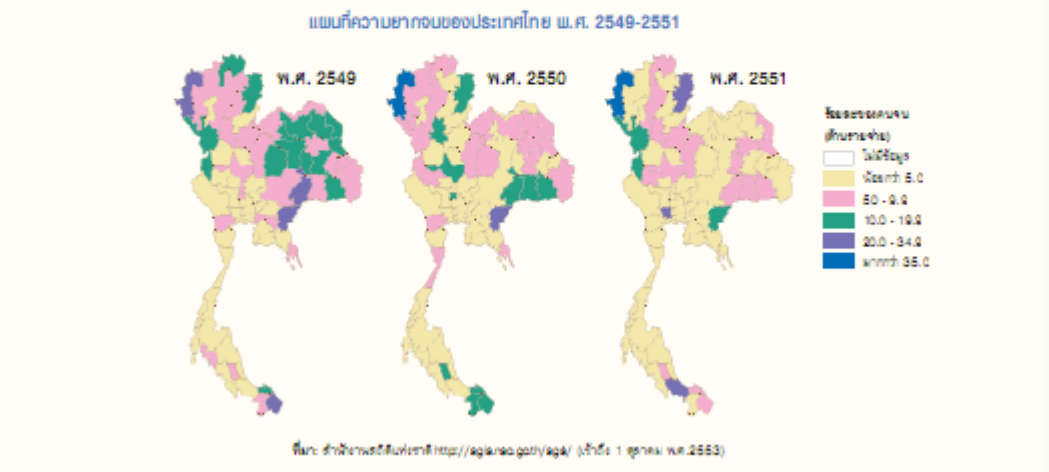
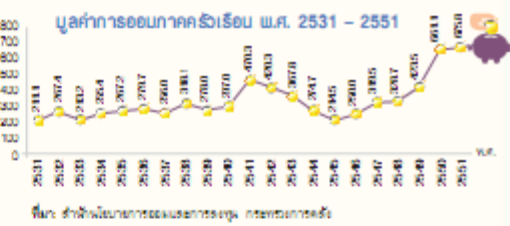
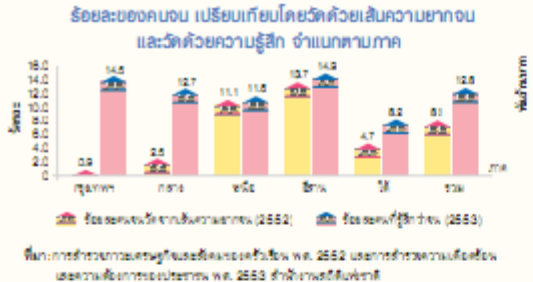
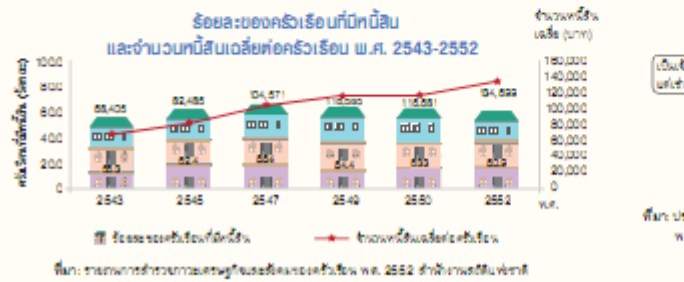
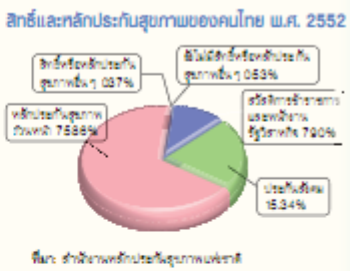
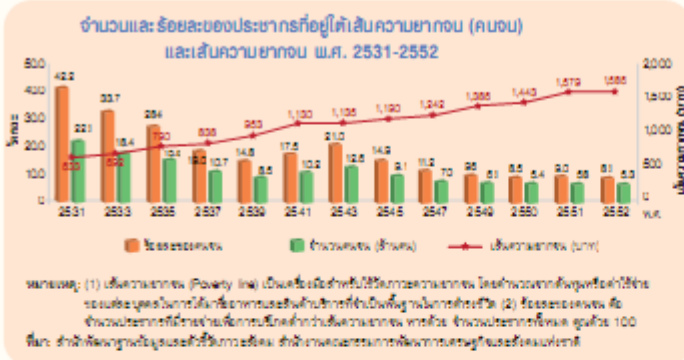


ที่มา: กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช

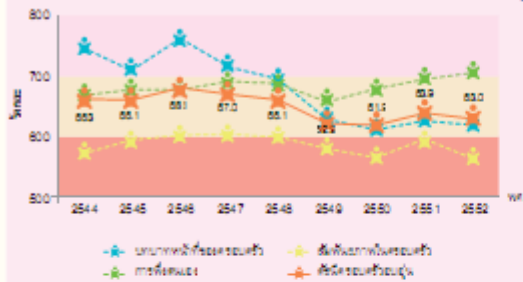
ปัญหาแล้งที่มีผลกระทบเชิงลบ จำแนกตามประเภทปัญหา พ.ศ. 2552



ที่มา: กระทรวงมหาดไทย กรมควบคุมมลพิษ



ดัชนีครอบครัวอบอุ่นและองค์ประกอบ พ.ศ. 2544-2552

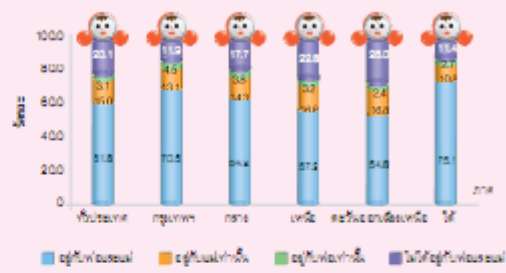


ที่มา: พ.ศ. 2544-2548 จาก "รายงานอยู่ดีมีสุข" ส่วนที่ 10 (พฤษภาคม 2552) พ.ศ. 2549-2552 จาก "รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปีครอบครัวอบอุ่น" ส่วนที่ 10 (สิงหาคม 2553) สำนักพัฒนาการพัฒนาระบบฐานข้อมูลแห่งชาติ

องค์ประกอบ	ค่าเฉลี่ย
1. โครงสร้างครอบครัว	600.4000
2. บรรยากาศในครอบครัว	600.8888
3. รายได้ของครอบครัว	700.7999
4. สุขภาพในครอบครัว	600.8888
5. ความปลอดภัยในครอบครัว	600.8888
ดัชนีรวม	600.9

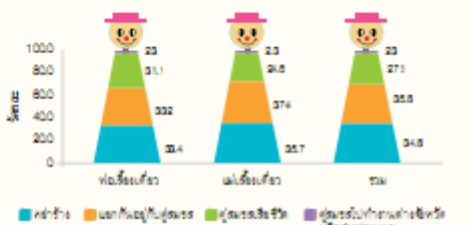
"ดัชนีครอบครัวอบอุ่น" ทัศนคติเชิงบวกทางชาติ เป็นตัววัดรวม (composite index) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1. โครงสร้างครอบครัว 2. บรรยากาศในครอบครัว 3. รายได้ของครอบครัว 4. องค์ประกอบด้านการแพทย์และ 5. การถือคุณธรรม อย่างไรก็ตาม "ดัชนีครอบครัวอบอุ่น" ที่นำเสนอ เป็นตัวชี้วัดที่จัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์ประกอบใหม่ "ดัชนีความอยู่ดีมีสุขส่วนที่ 10 ในสังคมไทย" ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านด้วยกัน คือ 1. ทัศนคติที่ครอบครัว 2. ทัศนคติในครอบครัว และ 3. การแพทย์ของ

ร้อยละของเด็กไทยอายุ 0-17 ปี จำนวนสถานการอยู่อาศัยกับแม่ พ.ศ. 2551



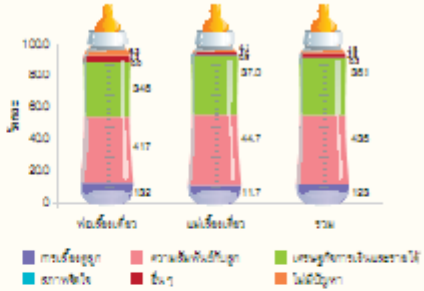
หมายเหตุ: ร้อยละของเด็กอายุ 0-17 ปี ที่อาศัย "อยู่ดีมีสุข" หรือ "อยู่ไม่พอก" เป็นตัวชี้วัดที่สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติใช้วัดระดับของ "ดัชนีครอบครัวอบอุ่น" ซึ่งใช้สุภาพพจน์ "ดัชนีครอบครัวอบอุ่น" พ.ศ. 2551 สำนักพัฒนาการพัฒนาระบบฐานข้อมูลแห่งชาติ

ร้อยละของพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว จำนวนตามสาเหตุ



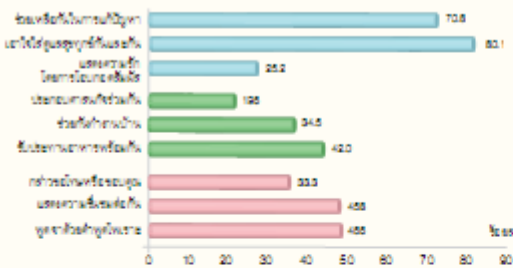
ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว พ.ศ. 2552, สโรวด์ ประเทศไทย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ร้อยละของพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว จำนวนตามปัญหาที่ต้องเผชิญมากที่สุด



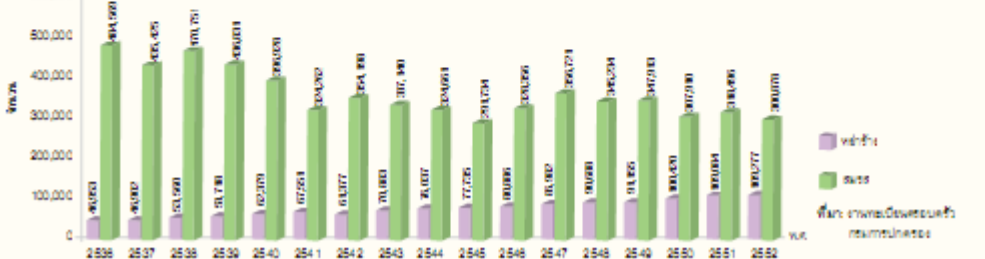
ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว พ.ศ. 2552, สโรวด์ ประเทศไทย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ดัชนีชีวิตครอบครัวสื่อสารดี มีเวลาส่วนกัน และแบ่งปันใส่ใจกันและกัน

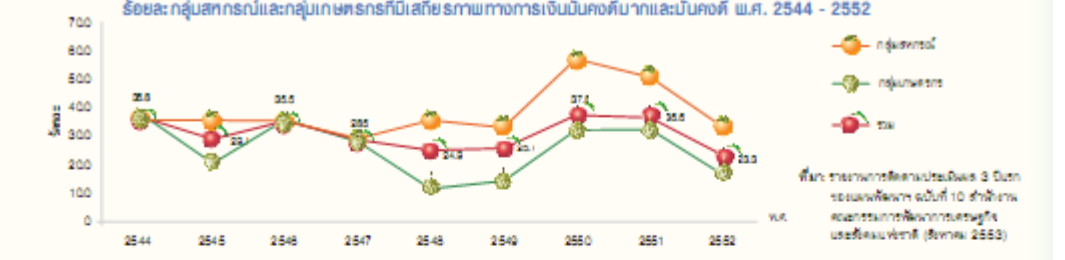
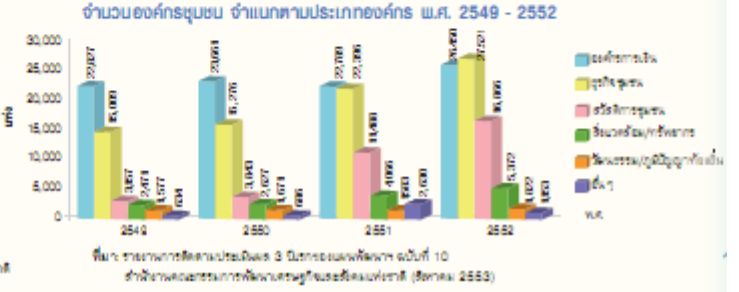
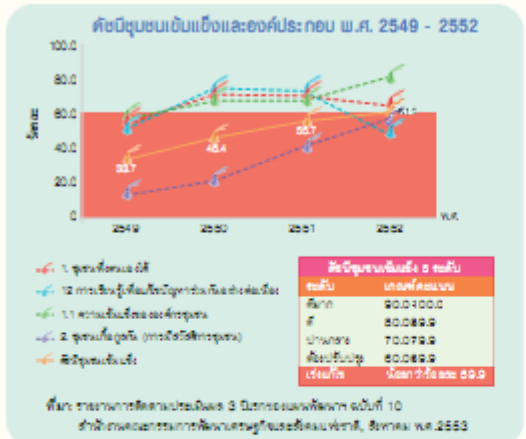


ที่มา: โครงการชีวิตดีดีสู่ครอบครัวอบอุ่น พ.ศ. 2552 โดย สโรวด์ ประเทศไทย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

จำนวนการจดทะเบียนสมรส และการจดทะเบียนหย่า พ.ศ. 2536 - 2552



ที่มา: รายงานประจำปีของกรมการทะเบียนราษฎร



ยุทธศาสตร์ "การมีชุมชนท้องถิ่น" สืบเป้าหมาย "ชุมชนเข้มแข็งพึ่งตนเอง"

"ขบวนการองค์กรชุมชน" ซึ่งเป็นเครือข่ายขององค์กรชุมชนในประเทศไทย ในระดับต่างๆ ที่มีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาและการจัดการงานพัฒนาด้านต่างๆ รวมถึงการวางแผนกำหนดทิศทางงานพัฒนาของชุมชนโดยการส่งเสริมและสนับสนุนจาก สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การมีชุมชนท้องถิ่น มุ่งเน้นการมีชุมชนท้องถิ่นโดยใช้สภาองค์กรชุมชนเป็นแกนหลักและใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งในการพัฒนา และมีตัวชี้วัดและเป้าหมายการพัฒนา ดังนี้

1. กบรรับเปลี่ยนวิถีชีวิตวิถีคิดที่เน้นการพึ่งตนเองและพอเพียง
2. ชุมชนกำหนดอนาคตจัดการชุมชนและธรรมาภิบาลได้
3. เกิดการพัฒนาของครัวเรือนเชื่อมโยงประเด็นงานต่างๆ เข้าด้วยกัน
4. เกิดความสัมพันธ์ในระหว่างชุมชนท้องถิ่นและหน่วยงานภาคต่างๆ
5. ครอบครัวอบอุ่นอยู่คู่กันที่ไม่หนีไม่รับ
6. สาธารณกรรักษาอยู่ในท้องถิ่นก่อนไม่ทำงานหรืออยู่ข้างนอกถิ่นที่ต้นฐานเดิม
7. วัฒนธรรมภูมิปัญญาและภูมิทางสังคมได้รับการธำรงไว้สืบสานเป็นฐานในการดำเนินชีวิตตามวิถีความถูกต้องในท้องถิ่นของตนเอง
8. เกิดกระบวนการเรียนรู้และขยายผลสู่พื้นที่ข้างเคียง

ที่มา: "ดัชนีภูมิปัญญาภูมิปัญญาชุมชนท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาประเทศไทยสู่ประเทศไทย" โดย สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) 2553

ความแตกต่างของรายได้ ระหว่างคนที่ยากที่สุด 20% สอดคล้องกับที่สุด 20% พ.ศ. 2531 - 2552

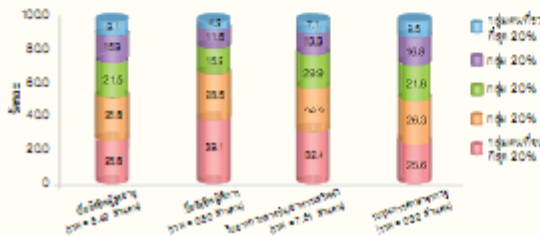


รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาท)

ปี	คนที่ยากที่สุด 20%	คนที่ยากที่สุด 20%
2531	244	2,927
2533	295	3,927
2535	371	5,525
2537	451	6,242
2539	523	8,412
2541	722	9,417
2543	888	9,887
2545	817	12,828
2547	952	11,871
2549	1,057	14,707
2550	1,224	15,248
2552	1,502	16,982

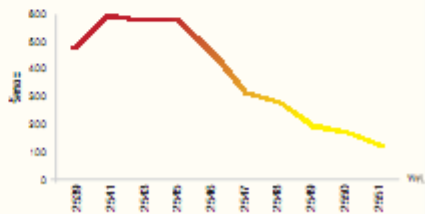
ที่มา: สำนักพัฒนาวิจัยและวิจัยการคลัง, สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สวัสดิการภาครัฐ 4 ประเภท จำแนกตามกลุ่มประชากร โดยสถานภาพทางเศรษฐกิจ พ.ศ. 2552



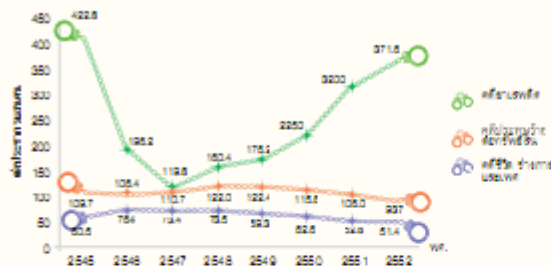
ที่มา: กระทรวงสุขภาพการสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์, สำนักพัฒนาวิจัย พ.ศ. 2552

ดัชนีเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไทย โดยธนาคารโลก พ.ศ. 2539-2551



ที่มา: รายงานการพัฒนาของประเทศไทย พ.ศ. 2552, ความไม่สงบภายใน ในประเทศไทยและอนาคต, สำนักพัฒนาการวิจัยการสาธารณสุข (United Nations Development Programme: UNDP)

สัดส่วนค่าใช้จ่ายการรวมต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2545 - 2552



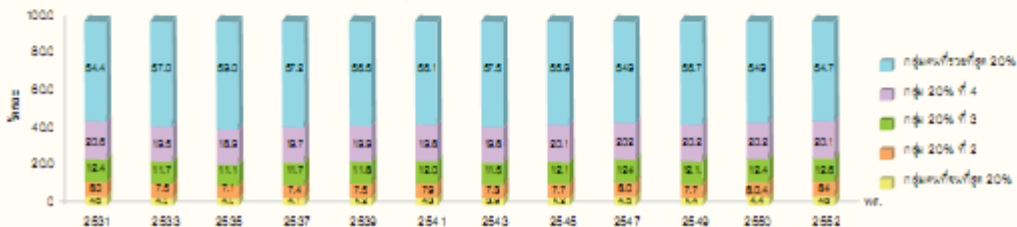
ที่มา: สำนักพัฒนาวิจัย

ผลการประเมินความถี่และทักษะนักเรียน ด้านการอ่าน คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2543 - 2552



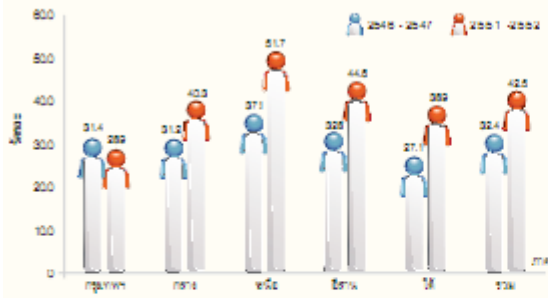
ที่มา: โครงการประเมิน Programme for International Student Assessment 2009 (PISA) กระทรวงศึกษาธิการและวิทยาศาสตร์ สำนักพัฒนาการวิจัยการสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2553

สัดส่วนรายได้รวมทั้งประเทศ จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ พ.ศ. 2531 - 2552



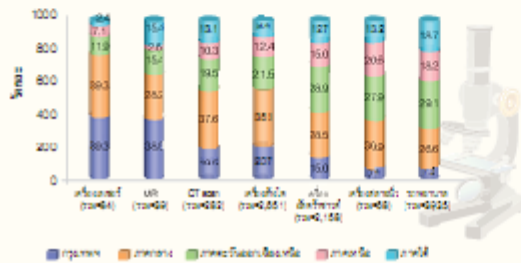
ที่มา: สำนักพัฒนาวิจัยและวิจัยการคลัง, สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

**ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15-59 ปี ที่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก
ภายใน 2 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามภาค พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552**



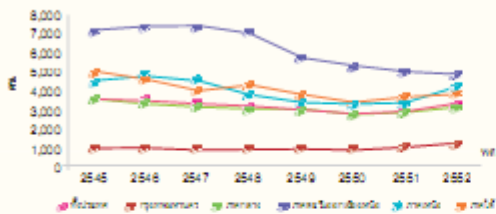
ที่มา: 1) การสำรวจสุขภาพสตรีจากหอพยาบาลประจำจังหวัดโดยกรมอนามัยและการตรวจสุขภาพครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549)
2) การสำรวจสุขภาพสตรีจากหอพยาบาลประจำจังหวัดโดยกรมอนามัยและการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2553)

การกระจายกลุ่มโรคในทางการแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2552



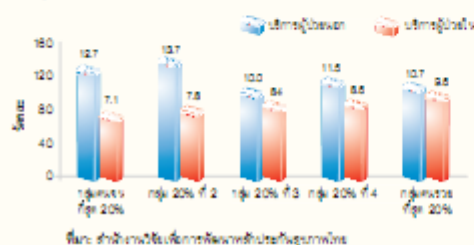
ที่มา: ระบบข้อมูลเพื่อการบริการสุขภาพและการทำงาน กรมกระทรวงสาธารณสุข (<http://mcm.moph.go.th/index.php>)

อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ 1 คน จำแนกตามภาค พ.ศ. 2545-2552



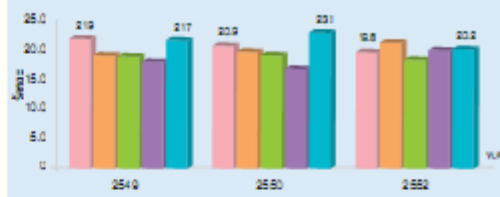
ที่มา: ระบบข้อมูลเพื่อการบริการสุขภาพและการทำงาน กรมกระทรวงสาธารณสุข (<http://mcm.moph.go.th/index.php>)

**ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากประกันสุขภาพ จำแนกตาม
กลุ่มประชากรตามระดับรายได้ และตามประเภทโรค พ.ศ. 2552**



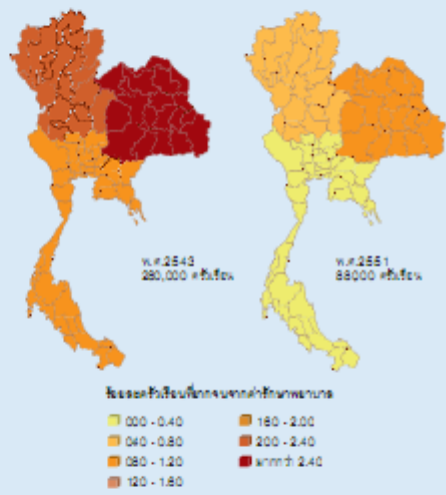
ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ

**ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากประกันสุขภาพ
จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ พ.ศ. 2549 - 2552**



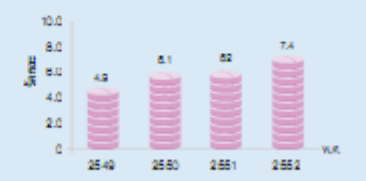
หมายเหตุ: ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากประกันสุขภาพ
แบ่งตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ 5 กลุ่ม
อย่างเท่าเทียม ควรมีส่วนเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน
ในทุกกลุ่มประชากร
ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ

**จำนวนครัวเรือน และการกระจายของความยากจน
จากคำรักษาพยาบาล พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2551**



หมายเหตุ: จำนวนครัวเรือน และการกระจายของความยากจนจากคำรักษาพยาบาล
เป็นข้อมูลเบื้องต้น ไม่ครอบคลุมความยากจนจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการ สาธารณชน คำชี้แจงสุขภาพแห่งชาติ
ที่มา: ศูนย์วิจัยสุขภาพและโรคหัวใจ (2553) และการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ
และการสำรวจการดูแลสุขภาพและชีวิตของครัวเรือน สำนักงานวิจัยสุขภาพ

**ร้อยละผู้ป่วยโรคสามเดือนถึงเจ็ดปีตายเฉียบพลัน
ที่ได้รับขยาย: สายสัมพันธ์ พ.ศ. 2549 - 2552**



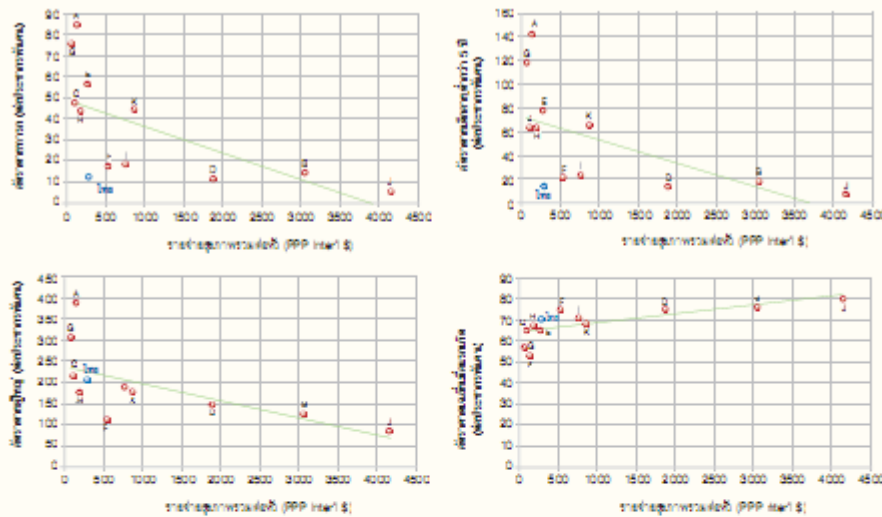
ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูล
ผู้ป่วยโรคสามเดือนถึงเจ็ดปี สาธารณชนสุขภาพและโรคหัวใจ
และสถาบันวิจัยสุขภาพแห่งชาติ

มูลค่าและจำนวนเครื่องสำอางใช้ยานอกบัญชียาหลัก ใน 26 โรงพยาบาล ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายานบาลข้าราชการ
จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลอิงประมาณ พ.ศ. 2552

รายการ	มหาวิทยาลัย	สังกัดอื่น	กระทรวงสาธารณสุข	รวม
จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	6	7	13	26
1. มูลค่ารวมยาทั้งหมด (บาท)	5,996,840,443	4,419,368,934	2,768,688,682	13,184,898,059
- ยานอกบัญชียาหลัก	3,977,682,096	3,001,123,630	1,833,519,130	8,812,324,856
- ร้อยละ	66.3	67.9	66.2	66.8
2. จำนวนเครื่องสำอางใช้ (รวม)	5,160,612	4,812,957	4,168,085	14,141,654
- ยานอกบัญชียาหลัก	2,327,897	2,017,018	1,458,601	5,803,516
- ร้อยละ	45.1	41.9	35.0	41.0

หมายเหตุ: (1) มูลค่ารวมมูลค่ายานอกบัญชียาหลักในรูปของราคาใช้จริง เป็นมูลค่าที่ระบุใน "ใบเสนอราคา" มิใช่มูลค่าที่แท้จริงของยาที่ใช้ (2) ยานอกบัญชียาหลัก หมายถึง ยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักของสถานพยาบาลทั่วประเทศซึ่งมิใช่ของสมมูลและต้องเป็น "ยี่ห้อ" ที่สามารถนำส่งต่อผู้ป่วยได้ 26 โรงพยาบาลเท่านั้น
ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553, รายงานการใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายานบาลข้าราชการของโรงพยาบาลต่างๆ กรณีศึกษาโรงพยาบาลอิงประมาณ พ.ศ. 2552, หน้า 12

รายจ่ายสุขภาพรวมต่อหัวและ 4 ตัวชี้วัดสถานะทางสุขภาพของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่น จำแนกตามภูมิภาคและระดับรายได้



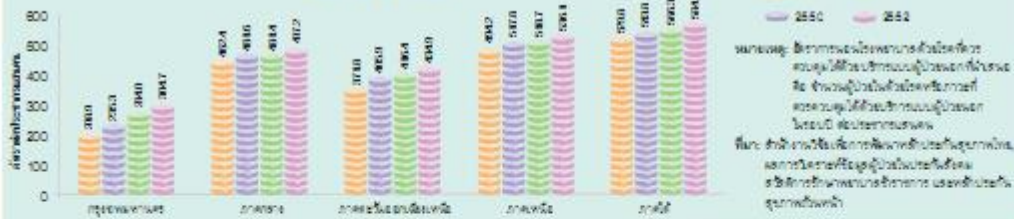
หมายเหตุ: 1. ค่าสุขภาพ: 1. ค่าสุขภาพรวมต่อหัว 2. ตัวชี้วัดสุขภาพ: 1. อายุคาดเฉลี่ยที่แรกเกิด 2. อัตราตายทารกแรกเกิด 3. อัตราตายมารดา 4. อัตราตายเด็กต่ำกว่าห้าขวบ
ที่มา: World Health Statistics 2010. <http://www.who.int/whosis/whosis/en/index.html> (10 มกราคม 2553)

ตัวชี้วัดรายจ่ายสุขภาพที่สำคัญ พ.ศ. 2537 - 2551 (ราคาปีปัจจุบัน)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	2537	2540	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
รายจ่ายสุขภาพรวม (ล้านบาท)	127,655	189,143	201,679	211,957	228,041	251,693	291,294	319,458	367,767
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ภาครัฐ (%)	4%	54%	63%	64%	65%	64%	68%	72%	74%
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ภาคเอกชน (%)	55%	46%	37%	36%	35%	36%	32%	28%	26%
รายจ่ายสุขภาพรวม ต่อคน ต่อปี (บาท)	2,180	3,110	3,211	3,354	3,680	4,032	4,636	5,068	5,802
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)	3%	4.0%	3.7%	3.6%	3.5%	3.5%	3.7%	3.8%	4.0%

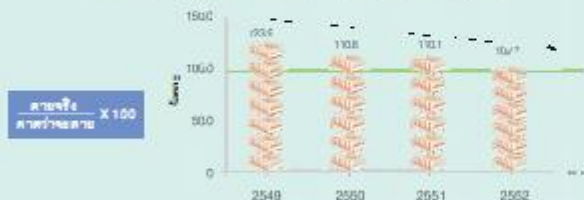
หมายเหตุ: *สัดส่วน (ร้อยละ) รายจ่ายสุขภาพรวม ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product - GDP) เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพตามเกณฑ์ชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ
ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2546 - 2551 (ฉบับปรับปรุง) สำนักงานพัฒนาบริหารสุขภาพแห่งชาติ

อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก
พ.ศ. 2549 - 2552



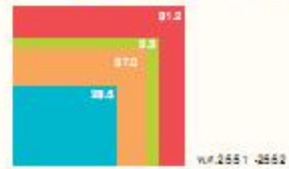
หมายเหตุ: อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรควบคุมได้โดยบริการแบบผู้ป่วยนอกที่นอนค้างคืน 3 วันหรือมากกว่าที่ควรควบคุมได้โดยบริการแบบผู้ป่วยนอกในกรณีผู้ป่วยนอก
 ที่มา: สำนักอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, แลกการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สหภาพวิชาชีพเภสัชกรรมภูเก็ต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

อัตรามาตรฐานการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน พ.ศ. 2549 - 2552



หมายเหตุ: "อัตรามาตรฐานการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน" หรือโดยการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่คำนวณได้จากโรงพยาบาลใน 25 ปี เทียบกับค่ามาตรฐานที่ค่าเฉลี่ย 1000 เป็นค่าที่ควรระวังในโรงพยาบาล "อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตใน 25 ปี" ซึ่งในค่าที่ต่ำกว่าค่ามาตรฐานและประสิทธิผลระบบบริการสุขภาพที่ดีกว่าค่าที่ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
 ที่มา: สำนักอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, แลกการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สหภาพวิชาชีพเภสัชกรรมภูเก็ต และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

ร้อยละของผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย การศึกษา และผลการรักษา พ.ศ. 2546-2547 และ 2551-2552

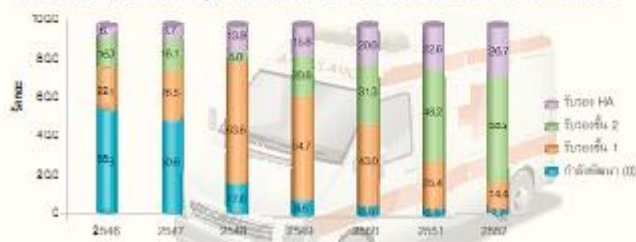


ร้อยละของผู้ป่วยใน ด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก 3 โรค พ.ศ. 2544 - 2552

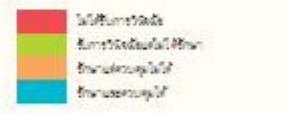


ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, สำนักอนามัยและสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต และ สหภาพวิชาชีพเภสัชกรรมภูเก็ต

ร้อยละผู้ป่วยบริการในรบบทักปรึกษาสุขภาพกับทนายฯ จำแนกตามปีการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546-2552



หมายเหตุ: 1) ผู้ให้บริการที่รับรองบริการระดับ 1 และ 2 เป็นปีแรก
 2) การรับรองชั้น 1 และ 2 เป็นปีแรก
 ที่มา: Data Center ใน รายงานผลการประเมินสุขภาพ (HA) ปีการบริการกับสุขภาพแห่งชาติ, 2552



ที่มา: 1) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยและประชาชนวัยผู้ใหญ่ โดยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546-2547 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานอนามัยและสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต (2546)
 2) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต (2552)

12 ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ		
หมวดตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก*	
1. สุขภาพกาย	1.1 อายุคาดเฉลี่ย 1.2 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 1.3 อัตราตายวัยแรงงาน	สถานะสุขภาพ
2. สุขภาพจิต	2.1 อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ 2.2 ร้อยละของประชาชนที่มีความสุขในการดำรงชีวิต	
3. สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา	3.1 ดัชนีภาวะทางปัญญา	
4. พฤติกรรมสุขภาพ	4.1 ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายในรอบปีที่ผ่านมา 4.2 ร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่ในรอบปีที่ผ่านมา 4.3 ร้อยละของการดื่มเครื่องดื่มในตู้ขายเครื่องดื่ม	ปัจจัยปัจจัยสุขภาพ
5. คุณภาพสิ่งแวดล้อม	5.1 ดัชนีคุณภาพอากาศ 5.2 ดัชนีคุณภาพน้ำแหล่งน้ำ 5.3 ปริมาณการใช้สารทำลายโอโซน	
6. ความมั่นคงของชีวิต	6.1 ร้อยละของจำนวนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน	
7. ความสัมพันธ์ในครอบครัว	7.1 ดัชนีครอบครัวอบอุ่น 7.2 ร้อยละพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว	
8. ศักยภาพชุมชน	8.1 ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง	
9. ความมั่นคงของสังคม	9.1 ความแตกต่างของรายได้ระหว่างคนที่รวยที่สุด 20% แรก ต่อคนที่จนที่สุด 20% สุดท้าย	ระบบบริการสุขภาพ
10. ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ	10.1 ผลประโยชน์ที่ได้รับจากงบประมาณรัฐเปรียบเทียบระหว่าง Quintile ที่ 1 และ Quintile ที่ 5 10.2 ผลกระทบความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข 10.3 อัตราผู้ป่วยในรายครั้งที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	
11. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ	11.1 ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP 11.2 ร้อยละของมูลค่าการใช้ยาบัญชีหลักต่อรายจ่ายด้านยา	
12. คุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ	12.1 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรจะควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก 12.2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตใน 28 วัน	

*สุขภาพคนไทย 2554 นำเสนอ "12 ตัวชี้วัดหลัก" โดยในแต่ละหมวดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติแสดงในพื้นที่ที่มีสีพื้นหลัง

อย่างไรก็ตาม แนวทางการป้องกัน/หลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพที่มีต่อประชาชนชาวไทย หากพิจารณาตามนโยบายของรัฐบาลพบว่า ในปีงบประมาณ 2555 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุขไว้หลายด้าน โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างทั่วถึง ซึ่งเน้นเรื่องการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการดูแลคนไข้ หรือระบบการส่งต่อคนไข้ เพื่อให้การดูแลคนไข้มี

มาตรฐานเดียวกัน รวมถึงผลักดัน โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตร 30 บาท ระบบการดูแลพี่น้องประชาชน ทั้งเรื่องของยา และการเข้าถึงการบริการ (วิทยา บุรณศิริ. 2555)

ดังนั้นการขับเคลื่อน ดังกล่าว จะขับเคลื่อนโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการได้ตั้งแต่ ระดับชุมชน ระดับตำบล ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ ทั้งในระดับอำเภอ และระดับจังหวัด เป็นโรงพยาบาลที่รักษาและคัดกรองเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดัน และผลักดันให้โรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลประจำตำบล ในโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อเตรียมความพร้อมไว้รองรับคนไข้ สำหรับโครงการอีกโครงการหนึ่งที่จะต้องเร่งดำเนินการคือผลักดันให้ไทยเป็น ศูนย์รักษาพยาบาล หรือ เมดิคัลฮับ ซึ่งอยู่ในนโยบายสำคัญของรัฐบาล ขณะนี้เตรียมความพร้อมและส่งเสริมด้านการบริการไว้หลายด้าน โดยเฉพาะการขยายเวลาหนังสือเดินทางให้กับคนไข้ จาก 30 – 60 วัน เป็น 90 วัน เพื่อให้คนไข้สามารถพักรักษาอยู่ในประเทศไทยยาวนานขึ้นและเป็นการเพิ่ม มูลค่าเพิ่มให้กับบริการในเรื่องของการให้บริการพยาบาลดูแลสุขภาพของคน หลายๆประเทศในกลุ่มอาเซียน ส่วนคนไข้ในประเทศญี่ปุ่นก็เดินทางเข้ามาใช้บริการในประเทศไทยปีละหลายล้าน คน เช่นกัน รวมถึงตะวันออกกลาง และ อียูหรือแม้กระทั่งคนไข้ในแถบยุโรป ขณะเดียวกันจะพัฒนาแพทย์แผนไทยให้เป็นแพทย์ทางเลือกมากขึ้น โดยจะกำหนดเรื่องของคุณภาพยา พร้อมกับผลักดันให้เป็นยาหลักที่มีอยู่ตามสถานพยาบาล และพัฒนาไปสู่บัญชียาหลักให้มากขึ้น เพื่อรองรับกับจำนวนคนไข้ที่เข้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้น

ส่วน เรื่องมาตรการป้องกันอุทกภัย ที่รัฐบาลให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการบริการผ่านสถานีให้บริการ หรือ โรงพยาบาล ด้วยการปรับปรุงเรื่องโครงสร้างต่างๆ รวมถึงการปรับปรุงพื้นที่เสี่ยงต่อน้ำท่วม โดยเฉพาะเครื่องกำเนิดไฟฟ้าได้ทำ การปรับรูปแบบใหม่ให้พื้นน้ำ หรือ การสร้างสถานที่เก็บขยะสารเคมี และเรื่องของโรงพยาบาลที่มีการให้บริการพี่น้องประชาชนมุสลิม อาหารฮาลาล ในโรงพยาบาลที่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งล้วนเป็นนโยบายหลักที่จะดูแลสุขภาพประชาชน โดยจะเน้นที่การป้องกัน การควบคุมการเฝ้าระวังอย่างเข้มข้น เพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยของประชาชนคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง ไม่ต้องกินยารักษาโรค รวมถึงการเตรียมความพร้อมทางด้านเรื่องแพทย์ฉุกเฉินผ่านสำนักงานประกันสังคม ทั่วประเทศซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับกับสาธารณภัยและอุบัติเหตุต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยบุคลากรทางการแพทย์ดูแลสุขภาพพี่น้องประชาชนได้รับ บริการอย่างทั่วถึงที่กระจายอยู่กว่าล้านคนทั่วประเทศพร้อมกับฝึกอบรม ฝึกทักษะฝึกความสามารถที่กำหนดไว้ 10 ด้าน เพื่อให้ อสม. มีความพร้อมมากขึ้น

1.2. การพยาบาลชุมชน

1.2.1 ความหมาย แนวคิด ทฤษฎี

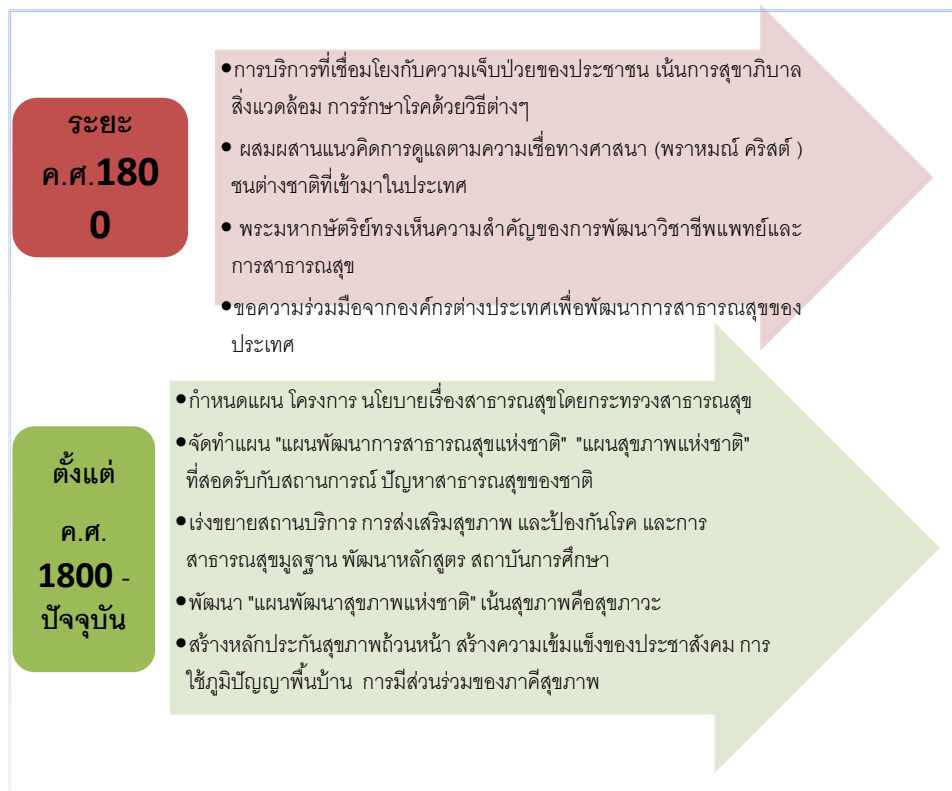
1.2.2 วิวัฒนาการการพยาบาลชุมชนในประเทศและต่างประเทศ

การศึกษาวิวัฒนาการความเป็นมาของการบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในประเทศไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิวัฒนาการการสาธารณสุขของประเทศไทย วิวัฒนาการการพยาบาลอนามัยชุมชนในประเทศไทย การศึกษาวิวัฒนาการทั้งสองส่วนที่กล่าวมานี้ จะทำให้มองเห็นภาพของการจัดบริการพยาบาลอนามัยชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ทำให้ทราบถึงแนวคิด ความเป็นมา ลำดับขั้นของการพัฒนา บทบาทหน้าที่ ภารกิจของพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นต้น

1.2.2.1 วิวัฒนาการการสาธารณสุขในประเทศไทย

สามารถแบ่งวิวัฒนาการการสาธารณสุขของประเทศไทยตามแนวคิดของการจัดบริการสาธารณสุขในระดับสากลได้เป็น 2 ระยะ คือ

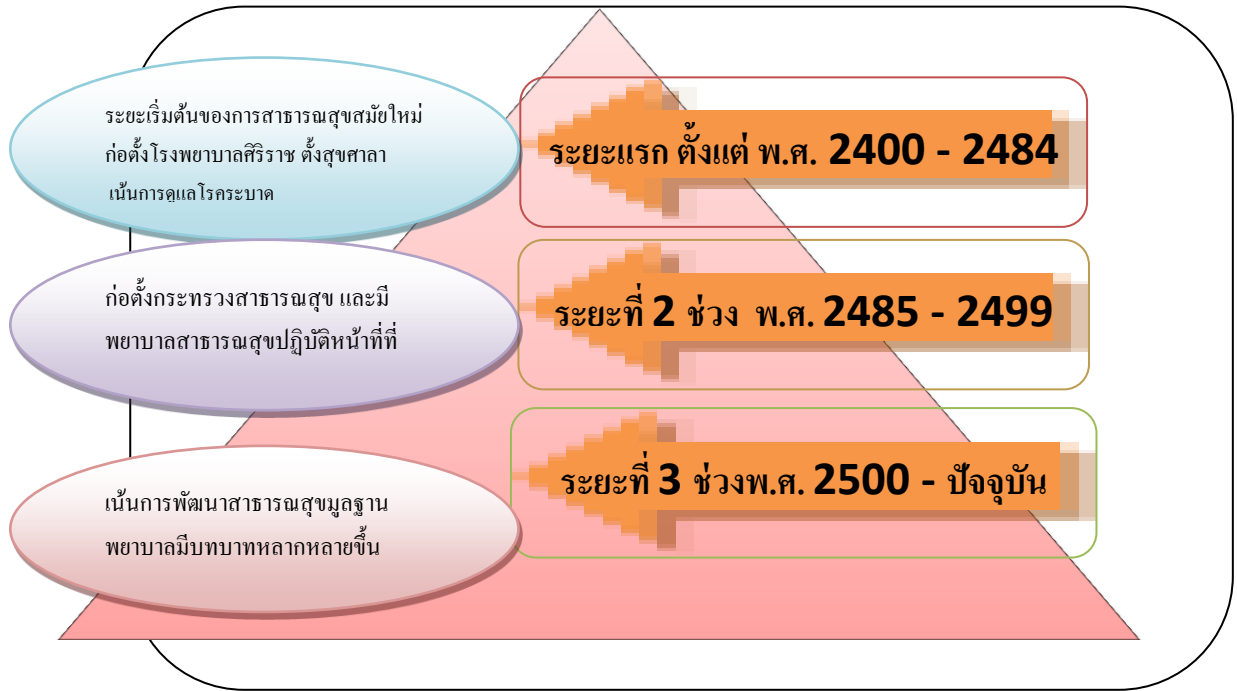
- 1) ระยะก่อน ค.ศ. 1800 หรือ การสาธารณสุขก่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- 2) ระยะตั้งแต่ ค.ศ. 1800 ถึงปัจจุบัน หรือ การสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สามารถสรุปได้ดังแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 1 วิวัฒนาการการสาธารณสุขในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน

1.1 วิวัฒนาการการพยาบาลอนามัยชุมชนในประเทศไทย

วิวัฒนาการของการพยาบาลอนามัยชุมชนในประเทศไทยเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับปัญหาสาธารณสุข และความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ (ประกา ลิ้มประสูตร, 2539 อ้างถึงใน จริยาวัตร คมพักษณ์ และวาริ ระกิติ, 2547: 119-122) สามารถแบ่งเป็นระยะสำคัญ 3 ระยะ คือ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 วิวัฒนาการการพยาบาลอนามัยชุมชนในประเทศไทย

1) ระยะแรก ตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2400 - 2484

นับเป็นระยะเริ่มต้นของการสาธารณสุขสมัยใหม่ มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ซึ่งได้แก่ ปัญหาการเกิดโรคระบาดที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาการเกิดโรคอหิวาตกโรค กาฬโรค และไข้ทรพิษ ดังนั้นในช่วงปี พ.ศ. 2424 จึงได้มีการตั้งหน่วยบรรเทาทุกข์ผู้ป่วยด้วยโรคอหิวาตกโรคขึ้นเป็นครั้งแรกในกรุงเทพมหานคร มีการให้บริการดูแลโดยจัดให้มีการแยกผู้ป่วย และให้สุขศึกษาแก่ประชาชนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายการระบาดของโรค

ในยุคนี้ยังได้เน้นการพัฒนาด้านการแพทย์ โดยมีการจัดสร้างโรงพยาบาลศิริราชและโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้นขึ้นใน พ.ศ. 2431 และสืบเนื่องจากในขณะนั้นมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ที่จะช่วยเหลือดูแลและให้การพยาบาล ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาและจัดทำหลักสูตรศุภคุณกรรมขึ้น ณ โรงพยาบาลศิริราช เมื่อ พ.ศ. 2439 โดยให้ชื่อว่า “โรงเรียนแพทย์ศุภคุณกรรมและหญิงพยาบาล” หลักสูตรดังกล่าวได้จัดให้มีการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลรวมอยู่ด้วย จากการริเริ่มให้มีการเรียนการ

สอนทางการพยาบาลเกิดขึ้นตั้งแต่ในสมัยนั้น ปัจจุบันโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์ได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น “คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล”

ในช่วงปี พ.ศ. 2456 ได้มีการออกพระราชบัญญัติควบคุมโรคระบาด โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมโรคระบาดร้ายแรง 3 โรค ซึ่งได้แก่ โรคอหิวาตกโรค กาฬโรค และไข้ทรพิษ และในขณะเดียวกันได้ตั้งสถานีทำหนองฝี่ขึ้น รวมทั้งรณรงค์ให้ประชาชนได้รับการปลูกฝีอีกด้วย

ปี พ.ศ. 2457 กระทรวงมหาดไทยได้ตั้ง “สุขศาลา” ขึ้นในจังหวัดต่างๆ ซึ่งในครั้งแรกทำหน้าที่จำหน่ายเวชภัณฑ์แก่ประชาชนในราคาถูกมเยา ต่อมาจึงได้มีนโยบายส่งเสริมการสาธารณสุขด้วย และในปีเดียวกันนี้ได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ขึ้น

ปี พ.ศ. 2461 มีการจัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นภายใต้สังกัดของกระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้เพื่อควบคุมบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ และรับผู้ที่สำเร็จวิชาชีพแพทย์ส่งไปเป็นสาธารณสุขจังหวัดในบางจังหวัด

ปี พ.ศ. 2468 เกิดโรคอหิวาตกโรคระบาดครั้งใหญ่ ทำให้เริ่มใช้วิธีป้องกันและควบคุมอย่างจริงจัง อาทิเช่น มีการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน จัดให้มีน้ำสะอาดใช้ในครัวเรือน และมีการฉีดยาป้องกันอหิวาตกโรคขึ้นเป็นครั้งแรก

นอกจากนี้ในระยะนี้ มีโรงเรียนพยาบาลเกิดขึ้น 2 แห่ง คือ โรงเรียนพยาบาลของสภาภษาคาชาดไทยเมื่อ พ.ศ. 2457 เริ่มแรกเป็นหลักสูตรการศึกษา ปี โดยไม่จำกัดพื้นความรู้ของผู้เรียน และโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยแมคคอร์มิค เชียงใหม่ ก่อตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ.2466 โดยคณะเพรสไบทีเรียนแห่งสหรัฐอเมริกาเปิดสอนวิชาการพยาบาลหลักสูตร 3 ปี

2) ระยะที่ 2 ช่วง พ.ศ. 2485 - 2499

ระยะนี้เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2485 นับว่าเป็นระยะที่การสาธารณสุขของประเทศพัฒนาและขยายตัวไปอย่างรวดเร็ว จากแต่เดิมเรียกหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลงานด้านสาธารณสุขว่า “กรมสาธารณสุข” ต่อมาได้เปลี่ยนเป็น “กระทรวงสาธารณสุข” ในปี พ.ศ. 2485 และต่อมาในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) เป็นต้น ได้ให้ความร่วมมือในการพัฒนาด้านต่างๆ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถพัฒนาและขยายโครงการสาธารณสุขต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง เช่น โครงการควบคุมโรคติดต่อต่างๆ ตลอดจนพัฒนาบริการสาธารณสุขในชนบทด้วย และจัดให้มีพยาบาลและผดุงครรภ์ประจำสุขศาลา (สถานีอนามัย) ในชนบทสำหรับการบริการสาธารณสุขในเขตเมืองซึ่งมีเทศบาลเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ได้จัดให้มีพยาบาลประจำที่สุขศาลาของเทศบาล เรียกกันว่า “พยาบาลสาธารณสุข” และสภาภษาคาชาดไทยได้จัดให้มีพยาบาลหมุนเวียนไปประจำตามสถานีภษาคาชาด และเนื่องจากในขณะนั้นการตายของแม่และเด็กมีอัตราสูง งานของพยาบาลในชุมชนส่วนใหญ่จึงเน้นด้านการสงเคราะห์แม่และเด็ก ทำให้มีการเรียกพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขในระยะนั้นว่า “นางสงเคราะห์” บทบาทหน้าที่ของพยาบาลสาธารณสุขในช่วงเวลา

ดังกล่าวนี้ แตกต่างกับบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน โดยมีระบบงานพยาบาล สาธารณสุขที่เน้นในสองลักษณะ คือ

ก. การพยาบาลสาธารณสุขทั่วไป (Generalized Public Health Nursing) ได้แก่ พยาบาลที่รับผิดชอบปฏิบัติงานในชุมชนที่กำหนดตามเขตการปกครอง เช่น ตำบล อำเภอ จังหวัด และ ให้บริการพยาบาลสาธารณสุขทุกประเภทแก่ประชาชนที่อยู่ในเขตหรือพื้นที่ที่รับผิดชอบ ในขณะที่นั้นรัฐบาลมี นโยบายที่จะให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Basic Health Services) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบริการ 10 ด้านให้แก่ประชาชน แต่งานส่วนใหญ่ของพยาบาลสาธารณสุขยังคงเน้นการอนามัยแม่และเด็ก

ข. การพยาบาลสาธารณสุขเฉพาะสาขา (Specialized Public Health Nursing) ใน ระบบนี้พยาบาลสาธารณสุขจะรับผิดชอบกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาและความต้องการทางสุขภาพอนามัยเฉพาะ ด้าน เช่น พยาบาลอนามัยโรงเรียน พยาบาลควบคุมโรคติดต่อ เป็นต้น

3) ระยะที่ 3 ช่วงพ.ศ. 2500 - ปัจจุบัน

โดยในปี พ.ศ. 2503 นับเป็นปีที่ประเทศไทยเริ่มตระหนักถึงปัญหาการเพิ่มประชากรซึ่งมี อัตราสูงมากประเทศหนึ่งในโลก ทำให้มีการศึกษาวิจัยและจัดการสัมมนาในระดับชาติเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น หลายครั้ง และในที่สุดรัฐบาลได้ประกาศให้การลดอัตราเพิ่มของประชากร และยอมรับการวางแผนครอบครัว เป็นนโยบายระดับชาติ เมื่อ พ.ศ. 2513 ดังนั้นบริการวางแผนครอบครัวจึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งของ พยาบาลสาธารณสุข

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 เป็นต้นมา การสาธารณสุขได้มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน มากขึ้น การยอมรับความสำคัญของชุมชนต่อปัญหาสุขภาพอนามัย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาลระดับพื้นฐาน ให้มีลักษณะเน้นชุมชน (Community Oriented) และสถาบันการศึกษา พยาบาลบางแห่งได้เปลี่ยนชื่อวิชาการพยาบาลสาธารณสุขเป็นวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน หรือการ พยาบาลชุมชน ส่วนการศึกษาพยาบาลสาธารณสุขในระดับหลังพื้นฐานซึ่งเปิดสอนเป็นแห่งแรกที่ภาค วิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งยังคงใช้ชื่อเดิม เพราะ การศึกษาในระดับนี้ได้เพิ่มความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สาธารณสุขและพฤติกรรมศาสตร์เข้าไปอีกมากจากความรู้ และทักษะทางการแพทย์ จนอาจกล่าวได้ว่าการศึกษาพยาบาลสาธารณสุขในระดับหลังพื้นฐานเป็นสาขา หนึ่งของสาธารณสุขศาสตร์

ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 5 รัฐบาลได้เน้นงานสาธารณสุขมูลฐานเป็น งานหลักที่จะนำประชาชนไปสู่ภาวะสุขภาพอนามัยโดยทั่วถึงกัน ซึ่งงานสาธารณสุขมูลฐานนี้ได้บรรจุไว้ใน แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติจนถึงฉบับที่ 8 โดยนโยบายดังกล่าวมีผลกระทบต่อบทบาทของพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในชุมชน กล่าวคือ บทบาทในด้านการให้บริการโดยตรงแก่ประชาชนจะลดลง บทบาทที่เพิ่ม มากขึ้น ได้แก่ การสอน ฝึกอบรม การนิเทศงานเจ้าหน้าที่ในระดับปลาย การศึกษาวิจัย การประสานงานระหว่าง ชุมชนและเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ และการส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัย และสามารถ แก้ปัญหาสุขภาพอนามัยเบื้องต้นได้ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ จำเป็นต้องปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาพยาบาล

ให้สอดคล้องกับนโยบายและระบบงานสาธารณสุขของประเทศ การศึกษาพยาบาลอนามัยชุมชนในปัจจุบัน เน้นทักษะในการปฏิบัติงานเป็นทีม การนำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน มุ่งให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอนามัย การวางแผนและให้บริการพยาบาลแก่ครอบครัวและกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพต่างๆ รวมทั้งการประเมินผลบริการ ดังนั้น นอกจากภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลสาธารณสุขระดับบัณฑิตศึกษา ทั้งปริญญาโทและปริญญาเอกแล้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคยังจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลอนามัยชุมชน ระดับบัณฑิตศึกษาขึ้นปริญญาโทขึ้นด้วย สำหรับสภาการพยาบาลได้พัฒนาหลักสูตรอบรม เพื่อวุฒิบัตรสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชนขึ้นใน พ.ศ.2540

สรุป

วิวัฒนาการของการพยาบาลในชุมชนของประเทศไทย มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เริ่มต้นจากสภาอากาศชาติไทยจัดงานประชานามัยพิทักษ์ เพื่อให้บริการประชาชนในสถานีกาชาด และตั้งโรงเรียนนางสุขาภิบาล เพื่อเตรียมพยาบาลให้ปฏิบัติงานที่สถานีกาชาด ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ ระหว่างประเทศ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน ทำให้มีการจัดการศึกษาพยาบาลสาธารณสุขและการพยาบาลชุมชน ในมหาวิทยาลัยขึ้น ปัจจุบันหลักสูตรการพยาบาลระดับพื้นฐานทุกสถาบัน ได้บรรจุเนื้อหาวิชาและการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนไว้เป็นส่วนหนึ่ง และจัดให้มีการศึกษาถึงระดับปริญญาโทและเอก เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนในลักษณะการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nursing)

จากจุดเริ่มต้นของการพัฒนาการสาธารณสุขไทยจนถึงปัจจุบัน นับเป็นเส้นทางของการพัฒนาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สรุปกิจกรรมการพัฒนาการสาธารณสุขไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน

ระยะของการพัฒนา	กิจกรรมการพัฒนที่เกิดขึ้น
ระยะแรก	
พ.ศ. 2424	● มีการตั้งหน่วยบรรเทาทุกข์ผู้ป่วยด้วยโรคหิวอดกโรคขึ้นเป็นครั้งแรก
พ.ศ. 2431	● สร้างโรงพยาบาลศิริราชและโรงเรียนแพทย์
พ.ศ. 2439	● จัดทำหลักสูตรผดุงครรภ์ขึ้นให้ชื่อว่า “โรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล” ณ โรงพยาบาลศิริราช
พ.ศ. 2456	● ออกพระราชบัญญัติควบคุมโรคระบาด รณรงค์ให้ประชาชนได้รับการปลูกฝี
พ.ศ. 2457	● ตั้ง “สุขศาลา” ขึ้นในจังหวัดต่างๆ

ระยะของการพัฒนา	กิจกรรมการพัฒนที่เกิดขึ้น
พ.ศ. 2461	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นภายใต้สังกัดของกระทรวงมหาดไทย ● มีการฉีดยาป้องกันอหิวาตกโรคขึ้นเป็นครั้งแรก
ระยะที่สอง	
พ.ศ. 2485	<ul style="list-style-type: none"> ● “กรมสาธารณสุข” ได้เปลี่ยนเป็น “กระทรวงสาธารณสุข” ● จัดให้มีพยาบาลประจำที่สุสานของเทศบาล เรียกว่า “พยาบาลสาธารณสุข”
ระยะที่สาม	
พ.ศ. 2500 - ปัจจุบัน	<ul style="list-style-type: none"> ● การสาธารณสุขได้มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น ● รัฐบาลได้ประกาศให้การลดอัตราเพิ่มของประชากร จัดให้การวางแผนครอบครัวเป็นนโยบายระดับชาติ ● เน้นการพัฒนาการศึกษาพยาบาลระดับพื้นฐาน ให้มีลักษณะเน้นชุมชนมากขึ้น ● จัดให้มีการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ นับตั้งแต่แผนฯ 5 ได้เน้นงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นงานหลัก ● เร่งขยายสถานบริการ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และการสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาหลักสูตร สถาบันการศึกษา ● พัฒนา "แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ" เน้นสุขภาพคือสุขภาวะ ● สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สร้างความเข้มแข็งของประชาสังคม การใช้กฎหมายพื้นบ้าน การมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ

รูปแบบการบริการการพยาบาลอนามัยชุมชน

การบริการพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นกิจกรรมการให้บริการดูแลแก่กลุ่มประชากรในชุมชน มีเป้าหมายสำคัญคือการจัดบริการดูแลด้านสุขภาพที่สนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน จากการศึกษาวิวัฒนาการ ประวัติ เส้นทางความเป็นมาของการสาธารณสุขไทยทำให้ทราบว่า การจัดบริการสาธารณสุขหรือกิจกรรมในการสาธารณสุขมีการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพการณ์ของสังคม การเปลี่ยนแปลงตามเทคโนโลยี เป็นต้น

หลักการสำคัญของการจัดบริการการพยาบาลสาธารณสุขหรือการพยาบาลอนามัยชุมชนนั้น มีหลักการที่สำคัญ คือ การพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ครอบคลุมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ การมุ่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค การสร้างความตระหนักและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การมีภาวะสมดุลงานด้านโภชนาการ ความปลอดภัยของมารดาและทารก การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการและสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเน้นให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ มีความเพียงพอ ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการและใช้บริการได้อย่างสะดวก

ข้อความรู้ที่ผ่านมามีทำให้สามารถสังเคราะห์ได้ว่า รูปแบบการบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในประเทศไทย สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ คือ

- 1.1 การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในอดีต
- 1.2 การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในปัจจุบัน
- 1.3 การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงประเด็นและแนวโน้มของการบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในอนาคต

1.1 การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในอดีต

การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในอดีต แบ่งได้เป็น 2 ช่วงระยะคือ

ยุคก่อน พ.ศ. 2504 (สมัยสุโขทัยจนถึงยุคของก่อนการมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2504)

สำหรับการจัดการบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนของประเทศไทยในอดีต นับตั้งแต่ก่อน ค.ศ. 1800 หรือ พ.ศ. 2504 ซึ่งเป็นยุคของการสาธารณสุขก่อนมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 จากบันทึกหลักฐานทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการสาธารณสุขและการแพทย์ในสมัยนั้น ซึ่งให้เห็นว่า การดูแลหรือการบริการดูแลที่เกิดขึ้นมีเป้าหมายเพื่อการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วย มากกว่าการหารูปแบบหรือมาตรการในการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่า การพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขถือกำเนิดขึ้นตั้งแต่สมัยสุโขทัย ในยุคนั้นเริ่มมีการติดต่อกับชาวต่างชาติ ทำให้เริ่มมีการดูแลในเรื่องการจัดการหาแหล่งน้ำสำหรับบริโภค การทำท่อระบายน้ำ การสร้างส้วม ตลอดจนการนำการรักษาพยาบาลแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนจีนและอินเดียมาใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพ เป็นต้น

การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในยุคเดิมก่อนมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สามารถสรุปให้เห็นรูปแบบหรือลักษณะของการบริการ หรือกิจกรรมการบริการสาธารณสุขได้ดังตารางต่อไปนี้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนยุคก่อน พ.ศ. 2504

ช่วงระยะเวลา	การบริการสาธารณสุข/การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชน
สมัยสุโขทัย	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดหาน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาด - การทำท่อระบายน้ำ จัดสร้างส้วม - การผสมผสานการรักษาการแพทย์จีนและอินเดียมาใช้รักษาคนป่วย
สมัยอยุธยา	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาแรกพัฒนาสุขภาพแนวผสมผสานการแพทย์จีนและอินเดีย - พัฒนาการแพทย์ท้องถิ่นการใช้สมุนไพรตามวิธีการของขอมและมอญ - สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ได้มีการจัดสร้างโรงพยาบาล จ่ายยาแก่

ช่วงระยะเวลา	การบริการสาธารณสุข/การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชน
	<p>ประชาชน การเย็บแผล การรักษาไข้จับสั้น บาดทะยัก ฝี กามโรค โดยการใช้ยา ภายใต้การนำของคณะผู้สอนศาสนาชาวฝรั่งเศส</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำไข้ฝ้ายยา การเย็บแผล การใช้ควินินรักษาโรค ไข้จับสั้นจากชาติโปรตุเกส
สมัยกรุงธนบุรี	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดการรวบรวมข้อมูลด้านสาธารณสุข ประเทศชาติอยู่ในช่วงของการกอบกู้เอกราช
สมัยรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 1-3	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจำแนกสมุนไพรเป็นหมวดหมู่ใช้รักษาโรคต่างๆ - วัดเป็นสถานพยาบาลและเป็นโรงเรียนฝึกหัดหมอพระ - จัดทำศิลปะการนวดในสมุคช้อย - มีการนำการแพทย์แผนตะวันตกมาใช้โดยหมอสอนศาสนาคริสต์ชาวอเมริกัน เช่น การถ่ายเลือด การผ่าตัด โดยไม่ได้ใช้ยาระงับความรู้สึก - การปลูกฝีป้องกันโรคฝีดาษ - การสร้างโรงพยาบาลของมิชชันนารี
รัชกาลที่ 4-6	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาเริ่มต้นของการสาธารณสุขสมัยใหม่ โดยสร้างโรงพยาบาลทหารขึ้น - พัฒนาการทำคลอดโดยผู้สำเร็จวิชาชีพยาบาลจากสหรัฐ - จัดตั้งหน่วยบรรเทาทุกข์ผู้ป่วยอหิวาตกโรค - สร้างโรงพยาบาลหลวงแห่งแรก คือ โรงพยาบาลศิริราช - พัฒนาหลักสูตรและสร้างโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล - สร้างโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามหัวเมืองต่างๆ 17 แห่ง - ให้ความสำคัญกับการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม จัดตั้ง “กรมสุขาภิบาล” กระทรวงนครบาล - ได้ตราพระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาล จัดตั้งสุขาภิบาลจังหวัดนครราชสีมา จันทบุรี สงขลา นครศรีธรรมราช ชลบุรีและนครปฐม - จัดตั้ง “กรมพยาบาล” สังกัดกระทรวงมหาดไทย - ออกพระราชบัญญัติปกครองท้องที่เรื่องแพทย์ประจำตำบล จัดให้มีโอสถสภา (สุชศาลา) ตามหัวเมืองและสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ - มีการประกาศตั้ง “กรมสาธารณสุข” กระทรวงมหาดไทย โดยรวมกรมสุขาภิบาลและกรมประชาภิบาลเข้าด้วยกัน
รัชกาลที่ 7-9	<ul style="list-style-type: none"> - กรมสาธารณสุขจัดตั้ง “กองแพทย์สังคม” และสร้างโรงพยาบาลทุกจังหวัด - ตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเพื่อรวบรวมกิจการแพทย์ทั้งหมดเป็นหน่วยเดียวกัน - ตราพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 และ

ช่วงระยะเวลา	การบริการสาธารณสุข/การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชน
	<p>พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนานโยบายเร่งเพิ่มจำนวนประชากร - จัดให้มีกิจกรรมมุ่งการป้องกันโรคทั้งโรคติดต่อธรรมดาและโรคติดต่อร้ายแรง - ประเทศไทยเข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกองค์การอนามัยโลกอันดับที่ 21 - จัดให้มีพยาบาลประจำสุสานและสถานีกาชาด - ตั้งกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

ยุค พ.ศ. 2504 – 2539 (การสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-7)

การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในยุคนี้ ซึ่งให้เห็นว่ากิจกรรมการบริการที่จัดขึ้นสอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 1) นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 ถึงฉบับที่ 7 ซึ่งแผนพัฒนาฯ แต่ละฉบับมีจุดเน้นหรือกลวิธีที่แตกต่างกัน โดยนโยบายการสาธารณสุขที่กำหนดขึ้นในแต่ละแผนพัฒนาฯ ล้วนมาจากการพิจารณาปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในประเทศ ณ ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ลักษณะกิจกรรมการบริการสาธารณสุขจะเน้นในเรื่องของการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (จริยวัตร คมพัคฆ์ และ พูนสุข หิงคานนท์, 2547: 24-30) ซึ่งสามารถสรุปดังตารางต่อไปนี้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนยุค พ.ศ. 2504 – 2439

ช่วงระยะเวลา	การบริการสาธารณสุข/การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชน
พ.ศ. 2504-2509 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นการดูแลและป้องกันโรคติดต่อ เช่น อหิวาตกโรค กาฬโรค และไข้ทรพิษ - รณรงค์การให้วัคซีนแก่เด็กในโรคที่ป้องกันได้ - จัดบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม - เน้นการดูแลอนามัยแม่และเด็ก
พ.ศ. 2510-2514 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 2	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุงการบริการสาธารณสุข ขยายการบริการสู่ประชาชนชนบทที่ห่างไกล - เน้นการป้องกันโรคติดต่อ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม อนามัยแม่และเด็ก
พ.ศ. 2515-2519 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3	<ul style="list-style-type: none"> - มุ่งเน้นการอนามัยแม่และเด็ก - การวางแผนครอบครัว เนื่องจากประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็ว - เน้นการพัฒนาความร่วมมือจากประชาชนในงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
พ.ศ. 2520-2524 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นงานสาธารณสุขมูลฐาน การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาด

ช่วงระยะเวลา	การบริการสาธารณสุข/การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชน
	- การส่งเสริมโภชนาการในเด็ก การป้องกันภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี
พ.ศ. 2525-2529 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5	- งานอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล - การส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐาน - การส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กโดยเฉพาะชนบท
พ.ศ. 2530-2534 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6	- เน้นการควบคุมโรคของประเทศพัฒนาแล้ว เช่น โรคไม่ติดต่อ - งานอาชีวอนามัย ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพในสถานประกอบการ - งานควบคุมโรคเอดส์
พ.ศ. 2535-2539 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7	- งานอาชีวอนามัย เน้นป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน - งานควบคุมโรคเอดส์ - งานควบคุมโรคไม่ติดต่อจากพฤติกรรมไม่ถูกต้อง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน อุบัติเหตุ - งานป้องกันปราบปรามสารเสพติด - งานควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง โรคจิตประสาท

สรุป

- 1) การบริการสาธารณสุขหรือการบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในอดีต นับตั้งแต่ก่อนการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีลักษณะที่สำคัญคือ เน้นการดูแลหรือการบริการดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วย มุ่งรักษาการเจ็บป่วยจากการเกิดโรคระบาด การหาแนวทางป้องกันควบคุมสิ่งแวดล้อมและการสุขาภิบาล การรักษาโรคด้วยวิธีการต่างๆ ตามหลักความเชื่อทางศาสนา
- 2) การบริการสาธารณสุขหรือการบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-7 มุ่งเน้นงานส่งเสริมและป้องกันโรคทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ การสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเอง การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม การปรับปรุงภาวะโภชนาการของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัย 0-5 ปี และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

1.2.3 ลักษณะและขอบเขตหน้าที่และบทบาทของพยาบาลชุมชน

การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในปัจจุบัน

เริ่มต้นจากการพัฒนาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เน้นการพัฒนาศักยภาพคนในด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพด้วยบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เน้นการพัฒนาสุขภาพในกลุ่มวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพด้านอุตสาหกรรม และขณะเดียวกันเน้นการพัฒนาและสร้าง

ความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข เป็นต้น

ดังนั้นการจัดบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนจึงต้องครอบคลุมกับประชากรในกลุ่มวัยต่างๆ การบริการที่ครอบคลุมทั้งการให้บริการที่บ้าน การให้บริการในสถานประกอบการ และการให้บริการในสถานศึกษา รูปแบบหรือกิจกรรมการบริการของพยาบาลอนามัยชุมชนจึงมีความหลากหลายขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในประเทศ

การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในยุคปัจจุบันจึงมีความหลากหลาย ดังนี้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนในยุคปัจจุบัน

ช่วงระยะเวลา	การบริการสาธารณสุข/การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชน
พ.ศ. 2540-2544 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภค การขาดการออกกำลังกาย อุบัติเหตุจากการจับจี่ยานพาหนะ - งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ อาทิเช่น โรคจากการประกอบอาชีพ - งานอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันมลพิษต่างๆ - การจัดบริการสุขภาพและการพยาบาลแก่บุคคลต่างๆ ในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น - งานควบคุมโรคเอดส์ ในกลุ่มแม่และเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน - งานควบคุมและปราบปรามสารเสพติด - งานควบคุมโรคระบาดที่กลับมาเป็นซ้ำ เช่น วัณโรค - ปรับกลวิธีการดำเนินงานโดยเน้นสร้างความเข้มแข็งแก่ครอบครัวและชุมชน โดยนำกลวิธีงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการดูแลสุขภาพ - เร่งสร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ - เน้นงานสร้างเสริมสุขภาพ
พ.ศ. 2545-2549 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นการสร้างสุขภาพเชิงรุก สร้างความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว และชุมชน - สร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกันในการจัดการสุขภาพ - เน้นการจัดบริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ เช่น โรคติดเชื้อ โรคที่สาเหตุจากพฤติกรรม การพิการจากการประกอบอาชีพ โรคในกลุ่มผู้สูงอายุ - เน้นการแก้ปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อม - การควบคุมและป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติด อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์ความงามที่ขาดคุณภาพ - งานส่งเสริมสุขภาพจิต การแก้ปัญหาความเครียด การฆ่าตัวตาย เป็นต้น

ช่วงระยะเวลา	การบริการสาธารณสุข/การบริการการพยาบาลอนามัยชุมชน
พ.ศ. 2550-2554 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นการจัดการและแก้ปัญหาสุขภาพเชิงรุกในประเด็นต่างๆ <ul style="list-style-type: none"> - โรคจากแบบแผนการดำเนินชีวิต - โรคติดต่อ เช่น เอชดี ไข้เลือดออก โรคทางเดินหายใจ - โรคจิตประสาท ความเครียด - งานเฝ้าระวังและควบคุมทางระบาดวิทยา - การบูรณาการการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ คัดกรองผู้บริโภคร - เน้นให้ประชาชนนำแนวคิดปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” มาใช้ในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะความสมดุลในการใช้ชีวิต - นำเทคโนโลยีที่เหมาะสมและเน้นการนำภูมิปัญญาและการพึ่งตนเองมาใช้ในการทำงานด้านสาธารณสุข รวมถึงการพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน - เน้นการพัฒนาบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเชิงรุกที่มีคุณภาพแก่ประชาชน

อาจกล่าวได้ว่าการบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนยุคปัจจุบันได้เริ่มต้นขึ้นในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 จนถึงปัจจุบันที่อยู่ในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 ทั้งนี้สืบเนื่องจากการบริการพยาบาลอนามัยชุมชนได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระบบบริการสุขภาพไทยแนวใหม่ ที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมาตามลำดับตามระยะเวลา ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เรียกว่า การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน การสร้างเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ ซึ่งพบว่า โครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถแบ่งได้ 2 ยุค คือ (ศิริณี อินทรหนองไผ่, 2550: 49-91)

1) ยุคการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ช่วงปีพ.ศ. 2523-2543 มีกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐาน 14 กิจกรรม ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วม คือ 1. โภชนาการ 2. สุขศึกษา 3. จัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล 4. เฝ้าระวังโรคประจำถิ่น 5. สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 6. การรักษาพยาบาลขั้นต้น 7. การจัดหาที่จำเป็น 8. การอนามัยแม่และเด็ก 9. งานสุขภาพจิต 10. ทันทสาธารณสุข 11. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 12. การป้องกันอุบัติเหตุ 13. ปัญหาโรคเอดส์ 14. การคัดกรองผู้บริโภคร

2) ยุคปฏิรูประบบสุขภาพ (Health Care Reform) ช่วงปี พ.ศ. 2543-ปัจจุบัน เป็นยุคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการ อาทิเช่น การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีกลวิธีที่หลากหลายในการพัฒนา เช่น การสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพแทนการรักษาหรือซ่อมสุขภาพ การปรับโครงสร้างหน้าที่ขององค์กรหรือสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

2.1 การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงประเด็นและแนวโน้มของการบริการการพยาบาลอนามัยชุมชน ในอนาคต

สถานการณ์ภาวะสุขภาพและระบบบริการพยาบาลอนามัยชุมชนในปัจจุบันย่อมมีประเด็นและแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปตามระบบสุขภาพ จึงทำให้การบริการพยาบาลอนามัยชุมชนเริ่มปรับให้สอดคล้องกับความคาดหวังต่อการบริการพยาบาลอนามัยชุมชนอย่างเช่น

- 1) แนวโน้มของการเร่งพัฒนาและจัดบริการที่เน้นการพัฒนาการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เนื่องจากระบบสุขภาพมีพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ส่งผลให้บทบาทหรือกิจกรรมการบริการของพยาบาลอนามัยชุมชนตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้มีกิจกรรมการพยาบาลที่หลากหลายขึ้น มีสมรรถนะการทำงานที่เพิ่มขึ้น ดังที่ Clark 1996; Spradley & Allender 1996 และ Stanhope & Lancaster, 1992 กล่าวไว้
- 2) สมรรถนะสำหรับการปฏิบัติงานในชุมชน ต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในงานชุมชนคือ บทบาทของการเป็นผู้ให้บริการเชิงรุก ตรวจวินิจฉัยแยกโรค การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ วางแผนการให้บริการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้จัดการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ผู้ปกป้องและพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ ให้การคุ้มครองผู้บริโภค ผู้นำในการเปลี่ยนแปลงร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในสถานการณ์ต่างๆตลอดจนเป็นพยาบาลนิเทศในหน่วยคู่สัญญา เป็นต้น (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2547:84-97))
- 3) สมรรถนะด้านการพัฒนาศักยภาพชุมชนและประสานเครือข่าย เป็นแนวโน้มที่พยาบาลอนามัยชุมชนที่ปฏิบัติงานในชุมชน ต้องพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการประสานความร่วมมือกับประชาชน องค์กรชุมชน และทีมสุขภาพ เพื่อระดมทรัพยากรทั้งในและนอกชุมชนมาใช้อย่างคุ้มค่า สร้างเครือข่ายทีมงานเพื่อเกื้อกูล และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ค้นหาภูมิปัญญาพื้นบ้าน โดยเฉพาะปราชญ์ท้องถิ่นนั้นๆ เพื่อเป็นแกนนำในการสนับสนุนการดำเนินงานในโครงการต่างๆ ของชุมชน และเข้าใจและสามารถสร้างกระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ของชุมชน จนเกิดจิตสำนึกว่า สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน เป็นต้น

1.2.4 บทบาทหน้าที่ ความแตกต่างระหว่างการพยาบาลในคลินิกและพยาบาลชุมชน

บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนมีการพัฒนาอย่างยาวนาน และได้มีการปรับบทบาทการบริการตามช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านของมการปฏิรูประบบสุขภาพที่ได้กำหนด พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนต้องปรับวิถีคิดเรื่อง สุขภาพ คือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล หรือเน้นบทบาทการประสานงานและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้เป็นไปตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่เน้นสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน คนไทยมีคุณธรรมนำความรอบรู้ รู้เท่าทันโลก ครอบครัวยุบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง

สังคมสันติสุข เศรษฐกิจมีคุณภาพเสถียรภาพ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี ชีวิตพอเพียง สังคมสันติสุข และจากปรากฏการณ์ดังกล่าว ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกายภาพบำบัดและนันทบำบัดชุมชนจึงได้กำหนดบทบาทของกายภาพบำบัดและนันทบำบัดชุมชนเป็นผู้ให้ความรู้ในการหาปัญหาและความต้องการในพื้นที่ ปรับบทบาทเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อรองรับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งถือว่าการขยายความบทบาทหน้าที่การพยาบาลที่มีต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน 4 ประการตามที่สภากายภาพบำบัดกำหนด (หทัยชนก บัวเจริญ อ่างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2551) กล่าวคือ

- (1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การดูกลายของโรค และการฟื้นฟูสภาพ
- (3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค
- (4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสุขภาพการวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

ตามที่สภาการพยาบาลได้ไว้อย่างไม่ครอบคลุมการบริการในมิติอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการและการควบคุมคุณภาพการบริการ ซึ่งขอบเขตการให้บริการของพยาบาลขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้กำหนดไว้ดังนี้

1. การจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งสุขภาพกายและจิต โดยประเมิน เฝ้าระวัง การประสานดูแลร่วมกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพอื่น
2. เฝ้าระวังและติดตามเพื่อควบคุมคุณภาพของการบริการสุขภาพ
3. จัดระบบและมีทักษะในการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพและสามารถบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลให้ตอบสนองตามความต้องการของประชาชน และตามลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชนได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ
4. การช่วยเหลือและการดูแลสุขภาพและเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและปัญหาสุขภาพ
5. การสอนเกี่ยวกับสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเพื่อให้ประชาชนเกิดการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการกระตุ้นให้ประชาชนนำศักยภาพของตนเองมาดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรม
6. การจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆด้วยความเข้าใจปัญหาและผลกระทบต่างๆที่อาจเกิดขึ้น
7. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ใช้วิธีการพื้นบ้านหรือวิธีการต่างๆในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนในต่างประเทศมีบทบาทหน้าที่คล้ายคลึงกันกับประเทศไทย เช่น ประเทศอังกฤษ บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนคือพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นหลัก (Fatchett, 1990 cited in Clark,1999) ส่วนในแถบทะเลแอตแลนติก พยาบาลอนามัยชุมชนไม่ได้เน้นการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แต่เน้นบทบาทของการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสังคมเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อเคลื่อนไหวผลักดันนโยบายต่างๆ (Beddome, & White, 1993 cited in Clark,1999) ดังนั้น ณ สถานการณ์ในปัจจุบัน บทบาทการบริการพยาบาลอนามัยชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก การจะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพตามระยะเปลี่ยนผ่าน พยาบาลอนามัยชุมชนจึงควรทำความเข้าใจหลักการกำหนดบทบาทการบริการพยาบาลอนามัยชุมชนในปัจจุบันดังนี้

1. การเข้าใจธรรมชาติ บริบทของชุมชน ภายใต้การสังเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมบริบทของชุมชน กลุ่มประชากรเป้าหมายในชุมชนนั้น โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้จากการศึกษาชุมชนให้เข้าใจวิถีชีวิตทุกด้านของกลุ่มคน ครอบครัว ชุมชน และองค์กรในชุมชน ร่วมกับการใช้แนวคิดทางระบาดวิทยาในการวิเคราะห์โยงใยสาเหตุของปัญหา (web of causation) เพื่อค้นหาปัจจัยสาเหตุของปัญหา ภาวะเสี่ยง ภาวะคุกคาม ตลอดจนได้กลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้การบริการ ทั้งนี้ที่เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางประชากร พฤติกรรมของคน ความคิด ค่านิยม ความเข้าใจของชุมชน ระบบทางสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต การประกอบอาชีพ นโยบายของรัฐ ระบบการจัดการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดำเนินชีวิต ทั้งของรัฐและของชุมชน และแหล่งทรัพยากรที่เป็นศักยภาพหรือทุนทางสังคม ที่สนับสนุนหรืออื้อให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนได้ (ขนิษฐา นันทบุตร, 2546)

2. การกำหนดผลลัพธ์ของการจัดการปัญหา หรือความต้องการด้านสุขภาพที่เป็นเป้าหมายสำคัญที่สุด ทั้งนี้ วิเคราะห์จากมาตรฐานของการบริการสุขภาพในชุมชน ที่แสดงลักษณะของบริการสุขภาพที่สำคัญสำหรับประชากรทุกคนในชุมชน เป็นบริการสุขภาพในชุมชนที่เป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน ทั้งการป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ พร้อมทั้งแนวปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพแต่ละลักษณะ ทั้งนี้อาศัยการวิเคราะห์และสังเคราะห์เชื่อมโยงกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในแต่ละชุมชน (ขนิษฐา นันทบุตร, 2546)

3. การกำหนดวิธีการในการดำเนินการ หรือให้บริการภายใต้การใช้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของชุมชน (ขนิษฐา นันทบุตร, 2546) หรือฐานข้อมูลเชิงประจักษ์จากองค์กรในชุมชน หรือการวิเคราะห์สังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล นำมาเป็นนวัตกรรมใหม่ที่สร้างแนวทางในการกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา การจัดการ ตลอดจนการบริการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้กระบวนการกำหนดวิธีการในการดำเนินการต้องมีการคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงการจัดการปัญหาควรตรวจสอบกับโยงใยสาเหตุปัญหาาร่วมด้วยเพื่อยกกรอบแนวคิดในการจัดการปัญหาได้ตรงกับความต้องการในการรับบริการสุขภาพของชุมชน

4. การเลือกลักษณะการดำเนินการ เน้นการดำเนินการแบบองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง และหลากหลายให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของชุมชน และตามกลุ่มเป้าหมายในการดูแล ระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน โดยการดำเนินการต้องสอดคล้องกับวิธีการดำเนินการ และสร้างการยอมรับกับคนในชุมชน

โดยผ่านกระบวนการสะท้อนคิดให้เห็นภาพรวมของการจัดการต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนเป็นหลัก

5. **การกำหนดกิจกรรมบริการ** กระบวนการดำเนินการและการประเมินผลให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินการ โดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปบทเรียน การสังเคราะห์กรณีศึกษา การเชื่อมโยงบูรณาการสิ่งที่มีประสิทธิภาพที่สอดคล้องกับสภาพของปัญหาและความต้องการของชุมชน กลุ่มคน ทั้งนี้ กิจกรรมที่เกิดขึ้นต้องวิเคราะห์ได้ว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรค คุณภาพของกิจกรรมบริการ ผลลัพธ์เชิงกระบวนการที่เกิดขึ้น ปัจจัยสนับสนุนหรือกลไกที่ทำให้เกิดความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดชุดของความรู้ในการเป็นแบบอย่างของการเรียนรู้ในการทำงานต่อไป

จากหลักการข้างต้นทำให้สรุป “บทบาทการบริการพยาบาลอนามัยชุมชน” ได้ดังนี้

บทบาทการบริการพยาบาลอนามัยชุมชนตามระดับการให้บริการ

เนื่องจากการพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นการพยาบาลที่ตอบสนองต่อสภาพปัญหา ความต้องการ ของประชาชน กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะของการทำงานตามระบบและโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยที่แบ่งสถานบริการสาธารณสุขออกเป็น 5 ระดับคือการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในครอบครัว การบริการสาธารณสุขมูลฐาน การจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ การจัดการบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และการจัดการบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ ซึ่งสถานบริการระดับการบริการปฐมภูมิคือ สถานบริการที่พยาบาลอนามัยชุมชนมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการ โดยที่สนาบุญทอง (2542) ได้กล่าวไว้ว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้นมีบทบาทในการปฏิบัติงานที่กว้างขวางครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. การประเมินสุขภาพของประชาชน สามารถแยกกลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และกลุ่มพิการเพื่อจัดการบริการให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มบุคคล
2. การจัดการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีความต่อเนื่องของการให้บริการสุขภาพ ครอบคลุมประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยคำนึงถึงมิติการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ มีการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิของตนเอง
3. สร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพ โดยการพัฒนาการดูแลตนเอง มีการแลกเปลี่ยนและเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน และผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น
4. จัดระบบข้อมูลทางสุขภาพ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน การวางแผนดำเนินงาน ตลอดจนการศึกษาค้นคว้างานวิจัย

5. จัดระบบและพัฒนาบริการการพยาบาลระดับปฐมภูมิ โดยกำหนดนโยบาย แผนงานและ กิจกรรมการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนบริการสุขภาพ รวมทั้งมีการประเมิน ตรวจสอบ และพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
6. สร้างและพัฒนาเครือข่ายทางการพยาบาลทั้งในด้านวิชาการและการบริการสุขภาพให้กับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง และเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

บทบาทการพยาบาลอนามัยชุมชนตามความต้องการในการรับบริการ

ปัจจุบันสิทธิของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญ และแนวคิดในการจัดบริการต้องเน้นแนวคิดผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านสุขภาพไปพร้อมกับสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ ทำงานในเชิงรุก ใช้ ทรัพยากรในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยการพัฒนาระบบบริการต่างๆต้องจัดบริการตามความต้องการในการรับบริการของประชาชนในพื้นที่เพื่อความสุขของชีวิตและเป็นไปตามวิถีชีวิตปกติของประชาชน ดังนั้น บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนจึงเริ่มต้นจาก

1. การปรับวิธีคิดในการบริการตามระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในการสนับสนุน บริการที่สอดคล้องกับสิทธิของผู้รับบริการ โดยมีแนวคิดของการเข้าใจบริบทสังคม วัฒนธรรม วิถีการดำเนิน ชีวิต หรือวิถีความต้องการ โดยสร้างกิจกรรมบริการที่เข้าถึงความต้องการของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและ ชุมชน หรือกิจกรรมการบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการในการเท่าเทียมและทั่วถึงของบริการ

2. พัฒนาแนวคิดของการสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยปรับวิธีคิดในการ ผลักดันและหนุนเสริมให้องค์กรชุมชนเข้าใจความต้องการของตนเอง มองเห็นศักยภาพของตนเองในการร่วม ด้วยช่วยกันสร้างบริการที่ตอบสนองความต้องการ ในการดูแลสุขภาพของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเช่น มีการจัด กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหุ้นส่วนสุขภาพในชุมชนในลักษณะของการเข้าร่วมประชุมประจำปี หรือ วาระการประชุมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดเชิงปฏิบัติการให้ทุกฝ่ายเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น เวที ชาวบ้าน วาระการจัดทำแผนแม่บทชุมชน การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องในระดับชาติ หรือระดับ ท้องถิ่น การเพื่อค้นหาความต้องการของแต่ละฝ่ายแล้วนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาบริการสุขภาพตามความ ต้องการ

3. การพัฒนาวิธีการทำงานจากการเรียนรู้ในพื้นที่ เอาปัญหา ความต้องการในพื้นที่เป็นตัว ตั้ง สร้างการทำงานที่เข้าถึง เน้นการจัดบริการเชิงรุก รวดเร็ว และตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของ พื้นที่อย่างเห็นผลชัดเจน โดยต้องให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมกันสรุปบทเรียนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าตรงตามความ ต้องการหรือไม่อย่างไร และมีแนวทางการให้บริการอย่างไรในอนาคตให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง

4. พัฒนาเครื่องมือในการเข้าถึงความต้องการบริการจากการนำเครื่องมือที่มีอยู่เดิมเช่น มาตรฐานแนวปฏิบัติการบริการสุขภาพในทุกกลุ่ม แบบคัดกรองสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ชุดข้อมูลสุขภาพ ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน สิ่งแวดล้อมที่กระทบสุขภาพเช่น สังคม วัฒนธรรม ความไว ต่อภาวะสุขภาพที่ท้องถิ่นเผชิญอยู่ ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความรู้ฝังแน่นในตัวของผู้

ต่างๆในชุมชน อาชีพ เศรษฐกิจ คมนาคม มาปรับให้เครื่องมือสามารถประเมินความต้องการของทุกกลุ่มในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสื่อสารเพื่อวางแผนและออกแบบการบริการ ตลอดจนการกำกับ ติดตาม เฝ้าระวังภาวะสุขภาพ ความต้องการในการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน เพื่อให้การบริการตามความต้องการนั้นนำไปสู่การสรุปบทเรียน การได้แบบอย่างของบริการที่ตรงตามความต้องการ หรือนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพบริการสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการบอกความต้องการในการบริการควบคู่กันไป

บทบาทการบริการพยาบาลอนามัยชุมชนตามความหมายของลักษณะการบริการ

จากนิยามที่สภาการพยาบาล (2540) ได้กำหนดว่า "การพยาบาล" หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล อีกทั้งการพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นงานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และสมดุลกัน อีกทั้งตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ จึงส่งเสริมให้ บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนสามารถอธิบายได้ชัดเจนขึ้น ตามความหมายของลักษณะการบริการที่กำหนดไว้คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการทำนุบำรุงสุขภาพของตนให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่ตลอดเวลา(สมใจ ทุนกุล, 2548) โดยบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ต่างมีวิธีการในการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันไปทำให้การบริการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเป็นไปในลักษณะของการเพื่อนำมาเข้าถึงความคิด พฤติกรรม กระตุ้นเตือน ให้เกิดการปรับพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้น หรือเป็นกระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมีความเชื่อมโยงระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งองค์กรชุมชนด้วย โดยจัดบริการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยการคิดร่วมกันระหว่างหุ้นส่วนสุขภาพหรือบุคคล ครอบครัว ชุมชน กลุ่มคน องค์กรชุมชน ฝ่ายให้บริการ เพื่อให้เกิดภาคีสุขภาพ มีการจัดบริการที่กระตุ้นให้ทุกหุ้นส่วนได้แสดงศักยภาพของตนเอง ได้รับการกระตุ้นความต้องการส่งเสริมสุขภาพภายใต้การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของหุ้นส่วนสุขภาพ

อย่างไรก็ตามการบริการการส่งเสริมสุขภาพควรมีหลักการจัดบริการดังต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีภายใต้การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การบริการต้องเน้นการหาวิธีการกระตุ้นเตือนในหลากหลายวิธีการ ภายใต้ของการให้ข้อมูลเพื่อก่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละ 30 นาที การรับประทานอาหารให้ครบมีประโยชน์ การอาศัยอยู่ในบ้านเรือนที่มีความสะอาดปราศจากโรค ร่างกายจิตใจแจ่มใสไม่มีภาวะเครียด เป็นต้น

2. จัดให้มีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินการจากทุกภาคส่วน และสร้างเครือข่ายสุขภาพในการเสริมสร้างการทำงานร่วมกันหลายๆฝ่ายที่ทุกเครือข่ายต้องรับมีส่วนร่วมผิชอบประชาชนในพื้นที่ เช่น จัดตั้งกลุ่มเอโรบิก กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ เป็นต้น

3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบภาคี เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันให้เกิดการเห็นสถานการณ์สุขภาพร่วมกัน มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ ค้นหาต้นแบบ เพื่อให้เกิดการกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของตนเอง ดึงศักยภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน และสังคมให้มีศักยภาพในการลดหรือจัดการปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะการเจ็บป่วย และสามารถค้นหาต้นแบบของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ปฏิบัติตาม

นอกจากนั้นการส่งเสริมสุขภาพยังเป็นการบริการพยาบาลขั้นพื้นฐานในการส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี โดยการจัดการต้องมีการเชื่อมโยงกับแหล่งทุนทางสังคม อาศัยการสร้างความร่วมมือกับองค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมกันพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชน นำแหล่งประโยชน์ในชุมชนและสังคมมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เน้นการเข้าใจวัฒนธรรมการดำเนินชีวิต มีความไวในความแตกต่างเชิงวัฒนธรรมในพื้นที่ บุคคล ครอบครัว และกลุ่มคน การให้เครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และยังเน้นการบริการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

ซึ่งมีรายละเอียดของการบริการดังนี้

1. ศึกษาชุมชนเพื่อวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของคนในชุมชน แบบแผนการเจ็บป่วยและสาเหตุ โดยเฉพาะสาเหตุจากท้องถิ่นและความเข้มแข็งของคนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ
2. ให้คำแนะนำ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน และสังคม
3. การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการให้ความรู้สุขภาพ ให้คำปรึกษาการดูแลสุขภาพแก่ครอบครัวเช่น เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่ห่อกระจ่ายข่าว
4. บริการดูแลสุขภาพสตรี บริการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ บริการดูแลสุขภาพหญิงคลอดหญิงหลังคลอดเช่น การตรวจครรภ์ การวางแผนครอบครัว
5. บริการการดูแลสุขภาพเด็กดีด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนการตรวจสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน เด็กวัยเรียน เด็กวัยรุ่นในโรงเรียน
6. บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเช่น การรำไม้พลอง การนั่งสมาธิ การจัดกิจกรรมนันทนาการ การสร้างจิตอาสาในการดูแลคนอื่นในชุมชน เน้นการบริหารข้อต่อต่างๆ รำมวยจีน กิจกรรมเข้าจังหวะวันละ 30-40 นาที

7. กระตุ้นให้มีการรวมกลุ่มกันของคนกลุ่มต่างๆเพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิพัฒนาจิตใจ การทำอาภาสให้บริสุทธิ์ การลดการใช้พลังงาน กิจกรรมนันทนาการ การคลายความเครียด การจัดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเช่น การเล่นเกม การร้องเพลง การทนายปัญหา การแต่งกลอน กลุ่มอ่านหนังสือ กลุ่มประดิษฐ์สิ่งของจากเศษวัสดุ
8. สร้างแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หรือแกนนำสุขภาพชุมชน หรือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในเด็กเพื่อให้ร่วมเป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพ
9. การให้ความร่วมมือกับองค์กรอิสระในการพัฒนาโครงการสร้างอาชีพหรือรายได้แก่ประชาชนในชุมชนเช่น โครงการสร้างอาชีพกลุ่มเด็กวัยรุ่นในชุมชนแออัด
10. การตรวจสุขภาพ การตรวจสายตาประจำปีพนักงานในโรงงาน หรือการสอนช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นให้พนักงาน
11. การเตรียมความพร้อมส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม แก่เด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
12. การจัดทำสมุดประวัติสุขภาพเด็ก นักเรียนในโรงเรียน
13. การให้คำปรึกษาด้านจิตใจแก่นักเรียนที่มีปัญหาเรื่องเครียดจากการเรียน ปัญหาการปรับตัว การให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพแก่นักเรียนและผู้ปกครอง
14. การจัดชุดบริการตรวจสุขภาพร่างกายและฟันของนักเรียนในชุมชนประจำปี ร่วมกับครูโรงเรียนสำรวจปัญหาสุขภาพของนักเรียน วางแผนหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

การป้องกันโรค การป้องกันโรคเป็นการบริการเพื่อป้องกันการเกิดโรค การเกิดภาวะเจ็บป่วย ความพิการและความตายได้แบบต่อเนื่อง ภายใต้การลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ โดยยังไม่มีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากนั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหรือการบาดเจ็บตั้งแต่แรกเริ่ม รวมทั้งการดำเนินการให้บริการด้านสุขภาพเพื่อป้องกันหรือกำจัดความพิการ เป็นเรื่องของการป้องกันหลังจากเจ็บป่วยแล้วจึงหาวิธีการลดความเสื่อมถอยหรือกำจัดภาวะเบี่ยงเบน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม

ซึ่งมีรายละเอียดของการบริการดังนี้

1. การตรวจค้นหาผู้ป่วยหรือประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพเช่น การตรวจหาไข้พยาธิ การตรวจเสมหะผู้ป่วยวัณโรค การชั่งน้ำหนักเด็กเพื่อเฝ้าระวังภาวะการขาดโภชนาการ การตรวจมะเร็งปากมดลูก การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน
2. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อเข้าสู่ช่วงการระบาดของโรคท้องถิ่น เช่น โรคท้องร่วง โรคไข้เลือดออก โรคนี้หู่ ไข้หวัดนก โรค SAR
3. ให้คำแนะนำการป้องกันโรคอื่นๆเช่น คำแนะนำในการผสมไอโอดีนในน้ำดื่ม การเลือกรับประทานอาหารที่สุก การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้รถใช้ถนน การเมาไม่ขับ ไม่ซ้อนท้ายคนเมา การคาดเข็มขัดนิรภัย การไม่โทรศัพท์ขณะขับรถ การใช้อุปกรณ์ในการป้องกันสารเคมีหรืออันตรายที่เกิดจากเครื่องจักรที่อันตราย

4. การให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กตามมาตรฐานเช่น วัคซีนป้องกันโปลิโอ บาดทะยัก ไอกรม คอตีบ หัด หัดเยอรมัน คางทูม วัณโรค วัณโรค อหิวาตกโรค ไข้หวัดใหญ่ โรต้าไวรัส อีสุกอีใส
5. การณรงค์ให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพต่างๆในชุมชนเช่น การณรงค์การจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การรณรงค์การลดใช้สารเสพติด การรณรงค์การรับประทานอาหารที่สุกแล้ว
6. การเฝ้าระวังและป้องกันโรคปากเท้าเปื่อย โรคการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
7. กิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคโดยการให้บริการฉีดวัคซีนแก่นักเรียน ตรวจสอบสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน การตรวจการขาดสารไอโอดีนในเด็ก วัยรุ่น การตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดในกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวังโรคติดต่อที่อาจเกิดในโรงเรียนเช่น โรคท้องร่วง โรคหัด โรคคางทูม เหา หิด
8. สำรวจสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเพื่อให้เกิดความปลอดภัย จากการเกิดอุบัติเหตุ การเกิดโรคระบาด เช่น การดูแลเกี่ยวกับแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ศูนย์ฯจัด
9. การจัดฝึกอบรมการดูแลสุขภาพเด็ก นักเรียน ครู ผู้ปกครอง ตามความต้องการ การจัดฝึกอบรมนักเรียนในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
10. การฉายวิดีโอทัศนสอนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา การเปิดเพลงเสียงตามสายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวได้น้อยในชุมชนได้มีโอกาสออกกำลังกาย

การรักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลที่กิจกรรมการแก้ไขปัญหสุขภาพ โดยทั่วไป เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ไม่ซับซ้อน ปัญหาสุขภาพที่เฉียบพลัน ปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังเช่น การติดตามโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและ มะเร็งเต้านม การดูแลที่บ้าน การบริการเบื้องต้นฉุกเฉิน หรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนการส่งต่อ การผ่าตัดเล็ก

ซึ่งมีรายละเอียดของการบริการดังนี้

1. ตรวจวินิจฉัยโรค บำบัดโรค การเจ็บป่วยเบื้องต้น รักษาภาวะฉุกเฉินก่อนที่จะส่งต่อ ให้การรักษาด้วยยาที่จำเป็น อย่างละเอียดถูกต้องตามหลักวิชาการ และมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด เช่น ไข้หวัด ไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ท้องผูก ท้องเสีย อาหารเป็นพิษ แมลงสัตว์กัดต่อย ปวดเมื่อยตามตัว วิงเวียน ภาวะอาหารเป็นพิษ อาหารไม่ย่อย เป็นต้น
2. บอกผลตรวจวินิจฉัย พร้อมให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวทั้งเมื่อเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน และที่โรงพยาบาล
3. จัดการกับอาการที่สามารถทำได้เช่น ไข้สูงในเด็ก ท้องร่วง ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย

4. ให้บริการทำแผล ตกแต่งบาดแผล เย็บแผล ตัดไหม ฝ่าฝืนในตำแหน่งที่ไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย การจี้หูด จี๋ตาปลา การถอดเล็บ การผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในตำแหน่งที่ไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายออกโดยพิจารณาจากความรูสึกทางผิวหนัง
5. ให้บริการส่งต่อเมื่อปรากฏว่า ผู้ป่วยอาการไม่บรรเทา หรือมีความรุนแรงมากขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ หรือมีเหตุอันควรอื่นๆเกี่ยวกับการบำบัดรักษาเช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ การบำบัดรักษา เป็นต้น (สภากาชาดไทย, 2550)

การฟื้นฟูสภาพ การบริการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพเป็นกิจกรรมในลักษณะของการช่วยเหลือ การสนับสนุนส่งเสริม และการเอื้ออำนวยให้บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน และสังคม ควรมีหลักการจัดบริการดังต่อไปนี้

1. **การให้บริการแบบองค์รวม** ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้นพร้อมที่จะเผชิญปัญหาภายหลังการเจ็บป่วยได้
2. **ใช้กระบวนการพยาบาล** เพื่อรวบรวมข้อมูล ประเมินสภาพผู้ที่ต้องการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย นำมาวางแผนแก้ไขปัญหา และให้การบริการฟื้นฟูสภาพได้ตรงตามปัญหาและความต้องการ และประเมินผลการบริการฟื้นฟูสภาพเพื่อปรับบริการการฟื้นฟูตามสภาพของผู้รับบริการ
3. **เน้นการช่วยเหลือตนเอง** โดยพยาบาลต้องมีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่ต้องการฟื้นฟูสภาพเพื่อนำมาสู่การบริการตามระดับของช่วยเหลือตนเอง ซึ่งกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มสามารถทำให้การบริการฟื้นฟูสภาพได้คือการบริการเพื่อฟื้นฟูสภาพจะให้ในลักษณะของการฟื้นฟูสภาพให้ทั้งหมด หรือการชี้แนะเพื่อให้สามารถฟื้นฟูสภาพได้เอง หรือการประคับประคองให้เกิดฟื้นฟูสภาพได้ตามความสามารถ หรือการสอนให้วิธีการฟื้นฟูสภาพแก่ครอบครัว หรือ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพตามปัญหาและความต้องการ
4. **แหล่งสนับสนุนทางสังคม** ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจให้ช่วยเหลือเพื่ออยู่ได้ตามสภาพที่เป็นจริงเช่น การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล การช่วยเหลือหาข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งของ เงิน แรงงาน และจิตใจ
5. **การป้องกันการภาวะแทรกซ้อน** ต้องมีการวางแผนการบริการเพื่อกำจัดหรือยับยั้งการลุกลามของโรคในระยะพักฟื้น โดยเน้นการป้องกันการสูญเสียหน้าที่ของระบบต่างๆในร่างกายและจิตใจ โดยบริการนั้นต้องเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ที่ต้องการฟื้นฟูสภาพมีความพร้อมในการปรับตัว ปรับใจให้สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก

6. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสภาพ โดยการบริการเน้นการหาผลงานวิจัยหรือผลงานนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ต่างๆ ที่ช่วยคัดแปลงสิ่งต่างให้เอื้ออำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพเวลาที่อยู่บ้านเช่น การสร้างรอกในการทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ การต่อเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก เป็นต้น

ดังนั้นการจัดบริการเพื่อฟื้นฟูสภาพที่เกิดขึ้น พยาบาลอนามัยชุมชนควรวางแผนการบริการให้ครอบคลุมการฟื้นฟูทางด้านกายภาพที่ควรจัดกิจกรรมการบริการที่ทำให้ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ที่สูญเสียสามารถทำหน้าที่ได้ตามสภาพเช่น การทำกายภาพบำบัด การจัดกิจกรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัด วารบำบัด การฟื้นฟูทางด้านข้อมูลข่าวสาร บริการให้มีความรู้เพื่อดำเนินชีวิตได้อย่างรู้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงเน้นการฟื้นฟูด้านอาชีพ พยาบาลชุมชนต้องวางแผนจัดบริการให้เกิดอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาอาชีพใหม่หรือให้สามารถกลับไปทำอาชีพเดิมได้ โดยประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ส่งเสริมอาชีพ หรือพัฒนาอาชีพ หาแหล่งทุนในการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ ประสานงานวางแผนการตลาดเพื่อรองรับผลงานจากอาชีพ และเน้นการฟื้นฟูทางด้านสังคม โดยจัดกิจกรรมการปรับตัวสร้างภูมิคุ้มกันการอยู่ร่วมกันในครอบครัวชุมชน สังคม

ซึ่งมีรายละเอียดในการให้บริการดังนี้

1. สำรวจชุมชนเพื่อค้นหาบุคคล ครอบครัว หรือ กลุ่มคนที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมทำในการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ตลอดจนประชาสัมพันธ์ให้องค์กรชุมชนได้ทราบเพื่อเข้าร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ
2. จัดโครงการฟื้นฟูสภาพของชุมชนโดยใช้หลักการสร้างกระแสความรับผิดชอบร่วมกัน การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างพลังในบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน
3. ตรวจวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยพร้อมทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพเช่น กลุ่มคนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเอดส์ระยะสุดท้าย โรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดสมอง
4. การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพเช่น การเจาะเลือดที่บ้านทุก 3 เดือนในผู้ป่วยเบาหวาน การสนับสนุนด้านจิตใจการพึ่งพระบรมบาทสวดมนต์แก่ผู้ป่วยใกล้ตาย การช่วยเหลือให้ได้รับการใส่ยาเทียมในผู้พิการหรือได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการเพื่อได้รับเงินยังชีพจากหน่วยงานราชการ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังที่ได้รับการผ่าตัด
5. การจัดทำแฟ้มประวัติบุคคล เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย หรือแฟ้มครอบครัว
6. ให้การดูแลรักษาตามปัญหาและความต้องการพร้อมคำแนะนำการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เช่น การจัดการอาหารและอาการแสดงที่สามารถ

จัดการเองได้ การรับประทานอย่างถูกต้องต่อเนื่องตลอดจนอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจาก
ยาการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การมีกิจกรรมด้านร่างกายหรือการออกกำลังกาย
ที่เหมาะสม การร่วมกิจกรรมทางสังคม การมีกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมทางศาสนา
เป็นต้น

7. ให้คำแนะนำเรื่องการจัดการบ้านเรือนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุให้ผู้สูงอายุ การจัดเตรียม
บ้านให้พร้อมรับผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพเช่น การจัดการห้องน้ำ ห้องนอนชั้นล่างสำหรับ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาต อัมพฤต
8. ชุดบริการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หรือเด็ก Autistic เพื่อกระตุ้นพัฒนาการและอยู่ร่วม
ในสังคมได้

บทบาทการบริการพยาบาลอนามัยชุมชนตามลักษณะการดูแลสุขภาพ

บทบาทการดูแลสุขภาพโดยตรง

กิจกรรมการดูแลสุขภาพตามบทบาทหน้าที่โดยตรงของพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นไปตามมาตรฐาน
การบริการสุขภาพในชุมชนที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ภายใต้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ถือเป็น
การให้บริการอย่างผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพในพื้นที่ฐานของประชาชนทั้งระดับบุคคล
ครอบครัว รวมถึงบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดการหยาและการให้ยาที่เหมาะสม (สภาการพยาบาล และคณะ
พยาบาลศาสตร์ 6 แห่ง, 2544 อ้างอิงใน ขนิษฐา นันทบุตร, 2546) ส่วนแนวคิดของ Clark (1999) จริยาวัตร คม
พักษณ์และวาริ ระกิตติ (2548) เน้นเรื่องของการมีผู้จัดการสุขภาพ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ สอนผู้ดูแล เป็น
แบบอย่างที่ดีในการเรียนรู้อิทธิ หรือผู้พิทักษ์สิทธิในการดูแล ผู้บริหารจัดการเพื่อการส่งต่อที่เหมาะสม ซึ่ง
สรุปบทบาทการดูแลสุขภาพโดยตรงได้ดังนี้

1. ให้การรักษาพยาบาล โดย

- ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วางแผนการรักษา ทำการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เป็น
ปัญหาสุขภาพโดยทั่วไป ปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่
พบบ่อย ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รุนแรง
- เน้นการดูแลรักษาแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ทั้งภาวะสุขภาพดี ภาวะ
เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะเจ็บป่วย ภาวะด้อยโอกาสไม่สามารถเข้าถึงการบริการ
- ใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการ
การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง และวางแผน
ป้องกันการเป็นกลับซ้ำ
- หาแหล่งสนับสนุนและประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
แก่ผู้รับบริการ และสอนให้ผู้ดูแลตนเองภายหลังการได้รับการรักษา

- ตัวอย่างเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม การดูแลที่บ้าน การบริการเบื้องต้นฉุกเฉิน หรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนการส่งต่อ การผ่าตัดเล็ก การบริการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน และการบริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีพิเศษ

2. **กระตุ้นให้เกิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ** ครอบคลุมการดูแลประชาชนตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนกระทั่งตาย ได้แก่ บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด บริการหลังคลอด บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก วัคซีน บริการเด็กวัยเรียน บริการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ บริการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลที่บ้าน เข็มกลุ่มเป้าหมาย บริการส่งเสริมและป้องกันทันตกรรมสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว การให้คำปรึกษา การค้นหาโรคที่ร้ายแรง หรือโรคเรื้อรัง เพื่อการป้องกันล่วงหน้า

3. **ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน** ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทั้งการดำรงไว้ซึ่งชีวิตอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก โดยเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาความต้องการของประชาชน แล้วให้การดูแลขั้นต้นก่อนส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนฟื้นฟูที่ครบถ้วน นอกจากนั้นต้องดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาล รวมถึงการส่งต่อเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วย

4. **การควบคุมป้องกันโรคระดับบุคคลและครอบครัว** เช่น การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย ฝ้าระวัง และรายงานผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

5. **การบริหารด้านยา** ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้เรื่องยา เช่น การบริการที่ควรมี อาจจะเสริมและมีงบประมาณสนับสนุน การควบคุมป้องกันโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น ครอบคลุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคที่มีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ มีระบบการติดตามฝ้าระวังโรคในชุมชน การค้นหาปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุของการเกิดโรคได้ และการดำเนินการควบคุมป้องกันโรค และมีการคุ้มครองผู้บริโภค ในเรื่องยา อาหาร และการบริการป้องกันโรคทางการแพทย์ที่ปลอดภัย มีคุณภาพได้มาตรฐาน

6. **ให้ความรู้** แก่ บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การสอนให้บุคคล ผู้ดูแล ครอบครัว กลุ่มคน และคนในชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สิทธิด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ทั่วถึง เท่าเทียม เสมอภาค เป็นธรรม และมีคุณภาพ เช่น การเป็นตัวแทนของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการปล่อยน้ำเสียจากโรงงาน การเจรจาต่อรองให้กับสตรีที่มีอาชีพงมหอยหูดงานเมื่อมีประจำเดือน การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง การจัดการอาหารหวานโดยชุมชนกระตุ้นเตือน

7. **เป็นผู้จัดการสุขภาพ** โดยสร้างทีมในการทำงานทั้งทีมสุขภาพและทีมพัฒนาชุมชน โดยขอความร่วมมือในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน จัดทำโครงการตามสภาพปัญหาและความ

ต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดย วางแผนงาน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรชุมชน อบต. ควบคุม กำกับ นิเทศ ปฏิบัติตามแผน และประเมินผลการปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ

8. เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น ผู้ริเริ่มการออก กำลังกายแก่พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม การมีส่วนร่วมในการจัดเมนูอาหารอ่อนหวานต้นตำหรับ ท้องถิ่น ตลอดจนสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชน และชุมชนด้านสุขภาพ โดยการให้ ความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ ตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงในการดำเนินชีวิต ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยความร่วมมือเป็น เครือข่าย เพื่อทราบว่าพื้นที่มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไร มีปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพต่างๆอย่างไร และ ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

บทบาทการดูแลสุขภาพโดยอ้อม

บทบาทการดูแลสุขภาพโดยอ้อมของพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นการแสดงบทบาทในเรื่องของการ จัดการ การประสานงาน กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา สถานบริการระดับต่างๆ และ การจัดการวิชาการเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการดูแลสุขภาพโดยอ้อมเป็นการแสดง บทบาทที่เอื้อให้เกิดการดูแลสุขภาพโดยตรงอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยุคของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติต้องการให้เป็น ซึ่งสามารถสรุป บทบาทการดูแลสุขภาพโดยอ้อมดังนี้

1. ค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบ ทำวิจัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล นำผลงานวิจัยมาใช้ ประโยชน์ เพื่อนำผลมาพัฒนาสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่
2. บริหารจัดการระบบงาน โดยการจัดทำแผนการปฏิบัติงานรายวัน รายสัปดาห์ รายปี และทุก 5 ปี เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพได้
3. สร้างการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาของหน่วยงาน แก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดจาก ระบบงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ระบบการบริการมีประสิทธิภาพ
4. เปิดโอกาสให้หน่วยงานเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของสถาบันการศึกษาเพื่อให้เกิดการสร้าง เครือข่ายและพัฒนาศักยภาพทางวิชาการให้เข้มแข็ง
5. วางแผนจัดทำคู่มือ แนวปฏิบัติการพยาบาล มาตรฐานการให้บริการที่สอดคล้องกับพื้นที่ใน ชุมชนและเหมาะสมกับการดูแลที่บ้าน

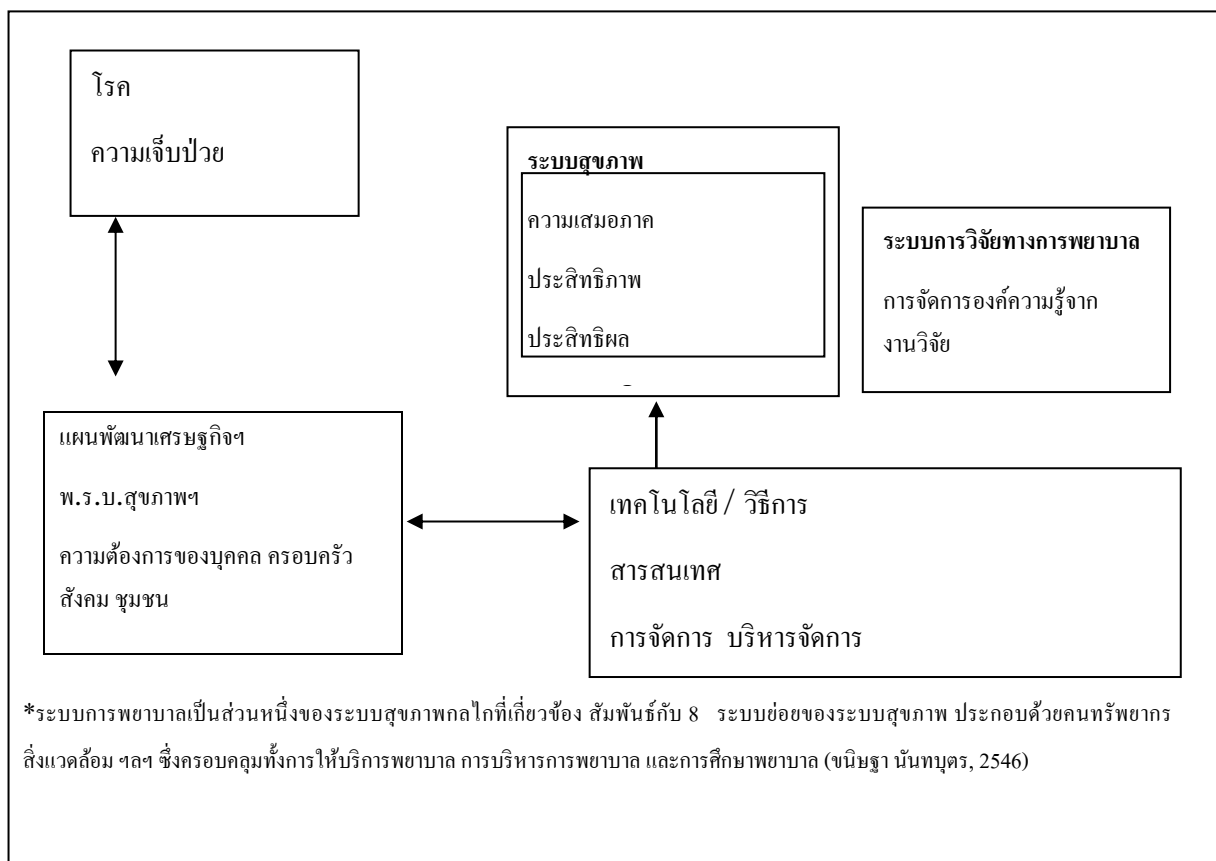
อย่างไรก็ตาม บทบาทการดูแลสุขภาพโดยตรงนั้น พยาบาลอนามัยชุมชนนั้นขึ้นกับสภาพปัญหา ความต้องการ และสิ่งแวดล้อมของพื้นที่หรือตามบริบทของชุมชน ดังนั้น พยาบาลอนามัยชุมชนควรใช้ วิจารณญาณในการแสดงบทบาทการบริการเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เงื่อนไขการพัฒนาบทบาทการดูแลสุขภาพ

การพัฒนาบทบาทการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดกิจกรรมการบริการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลอนามัยชุมชนนั้น ต้องอาศัยเงื่อนไขเหล่านี้ในการพัฒนาบทบาทการทําวิจัย และพัฒนาบทบาทการ คิด ริเริ่ม คืบ คั้น สร้างนวัตกรรมบริการการพยาบาลอนามัยชุมชนให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแสดงเอกลักษณ์ของความเป็นพยาบาลอนามัยชุมชนได้ ดังนี้

1) การพัฒนาบทบาทและศักยภาพการทําวิจัย

ผลจากการปฏิรูประบบสุขภาพของคนไทยเป็นรูปธรรมมากขึ้นจากการอาศัยพลังการเคลื่อนไหวของสังคม การเชื่อมโยงกับภาคการเมือง และที่สำคัญคือ การวิจัยสร้างความรู้ ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการพัฒนา เนื่องจาก การวิจัย คือ กระบวนการทางปัญญา คือกระบวนการเรียนรู้ที่สามารถสร้างความรู้ใหม่ ซึ่งระบบการพยาบาลถือว่าเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพที่สามารถช่วยพัฒนาให้ระบบสุขภาพเกิดความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลได้ โดยการพัฒนาระบบการวิจัยทางการแพทย์ที่เป็นองค์ประกอบของระบบการพยาบาลให้สามารถสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์ได้อย่างทันต่อเหตุการณ์การพัฒนา ดังภาพ



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัยด้านสุขภาพและการพยาบาล

ซึ่งทิศทางของระบบการวิจัยทางการแพทย์ตามการปฏิรูประบบสุขภาพที่ควรพัฒนาจึงต้องเน้น

- 1) การสร้างระบบการวิจัยทางการแพทย์ในเชิงโครงสร้างที่มีองค์การวิจัยในการทำหน้าที่ประสานงานสร้างกลไกในการทำงาน กำหนดนโยบายและทิศทางทางการแพทย์
- 2) การสร้างนักวิจัยทางการแพทย์
- 3) มีการประกันคุณภาพการวิจัยทางการแพทย์ในลักษณะของการสร้างระบบการประเมินงานวิจัย การกำหนดแนวทางการประเมินคุณภาพงานวิจัย สร้างเครือข่ายและฐานข้อมูลงานวิจัย และมีระบบการติดตามประเมินผลอย่างมีระบบ (ทัศนยา บุญทอง, 2542)

ดังนั้น พยาบาลอนามัยชุมชนต้องทำความเข้าใจก่อนว่า งานวิจัยมีความสำคัญต่อการบริการเนื่องจาก

1. การวิจัยเป็นการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบเพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการเข้าใจภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยระดับบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถนำการทำวิจัยมาพัฒนารูปแบบการดูแลประชากรในชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในชุมชน ตลอดจนสามารถพัฒนากิจกรรมการบริการให้มีคุณภาพ และหาคำตอบในสิ่งที่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในทุกวัยของชีวิตในชุมชน
2. พยาบาลอนามัยชุมชน เป็นทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด และการจัดการความรู้ในปัจจุบันเชื่อว่า ความรู้ที่นอกเหนือตำราเป็นสิ่งสำคัญ การทำงานให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลอนามัยชุมชนจึงต้องหันกลับมาปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง โดยนำความรู้ที่มีอยู่ในชุมชนมาจัดหมวดหมู่ความรู้ นำความรู้ที่มีอยู่อย่างกระจัดกระจายเข้าระบบ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเพื่อให้เกิดคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลแก่ประชาชนในชุมชนได้ตรงตามความต้องการและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง
3. การวิจัยมีประโยชน์ในการสร้างความคุ้มค่าในการให้บริการ และช่วยให้วิชาชีพมีองค์ความรู้และทฤษฎีการพยาบาลเป็นหลักในการปฏิบัติการพยาบาล

ดังนั้นการทำวิจัยเพื่อพัฒนาบริการในชุมชนนั้น จึงเป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลอนามัยชุมชนต้องทำให้เกิดความชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์ความรู้จากการทำวิจัยพบว่า การทำวิจัยในวิชาชีพพยาบาลส่วนใหญ่สถานที่ทำวิจัยคือ โรงพยาบาล ส่วนน้อยที่ทำในชุมชน โรงงาน โรงเรียน การบำบัดทางการแพทย์ นวัตกรรมทางการแพทย์ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตยังมีน้อยมาก ลักษณะการทำงานวิจัยเป็นงานเดี่ยวยังขาดการทำงานเป็นทีม ลักษณะงานวิจัยและพัฒนาในงานน้อยมาก งานวิจัยที่ใช้การพัฒนาแนวคิด ข้อเสนอ รูปแบบวิธีการจากบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยไม่ปรากฏ งานวิจัยที่ทำในสุขภาพแต่ก็ภัยแรกเกิด สุขภาพผู้หญิง วัยรุ่น สุขภาพจิตประเด็นปัญหาหลายประการ และแนวทางการพัฒนาบทบาทและพัฒนาศักยภาพในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาการบริการในชุมชนคือ

- พัฒนาศักยภาพการทำงานวิจัยเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ค่านิยม วิธีการดำเนินชีวิต เน้นการแสวงหาปัญหาจริงๆในพื้นที่

- ทำความเข้าใจเรื่องเครื่องมือในการทำวิจัย ระบาดวิทยา การวิเคราะห์โยงโยสาเหตุของปัญหา การใช้สถิติเบื้องต้น และสถิติขั้นสูง การใช้ผลงานวิจัยเพื่อให้มีความรู้เรื่องงานวิจัยสามารถอ่านงานวิจัยได้ ประเมินงานวิจัย และนำงานวิจัยไปใช้ในจัดกิจกรรมบริการในชุมชนได้
- พัฒนาศักยภาพด้านการสังเกต เทคนิคในการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนอย่างเป็นระบบและนำมาแก้ไขการปฏิบัติต่างๆให้ได้ผลดีขึ้นเช่น สังเกตเห็นว่าทหารที่บาดเจ็บและรักษาในค่ายทหารในพื้นที่รับผิดชอบมีอัตราเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูง จึงตั้งสมมติฐานว่า อาจเกิดจากการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในค่ายทหารไม่ดี จึงได้ทำการปรับปรุงสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมหลังจากนั้นพบว่า อัตราการเจ็บป่วยของทหารลดลงอย่างมาก เป็นต้น
- นำหลักฐานอ้างอิงที่เชื่อถือได้และใช้งานวิจัยในการออกแบบการบริการใหม่เพื่อให้เกิดผลของการพยาบาลในชุมชน
- นำความรู้ในระดับพื้นที่ หรือถอดประสบการณ์ของผู้รู้ถึงปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่มาเข้าสู่ระบบการจัดการความรู้เพื่อสร้างเป็นแนวทางการปฏิบัติหรือการพัฒนาการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน
- พัฒนาเครือข่ายทางวิชาการ เช่น สถาบันการศึกษาเข้ามามีส่วนช่วยในการพัฒนาหรือสรุปข้อเรียนรู้ โดยอาศัยบทบาทการประสานงานเครือข่ายวิชาชีพเข้ามาร่วมสร้างความรู้ในการพัฒนาสุขภาพชุมชน
- พัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลทุกระดับในการทำงานมาเป็นฐานในการวางแผนงาน แผนปฏิบัติการ โครงการ กิจกรรมต่างๆในชุมชน 1 ปี ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน
- สร้างและพัฒนาคอนในชุมชนร่วมทำวิจัย หรือสร้างนักวิจัยชาวบ้าน เพื่อเป็นเครือข่ายในการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน เช่น พยาบาลอนามัยชุมชนจัดเวทีของเกษตรกรไร่น้ำที่ใช้น้ำหมักชีวภาพ บันทึกสรุปบทเรียนจากการช่างสังเกตของชาวบ้านเกี่ยวกับการสังเกตผลการใช้น้ำหมักชีวภาพในการทำไร่น้ำ เพื่อเผยแพร่ความเป็นชุดความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำหมักชีวภาพในการทำไร่น้ำ พยาบาลอนามัยชุมชนจะได้โครงการพัฒนาศักยภาพเกษตรกรปลอดภัยจากการใช้สารพิษในการประกอบอาชีพ เป็นต้น

บทบาทการบริการพยาบาลอนามัยชุมชนตามกลุ่มเป้าหมาย

การให้บริการตามกลุ่มเป้าหมายเป็นไปตามแนวคิดของการพยาบาลอนามัยชุมชนที่เน้นการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มคนมากกว่ารายบุคคลหรือครอบครัว กลุ่มเป้าหมายคือประชาชนในพื้นที่ที่มีช่วงอายุวัยเดียวกัน หรือมีกลุ่มปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ หรืออาจ

เป็นกลุ่มที่มีการรวมตัวกันเป็นองค์กร ชมรม เครือข่าย ซึ่งบทบาทบริการพยาบาลอนามัยชุมชนตามกลุ่มเป้าหมายนั้นต้องเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนนั้น และต้องเน้นการจัดบริการตามความต้องการเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลตนเองได้ ใช้ปัญญาในการกลั่นกรองปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตน ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน และสามารถประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและสามารถแสวงหาบริการที่จำเป็น เมื่อต้องใช้วิธีการรักษาในระดับที่ไม่สามารถกระทำได้นั้น จึงควรเน้นการดูแลกลุ่มเป้าหมายต่างๆให้เป็นองค์กรรวม ซึ่ง ขนิษฐา นันทบุตร (2546) ได้อธิบายหลักการลักษณะการบริการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ดังที่กล่าวมาข้างต้น คือ

- 1) เน้นการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ สุขภาพทางร่างกาย สุขภาพจิต อารมณ์ และสังคม และจิตวิญญาณ
- 2) การขยายขอบเขตการให้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค การเจ็บป่วย ความพิการ และความตาย โดยจะยังคงบทบาทในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพไว้
- 3) รูปแบบการบริการพยาบาลจะมีความหลากหลาย มีการประยุกต์แนวคิดที่หลากหลาย มีการประยุกต์แนวคิดที่หลากหลายให้เหมาะสมกับสภาพ มีการให้บริการที่บ้าน การพยาบาลในโรงงานอุตสาหกรรมและในชุมชนทุกประเภท ครอบคลุมประชากรเป้าหมายทุกกลุ่มทุกสถานะสภาพได้แก่ การเจ็บป่วย ภาวะเสี่ยง ด้านสุขภาพ ความพิการและตาย ความต้องการด้านการพัฒนาภาวะสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ
- 4) การร่วมมือกับทุกองค์กร เพื่อให้เกิดการพัฒนาภาวะสุขภาพรวมได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

จากหลักการดังกล่าว การให้บริการในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน มีลักษณะของการให้บริการดังตัวอย่างเช่น

- **ระดับบุคคล** เป็นบริการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายในชุมชนตั้งแต่ กลุ่มประชาชนในชุมชนที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย กลุ่มเจ็บป่วย และกลุ่มที่ต้องการการดูแลสุขภาพเฉพาะ โดยเข้าถึงในบุคคลต่างๆที่บ้าน โรงพยาบาล โรงเรียน สถานประกอบการ ที่ทำงาน และพิจารณาให้ตามความต้องการด้านสุขภาพเป็นหลัก

- **ระดับครอบครัว** เป็นบริการที่เน้นครอบครัวและผู้ดูแลครอบครัวเป็นหลักในการดูแลสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยหลักการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว ความยืดหยุ่นการบริการตามสภาพปัญหาและความต้องการตลอดจนลักษณะของครอบครัว ความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว การแบ่งปันความรู้สึกแบบเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข

- **ระดับกลุ่มคน** เป็นบริการที่ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ และต้องให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่มคนสามารถสื่อสารกันได้ ภายใต้การใช้ข้อมูลในการจัดการความเจ็บป่วยและพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้น การจะให้บริการกลุ่มคนได้ทุกกลุ่มต้องมีการค้นหาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ

ลักษณะตามธรรมชาติของกลุ่มคนนั้นๆ เพื่อค้นหาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มคนแล้วนำมาจัดบริการให้ตรงกับธรรมชาติของกลุ่มคนนั้นๆ จากนั้นต้องให้บริการอย่างต่อเนื่องด้วยการสื่อสารที่มีคุณภาพตามมา อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสำหรับระดับกลุ่มคนนั้น ต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือแนวทางที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่กลุ่มคนก่อน พร้อมวางแผนในการจัดการความเจ็บป่วยและพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่องประกอบกับการเปิดโอกาสให้กลุ่มคนเป็นศูนย์กลางการจัดบริการ และพยายามเป็นผู้สนับสนุนและให้คำปรึกษาเพื่อการจัดการภาวะสุขภาพที่ดี

● **ระดับชุมชน** เป็นบริการที่ในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับชุมชนได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการบนพื้นฐานของทุนทางสังคม ทุนทางเศรษฐกิจ ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมทางความคิด แบบแผนวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ ก่อน แล้วจึงเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งด้านสุขภาพแก่สุขภาพของชุมชน ยกตัวอย่างเช่น

- บริการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในด้านการจัดกระบวนการกลุ่ม การกระจายข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนรับรู้ การให้คำแนะนำ คำปรึกษา ในการจัดการปัญหาชุมชน
- บริการจัดทำโครงการสุขภาพท้องถิ่น ดูแลสุขภาพท้องถิ่นโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น
- บริการพัฒนาสุขภาพชุมชนภายใต้ความร่วมมือขององค์กรชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น และเครือข่ายเอกชนในการดูแลสุขภาพ
- บริการการเฝ้าระวัง การควบคุมและการป้องกัน โรค ความรุนแรงและสารพิษเช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพชุมชน หรือการเฝ้าระวังประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ การค้นหาผู้ป่วยและการคัดกรองประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน
- บริการที่เน้นการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพชุมชน เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพจัดกระบวนการกลุ่มสุขภาพในชุมชน บริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพกระจายความรู้มาสู่ประชาชน บริการให้คำแนะนำ คำปรึกษา สร้างความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน บริการประเมินภาวะสุขภาพคนในชุมชนเพื่อระบุปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในท้องถิ่น พร้อมปัจจัยสาเหตุเพื่อจัดทำโครงการสุขภาพท้องถิ่น
- ให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆแก่ประชาชนในชุมชนเช่น การผสมไอโอดีนในน้ำดื่ม ในไข่ไก่ การเลือกรับประทานอาหารที่สุก สะอาด ไร้สารพิษ การงดพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การเมาไม่ขับ การไม่รับประทานสุราในวัด การไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การสวมถุงยางเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การสวมหมวกกันน็อก การคาดเข็มขัดนิรภัย ขณะขับขีรถยนต์ การไม่โทรศัพท์มือถือขณะขับรถ การใส่หน้ากากในการคัดกรองโรค การใส่หน้ากากป้องกันฝุ่นละออง การใส่เครื่องป้องกันเสียงขณะทำงานในโรงงาน
- ร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและสร้างเครือข่ายในการจัดทำโครงการสุขภาพชุมชน
- ส่งเสริมให้ชุมชนนำศักยภาพของทุนทางสังคมมาให้บริการสุขภาพเช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น การใช้สมุนไพร

บทบาทการบริการพยาบาลอนามัยชุมชนตามวงจรชีวิต

บทบาทการบริการพยาบาลอนามัยชุมชนตามวงจรชีวิตนี้เป็นการคิดตามแนวคิดชุมชนคือ ผู้รับบริการ (Community as a client) ที่เชื่อว่า การพัฒนาความเป็นอยู่ของประชาชนทั้งชุมชนให้ดีขึ้น ทั้งในด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน โดยต้องพิจารณาที่ตัวของ ผู้รับบริการเป็นหลัก ซึ่งความต้องการในการรับบริการของผู้รับบริการมีความแตกต่างกัน โดยต้องมองที่ตั้ง ของชุมชน ระบบสังคม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรในชุมชน นั้นสามารถจำแนกกลุ่มลักษณะสุขภาพ ตามการเกิด แก่ เจ็บ และตาย

ดังนั้น ประชากรในชุมชนทุกคนมีช่วงวัยที่แตกต่างกัน ย่อมมีภาวะสุขภาพที่เป็นไปตามวัฏจักรวงจรชีวิต จึงส่งผลให้พยาบาลอนามัยชุมชนแสดงบทบาทการบริการตามวงจรชีวิตดังนี้

- **ภาวะสุขภาพที่ดี** คือ ช่วงที่ประชากรในชุมชนเกิดมา ยังไม่มีการเจ็บป่วย ย่อมต้องการบริการที่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ยกตัวอย่างเช่น บริการการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ การทำคลอด หญิงหลังคลอด บริการการดูแลสุขภาพเด็กดีด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการ และการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนการดูแลสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน เด็กวัยเรียน เด็กวัยรุ่น บริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ บริการประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรค หรือปัญหาสุขภาพเฉพาะ ภาวะฉุกเฉิน ภาวะเรื้อรัง และภาวะสุดท้ายของชีวิตเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคจิตเภท เป็นต้น และบริการเสริมสร้างความ เข้มแข็งของชุมชนให้ประชาชนพึ่งตนเองได้
- **ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** คือ ช่วงที่ประชากรในชุมชนเริ่มอายุมากขึ้น อวัยวะต่างๆของร่างกาย และจิตใจมีความเสื่อมถอยทีละน้อย ประกอบกับการใช้ชีวิตที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ทำร้าย ร่างกายทุกวัน ย่อมต้องการบริการที่เน้นการป้องกันการเกิดโรค หรือการรักษาในระยะเริ่มต้น เพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น บริการการส่งเสริมสุขภาพในการทำงาน การ ป้องกันโรคจากการทำงาน การป้องกันภาวะเสี่ยงในกลุ่มคนที่มีการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงในสถาน ประกอบการบริการการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ บริการจัดการ สิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพในชุมชน ตลอดจนการเฝ้าระวัง ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพและบริการคัดกรองประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน
- **ภาวะสุขภาพเปราะบาง** คือ ช่วงที่ประชากรในชุมชนสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมต่างๆที่ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจนเกิดความเรื้อรังและก่อให้เกิดการเจ็บป่วยในที่สุด ย่อม ต้องการการจัดการสุขภาพ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้นเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น บริการฟื้นฟูสภาพของบุคคลที่มีปัญหาทางจิต บริการจัดการคลายความเครียด การให้คำปรึกษา บริการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

- ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต คือ ช่วงที่ประชากรในชุมชนใกล้หมดลมหายใจ ย่อมต้องการตามอย่างสมศักดิ์ศรี ตายอย่างสงบ ที่ต้องใส่ใจแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างใกล้ชิด ยกตัวอย่างเช่น บริการเตรียมความพร้อมสภาพจิตใจของญาติ ผู้ดูแลในการยอมรับความจริง เป็นต้น

บรรณานุกรม

- วิทยา บุรณะศิริ. (2555). **สัมภาษณ์พิเศษ: “วิทยา” วางแนวทางดูแลสุขภาพคนไทยทั่วถึงเน้นป้องกัน-ควบคุม-เฝ้าระวัง ลดปัญหาเจ็บป่วย.** สยามรัฐ ฉบับวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.). (2554). **รายงานสุขภาพคนไทย 2554**
- เอชไอเอ (HIA) กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ. นนทบุรี :**
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2555).
- สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม. (2550). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554).**
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). (2552). **ปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ.**
<http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=19>
สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2555.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – 2554. (สำเนาเขียนเล่ม)**
- หทัยชนก บัวเจริญ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ วนิดา คุณรงค์ฤทธิชัย กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. (2554). **การพยาบาลในระบบสุขภาพ. สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.**

บทที่ 3

กลวิธีและนวัตกรรมสาธารณสุข

ผศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ

3.1 การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นหลักการสากลที่อารยประเทศให้ความสำคัญ และเป็นประเด็นหลักที่สังคมไทยให้ความสนใจเพื่อพัฒนาการเมืองเข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ตามหลักการธรรมาภิบาลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของภาครัฐให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุก ๆ ฝ่ายในการบริหารราชการเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545 และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 จึงต่างให้ความสำคัญต่อการบริหารราชการอย่างโปร่งใส สุจริต เปิดเผยข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ประชาชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ การตัดสินใจทางการเมือง รวมถึงการตรวจสอบ การใช้อำนาจรัฐในทุกระดับ

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมยข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2. การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิง

ปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะ
ประเด็นนโยบาย เป็นต้น

4. **ความร่วมมือ** เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับ
ภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น
คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5. **การเสริมอำนาจแก่ประชาชน** เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงสุด โดยให้ประชาชน
เป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจ
ให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน อาจทำได้หลายระดับและหลายวิธี ซึ่งบางวิธีสามารถ
ทำได้ง่าย ๆ แต่บางวิธีก็ต้องใช้เวลา ขึ้นอยู่กับความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน
ค่าใช้จ่ายและความจำเป็นในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของ
ประชาชนเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง
แก่ประชาชน การรับฟังความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาทักษะ
และศักยภาพของข้าราชการทุกระดับควบคู่กันไปด้วย

จากหลักการและความจำเป็นดังกล่าวทำให้การพัฒนาระบบราชการที่ผ่านมามีได้รับการพัฒนา
กระบวนการบริหารราชการที่สนับสนุนการปรับกระบวนการทำงานของส่วนราชการที่เปิดโอกาสให้
ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น หรือที่เรียกว่า **“การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม”**

ในส่วนภาคราชการ การส่งเสริมการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ถือได้ว่าเป็นเงื่อนไข และ
เป็นกุญแจดอกสำคัญของความสำเร็จของการพัฒนาระบบราชการให้สามารถตอบสนองความต้องการ
ของประชาชนและเอื้อต่อประโยชน์สุขของประชาชน เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่
สนับสนุน และส่งเสริมให้ระบบราชการมีพลังในการพัฒนาประเทศอย่างสร้างสรรค์ อันเป็นเป้าหมาย
หลักของการพัฒนาราชการยุคใหม่ที่เป็นราชการระบบเปิด

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคราชการที่มาจากทุกภาคส่วนของสังคม โดยเฉพาะ
อย่างยิ่ง ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และชุมชนท้องถิ่น จะช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีความใกล้ชิด
กับประชาชนได้รับทราบความต้องการและปัญหาที่แท้จริง ลดความขัดแย้งและต่อต้าน ทั้งยังเป็นการ
สร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ที่เสริมสร้างให้ประชาชน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในประเด็นสาธารณะ ซึ่งเป็น
บทบาทที่หน่วยงานภาคราชการจะต้องดำเนินการให้เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและเครือข่ายภาค
ประชาสังคมทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นหุ้นส่วน จะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับหน่วยงาน
ราชการต่าง ๆ จะสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมากน้อยเพียงใด รวมทั้งต้องอาศัย
กระบวนการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคมที่เป็นพันธมิตรของภาคราชการ ซึ่งถึง

เวลาแล้วที่ภาคราชการจะต้องร่วมมือกันเปิดระบบราชการให้ประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อทำให้เกิดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เกิดการแบ่งสรรทรัพยากรอย่างยุติธรรม และลดความขัดแย้งในสังคม และที่สำคัญที่สุด คือ การสร้างกลไกของการพัฒนาระบบราชการที่ยั่งยืน เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนนั่นเอง

แนวคิดประชาสังคม (Civil Society)

แนวคิดประชาสังคม นับได้ว่าเป็นแนวคิดที่มุ่งสร้างสังคมจากความร่วมมือขององค์กรในสังคมในมิติเชิงการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจากหลายๆ ฝ่าย นักวิชาการไทย ได้ให้ความหมายของ คำว่า Civil Society ที่แตกต่างกันออกไป ดังต่อไปนี้

ประเวศ วะสี (2539) ให้ความหมายว่า “ประชาคม” หมายถึง การที่ประชาชนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีอุดมคติร่วมกันหรือ มีความเชื่อร่วมกันในบางเรื่อง มีการติดต่อสื่อสารกันหรือมีการรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความรัก มีมิตรภาพ มีการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติบางสิ่งบางอย่าง และมีการจัดการในระดับกลุ่ม

ชัยอนันต์ สมุทรวณิช (2539) ใช้ศัพท์ว่า “วิถีประชา” หมายถึง การรวมกลุ่มขององค์กรต่างๆ ในเอาตัวกิจกรรมเป็นศูนย์กลางปราศจากการจัดตั้ง ซึ่งเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาทุกฝ่าย ในระดับพื้นที่ อาจเป็น จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน หรือ พื้นที่ในเชิงเศรษฐกิจ เช่น พื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก เป็นต้น

ธีระยุทธ บุญมี (2536) ใช้คำว่า “ประชาสังคม” โดยให้ความหมายในลักษณะสังคมเข้มแข็ง ที่หมายถึงพลังทางสังคมที่มาจากทุกส่วนอาชีพ ทุกระดับรายได้ ทุกภูมิภาคของประเทศ ซึ่งหากแม้ว่าสังคมโดยรวมมีความเข้มแข็ง นักธุรกิจ พ่อค้า ประชาชน นักศึกษา และปัญญาชน ก็จะสามารถร่วมผลักดันสังคมและแก้ปัญหาต่างๆที่เป็นพื้นฐาน สังคมก็จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้

นอกจากนี้ ชูชัย ศุภวงศ์ (2540) ให้ความหมายของ “ประชาสังคม” ว่า หมายถึง การที่ผู้คน สังคม สภาพการณ์ หรือสภาพปัญหาในสังคมที่สลับซับซ้อนยากแก่การแก้ไข รวมตัวกันโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการนำไปสู่การก่อจิตสำนึก (Civic consciousness) ร่วมกันเป็นกลุ่มหรือ องค์กร (Civic group) ทั้งภาครัฐและ ภาคธุรกิจเอกชน หรือ ภาคสังคม(ประชาชน) ในลักษณะเป็นทุนร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาหรือกระทำการบางอย่าง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งที่ด้วยความรัก ความสมานฉันท์ เอื้ออาทรต่อกันภายในระบบการบริหารจัดการโดยมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย

จากแนวคิดประชาสังคมดังกล่าว ข้างต้นนั้น ผู้เขียนเห็นว่า นิยามและความหมายของประชาสังคม (Civil Society) จึงน่าจะหมายถึง กระบวนการในการสร้างสำนึกรับผิดชอบและความร่วมมือของบุคคลและองค์กรเพื่อแก้ปัญหาและ ศีลธรรม เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ตลอดจนการจัดสรร

ทรัพยากรและการบริหารชุมชนและสังคม ซึ่งเราอาจนำมาประยุกต์ในการดึงเอาสถาบันทางพระพุทธศาสนาเข้ามาพัฒนาชุมชนอีกทางหนึ่งด้วย

แนวคิดทุนทางสังคม (Social Capital)

แนวคิดเรื่องทุนทางสังคมเป็นเรื่องใหม่ ต่อกระบวนการพัฒนาชุมชนและสังคม คำจำกัดความและองค์ประกอบหรือ ขอบเขตจึงยังค่อนข้างหลากหลาย ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและพื้นฐานของแต่ละสังคม ในบริบทของสังคมไทย สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต (2546) ให้ความหมาย ทุนทางสังคมว่า ผลรวมของสิ่งดีงามต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม ทั้งในสิ่งที่ได้จากการสั่งสมและการต่อยอดรวมถึงการรวมตัวของคนที่มีความรู้เพื่อสร้างประโยชน์ต่อส่วนรวม บนพื้นฐานของความไว้วางใจ เชื่อใจ สบายใจแห่งความผูกพันและวัฒนธรรมที่ดีงาม โดยสามารถแบ่งขอบเขต / องค์ประกอบ ดังนี้ คือ

1. ทุนมนุษย์ ที่มีคุณภาพ มีความรู้ สติปัญญาและทักษะ คุณธรรม ความวินัย และ ความรับผิดชอบ การรวมกลุ่มและการสร้างเครือข่ายเพื่อทำประโยชน์ให้กับท้องถิ่น ชุมชน และสังคม ซึ่งในกรอบการศึกษาครั้งนี้ รวมไปถึง ปราชญ์ชาวบ้าน ครูนอกระบบ พระภิกษุสามเณร ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำชุมชน ความเอื้อเฟื้อและเสียสละในชุมชน ความผูกพันและความรักถิ่นฐานบ้านเกิดในชุมชน

2. ทุนที่เป็นสถาบัน ได้แก่ สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา การเมือง องค์กรที่ตั้งขึ้นในชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน คณะกรรมการชุมชน สมาคม ชมรม วิชาชีพต่างๆ โรงเรียน วิทยาลัยชุมชน และสถาบันการศึกษาในท้องถิ่นที่ทำการศึกษา ซึ่งในงานวิจัยนี้ กล่าวรวมถึง วัด คำสอนทางพระพุทธศาสนา บุคลากรและองค์กรทางพระพุทธศาสนา

3. ทุนทางปัญญา และ วัฒนธรรม ครอบคลุมถึง ระบบ คุณค่า (Value) คุณธรรม วินัย จิตสำนึก สำนึกสาธารณะ วัฒนธรรมไทย และภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local wisdom) แหล่งประวัติศาสตร์และโบราณคดี เป็นต้น ด้วย

เมื่อแนวคิด การพัฒนาชุมชนและสังคมในปัจจุบันให้ความสำคัญกับ คำว่า “ทุนทางสังคม” (Social Capital) ฉะนั้น พระภิกษุสามเณร จึงเป็นทุนมนุษย์ในสังคม วัด และศาสนสถานจึงเป็น ทุนทางสถาบัน คำสอนทางพระพุทธศาสนา อันก่อให้เกิดวัฒนธรรมประเพณี จึงเป็นทุนทางปัญญาในสังคมไทย การนำเอาทุนทางสังคมเหล่านี้ มาต่อยอดการพัฒนาชุมชนและสังคมไทยจึงควรมีการผลักดันให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างจริงจัง

แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

จากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยโดยสุภาพร พลายระหาร (2551) พบหลักฐานที่ปรากฏเป็นรูปเล่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525-2548 จำนวนทั้งสิ้น 149 เรื่อง 141 เรื่องวิจัยเกี่ยวกับเบาหวาน โดยตรงและเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองทั้งหมด

โดยมีการจัดกระทำเป็น 7 ประเภท 1.ให้ความรู้ 2. ให้คำปรึกษา 3.กระบวนการกลุ่ม 4. การเสริมแรง 5. จัดรูปแบบบริการ 6. การฝึกพฤติกรรม 7.กิจกรรมผสมผสาน ใช้ 2-3 รูปแบบร่วมกันจำนวน 90 เรื่อง ประเมินผลโดยการเจาะระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c เพียงอย่างเดียว 13 เรื่องและพบว่ามียุทธศาสตร์ทางสถิติ 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 76.92 ตรวจ HbA1c ร่วมกับ FBS จำนวน 19 เรื่อง พบว่ามียุทธศาสตร์ทางสถิติเพียงอย่างเดียว 2 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 10.53 และพบว่ามียุทธศาสตร์ทางสถิติทั้ง 2 อย่าง 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 68.42 จากผลการสำรวจเห็นได้ว่าผลลัพธ์ของการทดลองได้ผลในการควบคุมโรคเบาหวานเป็นอย่างดี และเนื้อหากิจกรรมที่จัดในทุกหัวข้อเมื่อนำมาวิเคราะห์ทั้งหมดเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และโดยเฉพาะการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเมื่อนำมาศึกษากับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลบางไผ่จะเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำมาใช้เพราะลักษณะปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งลักษณะทางด้านประชากรศาสตร์ที่สอดคล้องกับแนวคิดที่ได้ทำการศึกษาและสังเคราะห์ ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Empower) โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ(Empower) เป็นคำกริยา หมายถึง การที่บุคคลที่มีอำนาจได้ให้อำนาจกับบุคคลที่มีอำนาจน้อยกว่า หรือส่งเสริมความสามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จ (Guralnik. 1970 cited in Hawk.1992) ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นคำนามมาจากคำในภาษาอังกฤษว่า empowerment ซึ่งมีความหมายตามพจนานุกรมว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการให้อำนาจหรือเป็นผลลัพธ์จากการให้อำนาจ โดยแสดงออกถึงคุณสมบัติในการจัดการ การเข้าไปมีอิทธิพลและการใช้ทรัพยากร หรือความรู้ ความสามารถของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sinclair. 2001)การเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่พบได้ทั่วไปมักใช้กันในความหมายของการกระทำในรูปแบบต่างๆ ที่มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพ หรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพแก่บุคคล จึงเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ความสามารถ ความแกร่งในการทำกิจกรรม หรือในการดำรงชีวิต เป็นการใช้ในเชิงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (Interactional Process) ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อชีวิต การงาน ความสำเร็จ และความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจที่จะเกิดความร่วมมือกัน ความเท่าเทียมกัน ความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นการถ่ายเทอำนาจให้เกิดความเท่าเทียมกัน หรือให้มีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ความหมายในเชิงกระบวนการ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่เรียนรู้จากประสบการณ์ และการคิดเชิงวิเคราะห์ โดยสรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคลองค์กร มีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตน มีการพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การงาน ความสำเร็จและความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจที่จะเกิดความร่วมมือกัน ความเท่าเทียมกัน ความมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจ เป็นการถ่ายเทอำนาจให้เกิดความเท่าเทียมกัน เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับการส่งเสริมการช่วยเหลือ ซึ่งแนะนำให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเองได้ เพื่อบรรลุเป้าหมายของตน (สุรเชษฐ เกตุสวัสดิ์. 2552) และจากการศึกษาของสมคิด อ่อนปรางค์ (2552) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ถึงการมีพลังอำนาจในตัวเองเพิ่มขึ้นคือความรู้ความสามารถในการควบคุมและจัดการสถานการณ์ การรับรู้ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง การรับรู้ในความสามารถและพัฒนาตนเอง และการรับรู้เป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเองจะสามารถดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

คุณลักษณะของแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยทั่วไป มีคุณลักษณะ (Attributes) ในหลายประการตามการวิเคราะห์แนวคิดของ Gibson 1991 (สุรเชษฐ เกตุสวัสดิ์. 2552; สมคิด อ่อนปรางค์. 2552; สุพร มหาวราการ. 2551) ดังต่อไปนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ กล่าวคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถมองได้ว่าเป็นทั้งกระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) เมื่อมีการดำเนินตามกระบวนการอย่างมีขั้นตอนและมีการประเมินผลที่ชัดเจน จะเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความมีศักยภาพในตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในตัวบุคคล
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเชิงบวก (positive concept) และเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เช่นการศึกษาทดลองโดยการฝึกอบรมให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในสถานบริการสามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการ ซึ่งอาศัยกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (transaction concept) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสุพร มหาวราการ (2551) และธิดา สิริ (2551) ที่พบว่า การให้ผู้ป่วยเบาหวานเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคให้กับกลุ่มพี่เลี้ยงที่ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น
5. เป็นกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงในการแก้ปัญหาในการจัดการกับสถานการณ์แสดงถึงความแข็งแกร่งและความสามารถของบุคคล
6. เป็นกระบวนการที่ต้องมีส่วนร่วมของผู้ที่ได้รับการส่งเสริมพลังอำนาจ (participant concept) จากการศึกษาของ Martar M. Funnell MS, RN, CDE and [Robert M. Anderson](#), EdD (2006) โดยที่ตัวผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดกลวิธีในการควบคุมตนเองเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ค้นหาวิธีการควบคุม รักษาโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วย เป็นคนคิด วางแผน และวางแผนปฏิบัติเองผลลัพธ์คือผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากขึ้นในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และผู้ป่วยมีสภาพจิตสังคมและความรู้สึกการเป็นอยู่ที่ดี ผู้ให้บริการมีผลสัมฤทธิ์ทางการให้ความรู้ มาตรฐานการแนะนำในการดูแลรักษาผลที่ดีขึ้นและความพึงพอใจ มีความเป็นมืออาชีพมากขึ้น

นอกจากการวิเคราะห์คุณลักษณะโดยทั่วไปแล้ว กิบสัน (Gibson. 1991) ยังได้สรุปการวิเคราะห์แนวคิดดังกล่าวในการนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหรือดูแลสุขภาพได้ ดังนี้

1. เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคล สามารถควบคุมปัจจัย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของตนเอง

2. เป็นกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับ ชื่นชม การส่งเสริม และการพัฒนาการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการที่จะตอบสนองต่อความต้องการของตนเองและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเองได้

3. เป็นกระบวนการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดผลสูงสุดถ้าหากสมาชิกมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมความสามารถในการดูแลตัวเองสูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุษกร อ่อนโนน (2547) 4. เป็นกระบวนการที่บุคคลต้องมีความรับผิดชอบต่อสถาบัน องค์กร และสังคมในบทบาทความรับผิดชอบสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเอง

5. เป็นกระบวนการที่เป็นการทำงานออกทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหาเป็นความแข็งแกร่ง-แกร่งสิทธิความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด หรือจุดด้อยของบุคคล

6. เป็นกระบวนการที่มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจ หรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ

นอกจากนี้กิบสันได้กล่าวว่า การที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องมีความเชื่อมั่นพื้นฐาน ดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นของแต่ละบุคคลที่บุคคลนั้นจะต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ไม่ใช่ความรับผิดชอบของแพทย์ แม้ว่าแพทย์และพยาบาลจะมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ แต่ต้องเคารพในสิทธิของบุคคลต่อสภาวะการมีสุขภาพ

2. บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพของบุคคลในการที่จะพัฒนาความเจริญงอกงาม และความต้องการสนองตอบต่อเป้าหมายในชีวิตของเขาเอง (growth self-determination) บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจเรื่องใดๆ ของตน

3. บุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ทางด้านบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องให้การช่วยเหลือ ให้เกิดการ

คงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และรู้จักใช้ทรัพยากรที่ดี และให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตน

4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชนต้องมีสำนึกในเรื่องของอิสรภาพ บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆด้วยตนเองไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรแนะนำไว้

5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบเกื้อกูลกัน

6. ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกัน

ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) นั้นปัจจัยที่จะให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจก็คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ความผูกพัน (bond) และความรัก (love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้นๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ (beliefs) ค่านิยม (values) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และเป้าหมายในชีวิต (determination) โดยมีความคับข้องใจ (frustration) ความขัดแย้ง ปัญหา หรืออุปสรรค เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการ

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1993) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 12 ราย ใช้ระยะเวลาทำการศึกษาทั้งหมดนาน 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ และสภาพที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ในขั้นนี้ จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (emotional responses) ด้านการรับรู้ (cognitive responses) และด้านพฤติกรรม (behavioral responses)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ที่จะเกิดความรู้สึกงุนงง ซ้อก สับสน ต่อต้าน วิตกกังวล และโกรธ เนื่องจากบุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในสภาพของความเป็นจริงได้ ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ อาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะเกิดความคับข้องใจ แต่ถ้าบุคคลจะรู้สึกดีขึ้น หากมีการเปลี่ยนแปลงความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาที่จะมีอาการดีขึ้น

การตอบสนองด้านการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจและไม่แน่นอนกับสถานการณ์ในการดูแลตนเองดังนั้นบุคคลจึงขอรับการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอก จาก

หนังสือ วารสารทางวิชาการ แพทย์ พยาบาล หรือแม้กระทั่งผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมด เป็นระยะที่น่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาประกอบการตัดสินใจ

การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral responses) เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่ และความรับผิดชอบของตนเอง จะเกิดการมองปัญหา จะเกิดการมองปัญหาในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา บุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่าง เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เมื่อบุคคลเกิดความหวังในการดูแลจึงส่งผลให้เกิดความเจริญเติบโต มีความตระหนักในอำนาจ ความสามารถและแหล่งที่มาของอำนาจของตนเอง เริ่มที่จะประเมินตนเอง และคิดถึงสถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ (situation critically) การดำเนินไปของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้บรรลุในผลสำเร็จในการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง (a sense of personal power) จะทำให้บุคคลกล้าที่จะเผชิญกับความจริง (to face reality) และช่วยให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ก็จะเกิดความคิดได้ว่าตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking change) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้น อยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหามองบุคคล โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเองว่า

1. การพิทักษ์ปกป้องสิทธิประโยชน์ (advocating for) โดยบุคคลต้องมองว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องสิทธิประโยชน์ตนเองเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของตนสิ่งทำแล้วเกิดประโยชน์และเป็นผลดีกับตนเองก็จะต้องทำ

2. การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (learning the ropes) เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากประสบการณ์เดิม และร่วมกับทีมสุขภาพ

3. การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (learning to persist) โดยจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอย่างไม่ย่อท้อ พยายามทำสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อตนเอง

4. การเจรจาต่อรองในโรงพยาบาล (driving negotiation in the hospital setting) เป็นการเริ่มต้นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเข้าไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ การที่บุคคลจะทำให้เกิดการเจรจา

ต่อรองให้ทีมสุขภาพบุคคลจะต้องดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติ และพัฒนาตนเองจนกลายเป็นคนหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการดูแลตนเอง และสามารถคงไว้ซึ่งความรู้สึกพลังอำนาจในตนเอง

5. การสร้างความรู้สึกการมีส่วนร่วม (establishing partnerships) การที่บุคคลต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และการตัดสินใจในการรักษา ทำให้บุคคลแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยเป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพ และการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับทีมสุขภาพ ทำงานเป็นทีม ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (holding on) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว พยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหาคือเป็นผลมาจากการที่บุคคลเกิดความตระหนักในอำนาจของตนเอง ความสามารถและศักยภาพของตนพยายามคงอยู่ด้วยตนเอง แม้ว่าสถานการณ์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อบุคคลนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ หรือประสบความสำเร็จบุคคลจะเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมสิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเองได้ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไปและเมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปในวงจรของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อีกอย่างเป็นพลวัตร การที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้พลังใจ ความเชื่อมั่น และความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่างๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยนำ และปัจจัยเกี่ยวข้อง ซึ่งได้กล่าวไปแล้วในตอนต้น แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำได้ทั้งเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งมีข้อดีและอุปสรรคแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการและสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

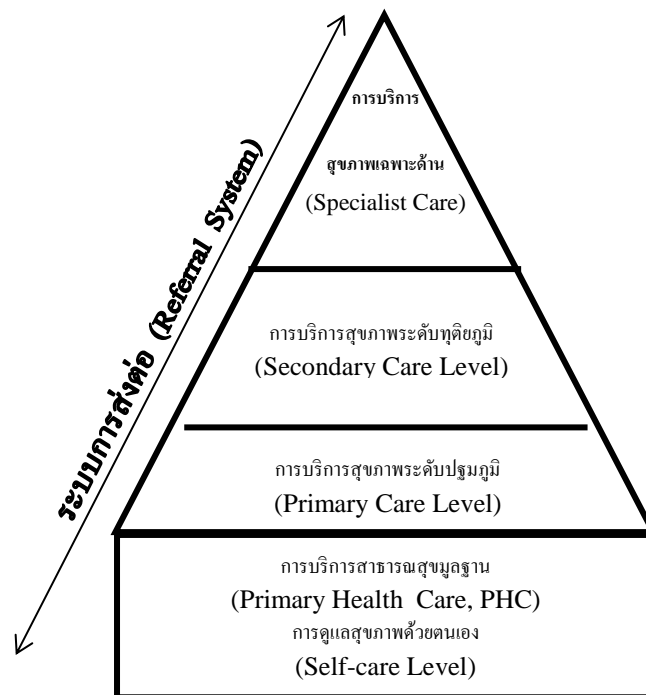
การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดผลเชิงบวกคือการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ (Gibson, 1993) โดยมีการรับรู้ 4 ด้านคือ 1) รับรู้ถึงความรู้สึกถึงความสำเร็จ (a sense of mastery) 2) การพัฒนาตนเอง (self-development) 3) มีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง (personal satisfaction) 4) มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตของตนเอง (purpose and meaning life) นอกจากนี้ยังเกิดผลทำให้บุคคลมีศักยภาพทางด้าน ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) ความรู้สึกถึงสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (better health) อย่างไรก็ตามผลลัพธ์เชิงลบของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พบจากการรายงานของกิบสัน (Gibson,

1993) คือการถูกต่อต้านจากบุคลากรทางการแพทย์ (rejection) มีภาระที่ต้องรับผิดชอบเกิดสภาวะของ ตนเอง (responsibility overload) และมีผู้สนับสนุนน้อย (less support) โดยสรุปแล้วกระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลมีศักยภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ พึ่งตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (improved quality of life) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาค้นคว้าทั้ง 21 ฉบับที่พบว่า กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นส่งผลให้ระดับ น้ำตาลในเลือดดีขึ้น

3.2 การบริการปฐมภูมิ

ความสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Level) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการให้บริการทั้งในสถานบริการและ ในชุมชน ตั้งแต่หมู่บ้าน ตำบล และชุมชนลักษณะอื่น ๆ สถานบริการที่ให้บริการ คือ สถานบริการ สาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หน่วยงานปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU.) และเครือข่าย เป็นต้น



ภาพที่ 5 ระดับการให้บริการสุขภาพและการส่งต่อ

การจัดบริการสุขภาพที่จำเป็น

การจัดบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ รัฐจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน ครอบคลุมการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การโภชนาการ การอนามัยสิ่งแวดล้อม การทันตสาธารณสุข และการส่งเสริมสุขภาพจิต

1. *การอนามัยแม่และเด็ก* นับว่าเป็นบริการที่จำเป็นมาก เนื่องจากประชากรแม่และเด็ก เป็นกลุ่มเป้าหมายใหญ่ที่สำคัญคือ มีจำนวนถึง 2 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ เพราะมีระยะของการปรับผ่านภาวะต่าง ๆ (transitional stages) ของวัยและสุขภาพตามวัยตลอดเวลาเริ่มจากวัยเด็กอ่อนเป็นเด็กเล็ก เด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียน วัยรุ่น เมื่อแต่งงานจะมีการตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และให้นมบุตร จากนั้นมีการเลี้ยงดูบุตรวัยต่าง ๆ ดังนั้นการจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพในงานอนามัยแม่และเด็กจึงประกอบด้วย คลินิกให้คำปรึกษา ก่อนแต่งงาน คลินิกฝากครรภ์ การทำคลอด การพักผ่อนหลังคลอด การดูแลที่บ้านในระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด และระยะให้นมบุตร รวมทั้งการดูแลบุตรในวัยต่าง ๆ คลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์เลี้ยงเด็ก และการอนามัยโรงเรียน

2. *การวางแผนครอบครัว* จัดเป็นงานหนึ่งในการอนามัยแม่และเด็ก ที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและบุตร เนื่องจากการควบคุมอัตราการเกิดและการเพิ่มของประชากรให้มีอยู่ในจำนวนที่เหมาะสมกับทรัพยากรในประเทศ และความพร้อมของประชาชน การวางแผนครอบครัว จะรวมการคุมกำเนิดเข้าไว้ด้วย สำหรับการจัดบริการคือ คลินิกวางแผนครอบครัวซึ่งประกอบด้วย การให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีการต่าง ๆ และการให้คำปรึกษา หน่วยทำหมันเคลื่อนที่ การทำหมันหลังคลอด การให้คำปรึกษา และการสอนสุขภาพ

3. *การโภชนาการ* โภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิตมนุษย์ทุกคน เพื่อการเจริญเติบโตของร่างกายและพัฒนาการทางสมองของเด็ก การซ่อมแซมทดแทนสิ่งสึกหรอในร่างกาย และมีความสำคัญเพิ่มขึ้นในหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดและระยะให้นมบุตร เด็กวัยต่าง ๆ ผู้สูงอายุ ปัจจุบันปัญหาทุพโภชนา ในหญิงตั้งครรภ์ เด็กและผู้สูงอายุยังมีมากอยู่ โดยเฉพาะชนบทและบางพื้นที่ยังมีการขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น ไอโอดีน ธาตุเหล็ก รัฐจึงผนวกรวมโภชนาการเข้ากับบริการสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น ผสมผสานเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานสุขศึกษา งานสุขภาพจิต และงานทันตสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาทุพโภชนาการ และการขาดสารอาหารบางอย่างตามสภาพท้องถิ่น

สำหรับกลุ่มประชาชนที่ขาดสารอาหาร เช่น เด็กเล็ก เด็กวัยก่อนเรียน ผู้สูงอายุ เมื่อมีปัญหาทุพโภชนาการในระดับรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน จึงได้รับการรักษาในสถานพยาบาล มีการตามดูแลที่บ้าน ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการสามารถกระทำได้ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงเรียน และการดูแลที่บ้านเช่นกัน

4. การอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นการเสริมสร้าง พัฒนา แก้ไข และป้องกันสิ่งแวดล้อม ให้อยู่ในสภาพที่ไม่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการดำรงชีพของมนุษย์ การจัดบริการอนามัย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญ คือ การควบคุมมลพิษทางอากาศ การกำจัดน้ำโสโครกและสิ่งปฏิกูล การกำจัดมูลฝอย เป็นต้น การอนามัยสิ่งแวดล้อมนอกจากจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนแล้วยังป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วย

5. การทันตสาธารณสุขทันตสุขภาพเป็นกิจกรรมที่สามารถสร้างเสริมให้กับประชากรได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ปัญหาสุขภาพของช่องปากยังพบได้มากในทุกอายุ สาเหตุจากการละเลยการดูแล การแปรงฟันไม่ถูกวิธีทำให้พบปัญหาโรคเหงือกตามมา สำหรับเด็กที่ฟันผุและไม่เข้ารับการรักษาที่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อการศึกษาในช่องคอ เช่น ทอนซิลอักเสบ คออักเสบ และส่งผลต่อการเสียฟันก่อนเวลาอันควร เชื่อมโยงถึงบุคลิกภาพและความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้นนอกจากการจัดคลินิกทันตกรรมในสถานพยาบาลแล้ว การให้ทันตสุขภาพกับผู้ปกครอง นักเรียน และประชาชนวัยผู้ใหญ่เป็นสิ่งสำคัญ รัฐจึงผนวกงานทันตสาธารณสุขเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย อย่างไรก็ตามในงานอนามัยแม่และเด็กนั้นถือว่าการสอนสุขภาพ และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทันตสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญมากเช่นกัน

6. การส่งเสริมสุขภาพจิตสุขภาพจิตและสุขภาพกายไม่สามารถแยกจากกันได้ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตปกติจะสามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี มีระเบียบวินัย ปฏิบัติตนตามมาตรฐานของสังคม สามารถช่วยเหลือผู้อื่นและไม่เป็นภาระต่อสังคม สุขภาพจิตจึงมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยมนุษย์สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้

โดยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมเศรษฐกิจและการเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้คนมีความเครียดปรับตัวไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพ ความนึกคิด และพฤติกรรม ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนจึงมีความสำคัญมาก การจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ต้องเริ่มจากครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน และทุก ๆ แห่ง มีการเฝ้าระวังโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง จัดบริการคัดกรองบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนเพื่อให้ได้รับการแก้ไขโดยเร็ว จัดคลินิกให้คำปรึกษาในรูปแบบต่าง ๆ โดยผู้ใช้บริการไม่ต้องมาสถานพยาบาล เช่น Hot Line เป็นต้น การจัดบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค

เพื่อเฝ้าช่วยต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค จึงจัดบริการป้องกันและควบคุมโรคตามกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่มีลักษณะทางวิทยาการระบาดคล้ายคลึงกันออกเป็น 5 กลุ่มคือ

- 1) กลุ่มโรคที่เกิดจากน้ำและอาหารเป็นพาหะ โรคกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีแหล่งโรคจากคนผ่านสิ่งขับถ่ายไปสู่ บุคคลอื่น โดยปนเปื้อนถึงน้ำ อาหาร นม เช่นอหิวาตกโรค บิดอหิวา อาหารเป็นพิษ ซัลโมเนลโลซิส ชิเกลโลซิส ตับอักเสบนิดเอ

- 2) กลุ่มโรคที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะ ซึ่งพาหะที่สำคัญคือ ยุง หมัด ไร เช่น มาเลเรีย มูรันไทฟัส สคริปโทฟัส โรคเท้าช้าง ไข้เลือดออก ไข้เหลือง
- 3) กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการใช้วัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก วัณโรคหัดสุกใส หัดเยอรมัน คางทูม ไข้สมองอักเสบ ไข้หวัดใหญ่ ไข้ทรพิษ ตับอักเสบบี
- 4) กลุ่มโรคที่มีความสำคัญด้านการสาธารณสุขและสังคม ได้แก่ โรคเอดส์ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน
- 5) กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โรคกลุ่มนี้เกิดขึ้นในสัตว์ เช่น โค กระบือ สุุนัข ติดต่อกับคนโดยการบริโภคเนื้อไม่สุก การถูกสัตว์กัด เชื้อเข้าทางบาดแผล เช่น แอนแทรกซ์ ทริโคโนซิส พิชสุนัขบ้า เลปโตสไปโรซิส บรูเซลโลซิส กามโรค

โรคแต่ละกลุ่ม มีหลักการสำคัญในการป้องกันและควบคุมเช่นเดียวกัน คือ การป้องกันและควบคุมวงจร การเกิดโรคด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามสาเหตุ และเมื่อมีโรคเกิดขึ้นจะให้การรักษาพยาบาล เพื่อป้องกันการตายและพิการ รวมทั้งควบคุมการระบาด

การรักษาพยาบาลเป็นการจัดบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยนั้นมีหลายลักษณะ บางชนิดเป็นระยะสั้นเกิดขึ้นทันทีทันใด บางชนิดเป็นเรื้อรัง บางชนิดเมื่อหายแล้วกลับเป็นซ้ำได้อีก บางชนิดมีความรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต และบางชนิดสามารถแพร่กระจายจนเกิดการระบาดขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุและขนาดของความเจ็บป่วย เช่น ติดเชื้อโรค อุบัติเหตุ ดังนั้น การจัดบริการการรักษาพยาบาลจึงมีหลายระดับ และแต่ละระดับมีขีดความสามารถในการให้บริการต่างกัน ประกอบด้วยระดับการสาธารณสุขมูลฐาน ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

การฟื้นฟูสุขภาพเป็นการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือประชาชนกลับคืนสู่สภาพเดิมหรือภาวะสุขภาพปกติเร็วที่สุดภายหลังมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม ครอบคลุมการสอนสุขภาพ การให้คำปรึกษา การบริการทางกายภาพบำบัด (Physical Therapy) ในรูปแบบต่าง ๆ และการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพภายหลังการเจ็บป่วย เช่น เมื่อได้รับอุบัติเหตุไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ หน่วยงานบริการสุขภาพจะจัดอบรมอาชีพใหม่ รวมทั้งมีการประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพให้ด้วย

การจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพเกือบทั้งหมดจัดในสถานพยาบาลคือ โรงพยาบาลทุกระดับและรัฐได้ลงทุนจัดตั้งแหล่งบริการและบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลเพื่อกิจการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504-2509) โดยเป้าหมายคือให้ครอบคลุมการจัดบริการแก่ประชาชนทุกพื้นที่ทั่วประเทศและทุกกลุ่มอายุ ซึ่งในระยะต่อ ๆ มาได้มีหน่วยงานของเอกชนเปิดให้บริการในทุกพื้นที่ด้วยเช่นกัน

เป้าหมายหลักของบริการการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพคือ เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยให้ทุเลาหรือหาย และฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด ซึ่งนโยบายการจัดบริการด้านนี้อาจมีความแตกต่างกันบ้างในแต่ละช่วงเวลา ขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาความเจ็บป่วย ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์การสาธารณสุขและเทคโนโลยี และแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ เป็นต้น เช่นในแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1-3 เน้นการพัฒนาโครงสร้างทางกายภาพ แผนพัฒนา การสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 1-3 จึงได้เน้นการสร้างโรงพยาบาลให้ครอบคลุมชุมชนต่าง ๆ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลหรือปัจจุบันมีการพัฒนาความรู้การแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำการแพทย์แผนไทยผนวกเข้าไปในการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน เป็นต้น นโยบายการจัดบริการ รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพในภาพรวม คือ

- 1) จัดบริการให้ครอบคลุมประชากรในทุกพื้นที่โดยแบ่งระดับบริการเป็นระดับต่าง ๆ ตามระดับความรุนแรงและความซับซ้อนของการเจ็บป่วย ตั้งแต่การสาธารณสุขมูลฐานจนถึงการบริการระดับทุติยภูมิ โดยใช้การส่งต่อเป็นระบบเชื่อมโยงการบริการแต่ละระดับเข้าด้วยกัน
- 2) จัดบริการเฉพาะพื้นที่ตามปัญหาสุขภาพซึ่งแตกต่างออกไป เช่น ให้การรักษาพยาบาลด้วยเกลือไอโอดีนในพื้นที่มีโรคคอพอก จัดบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อมาลาเรียในพื้นที่มีการระบาดของไข้มาลาเรีย เป็นต้น

3.3 การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และการดูแลแบบเอื้ออาทร

การบริหารจัดการกระบวนการเสริมสร้างความชุมชนเข้มแข็ง ด้วยการส่งเสริมการรวมตัวเรียนรู้ร่วมคิดร่วมทดลองปฏิบัติจริง รวมทั้งการเสริมหนุนกลุ่มที่มีการรวมตัวอยู่แล้วให้เข้มแข็ง เน้นศักยภาพความพร้อมของชุมชน เชื่อมโยงกับการทำมาหาเลี้ยงชีพตั้งแต่ระดับปัจเจก ระดับครอบครัว จนถึงระดับชุมชน คำนึงถึงความพอประมาณและความพออยู่พอกินเป็นลำดับแรกก่อนที่จะเชื่อมต่อกับชุมชนและสังคมภายนอก มีกระบวนการจัดการองค์ความรู้อย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีเครือข่ายการเรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน โดย

(๑) การส่งเสริมการรวมตัวของคนในชุมชนทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของชุมชน ในรูปแบบที่หลากหลายที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งในเชิงพื้นที่หรือประเด็นความสนใจ และเสริมหนุนชุมชนที่มีการรวมตัวเป็นกลุ่มต่างๆ อยู่แล้วให้มีขีดความสามารถในการพัฒนามากขึ้น โดยการเปิดพื้นที่สาธารณะในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ผ่านสื่อบุคคล สื่อการศึกษา สื่อท้องถิ่นและสื่อระดับชาติ รวมถึงการปรับปรุงกลไกทางกฎหมาย ระเบียบ

ข้อบังคับและมาตรการการเงินการคลังเพื่อเอื้ออำนวยให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมสนับสนุนการสร้างชุมชนเข้มแข็ง

(๒) การจัดการองค์ความรู้และระบบการเรียนรู้ของชุมชนอย่างครบวงจร โดย

(๒.๑) พัฒนารฐานข้อมูลชุมชนให้เป็นระบบและปรับให้ทันสมัยอยู่เสมอ ทั้งข้อมูลครัวเรือน ข้อมูลศักยภาพชุมชนในประเด็นต่างๆ อาทิ สถานะของกลุ่มต่างๆ กิจกรรมของชุมชน ทูทางเศรษฐกิจ ทูทางทรัพยากรธรรมชาติ ทูภูมิปัญญาท้องถิ่นและปราชญ์หรือผู้นำตามธรรมชาติในชุมชน การสืบค้นประวัติศาสตร์ท้องถิ่นและวัฒนธรรมชุมชน เป็นต้น โดยจัดทำเป็นแผนที่ทุนของชุมชนที่คนในชุมชนสามารถเข้าถึงได้สะดวกและนำไปใช้เป็นฐานในการจัดการทรัพยากรของชุมชน และกำหนดทางเลือกการพัฒนาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต

(๒.๒) จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมกำหนดแนวทางและกิจกรรมการพัฒนาของชุมชนที่ยึดหลักการพึ่งพาตนเองด้วยศักยภาพทรัพยากร ภูมิปัญญา วิถีชีวิต วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น โดยนำข้อมูลชุมชนมาวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุ ค้นหาทางออก นำไปทดลองปฏิบัติจริง มีเครือข่ายการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการต่อยอดปรับใช้ประโยชน์ โดยใช้แหล่งทุนในชุมชน อาทิ ธนาคารประชาชน สหกรณ์เครดิตยูเนียน และกองทุนต่างๆ ของหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นต้น พัฒนาความต้องการของชุมชนให้เป็นแผนชุมชนไปเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาท้องถิ่น แผนยุทธศาสตร์จังหวัด และแผนอื่นๆ ตามความเหมาะสม

(๒.๓) ส่งเสริมให้กลุ่มปราชญ์ กลุ่มแกนนำและผู้รู้ ถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นผ่านการเรียนรู้และการจัดการความรู้ในชุมชน โดยเชื่อมโยงความหลากหลายทางชีวภาพและความหลากหลายทางวัฒนธรรมกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่จริง ควบคู่กับการค้นหาผู้นำตามธรรมชาติรุ่นใหม่ที่เข้มแข็ง มีคุณธรรมจริยธรรม มีความเพียร และมีจิตสำนึกต่อส่วนรวมให้เป็นพลังขับเคลื่อนและขยายผลกิจกรรมการเรียนรู้ของชุมชนในวงกว้างและระยะยาว

(๒.๔) สนับสนุนการจัดการองค์ความรู้และการทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความหลากหลายของทุนในชุมชน ควบคู่กับการฟื้นฟูความรู้พื้นบ้าน โดยสนับสนุนบทบาทนักวิจัยท้องถิ่นร่วมกับนักวิจัยของสถาบันการศึกษาในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เช่น การทำเกษตรผสมผสาน และการทำหัตถกรรมพื้นบ้าน เป็นต้น โดยรวบรวมความรู้ต่างๆ อย่างเป็นระบบ เผยแพร่สู่ชุมชนและมีกระบวนการพัฒนาต่อยอดให้เกิดประโยชน์สู่การพึ่งตนเองและการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

(๓) การสร้างภูมิคุ้มกันให้ชุมชนพร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ด้วยการส่งเสริมความมั่นคงของครอบครัว การจัดบริการทางสังคมในชุมชน การปลูกฝังค่านิยมที่ดีงาม การสร้างระบบความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของชุมชนและระหว่างชุมชนอย่างเท่าเทียมด้วย

บริบททางศาสนาและวัฒนธรรมชุมชน และการให้ความคุ้มครองสิทธิชุมชน รวมถึงการเฝ้าระวังช่วยเหลือเยียวยาเมื่อชุมชนเผชิญกับภัยพิบัติต่างๆ โดย

(๓.๑) เสริมสร้างครอบครัวให้มีความมั่นคง มีสัมพันธภาพที่ดี มีความเข้มแข็งทางคุณธรรมจริยธรรมในครอบครัว โดยจัดกิจกรรมปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ใช้สื่อชุมชนและสื่อสาธารณะให้ข้อมูลข่าวสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เช่น ความรู้ด้านโภชนาการ คำปรึกษาการใช้ชีวิตสมรสและการเป็นพ่อแม่ที่ดี วิธีการเข้ารับบริการจากรัฐ ราคาผลิตภัณฑ์การเกษตร ช่องทางการตลาด ฯลฯ รวมถึงการสร้างค่านิยมครอบครัวอบอุ่นผ่านบทบาทชายหญิง การจัดกิจกรรมเชื่อมโยงบทบาทครอบครัว สถานศึกษา และสถาบันทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ

(๓.๒) เสริมสร้างโอกาสและสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตทั้งในระบบและนอกระบบอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงแหล่งเรียนรู้ในชุมชน เช่น ศูนย์การเรียนรู้ของชุมชน ศูนย์สาธิตของหน่วยงานรัฐ พิพิธภัณฑ์พื้นบ้าน ฯลฯ รวมทั้งอำนวยความสะดวกให้ชุมชนเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ภายนอกอย่างสม่ำเสมอด้วยสาระและเครื่องมือที่หลากหลายในราคาถูกลง เช่น การศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียม รายการวิทยุโทรทัศน์ที่สร้างสรรค์ อินเทอร์เน็ตประจำชุมชน สื่อสิ่งพิมพ์ ฯลฯ

(๓.๓) เสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตของคนในชุมชน ทั้งการสร้างหลักประกันชีวิต สวัสดิการสังคม ความมั่นคงด้านอาหาร ความมั่นคงด้านสุขภาพและที่อยู่อาศัย การคุ้มครองผู้บริโภค และความมั่นคงในสิทธิมนุษยชน โดย

๑) สนับสนุนการระดมทุนในชุมชนเพื่อการออมทรัพย์ในรูปแบบต่างๆ เช่น กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ สหกรณ์ออมทรัพย์ การออมวันละบาท ฯลฯ เพื่อเป็นแหล่งทุนในการพัฒนาอาชีพและจัดสวัสดิการขั้นต้นของชุมชน ควบคู่กับการสร้างวินัยในการใช้จ่าย รวมไปถึงการส่งเสริมให้มีการออมสินทรัพย์อื่นๆ ของคนในชุมชน เพื่อช่วยลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ในการประกอบอาชีพและการดำรงชีวิต เช่น การออมความอุดมสมบูรณ์ของดิน น้ำ ป่า พืชผัก ผลไม้ และสัตว์ เป็นต้น

๒) สร้างประชาคมสุขภาพของชุมชนเพื่อใช้ประโยชน์จากหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างความมั่นคงทางอาหาร โดยการทำเกษตรผสมผสานให้มีกินตลอดปี การใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นทดแทนการใช้สารเคมีและเพื่อความปลอดภัยของอาหาร ควบคู่กับการเสริมสร้างให้ชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังสุขภาพของชุมชนทั้งโรคอุบัติใหม่ โรคระบาดซ้ำ การมีสุขอนามัยที่ดีและสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ปลอดภัย

๓) เตรียมความพร้อมและยกระดับการพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสามารถในการจัดบริการทางสังคมขั้นพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนแต่ละช่วงวัยและวิถีชีวิตในชุมชน เช่น การจัด

ศูนย์เด็กเล็กในชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและเอื้อต่อการส่งเสริมบทบาทพ่อแม่ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน การดูแลสิทธิมนุษยชนและสิทธิชุมชน การให้ความช่วยเหลือ เด็ก สตรี คนพิการ ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสที่ถูกเอารัดเอาเปรียบ เป็นต้น รวมทั้งการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาชุมชน นำอยู่แบบองค์รวมที่มุ่งสู่ความสะอาด สงบ สะดวก ความปลอดภัย และความมีระเบียบวินัย

๔) พัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกในการจัดการความเสี่ยงภัยของชุมชน เช่น ผลกระทบของการเปิดการค้าเสรีหรือการลงทุนขนาดใหญ่ของรัฐ อาชญากรรมข้ามชาติ ที่เกิดจากการเคลื่อนย้ายคนโดยเสรี โดยเฉพาะประเด็นการค้ามนุษย์ ยาเสพติดและการฟอกเงิน ฯลฯ รวมไปถึงการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากภัยพิบัติจากธรรมชาติ ความเสี่ยงจากราคาผลิตภัณฑ์การเกษตร ความเสี่ยงจากโรคอุบัติใหม่และโรคระบาดซ้ำ โดยมีระบบการให้ความช่วยเหลืออย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ

๕) เชื่อมโยงบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน สถาบัน ทางศาสนา และสถานศึกษาในการสืบสานวัฒนธรรมจารีตประเพณีที่ดีงามของชุมชน การฟื้นฟูค่านิยมการทำงานร่วมกัน เช่น ประเพณีลงแขก สืบชะตาลำน้ำ เป็นต้น การปฏิบัติตามหลักธรรมและการทำนุบำรุงศาสนา การช่วยเหลือเกื้อกูลกันฉันท์เครือญาติ โดยเฉพาะคนยากจน การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและเยาวชน รวมทั้งการสร้างความเข้าใจและเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมและชนต่างชาติพันธุ์ รมรงค์สร้างจิตสำนึกสาธารณะให้คนในชุมชนเป็นพลเมืองที่มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม มีความซื่อสัตย์ รักและภาคภูมิใจในบ้านเกิด รวมทั้งสนับสนุนการเป็นอาสาสมัครชุมชน

๓.๒ การสร้างความมั่นคงของเศรษฐกิจชุมชน ด้วยการบูรณาการกระบวนการผลิตบนฐานศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนอย่างสมดุล เน้นการผลิตเพื่อการบริโภคอย่างพอเพียงภายในชุมชน สร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนในการลงทุนสร้างอาชีพและรายได้ที่มีการจัดสรรประโยชน์อย่างเป็นธรรมแก่ชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมบทบาทสตรีในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชนและนำไปสู่การแก้ปัญหาความยากจน โดย

(๑) สนับสนุนให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มรูปแบบต่างๆ เช่น สหกรณ์กลุ่มย่อยสตรีธรรมชาติ กลุ่มปุ๋ยอินทรีย์ ฯลฯ พัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดำเนินกิจกรรมการเกษตรหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่หลากหลาย มีการแปรรูปและการผลิตบนฐานทรัพยากรในชุมชนให้เพียงพอต่อการอุปโภคบริโภคภายในชุมชน และนำส่วนเกินไปแลกเปลี่ยนระหว่างชุมชน หรือเชื่อมโยงเครือข่ายสู่ตลาดภายนอกชุมชน โดยมีข้อตกลงและผลประโยชน์ที่ยอมรับร่วมกันอย่างเป็นธรรม

(๒) รมรงค์และส่งเสริมภาคการผลิตและบริการในการเคลื่อนย้ายเครื่องจักรหรือกิจกรรมบางส่วนไปสร้างอาชีพและการจ้างงานในท้องถิ่นและพื้นที่ห่างไกล เพื่อลดการเคลื่อนย้ายแรงงานสู่เมืองหลวงและเมืองใหญ่ ทำให้ครอบครัวอบอุ่นอยู่พร้อมหน้าทุกวัย มีการสืบสานวัฒนธรรม

ประเพณีท้องถิ่นและมีแกนนำ/ผู้นำชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยจะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตดั้งเดิมของชุมชนควบคู่ไปด้วย

(๓) ส่งเสริมการร่วมลงทุนระหว่างเครือข่ายองค์กรชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือภาครัฐหรือรัฐวิสาหกิจบนหลักของความโปร่งใส ใช้ฐานทรัพยากรในพื้นที่ อาทิ การสร้างโรงงานไบโอดีเซล เกษตรอินทรีย์ หัตถกรรม บริการสุขภาพและสปา ท่องเที่ยวเชิงนิเวศและท่องเที่ยว เป็นต้น และเชื่อมโยงการค้าการลงทุนระหว่างเศรษฐกิจชุมชนกับวิสาหกิจขนาดกลางและหรือวิสาหกิจขนาดใหญ่ สร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงธุรกิจตลอดทั้งห่วงโซ่การผลิต โดยทบทวนกฎระเบียบ และกฎหมายให้เอื้อต่อการร่วมทุน และการให้มีระบบการบริหารจัดการที่ดี

(๔) สนับสนุนการนำภูมิปัญญาไทยและวัฒนธรรมท้องถิ่นมาใช้ในการสร้างสรรค์คุณค่าของสินค้าและบริการที่มีโอกาสทางการตลาดสูง เช่น อาหารสุขภาพ หัตถกรรม บริการสุขภาพ บริการการท่องเที่ยว เป็นต้น โดยรักษาคูณค่าเอกลักษณ์ของท้องถิ่นอย่างเข้มแข็งเมื่อนำภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่นไปต่อยอดขยายผลในเชิงพาณิชย์

(๕) พัฒนาระบบการบ่มเพาะวิสาหกิจชุมชน ควบคู่กับการสร้างผู้ประกอบการใหม่ ด้วยการพัฒนาความรู้ด้านการจัดการ การตลาด องค์ความรู้เกี่ยวกับการผลิตสินค้าที่มีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น พัฒนามาตรฐานสินค้า การสร้างตราสินค้า การจัดการเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา และการพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพของกลุ่มต่างๆ รวมทั้งคนพิการที่สอดคล้องกับความหลากหลายของอาชีพในชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจ

๓.๓ การเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการอยู่ร่วมกันกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสันติและเกื้อกูลกัน ด้วยการส่งเสริมสิทธิชุมชนและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสงวน อนุรักษ์ ฟื้นฟู พัฒนา ใช้ประโยชน์และเพิ่มประสิทธิภาพบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น โดย

(๑) สร้างความตระหนักรู้ของชุมชนในคุณค่าของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีต่อวิถีชีวิต รวมทั้งกระจายอำนาจการจัดการทรัพยากรของท้องถิ่นให้ชุมชนที่มีศักยภาพเข้ามามีส่วนร่วมกับรัฐในการอนุรักษ์ ฟื้นฟูและพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้เป็นที่ไปอย่างมีประสิทธิภาพ

(๒) สนับสนุนกลไกชุมชนและเครือข่ายในการจัดการและปกป้องทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับการผลิตเพื่อการยังชีพของชุมชนอย่างเป็นธรรม อาทิ การใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพในท้องถิ่นเพื่อความมั่นคงด้านอาหารและเป็นสมุนไพรเพื่อรักษาโรค โดยไม่ส่งผลกระทบต่อฐานทรัพยากรธรรมชาติ การบริหารจัดการป่าชุมชนเป็นแหล่งอาหาร การจัดการทรัพยากรประมงชายฝั่ง การบริหารจัดการลุ่มน้ำอย่างบูรณาการ การจัดการสิ่งแวดล้อมของ

ชุมชนเมือง เช่น ขยะ น้ำเสีย เป็นต้น ตลอดจนโอกาสให้ได้รับการชดเชยหากเกิดการทำลายทรัพยากรของชุมชน โดยกิจการอื่นนอกชุมชน

(๓) เสริมสร้างขีดความสามารถและองค์ความรู้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ให้เป็นภาคีหลักในการอนุรักษ์ฟื้นฟูและจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมกับชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดการป่าและพื้นที่อนุรักษ์ การจัดการลุ่มน้ำ การจัดการและฟื้นฟูป่าชายเลน การจัดการการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ในท้องถิ่น เป็นต้น โดยมีการใช้และแบ่งปันผลประโยชน์ร่วมกันอย่างยุติธรรม

3.4 ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงและยุทธศาสตร์อยู่ดีมีสุข

นโยบาย “คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” ของรัฐบาล เป็นสิ่งที่ บุคลากรสาธารณสุขควรเรียนรู้และทำความเข้าใจนโยบายดังกล่าว เพื่อที่จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยแนวทางการบริหารจัดการในปัจจุบันได้เน้นการบริหารที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ ทำให้การวางแผนงาน / โครงการจำเป็นต้องคำนึงถึงนโยบายและยุทธศาสตร์ทั้งของรัฐบาล และของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่จะต้องทำให้บรรลุและวัดผลสัมฤทธิ์ดังกล่าวได้ จึงจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และเมื่อมีการดำเนินงานแล้ว หากหน่วยงานสามารถแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่าง ๆ ได้เป็นผลสำเร็จ ก็จะเป็นเครื่องบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของหน่วยงานนั้น ๆ ดังนั้น ในชุดบทความนี้จะมีหลายภาคีติดต่อกัน ตั้งแต่ภาคแรก เป็นเรื่องนโยบายเมืองไทยแข็งแรง ที่ประกอบด้วยแนวคิด ความเป็นมา วิสัยทัศน์ คำประกาศนโยบายและเป้าหมาย ระยะเวลา และยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นการปูพื้นให้เข้าใจนโยบายดังกล่าว ดังนี้

1. แนวคิดและความเป็นมา

การมีสุขภาพแข็งแรง (Health) ในความหมายขององค์การอนามัยโลก ครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพในมิติต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) สังคม (Social Health) และปัญญา / จิตวิญญาณ (Spiritual Health) ซึ่งถ้าหากคนไทยมีความแข็งแรงทางสุขภาพครอบคลุมความหมายทั้ง 4 มิตินี้ ย่อมจะสามารถเสริมสร้างให้ประเทศไทยมีความแข็งแรงในช่วงที่ผ่านมามาประเทศไทยได้ผลักดันนโยบายและการดำเนินงานต่าง ๆ ตามกฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter) จนประสบความสำเร็จและมีความคืบหน้าไปมาก กล่าวคือ

1.1 ด้านนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ได้มีการผนึกกำลังระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ วิชาชีพ และภาคประชาชน ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่าง ๆ เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การรณรงค์ลดการบริโภคสุรา การตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ การออกกฎหมายเกี่ยวกับ

เหล่าและบุหรีเพิ่ม เพื่อตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส .) การรณรงค์ลดการ สูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุบนท้องถนน การขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพและ จัดทำร่าง พรบ . สุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

1.2 ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environment) ได้มีการดำเนินงาน “ เมืองน่าอยู่ ” (Healthy City) ที่ยึดหลักการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของประชาชนและ ทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อนำไปสู่สำนึกความเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) สำนึกต่อส่วนร่วม (Social conscience) และความร่วมมือ (Participation) อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้าง สภาพแวดล้อมที่น่าอยู่

1.3 ด้านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Community Strengthening) ได้มีการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานมากกว่า 2 ทศวรรษ และได้มีการขยายตัวของพัฒนาการที่เป็น การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงตามปรัชญาของ “ เศรษฐกิจพอเพียง ” ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่มีหลักการสำคัญ 5 ประการ คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล ความมีระบบภูมิคุ้มกันตนเอง การ ใช้ความรู้และการมีคุณธรรมจริยธรรม

1.4 ด้านการส่งเสริมพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development) มีการ ปฏิรูปการศึกษาของชาติ และขยายโอกาสทางการศึกษาเพื่อยกระดับการศึกษาของคนในชาติ ตาม เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 รวมทั้งมีการฟื้นฟูภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย จนเป็นที่รู้จักทั่วโลกในเรื่องการนวดแผนไทย และตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับความสำคัญในการพัฒนาภูมิ ปัญญาไทยไปสู่ระดับสากลต่อไป

1.5 ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข (Health Service System Reorientation) มี การกำหนดและประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาส เข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้า และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ . ศ . 2545 รองรับการทำงานให้ยั่งยืน ที่ยึดหลักการ “ การสร้างสุขภาพ ” นำ “ การซ่อมสุขภาพ ” โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ปี พ . ศ . 2545 เป็นปีเริ่มต้นแห่งการรวมพลังสร้าง สุขภาพตามกรอบการณรงค์ 5 อ . ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และโรค ยา หรือการลดโรคสำคัญต่าง ๆ ซึ่งมีกิจกรรมระดับชาติในการรณรงค์ให้ประชาชนหันมาใส่ใจการ

สร้างสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กิจกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ ซึ่งจัดต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2547 มีประชาชนได้ออกกำลังกายพร้อมกันมากกว่า 43 ล้านคน กิจกรรมการรณรงค์อาหารปลอดภัย (Food Safety) ที่มีการดำเนินงานอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งรัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งอาหารปลอดภัย

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เป็นเจ้าภาพประชุมนานาชาติการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 (6 th Global Conference on Health Promotion 2005) ระหว่างวันที่ 7 – 11 สิงหาคม 2548 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เตรียมดำเนินนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Health Thailand) ซึ่งขยายการรณรงค์สร้างสุขภาพตามกรอบ 5 อ. ที่ดำเนินการมาแล้วให้เด่นชัดยิ่งขึ้น ซึ่งถ้าพึ่งกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว คงไม่สามารถผลักดันนโยบายการสร้างสุขภาพคนไทยให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ดังนั้น คนไทยทุกคน ทุกภาคส่วนจึงมีส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้เกิด “ เมืองไทยแข็งแรง ”

2. วิสัยทัศน์ “ เมืองไทยแข็งแรง ” (Healthy Thailand)

คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา / จิตวิญญาณ มีสัมมาอาชีพ มีรายได้ทำงานด้วยความสุข สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานของความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุมีผลภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มีครอบครัวอบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ชีวิตและทรัพย์สิน เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว

3. วัตถุประสงค์ของนโยบาย “ เมืองไทยแข็งแรง ” (Healthy Thailand)

เพื่อระดมศักยภาพของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ร่วมกันดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีกลไกรับผิดชอบติดตามและผลักดันการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ เมืองไทยแข็งแรง ” (Healthy Thailand)

4. คำประกาศนโยบายและเป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง ” (Healthy Thailand)

4.1 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางกาย (Physical Health)

- 1) คนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพในทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล ทุกชุมชน ทุกหน่วยงานและสถานประกอบการ
- 2) คนไทยได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากแหล่งผลิตอาหารที่ปลอดภัยพิษปนเปื้อน ตลาดสด ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารทุกแห่งได้มาตรฐานสุขอนามัย สถานที่ผลิตอาหารทุกแห่งผ่านเกณฑ์ (Good Manufacturing Practice) GMP

- 3) คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวพร้อมสุขภาพที่แข็งแรง อัตราการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของคนไทยลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้ออักเสบ และโรคเบาหวาน
- 4) คนไทยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ
- 5) คนไทยมีอัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุลดน้อยลง
- 6) คนไทยทุกคนมีหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน

4.2 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางจิตใจ (Mental health)

- 1) คนไทยมีครอบครัวที่อบอุ่น เด็กและผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว
- 2) คนไทยมีอัตราการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการป่วยด้วยโรคทางจิตประสาทลดน้อยลง
- 3) คนไทยมีความฉลาดทางสติปัญญา (I.Q.) และความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q.) เพิ่มขึ้นในระดับที่ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล

4.3 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางสังคม (Social health) และเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy)

- 1) คนไทยมีความปลอดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรง ที่ก่อให้เกิดการประทุษร้ายต่อชีวิต ร่างกายและจิตใจ การประทุษร้ายทางเพศและการประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน
- 2) คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนไม่น้อยกว่า 12 ปี และมีโอกาสเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิตเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะทางสุขภาพ (Health Skill) และทักษะการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม (Life Skill)
- 3) คนไทยมีสัมมาอาชีพและรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข
- 4) คนไทยมีที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำสะอาดเพื่ออุปโภคบริโภคเพียงพอ และดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

4.4 ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางปัญญา / จิตวิญญาณ (Spiritual Health)

- 1) คนไทยลด ละ เลิกอบายมุขและสิ่งเสพติด
- 2) คนไทยมีความรู้ รัก สามัคคี มีความอาทรเกื้อกูลกัน
- 3) คนไทยมีสติและปัญญาแก้ไขปัญหาความขัดแย้งรุนแรงต่าง ๆ ด้วยเหตุผลและด้วยสันติวิธี
- 4) คนไทยยึดมั่นในหลักศาสนธรรมและวัฒนธรรมที่ดีงาม

5. ระยะเวลาการดำเนินงาน เพื่อให้ดำเนินงานบรรลุผล ได้กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน คือ

ระยะที่ 1 (สิงหาคม 2547 – สิงหาคม 2548) เพื่อให้สอดคล้องกับการประชุมนานาชาติการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ซึ่งประเทศไทยเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม

ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2548 – พ.ศ. 2552) เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบระยะเวลานโยบายต่อผู้
เอาชนความยากจนของรัฐบาล

ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2558) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาแห่ง
สหัสวรรษ (Millennium Development Goals:MDGs) ขององค์การสหประชาชาติ

6. ยุทธศาสตร์ “ รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ”

- 1) ใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ ผู้วิถีชุมชน โดยดึงเอาพลัง
ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาชนในพื้นที่ทุกระดับจากชุมชน
สู่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้กระบวนการเรียนรู้
ร่วมกัน และทำงานอย่างเป็นเอกภาพ
- 2) เน้นการทำงานที่สถานที่ตั้ง (Setting) และกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดึงพลังศักยภาพของ
เยาวชน พลังสตรี ผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา ผู้ค้อยโอกาส ผู้พิการ ชุมชนต่างวัฒนธรรม ผู้บริหาร
องค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และเจ้าของสถานประกอบการร่วมกันสร้าง “ เมืองไทย
แข็งแรง ” (Healthy Thailand)
- 3) ใช้กลยุทธ์ 7 ประการในการดำเนินงาน คือ
 - กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation Strategy)
 - กลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะ (Communication Strategy)
 - กลยุทธ์การเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีสำนึกสาธารณะ (Strengthening and
Creating Public Mind Strategy)
 - กลยุทธ์การจัดบริการ (Service Strategy)
 - กลยุทธ์การใช้มาตรการทางสังคม (Social Measure Strategy)
 - กลยุทธ์การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้ (Knowledge and Learning Strategy)
 - กลยุทธ์การบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จ (Result Based Management Strategy)

3.5 แนวคิดการสร้างนวัตกรรมสาธารณสุข ความหมาย และความสำคัญ

นวัตกรรมสาธารณสุข เป็นแนวคิดในการสร้าง พัฒนา และสรุปความรู้ วิธีการบนฐานความ
ต้องการปรับปรุงการทำงานหรือการบริการให้มีคุณภาพดีขึ้น โดยวิธีคิดในการสร้างนวัตกรรมต้องเกิด
จากการสังเกต การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำมาปรับระบบการบริการ ทั้งใน
ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประเภทของ นวัตกรรมสาธารณสุข ต้องสร้างขึ้นใหม่ มีการทดลองใช้และปรับจนได้ระบบ
การบริการที่เหมาะสม และทำการสรุปเป็นข้อความรู้ที่ได้จากการพัฒนา ซึ่งจะเห็นได้ว่า การสร้างหรือ

พัฒนา นวัตกรรมสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการให้ความสำคัญเพราะมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ สร้างความรู้ใหม่ในการบริการ ลดการใช้เทคโนโลยีหรือลดค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็นจากการบริการเดิม เป็นการสร้างความร่วมมือจากทีมสุขภาพในการทำให้บริการ และช่วยจัดการความเสี่ยงอันจะเกิดขึ้นจากการบริการ

ดังนั้น นวัตกรรมสาธารณสุข จึงต้องมีแนวทางการพัฒนานวัตกรรมโดยเริ่มพัฒนาวิธีคิดไกรนามองกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนา คิดรูปแบบของการพัฒนาจากความรู้ใหม่ ความรู้เดิม วิธีการใหม่ วิธีการเดิม ปรับปรุงการทำงานเดิม และสร้างงานใหม่ขึ้นมาเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนา นวัตกรรมสาธารณสุข ในที่สุด

ความหมายของนวัตกรรม(Innovation)

คำว่า “นวัตกรรม” หรือ นวัตกรรม มาจากภาษาอังกฤษว่า “Innovation” โดยคำว่า นวัตกรรม มีรูปเดิมมาจากภาษาบาลี คือ นว + อตต + กรรม กล่าวคือ

นว แปลว่า ใหม่

อตต แปลว่า ตัวเอง

กรรม แปลว่า การกระทำ

เมื่อรวมกันแปลว่า นวัตกรรม แปลตามรากศัพท์เดิมว่า “การกระทำที่ใหม่ของตนเอง หรือการกระทำของตนเองที่ใหม่”

นวัตกรรม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใหม่ หรือ ความคิด พฤติกรรม หรือสิ่งใหม่ๆที่ต่างจากสิ่งที่เป็นอยู่ หรือ การรับรู้ในของใหม่และแบบอย่างใหม่ ๆ ในวัฒนธรรมหนึ่ง (สุวาลี ชูเกียรติ. 2544)

นวัตกรรม หมายถึง สิ่งประดิษฐ์ และ/หรือเทคโนโลยี ได้แก่ เครื่องมือ เทคนิค วิธีการ ระบบ ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการประดิษฐ์ คิดค้นสิ่งใหม่ ๆ (เป็นแนวคิดทางวิทยาศาสตร์) (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. 2550)

นวัตกรรม หมายถึง กระบวนการ หรือการเรียนรู้ วิธีคิด หรือ วิธีการทำงาน ที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (พัฒนา) โดยรวมในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านบุคคล และกลุ่มคนในชุมชนหรือสังคม (เป็นแนวคิดทางสังคม) (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. 2550)

นวัตกรรม หมายถึง ขบวนการพัฒนาวิธีการและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการทำงานที่สามารถประยุกต์ใช้เป็นที่เครื่องมือเทคโนโลยีและกระบวนการที่เหมาะสมกับพฤติกรรมขององค์กรและปัจเจกบุคคล (Afuah. 1998)

นวัตกรรม หมายถึง ความรู้ (ใหม่) และ/หรือ วิธีการ (ใหม่) ที่นำไปสู่การพัฒนาผลงาน (ใหม่) (อมร รอดคล้าย และพงษ์เทพ สุธีรัฐฉ. 2549)

นวัตกรรม อันหมายถึงความคิดริเริ่มที่นำมาประยุกต์ใช้อย่างสัมฤทธิ์ผล (McKeown, 2008)

นวัตกรรม หมายถึงการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยวิธีใหม่ ๆ และยังสามารถหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทาง [ความคิดการผลิตกระบวนการ](#) หรือ [องค์กร](#) ไม่ว่าการเปลี่ยนนั้นจะเกิดขึ้นจากการ [ปฏิบัติ](#) การเปลี่ยนแปลงอย่างถอนรากถอนโคน หรือการพัฒนาต่อยอด ทั้งนี้ มักมีการแยกแยะความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างการประดิษฐ์คิดค้น ความคิดริเริ่ม (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542)

นวัตกรรม หมายถึง การสร้างความรู้ใหม่ หรือประยุกต์ใช้ความรู้ที่มีอยู่เดิมในสถานการณ์ใหม่ เพื่อพัฒนาการบริการ โปรแกรม ผลผลิต และการพัฒนาเชิงระบบ (คณะกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. 2552)

สรุป นวัตกรรม หมายถึง การสร้าง พัฒนา และสรุปความรู้ วิธีการ บนฐานของความรู้ให้เกิดสิ่งใหม่ หรือปรับปรุง ให้เป็นของที่แตกต่างจากเดิมเพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ความหมายของ นวัตกรรมสาธารณสุข

นวัตกรรมสาธารณสุข หมายถึง สิ่งใหม่ที่สร้างสรรค์การบริการพยาบาลได้แก่ สิ่งประดิษฐ์ เครื่องมือในการให้บริการพยาบาล วิธีการให้บริการแบบใหม่ ระบบงานพยาบาลชุมชน เช่น แบบประเมินทางการพยาบาล เครื่องมือในการวัดหรือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการและจากการสังเกต แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เทคนิคหรือหัตถการในการให้บริการ กิจกรรมการบริการทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาล การบริหารจัดการระบบการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ มาตรฐานการให้บริการ แผนการดูแลในการให้บริการ (วรรณภา ศิริชัยญรัตน์. 2548)

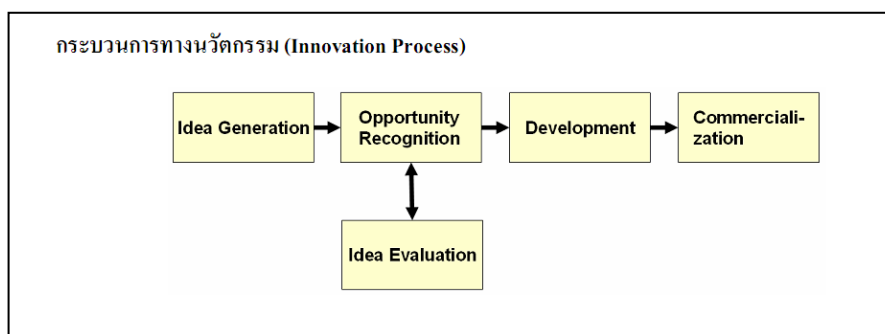
ประเภทของนวัตกรรมสาธารณสุข

1. การสร้าง นวัตกรรมสาธารณสุข ใหม่ และเป็นนวัตกรรมที่ค้นพบ โดยเน้นการค้นหาความคิดใหม่ ที่เริ่มจากความรู้ใหม่ การใช้ประโยชน์จากความคิดของพยาบาล หรือผู้ให้บริการ เรียนรู้จากกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีหัวก้าวหน้า มีการออกแบบที่เข้าใจธรรมชาติของผู้รับบริการ มีการตรวจสอบและพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ มีการศึกษาจากมุมมองวิชาชีพให้ข้อคิดเห็นเพื่อนำมาสร้างนวัตกรรมการบริการพยาบาลแบบใหม่ เช่น การใช้น้ำธรรมดาและพัลลมเป่าเพื่อระบายความร้อน การใช้น้ำสบู่ในการล้างทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์แทนการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรค กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการดูแลผู้ป่วย

มะเร็งเม็ดเลือดขาว การใช้เสียงเพลงกระตุ้นพัฒนาการของเด็กในครรภ์ พัฒนาเมนูอาหารท้องถิ่นในการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2. ตามลักษณะการใช้นวัตกรรม จนเกิดผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ให้บริการจะเป็นผู้ที่บอกสิ่งที่ต้องการ หรือถอดบทเรียน หรือเล่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการให้บริการแล้วไม่ประทับใจ ประสบปัญหาในการได้รับบริการ หรือประทับใจการให้บริการ จากนั้นนำความคิดมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ใช้ประกอบการให้บริการ เช่น รอกบริหารไหล่ ถุงยางใส่น้ำตาลแรงกดตามข้อ ถุงผ้าใส่ยาประจำบ้านแยกสีตามหมู่บ้าน เสียงปลุกเวลาวัดอุณหภูมิ โมเดลปอดมีชีวิตใช้สอนเรื่องมะเร็งปอดกับการสูบบุหรี่ ไม้นวดหลังปรับจากไม้ไผ่และกระดาษหนังสือพิมพ์ในชุมชน เป็นต้น

3. เป็นกระบวนการบริการพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากแนวคิดใหม่ ๆ (Idea generation) ที่ได้รับโอกาสให้พิจารณา (Opportunity recognition) ที่กระบวนการบริการมากกว่าการปฏิบัติการพยาบาล และต้องมีการประเมินความเป็นไปได้ของทุกความคิด (Idea evaluation) ทั้งนี้กระบวนการใหม่ที่เกิดขึ้นต้องได้รับการพัฒนา (development) มาจากระบบบริการเดิมหรือเป็นระบบบริการที่คิดค้นขึ้นมาใหม่จนสามารถนำมาพัฒนาเป็นระบบในเชิงพาณิชย์ได้ (Commercialization) (ดังรูปที่ 11) เช่น ระบบการนัดหมาย กระบวนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วน การตอบถามสุขภาพทางวิทยุ แนวปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล เป็นต้น



ภาพที่ 12 กระบวนการทางนวัตกรรม

ลักษณะของความเป็นนวัตกรรมสาธารณสุขคือ

- 1) การให้บริการแบบใหม่ หรือมีการคิดค้นวิธีการให้บริการใหม่ เป็นสิ่งใหม่ที่ใช้การได้ ใช้งานได้จริง คู่มีค่า คู่มีทุน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีผลลัพธ์ที่ดี
- 2) เป็นบริการที่นำวิธีการจัดการระบบมาใช้ในการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลง

- 3) บริการที่ใช้การประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยให้การให้บริการ
- 4) บริการที่แสดงออกถึงความคิดสร้างสรรค์ในการให้บริการ
- 5) บริการเดิมหรืออุปกรณ์เดิมที่มีอยู่มาปรับเปลี่ยน ปรับปรุง คัดแปลง ต่อยอดจากของเดิม

ตัวอย่างของนวัตกรรมสาธารณสุขในประเทศไทย

- 1) บริการที่ใช้การประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยให้การให้บริการเช่น

- กางเกงในอนามัย เป็นการประดิษฐ์กางเกงในเพื่อใช้ในการตรวจภายในของผู้หญิง ลดความอาย

- เสื้อให้นมบุตร เป็นการประดิษฐ์เสื้อที่เปิดเฉพาะบริเวณที่ต้องการให้นมบุตร เพื่อสะดวกเวลาให้นมบุตรและลดความอายเวลาให้นมบุตรในที่สาธารณะ

- การประดิษฐ์ฟองน้ำคาดพุงสอนการนวดอินซูลิน เป็นการประดิษฐ์ฟองน้ำเป็นแถบคาดพุงผู้รับบริการ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้รับบริการในการนวดอินซูลินด้วยตนเองที่บ้าน

- รুমหัตถกรรม เป็นการประดิษฐ์กระดาษเจาะรูสี่เหลี่ยมเพื่อกำหนดพื้นที่ในการคำนวณจุดเลือดออกภายหลังจากการทำ tourniquet test (วัดจุดเลือดออก)

- กระจกนัยยคยอชุกริน (กระจกใส่ปีศาจในเด็ก) เป็นการประดิษฐ์ด้วยกระดาษของสายน้ำเกลือมาคล้องเอาเด็กผู้ชายในการรอน้ำปีศาจเพื่อส่งตรวจตามแผนการรักษา

- กะลानวดหลัง เป็นการประดิษฐ์กะลาใส่เบาะนั่ง หรือเบาะนอน หรือเบาะรองเท้า เพื่อเป็นการนวดกดจุดบริเวณที่ผู้ป่วยมีอาการปวด

- เสื้อเชื่อมบ้านพยาบาลชุมชนยุค post modern เป็นการประดิษฐ์ตัดเย็บเสื้อเอนกประสงค์ในการใส่อุปกรณ์ในการเชื่อมบ้าน

- นาฬิกาพลิกตัวลดแผลกดทับ เป็นการประดิษฐ์นาฬิกากระดาษไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วยพร้อมใส่แถบบอกเวลาในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เพื่อลดอาการเป็นแผลกดทับ เป็นต้น

- 2) การคิดวิธีการให้บริการแบบใหม่เช่น

- คลิปกดจุดลดการเจ็บปวดในห้องคลอด

- สื่อ animation ลดความเจ็บปวดและความกลัว

- แม่เหล็กกดจุดบนใบหูต่อการเจ็บตึงแผลฝีเย็บและปวดมดลูกหญิงหลังคลอด

- การใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นมะกรูดในการลดปวดของผู้คลอด

- การหายใจแบบโยคะลดความเครียดหญิงตั้งครรภ์

- แนวปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บบริเวณคอและกระดูกสันหลัง ณ จุดเกิดเหตุ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อชะลออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

ตัวอย่างของนวัตกรรมสาธารณสุขในต่างประเทศ

○ การศึกษาของไนติงเกลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากภาวะไข้ของมารดาหลังคลอด โดยการสังเกตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการบริการและใส่ใจเรื่องไข้ในมารดาหลังคลอดมากขึ้น จนทำให้มารดาหลังคลอดมีความปลอดภัย

○ การพัฒนาการดูแลทารกแบบแกงการูในโคลัมเบีย เพื่อให้ผิวหนังของทารกสัมผัสผ้ออกแม่ เพิ่มอุณหภูมิของร่างกายทารก สามารถลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดได้ โดยมีจุดเริ่มต้นของปัญหาจากการมีตุ่มไม่เพียงพอ มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง

○ การใช้โทรศัพท์ในการติดต่อดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ เอช ไอ วี เอดส์ ให้รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ในประเทศแอฟริกาใต้ เพื่อลดปัญหาการฉ้อยา หรือการพัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อลดความอ่อนล้าและความเครียดของมารดา ในประเทศไอซ์แลนด์ เป็นต้น

ความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข

จากตัวอย่างของนวัตกรรมสาธารณสุขยังทำให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุขดังนี้

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดความปลอดภัย และพยาบาลวิชาชีพเองมีการให้บริการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. เพื่อสร้างความรู้ใหม่ในการให้บริการพยาบาล ระบบบริการพยาบาล หรือระบบสุขภาพ โดยผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงข้อมูลทำให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการพยาบาลได้

3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายหรือลดการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อแก้ปัญหางบประมาณกำลังคน การงาน การบริหารจัดการ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการสนับสนุนการให้บริการ เช่น

4. เพื่อประสานความร่วมมือกับหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ เนื่องจากการคิดค้นการให้บริการแบบใหม่ในเชิงกระบวนการ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นการจะพัฒนานวัตกรรมบริการจึงต้องประสานความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้บริการที่ทันสมัยและผู้ใช้บริการได้รับการบริการที่ดีเยี่ยม

5. เพื่อช่วยจัดการความเสี่ยงและสนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใช้บริการ

6. เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีคุณค่าของพยาบาลวิชาชีพ ในการให้บริการ ซึ่งการคิดค้นและพัฒนาการให้บริการจะช่วยให้พยาบาลได้แสดงศักยภาพของตนเองในการคิดค้นและพัฒนาตนเอง

7. เพื่อเป็นการชี้แจงไว้ซึ่งความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพและสานต่อองค์ความรู้ของวิชาชีพ ให้มีการพัฒนาอย่างรู้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง

8. เพื่อเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพในเรื่องการพัฒนานโยบาย การวางแผนงานด้านการบริการ การจัดอัตรากำลังในการให้บริการพยาบาล การพัฒนาการให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประหยัด ตลอดจนเป็นการสร้างเครือข่ายระดับชาติ และนานาชาติในเวที การแลกเปลี่ยนนวัตกรรมซึ่งกันและกัน

ประโยชน์จากการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุขต่อระบบสุขภาพหรือระบบบริการพยาบาล

การพิจารณาประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากนวัตกรรมสาธารณสุขควรมีแนวทางในการพิจารณาดังนี้

- 1) แนวคิดในการสร้างนวัตกรรมสาธารณสุขคืออะไร
- 2) การนำนวัตกรรมสาธารณสุขมาใช้มีเป้าหมายอย่างไร
- 3) นวัตกรรมสาธารณสุขเกิดประโยชน์ต่อองค์กรพยาบาล หรือต่อสถานที่ทำงานหรือไม่ อย่างไร
- 4) การมีนวัตกรรมสาธารณสุขก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ใช้บริการอย่างไร
- 5) ต้นทุนในการสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุขมีอะไรบ้าง
- 6) มีความเสี่ยงอะไรบ้างที่เกิดขึ้นจากการนำนวัตกรรมสาธารณสุขมาใช้
- 7) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลสามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในการนำ นวัตกรรมบริการมาใช้หรือไม่อย่างไร
- 8) การใช้นวัตกรรมสาธารณสุขมีโอกาสพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการหรือไม่อย่างไร
- 9) การลงมือำนนวัตกรรมสาธารณสุขมาปฏิบัติจะทำได้อย่างไร
- 10) นวัตกรรมสาธารณสุขสามารถขยายแนวคิดการนำไปใช้ได้หรือไม่ อย่างไร

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแล้ว นั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประโยชน์จากการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุขต่อระบบสุขภาพหรือระบบบริการพยาบาลต้องอาศัย การการแพร่กระจายหรือการขยายผลงานนวัตกรรม เนื่องจากนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นใหม่ต้องการมี ความต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการนำไปใช้ให้เหมาะสม โดยประโยชน์จะเกิดขึ้นจากการขยายผลนำ นวัตกรรมสาธารณสุขที่ได้ไปดำเนินการดังนี้

1. การนำนวัตกรรมต้นแบบไปทดลองใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่คล้ายคลึงกัน
2. นำนวัตกรรมต้นแบบไปทดลองใช้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน
3. นำนวัตกรรมต้นแบบไปปรับใช้ให้เหมาะสมในสถานการณ์ใหม่ที่คล้ายคลึงกัน
4. นำนวัตกรรมต้นแบบไปปรับใช้ให้เหมาะสมในสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างกัน
5. นำนวัตกรรมต้นแบบ กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาวัตกรรมใหม่ในสถานการณ์ใหม่

แนวทางการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข

ประกอบด้วย

- 1) กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข
- 2) คิดรูปแบบการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข
- 3) ดำเนินการตามวิธีคิดรูปแบบการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข

พยาบาลวิชาชีพสามารถเลือกกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนานวัตกรรมบริการได้จากประสบการณ์ทำงาน หรือตามสภาพปัญหาที่พบบ่อยในการให้บริการ โดยกลุ่มเป้าหมายจะมี 4 ลักษณะคือ

- กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีตามวัย เช่น ทารกแรกเกิด เด็กก่อนเรียน วัยเรียน วัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ วัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ เป็นต้น
- กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น เด็กวัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดต่อกระดูก สตรีประกอบอาชีพทอผ้าเสี่ยงต่อโรคภูมิแพ้ เป็นต้น
- กลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคข้อเข่า เป็นต้น
- กลุ่มที่ต้องการการดูแลเฉพาะ กลุ่มด้อยโอกาส เช่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มคนยากจน คนชายขอบ กลุ่มแรงงานต่างด้าว กลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มคนโรคจิต เป็นต้น

2) คิดรูปแบบการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข

รูปแบบการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุขสามารถอธิบายได้ 5 รูปแบบ (ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ อมร รอดคล้าย และพงษ์เทพ สุธีรวิฑู. 2549) คือ

รูปแบบที่ 1 ใช้ความรู้เดิม วิธีการเดิม ขยันทำให้มากขึ้น ผลงานพัฒนาขึ้นใหม่

หมายความว่า พยาบาลให้บริการพยาบาลโดยยังคงใช้ความรู้เดิมที่เรียนมา หรือจากการสังขมประสบการณ์จากการทำงาน โดยใช้วิธีการให้บริการแบบเดิมที่ยึดถือและปฏิบัติกันมาอย่างต่อเนื่อง แต่ปฏิบัติการพยาบาลให้มากขึ้นจนสามารถอธิบายปัญหาหรือวิธีการให้บริการพยาบาลได้อย่างชัดเจนแล้วนำสิ่งที่เป็นปัญหา หรือ ความสำเร็จของการให้บริการอย่างสม่ำเสมอมาสรุปเป็นผลงานใหม่

รูปแบบที่ 2 ใช้ความรู้เดิม วิธีการใหม่ (เก่าจากที่อื่น) ผลงานพัฒนาขึ้นใหม่

หมายความว่า พยาบาลยังคงให้บริการพยาบาลโดยใช้ความรู้เดิมตามประสบการณ์เดิมจากการทำงาน มีการค้นคว้าหาวิธีการให้บริการ โดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เช่น การอ่านหนังสือ

วารสารทางการแพทย์ การศึกษาดูงานจากที่อื่น ๆ การเข้าร่วมประชุมวิชาการ กาบอกเล่าจากผู้มีประสบการณ์ แล้วศึกษาวิธีการดังกล่าวอย่างละเอียด แล้วลอกเลียนต้นแบบเพื่อนำวิธีการที่ได้ศึกษามาจากที่อื่นมาใช้ในการให้บริการพยาบาลที่ตนเองทำงาน แล้วสรุปเป็นผลงานใหม่

รูปแบบที่ 3 ใช้ความรู้เดิม วิธีการใหม่ (ใหม่จากที่อื่น) ผลงานพัฒนาขึ้น

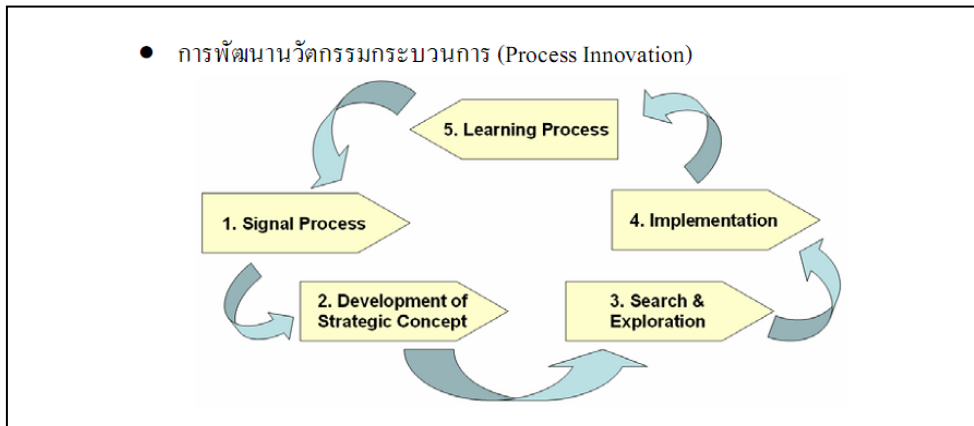
หมายความว่า พยาบาลให้บริการพยาบาลโดยใช้ความรู้เดิมตามประสบการณ์เดิมจากการทำงาน มีการค้นคว้าหาวิธีการให้บริการ โดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เช่น การอ่านหนังสือ วารสารทางการแพทย์ การศึกษาดูงานจากที่อื่น ๆ การเข้าร่วมประชุมวิชาการ กาบอกเล่าจากผู้มีประสบการณ์ แล้วศึกษาวิธีการดังกล่าวอย่างละเอียดเพื่อนำวิธีการที่ได้ศึกษามาจากที่อื่นมาพัฒนาการให้บริการพยาบาลในที่ตนเองทำงาน แล้วสรุปเป็นผลงานใหม่

รูปแบบที่ 4 ใช้ความรู้ใหม่ วิธีการเดิม ผลงานพัฒนาขึ้นใหม่

หมายความว่า พยาบาลให้บริการพยาบาลโดยใช้ค้นคว้าหาความรู้ใหม่จากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เช่น การอ่านหนังสือ วารสารทางการแพทย์ การศึกษาดูงานจากที่อื่น ๆ การเข้าร่วมประชุมวิชาการ กาบอกเล่าจากผู้มีประสบการณ์ แล้วศึกษาวิธีการดังกล่าวอย่างละเอียดเพื่อพัฒนาวิธีการให้บริการแบบเดิมที่ตนเองปฏิบัติมาเป็นเวลานาน แล้วสรุปเป็นผลงานใหม่

รูปแบบที่ 5 ใช้ความรู้ใหม่ วิธีการใหม่ ผลงานพัฒนาขึ้นใหม่

หมายความว่า พยาบาลให้บริการพยาบาลโดยใช้ค้นคว้าหาความรู้ใหม่จากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เช่น การอ่านหนังสือ วารสารทางการแพทย์ การศึกษาดูงานจากที่อื่น ๆ การเข้าร่วมประชุมวิชาการ กาบอกเล่าจากผู้มีประสบการณ์ แล้วคิด สร้าง วิธีการใหม่ เพื่อพัฒนาวิธีการให้บริการแบบใหม่จากความรู้นี้แล้วสรุปเป็นผลงานใหม่ โดยรูปแบบนี้สามารถพัฒนานวัตกรรมในเชิงกระบวนการได้จากการพิจารณากระบวนการดั้งเดิมในการให้บริการ (Signal process) ตั้งเป้าหมายในการพัฒนานวัตกรรมในการให้บริการพยาบาลจากการพัฒนากลยุทธ์หรือแนวคิด (development of strategic concept) จากนั้นทำการสืบค้น ค้นหา เพื่อให้ค้นพบวิธีการใหม่ในการให้บริการจากองค์ความรู้ใหม่ (search & exploration) เมื่อได้นวัตกรรมบริการพยาบาลแล้วต้องมีกระบวนการทดลองหรือนำไปใช้จริงเพื่อประเมินความเป็นได้ในการให้บริการ (Implement) จากนั้นทำการจดบันทึกกระบวนการเรียนรู้ (Learning process) ที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นข้อสรุปความรู้ที่สั่งสมจากประสบการณ์ให้เป็นบทเรียนในการเรียนรู้ที่จะพัฒนานวัตกรรมบริการพยาบาลต่อไปในอนาคต (ดังภาพที่ 12)



ภาพที่ 13 การพัฒนานวัตกรรมกระบวนการ

ตัวอย่างการพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข

นวัตกรรมเป็นแนวทางการพัฒนาการให้บริการของพยาบาลเกิดขึ้นจากการคิดค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาจากการให้บริการ หรือการหาวิธีการจัดการในการให้บริการสุขภาพนั้นด้วยการพัฒนาวิธีการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลต้องมีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ ในการศึกษาหาข้อมูลความเป็นไปได้แล้วคิดค้นวิธีการต่าง ๆ เข้าใจแนวคิดของการพัฒนาระบบสุขภาพในปัจจุบันเช่น แนวคิดการเข้าถึง เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง จากนั้นนำไปประเมินผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ซึ่งการจะสร้างบทบาทการคิด ค้น สร้างนวัตกรรมบริการได้นั้น พยาบาลต้องมีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุขคือ

1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนานวัตกรรมให้ชัดเจน เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ฯลฯ โดยหาข้อมูลจากประสบการณ์เดิมและประสบการณ์ของผู้ผู้เชี่ยวชาญในชุมชน หรือองค์กรชุมชนในความพยายามแก้ไขปัญหาการให้บริการเพื่อมุ่งหวังให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และยังคงคาดหวังให้มีการปรับกระบวนการทำงาน สร้างระบบใหม่ในการกำหนดกิจกรรมในการให้บริการเช่น

○ ประเมินเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงหรือการค้นหากลุ่มเป้าหมายในการคิด ค้น นวัตกรรมให้ชัดเจน มีการศึกษาข้อมูลเชิงสังคมวัฒนธรรม บริบทของชุมชน ผังเครือญาติเพื่อประกอบการพัฒนากลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ให้มีความเชื่อมโยงกันในการบริการที่ต้องการค้นหากลุ่มเสี่ยง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย

2. ทิศกระบวนการสร้างบริการการพยาบาลเพื่อพัฒนานวัตกรรม เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนนักปฏิบัติการ เน้นการสร้างการเคลื่อนไหวทางสังคม เน้นการสร้างเครือข่าย เน้นการบริการที่ใช้เทคนิคทางวิชาชีพและวิชาการ เช่น

○ การค้นหา ใช้ และให้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ และการป้องกันเพื่อเป็นฐานในการสร้างการปรับตัว หรือแนวทางการจัดการภาวะสุขภาพ หรือสร้างกระบวนการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ไปในทุกกลุ่ม การให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค

○ การจัดการกระบวนการกลุ่มการเรียนรู้ เพื่อเรียนรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน การติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อเรียนรู้วิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและให้ข้อมูลหรือให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพและการจัดการปัญหาการจัดการกระบวนการเฝ้าระวังทางโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จัดกระบวนการเรียนรู้ปัญหาในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง จัดกระบวนการศึกษาข้อมูลชุมชน ครอบครัวและผู้นำชุมชน

○ การค้นหาและใช้ทุนทางสังคมในการสร้างการมีส่วนร่วมของการจัดบริการ

○ การสร้างกฎกติกาการยกระดับพื้นที่ เพื่อให้องค์กรชุมชน หน่วยงาน หุ้นส่วนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้ร่วมทำงานร่วมกันในการดูแลสุขภาพของชุมชน

ดังนั้น บทบาทการคิด ค้น สร้าง นวัตกรรมสาธารณสุขควรแสดงดังนี้

1. ค้นหาข้อมูลสุขภาพชุมชน ค้นหาศักยภาพของชุมชน และพิจารณาการนำศักยภาพของชุมชนมาใช้ประโยชน์ในการจัดบริการ แล้วนำเสนอข้อมูลต่อผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำเป็นแผนพัฒนาสุขภาพระดับชุมชน ระดับตำบล

2. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากประสบการณ์ จากข้อมูลข่าวสาร ชุดความรู้ต่าง

3. จัดกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาคมในพื้นที่ ให้สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในภาคประชาชนในการให้บริการได้อย่างรู้เท่าทันต่อปัญหาและความต้องการ

4. สร้างข้อตกลงในการพัฒนานวัตกรรมในการทำงานร่วมกับพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการสร้างกลไกในการดูแลสุขภาพชุมชนในแต่ละเรื่องของการให้บริการ

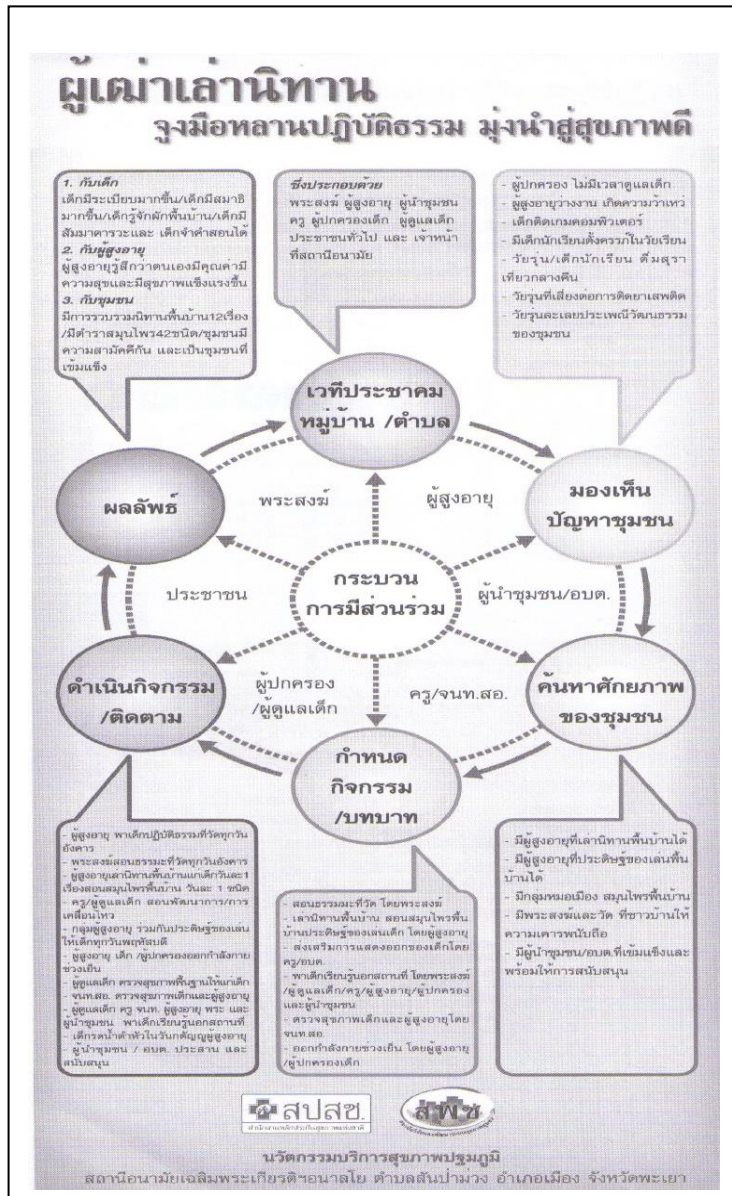
5. สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายและกลุ่มช่วยเหลือดูแลกันในชุมชนเช่น กลุ่ม อสม. เครือข่ายเยาวชน เครือข่ายผู้พิการ เครือข่ายผู้ใช้แรงงาน เครือข่ายสตรี เป็นต้น

6. การปรับวิธีการทำงาน ในการหาข้อมูลสุขภาพชุมชน การค้นหาแหล่งทุนทางสังคม การนำศักยภาพของชุมชนมาใช้ ใช้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ภูมิปัญญาชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐานคิดผลลัพธ์ที่ต้องการแล้วจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาองค์ความรู้ที่อยู่ในประสบการณ์ของผู้รู้หรือทุนทางสังคมในชุมชน มีการออกแบบกิจกรรมในการดูแลประชาชนแบบมีส่วนร่วมและตอบสนองตามความต้องการของพื้นที่ ดึงศักยภาพของชุมชนมาร่วมกันทำงาน ให้คำปรึกษาและสื่อสารกับกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในชุมชน

3. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพให้มีความสามารถหรือศักยภาพในการประสานงาน เพื่อให้ผู้ดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆในพื้นที่สามารถร่วมกันจัดตั้งกลุ่มอย่างเป็นทางการและกลุ่มอย่างเป็นทางการภายใต้การอบรม พื้นฟูความรู้ สร้างกลุ่มช่วยเหลือกัน มีกิจกรรมชมรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ให้โอกาสหุ้นส่วนสุขภาพเช่น อบต. ผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการ ผู้นำชุมชนอย่างไม่เป็นทางการ ได้มีส่วนร่วมในการคิดค้นนวัตกรรมร่วมกัน

นวัตกรรมการบริการพยาบาลนี้เป็นการนำเสนอตัวอย่างจากบทสังเคราะห์นวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนของ ขนิษฐา นันทบุตร (2550) ที่ศึกษากรณีตัวอย่าง 60 กรณีจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 124 แผนภาพความคิดการปฏิบัติการของนวัตกรรมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ พื้นที่ภาคเหนือของวิลาวัลย์ เสนารัตน์ (2550) ซึ่งเป็นตัวอย่างนวัตกรรมที่เข้าถึงการดูแลสุขภาพชุมชนที่เป็นการดูแลมีความหมายมากกว่า “บริการสุขภาพ” การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ทุนทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน พลังอาสาในการดูแลสุขภาพชุมชน และการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนที่ต้องการการจัดการแบบครอบคลุมทุกเงื่อนไขที่ส่งผลต่อชีวิต ดังนั้นจากตัวอย่างนวัตกรรมการบริการฯดังกล่าว จึงสามารถวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลในแต่ละเป้าหมายได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

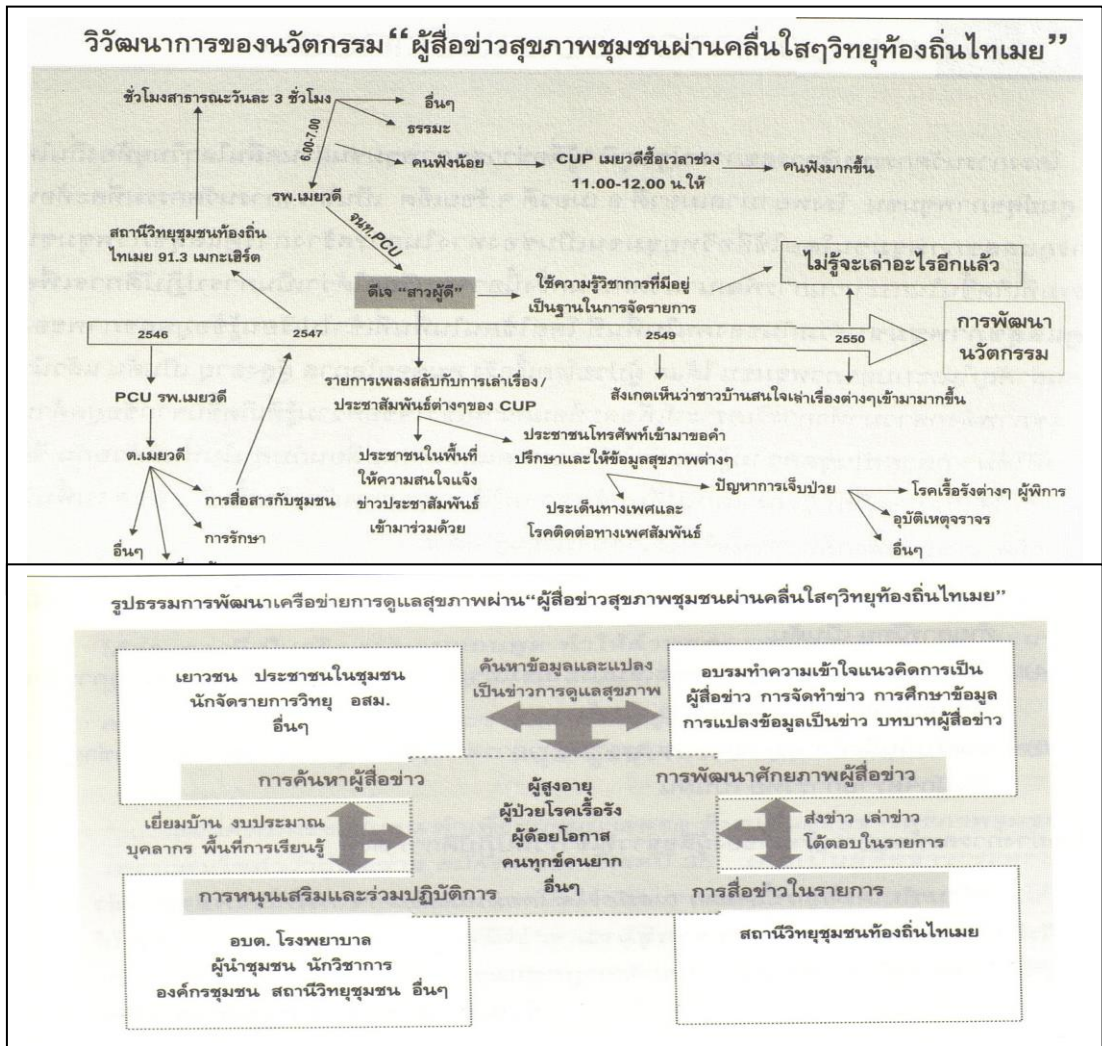
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน



จากตัวอย่างการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จะเห็นว่า พยาบาลต้องแสดงบทบาทดังนี้

1. บทบาทผู้เื้ออำนาจให้ เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม
2. บทบาทผู้ให้ ข้อมูล ภายใต้งของการแสวงหา และค้นหาข้อมูลปัญหาของชุมชน
3. บทบาทผู้ประสานงาน โดยค้นหาศักยภาพของผู้นำชุมชน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
4. บทบาทผู้นิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผล ลัพท์ที่ต้องการนำเสนอต่อประชาชน

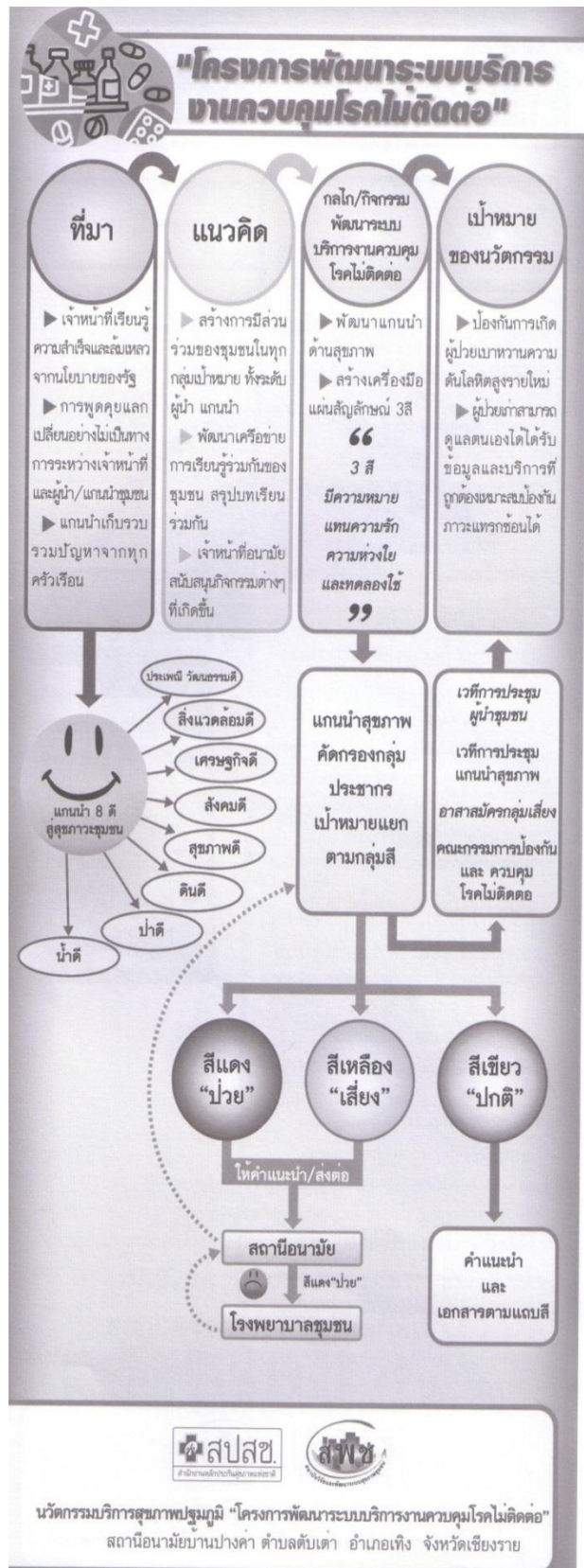
ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ



จากตัวอย่างชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ จะเห็นว่า พยาบาลต้องแสดงบทบาทดังนี้

1. บทบาทผู้นำในการเปลี่ยนแปลงโดยหากกลุ่มเป้าหมายที่สนใจแล้วใช้เทคนิคการสื่อสารกับชุมชนเป็นกลยุทธ์ในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพ
2. บทบาทผู้ให้ข้อมูลภายใต้ของการแสวงหาและค้นหาข้อมูลแปลงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
3. บทบาทผู้ประสานงานโดยค้นหาศักยภาพของผู้นำชุมชน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องพัฒนาศักยภาพในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร
4. บทบาทผู้ประสานงานกับหน่วยงานที่หนุนเสริมและร่วมประสานงานเช่น อบต. โรงพยาบาล องค์กรชุมชน และชุมชนอื่น ๆ

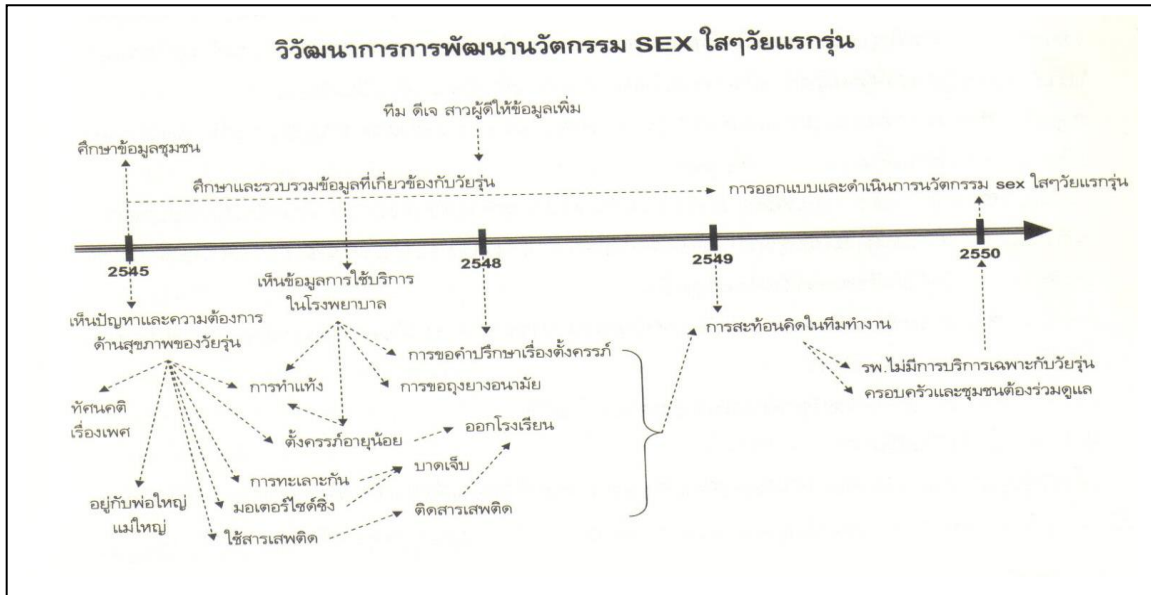
การควบคุมป้องกันโรคโดยชุมชน



จากตัวอย่าง การควบคุมป้องกันโรคโดยชุมชน จะเห็นว่า พยาบาลอนามัยชุมชนต้องแสดงบทบาทดังนี้

1. บทบาทผู้จัดการความรู้จากบทเรียนต่างๆ ของโรคไม่ติดต่อ
2. บทบาทผู้เอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้นำแกนนำในชุมชน
3. บทบาทผู้ประสานงานโดยค้นหาศักยภาพของผู้นำชุมชน ตลอดจนแกนนำด้านสุขภาพ
4. บทบาทผู้พัฒนาเครือข่ายผู้นำด้านสุขภาพ ได้อาสาสมัคร เกิดการสร้างหุ้นส่วนผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อสรุปบทเรียนร่วมกัน

การส่งเสริมสุขภาพครอบครัว



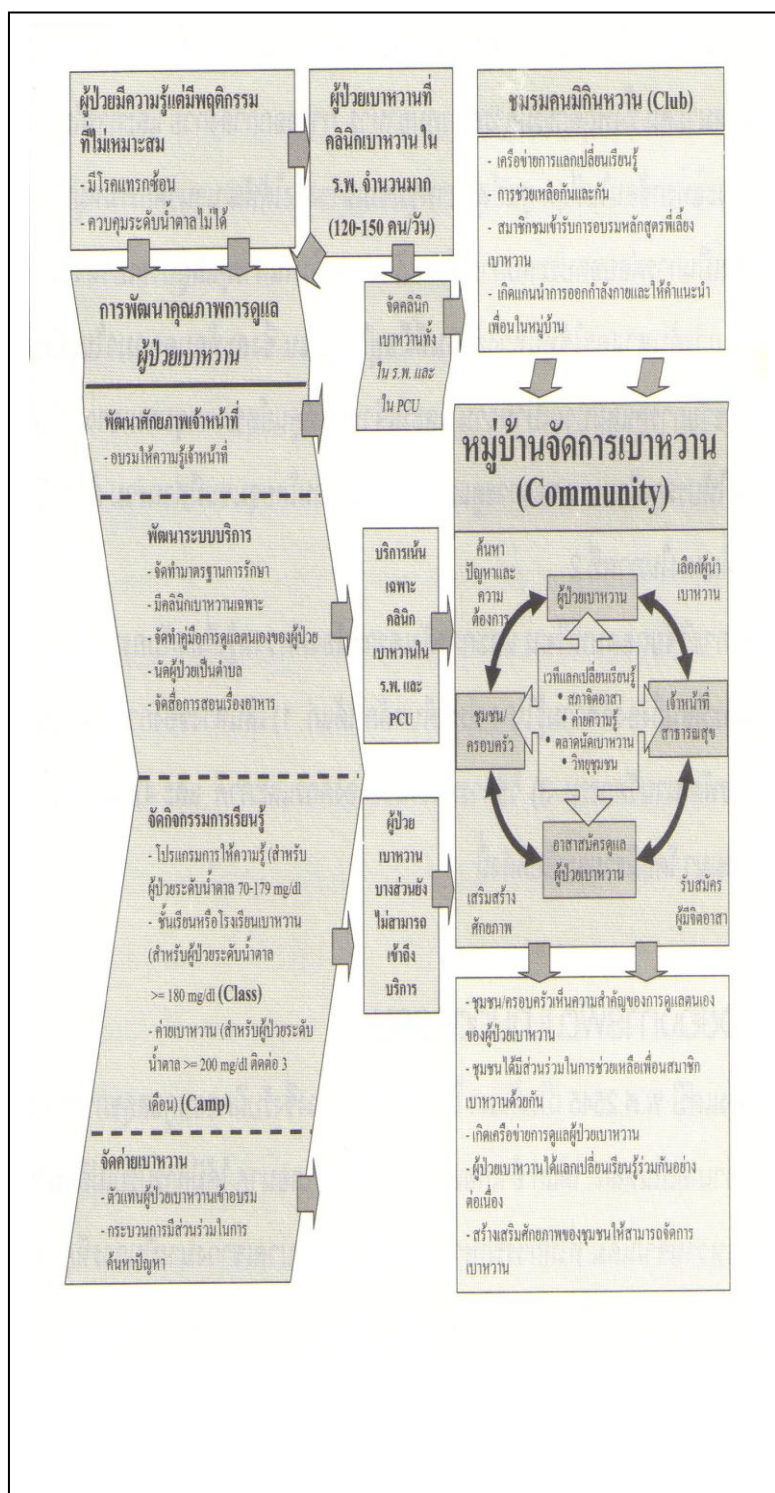
จากตัวอย่างส่งเสริมสุขภาพครอบครัว จะเห็นว่า พยาบาลต้องแสดงบทบาทดังนี้

1. บทบาทผู้แสวงหาข้อมูล ค้นหาข้อมูลปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของวัยรุ่น ความคิดเห็นของครอบครัว ศึกษาเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับอัตราความชุกของปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นในสถานบริการ
2. บทบาทผู้นำในการเปลี่ยนแปลงโดยหากกลุ่มเป้าหมายที่สนใจแล้วใช้เทคนิคการสื่อสารกับชุมชนเป็นกลยุทธ์ในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพ
3. บทบาทผู้สร้างชุดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพวัยรุ่นในพื้นที่
4. บทบาทผู้สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น อบต. โรงพยาบาล ปราชญ์ชาวบ้าน อสม. วัยรุ่น สมาชิก อบต. ผู้ปกครอง องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่ PCU

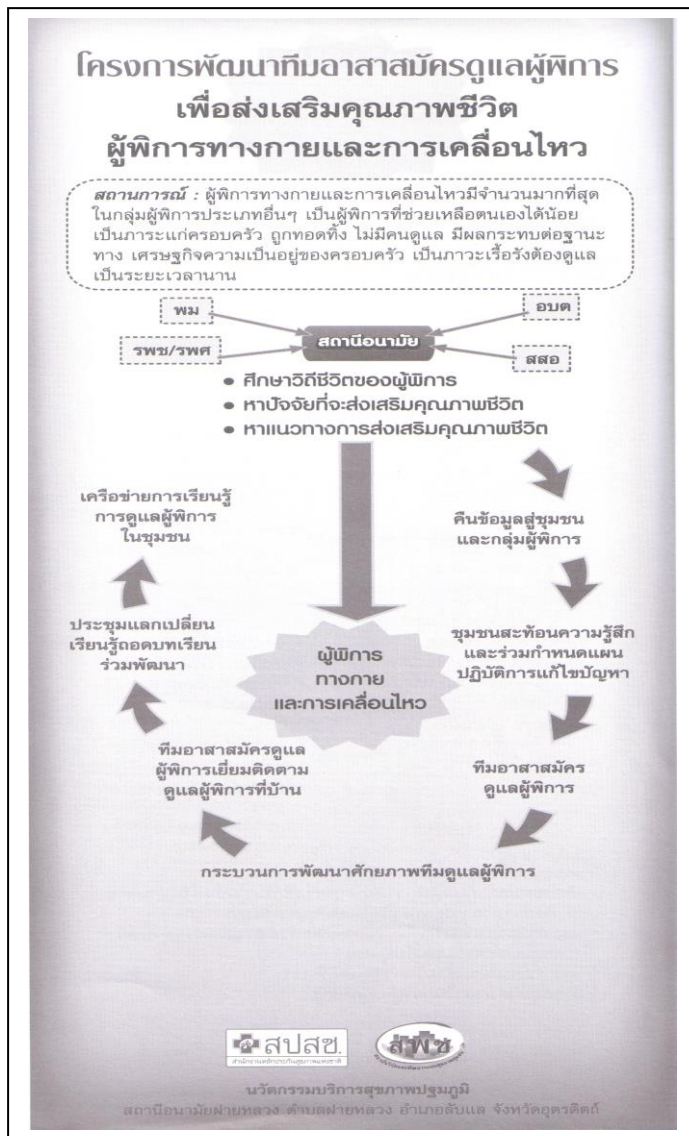
การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน

จากตัวอย่างการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน จะเห็นว่าพยาบาลต้องแสดงบทบาทดังนี้

1. บทบาทผู้จัดการความรู้ จากบทเรียนต่างๆ จากการพัฒนากระบวนการพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
2. บทบาทผู้เอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้นำ แกนนำในชุมชน ครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
3. บทบาทผู้ประสานงานในการทำกิจกรรมค่าย การเรียนรู้ โปรแกรมการเรียนรู้
4. บทบาทผู้พัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครดูแลสุขภาพประจำครอบครัว
5. บทบาทของการเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลโรคเรื้อรัง พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้โรคเรื้อรังแก่ชุมชนและอาสาสมัครประจำครอบครัว



การดูแลผู้ด้อยโอกาสในชุมชน



จากตัวอย่างการดูแลผู้ด้อยโอกาสในชุมชน จะเห็นว่า พยาบาลอนามัยชุมชนต้องแสดงบทบาทดังนี้

1. บทบาทนักวิจัยในการแสวงหาปัญหา วิถีชีวิตของผู้พิการ หาปัจจัยสาเหตุ หาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิต
2. บทบาทผู้เอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้นำ แกนนำในชุมชน ครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยพิการ
3. บทบาทผู้ประสานงานในการทำกิจกรรมเพื่อถอดบทเรียน
4. บทบาทผู้พัฒนาเครื่องช่วยการเรียนรู้การดูแลผู้พิการในชุมชน

จากตัวอย่างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพต่าง ๆ ที่วิเคราะห์บทบาทของพยาบาลนั้น เป็นเพียงตัวอย่างที่ทำให้มองเห็นบทบาทหน้าที่ ซึ่งในแต่ละตัวอย่างนั้นสามารถวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลเพิ่มได้อีกมากมายและหลากหลายตามมุมมองและประสบการณ์ที่พยาบาลจะให้ความสำคัญยอมทำให้การแสดงบทบาทนั้นมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างเหล่านี้สะท้อนบทบาทหน้าที่การทำงานของพยาบาลได้ทุกบทบาทอย่างชัดเจน

บรรณานุกรม

- ขนิษฐา นันทบุตร. (2550) **บทสังเคราะห์นวัตกรรมการอยู่ยงยศาสตร์ระบบสุขภาพชุมชน.**
กรุงเทพมหานคร : อุษากการพิมพ์.
- ปรีดา ยังสุขสถาพร.(2551) **วิธีผู้แทนแห่งองค์กรแห่งนวัตกรรม.** กรุงเทพมหานคร : สถาบัน
เพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550) **การพัฒนางานประจำสู่นวัตกรรม :**
การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- พระมหาสุทิตย์ อากาศโร (อบอุ้น). (2548)**นวัตกรรมการเรียนรู้ คน ชุมชนและการพัฒนา.**
กรุงเทพมหานคร : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชน.
- พิรุณ รัตนวิช. (2545) **คุณภาพบริการด้านสาธารณสุขสำหรับพยาบาล.** มปท.
- สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (2551) **เรื่องเล่าจินตนาการสุขภาพใหม่ปีที่ 1.** นนทบุรี :
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- สุวาลี ชูเกียรติ. (2544) **นวัตกรรมสาธารณสุขไทย.** กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.
- อมร รอดคล้าย และพงษ์เทพ สุธีรวุฒิ. (2549) **นวัตกรรมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ.**
กรุงเทพมหานคร : (เอกสารอัดสำเนา).
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2550) **การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร : ช่างเผือก.
- Allan Afuah. (1998) **Technological innovation and building up sustained competitive
advantages in the brazilian cellular telephone market.**
[http://www.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/2/3/1/2/9/pages
31292/p231292-6.php](http://www.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/2/3/1/2/9/pages31292/p231292-6.php)
- Max Mackeown. (2008) **The truth about innovation .**
[http://www.scribd.com/document_downloads/2915246?extension=pdf&secret password](http://www.scribd.com/document_downloads/2915246?extension=pdf&secret_password)

บทที่ ๔

กระบวนการพยาบาลในการอนามัยชุมชน

ผศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมเพื่อให้นักศึกษาเข้าใจและสามารถอธิบายเกี่ยวกับ

- 1) อธิบายการประเมินภาวะสุขภาพชุมชน ตามแนวคิดหลักการประเมินภาวะสุขภาพชุมชน การใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพชุมชนเช่น เครื่องมือการประเมินชุมชนแบบเร่งด่วน RECAP เครื่องมือ 7 ชิ้น ฯลฯ
- 2) อธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัยภาวะสุขภาพชุมชน แนวคิด หลักการวินิจฉัยภาวะสุขภาพชุมชน เครื่องมือ กระบวนการวินิจฉัยภาวะสุขภาพชุมชน
- 3) อธิบายเกี่ยวกับการวางแผนแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพชุมชน การประยุกต์ใช้แนวทางทางวิทยาการระบาดในการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน การประยุกต์ใช้ดัชนีอนามัยในการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน การประยุกต์ใช้การเฝ้าระวัง การสอบสวนโรค แนวคิดการป้องกันและควบคุมโรคในการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน
- 4) วิเคราะห์การออกแบบกิจกรรม/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพชุมชน ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมถึงภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง
- 5) อภิปราย การประเมินผลการดำเนินโครงการ

เนื้อหา

- 1) การประเมินภาวะสุขภาพชุมชน ตามแนวคิดหลักการประเมินภาวะสุขภาพชุมชนการใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพชุมชนเช่น เครื่องมือการประเมินชุมชนแบบเร่งด่วน RECAP เครื่องมือ 7 ชิ้น ฯลฯ
- 2) การวินิจฉัยภาวะสุขภาพชุมชน แนวคิด หลักการวินิจฉัยภาวะสุขภาพชุมชน เครื่องมือ กระบวนการวินิจฉัยภาวะสุขภาพชุมชน
- 3) การวางแผนแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพชุมชน การประยุกต์ใช้แนวทางทางวิทยาการระบาดในการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน การประยุกต์ใช้ดัชนีอนามัยในการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน การประยุกต์ใช้การเฝ้าระวัง การสอบสวนโรค แนวคิดการป้องกันและควบคุมโรคในการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน

- 4) การออกแบบกิจกรรม/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพชุมชน ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมถึงภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรัง
- 5) การประเมินผลการดำเนินโครงการ

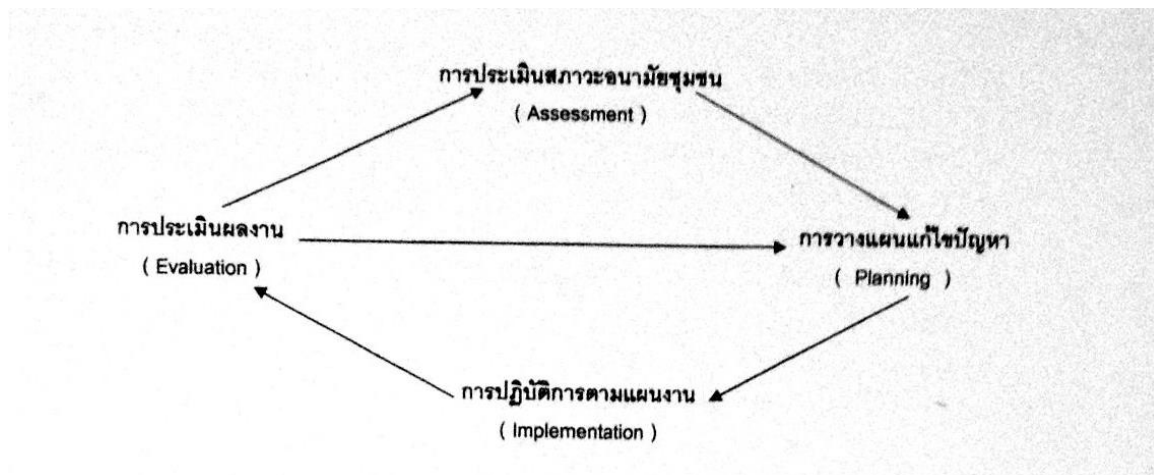
การปฏิบัติงานด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนนั้น บุคลากรผู้รับผิดชอบมีหลายระดับแตกต่างกันตามบทบาท และหน้าที่ความรับผิดชอบ แต่ทุกคนมีเป้าหมายอย่างเดียวกันคือ ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี แข็งแรงปราศจาโรคและไม่มีปัญหาทางสังคม พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นบุคคลหนึ่งในทีมความรับผิดชอบนั้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้นั้น จำเป็นต้องมีขั้นตอนในการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รับประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

การใช้กระบวนการพยาบาลในงานอนามัยชุมชน

หมายถึง ขั้นตอนการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการหรือชุมชน โดยนำปัญหาเหล่านี้มาวางแผนแก้ไข เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและประเมินผล ดังนั้นการดำเนินงานอนามัยชุมชน โดยใช้กระบวนการนี้จึงเป็นพลวัตร (Dynamic) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินสถานะอนามัยชุมชน (Assessment)
 - 1.1 การทำแผนที่สังเขป
 - 1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 1.3 การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล
2. การวินิจฉัยภาวะสุขภาพชุมชน การวินิจฉัยปัญหา
3. การวางแผนการแก้ไขปัญหอนามัยชุมชน(Planning)
 - 3.1 ระยะเวลาวางแผน
 - 3.1.1 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
 - 3.1.2 การศึกษาสาเหตุของปัญหา
 - 3.2 ระยะเวลาวางแผน
 - 3.2.1 การวางแผนงานหลัก (Master Plan)
 - 3.2.2 การวางแผนงานย่อยหรือ โครงการ (Sub Plan,Project)
4. การปฏิบัติงานตามแผน (Master Plan) และการออกแบบกิจกรรม/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพชุมชน
5. การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Evaluation)

การดำเนินการแก้ไขปัญหามุมมองนี้จำเป็นต้องทำเป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง เพราะเมื่อประเมินผลงานในโครงการต่าง ๆ แล้วนั้น สามารถนำข้อมูลที่ได้กลับมาหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำไปวางแผนงานใหม่ได้ หรือนำกลับไปวางแผนงาน ได้ใหม่แล้วแต่กรณีที่เหมาะสมตามแผนภูมิดังนี้



การประเมินสถานะอนามัยชุมชน (Assessment)

การประเมินสถานะอนามัยชุมชน เป็นการหาปัญหาและความต้องการของชุมชนโดยการวินิจฉัยชุมชน (Community diagnosis) พันธุ์ทิพย์ งามสุด กล่าวว่าในการทำงานของนักสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อนามัย ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินโครงการหรือบริการอนามัยในแต่ละชุมชน ให้อธิบายเป็นหลักการที่สำคัญยิ่ง ว่าจะมีการประเมินสถานะอนามัยชุมชนทั้งหมดก่อนที่จะเริ่มลงมือดำเนินงาน และในการประเมินนั้นจะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแง่ต่างๆ ของชุมชนดังที่กล่าวแล้วให้ได้มากพอที่จะเป็นพื้นฐานสำหรับการวินิจฉัย

ประโยชน์ของการวินิจฉัยชุมชน (Community diagnosis)

1. ทำให้ทราบปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยเฉพาะปัญหาสาธารณสุข
2. ทำให้ทราบปัจจัยหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหา
3. นำข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนมาวางแผนแก้ไข้ปัญหาให้ได้รับประสิทธิผล
4. เป็นแนวทางประเมินผลความสำเร็จของวิธีการแก้ปัญหา

การทำแผนที่ในงานอนามัยชุมชน

การดำเนินงานอนามัยชุมชน นอกจากจะสำรวจชุมชนในรูปของการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อหาปัญหาและความต้องการของชุมชนแล้ว แผนที่ยังเป็นอุปกรณ์สำคัญส่วนหนึ่งที่จะช่วยในการค้นพบปัญหาดังกล่าวด้วย เพราะแผนที่สามารถแสดงให้เห็นวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ได้อย่างคร่าว ๆ ทั้งที่ตั้งของบ้าน หรือ วัด โรงเรียน แม่น้ำ สิ่งก่อสร้างที่สำคัญของชุมชน ฯลฯ ขณะเดียวกันแผนที่ยังช่วยให้พยาบาลอนามัยชุมชนปฏิบัติงานได้สะดวกสามารถอธิบายอาณาเขตการทำงานและขอบเขตความรับผิดชอบ และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน การทำแผนที่จึงควรทำก่อนเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งยังเป็นการสร้างความคุ้นเคยกับชุมชนด้วย

ความหมายของแผนที่

หมายถึง แผ่นภาพจำลองหรือแผ่นภาพแสดงเนื้อที่โดยย่อของภูมิประเทศจริงในแนวราบ ซึ่งจัดขึ้นเป็น ลายเส้นเพื่อบอกถึงอาณาเขต ที่ตั้งบ้านเรือน และลักษณะสำคัญของภูมิประเทศโดยย่อส่วนตามมาตราส่วนที่เหมาะสม

ประโยชน์ของแผนที่

ในการดำเนินงานอนามัยชุมชนได้นำแผนที่มาใช้ใน 2 ลักษณะ คือ แผนที่ทั่วไป และแผนที่พิเศษ ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างสะดวกยิ่งขึ้น

1. **แผนที่ทั่วไป** ในการดำเนินงานอนามัยชุมชนมีจุดมุ่งหมาย เพื่อใช้ประโยชน์หลายอย่าง คือ
 - 1.1 ทำให้ทราบลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศของแต่ละสถานที่
 - 1.2 ทำให้ทราบลักษณะความเป็นอยู่ของชุมชน เช่น อาชีพ
 - 1.3 ทำให้ทราบอาณาเขต การคมนาคม สถานที่ตั้ง และทิศทางของแต่ละสถานที่
 - 1.4 เป็นแนวทางในการสำรวจข้อมูลชุมชนของแต่ละสถานที่
 - 1.5 เป็นแนวทางในการแบ่งหน้าที่การทำงานของเจ้าหน้าที่
 - 1.6 ช่วยในการติดตามการทำงานของเจ้าหน้าที่

2. **แผนที่พิเศษ** เป็นแผนที่ที่สร้างขึ้นเพื่อแสดงความเฉพาะของบริเวณใดบริเวณหนึ่ง หรือสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง ทั้งนี้เพื่อกิจการหนึ่งโดยเฉพาะ ภายในแผนที่มีรายละเอียดที่ต้องการแสดงเท่านั้น เช่น แผนที่ชุมชนที่มีการระบาดของโรค

แผนที่พิเศษมีประโยชน์ในงานอนามัยชุมชน คือ

- 2.1 ทำให้ทราบอาณาเขตของชุมชน
- 2.2 ทราบลักษณะพื้นที่ ภูมิประเทศ สิ่งก่อสร้างทางด้านอนามัย เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย อาคารบ้านเรือน แหล่งน้ำ เป็นต้น
- 2.3 ทราบแหล่งกำเนิด หรือสงสัยว่าเป็นแหล่งกำเนิดของโรค
- 2.4 แสดงอาณาเขตการปฏิบัติงาน การนิเทศงาน การประเมินผลงาน
- 2.5 ประกอบการวางโครงการ ประกอบการอธิบายรายงาน และติดตามผลงาน ทำให้เข้าใจง่ายขึ้น

องค์ประกอบของแผนที่

แผนที่ที่ดีต้องแสดงสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญไว้ครบถ้วน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจง่าย ถูกต้อง และสะดวกในการศึกษา องค์ประกอบของแผนที่มีดังนี้

1. องค์ประกอบภายนอกขอบระวางแผนที่ เป็นองค์ประกอบที่จะบอกให้ผู้ใช้แผนที่ได้รับทราบ ข้อมูลของแผนที่ และสามารถใช้อ้างอิงแผนที่ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ชื่อแผนที่

มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ใช้แผนที่ทราบถึงแหล่งที่มาของแผนที่ ซึ่งจะต้องระบุสถานที่ตั้ง ได้แก่ ชื่อ หมู่บ้าน ชื่อตำบล ชื่อจังหวัด มักนิยมเขียนไว้ส่วนบนของกรอบแผนที่

1.2 มาตรฐานส่วนแผนที่ (Map Scale)

จะบอกให้ผู้ใช้แผนที่ทราบถึงความสัมพันธ์ของระยะทางในแผนที่กับระยะทางจริง โดยการใช้การย่อส่วน การย่อส่วนจะต้องใช้มาตรฐานเดียวกันหมด นิยมใช้เป็น 1 เซมม. มาตรฐานที่นิยมให้ คือ

1.2.1 มาตรฐานตัวเลขเศษส่วน (Numerical scale) เช่น 1:100, 1:500, 1:1000 เป็นต้น

1.2.2 มาตรฐานเปรียบเทียบโดยตรง เช่น เซนติเมตร : กิโลเมตร หรือ นิ้ว : ไมล์

1.2.3 มาตรฐานเส้นบรรทัด (Graphic scale) ใช้ความยาวของมาตราส่วนที่เขียนไว้ เป็นเส้นบรรทัด บอกหน่วยชัดเจน

1.3 คำอธิบายสัญลักษณ์ (Legend)

จะบอกความหมายของสิ่ง หรือตัวแทนที่ใช้ในแผนที่ซึ่งอาจแสดงเพียงบางส่วน หรือทั้งหมด ควรใช้สัญลักษณ์ที่เป็นสากลเพื่อความสะดวกต่อการอ่านแผนที่ คำอธิบายสัญลักษณ์มักนิยมเขียนไว้ด้านล่างแผนที่

1.4 วัน เดือน ปี ทำการผลิตแผนที่

จะต้องระบุวันที่ใช้ทำแผนที่ เพื่อใช้เปรียบเทียบกับแผนที่เก่า หรือดูการเปลี่ยนแปลงของภูมิประเทศนิยมเขียนไว้ด้านล่างของแผนที่

1.5 ชื่อ หรือ สถาบันที่ทำแผนที่

จะช่วยบอกถึงผู้รับผิดชอบในการทำแผนที่ ทำให้สะดวกต่อการติดตาม นิยมเขียนไว้ที่ส่วนล่างของแผนที่

2. องค์ประกอบภายในขอบระวางแผนที่ เป็นรายละเอียดของแผนที่ที่สำรวจได้ ซึ่งประกอบด้วย

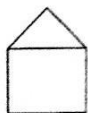
2.1 สัญลักษณ์ (Symbol)

คือ เครื่องหมายที่แสดงในแผนที่เพื่อแทนรายละเอียดที่ปรากฏบนภูมิประเทศ ได้แก่ สัญลักษณ์ที่ให้แทนสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น แหล่งน้ำ ภูมิประเทศ การแสดงเครื่องหมาย ในรายละเอียดของแผนที่ อาจแสดงแทนด้วย เส้น สี รูปวาด ตัวอักษร เส้นเครื่องหมาย ฯลฯ

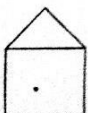
เครื่องหมายที่แสดงในแผนที่บางอย่างควรเป็นแบบสากล เช่น



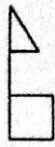
บ้าน (ให้กำกับเลขที่บ้านด้วย)



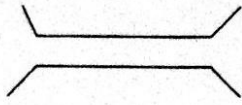
วัด หรือที่ทำการทางศาสนา



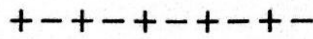
สถานบริการอนามัย เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย



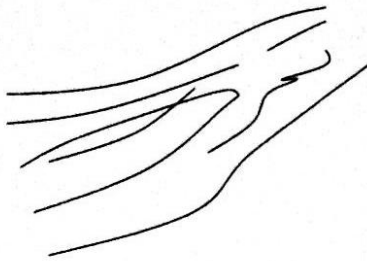
โรงเรียน หรือสถานศึกษา



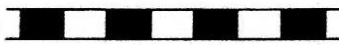
สะพาน



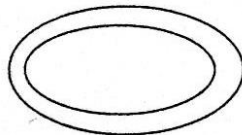
เส้นอาณาเขต



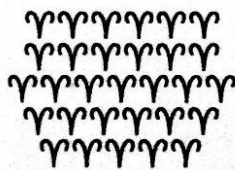
แม่น้ำลำคลอง



ทางรถไฟ



สระ บึง หนอง



นาข้าว

2.2 ชื่อสถานที่ (Place)

เป็นตัวอักษรสำหรับขยายความ เพื่อให้รายละเอียดในแผนที่

2.3 ทิศทาง (Direction)

เป็นสิ่งที่ต้องแสดงความถูกต้องตามแนวทิศทางที่เป็นจริงทางภูมิศาสตร์ โดยยึดทิศเหนือเป็นหลักเพื่อบอกที่ตั้งของสถานที่ หรือชุมชน การทำแผนที่ในงานอนามัยชุมชน อาจสังเกตทิศเหนือจาก เข็มทิศ ทิศทางที่ดวงอาทิตย์ขึ้นหรือตก จากแสงแดด

การหาระยะทางในการทำแผนที่

แผนที่ที่ใช้ในงานอนามัยชุมชนเป็นแผนที่ที่ไม่ต้องการรายละเอียดมาก การหาระยะทางจึงนิยมใช้ “การก้าว” (Pacing) เนื่องจากเป็นการหาระยะทางที่ง่าย สะดวก และไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย โดยในขณะที่หาระยะทางโดยการก้าวผู้ทำแผนที่จะต้องเดินอย่างเป็นธรรมชาติ และการหามุมจะให้การวัดแบบมุมฉาก

ระยะทาง = ความยาวของ 1 ก้าวเฉลี่ย x จำนวนก้าวเฉลี่ย

ความยาว 1 ก้าวเฉลี่ย หากจากการก้าวเดินอย่างน้อย 2 ครั้ง แล้วนำมาเฉลี่ย

จำนวนก้าวเฉลี่ย หากจากการเดินนับก้าวในระยะทางที่กำหนดอย่างน้อย 2 ครั้ง แล้วนำมาเฉลี่ย

ขั้นตอนการทำแผนที่

การทำแผนที่นอกจากจะเป็นการดำเนินงานอนามัยชุมชนแล้ว ขณะทำแผนที่ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับประชาชนอีกด้วย ขั้นตอนการทำแผนที่มีดังนี้

1. ศึกษาวัตถุประสงค์ของการทำแผนที่ เพื่อความเข้าใจให้ถูกต้อง
2. เตรียมอุปกรณ์ในการทำแผนที่ เช่น กระดาษ ดินสอ ยางลบ ไม้บรรทัด และอื่น ๆ ตามความจำเป็นซึ่งวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ต่างมีความคงทนพอสมควร
3. สืบหาข้อมูลและรายละเอียดในการทำแผนที่ ก่อนลงมือทำแผนที่ผู้ทำควรทำความรู้จักกับพื้นที่หรือชุมชนก่อน โดยการเดินหรือนั่งรถสำรวจชุมชนเพื่อสังเกตอาณาเขต สถานที่ที่ตั้งบ้านเรือน และจุดเริ่มต้นในการทำแผนที่ โดยร่างรูปแถบคร่าว ๆ ก่อน

4. ลงมือทำแผนที่ โดยถือปฏิบัติดังนี้

- 4.1 ระบุทิศทางลงในกระดาษ อาจจะได้สังเกตจากแสงแดด หรือเข็มทิศ
- 4.2 ร่างถนนหลักที่นำสู่ชุมชนและถนนหรือซอยต่าง ๆ ในชุมชน และหาระยะทางซึ่งนิยมใช้การก้าวและบันทึกไว้
- 4.3 ใส่อัญลักษณ์ต่างๆ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในแผนที่ เช่น บ้าน ถนน แม่น้ำ เป็นต้น

5. การทำแผนที่สมบูรณ์ นำแผนที่ที่ร่างมาทำให้เป็นรูปแบบสวยงาม มาตรฐานถูกต้อง ลงในวัสดุที่มีความคงทนถาวรพอสมควร โดยลงรายละเอียดและองค์ประกอบของแผนที่ให้ถูกต้องและครบถ้วน

การอ่านและการใช้แผนที่

เมื่อมีการนำแผนที่ไปใช้ในภูมิประเทศ ผู้ใช้ควรทราบว่าแผนที่จะอ่านได้อย่างไร จึงมีขั้นตอนการอ่านและใช้แผนที่ดังนี้

1. การวางให้ถูกต้องทิศทาง

สิ่งแรกของการอ่านแผนที่คือ จะต้องวางแผนที่ให้ถูกต้องทิศทางเสียก่อน โดยเมื่อวางแผนที่ลงในแนวราบทิศเหนือของแผนที่จะต้องชี้ไปทางทิศเหนือของภูมิประเทศเสมอ และแนวต่างๆ ในแผนที่ขนานกับแนวจริงของภูมิประเทศ

2. การกำหนดตำแหน่งที่อยู่ของผู้ใช้ลงในแผนที่

ผู้ใช้แผนที่จะต้องทราบว่าตนเองยืนอยู่ ณ จุดใดของแผนที่ วิธีการหาจุดหรือตำแหน่งในแผนที่สามารถกระทำได้ โดยการตรวจสอบกับภูมิประเทศใกล้เคียงเปรียบเทียบกับรายละเอียดในแผนที่ ณ จุดที่ยืนอยู่ หมุนแผนที่ให้ตรงกับทิศที่ตนเองยืนอยู่แล้วจึงทำการอ่านแผนที่โดยยึดจุดที่ยืนเป็นหลัก

3. การศึกษาหารายละเอียดของแผนที่

ผู้อ่านแผนที่ จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของข้อมูลภายนอกและภายในขอบระหว่างแผนที่ เช่น สัญลักษณ์ และความหมาย ระยะทางในแผนที่ซึ่งสัมพันธ์กับระยะทางจริงเป็นต้น

เมื่อผู้ใช้สามารถทำความเข้าใจกับแผนที่แล้ว ก็สามารถนำแผนที่นั้นไปดำเนินการทำงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชน

ข้อมูลที่สำคัญในการประเมินสถานะอนามัยชุมชน

1. ข้อมูลประชากรศาสตร์

1. ลักษณะประชากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ของประชากรในชุมชน เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น

2. สภาพการเคลื่อนย้ายประชากร เช่น การย้ายเข้า ย้ายออก

3. จำนวนประชากรในชุมชน จำแนกตามอายุ และเพศ

4. การเพิ่มของประชากร

5. ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อต่าง ๆ

2. ข้อมูลทางเศรษฐกิจและสังคม

1. อาชีพ อาชีพปัจจุบัน อาชีพหลัก อาชีพรอง

2. ความสามารถในการทำงานและครอบครัว

3. รายได้ รายจ่าย ของบุคคลและครอบครัว

4. การว่างงาน และการพึ่งพาการสังคม

5. ระดับการศึกษา

6. การคมนาคม

7. องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน และผู้นำชุมชน

3. ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

1. สภาพและลักษณะของที่อยู่อาศัย

2. สภาพบริเวณบ้าน เช่น การใช้บริเวณ และความสะอาด

3. แหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้ สภาพของน้ำ ความพอเพียง การเก็บน้ำ เตรียมน้ำดื่มและน้ำใช้

4. การกำจัดขยะมูลฝอยและน้ำเสีย

5. ส้วม จำนวนครอบครัวที่มีส้วมใช้ สถานที่ตั้งและความสะอาด

6. แมลงและสัตว์ที่เป็นพาหะของโรค

7. สัตว์เลี้ยงในบริเวณบ้าน

4. ข้อมูลเกี่ยวกับสถิติชีพและอนามัย

1. อัตราเกิด อัตราเพิ่มของประชากร

2. อัตราตาย อัตราตายด้วยโรคต่าง ๆ

3. อัตราป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ความพิการหรือทุพพลภาพ

4. การคุมกำเนิด

5. การได้รับภูมิคุ้มกัน

6. ผู้สูงอายุ

7. หลักการประกันทางด้านสุขภาพ

5. ข้อมูลเกี่ยวกับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพทั่วไป เช่น อนามัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุข ความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ รวมถึงวิธีการป้องกันโรค ความเชื่อ เจตคติ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การงดของแสลง เป็นต้น

วิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมในการป้องกันโรค และพฤติกรรมในการรักษาโรค เช่น พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ยาเสพติด การออกกำลังกาย ภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นต้น

6. ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารด้านสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐ และเอกชน ที่มีอยู่ในชุมชน และเขตใกล้เคียง

- การใช้บริการด้านสุขภาพของประชาชน
- เจตคติของประชาชนต่อบริการสาธารณสุข
- บุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาลหรือผดุงครรภ์แผนโบราณ อาสาสมัครสาธารณสุข ร้ายขายยาในชุมชน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นสำคัญ และเลือกใช้แหล่งข้อมูลให้เหมาะสมทั้งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) เนื่องจากข้อมูลแต่ละชนิด มีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลที่ผู้ศึกษาเก็บด้วยตนเอง ทำให้ข้อมูลที่เก็บได้มีความน่าเชื่อถือและทันสมัย แต่บางครั้งมีความจำเป็นที่ต้องใช้ข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย โดยผู้รวบรวมข้อมูลต้องพิจารณา ข้อมูลด้วยความรอบคอบ และมีเหตุผลเพียงพอ ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ รายงานต่าง ๆ บันทึก ระเบียบ ผู้ป่วย เป็นต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยชุมชน ประชากร (Population) หมายถึง ประชากรคนทุกหน่วยที่อาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน วัฒนธรรมและความเป็นอยู่ที่คล้ายกัน มีความสัมพันธ์กันในวิถีชีวิตประจำวัน ใช้แหล่งบริการสาธารณสุขประโยชน์ ร่วมกัน และมีลักษณะบางอย่างร่วมกันที่เราต้องการศึกษา

ในบางครั้ง พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องประเมินชุมชนที่มีขนาดใหญ่มาก ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากทุกหน่วยของชุมชน ภายใต้วงเวลา งบประมาณ และทรัพยากรที่จำกัด การเลือกกลุ่มตัวอย่างนับว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งของการประเมินสภาวะอนามัยของชุมชน เพราะเป็นการเลือกตัวแทนมาศึกษา โดยเมื่อศึกษาได้ผลเช่นใดแล้ว ก็จะสรุปอ้างอิงไปสู่ชุมชน (ประชากร) ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่เป็นตัวแทนที่ดีแล้ว ผลของการประเมินสภาวะอนามัยที่อ้างอิงไปสู่ชุมชนทั้งหมด ก็ไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) หมายถึง ส่วนหนึ่งของประชากรที่ผู้วิจัยสุ่มเลือกขึ้นมาเป็นตัวแทนในการศึกษา คำว่า เป็นตัวแทนในที่นี้หมายถึงการมีคุณสมบัติต่าง ๆ ที่ต้องการศึกษารอบด้านเท่าเทียมกันในแง่ดังกล่าว

ประโยชน์ของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่าย และประหยัดเวลา ทำให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้สะดวก และเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ และทำให้ผลการวิจัยมีความเชื่อมั่นและถูกต้องแม่นยำมากกว่า

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ดี กลุ่มตัวอย่างที่ดีจะเป็นตัวแทนของประชากรได้นั้น ควรมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

1. มีขนาดเหมาะสม คือ มีจำนวนหน่วยตัวอย่างไม่มากหรือน้อยจนเกินไป ควรมีจำนวนพอเหมาะกับจำนวนบุคลากร เวลาและเงินทุน พร้อมทั้งควรพอเหมาะกับการที่จะทำการทดสอบหาความเชื่อมั่นทางสถิติ หรือเพียงพอที่จะสรุป (Generalization) ไปถึงกลุ่มประชากรได้

2. มีลักษณะตรงกับจุดมุ่งหมายของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีลักษณะตามข้อตกลงหรือจุดมุ่งหมายของการวิจัยนั้น

3. มีลักษณะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร คือ ต้องมีลักษณะสำคัญของประชากรที่จะศึกษา และต้องเลือกออกมาโดยให้หน่วยตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่า ๆ กัน โดยปราศจากความลำเอียง

4. ได้จากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการที่เหมาะสม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากร ตัวอย่างที่ดีนั้นควร ได้จากการสุ่มด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะของประชากร และเรื่องการศึกษา การเลือกตัวอย่างกระทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ การเลือกโดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็นแบบการเลือกโดยไม่ใช้ทฤษฎี

การเลือกโดยไม่ใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น คือ การเลือกโดยไม่ให้สมาชิกทุกคนมีโอกาสได้รับเลือกเท่า ๆ กัน เช่น เลือกโดยจงใจ เลือกเพราะสะดวก และเลือกโดยบังเอิญ

การเลือกโดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น คือ การเลือกโดยสมาชิกทุกหน่วยของประชากรมีโอกาสได้รับเลือกเท่า ๆ กัน ซึ่งคือการเลือกโดยมีการสุ่ม (Random) นั่นเอง ได้แก่ การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มแบบแบ่งชั้น การสุ่มแบบมีระบบ การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยทั่วไปแล้วถ้ากลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กความผิดพลาดก็จะมีมาก ถ้ากลุ่มตัวอย่างยิ่งมีขนาดมากขึ้นเพียงใด ความผิดพลาดก็จะยิ่งน้อยลง การกำหนดกลุ่มตัวอย่างนับเป็นปัญหาสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชน ทั้งนี้เพราะไม่ทราบว่าจะใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใดจึงจะเหมาะสม โดยทั่วไปถ้าเป็นไปได้ทั้งงบประมาณ เวลา ทรัพยากร และบุคคล ก็จะรวบรวมข้อมูลจากประชากรเป็นหลัก ข้อมูลย่อมตรงที่สุด ถ้าไม่พร้อมดังกล่าว ก็ต้องเก็บข้อมูลจากประชากรบางส่วนเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างนี้ ได้มีนักวิจัยบางท่านพยายามกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามขนาดของประชากรไว้ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร,2547)

ถ้าประชากรมีจำนวนเป็นร้อย	ใช้กลุ่มตัวอย่าง 25%	ของประชากร
ถ้าประชากรมีจำนวนเป็นพัน	ใช้กลุ่มตัวอย่าง 10%	ของประชากร
ถ้ากลุ่มประชากรเป็นหมื่น	ใช้กลุ่มตัวอย่าง 1%	ของประชากร

นอกจากนี้ยังมีนักวิจัยบางกลุ่มได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามขนาดของกลุ่มประชากรไว้ใกล้เคียงกันดังนี้ (สุรศักดิ์ หลาบมาลา ,2521)

ถ้าประชากรมีจำนวนเป็นร้อย	ใช้กลุ่มตัวอย่าง 15 – 30 %	ของประชากร
ถ้าประชากรมีจำนวนเป็นพัน	ใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 – 15 %	ของประชากร
ถ้ากลุ่มประชากรเป็นหมื่น	ใช้กลุ่มตัวอย่าง 5 – 10 %	ของประชากร
ถ้ากลุ่มประชากรเป็นแสน	ใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 – 5 %	ของประชากร

นอกจากนี้ ยังมีการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณทางสถิติ ซึ่งสูตรที่จะใช้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างอาจใช้ได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับค่าทางสถิติต่าง ๆ ที่เราทราบ ซึ่งศึกษารายละเอียดได้จากตำราเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยชุมชนนั้น จะใช้เครื่องมือชนิดใดขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อมูลที่ต้องการศึกษา เครื่องมือที่ใช้บ่อยการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาวะอนามัยชุมชน ได้แก่

แบบสอบถาม	เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น สมาชิกครอบครัว สถานะภาพทางสังคม ระดับการศึกษา อาชีพ ความคิดเห็น ความสนใจ เป็นต้น
แบบทดสอบ	เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดสติปัญญา ความถนัด และการเรียนรู้ หรือใช้วัดความสามารถด้านต่าง ๆ

แบบทดสอบเจตคติ เป็นแบบทดสอบชนิดหนึ่งที่มุ่งเน้นในการวัด หรือรวบรวมข้อมูลทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ตอบเป็นสำคัญ

แบบสอบถาม (Questionnaire)

แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลชนิดหนึ่งที่นิยมใช้มาก มีลักษณะเป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สร้างขึ้นเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรจำนวนมาก ซึ่งได้แก่ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ และความสนใจ

รูปแบบของแบบสอบถาม

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นรายการของคำถามที่มุ่งหวังให้ได้ข้อเท็จจริงในการศึกษา ในการสร้างแบบสอบถาม จึงต้องคาดว่าผู้รับแบบสอบถามรู้เรื่องพอที่จะตอบแบบสอบถามได้ รูปแบบของคำถามที่ใช้ในแบบสอบถาม ที่จำแนกตามคำตอบที่ได้มา แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. แบบสอบถามปลายเปิด (Open ended questions) เป็นแบบสอบถามที่ตั้งคำถามกว้าง ๆ ได้กำหนดคำตอบไว้ เปิดโอกาสให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นและใช้คำพูดของตนเองโดยอิสระ แบบสอบถามชนิดนี้ สร้างคำถามได้ง่าย มักใช้ในการสำรวจเบื้องต้นเพื่อนเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามแบบปลายปิด ตัวอย่างแบบสอบถามชนิดปลายเปิดได้แก่

- ท่านมีปัญหากับสุขภาพเรื่องใด
- สถานบริการด้านสุขภาพที่ท่านต้องการมีลักษณะอย่างไร
- วิธีการดูแลสุขภาพสุขภาพที่ท่านทำอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร

2. แบบสอบถามปลายปิด (Closed end or Alternative question) เป็นแบบสอบถามที่ตั้งคำถามและกำหนดแนวคำตอบไว้แล้ว คำถามนั้น ๆ ควรตอบได้ในแนวใดบ้าง ผู้ตอบเพียงเลือกตอบจากคำตอบที่กำหนดให้เท่านั้น การสร้างแบบสอบถามปลายปิดนี้ ข้อความที่กำหนดไว้เป็นคำตอบมักจะได้จากหนังสือตำรา งานวิจัย ผู้รู้หรือจากการตอบแบบสอบถามปลายเปิด ลักษณะของแบบสอบถามปลายปิดมีหลายประเภท ที่นิยมใช้ได้แก่

2.1 คำถามที่ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้ตอบรับหรือปฏิเสธ เป็นแบบให้ตอบสั้น ๆ ว่า ใช่-ไม่ใช่ เป็น-ไม่เป็น เคย-ไม่เคย เหมาะ-ไม่เหมาะ เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย เป็นต้น เช่น

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเคยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลโรคไข้หวัดหรือไม่

เคย ไม่เคย

- ท่านมีความสะดวกในการมารับบริการรักษาโรคไข้หวัดหรือไม่

เคย ไม่เคยให้

2.2 คำถามที่มีให้เลือกตอบ คำตอบเดียวจากหลาย ๆ คำตอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เมื่อท่านจบการศึกษาแล้วท่านต้องการทำงานอะไร

- อายุรศาสตร์
- ศัลยศาสตร์
- กุมารเวชศาสตร์
- สูติศาสตร์

โครงสร้างของแบบสอบถาม

แบบสอบถามมีหลายชนิดหรือหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ส่วนใหญ่จะประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามส่วนแรกนี้จะเป็นคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับเจ้าของ โครงการ ชื่อที่อยู่ของหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล กล่าวขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามในตอนท้าย เป็นต้น

ส่วนที่ 2 สถานะภาพทั่วไป หรือข้อมูลส่วนตัว จะเป็นรายละเอียดส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการจะวัด จะเป็นคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมหรือสิ่งที่ต้องการวัดซึ่งอาจจะแยกเป็นด้าน ๆ หรือเป็นตอน ๆ อาจใช้ในรูปแบบเดียวหรือหลายรูปแบบก็ได้

ลำดับขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถาม

การสร้างแบบสอบถามควรดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. พิจารณาขอบเขตของข้อมูล ก่อนที่จะสร้างแบบสอบถาม ต้องพิจารณาขอบเขตความต้องการของข้อมูล ว่าเราต้องการข้อมูลอะไรบ้าง โดยพิจารณาจากจุดมุ่งหมายและแนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการมองปัญหา การกำหนดปัญหาและกรอบแนวคิดที่แน่นอนจะเป็นแนวทางในการสร้างคำถามต่อไป

2. ศึกษาหาความรู้จากขอบเขตความต้องการข้อมูล เมื่อทราบขอบเขตความต้องการข้อมูลแล้วต่อไปทำการศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากหนังสือ เอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคำถาม ตลอดจนการศึกษาแบบสอบถามที่วัดในลักษณะเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจนำมาดัดแปลงใช้

3. พิจารณารูปแบบของแบบสอบถามว่าจะใช้รูปแบบสอบถามปลายปิดหรือปลายเปิด ต้องคำนึงถึงลักษณะของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา รูปแบบของแบบสอบถามที่ดีควรจูงใจในให้ตอบ ให้ความสะดวกแก่ผู้ตอบและผู้วิเคราะห์ข้อมูล

4. ลงมือร่างแบบสอบถาม สร้างข้อคำถามโดยพิจารณาจากขอบเขตของเรื่องที่จะทำการศึกษา พยายามแยกแต่ละหัวข้อให้เป็นข้อย่อย ๆ ให้ละเอียดที่สุด จากนั้นจะพิจารณาว่าแต่ละหัวข้อย่อย ๆ ควรใช้คำถามรูปแบบใดจึงจะเหมาะสม แล้วเริ่มเขียนคำถามจากข้อย่อย ๆ เหล่านั้น พยายามตั้งคำถามให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

5. ตรวจสอบแบบสอบถาม โดยผู้ร่างเองและผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบทดสอบ (Test)

แบบทดสอบ หมายถึง ชุดของคำถาม (Items)หรืองานชุดใด ๆ ที่สร้างขึ้นเพื่อไปเร้าหรือชักนำบุคคลแสดงถึงพฤติกรรมตอบสนองออกมาและสามารถสร้างสังเกตหรือวัดได้ เนื่องจากแบบทดสอบเป็นเครื่องมือที่วัด สมรรถภาพทางสมอง ดังนั้นในการวัดจึงต้องใช้ข้อคำถามเป็นสิ่งที่กระตุ้น เพื่อให้ผู้ตอบให้ความรู้ความสามารถคิดหาคำตอบ จากจำนวนคำตอบที่ตอบถูกจะเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบมีความรู้ความสามารถในด้าน ต่าง ๆ มาน้อยเพียงใด

รูปแบบของแบบทดสอบ

รูปแบบของแบบทดสอบแบ่งตามวิธีการถามและการตอบออกได้เป็น 3 แบบ คือ

1. แบบสอบปากเปล่า (Oral test) เป็นใช้แบบทดสอบด้วยการตอบโต้เป็นวาจา มักสอบเป็นรายบุคคลเหมาะสำหรับผู้เข้าสอบจำนวนน้อย

2. แบบเขียนตอบ (Paper-pencil test) เป็นแบบทดสอบที่ให้การเขียนตอบ เหมาะสำหรับผู้สอบเป็นจำนวนมาก แบ่งออกเป็น

2.1 แบบเรียง เป็นแบบทดสอบที่ผู้ตอบต้องเรียงเรียงเค้าโครงในการตอบปัญหาด้วยตนเองการข้อความที่กำหนด

2.2 แบบจำกัดคำตอบ เป็นแนวทดสอบที่จะมีการกำหนดคำตอบให้ผู้ตอบพิจารณาเปรียบเทียบหรือตัดสินใจ ตามเกณฑ์ หรือเงื่อนไขที่กำหนด ที่ใช้กับอยู่ปัจจุบันมี 4 แบบ คือ แบบถูก-ผิด แบบเติมคำหรือข้อความสั้น ๆ แบบจับคู่ และแบบตัวเลือก

2.3 แบบลงมือปฏิบัติ (Performance test) เป็นแบบทดสอบที่ต้องการให้ผู้ตอบสนองแสดงพฤติกรรมออกมาด้วยการลงมือกระทำจริงภายใต้สถานการณ์ที่กำหนดให้ การวัดผลจะดูจากการปฏิบัติในด้านคุณภาพ ปริมาณ ผลของการปฏิบัติ (Product) และขั้นตอนวิธีการในการปฏิบัติ (Procedure)

การกำหนดรูปแบบทดสอบที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชนต้องคำนึงถึงจำนวนของผู้รับการทดสอบซึ่งมีจำนวนมาก และอีกประการที่ควรคำนึงถึงคือ การวิเคราะห์จะต้องสะดวกและ

รวดเร็วต่อผู้ศึกษาด้วย ในที่นี้จะเห็นได้ว่าการใช้แบบทดสอบรูปแบบเขียนตอบแบบจำกัดคำตอบเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สอดคล้องกับข้อจำกัดของการศึกษาชุมชน

แบบทดสอบแบบเจตคติ

เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่าง ๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และ เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งซึ่งอาจเป็นไปได้ในทางสนับสนุนหรือทางต่อต้านก็ได้ ดังนั้นแบบทดสอบเจตคติหรือแบบวัดเจตคติ จึงหมายถึง เครื่องมือที่ใช้ความรู้สึกของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

มาตราวัดทัศนคติ หมายถึง สเกลของข้อความจำนวนหนึ่งที่ใช้วัดความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ และเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะลึกซึ้ง ใช้วัดกับข้อมูลทางด้านจิตอารมณ์

ชนิดของมาตราวัดทัศนคติและการสร้าง

มาตราวัดทัศนคติที่ใช้ในการวิจัยมีอยู่หลายชนิด ได้แก่ วิธีของเทอร์สโตน วิธีลิเคิร์ท และวิธีของ ออสกูท วิธีของลิเคิร์ทเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยจากมาตราวัดทัศนคติตามวิธีของลิเคิร์ท จะกำหนดช่วยความรู้สึกของคนเป็น 5 หรือ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉย ๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความที่บรรจุลงในมาตราวัดจะประกอบด้วยข้อความที่มีความรู้สึกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดทั้งในทางดี (ทางบวก) และในทางไม่ดี (ทางลบ) และมีจำนวนพอ ๆ กัน การกำหนดน้ำหนักคะแนนการตอบแต่ละตัวเลือกกระทำภายหลังการที่ได้รวบรวมข้อมูลแล้ว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. มีความเที่ยงตรง (Validity) เป็นคุณสมบัติที่แสดงให้ทราบว่าเครื่องมือนั้น ๆ สามารถวัดได้ในสิ่งที่ ต้องการวัดหรือต้องการศึกษาได้ถูกต้องและครบถ้วนเพียงใด เช่น ต้องการวัดภาวะสุขภาพของชุมชน ก็ต้องสร้างเครื่องมือให้สามารถวัดภาวะสุขภาพได้จริง ๆ จึงจะกล่าวได้ว่ามีความเที่ยงตรง แต่ถ้าเครื่องมือที่สร้างนั้นกลับไปวัดเฉพาะความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยไม่สนใจภาวะสุขภาพดีด้วย เครื่องมือนั้นก็ไม่มีค่าเที่ยงตรงพอ เป็นต้น ความเที่ยงตรงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุดของเครื่องมือ เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสถานะอนามัยของชุมชน จะต้องทำให้เกิดคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเป็นเบื้องต้นเสียก่อน แล้วจึงตรวจสอบคุณภาพด้านอื่น ๆ ต่อไป

ความเที่ยงตรงของเครื่องมือต้องอาศัยเกณฑ์เป็นตัวบ่งชี้ หรือเป็นเครื่องเปรียบเทียบ เพื่อให้ทราบว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้น มีความเที่ยงตรงเพียงใด ทำได้โดย ตรวจสอบผู้ร่างเอง และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบโดยผู้ร่างเอง เป็นการตรวจสอบสิ่งต่อไปนี้

1. ถ้อยคำและประโยค: โดยดูว่าใช้ถ้อยคำและใช้ประโยชนชัดเจนหรือไม่ จะทำให้ผู้ตอบเข้าใจไขว้เขวหรือไม่ คำถามหรือข้อความใดไม่จำเป็นต้องมี

2. การเรียงลำดับข้อคำถาม: ดูว่าการเอาคำถามใดขึ้นก่อน คำถามใดไว้ทีหลัง จึงจะก่อให้เกิดความสะดวกและผู้ตอบสามารถติดตามต่อเนื่องกันไปได้ในเรื่องนั้น ๆ ไม่ต้องตั้งต้นคิดกลับไปกลับมาซึ่งทำให้เสียเวลาสับสน

การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นการให้ช่วยคู่อีกครั้งหนึ่ง แต่จะเน้นการพิจารณาเกี่ยวกับความเที่ยงตรงข้อคำถาม โดยดูว่าคำถามต่าง ๆ สอดคล้องกับหัวข้อปัญหาและจุดมุ่งหมายที่ต้องการรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้หรือไม่ เป็นการตรวจสอบที่เรียกว่า () เมื่อตรวจสอบแล้วก็นำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ได้รับคำแนะนำ

2. มีความเชื่อถือได้ (Reliability) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนั้น ๆ ให้ผลการวัดที่สม่ำเสมอแน่นอน คงที่มากน้อยเพียงใด ถ้าเครื่องมือที่สร้างขึ้น ให้ผลการวัดที่แน่นอนคงที่มาก ไม่ว่าจะนำไปวัดกี่ครั้งก็ตาม เครื่องมือนั้นก็จะมี ความเชื่อมั่นสูง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผลการวัดที่มีความคงที่น้อย เครื่องมือนั้นก็มีความเชื่อมั่นต่ำ เช่น เครื่องมือเป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัด เมื่อนำไปทดสอบกับคนกลุ่มหนึ่งในชุมชนครั้งที่ 2 โดยมีระยะเวลาห่างกันช่วงเวลาหนึ่ง ถ้าสมาชิกในกลุ่มสามารถรักษาสุขภาพของความสามารถของตนทั้งสองครั้งตรงกัน คือ คนที่ได้รับคะแนนสูงในครั้งแรกก็ได้คะแนนสูงในครั้งที่สอง คะแนนปานกลางในครั้งแรกก็ได้คะแนนปานกลางในครั้งที่สอง และคนที่ได้รับคะแนนต่ำในครั้งแรก ก็ได้คะแนนต่ำครั้งที่สองด้วย เช่นนี้กล่าวได้ว่า แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหวัดที่สร้างขึ้นมีความเชื่อมั่นสูง

การหาความเชื่อมั่นทำได้หลายวิธี เช่น การทำการทดสอบซ้ำ (Test-retest) การใช้แบบทดสอบแบบคู่ขนาน (Parallel) การแบ่งครึ่งแบบทดสอบ (Split half method) การหาค่าความคงตัวภายใน (Kuder Richardson) และแบบคอนบาร์ค (Cronbach) เป็นต้น การจะใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับชนิดหรือประเภทของเครื่องมือด้วย เช่น แบบวัดเจตคติใช้ได้กับแบบคอนบาร์ค เป็นต้น

3. ความเป็นปรนัย (Objectivity) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่แสดงลักษณะ 3 ประการ คือ

1. คำถามมีความแจ่มแจ้งชัดเจนชี้เฉพาะ ทุกคนอ่านแล้วมีความเข้าใจตรงกันว่าคำถามนั้นถามเกี่ยวกับอะไร

2. การตรวจให้คะแนนมีความแน่นอนตรงกัน ไม่ว่าจะให้ใคร ๆ ตรวจก็ตาม

3. มีความชัดเจนในการแปลความหมาย นั่นคือคะแนนที่ได้แปลความหมายได้ตรงกันว่ามีความสามารถอยู่ในระดับใด

คุณภาพด้านความเป็นปรนัยของเครื่องมือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเครื่องมือวิจัยทุกชนิด เพราะถ้าเครื่องมือมีความเป็นปรนัยแล้ว จะทำให้เครื่องมือเกิดความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูงขึ้นด้วย การตรวจสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ เป็นการตรวจสอบเกี่ยวกับความแจ่มชัดของภาษาที่ใช้ในการถาม รวมทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับวัยและระดับความรู้ของผู้ตอบ เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมายคะแนน การตรวจสอบอาจกระทำโดยผู้ทำวิจัย หรืออาจนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญการช่วยตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งก็ได้ หรือโดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลองเครื่องมือจำนวนน้อย และพิจารณาจากคำตอบก็ได้

4. ความยาก (Difficulty) เป็นคุณสมบัติที่เน้นเฉพาะเครื่องมือที่เป็นแบบทดสอบ ที่วัดทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) หรือการวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และเป็นแบบทดสอบหรือข้อสอบในระบบอิงกลุ่ม (Norm reference test) เป็นสำคัญ

5. อำนาจจำแนก (Discrimination) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถจำแนกบุคคลออกเป็น 2 กลุ่ม ที่มีคุณลักษณะต่างกันในเรื่องที่ศึกษา ถ้าเครื่องมือเป็นแบบทดสอบวิชาความรู้ และปัญญา () ก็จำแนกออกเป็นกลุ่มเก่งและกลุ่มอ่อน ถ้าเครื่องมือมีแบบสอบถามที่ถามความคิดหรือเป็นมาตรวัดทัศนคติ ก็จะจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ที่มีความคิดเห็นต่างกัน หรือทัศนคติต่างกัน คือ มีความคิดเห็นหรือมีทัศนคติในทางบวกกับมีความคิดเห็น หรือทัศนคติในทางลบ เป็นต้น เครื่องมือนั้นสามารถแยกหรือแบ่งกลุ่มผู้ตอบออกเป็นระดับต่าง ๆ ได้ ถูกต้องว่า คนใดเก่ง-อ่อนกว่ากัน

เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นเทคนิคการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนาอย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างผู้สัมภาษณ์ (interviewer) กับผู้ถูกสัมภาษณ์ (interviewee) ใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่จำกัดระดับการศึกษา นอกจากนี้ยังสามารถสังเกตปฏิกิริยาของผู้ถูกสัมภาษณ์ได้อีก โดยผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญในการสัมภาษณ์และมีความเข้าใจอย่างดีในตัวแบบสอบถาม หรือแนวคำถามที่ใช้ และพฤติกรรมของบุคคล

การสังเกต (Observation) เป็นเทคนิคการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยอาศัยประสาทสัมผัสของผู้ถูกสังเกตโดยตรง ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลปฐมภูมิ การสังเกตถือว่าเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เนื่องจากต้องมีการวางแผนเป็นขั้นตอนก่อนการทำสังเกต ขณะสังเกต มีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะมีความหมายมาก

การศึกษารายกรณี (Case study) เป็นการศึกษาเฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อหารายละเอียดของเรื่องที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ จึงเป็นการศึกษาที่เจาะลึกลงไปเพื่อที่ศึกษาธรรมชาติของสภาพกรณีที่สลับซับซ้อนของเรื่อง ตลอดจนทราบปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดสภาพการณ์นั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of Data)

ข้อมูล (data) หมายถึง ค่าที่ได้จากการวัดหรือสังเกต หรือเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ในสิ่งต้องการศึกษา อาจอยู่ในรูปของจำนวน หรือคะแนน ที่นำมาคำนวณเป็นค่าสถิติต่างๆ ได้ หรือ อาจเป็นหัวข้อข่าวจากหนังสือ และบันทึกต่างๆ เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง กระบวนการจัดกระทำกับข้อมูลดิบ หรือตัวเลขที่ได้จากการเก็บ รวบรวมข้อมูลมาจัดให้เป็นระเบียบ ให้สามารถนำไปสู่คำตอบ หรือวัตถุประสงค์ ในการประเมิน สภาวะอนามัยชุมชน ได้

ลำดับขั้นในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบข้อมูลให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง : ข้อมูลที่ได้มาอาจจะโดยวิธีการสังเกต การใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ต้องนำมาตรวจสอบความเรียบร้อยทุกแผ่นทุกชุด หากผู้ที่เก็บข้อมูล ตรวจสอบตั้งแต่ตอนแรก ณ จุดที่สังเกตหรือสัมภาษณ์ ก็จะไม่มีปัญหา เมื่อทำงานมาถึงขั้นตอนนี้ ถ้าตรวจพบว่ามีกระดาษไม่ตอบหรือลืมบันทึก ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องติดตามหาข้อมูลเฉพาะราย ที่ขาดไปหรือไม่ชัดเจนมาเพิ่มเติมให้เรียบร้อย แต่ถ้าคิดว่าความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลมีมาก ก็อาจจะตัด รายดังกล่าวทิ้งไป

2. เลือกสถิติ คำนวณที่ จะใช้อธิบายข้อมูล : ขึ้นอยู่กับระดับของข้อมูลแต่ละชุด ว่าเป็น ข้อมูลชนิดใด และมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละชุดอย่างไร เช่น ถ้าต้องการบรรยายข้อมูลทั่วไปของชุมชน ซึ่งมีระดับของข้อมูลเป็นแบบนามบัญญัติ ก็ใช้สถิติเชิงพรรณานานา ความถี่ ร้อยละ เป็นต้น แต่ถ้าต้องการพรรณนาเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของชุมชนเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย ก็อาจจะพิจารณา เลือกใช้ดัชนีอนามัยที่เกี่ยวกับการป่วย เช่น อัตราอุบัติการณ์ เป็นต้น หรือถ้าต้องการวิเคราะห์ผลของ เจตคติต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งของชุมชน โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ตก็อาจใช้ค่าเฉลี่ยในการอธิบายเจตคติ ของทั้งชุมชน เป็นต้น

3. สร้างตารางจำลอง (Dunny table) : เมื่อสามารถเลือกใช้สถิติกับกลุ่มข้อมูลต่าง ๆ ได้แล้วก็มา ผู้สร้างตารางเพื่อรับรองการวิเคราะห์ข้อมูลขึ้น โดยสร้างตารางบรรจุตัวแปร สถิติที่ใช้และความ สะดวกเป็นคู่ขนานไปตามแบบสอบถามหรือเครื่องมือรวบรวมข้อมูล โดยใช้กรอบของตัวแปร สถิติที่ใช้ และความสะดวกเป็นแนวทางในการสร้างรายการต่าง ๆ ของตารางจำลอง จัดทำตารางไปจนครบทุก คำถาม

4. นำข้อมูลดิบมาแจกแจงความถี่หรือแจกแจง (Tally) : ลงในตารางจำลองที่สร้างรับรองไว้ จัดทำไปจนครบทุกด้านทุกคำถามหรือทุกตัวแปร แล้วรวมข้อมูลตามรายการต่าง ๆ จำนวนตัวแปรแต่ละตัวด้วยการแทนค่าต่าง ๆ ตามสูตรสถิติที่เลือกใช้

5. ทบทวนตัวเลข : ที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกันแต่ละหมวดเพื่อตรวจสอบข้อมูล

6. เลือกใช้สถิติตามลักษณะของข้อมูลและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การนำเสนอข้อมูล (Presentation of data)

การนำเสนอข้อมูล ได้แก่ การนำเอาข้อมูลที่ได้จากการรวมมาแสดง เพื่อจุดประสงค์ดังนี้

1. เห็นและเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ได้ง่าย
2. เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการวิเคราะห์และแปลความหมายต่อไป

การนำเสนอข้อมูล แบ่งได้ 4 วิธี คือ

1. การนำเสนอในรูปแบบบทความ (Text Presentation)
2. การนำเสนอในรูปแบบกึ่งตารางกึ่งบทความ (Semi-Tabular Presentation)
3. การนำเสนอในรูปตาราง (Tabular Presentation)
4. การนำเสนอในรูปกราฟและแผนภูมิ (Graphic and Chart Presentation)

1. การนำเสนอในรูปแบบบทความ เป็นการนำเสนอที่มีลักษณะเป็นบทความสั้น ๆ ปนไปกับตัวเลขซึ่งเหมาะสำหรับข้อมูลที่มีรายการจำนวนน้อย นับว่าเป็นการนำเสนอที่ธรรมดาและง่ายที่สุด

2. การนำเสนอในรูปแบบกึ่งตารางกึ่งบทความ เป็นการเสนอด้วยบทความตัวเลขที่จัดเป็นหมวดหมู่ ซึ่งมีจำนวนไม่มาก ไม่จำเป็นต้องทำเป็นรูปตาราง

3. การนำเสนอในรูปตาราง เป็นการนำเสนอข้อมูลที่มีหลาย ๆ รายการหรือซ้ำ ๆ กัน มาแสดงไว้ในตารางให้เป็นแถวตามแนวตั้ง (Columns) และแถวตามแนวนอน (Rows) เพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อย ง่ายต่อการดูง่าย และสะดวกในการเปรียบเทียบ

4. การนำเสนอแบบรูปกราฟและแผนภูมิ (Graphic and Chart Presentation) เป็นวิธีที่จะแสดงปริมาณ หรือความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ของข้อมูลปริมาณ (Quantitative data) เพื่อจูงใจให้ผู้อ่านสนใจ และเห็นสิ่งที่ต้องการเสนอได้มากและรวดเร็วกว่าการเสนอด้วยตาราง แต่จะดูค่าละเอียด (Accuracy) ไม่ได้เหมือนอย่างในตารางซึ่งลงจำนวนเป็นตัวเลขไว้ การนำเสนอโดยวิธีนี้อาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

การนำเสนอเป็นกราฟแท่ง (Bar charts or Bar graphs) เป็นการนำเสนอข้อมูลมาเสนอให้เป็นรูปแท่ง แล้วระบายสี หรือทำเป็นลายเส้นให้สวยงามเพื่อสร้างความสนใจแก่ผู้อ่าน และอาจเขียนให้แท่งอยู่ในแนวนอนหรือแนวตั้งก็ได้ ความยาวหรือความสูงของแท่งจะเป็นไปตามสัดส่วนของตัวเลขที่ต้องการนำเสนอ แต่ความกว้างของแท่งจะต้องเท่ากัน และระยะห่างระหว่างแท่งควรจะเท่ากันด้วย หรืออาจจะทำเป็นแท่งติดกันก็ได้ตามแต่จะเห็นเหมาะสม การนำเสนอเป็นกราฟแท่งจะช่วยให้มองเห็นและเปรียบเทียบได้ง่าย แต่การอ่านกราฟแบบนี้จะอ่านได้โดยประมาณเท่านั้น ในกรณีที่ต้องการจะเปรียบเทียบข้อมูลโดยการนำเสนอเป็นกราฟแท่งควรระบายสีหรือใช้เครื่องหมาย ที่แตกต่างกันเพื่อจะได้เห็นชัดเจนขึ้น และจะต้องบอกไว้ด้วยว่าลักษณะแท่งละแท่งนั้นเป็นตัวแทนของอะไร

การนำเสนอแบบแผนภูมิแท่งแยกส่วนประกอบ (Proportional Bar Chart) การนำเสนอข้อมูลแบบนี้เหมาะสำหรับข้อมูลประเภทต่าง ๆ ที่มีลักษณะเดียวกันนำมาเปรียบเทียบกัน โดยใช้ความยาวของแท่งแสดงค่าของข้อมูลประเภทนั้น แล้วนำมาบรรจุอยู่ในแท่งเดียวกัน แต่ระบายสีหรือทำเครื่องหมายของแต่ละส่วนให้แตกต่างกันไป

การนำเสนอเป็นกราฟเส้น (Line graph) การนำเสนอแบบนี้เป็นการแสดงความสัมพันธ์ของข้อมูลคล้ายกราฟแท่ง แต่อาศัยแกนสองแกนของกราฟเป็นหลัก เมื่อต่อจุดที่ได้จากความสัมพันธ์ของแกนทั้งสองเข้าด้วยกันจะเป็นเส้นหักไปตามลำดับนั้นเอง ในกรณีที่ต้องการเปรียบเทียบข้อมูล ตั้งแต่ 2 จุด ขึ้นไปในภาพเส้นภาพเดียวกันนี้จะต้องทำให้เส้นกราฟของข้อมูลแต่ละชุดแตกต่างกัน และต้องเขียนบอกไว้ด้วยว่าเส้นกราฟแต่ละเส้นนั้น แทนอะไร

การนำเสนอแบบแผนภาพวง (Pie Diagram) การนำเสนอข้อมูลแบบนี้เหมาะสำหรับการเสนอตัวเลขเป็นร้อยละ (Percent) โดยแบ่งมุมที่จุดศูนย์กลางของวงกลมซึ่งมี 360 องศา ออกเป็น 100 ส่วน แล้วบรรจุข้อมูลที่นำมาแสดงในวงกลมให้หมด ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้จะอยู่ในรูปของเปอร์เซ็นต์ อันจะทำให้ผู้ดูมองเห็นปริมาณของข้อมูลต่าง ๆ ได้ชัดเจน

การนำเสนอแบบรูปภาพ (Pictogram) การนำเสนอข้อมูลแบบนี้ ให้จำนวนรูปภาพ เช่น คน รถ สัตว์ ต้นไม้ ฯลฯ เป็นเครื่องแสดงปริมาณของข้อมูลที่ต้องการเสนอ เหมาะสำหรับให้ดูเปรียบเทียบกัน ภาพที่เขียนนั้นควรให้ดูเข้าใจง่าย ต้องมีขนาดเท่า ๆ กันหมด และต้องมีคำอธิบายหน่วยกำกับไว้

การนำเสนอแบบ กราฟรูปเจดีย์ (Pyramidal Diagram) การนำเสนอแบบนี้ นิยมใช้มากที่สุดในการแจกแจงประชากรตามอายุ และเพศ เพื่อความสะดวกในการสร้าง ควรใช้แต่ละช่วงอายุให้เท่า ๆ กัน เช่น 0-4 , 8-9 เป็นต้น

การนำเสนอแบบแผนที่ เป็นการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภูมิศาสตร์ หรือสถานที่ อาจนำเสนอ ได้เป็น

แผนที่แบบจุด (Spot or Dot Type, Data point) เป็นวิธีการที่ใช้จุดหรือปักเข็มบนแผนที่เพื่อบอกตำแหน่ง มักใช้ในการสืบสวนติดตามหาต้นเหตุของโรค แบคทีเรียการกระจายของโรคระบาดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจให้ความถี่ของจุดหรือขนาดของจุดเป็นเครื่องบอกปริมาณ โดยมีหน่วยกำกับไว้

แผนที่แบบแรเงา (Shading Type, Choropleth) เป็นวิธีการที่ใช้การแรเงาบนแผนที่ มักใช้บอกถึงการ มี-ไม่มี หรือปริมาณมากน้อยตามความหนักเบาของการแรเงา โดยมีหน่วยกำกับไว้

อย่างไรก็ตาม การนำเสนอข้อมูลตามแบบต่าง ๆ ดังกล่าวนี้ เราจะเลือกใช้แบบใดนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อมูลที่เป็นสำคัญ ข้อมูลบางชนิดสามารถนำเสนอได้หลายแบบ แต่บางชนิดจะนำเสนอได้เพียงแบบใดแบบหนึ่งเท่านั้น

ดังนั้นการเลือกแบบเพื่อนำข้อมูลควรยึดเกณฑ์ดังนี้

1. ใช้ได้เหมาะสมกับข้อมูลชุดนั้น ทำให้อ่านเข้าใจง่ายและรวดเร็ว
2. ช่วยให้เข้าใจความหมายผลการประเมินสถานะชุมชนได้ละเอียด ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ โดยไม่มีส่วนที่จะทำให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจผิด อันจะทำให้เข้าใจผลการประเมินสถานะชุมชนผิดพลาด
3. สะดวกในการวิเคราะห์ทางสถิติเมื่อต้องการจะทำต่อไป

การแปลผลการวิเคราะห์ (Interpretation)

การแปลความหมายของข้อมูล คือ การลงความเห็นหรือตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้มา ซึ่งนับว่าเป็นงานขั้นสุดท้าย และสำคัญที่สุดสำหรับงานประเมินสถานะอนามัยของชุมชน ในการแปลผลควรกระทำดังนี้

1. พิจารณาตัวเลขแต่ละค่าสถิติต่าง ๆ ที่คำนวณออกมาได้ว่าแสดงถึงอะไร มีความหมายแค่ไหน และเกี่ยวกับอะไร ตอบคำถามใด
2. การแปลความหมาย ต้องยึดหลักให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของข้อมูลและเทคนิคทางสถิติ ที่ใช้
3. แปลความหมายให้อยู่ในขอบเขตของการวิจัย และสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการวิจัย และประชากรที่ศึกษา
4. การแปลความหมายต้องพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้มานั้นมีความเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด

เครื่องมือการประเมินสุขภาพชุมชน

หลักการ

การเรียนรู้สถานการณ์ชุมชนมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจภาพรวมทางด้านภูมิศาสตร์ของพื้นที่ โดยเฉพาะอาณาเขตบริเวณของตำบลผ่านการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทุติยภูมิ แผนที่ผังไว้ระ รวมถึงการลงพื้นที่เพื่อทำการสำรวจลักษณะทางกายภาพ ภูมิศาสตร์ อาณาบริเวณ รวมถึงการเข้าหาแกนนำทั้งภาคท้องถิ่น ท้องที่ ภาคประชาชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพจนได้ข้อมูลที่สามารถนำไปวิเคราะห์หาบุคคลสำคัญในครอบครัว บุคคลสำคัญในชุมชน แกนนำที่เป็นทางการ แกนนำที่ไม่เป็นทางการ สัมพันธภาพของแกนนำที่ช่วยชี้แนะ โครงสร้างอำนาจในพื้นที่ได้ ตลอดจนสามารถนำข้อมูลต่างๆมาประกอบการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อ ภาวะสุขภาพได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาภาพรวมของชุมชนยังต้องอาศัยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลมือสอง การ บอกล่าจากประชาชนในตำบลถึงปฏิทินชุมชนในการทำกิจกรรมของประชาชนในพื้นที่แต่ละเดือนมา ประกอบการพิจารณาในภาพรวม

วัตถุประสงค์

เรียนรู้ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลภาพรวมของตำบล

วิธีการ

๑. นักศึกษาลงสำรวจพื้นที่ในตำบล พร้อมนับก้าวเดินเพื่อเป็นมาตรวัดในการจัดทำแผนที่
๒. นักศึกษาซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแกนนำทั้งภาคท้องถิ่น ท้องที่ ภาคประชาชน
๓. สรุปลวิเคราะห์ข้อมูล ภาพรวม แกนนำ ความสัมพันธ์ของคนในพื้นที่ ประเด็นสถานการณ์ปัญหา ที่มา/สาเหตุของปัญหาการแก้ปัญหา (การจัดกิจกรรม/โครงการ/วิธีการแก้ปัญหา) องค์กรที่เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ แกนนำ/คนสำคัญ (ระบุชื่อ/ตำแหน่ง) และปฏิทินชุมชน

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑. แผนที่เดินดิน
๒. แผนผังเครือญาติระดับหมู่บ้าน
๓. ปฏิทินชุมชน

ปฏิบัติการที่ ๑.๑ แผนที่เดินดิน



ปฏิบัติการที่ ๑.๒ แผนผังเครือญาติระดับหมู่บ้าน



ปฏิบัติการที่ ๑.๓ ปฏิทินชุมชน

ลำดับ	กิจกรรม	มค	กพ	มีค	เมย	พค.	มิย	กค	สค.	กย	ตค.	พย.	ธค.

ปฏิบัติการที่ ๒	ศึกษาข้อมูลจากผู้นำ ๔ องค์กรหลัก
-----------------	----------------------------------

หลักการ

แหล่งเรียนรู้เป็นการทำงานร่วมกันขององค์กรภาคประชาชน ทำหน้าที่หลักเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการปัญหา และการยกระดับภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจของสมาชิกที่สามารถขยายผลสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรมจริง โดยมีองค์กรอย่างน้อย ๔ องค์กรหลัก คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรท้องถิ่น (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชนต่างๆ) ผู้อำนวยการหรือผู้แทน รพ.สต./PCU และหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่ ร่วมปฏิบัติการเสริมสร้างความเข้มแข็ง เพิ่มศักยภาพ สร้างภาวะผู้นำ สร้างกระบวนการและวิธีการเรียนรู้ ที่เอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมให้กับแหล่งเรียนรู้

การเรียนรู้สถานการณ์ตำบลผ่านการศึกษาข้อมูลจากผู้นำ ๔ องค์กรหลัก ได้แก่ ผู้นำองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น แกนนำภาคประชาชน และตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นการศึกษาข้อมูลเพื่อให้เห็นประเด็นปัญหาและความต้องการของประชาชนในตำบล ที่มา/สาเหตุของปัญหาศักยภาพในการจัดการกับปัญหาองค์กรหลักที่เกี่ยวข้อง แกนนำ/คนสำคัญ และผลงานเด่น ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เป็นส่วนสถานการณ์ตำบลเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การศึกษาข้อมูลเชิงลึกจากแกนนำของแหล่งเรียนรู้ ผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบเพื่อให้ได้ข้อมูลของแหล่งเรียนรู้และภาพรวมของตำบลต่อไป

วัตถุประสงค์

เรียนรู้ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลศักยภาพของตำบล

วิธีการ

๑. นักศึกษาลงพื้นที่พบปะผู้นำ ๔ องค์กรหลัก เพื่อเรียนรู้ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลศักยภาพของตำบล
๒. นักศึกษาซักถามข้อมูลเพิ่มเติม จากผู้นำ ๔ องค์กรหลัก
๓. สรุปลวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ตำบลในประเด็นสถานการณ์ปัญหา ที่มา/สาเหตุของปัญหาการแก้ปัญหา (การจัดกิจกรรม/โครงการ/วิธีการแก้ปัญหา) องค์กรที่เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ แกนนำ/คนสำคัญ (ระบุชื่อ/ตำแหน่ง) และเรื่องเด่นในตำบล

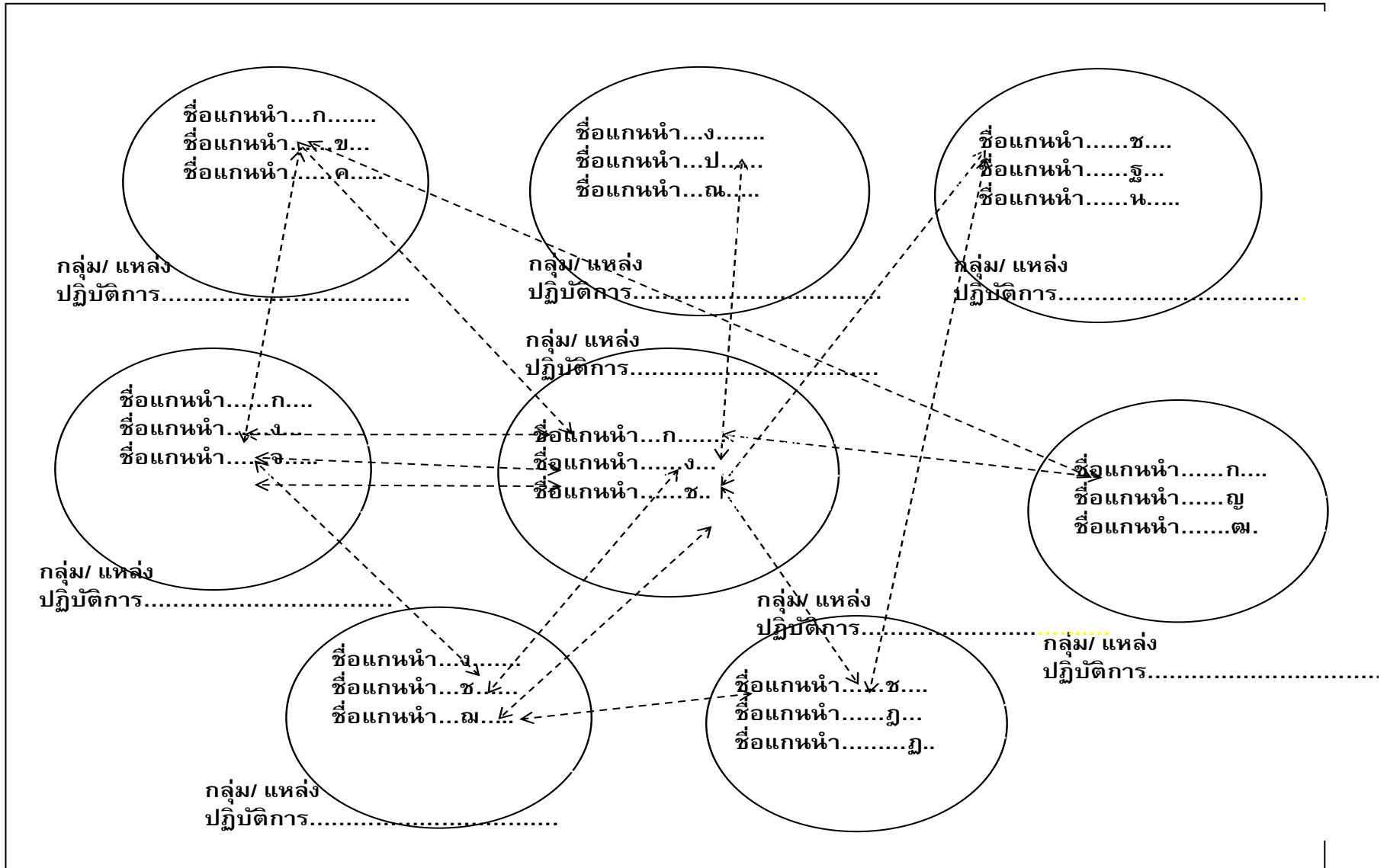
ปฏิบัติการที่ ๒.๑ ศึกษาข้อมูลจากผู้นำ ๒ องค์กรหลัก

ขอบเขตเนื้อหาสำหรับการนำเสนอศักยภาพของชุมชนจากผู้นำ ๔ องค์กรหลัก

ผู้ให้ข้อมูล	โจทย์เพื่อการถอดบทเรียน
นายก อบต.	<ol style="list-style-type: none"> ๑. โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ (แหล่งประโยชน์ แหล่งทรัพยากร กองทุนและแหล่งสนับสนุนต่างๆ) และโครงสร้างพื้นฐานทางสังคม (กิจกรรมการรวมกลุ่มคน การพัฒนาทักษะศักยภาพ และการพัฒนาชุมชนร่วมกัน) มีอะไรบ้าง เป็นอย่างไร ๒. จำนวนประชากรทั้งหมดมีเท่าไร แบ่งเป็นเพศชาย – หญิงจำนวนเท่าไร ผู้สูงอายุมีมากเพียงใด คนพิการและคนที่ต้องการการดูแลมีจำนวนเท่าไร ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอะไร มีเชื้อชาติอะไรบ้าง ๓. การดำเนินชีวิตของประชาชนเป็นอย่างไร (อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ การอพยพย้ายถิ่น) ๔. เรื่องเด่นในตำบลมีอะไรบ้าง ใครเป็นผู้ดำเนินการ และดำเนินการอย่างไร ๕. ใครเป็นแกนนำในการพัฒนาชุมชน และแต่ละคนเก่งเรื่องใด ๖. ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนมีเรื่องใดบ้าง เกิดจากสาเหตุใด และมีการนำใช้ศักยภาพชุมชนในการแก้ปัญหาเรื่องใดบ้าง อย่างไร ๗. จากปัญหาสาเหตุที่เกิดขึ้น มีองค์กรหลักใดบ้างในชุมชนที่เข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชน และแต่ละองค์กรหลักมีการจัดการอย่างไร ๘. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ในปัจจุบัน มีการดำเนินงานในเรื่องใดบ้าง ผลดำเนินงานเป็นอย่างไร ๙. ชุมชนมีการจัดตั้งกองทุนใดบ้าง แหล่งทุนในการพัฒนาตำบลมาจากแหล่งใดบ้าง ๑๐. มีการสื่อสารอย่างไร (ใครเป็นผู้สื่อสาร ข่าวด้านใด และมีวิธีการสื่ออย่างไร)
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้แทน	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ในชุมชนมีปัญหาอะไรบ้าง มีการจัดการปัญหาอย่างไร มีใครเกี่ยวข้องและผลเป็นอย่างไร ๒. ในชุมชนมีประเด็นความขัดแย้งเรื่องใดบ้าง อย่างไร มีวิธีการจัดการความขัดแย้งอย่างไร และผลลัพธ์เป็นอย่างไร ๓. ใครเป็นคนสำคัญ ผู้นำ คนเก่ง อาสาสมัคร ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน มีใครบ้างและทำอะไรบ้าง ๔. ชุมชนมีการรวมกลุ่มทำเรื่องใดบ้าง ที่มาเป็นอย่างไรใครเป็นแกนนำ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างไร ๕. หนี้สินส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากสาเหตุใด

ผู้ให้ข้อมูล	โจทย์เพื่อการถอดบทเรียน
	<p>๖. มีการรวมตัวกันตั้งกองทุน หรือไม่อย่างไร ใครเป็นคนทำและทำอย่างไร</p>
<p>กลุ่มแกนนำภาคประชาชน</p>	<p>๑. ในระยะที่ผ่านมาชุมชนมีปัญหอะไรบ้าง มีการจัดการกับปัญหาอย่างไร และใครเป็นคนหลักในการแก้ไขปัญหา</p> <p>๒. ในชุมชนมีกลุ่มแกนนำในเรื่องอะไรบ้าง กลุ่มดังกล่าวเกิดขึ้นได้อย่างไร แต่ละกลุ่มมีการดำเนินการเรื่องใดบ้างและมีบทบาทหน้าที่อย่างไร</p> <p>๓. ได้รับทุน (อุปกรณ์ บุคคล เงิน สถานที่) สนับสนุนจากแหล่งใดบ้าง อย่างไร</p> <p>๔. ที่ผ่านมามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร แก้ไขอย่างไร มีใครช่วยเหลือบ้าง</p> <p>๕. ท่านได้รับการพัฒนาศักยภาพในเรื่องใด อย่างไร</p>
<p>หัวหน้า หรือ ผู้แทนสถานีอนามัย</p>	<p>๑. มีปัจจัยเสี่ยง (พฤติกรรมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม) และปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพ (เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และการเข้าถึงบริการ) ในด้านบ้างที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในพื้นที่</p> <p>๒. ปัญหาสุขภาพหรือโรคที่พบบ่อยในพื้นที่มีอะไรบ้าง</p> <p>๓. แนวทาง/วิธีการจัดการแก้ไขปัญหาอย่างไร ทั้งในด้านการจัดบริการและการเสริมพลัง</p> <p>๔. ใครมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาบ้าง แต่ละฝ่ายมีบทบาทหน้าที่อย่างไร</p> <p>๕. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการแก้ไขปัญหาสุขภาพเป็นอย่างไร</p>

ปฏิบัติการที่ ๒.๒ ความเชื่อมโยงทุนทางสังคมของแกนนำในพื้นที่



ปฏิบัติการที่ ๓	การศึกษาเส้นทางพัฒนาของตำบล
-----------------	-----------------------------

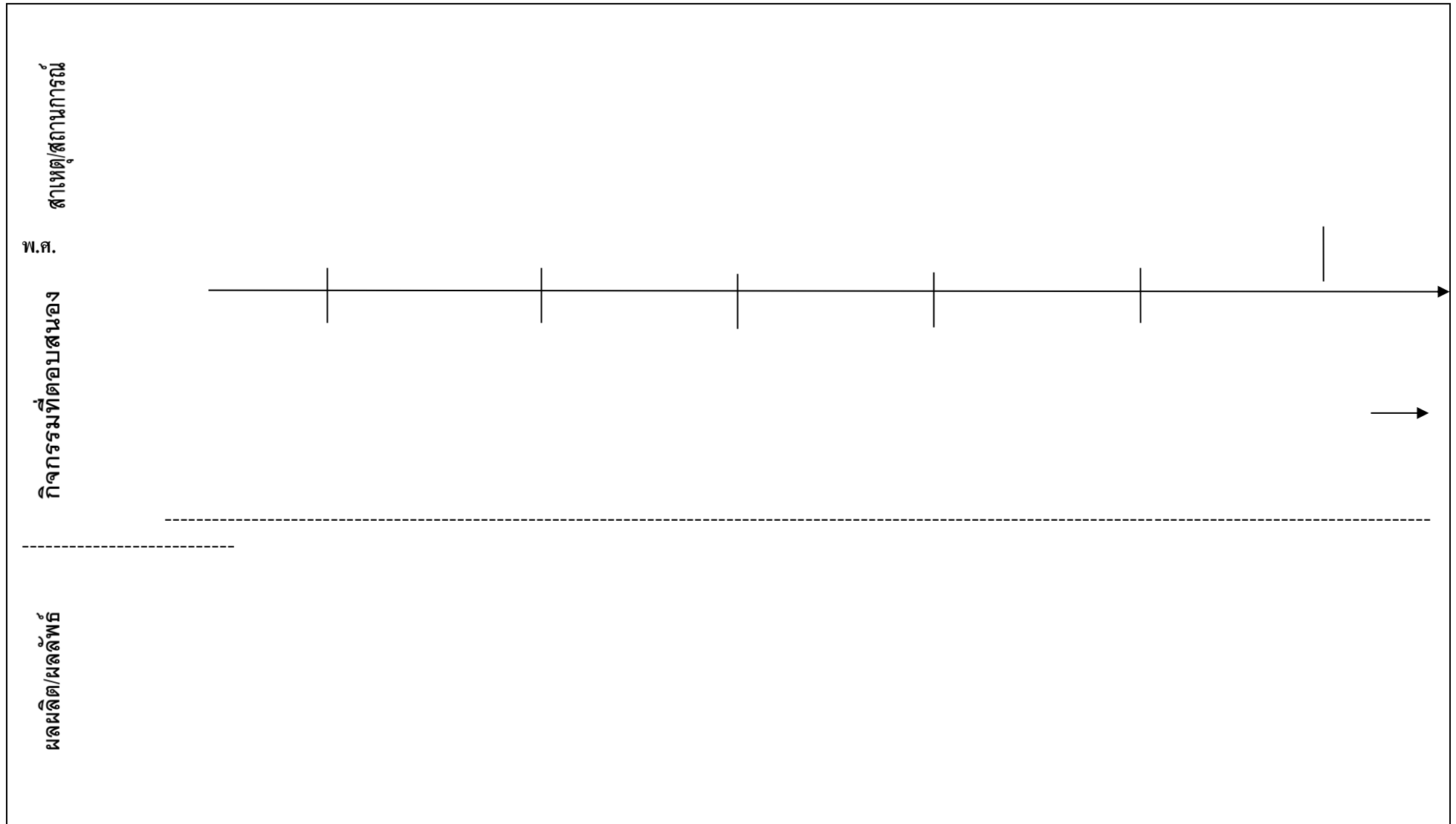
ปฏิบัติการที่ ๓.๑ ข้อมูลสถานการณ์ตำบล

สถานการณ์ปัญหา	ที่มา/สาเหตุของปัญหา	การแก้ปัญหา (การจัดกิจกรรม/โครงการ/วิธีการแก้ปัญหา)	องค์กรที่เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่	แกนนำ/คนสำคัญ (ระบุชื่อ/ตำแหน่ง)	เป็นเรื่องเด่นในตำบล

ปฏิบัติการที่ ๓.๒ ที่มาและเส้นทางการพัฒนาของพื้นที่

ระยะเวลา (ปี พ.ศ.)	ที่มา/สถานการณ์สำคัญ ของการพัฒนาแหล่งเรียนรู้	การดำเนินงาน/กิจกรรม เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์จากงาน/กิจกรรม

ปฏิบัติการที่ ๓.๓ สรุปลภาพเส้นทางการพัฒนาพื้นที่



ปฏิบัติการที่ ๓.๔ โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพและทางสังคมที่สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่
ประกอบด้วย ๒ ตารางวิเคราะห์ ได้แก่
ตารางวิเคราะห์ที่ ๓.๔.๑ โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพที่สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่

โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพที่มี (แหล่งประโยชน์ แหล่งทรัพยากร กองทุน และแหล่งสนับสนุนต่างๆ)	ประโยชน์ในการสนับสนุนการพัฒนาพื้นที่

ตารางวิเคราะห์ที่ ๓.๔.๒ โครงสร้างทางสังคมที่สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่

โครงสร้างทางสังคมที่มี (กิจกรรมการรวมกลุ่ม เครื่องช่วยในการพัฒนา ศักยภาพ ทักษะ และการพัฒนาชุมชน ร่วมกัน)	ประโยชน์ในการสนับสนุนการพัฒนาพื้นที่

<p>ปฏิบัติการที่ ๔</p>	<p>สรุปศึกษาข้อมูลสภาวะในพื้นที่ปฏิบัติการ</p>
-------------------------------	---

หลักการ

การศึกษาข้อมูลสภาวะในพื้นที่ปฏิบัติการ เป็นกระบวนการเข้าไปศึกษาข้อมูลการดำเนินงานในพื้นที่ โดยให้เห็นปฏิบัติการจริง กิจกรรม ขั้นตอนกระบวนการทำงาน วิธีการทำงาน ผู้ที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่นั้นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยใช้วิธีการการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึกและศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงที่มาและเส้นทางการพัฒนา การดำเนินงาน การจัดการปัญหา ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของแหล่งเรียนรู้และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถช่วยในการสร้างความเข้าใจถึงแนวทางและวิธีการในการพัฒนาให้กับทุกองค์กรในพื้นที่ได้ร่วมสนับสนุน ผลักดันในรูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องตามภารกิจของแต่ละองค์กร หน่วยงานอันจะนำสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อทำการสรุปการศึกษาข้อมูลสภาวะในพื้นที่ปฏิบัติการ
๒. เพื่อสอบถาม และเพิ่มเติมข้อมูลสภาวะชุมชนให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

วิธีการ

๑. นำใช้ข้อมูลจากปฏิบัติการที่ ๑-๔ ศึกษาข้อมูลจากแกนนำ
๒. นักศึกษาชุมชนลงพื้นที่และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมตามประเด็นที่
 - วิเคราะห์ไว้ในตารางวิเคราะห์ไว้ในตารางวิเคราะห์ ข้อมูลที่ต้องการเพิ่ม วิธีการเก็บรวบรวม
 - ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมแต่ละเรื่อง โดยการ
 - 2.1 สังเกตอย่างเดี่ยวและ/หรือ สังเกตและร่วมทำกิจกรรม
 - 2.2 สัมภาษณ์เจาะลึกจากผู้ปฏิบัติการ สมาชิกหรือแกนนำคนอื่นๆของแต่ละเรื่อง
 - 2.3 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานผลการดำเนินงาน แผนงาน โครงการ นโยบาย เป็นต้น รายละเอียดตามตารางที่ผู้ให้ข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลของแต่ละเรื่อง
๓. วิเคราะห์และสรุปข้อมูลเพิ่มเติมในตารางวิเคราะห์
๔. เพิ่มเติมข้อมูลที่ได้จากตารางวิเคราะห์

๕. วิเคราะห์ผู้ได้รับผลกระทบ จากการดำเนินงานของแหล่งเรียนรู้ เพิ่มเติมรายชื่อและที่อยู่ลงในตารางที่ แผนการเก็บรวบรวมข้อมูลของแหล่งเรียนรู้

ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑. ข้อมูลของเพิ่มเติมของแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่ปฏิบัติการตามประเด็นวิเคราะห์ 1 – 8
๒. ข้อมูลรายชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ได้รับผลกระทบ

ปฏิบัติการที่ ๔.๑ ทบทวน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เพิ่มเติม

ประเด็นวิเคราะห์	ข้อมูลที่ได้เพิ่มเติม
แผนที่เคินดิน	
แผนผังเครือญาติระดับหมู่บ้าน	
ปฏิทินชุมชน	
ข้อมูลจากแกนนำ ๔ องค์กรหลัก	
ความเชื่อมโยงทุนทางสังคมของแกนนำ	
ข้อมูลสถานการณ์ตำบล	
เส้นทางการพัฒนาของตำบล	
สรุปภาพรวมเส้นทางการพัฒนาตำบล	
โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ	
โครงสร้างพื้นฐานทางสังคม	

การทำแผนที่เดินดินและวิเคราะห์ระดับวิทยา

ความเป็นมา

ปัญหาประการหนึ่งซึ่งมักจะเกิดขึ้นได้แก่ กรณีเมื่อเกิดปัญหามลพิษด้านสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นกรณีที่โรงงานอุตสาหกรรมมีการปล่อยของเสียหรือสารเคมี เข้าสู่สิ่งแวดล้อม เช่น อากาศหรือแหล่งน้ำ จะโดยจงใจหรือไม่ก็ตาม และต่อมาประชาชนที่อาศัยอยู่โดยรอบหรือคนงานที่ทำงานในโรงงานเกิดการเจ็บป่วยด้วยอาการและโรคต่างๆ ก็จะเกิดข้อถกเถียงอยู่เสมอว่าโรงงานเหล่านั้นเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของประชาชนหรือคนงานหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นโรคเรื้อรังซึ่งกว่าจะเกิดอาการต้องกินเวลานานหลายปี เช่น โรคมะเร็งชนิดต่างๆ ก็ยิ่งยากต่อการพิสูจน์ ยิ่งไปกว่านั้นการพิสูจน์ยังต้องอาศัยหลักวิชาการที่ยุ่งยากซับซ้อนและต้องอาศัยการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากอีกด้วย ทำให้ประชาชนทั่วไปอยู่ในสภาพที่เสียเปรียบหากเกิดการต่อสู้คดีในทางศาลเกิดขึ้น ดังนั้นหากมีแนวทางในการพิสูจน์เบื้องต้นโดยไม่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรือเครื่องมือราคาแพงที่ชาวบ้านทั่วไปสามารถทำได้ ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง “ระดับวิทยาภาคประชาชน” ด้วยวิธีการทำ “แผนที่เดินดิน” จึงเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งสามารถใช้ได้ดีและง่ายต่อการทำความเข้าใจ

แนวความคิดและหลักการเกี่ยวกับระดับวิทยา

คำว่า “ระดับวิทยา” หมายความว่า การศึกษาเพื่อบอกความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยเสี่ยงชนิดหนึ่งกับปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การเชื่อมโยงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปอดหรือโรคถุงลมโป่งพอง หรือเด็กที่ได้รับสารตะกั่วในดินบริเวณต่างๆ มีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาที่ลดลง เป็นต้น อย่างไรก็ตามวิธีการศึกษาตามหลักวิชาการจะต้องอาศัยการคำนวณตัวอย่าง การออกแบบการศึกษาที่เหมาะสม รวมทั้งการคำนวณทางสถิติเพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ดังกล่าวซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนและยากต่อการเข้าใจ ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดเกี่ยวกับ “ระดับวิทยาภาคประชาชน” หมายความว่า เป็นวิธีการหาความเชื่อมโยงในแบบฉบับของชาวบ้าน ที่ใครๆ ก็สามารถทำได้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนหรือยากต่อการแปลความหมายมากนัก

หลักการสำคัญของระดับวิทยาภาคประชาชน คืออาศัยการลงจุดลงในแผนที่หนึ่งๆ จุดในที่นี้แบ่งเป็น 2 พวกคือ

- จุดของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ สารหรือสิ่งที่น่าจะหรือเชื่อได้ว่าสามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ เช่น ปริมาณสารสารตะกั่วในดินบริเวณต่างๆ ปริมาณสารปรอทในแหล่งน้ำต่างๆ เป็นต้น
- จุดของปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ได้แก่ อาการ หรือโรคของคนแต่ละคนซึ่งโดยมากแต่ละจุดหมายถึงคนแต่ละคน โดยจะลงในแผนที่ตามที่อยู่ปัจจุบันของบุคคลนั้น

จากนั้นเพียงการดูการกระจุกหรือการกระจายตัวของจุดทั้ง 2 กลุ่ม (คือจุดของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และจุดของปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ) ว่ามีการซ้อนทับกันในบริเวณใดหรือไม่ เช่น หากพบผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคๆ หนึ่งในบริเวณรอบๆ โรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งก็น่าเชื่อได้ว่า การเจ็บป่วยดังกล่าวมีสาเหตุหรือมีความเชื่อมโยงกับการสัมผัสสารบางอย่างที่ถูกปล่อยออกมาจากโรงงานนั้น แบบนี้เรียกว่า การดูความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพแบบ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง หมายความว่า เป็นการสำรวจจุดทั้ง 2 กลุ่มพร้อมๆ กันในช่วงเวลาสั้นๆ ช่วงหนึ่ง ซึ่งเหมาะสำหรับการดูความเชื่อมโยงสำหรับโรคเรื้อรัง ที่จำนวนผู้ป่วยมักจะคงที่หรือการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ป่วยต้องใช้เวลาที่ค่อนข้างนาน เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น อีกแบบหนึ่งได้แก่ การดูการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วยตามระยะเวลา มักใช้กับกรณีการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันที่อาการป่วยเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ หรือสามารถหายเป็นปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว เช่น อหิวาต์ หรือผื่นแพ้ตามผิวหนัง ในกรณีนี้ถ้าได้มีการลงจุดผู้ป่วยเป็นระยะๆ เราจะเห็นการกระจุกตัวของผู้ป่วย ที่สะสมกันมาตามระยะเวลาอยู่ในบริเวณใดบริเวณหนึ่งได้ดีกว่าการลงจุดเพียงชั่วระยะเวลาสั้นๆ เพียงครั้งเดียว เพราะอาจจะมีจำนวนผู้ป่วยในขณะนั้นไม่มากเนื่องจากผู้ป่วยก่อนหน้านี้อาจหายจากอาการป่วยไปก่อนแล้ว จึงอาจทำให้เห็นการกระจุกตัวของจุดไม่ชัดเจน เว้นแต่ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเกิดขึ้นพร้อมๆ กันเป็นจำนวนมากในระยะเวลาใกล้เคียงกัน

ตัวอย่าง

ตัวอย่างการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรค เป็นกรณีของการเกิดโรคระบาดชนิดหนึ่งเรียกว่า สกรับไทฟัส ซึ่งเป็นโรคที่นำโดยตัวหมัดที่อาศัยอยู่ในขนของหนู แต่ยังไม่ทราบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ติดโรคจากที่ใด ในกรณีตัวอย่างนี้ หากเราลงจุดลงในแผนที่ของเมืองตามที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย โดยจุดแดง 1 จุดแทนคนไข้ 1 คน เราจะพบว่าจุดแดงมีการกระจายตัวทั่วไป ไม่สามารถสรุปแหล่งกำเนิดของโรคได้ แต่ถ้าลองลงจุดใหม่ตามที่ทำงานของผู้ป่วยก็จะพบทันที ว่าจุดแดงกระจุกตัวอยู่บริเวณหนึ่ง ซึ่งเมื่อไปสำรวจบริเวณดังกล่าวพบว่า เป็นโกดังเก็บสินค้าแห่งหนึ่งซึ่งมีหนูวิ่งเพ่นพ่านอยู่ในโกดังแห่งนั้น จึงตั้งข้อสงสัยว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะติดโรคในระหว่างที่ทำงานอยู่ในบริเวณนั้นจากหนู ดังนั้นหลังจากที่มีการกำจัดหนูออกไปจนหมดปรากฏว่าโรคดังกล่าวสงบและหายไปที่สุด

เครื่องมือในการทำระบาดวิทยาภาคประชาชน

เครื่องมือที่สำคัญในการทำระบาดวิทยาภาคประชาชนได้แก่ แผนที่ของอาณาบริเวณที่ต้องการทำการศึกษาระบาดวิทยา ซึ่งสามารถหาหรือทำขึ้นเองได้ไม่ยาก ในแผนที่ควรจะมียละเอียดของสถานที่ที่สำคัญ เช่น วัด โรงเรียน โรงพยาบาล สถานีอนามัย โรงงานอุตสาหกรรม โรงแยกขยะ ที่ทิ้งขยะ ฯลฯ ความละเอียดและความถูกต้องของตำแหน่งที่ตั้งของสถานที่ต่างๆ จะมีผลต่อความถูกต้องของการแปลผลด้วย จึงต้องทำแผนที่ให้ได้มาตรฐานที่ถูกต้อง

หลักการเดินสำรวจและทำแผนที่เดินดิน

ในการลงจุดลงในแผนที่นั้น มีหลักการสำคัญๆ ที่ควรจดจำคือ

- ควรมีการสำรวจในลักษณะเป็นทีม ประกอบด้วยผู้นำทางที่มีความชำนาญในพื้นที่ ผู้ช่วยในการลงจุดในแผนที่ ผู้ที่ทราบรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเป็นอย่างดี ฯลฯ
- ก่อนการออกสำรวจควรมีการประชุมระหว่างทีมสำรวจ เพื่อวางแผนเกี่ยวกับเส้นทางการเดินสำรวจ รวมทั้งกำหนดประเด็นที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพคร่าวๆ ควรมีเจ้าของพื้นที่เป็นผู้ให้ความเห็น เพราะเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในบริเวณนั้นจะมีข้อมูลมากกว่าบุคคลอื่น
- ควรใช้วิธีการเดินสำรวจจากพื้นที่จริง เพราะจะได้เห็นลักษณะของทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยจากสถานที่จริง รวมทั้งจะได้ทราบตำแหน่งที่แท้จริงอีกด้วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการลงจุดลงในแผนที่ให้ได้ตำแหน่งที่ถูกต้องตามความเป็นจริง
- การลงจุดควรทำสัญลักษณ์ไว้พร้อมคำอธิบายรายละเอียดของสัญลักษณ์แต่ละชนิดด้วย
- การพิจารณาว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร ควรค้นหาข้อมูลจากการวินิจฉัยของแพทย์หรือข้อมูลการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ จากสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษา
- ในการลงจุดของผู้ป่วยโดยทั่วไปจะลงตามตำแหน่งที่ตั้งของที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย แต่ถ้าหากสงสัยว่าการเจ็บป่วยอาจจะเกิดจากสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม ก็อาจจะลองลงจุดตามตำแหน่งของสถานที่ที่ผู้ป่วยทำงานก็ได้
- หากมีข้อมูลการตรวจทางสิ่งแวดล้อม ควรนำเอาผลดังกล่าวมาลงไว้ในแผนที่ตามตำแหน่งจริงที่มีการเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมนั้นไปตรวจ
- ในกรณีที่มีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจในการลงจุดในแผนที่ ควรทำเครื่องหมายไว้และสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญในภายหลัง
- ควรมีการสำรวจและลงจุดในแผนที่เป็นระยะๆ ความถี่ห่างในการสำรวจคงขึ้นกับความเหมาะสม ลักษณะของโรคเป็นกรณีๆ ไป

บทสรุป

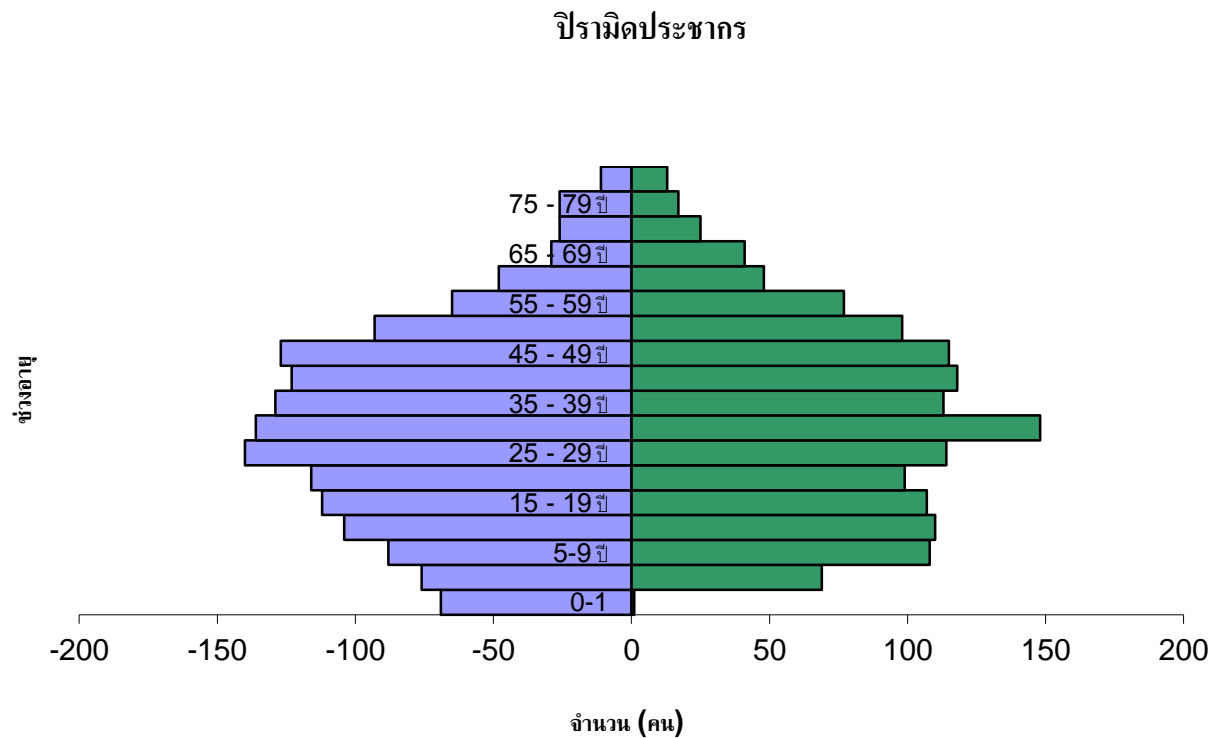
ระบาดวิทยาภาคประชาชนนี้เป็นการประยุกต์หลักการทางวิชาการ ให้สามารถปฏิบัติได้ง่ายในระดับประชาชนทั่วไป โดยไม่ต้องอาศัยความรู้ทางสถิติหรือการคำนวณที่ยุ่งยาก เพียงแต่อาศัยแผนที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพ อย่างไรก็ตามผลที่ได้จากการทำแผนที่เดินดินนี้ เป็นเพียงแนวทางในการบอกความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพได้ระดับหนึ่งเท่านั้น ไม่ใช่เป็นเครื่องมือในการพิสูจน์เชิงเหตุและผล กล่าวคือ ไม่สามารถใช้ในการบอกว่าปัจจัยเสี่ยงที่สงสัยเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้นผลที่ได้ยังต้องรอการพิสูจน์ให้แน่ชัดด้วยวิธีการอื่นๆต่อไป

ปิรามิดประชากร

วิธีทำปิรามิด

1. ปรับตัวเลขอายุแต่ละช่วงอายุ ทั้งกลุ่มชายและหญิง ตามความต้องการ
2. ในกลุ่มหญิงห้ามลบเครื่องหมาย -
3. กราฟปิรามิดจะแสดงผลดังนี้รูป

กลุ่มอายุ	ชาย	หญิง
0-1		
1 - 4 ปี		
5-9 ปี		
10-14 ปี		
15 - 19 ปี		
20 - 24 ปี		
25 - 29 ปี		
30 - 34 ปี		
35 - 39 ปี		
40 - 44 ปี		
45 - 49 ปี		
50 - 54 ปี		
55 - 59 ปี		
60 - 64 ปี		
65 - 69 ปี		
70 - 74 ปี		
75 - 79 ปี		
80 - 84 ปี		



การคำนวณประชากร อัตราการเกิด อัตราการตาย อัตราการย้ายถิ่น

การเปลี่ยนแปลงประชากร (Population Change) หมายถึง การที่จำนวนประชากร โครงสร้างทางอายุ และเพศ และการกระจายตัวของประชากรเปลี่ยนแปลงไปในพื้นที่และช่วงเวลาการศึกษา โดยมีองค์ประกอบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของประชากรคือ ปัจจัยตามธรรมชาติ ได้แก่ การเกิด การตาย และปัจจัยนอกเหนือธรรมชาติ ได้แก่ การย้ายถิ่น โครงสร้างประชากรของไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก จากอดีตที่แต่ละครอบครัวนิยมมีลูกหลายคน แต่ในปัจจุบันครอบครัวหนึ่งมีลูกเพียง 1-2 คน จำนวนสตรีที่มีสถานภาพโสดมากขึ้น ซึ่งนอกจากจะมีสาเหตุจากการศึกษาสูงขึ้น มีการทำงานนอกภาคเกษตรมากขึ้นแล้วยังมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมการทำงาน ที่ผู้หญิงแสวงหาความก้าวหน้าในอาชีพการงานและความทัดเทียมทางสังคมมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นความไม่สมดุลระหว่างจำนวนประชากรเพศชายและเพศหญิงก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ส่งผลให้จำนวนประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลให้จำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นมาก นอกจากประเทศไทยแล้วยังมีอีกหลาย ๆ ประเทศ เช่น ญี่ปุ่น จีน และประเทศแถบยุโรปกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่จำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นมาก เช่นเดียวกัน

อัตราสถิติชีพ

อัตราสถิติชีพ (Vital Statistics Rate) เป็นดัชนีที่ใช้วัดความถี่เหตุการณ์ทางชีพของประชากร เช่น การเกิด การตาย การสมรส ต่อจำนวนประชากร 1,000 คน โดยปกติจะใช้ช่วงเวลา 1 ปี ในการวัด เรียกว่า อัตราอย่างหยาบ (Crude Rate) มีดังนี้

อัตราเกิดอย่างหยาบ (Crude Birth Rate) หมายถึง จำนวนเกิดมีชีพ¹ ต่อจำนวนประชากรกลางช่วงเวลา 1,000 คน ในพื้นที่และช่วงเวลาการศึกษา สูตรที่ใช้ในการคำนวณเป็นดังนี้

$$CBR = \frac{B}{P} \times 1,000$$

¹ 1 เกิดมีชีพ (Live Birth) หมายถึง การที่ทารกคลอดออกมาโดยวิธีใดก็ตาม และไม่คำนึงถึงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ โดยทารกที่คลอดออกมานั้นจะต้องมีการหายใจ หรือแสดงอาการที่บ่งว่ามีชีวิต เช่น การเต้นของหัวใจ การเต้นของเส้นโลหิต การเต้นของสายสะดือหรือมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย (สำนักขามสถิติสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

โดย CBR หมายถึง อัตราเกิดอย่างหยาบ
B หมายถึง จำนวนเกิดมีชีพในพื้นที่และช่วงเวลาที่ศึกษา
P หมายถึง จำนวนประชากรกลางช่วงเวลาในพื้นที่และช่วงเวลาที่ศึกษา

อัตราการตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)

หมายถึงจำนวนตายต่อจำนวนประชากรกลางช่วงเวลา 1,000 คน ในพื้นที่และช่วงเวลาที่ศึกษา สูตรที่ใช้ในการคำนวณเป็นดังนี้

$$\text{CDR} = \frac{D}{P} \times 1,000$$

โดย CDR หมายถึง อัตราตายอย่างหยาบ
D หมายถึง จำนวนตายในพื้นที่และช่วงเวลาที่ศึกษา
P หมายถึง จำนวนประชากรกลางช่วงเวลาในพื้นที่และช่วงเวลาที่ศึกษา

อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (Natural Increase Rate) หมายถึง ผลต่างของจำนวนเกิดมีชีพ และจำนวนตายต่อจำนวนประชากรกลาง ช่วงเวลา 1,000 คน ในพื้นที่และช่วงเวลาที่ศึกษา สูตรที่ใช้ในการคำนวณเป็นดังนี้

$$\text{NIR} = \frac{B - D}{P} \times 1,000$$

โดย NIR หมายถึง อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ
B หมายถึง จำนวนเกิดมีชีพในพื้นที่และช่วงเวลาที่ศึกษา
D หมายถึง จำนวนตายในพื้นที่และช่วงเวลาที่ศึกษา
P หมายถึง จำนวนประชากรกลางช่วงเวลาในพื้นที่และช่วงเวลาที่ศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- จริยวัตร คมพักษณ์ และ วนิดา คุรงค์ฤทธิชัย. (2554). การพยาบาลอนามัยชุมชน : แนวคิด หลักการ และการปฏิบัติการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จัดพิมพ์โดย บริษัทจุดทองจำกัด.
- จินตนา วัชรสินธุ์ และ คารุณี จงอุดมการณ์. (2555). การพยาบาลครอบครัว.บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 11. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: วิเจ พรีเมียมตั้ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: ชันด้าการพิมพ์
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). **Nursing and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention.** Philadelphia: F.A. Davis.