

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอเป็น 4 ตอน ได้แก่ (1) ความรู้เรื่องการอนามัยชุมชน (2) แนวคิดพื้นฐานการวิจัยชุมชน (3) การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน และ (4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดในการวิจัย ในรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องการอนามัยชุมชน

การเสนอสาระในตอนนี้ แบ่งออกเป็น 2 หัวข้อคือ แนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยชุมชนหัวข้อหนึ่ง อีกหัวข้อหนึ่งเป็นเรื่องความหมาย ขอบเขต และการดำเนินงานอนามัยชุมชน

1. แนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยชุมชน

แนวคิดที่เป็นพื้นฐานสำหรับความเข้าใจในการอนามัยชุมชนและการพัฒนาอนามัยชุมชน มีแนวคิดที่สำคัญแยกได้เป็น 4 หัวข้อคือ แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน (community) แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย (health) แนวคิดเกี่ยวกับความตระหนักในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ดังสาระต่อไปนี้

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน

คำว่าชุมชนมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกันตามทรรศนะของผู้ให้ความหมาย จากการศึกษาคำหมายของชุมชนตามที่นักวิชาการกล่าวไว้พบว่า มีการให้ความหมายใน 2 มิติ คือ 1) มิติทางพื้นที่ ชุมชนในมิตินี้หมายถึง กลุ่มคนซึ่งอาศัยอยู่ในบริเวณใดบริเวณหนึ่งหรือกลุ่มสังคมที่กำหนดโดยขอบเขตทางภูมิศาสตร์ (WHO cited by Stanhope & Lancaster, 2000) 2) มิติทางสังคม ชุมชนในมิตินี้หมายถึง กลุ่มคนซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมีความผูกพันร่วมกัน มีความสนใจร่วมกันหรือมีคุณลักษณะร่วมกัน (Clark, 1999; WHO cited by Stanhope & Lancaster, 2000;

Clemen-Stone, McGuire & Eigsti, 2002; Allender & Spradley, 2001; McKenzie, Pinger & Ketechi, 2002; Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003)

องค์ประกอบของชุมชนเป็นแนวคิดหนึ่งที่นักวิชาการได้นำไปใช้ในการประเมินสุขภาพชุมชน องค์ประกอบของชุมชนที่นักวิชาการกล่าวไว้ตรงกัน ได้แก่ คน สถานที่ (Stanhope & Lancaster, 2000; Nies & McEwan, 2001; Clemen-Stone, McGuire & Eigsti, 2002) ระบบทางสังคม (Allender & Spradley, 2001; Nies & McEwan, 2001; Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Clemen-Stone, McGuire & Eigsti, 2002) ส่วนองค์ประกอบที่นักวิชาการบางท่านกล่าวไว้ได้แก่ ความผูกพันร่วมกัน (Clemen-Stone, McGuire & Eigsti, 2002) และการทำหน้าที่ (Stanhope & Lancaster, 2000)

จากความหมายและองค์ประกอบของชุมชนที่นักวิชาการกล่าวไว้ข้างต้น ชุมชนจึงเป็นได้ทั้งกลุ่มคนที่มาอยู่รวมกันในอาณาเขตพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ และกลุ่มคนที่มีการติดต่อระหว่างกันทางสังคม มีความผูกพันร่วมกัน มีความสนใจร่วมกัน หรือมีคุณลักษณะความรู้ความชำนาญที่เหมือนกัน โดยชุมชนหนึ่ง ๆ จะมีองค์ประกอบของชุมชนได้หลายประการ แต่ถึงแม้ว่าบางชุมชนจะมีอะไรที่คล้ายกัน ชุมชนนั้น ๆ ก็มีความแตกต่างที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของแต่ละชุมชน (Clemen-Stone, McGuire & Eigsti, 2002)

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและชุมชนสุขภาพดี

คำว่าสุขภาพอาจจะไม่ใช่เป้าหมายที่สำคัญหรือเป็นเป้าหมายแรกที่ชุมชนต้องการ แต่สุขภาพจะเป็นทรัพยากรที่สำคัญสำหรับชุมชนที่จะทำให้ชุมชนได้บรรลุเป้าหมายอื่น ๆ (Anderson & McFarlan, 1998) การปฏิบัติอนามัยชุมชนซึ่งเกี่ยวข้องกับทั้งชุมชนและสุขภาพอนามัยโดยที่แยกจากกันไม่ได้ การปฏิบัติการจึงเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและการสงวนรักษาภาวะสุขภาพดี (wellness) ของชุมชน และการป้องกันการเจ็บป่วยหรือความพิการที่เกิดขึ้นกับประชาชนในชุมชน (Hudson-Rodd, 1994 cited by Allender & Spradley, 2001) สุขภาพมีลักษณะเป็นนามธรรมที่นักวิชาการส่วนใหญ่ให้ความหมายในลักษณะเป็นองค์รวมคือ สภาวะของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมหรือสังคม และมองในลักษณะสุขภาพของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003; Allender & Spradley, 2001) สุขภาพสามารถเป็นทั้งทางบวก (wellness) และทางลบ (illness) ตามความรู้สึก (subjective) หรือตามการปฏิบัติหน้าที่ (objective) อย่างไรก็ตามความหมายข้างต้นสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับครอบครัวและชุมชนได้ (Allender & Spradley, 2001) ความหมายของสุขภาพที่ถือว่าเป็นความหมายที่ยังยึดถือกันอยู่ (classical) คือ สภาวะของการเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยไม่เพียงการ

ปราศจากโรค ความเจ็บป่วยหรือความพิการเท่านั้น (WHO, 1974 cited by Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) ซึ่งเป็นการมองสุขภาพในทางบวกและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สุขภาพเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ต้องมีการศึกษาพิจารณาองค์ประกอบทางสังคมว่ามีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีด้วย (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003)

สุขภาพของประชาชนได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ (determinants of health) หลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีววิทยา/ พฤติกรรมบุคคลรวมถึงวิถีชีวิตของบุคคล ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางด้านสังคมที่รวมถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การทำงาน และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่ง Hitchcock, Schubert & Thomas (2003) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) จะเป็นปัจจัยทางด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพให้ครอบคลุมปัจจัยได้มากเท่าไร ย่อมจะช่วยในการรวบรวมข้อมูล วางแผน และปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพียงนั้น

Cattrell (1976 cited by Allender & Spradley, 2001) เป็นผู้ให้คำนิยาม ชุมชนสุขภาพดี (healthy community) เป็นคนแรก โดยระบุว่าชุมชนสุขภาพดีมีลักษณะ 4 ประการ ได้แก่ 1) ชุมชนร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพในการระบุนปัญหาและความต้องการจำเป็นของชุมชน 2) ชุมชนเห็นพ้องในเป้าหมายและลำดับความสำคัญ 3) ชุมชนเห็นพ้องต่อแนวทางหรือวิธีการที่จะปฏิบัติ และ 4) ชุมชนร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติร่วมกัน ชุมชนสุขภาพดีที่อธิบายนี้จะเป็นลักษณะของความสามารถของชุมชนหรือกระบวนการที่ทำให้ชุมชนมีสุขภาพดีได้ Denham et al. (1998 cited by Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) ได้อธิบายเพิ่มเติมถึงเงื่อนไขในมิติกระบวนการที่ทำให้เกิดชุมชนสุขภาพดีรวม 8 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) ความผูกพันของสมาชิกต่อชุมชน 2) ความตระหนักและความเข้าใจในตนเองและบุคคลอื่นของสมาชิก 3) ความสามารถของสมาชิกในการประสานความสนใจและความเป็นห่วงต่อกันและกัน 4) ประสิทธิภาพในการสื่อสารของสมาชิก 5) การยับยั้งข้อขัดแย้งและมีความปรองดองในชุมชน 6) การมีส่วนร่วมของสมาชิก 7) ความสัมพันธ์กับชุมชนอื่น และ 8) การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์และการตัดสินใจของสมาชิก ต่อมา Allender & Spradley (2001) ได้แจงรายละเอียดเพื่อใช้ในการประเมินชุมชนสุขภาพดี โดยศึกษาจากเงื่อนไข 8 ข้อดังกล่าวข้างต้นและจากนักวิชาการท่านอื่น ๆ ได้รายละเอียดที่ใช้ในการประเมินชุมชนสุขภาพดีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) ประชาชนในชุมชนได้มีความตระหนักในความเป็นคนของชุมชนและถือประโยชน์ของชุมชนมากกว่าประโยชน์ของตน 2) ประชาชนในชุมชนมีความหวงแหนและรู้จักใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในธรรมชาติอย่างประหยัด 3) ประชาชนในชุมชนได้รู้จักหน้าที่ ความรับผิดชอบ และบทบาทของตนที่พึงมีในกลุ่มของตน 4) ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนได้ 5) ประชาชนในชุมชนมีการรวมกลุ่ม

เพื่อช่วยเหลือทำประโยชน์เพื่อชุมชน 6) ชุมชนเป็นชุมชนเปิดที่สามารถรับฟังแลกเปลี่ยนข่าวสารและการพัฒนาได้ 7) ชุมชนมีทรัพยากรที่เพียงพอในการดำรงชีวิตของประชาชนในชุมชนทุกคน 8) ชุมชนมีการกำหนดระเบียบของชุมชนภายใต้กลไกของชุมชนที่พึงประสงค์ 9) ชุมชนมีความเป็นประชาธิปไตยและมีการตัดสินใจแก้ปัญหาของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน 10) ประชาชนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตสุขภาพที่ดี

1.3 ความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ความตระหนักรู้ (awareness, consciousness) หมายถึง สภาพความนึกคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสภาวะจิตใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ทั้งภายในและภายนอกตนเอง (Farthing, 1992)

สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) หมายถึง สุขภาวะ (wellness) ของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพจึงอาจใช้การดูแลสุขภาพทางเลือกร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความเป็นองค์รวม อย่างไรก็ตาม คำว่าองค์รวมยังมีความความหมายแตกต่างกันออกไป ได้แก่ 1) การมองมนุษย์ทุกช่วงอายุอย่างองค์รวม ตั้งแต่ครรภ์จนเติบโต แก่ชรา และตายไป การมีสุขภาวะต้องครอบคลุมทุกช่วงอายุเหล่านี้ 2) การมองว่าสุขภาพต้องประกอบไปด้วยการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษาและการฟื้นฟู การพัฒนาสุขภาพต้องครอบคลุมทั้ง 4 ประเด็นดังกล่าวจึงถือว่าเป็นองค์รวม 3) การมองในแง่กระบวนการทางการแพทย์ เช่น การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันกลับมาเป็นใหม่ (วราภรณ์ บุญเชียง, 2545) และ 4) ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการประมวลการแพทย์เชิงมานุษยนิยม คือการดูแลรักษาโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ ไม่ใช่คำนึงถึงแต่โรคหรือการวินิจฉัยโรค ระบบสุขภาพทางเลือก เป็นการเอื้ออำนวยให้เกิดทางเลือกขึ้นหลาย ๆ ทางต่อปัญหาสุขภาพอันใดอันหนึ่ง การดูแลพื้นฐาน ก็คือการดูแลรักษาตนเองของคนในชุมชนและสังคม เช่น กลุ่มดูแลตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต้องมีการปรับเปลี่ยนไปในลักษณะที่ผู้รับบริการเป็นอิสระในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ให้บริการเป็นเพียงผู้สนับสนุน (เอี่ยมพร ทองกระจาย, 2542)

เทคนิควิธีการพื้นฐานในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมถึง อาหารและโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพจิตใจ การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค การแบ่งปันความรักและสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง รวมทั้งตนเอง การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ (วราภรณ์ บุญเชียง, 2545)

ดังนั้นความตระหนักในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง สภาวะความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์หรือสภาวะการแวดล้อมที่มากระทบต่อบุคคลนั้น ในการพร้อมที่จะตัดสินใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยครอบคลุมความรู้ ความเข้าใจ การเห็นคุณค่า และการทำกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การปกป้องสุขภาพ การดูแลรักษา ระบบสุขภาพทางเลือก และการดูแลสุขภาพพื้นฐาน

1.4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับ และนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนทุก ๆ ด้าน ด้วยเหตุผลหลักที่ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพึ่งพาตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการพัฒนา (วรรณิ จันทรสว่าง, 2546) การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข นอกจากจะใช้คำภาษาอังกฤษว่า “community health participation” แล้วยังมีภาษาอังกฤษอีกคำที่ถูกใช้มากในความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข คือ “community health involvement” โดยมองว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนมิใช่เพียงกลไกที่ดึงประชาชนเข้ามาสนับสนุนหรือรับประโยชน์จากการดำเนินงาน โครงการสาธารณสุขที่ริเริ่มโดยองค์กรภายนอกชุมชน แต่เป็นกลวิธีที่นำมาใช้เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมีระบบ มีการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งโดยการให้ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนของตน จากการประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ขององค์การอนามัยโลกนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพได้ถูกกำหนดให้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และเป็นกลวิธีที่ทำให้การพัฒนาสุขภาพครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว (Oakley & Kahssay, 1999)

สำหรับการพัฒนาด้านสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมแตกต่างกันเป็น 3 ประเด็นต่อไปนี้ (Oakley & Kahssay, 1999) 1) *การมีส่วนร่วมแบบการเข้ามาร่วมมือ* (participation as collaboration) การมีส่วนร่วมแบบการเข้ามาร่วมมือของประชาชนในการพัฒนาด้านสาธารณสุข จะมีตั้งแต่การร่วมมือที่เกิดจากการชักชวน การให้สิ่งตอบแทน โดยในปัจจุบันได้มองการมีส่วนร่วมแบบการร่วมมือในขอบเขตที่ขยายกว้างขึ้นและเน้นที่คุณภาพการเข้ามาร่วมมือมากขึ้นกว่าเดิม โดยเน้นการเข้ามาร่วมมือในระดับการเป็นผู้กำหนดที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) คือ ได้ร่วมกำหนดปัญหา ร่วมกำหนดกระบวนการพัฒนา ตลอดจนเป็นผู้ได้รับผลลัพธ์จากการพัฒนาด้วย กล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วม = การเป็นผู้ปฏิบัติ 2) *การมีส่วนร่วมแบบกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ* (participation as specific targeting of project benefits) การมีส่วนร่วมแบบนี้เป็นการที่ผู้ที่มีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายที่จะได้รับประโยชน์จาก

โครงการพัฒนาด้านสาธารณสุข เช่น คนยากจนในชุมชนแออัด กล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วม = การได้รับประโยชน์ 3) *การมีส่วนร่วมแบบการเสริมสร้างพลัง* (participation as empowerment) การมีส่วนร่วมเป็นการฝึกหัดให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และมีพลัง เช่นการเสริมสร้างพลังเพื่อการพัฒนาทักษะและความสามารถของประชาชนในการบริหารจัดการ การพัฒนา หรือการเสริมสร้างพลังเพื่อการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาตนเองได้ดีกว่าเดิม เป็นต้น ซึ่งการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ย่อมได้เรียนรู้ การตัดสินใจ การจัดกิจกรรม และการจัดการในการแก้ไขปัญหาของตนและชุมชน การมีส่วนร่วมจึงเป็นการเสริมสร้างพลังให้กับประชาชนและชุมชน จากความหมายดังกล่าวอาจให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นทั้งวิธีการ (means) และเป็นเป้าประสงค์ (ends) ของการพัฒนา สรุปความหมายของ *การมีส่วนร่วมในความหมายของวิธีการ* (participation as a means) เป็นการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการที่ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโครงการพัฒนาต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของโครงการพัฒนาที่ได้กำหนดไว้ก่อนแล้ว โดยหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกชุมชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงเป็นวิธีการที่จะทำให้งานที่กำหนดไว้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ซึ่งเมื่องานเสร็จสิ้นแล้ว การมีส่วนร่วมอาจสิ้นสุดลงด้วย *การมีส่วนร่วมในความหมายของเป้าประสงค์* (participation as ends) เป็นการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการในการพัฒนา คือประชาชนมาทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้มีทักษะ ความรู้ และทักษะที่จำเป็นในกระบวนการแก้ปัญหา และสามารถเข้ามารับผิดชอบในชุมชนของตนจนเกิดการพึ่งพาตนเอง ถึงแม้ว่าโครงการจะสิ้นสุดลงแล้วแต่การมีส่วนร่วมยังคงมีอยู่ต่อไป ส่งผลให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืน ซึ่งการมีส่วนร่วมแบบเสริมสร้างพลัง หรือการเสริมพลังอำนาจ ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมในความหมายทั้งวิธีการและผลลัพธ์หรือเป้าประสงค์ (Helvie, 1998)

การมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีประสิทธิภาพควรมีลักษณะเชิงรุก (active) มากกว่าเชิงรับ (passive) (Stanhope & Lancaster, 2000) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเชิงรุกของชุมชน มีหลักในการดำเนินงาน 8 ประการคือ 1) ความไว้วางใจ 2) ความเสมอภาค 3) ความรับผิดชอบและบทบาทที่ชัดเจน 4) การรับฟัง 5) พลังการมีส่วนร่วม 6) การเข้าถึงและโครงสร้างการตัดสินใจที่โปร่งใส 7) การเสริมพลังอำนาจ 8) การฝึกฝน การพัฒนาทักษะ และการศึกษาสำหรับภาคีทุกคน (Chapman, Kirk & Carly, 2001) และ Bracht (1990 cited by Helvie, 1998) ได้เสนอแนวทางในการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 แนวทาง ได้แก่ 1) สร้างกลุ่มทำงาน (task forces) 2) การมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนในการเลือกยุทธศาสตร์การปฏิบัติ และ 3) การจัดเตรียมที่ปรึกษาเพื่อที่จะช่วยเหลือในรายละเอียดและช่วยในเรื่องเทคนิคให้กับสมาชิกชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายระดับคล้ายกับบันได 7 ขั้น จากระดับที่ไม่มีส่วนร่วมเลย จนถึงระดับที่มีอำนาจในการตัดสินใจและควบคุม ดังนี้ 1) การไม่มีส่วนร่วม หมายถึง

สภาวะการณ์ที่ประชาชนไม่ได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับแผน มีแต่เพียงกิจกรรมที่จะให้ประชาชนเข้าร่วมเท่านั้น 2) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์จากโครงการหมายถึง สภาวะการณ์ที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ควบคุมโปรแกรมทั้งหมด ตั้งแต่การวางแผน และการจัดกิจกรรม การทำสัญญา และรับผิดชอบการจัดหาทุน ประชาชนเพียงแต่ได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับแผนและร่วมรับประโยชน์ 3) การมีส่วนร่วมโดยข้อมูลสารสนเทศ หมายถึง สภาวะการณ์ที่ประชาชนได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับโปรแกรมและกิจกรรมทั้งหมด จากการถามและการตอบคำถาม 4) การมีส่วนร่วมโดยการเป็นที่ปรึกษา หมายถึง สภาวะการณ์ที่ประชาชนเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับโปรแกรม ความคิดของประชาชนจะถูกรับฟังและได้รับการปฏิบัติถ้าเป็นความคิดที่จำเป็น การปฏิบัติงานดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่ และอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่เจ้าหน้าที่ 5) การมีส่วนร่วมตามหน้าที่ หมายถึง สภาวะการณ์ที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการตัดสินใจ มีส่วนร่วมใน โปรแกรมและ กิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่ยังมีการควบคุมและตัดสินใจขั้นสุดท้าย 6) การมีส่วนร่วมแบบปฏิสัมพันธ์ หมายถึง สภาวะการณ์ที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการเป็นภาคีกับเจ้าหน้าที่ในการวางแผน การปฏิบัติกิจกรรม มีการตัดสินใจร่วมกันและประชาชนมีการช่วยเหลือในด้านทรัพยากร 7) การเคลื่อนไหวด้วยตนเอง หมายถึง สภาวะการณ์ที่ประชาชนมีการตัดสินใจอย่างอิสระ มีการควบคุมการวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมอย่างเต็มที่ เจ้าหน้าที่เป็นแต่เพียงผู้อำนวยความสะดวก (Taylor & Contu, 1997)

2. ความหมาย ขอบเขตและการดำเนินงานอนามัยชุมชน

การอนามัยชุมชนเป็นการสาธารณสุขแนวใหม่ ซึ่งมีรากฐานมาจากปรัชญาของการสาธารณสุขที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลาง (community-centered) และเป็นระบบหนึ่งทางสังคม (อารยา ภมรประวัติ, 2536) คำจำกัดความที่ใช้กันอยู่ของคำว่า การสาธารณสุข หมายถึง วิทยาการและศิลปะของการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาว และการยกระดับสภาวะสุขภาพ และประสิทธิภาพของบุคคล โดยกิจกรรมที่ดำเนินการร่วมกันของชุมชนตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้แก่ 1) การสุขภาพสิ่งแวดล้อม 2) การควบคุมการติดเชื้อโรคติดต่อ 3) การอนามัยส่วนบุคคล 4) การจัดบริการทางการแพทย์ และการพยาบาลสำหรับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การบำบัดรักษาโรคมิให้แพร่กระจายไป และ 5) การพัฒนาวิถีทางสังคมเพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (Winslow, 1952 cited by Clemen-Stone, McGuire & Eigsti, 2002) การสาธารณสุขเดิม มีเป้าหมายเพื่อลดขนาดของการเกิดโรค การเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควร ส่วนการสาธารณสุขแนวใหม่หรือการอนามัยชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มศักยภาพของการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับอนามัยของตนเองมากขึ้น หรือเป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วม

ของประชาชนในด้านอนามัย (อารยา ภรประวัตติ, 2536) โดยประกอบด้วยหลักการ 4 ข้อ คือ 1) ความเท่าเทียมกัน (equity) 2) การประสานความร่วมมือ (collaboration) 3) การมีส่วนร่วม (participation) และ 4) การขยายการดำเนินงานของชุมชน (strengthening community action) ดังนั้นการอนามัยชุมชนจึงไม่ได้เน้นที่ผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่วิธีการ (means) ด้วย ดังนั้นจะได้นำเสนอสาระเกี่ยวกับการอนามัยชุมชนเป็น 3 หัวข้อต่อไปนี้ คือ ความหมายของการอนามัยชุมชน ขอบเขตของการอนามัยชุมชน และกระบวนการดำเนินงานการอนามัยชุมชน ดังสาระต่อไปนี้

2.1 ความหมายของการอนามัยชุมชน

การอนามัยชุมชนมีความหมายแยกเป็น 2 นัย *นัยแรก* เป็นความหมายในแนวแคบซึ่งจะให้ความหมายของการอนามัยชุมชนเพียงมิติใดมิติหนึ่ง คือ การบริการสุขภาพ (Green & Ottoson, 1994) หรือสถานะสุขภาพของประชาชน (McKenzie, Pinger & Ketechi, 2002) หรือความต้องการจำเป็นและการปกป้องปรับปรุงสุขภาพ (Allender & Spradley, 2001; Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) *นัยที่สอง* เป็นความหมายของการอนามัยชุมชนในแนวกว้าง ที่มอง 3 มิติ คือ 1) โครงสร้าง (structure) 2) กระบวนการ (process) และ 3) สถานภาพ (status) ของการอนามัยชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Stanhope & Lancaster, 2000)

1) โครงสร้างการอนามัยชุมชน โครงสร้างการอนามัยชุมชนส่วนใหญ่จะหมายถึง การบริการ (services) และ ทรัพยากร (resources) ดังนั้นชีวิตด้านการบริการและทรัพยากร ได้แก่ สิ่งที่อำนวยความสะดวกแก่สุขภาพ เช่น โรงพยาบาล สถานพยาบาล การบริการอนามัยโรงเรียนและการอุตสาหกรรม อาสาสมัครทางสุขภาพ เป็นต้น กลุ่มที่วางแผนเกี่ยวกับสุขภาพ กำลังคนทางด้านสุขภาพ และรูปแบบการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพ เช่น จำนวนวันของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเชื่อมผู้รับบริการ เป็นต้น อย่างไรก็ตามโครงสร้างการอนามัยชุมชนจะรวมถึงองค์ประกอบอื่น ๆ ของชุมชนด้วย เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชน (Stanhope & Lancaster, 2000)

2) กระบวนการอนามัยชุมชน หมายถึง การทำหน้าที่ของชุมชนด้านสุขภาพหรือการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง Cattrel (1976 cited by Allender & Spradley, 2001) ได้อธิบายว่าเป็นความสามารถของชุมชน หรือการเสริมพลังอำนาจของสมาชิกชุมชน (Helvie, 1998) ซึ่งจะทำให้เกิดชุมชนสุขภาพดี ความสามารถของชุมชนนั้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไข 8 ประการ ได้แก่ 1) ความผูกพันของสมาชิกต่อชุมชน 2) ความตระหนักและความเข้าใจในตนเองและบุคคลอื่นของสมาชิก 3) ความสามารถของสมาชิกในการประสานความสนใจและความเป็นห่วงต่อกันและกัน 4) ประสิทธิภาพในการสื่อสารของสมาชิก 5) การยับยั้งข้อขัดแย้งและมี

ความปรองดองในชุมชน 6) การมีส่วนร่วมของสมาชิก 7) ความสัมพันธ์กับชุมชนอื่น และ 8) การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์และการตัดสินใจของสมาชิก เกือบทั้ง 8 ประการนี้สามารถใช้เป็นดัชนีชี้วัดกระบวนการของการอนามัยชุมชนได้ (Stanhope & Lancaster, 2000; Allender & Spradley, 2001)

3) สถานภาพของการอนามัยชุมชน หมายถึง ผลลัพธ์หรือสถานะทางสุขภาพอนามัยของชุมชน โดยสถานภาพของการอนามัยชุมชนจะครอบคลุมทั้งทางด้านกายภาพ ทางจิตใจและสังคม (Stanhope & Lancaster, 2000) ดัชนีที่บ่งบอกถึงสถานภาพของการอนามัยชุมชน ได้แก่ อายุขัยเฉลี่ย อัตราป่วย อัตราการตาย อัตราการประกอบอาชีพ อัตราการฆ่าตัวตาย และภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ

การมองการอนามัยชุมชนในหลายมิตินอกจากจะช่วยในการประเมินสุขภาพของชุมชนแล้ว ยังมีส่วนช่วยในการกำหนดยุทธศาสตร์ที่จะปรับปรุงการอนามัยชุมชน หมายความว่า ถ้าเน้นที่มิติสถานภาพ ยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ ระดับของการป้องกันปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เพราะวัตถุประสงค์ทั้งป้องกันโรค หรือรักษาในระยะต้น ๆ ถ้าเน้นที่มิติโครงสร้าง ยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ การวางแผนโครงการ และการพัฒนาชุมชน ถ้าเน้นที่มิติกระบวนการ ยุทธศาสตร์ที่ดีที่สุด คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (Stanhope & Lancaster, 2000)

2.2 ขอบเขตของการอนามัยชุมชน

เนื่องจากการอนามัยชุมชนเป็นความพยายามในการร่วมมือของภาครัฐและภาคเอกชน เน้นการปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่น (local) (McKenzie, Pinger & Ketechi, 2002) ดังนั้นขอบเขตของการให้บริการอนามัยชุมชนจึงค่อนข้างเกี่ยวข้องกับงานอื่น ๆ คือ การปฏิบัติการสาธารณสุข การปฏิบัติอนามัยโรงเรียน การแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล และ การอนามัยส่วนบุคคล (Green & Ottoson, 1994) ชุมชนซึ่งเป็นผู้รับบริการมีทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน สถาบันและชุมชน นักวิชาการส่วนมากจะแบ่งระดับของผู้รับบริการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคลหรือครอบครัว (individual or family level) ระดับประชาชนหรือกลุ่มคน (population or aggregate level) ระดับชุมชน (community level) (Stanhope & Lancaster, 2000; Allender & Spradley, 2001) ถึงแม้ว่าหน่วยของผู้รับบริการจะครอบคลุมถึงระดับบุคคล แต่ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มที่จะมีผลต่อชุมชนในภาพรวม เนื่องจากปัญหาของบุคคลหรือครอบครัวนั้น เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชุมชนในภาพรวมมากกว่าที่จะเป็นปัญหาเฉพาะของบุคคลหรือครอบครัวนั้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในเรื่องสุขภาพของบุคคลและครอบครัว จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนเพราะบุคคลส่วนใหญ่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงนิสัยทางสุขภาพเพียงคนเดียว บุคคล

ต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน และนโยบายทางสังคม (Courtney et al., 1996 cited by Stanhope & Lancaster, 2000)

จะเห็นได้ว่าการทำความเข้าใจขอบเขตของการอนามัยชุมชน จำเป็นต้องเข้าใจเรื่อง *จุดเน้นของการดูแล (focus of care)* สุขภาพอนามัยของชุมชน นักวิชาการสรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพอนามัยชุมชนเมื่อเรียงลำดับความสำคัญของการดำเนินงานประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) (Stanhope & Lancaster, 2000; Allender & Spradley, 2001; Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) 2) การป้องกันโรคและความเจ็บป่วยรวมถึงการบาดเจ็บ (health prevention) (Stanhope & Lancaster, 2000; Allender & Spradley, 2001; Hitchcock, Shubert & Thomas, 2003) 3) การปกป้องสุขภาพ (health protection) (Hitchcock, Shubert & Thomas, 2003) 4) การดูแลรักษาความเจ็บป่วยหรือการรักษาความผิดปกติ (illness care or treatment disorder) (Stanhope & Lancaster, 2000; Allender & Spradley, 2001; Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) (Allender & Spradley, 2001) นอกจากนั้นยังมีเป้าหมายอื่น ๆ ที่นักวิชาการบางท่านได้กล่าวไว้ ได้แก่ การประเมินผล การวิจัย (Allender & Spradley, 2001) อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพของชุมชนยังเน้นการดูแลแบบองค์รวมคือ ครอบคลุมทุกมิติ (ชนินทร์ เจริญกุล, 2545) การดำเนินงานสุขภาพอนามัยชุมชนแต่ละด้านมีความหมาย และขอบเขตดังนี้

1) *การส่งเสริมสุขภาพ* หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกและวิถีชีวิตของบุคคลเพื่อที่จะปรับปรุงและคงภาวะสุขภาพ หรือเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (พิสมัย จันทบำรุง, 2545) ประกอบด้วย กิจกรรมออกกำลังกาย การโภชนาการ การลดการสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์และ สารเสพติดอื่น ๆ การวางแผนครอบครัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ การลดความรุนแรงในครอบครัว การปรับปรุงสุขภาพจิต การให้ศึกษาในโรงเรียนและสถานที่ทำงาน (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) ยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมสุขภาพที่เกิดจากการประสานระหว่างกิจกรรมระดับบุคคลและชุมชนมี 5 ข้อ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข 3) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม 4) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง และ 5) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Bracht, 1990 cited by Stanhope & Lancaster, 2000)

2) *การป้องกันและควบคุมโรค* หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเพื่อลดภาวะคุกคามของโรค ความเจ็บป่วย และการบาดเจ็บ (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) รวมถึงการป้องกันของชุมชนที่มีความเข้มแข็ง (Development of Healthy People 2010 Objectives, 2000 cited by Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ การป้องกัน

ระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกิจกรรมการป้องกันก่อนปัญหาหรือโรคจะเกิดขึ้น การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคในระยะเริ่มแรกรวมถึงการคัดกรองโรค (screening) การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นกิจกรรมการรักษาโรคหรือการบาดเจ็บและการป้องกันไม่ให้เป็นมากขึ้น (Leavell & Clark, 1958 cited by Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003)

3) **การปกป้องสุขภาพ** หมายถึง กิจกรรมการป้องกันความเจ็บป่วยเชิงรุก ซึ่งรวมถึงกิจกรรมทางด้านอาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยทางอาหารและยา ทันตสุขภาพ และการป้องกันอุบัติเหตุ (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003)

4) **การดูแลรักษา** หมายความว่า การเข้าถึงการรับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและการดูแลรักษาแบบองค์รวม และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งระดับผู้รับบริการที่พบมากจะเป็นระดับบุคคลหรือครอบครัว (Stanhope & Lancaster, 2000)

2.3 กระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน

ลักษณะปัญหาในการอนามัยชุมชนนั้น ไม่ตายตัวจึงไม่มีสูตรสำเร็จที่จะใช้ในการแก้ไข ปัญหา ประกอบกับขอบเขตของปัญหามีความกว้างขวางมาก คือครอบคลุมปัจจัยทุกด้านที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย ทำให้การวิเคราะห์ปัญหาทางการอนามัยชุมชนจำเป็นต้องใช้วิทยาการหลายสาขา และใช้วิธีการที่ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงด้วย อย่างไรก็ตามสิ่งที่คงที่ในการอนามัยชุมชนคือ กระบวนการในการศึกษาและวางแผนแก้ไขปัญหา กล่าวคือ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยกลุ่มบุคคล ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาระบบการบริการอนามัย ปัญหาการขาดแคลนปัจจัยดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานทั้งในระดับปัจเจกบุคคล หรือระดับชุมชน เมื่อเข้าสู่การพิจารณาเพื่อหาแนวทางแก้ไขแล้ว จะต้องผ่านขั้นตอนในการศึกษาปัญหาหรือสถานการณ์และนำไปสู่กระบวนการในการวางแผนเสมอ เพราะเมื่อการอ่านปัญหาถูกต้อง การกำหนดแนวทางแก้ไขย่อมมีโอกาสถูกต้องมากขึ้น (อารยา ภมรประวัติ, 2536) กระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก ๆ 2 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมชุมชน และการดำเนินการพัฒนาอนามัยชุมชน (เรณูวรรณ หาญวาทย์, 2540) รายละเอียดดังนี้

2.3.1 การเตรียมความพร้อมชุมชน หมายถึง การให้การศึกษาเพื่อสร้างความตระหนัก

และให้ชุมชนเข้าใจในปัญหาของชุมชน เกิดความพร้อมที่จะตัดสินใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหานั้น และเมื่อชุมชนเกิดความพร้อมแล้วจะต้องพิจารณาถึงปัจจัยที่จะให้การกระทำร่วมกันของชุมชนนั้นบรรลุเป้าหมายที่กำหนด การดำเนินการเตรียมความพร้อมของชุมชน มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอนดังนี้

ก. การเตรียมนำชุมชน/ องค์กรในชุมชน ทั้งผู้นำชุมชน/ องค์กรควรที่จะต้อง
ได้รับการเตรียให้มีควมรู้ ควมสมบถในการวิเคราะห์ปัญหและควมต้องกรที่แท้จริงของ
ชุมชน รวมทั้งมีควมสมบถในการพัฒนาอนมัยชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข. การให้ชุมชนรู้จักการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการพัฒนาการอนมัยชุมชนที่
ผ่านม เจ้าหน้าทีสขรรณสุขได้ให้ควมสำคัญน้อยเกินไปในกรที่ให้ประชชนได้ตัดสินใจ
เกี่ยวกับด้นสุขภาพ บทบพทที่ผ่านมเจ้าหน้าทีสขรรณสุขจะเป็นผู้ช้บอกรกิจกรรมให้
ประชชนทำมกกว่ที่จะให้ประชชนได้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติในปัญหสุขภาพที่เขเผชิญอยู่ สิ่ง
ควรทำคือ กรให้กรศึกษาแก่ประชชนให้สมบถตัดสินใจ และพิจารณาแก้ไขปัญหได้ด้วย
ตนเอง อันจะนำไปสู่กรพัฒนาการอนมัยที่ยั่งยืน

ค. การเข้มามีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ชุมชนทีมีควมพร้อมต้องเข้มามีส่วน
ร่วมในการด้นงนงน ซึ่งอจเข้มในลักษณะของกรเป็นกรรมกร หรือกลุ่มด้ง ๆ ทีจะช่วย
พัฒนาอนมัยชุมชน กรเข้มามีส่วนร่วมของประชชนถือเป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ถ้มี
มกขึ้นจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นว ประชชนมีควมสมบถที่จะด้นงนงน โครงกรกิจกรรมด้ง ๆ
ได้ด้วยตนเอง และสมบถบริหารงนให้เกิดประโยชน์ต่อคนในชุมชน

ง. การปฏิบัติกิจกรรมในชุมชนได้ด้วยตนเอง องค์ประกอบสำคัญทีจะนำไปสู่กร
พัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน คือ กรที่ชุมชนสมบถปฏิบัติกิจกรรมด้นงนงนได้ด้วยตนเอง ดงนั้นจึงต้อง
พยายามใช้พลังควมสมบถทีมีอยู่ในตัวประชชนนั้นมช้ช่วยกันทั้งทงด้นควมคิด กรริเริ่ม
กิจกรรมและโครงกรด้ง ๆ หรือแผนกรพัฒนาอนมัยชุมชน อันจะเป็นพื้นฐนทีจะให้เกิดกร
พัฒนาด้นอื่น ๆ ขยชกว้างออกไปมกยิ่งขึ้น ทั้งนี้ต้องด้นงนงนการควมรู้ไปกับการสนับสนุนจก
หน่วงนงนของรัฐ

2.3.2 กรด้นงนงนพัฒนาการอนมัยชุมชน ในการด้นงนงนพัฒนาการอนมัยชุมชน
เพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ ควมรู้ ทศนคติและกรปฏิบัติใน
ด้นสุขภาพ รวมทั้งกรยกระดับคุณภาพชีวิตของชุมชนให้อยู่ในสภททีดีและเหมาะสมนั้น
จะต้องส่งเสริมให้กลุ่มบุคคลและชุมชน มีโอกศตัดสินใจและสมบถหวิธีแก้ไขปัญห
สนองตอบควมต้องกรของชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดกรพัฒนาอนมัยชุมชนที่ยั่งยืน กรพัฒนา
อนมัยชุมชนทุกชั้นตอนทุกกิจกรรม จะต้องสนับสนุนให้ชุมชนเข้มามีส่วนร่วม โดยเจ้าหน้าที
เป็นเพียงผู้ทีคอยสนับสนุนในกิจกรรมบงอย่งที่ชุมชนไม่สมบถทำได้โดยลำพัง

ชั้นตอนของกระบวนการด้นงนงนงนการอนมัยชุมชนโดยทั่วไปมี 5 ชั้นตอน คือ
1) กรประเมินชุมชน (community assessment) 2) กรวินิจฉัยปัญหการอนมัยชุมชน (community

diagnosis) 3) การวางแผนเพื่อแก้ปัญหาอนามัยชุมชน (community planning) 4) การปฏิบัติตามแผนงานอนามัยชุมชน (community implementation) และ 5) การประเมินผลการดำเนินงานอนามัยชุมชน (community evaluation) (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) รายละเอียดดังนี้

1) การประเมินชุมชน การประเมินชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การประเมินการอนามัยชุมชน และการประเมินสภาวะสุขภาพชุมชน เป็นคำที่มีความหมายเดียวกันที่มักใช้ในสาขาวิชาการสาธารณสุข ส่วนคำว่าการศึกษาชุมชนมักใช้ในสาขาวิชาการศึกษาและสังคม (วรรณิ จันทรสว่าง, 2545) การประเมินชุมชนเป็นการสำรวจหาข้อเท็จจริงของชุมชน เพื่อให้ทราบถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตและปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน การประเมินชุมชนอยู่บนพื้นฐานของระบาดวิทยา ชีวสถิติ การสำรวจความต้องการจำเป็นของชุมชน การสนทนากลุ่ม ขั้นตอนการประเมินชุมชนประกอบด้วย การทำแผนที่ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และการสรุปผลข้อมูล สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินชุมชนมีหลากหลาย เพราะมีความเชื่อว่าไม่มีเครื่องมือชนิดไหนที่จะรวบรวมข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์เพียงชนิดเดียว จึงควรใช้เครื่องมือหลายชนิดประกอบกัน (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003) สำหรับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชนที่นิยมใช้ ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสอบถามแบบสอบถาม การรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การสังเกต การสนทนากลุ่ม (วรรณิ จันทรสว่าง, 2545)

2) การวินิจฉัยปัญหาการอนามัยชุมชน การวินิจฉัยปัญหาการอนามัยชุมชนจัดว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการประเมินเพื่อที่จะทราบว่าอะไรคือปัญหาอนามัยที่สำคัญของชุมชน และอะไรคือสาเหตุของการแก้ไขปัญหานั้น ๆ รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากร เพื่อแก้ปัญหามาตามความจำเป็นรีบด่วนของแต่ละปัญหาและตามกำลังทรัพยากรที่จะอำนวย ขั้นตอนการวินิจฉัยปัญหาการอนามัยชุมชนประกอบด้วย การดำเนินงาน 3 ขั้นตอนคือ การระบุปัญหาการอนามัยชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการศึกษาสาเหตุของปัญหา ดังสาระต่อไปนี้

ก. การระบุปัญหาการอนามัยชุมชน (identify problem) การระบุปัญหาการอนามัยชุมชนเป็นขั้นตอนในการหาปัญหาการอนามัยชุมชน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือค่ามาตรฐานที่สังคมยอมรับ

$$P = (E - O) C$$

P = ปัญหาการอนามัยชุมชน

E = สุขภาพของชุมชนที่ควรจะเป็น

O = สุขภาพของชุมชนที่เป็นอยู่

C = ความกังวลห่วงใยของชุมชน

วิธีการระบุปัญหาการอนามัยชุมชนมีหลายวิธี ได้แก่ 1) การระบุปัญหาการอนามัยชุมชน โดยใช้หลัก 5 D ประกอบด้วย ดาย (death) พิการ(disability) โรค (disease) ความไม่สุขสบาย (discomfort) และความไม่พึงพอใจ (dissatisfaction) การระบุปัญหาโดยใช้หลัก 5 D นี้เป็นการนำหลักการทางระบาดวิทยามาประยุกต์ใช้ในการพิจารณาปัญหาการอนามัยชุมชน ร่วมกับความวิตกกังวลของชุมชนในการระบุปัญหา หากพบว่ามีเพียง D ใด D หนึ่ง นับได้ว่าเป็นปัญหาและหากปัญหาใดมี D หลายตัวประกอบกัน จะเพิ่มขนาดและความสำคัญของปัญหา โดยจะมีผลกระทบต่อสุขภาพชุมชนมากยิ่งขึ้น 2) การระบุปัญหาการอนามัยชุมชน โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือค่ามาตรฐาน เช่น ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) 3) การระบุปัญหาการอนามัยชุมชนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (nominal group process)

ข. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (priority setting) เนื่องจากทรัพยากรในการแก้ปัญหาจำกัด และระยะเวลาในการปฏิบัติงานยังไม่เอื้ออำนวยที่จะให้รอดต่อไป จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเลือกว่าปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขก่อนหลัง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีอยู่หลายวิธี แต่ละวิธีต้องนำไปดัดแปลงเพื่อใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ องค์กร บุคคล และชุมชน โดยยึดนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุขในการดำเนินงาน

วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีหลายวิธี ในที่นี้ขอเสนอวิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบัน 3 วิธี ดังสาระต่อไปนี้

วิธีของภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีของภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้มีเกณฑ์ในการพิจารณา คือ ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการจัดโปรแกรมแก้ปัญหา และปฏิกิริยาของชุมชนต่อปัญหา และมีการให้คะแนนเป็นช่วงตั้งแต่ 1 - 4 ดังนี้

ขนาดของปัญหา พิจารณาจากจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรครายในระยะเวลาที่กำหนด (prevalence) และให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	เท่ากับ	0 คะแนน
มากกว่า 0 ถึง 25 เปอร์เซ็นต์	เท่ากับ	1 คะแนน
26 - 50 เปอร์เซ็นต์	เท่ากับ	2 คะแนน
51-75 เปอร์เซ็นต์	เท่ากับ	3 คะแนน
76 -100 เปอร์เซ็นต์	เท่ากับ	4 คะแนน

ความรุนแรงของปัญหา พิจารณาจากอัตราตายหรือทุพพลภาพจากโรคนั้น หรือผลเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ชุมชน และประเทศในด้านเศรษฐกิจ และให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	เท่ากับ	0 คะแนน
ป่วยเล็กน้อย	เท่ากับ	1 คะแนน
ป่วยเรื้อรัง	เท่ากับ	2 คะแนน
พิการ	เท่ากับ	3 คะแนน
ตาย	เท่ากับ	4 คะแนน

ความยากง่ายในการจัดโปรแกรมแก้ปัญหา พิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ได้แก่ มีความรู้ความก้าวหน้าด้านวิชาการที่จะแก้ปัญหาหรือไม่ มีคน เงิน วัสดุสิ่งของเพียงพอที่จะแก้ปัญหาหรือไม่ มีเวลาที่จะแก้ปัญหาหรือไม่ การแก้ปัญหาคัดกับกฎหมายหรือไม่ การแก้ปัญหาคัดกับศีลธรรมหรือไม่ และให้คะแนนดังนี้

ไม่สามารถทำได้	เท่ากับ	0 คะแนน
ยากมาก	เท่ากับ	1 คะแนน
ยาก	เท่ากับ	2 คะแนน
ง่าย	เท่ากับ	3 คะแนน
ง่ายมาก	เท่ากับ	4 คะแนน

ปฏิกิริยาของชุมชนต่อปัญหา พิจารณาว่าประชาชนในชุมชนเห็นถึงความสำคัญของปัญหาและต้องการที่จะแก้ไขปัญหหรือไม่ โดยให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	เท่ากับ	0 คะแนน
มากกว่า 0 ถึง 25 เปอร์เซ็นต์	เท่ากับ	1 คะแนน
26 - 50 เปอร์เซ็นต์	เท่ากับ	2 คะแนน
51-75 เปอร์เซ็นต์	เท่ากับ	3 คะแนน
76 -100 เปอร์เซ็นต์	เท่ากับ	4 คะแนน

สำหรับลำดับความสำคัญของปัญหา พิจารณาจากการนำคะแนนของเกณฑ์ทั้ง 4 ของปัญหานั้น ๆ มาคูณกันหรือบวกกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้วิธีคูณ เนื่องจากการบวกจะเห็นการแตกต่าง

ของคะแนนน้อยกว่าการคูณ และนำคะแนนรวมของแต่ละปัญหามาเปรียบเทียบกัน ซึ่งลำดับในการแก้ปัญหาก็จะเป็นไปตามลำดับคะแนนที่ได้ กรณีปัญหาใดได้คะแนนเท่ากับ 0 ไม่ได้หมายความว่าไม่ต้องแก้ไข แต่แสดงว่าปัญหานั้นแก้ไขได้ยากในขณะนั้น รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยวิธีการของภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัญหา	เกณฑ์				คะแนน (บวก)	ลำดับ ปัญหา	คะแนน (คูณ)	ลำดับ ปัญหา
	ขนาด ปัญหา	ความ รุนแรง	ความ ยากง่าย	ปฏิกิริยา ของ ชุมชน				
ปัญหา 1	2	2	4	3	11	2	48	2
ปัญหา 2	3	2	2	3	10	3	36	3
ปัญหา 3	3	2	2	0	7	5	0	5
ปัญหา 4	3	3	4	2	12	1	72	1
ปัญหา 5	1	2	3	3	9	4	18	4

ที่มา: วรณี จันทร์สว่าง, 2546

วิธีที่ใช้หลักการทางระบาดวิทยา

วิธีที่ใช้หลักการทางระบาดวิทยา มีเกณฑ์ในการพิจารณาประกอบด้วย ตาย (death) พิการ (disability) โรค (disease) ความไม่สบาย (discomfort) และความไม่พึงพอใจ (dissatisfaction) ซึ่งเรียกง่าย ๆ ว่า 5 D องค์ประกอบด้านความไม่สบาย และความรู้สึกไม่พึงพอใจ ควรจะมาจากประชาชนในชุมชน การกำหนดน้ำหนักคะแนน 3, 2, 1 ตามความคิดเห็นด้วยมาก ปานกลาง น้อย ตามลำดับ แล้วเอาคะแนนทั้งหมดมารวมกัน เรื่องใดมีคะแนนมากที่สุดถือว่ามีความสำคัญของปัญหาสูง

วิธีของกระบวนการกลุ่ม

การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการจัดลำดับของปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเป็นคนตัดสินใจเลือกแก้ปัญหาด้วยตนเองตามลำดับความสำคัญของปัญหาก่อนหลัง สมาชิกในกลุ่มควรมีความรู้และความเข้าใจในปัญหาที่พบเป็นอย่างดี จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดำเนินงานในการเปิดอภิปรายให้ประชาชนได้ทราบถึงประเด็นปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ความสำคัญของปัญหา หรือผลกระทบของปัญหาต่อชุมชน ผลดีผลเสียในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา และความสามารถของชุมชนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา เมื่อประชาชนได้อภิปรายถึงผลดีผลเสียของแต่ละปัญหาไป

แล้ว ต่อไปคือการให้สมาชิกลงคะแนนเสียง การลงคะแนนเสียงสามารถกระทำได้โดยการยกมือ และนับจำนวนสมาชิกที่ออกเสียง หรือใช้บัตรลงคะแนนซึ่งเป็นบัตรชนิดออกเสียงเพียง 1 เสียง หรือบัตรที่ให้ใส่ลำดับความสำคัญของปัญหาลงในบัตร หลังจากนั้นรวมคะแนนของแต่ละปัญหา และแจ้งให้สมาชิกทราบถึงลำดับความสำคัญของปัญหาก่อนหลัง

ค. การศึกษาสาเหตุของปัญหา การดำเนินงานขั้นตอนนี้มีความสำคัญ เพราะช่วยให้ผู้ดำเนินงานรู้สาเหตุปัญหา ทำให้สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้ตรงตามความเป็นจริง ขั้นตอนในการศึกษาสาเหตุของปัญหามีดังนี้ (1) การวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาตามทฤษฎี เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ก่อให้เกิดปัญหา โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยกับปัญหา การพิจารณาต้องอาศัยความรู้ทางทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ มาช่วยในการวิเคราะห์ ซึ่งผลการวิเคราะห์ทำให้สามารถสรุปโยงใยความสัมพันธ์ของสาเหตุปัญหาตามทฤษฎีได้ ซึ่งจะเป็นกรอบในการศึกษาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาสุขภาพชุมชน (2) การศึกษาปัจจัยในชุมชนที่ก่อให้เกิดปัญหา เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชนเกี่ยวกับสภาพปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาตามทฤษฎี เพื่อวิเคราะห์ว่าปัจจัยตามทฤษฎีปัจจัยใดคือปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาของชุมชน และ (3) การระบุสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เป็นการนำผลการศึกษาปัจจัยในชุมชนที่ก่อให้เกิดปัญหามาเขียนโยงใยความสัมพันธ์ของสาเหตุของปัญหาตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงของชุมชน ซึ่งอาจเหมือนหรือ แตกต่างจากโยงใยสาเหตุของปัญหาตามทฤษฎีได้ (วรรณิ จันทรสว่าง, 2546)

3) การวางแผนแก้ไขปัญหาการอนามัยชุมชน การวางแผนเป็นกระบวนการที่กำหนดงานที่จะต้องทำในอนาคต โดยใช้วิธีที่เหมาะสมที่สุดในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างประหยัดและกำหนดรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

4) การปฏิบัติตามแผนงานการอนามัยชุมชน การปฏิบัติตามแผนเป็นการนำโครงการซึ่งได้วางแผนไว้มาปฏิบัติ โดยการผสมผสานการทำงานหลาย ๆ หน่วยเข้าด้วยกัน และกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ (community participation) มีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ที่เหมาะสม นอกจากนี้บริการต่าง ๆ ที่จัดให้ต้องครอบคลุมผู้รับบริการ (accessibility)

5) การประเมินผลงานการอนามัยชุมชน การประเมินผลถือว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะการประเมินผลจะช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบว่า การปฏิบัติการประสบความสำเร็จหรือไม่ บรรลุวัตถุประสงค์เพียงใด ปัญหาใดที่ได้รับการแก้ไขแล้ว และปัญหาใดที่ต้องแก้ไขเพิ่มเติม ความพึงพอใจของหุ้นส่วน และความเข้มแข็งของชุมชนเป็นอย่างไร ชนิดของการประเมินผลตามแผนงาน โครงการพัฒนาการอนามัยชุมชนนั้น ประกอบด้วย การประเมินความถูกต้อง สอดคล้อง (relevance) ประเมินความก้าวหน้า (progress) ประเมินประสิทธิภาพ

(efficiency) ประเมินประสิทธิผล (effectiveness) และประเมินผลกระทบ (impact) ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังดำเนิน โครงการ (Stanhope & Lancaster, 2000)

ตอนที่ 2 แนวคิดพื้นฐานการวิจัยฐานชุมชน

การนำเสนอสาระในตอนนี้ เป็นการนำเสนอแนวคิดพื้นฐานการวิจัยฐานชุมชน (community – based research) ซึ่งมีหลักการคล้ายคลึงกับการวิจัยปฏิบัติการ ที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ในตอนนี้ผู้วิจัยนำเสนอสาระแยกเป็น 6 หัวข้อ คือ ความหมาย หลักการ องค์ประกอบ วิธีการวิจัยและขั้นตอนการวิจัยฐานชุมชน การเปรียบเทียบการวิจัยทางวิชาการกับการวิจัยฐานชุมชน และหัวข้อสุดท้ายเป็นทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการวิจัยฐานชุมชน ดังสาระต่อไปนี้

1. ความหมายของการวิจัยฐานชุมชน

การวิจัยฐานชุมชน หมายถึง การวิจัยที่ดำเนินการ โดย (by) ชุมชน กับ (with) ชุมชน และ สำหรับ (for) ชุมชน ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสมาชิกชุมชน นักวิจัย และหุ้นส่วนอื่น ๆ (partnership) (Scolve, Scammell & Holland, 1998; Stoecker, 2001; The community research initiative of Toronto, 2003) เป็นการวิจัยที่ขับเคลื่อนโดยชุมชน (community-driven) และเน้นการปฏิบัติการ (action-oriented) (Seifer, 2002) โดยผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นได้แก่ การปฏิบัติการทางสังคม การเสริมพลังอำนาจระดับท้องถิ่น และการสร้างความสามารถของชุมชน (Chopyak, 1999 cited by Hendrickson, 2001) และการวิจัยฐานชุมชนในด้านสุขภาพเป็นการผสมผสานการวิจัยกับการปฏิบัติมีเป้าหมายที่การปรับปรุงสถานะอนามัยของชุมชนและขจัดความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพ (Minkler & Wallerstein, 2003)

ชุมชนในความหมายของการวิจัยฐานชุมชน หมายถึง ชุมชนที่สมาชิกชุมชนมีความสนใจต่าง ๆ ร่วมกัน และมีปฏิสัมพันธ์กัน อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน (Stoecker, 2001) นอกจากนั้นยังหมายถึง กลุ่มของประชาชนที่ถึงแม้ไม่ได้อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน แต่มีความสนใจสิ่งต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น สังคม ศาสนา เศรษฐกิจ สุขภาพ เป็นต้น เช่น ชนกลุ่มน้อย ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม กลุ่มที่มีเอกลักษณ์ เช่น เลสเบียน เกย์ (Bacon, 2003) ซึ่งที่สำคัญคือนักวิจัยต้องตระหนักว่าชุมชนแต่ละชุมชนมีเอกลักษณ์เฉพาะ (Israel et al., 1998)

2. หลักของการวิจัยฐานชุมชน

จากการสังเคราะห์หลักของการวิจัยฐานชุมชนพบว่ามีหลักที่สำคัญ 2 ประการคือ **ประการแรก** การวิจัยฐานชุมชนเน้นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกชุมชนและนักวิจัยระหว่าง

ดำเนินการวิจัย ชุมชนได้รับการเสริมพลังอำนาจเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งหมายถึง นักวิจัยได้เรียนรู้เกี่ยวกับท้องถิ่นของสมาชิกชุมชน และสมาชิกชุมชนได้รับความรู้และได้ ปฏิบัติการวิจัย (Israel et al.,1998; Hills & Mullett , 2000; CoRAL Network , 2002; University of Washington School of Public Health and Community Medicine, 2003) และ**ประการที่สอง** สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการวิจัย (Hills & Mullett, 2000; CoRAL Network, 2002; University of Washington School of Public Health and Community Medicine, 2003; The community research initiative of Toronto, 2003) บทบาทของสมาชิกชุมชนในการมีส่วนร่วมในการทำวิจัย มี 3 บทบาท ได้แก่ 1) บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา 2) บทบาทในการตัดสินใจ และ 3) บทบาทในการเป็นผู้เรียนรู้ร่วมกัน (Sullivan et al., 2003)

3. องค์ประกอบของการวิจัยฐานชุมชน

องค์ประกอบของการวิจัยฐานชุมชนที่สมบูรณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบรวม 4 องค์ประกอบที่รวมเรียกว่า 4 P คือ ประชาชน (people) การมีส่วนร่วม (participation) หุ้นส่วน (partnerships) และเครื่องมือปฏิบัติ (practical tools) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Center for community engagement & learning, 2002)

3.1 ประชาชน (people) หมายถึง สมาชิกชุมชนที่เป็นกลุ่มทางการและไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชนมานาน (University of Washington School of Public Health and Community Medicine, 2003; The community research initiative of Toronto, 2003)

3.2 การมีส่วนร่วม (participation) หมายถึง สภาพการดำเนินงานที่สมาชิกชุมชน และนักวิจัยมีบทบาทในการดำเนินงานที่เท่าเทียมกันอย่างแท้จริง และมีประสิทธิภาพโดยการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการวิจัย (Israel et al., 1998; Hills & Mullett, 2000; The community research initiative of Toronto, 2003) ทำให้เกิดการเสริมพลังอำนาจชุมชนจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย (Seifer, 2002) และการเรียนรู้ร่วมกัน ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนและนักวิจัยในกระบวนการวิจัยนั้นอาจปรับเปลี่ยนในแต่ละระยะของการวิจัย แต่สมาชิกชุมชนและนักวิจัยจะต้องรับผิดชอบและมีการตัดสินใจในทุกขั้นตอนร่วมกัน (Hills & Mullett, 2000)

3.3 หุ้นส่วน (partnerships) หมายถึง พันธะกรณีระหว่างสมาชิกกลุ่มหนึ่งในการดำเนินงานร่วมกันเกี่ยวกับ ทรัพยากรในชุมชน สถาบันวิชาการ องค์กรธุรกิจ องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร โดยมีวัตถุประสงค์การทำงานร่วมกัน (Scolve, Scammell & Holland, 1998; The community research initiative of Toronto, 2003) ทรัพยากรในชุมชนรวมถึง ดันทุนทางสังคม เช่น ความไว้วางใจ ความร่วมมือ พันธผูกพัน ความรู้และความพยายามของสมาชิกชุมชน (Israel et al.,1998) ซึ่งทีมของหุ้นส่วนควรมีประมาณ 8-12 คน และควรมีการระบุให้ชัดเจน (Israel et al.,2003)

ลักษณะของหุ้นส่วนต้องมีการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม โดยมีการบอกกล่าวให้รับรู้ (inform) ความยืดหยุ่น (flexible) และมีการต่อรอง (negotiated) (Stanhope & Lancaster, 2000) การเป็นหุ้นส่วนกันควรเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนแรกของการระบุปัญหาและการมีส่วนร่วมควรเป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน แต่ Bacon (2003) เสนอแนะว่า การมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันของสมาชิกชุมชนกับนักวิจัยในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยนั้นค่อนข้างลำบาก แต่อย่างน้อยสมาชิกชุมชนควรมีส่วนร่วมในระยะแรกของการวิจัยคือ การระบุคำถามของการวิจัยและควรมีส่วนร่วมในระยะของการปฏิบัติการและการเผยแพร่ข้อค้นพบจากการวิจัย ซึ่งการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับธรรมชาติของโครงการ ลักษณะของชุมชน ระดับของผู้เรียน และผู้ชำนาญการทั้งจากชุมชนและสถาบันวิชาการ

3.4 เครื่องมือปฏิบัติ (practical tools) หมายถึง การประยุกต์เทคนิคที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิจัยและการปฏิบัติการ ซึ่งควรใช้หลาย ๆ วิธีประกอบกัน (Bacon, 2003)

4. วิธีการวิจัยในการวิจัยฐานชุมชน

การวิจัยฐานชุมชนตั้งอยู่บนกระบวนทัศน์ของการมีส่วนร่วม (participatory paradigm) (Hills & Mullet, 2000) การวิจัยใช้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือลักษณะแบบผสมผสานทั้ง 2 วิธี แต่ให้ความสำคัญกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพค่อนข้างมาก (Arcury, Quandt & McCauley, 2003) วิธีการ (methods) ที่ใช้ในการวิจัยฐานชุมชนจะต้องสนับสนุนแนวคิดของการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ เช่น การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม หรือการหาวิธีการใหม่ ๆ เพื่อที่จะเข้าถึงประชาชน ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ทั้งวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2536)

การวิจัยฐานชุมชนมีวิธีการดำเนินการวิจัยคล้ายคลึงกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีความยืดหยุ่นสูง นักวิจัยไม่นิยมระบุวิธีวิทยาการวิจัย แบบการวิจัย หรือวิธีการที่ใช้เฉพาะ แต่ปรับเปลี่ยนแบบการวิจัยตามลักษณะคำถามการวิจัย เป้าหมายบริบทของชุมชน และปัญหาทางจริยธรรม (Israel et al., 2003) วิธีการ (Methods) ที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจำเป็นต้องสนับสนุนแนวคิดของการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ วิธีการวิจัยที่นิยมใช้กันอยู่ได้แก่ การสัมภาษณ์ การเขียนวารสาร การอัดเทป การวิเคราะห์เหตุการณ์ การบันทึกคำบรรยาย และการสนทนากลุ่ม หรือการหาวิธีการใหม่หรือนวัตกรรม เพื่อที่จะเข้าถึงประชาชน จะเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับนักวิจัย (Hills & Mullett, 2000) วิธีการหรือเครื่องมือที่นักวิจัยใช้ในการระบุความเข้มแข็ง ทรัพยากร ประเด็น และปัญหาได้มีหลายวิธี เช่น การเดินสำรวจรอบชุมชน (walking and windshield tours) การสัมภาษณ์ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (interviews with formal and informal) กระบวนการเดลฟายประยุกต์ (the modified delphi process) การประเมินความต้องการจำเป็น (community needs assessment) การทำแผนที่ทรัพยากรชุมชน (community asset maps) และการทำแผนที่

จุดเสี่ยง (risk mapping) การพัฒนาตัวชี้วัดชุมชน (developing community indicators) เป็นต้น (Minkler & Hancock, 2003) สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ม.ป.ป.) ได้สรุปวิธีการ และเทคนิคการศึกษาชุมชนแบบมีส่วนร่วมบางเทคนิคพอสังเขปดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 เทคนิคและวิธีการเก็บข้อมูลชุมชนแบบมีส่วนร่วม

เทคนิค	วิธีทำ	วัตถุประสงค์ของการใช้
Participatory Mapping	ชุมชนร่วมกับวิทยากรสร้างแผนที่กายภาพของชุมชน	ประเมินสภาพพื้นที่และสถานะกายภาพของชุมชน
Time Line	สัมภาษณ์เจาะลึกกับบุคคลหรือกลุ่มผู้รู้ในชุมชนถึงประวัติความเป็นมาของชุมชนในแต่ละช่วงเวลา	ศึกษาประวัติความเป็นมาของชุมชน
SWOT	สมาชิกชุมชนหรือองค์กรชุมชนร่วมให้ข้อมูลตาม 4 ปัจจัยที่กำหนด คือ S(Strength) ความเข้มแข็งของชุมชน W(Weakness) ความอ่อนแอ O (Opportunity) ข้อได้เปรียบและโอกาสด้านต่าง ๆ T (Threat) อุปสรรคขัดขวาง	ประเมินสภาพของชุมชนหรือองค์กรชุมชน
Trend Analysis	การสัมภาษณ์กลุ่มถึงสถานการณ์หรือสภาพหนึ่งใดของชุมชน โดยเปรียบเทียบกับแต่ก่อนกับปัจจุบัน ด้วยการเขียนลงกระดาษแผ่นใหญ่และจัดทำร่วมกัน	ประเมินสภาพต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงของชุมชนเมื่อก่อนและปัจจุบัน
Mind Mapping	แผนที่ความคิดโดยวิธีระดมสมองให้ผู้ร่วมประชุม แสดงความคิดที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำหนดขึ้นมา	กระตุ้นให้ผู้ร่วมประชุมได้ แสดงความคิดเห็น
Matrix Ranking	การนำความคิดหรือประเด็นจากชุมชนและผู้ร่วมประชุมมาลำดับความสำคัญร่วมกัน โดยพิจารณา ร่วมกันตั้งแต่ 2 มิติขึ้นไป	กระตุ้นให้ผู้เข้าประชุมร่วมให้ ลำดับความสำคัญต่อสิ่งต่างๆ

5. ขั้นตอนในการวิจัยฐานชุมชน

การวิจัยฐานชุมชนมีขั้นตอนคล้ายกับการวิจัยทั่วไปแต่มีข้อแตกต่างในรายละเอียดของแต่ละขั้นตอน และมีขั้นตอนในการดำเนินการแก้ปัญหาหรือโครงการปฏิบัติการเพิ่มเข้ามา ขั้นตอนในการทำวิจัยฐานชุมชนในด้านอนามัยชุมชนประกอบด้วย 7 ขั้นตอน (Higgin & Metzler, 2001) และมีรายละเอียดการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน บทบาทของหุ้นส่วนในการทำวิจัย ดังตารางที่ 3 แต่อย่างไรก็ตามก่อนที่จะลงมือทำวิจัย นักวิจัยควรเริ่มต้นด้วยการเลือกชุมชน การเตรียมชุมชน และการอบรมสมาชิกชุมชนเรียนรู้ทักษะการทำวิจัย (พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2536)

ตารางที่ 3 รายละเอียดของการปฏิบัติการวิจัยฐานชุมชน

ขั้นตอนการวิจัย	รายละเอียด	บทบาทของหุ้นส่วน
1. ระบุประเด็นปัญหาที่ชุมชนตระหนัก	<p>1.1 การที่ใช้คำว่าประเด็น (issue) เนื่องจากประเด็นหมายถึง สิ่งใดก็ตามที่ชุมชนระบุและมีความเต็มใจที่จะทำงานเพื่อการเปลี่ยนแปลง ส่วนปัญหา คือ สิ่งใดก็ตามที่คนภายนอกระบุว่าเป็นปัญหาของชุมชน</p> <p>1.2 หลักสำคัญในการระบุประเด็นมี 3 ประการ ประการแรก ประเด็นต้องเริ่มต้นที่ประชาชนและรวมถึงการรับฟังและการให้เกียรติ ประการที่สอง เริ่มต้นที่ความเข้มแข็งและทรัพยากรของชุมชนมากกว่าปัญหา และประการที่สาม การใช้พลังของการสนทนา</p> <p>1.3 วิธีการที่ช่วยให้ชุมชนระบุประเด็นปัญหาที่ชุมชนตระหนักได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ เทคนิคกลุ่มสมมติ</p>	<p>ชุมชน: เสนอประเด็นที่ชุมชนตระหนัก</p> <p>นักวิจัย: ช่วยในการพัฒนาคำถามและช่วยในการสำรวจสารสนเทศที่จำเป็น (Stoecker, 2003) หรือนักวิจัยใช้วิธีการหลากหลายในการช่วยสมาชิกชุมชนในการระบุประเด็นเกี่ยวกับที่สมาชิกชุมชนกังวลอยู่สัก ๆ (Wallestein & Minkler, 2003)</p>
2. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมิน	<p>2.1 การออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจะต้องง่าย ยืดหยุ่นและสร้างสรรค์ (Arcury, Quandt & McCauley, 2003) หรือชุมชนเข้าใจง่าย ใช้สะดวก ภาษาที่ง่ายและเหมาะสม และไม่มากจนเกินไป</p> <p>2.2 การกำหนดตัวแปรหรือสิ่งที่ต้องการทราบให้ชัดเจนจะนำไปสู่การใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เครื่องมือที่จะนำมาใช้ต้องผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพื่อนำไปใช้จริง เครื่องมือที่นิยมใช้ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบสังเกต และแบบทดสอบ (พูลสุข หิงคานนท์, 2545)</p>	<p>ชุมชน: ช่วยนักวิจัยในการพัฒนาเครื่องมือและตัดสินใจ</p> <p>นักวิจัย: ออกแบบเครื่องมือ</p>
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล	<p>3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้หลายวิธีร่วมกัน ซึ่งมีทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม</p> <p>3.2 แหล่งของข้อมูลมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้แล้ว</p> <p>3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลต้องเหมาะสมกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่เก็บได้จากวิธีการเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง</p>	<p>ชุมชน: ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับการเตรียมและฝึกฝนมาก่อน (Stoecker, 2003)</p> <p>นักวิจัย: ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่สมาชิกชุมชนในการรวบรวมข้อมูล</p>

ตารางที่ 3 รายละเอียดของการปฏิบัติการวิจัยฐานชุมชน (ต่อ)

ขั้นตอนการวิจัย	รายละเอียด	บทบาทของหุ้นส่วน
	<p>ปริมาณใช้วิธีการที่ไม่ยากจนเกินไป เช่น จำนวนนับ ร้อยละ อัตรา อัตราส่วน สัดส่วน เป็นต้น โดยกระทำกัน ในชุมชนและควรคัดเลือกสมาชิกชุมชน 1-2 คนที่สามารถคำนวณตัวเลข บวก ลบ คูณ หาร ได้ดีพอสมควร เพื่อเป็นแกนหลักในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล</p> <p>3.4 การแปลผล โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เช่น ความจำเป็นพื้นฐาน</p>	
<p>4. การกำหนดว่าจะใช้ข้อมูลใดในการปรับปรุงสภาพที่เป็นปัญหา</p>	<p>4. จากการแปลผลและสรุปผลข้อมูล สมาชิกชุมชนจะทราบสถานการณ์ปัญหาหรือประเด็นที่ชุมชนสนใจ หลายประเด็น และหุ้นส่วนจะพิจารณาร่วมกันว่า ประเด็นต่าง ๆ นั้นมีความรุนแรงหรือสำคัญมากเพียงใด และมีปัจจัยอะไรบ้างที่น่าจะเป็นสาเหตุ เพื่อกำหนดว่าจะใช้ประเด็นใดในการวางแผน โครงการต่อไป</p>	<p>ชุมชน: จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และพิจารณาสาเหตุของปัญหา</p> <p>นักวิจัย: เป็นผู้ให้ข้อมูลสารสนเทศและอำนวยความสะดวกในการช่วยชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและพิจารณาสาเหตุของปัญหา</p>
<p>5. การวางแผนโครงการแก้ปัญหา</p>	<p>5.1 สมาชิกชุมชนควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำแผนงานโครงการด้วย</p> <p>5.2 ในการจัดทำแผนนั้นทีมงานจะต้องระบุโครงการและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ โดยกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ กิจกรรม ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ระบุผู้ได้รับประโยชน์จากโครงการ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกแต่ละคน: จัดทำตารางและกำหนดเวลาที่จะดำเนินกิจกรรม แสวงหางบประมาณ และหน่วยงานสนับสนุน กำหนดแผนการประเมิน</p> <p>5.3 ก่อนนำแผนไปปฏิบัติ จะต้องนำแผนงานไปปรึกษาหารือหรือขอข้อคิดเห็นจากที่ประชุมชุมชนที่ประกอบด้วยสมาชิกของหมู่บ้าน ผู้รู้ของหมู่บ้าน ผู้ชำนาญการทั้งภายในและภายนอกชุมชนและผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ</p>	<p>ชุมชน: มีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ แสวงหางบประมาณและหน่วยงานสนับสนุน</p> <p>นักวิจัย: ร่วมวางแผนและอำนวยความสะดวกในการทำประชาพิจารณ์ และช่วยสมาชิกชุมชนในการแสวงหางบประมาณและหน่วยงานสนับสนุน</p>

ตารางที่ 3 รายละเอียดของการปฏิบัติการวิจัยฐานชุมชน (ต่อ)

ขั้นตอนการวิจัย	รายละเอียด	บทบาทของหุ้นส่วน
6. การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผล	<p>6.1 ดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้โดยหุ้นส่วน ซึ่งบางครั้งอาจต้องมีการอบรมเพื่อให้ความรู้และเทคนิคบางเรื่อง โดยการเชิญวิทยากรภายนอกมาให้ความรู้ทั้งก่อนและขณะปฏิบัติการ</p> <p>6.2 สมาชิกชุมชนควรได้รับการอบรมความรู้และเทคนิคเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผลอย่างง่ายก่อน และต้องติดตามการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างและประเมินว่า โครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินไปบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด</p> <p>6.3 การประเมินผลควรเป็นการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม โดยสมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนการประเมินไปจนถึงขั้นตอนสุดท้าย (Springett, 2003)</p>	<p>ชุมชน: ร่วมดำเนินการตามแผนและร่วมประเมินผล</p> <p>นักวิจัย: ร่วมดำเนินการตามแผนและประเมินผล</p>
7. การเผยแพร่ข้อค้นพบ	<p>7. ใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสภาพของชุมชน ซึ่งอาจนำเสนอเป็นแบบการแสดง กรณีตัวอย่าง รูปภาพและแผนภูมิ ในที่ประชุมต่างๆ ที่มีส่วนในโครงการหรือได้รับผลกระทบจากโครงการ</p>	<p>ชุมชน: ร่วมเป็นผู้เผยแพร่ข้อค้นพบจากการวิจัย</p> <p>นักวิจัย: ร่วมเป็นผู้เผยแพร่ข้อค้นพบ และกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของข้อค้นพบ</p>

6. การเปรียบเทียบการวิจัยทางวิชาการกับการวิจัยฐานชุมชน

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างในประเด็นต่าง ๆ ของการวิจัยทางวิชาการที่นักวิจัยทำการวิจัยกับชุมชนแบบดั้งเดิม และการวิจัยฐานชุมชนพบว่า มีความแตกต่างกัน โดยในการวิจัยทางวิชาการนั้นนักวิจัยจะเป็นผู้กำหนดสิ่งต่าง ๆ และเป็นเจ้าของข้อมูล ส่วนชุมชนจะเป็นผู้ถูกวิจัย การวิจัยฐานชุมชนนั้นชุมชนเป็นผู้กำหนดสิ่งต่าง ๆ ส่วนนักวิจัยจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกหรือเป็นหุ้นส่วน และกระบวนการของการวิจัยฐานชุมชนเน้นการปฏิบัติการ ดังนั้นคุณภาพของการวิจัยจึงคู่ที่ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยที่มีต่อชุมชนนั้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการวิจัยทางวิชาการกับการวิจัยฐานชุมชน

ประเด็น	การวิจัยทางวิชาการ	การวิจัยฐานชุมชน
1. เป้าหมายการวิจัย	สร้างความรู้ขั้นสูงในสาขาวิชา หรือพัฒนาทฤษฎีใหม่ๆ ทาง วิชาการหรือการแก้ปัญหาทาง สังคม	การแก้ปัญหาหรือการพัฒนาชุมชนให้ดีขึ้น ที่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ ปฏิบัติได้จริง
2. ที่มาของคำถามการวิจัย	แนวคิดทฤษฎีหรือสภาพที่เป็น ปัญหาสังคม	ชุมชนระบุปัญหา หรือความต้องการ จำเป็น
3. ผู้ออกแบบและทำการวิจัย	นักวิจัยและผู้ช่วย	นักวิจัย และสมาชิกชุมชนร่วมมือกัน
4. บทบาทนักวิจัย	ผู้อำนวยการภายนอก	ผู้ร่วมมือ หุ่นส่วน และผู้เรียนรู้
5. บทบาทชุมชน	เป็นผู้ถูกศึกษาหรือผู้ให้ข้อมูล (ชุมชนเปรียบเสมือนห้องปฏิบัติ- การ) หรือไม่มีบทบาททั้งหมด	ผู้ร่วมมือ หุ่นส่วน และผู้เรียนรู้
6. ความสัมพันธ์ระหว่าง นักวิจัยและผู้มีส่วนร่วม	ระยะสั้น กำหนดโดยงาน และแยก ออกจากกัน	ระยะยาว เป็นเครือข่าย มีความผูกพัน ต่อเนื่อง
7. การวัดคุณภาพงานวิจัย	ยอมรับโดยนักวิชาการ (การตีพิมพ์)	ประโยชน์สำหรับชุมชนและ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม
8. เกณฑ์การเลือกวิธีเก็บ รวบรวมข้อมูล	มีมาตรฐาน มีวัตถุประสงค์ที่ ควบคุมโดยนักวิจัย เน้นวิธีการเชิง ปริมาณ	ศักยภาพของการได้รับข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ ความไวต่อความรู้ที่เป็น ประสพการณ์ มาตรฐานและการเข้าถึง ข้อมูล การเชื่อมโยงกับวิธีการอื่นที่ หลากหลาย
9. ประโยชน์ของการวิจัย	นักวิจัยและนักวิชาการ	ชุมชน และนักวิจัย
10. ผู้ที่เป็นเจ้าของงานวิจัย	นักวิจัย	ชุมชนร่วมกับนักวิจัย
11. วิธีการนำเสนอ	เขียนรายงาน	หลากหลายรูปแบบ เช่น วิดีโอ ภาพยนตร์ การเขียนบรรยาย
12. วิธีการเผยแพร่	นำเสนอที่ประชุมวิชาการ วารสาร	ทุก ๆ ที่ประชุมที่ผลการวิจัยอาจมี ผลกระทบ

ที่มา: ประยุกต์จาก Bacon, 2003

7. ทักษะต่อการมีส่วนร่วมในการวิจัยฐานชุมชนด้านการอนามัยชุมชน

Eagly & Chaiken (1993, cited in Brehm & Kassin, 1993) กล่าวถึง แนวคิดทางจิตวิทยาเกี่ยวกับทัศนคติว่ามี 2 แนวคิด *แนวคิดแรก* เป็นการมองทัศนคติว่าเป็นการเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรม และความรู้ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่เรียกว่า *สามองค์ประกอบ* (Tricomponent) ได้แก่ 1) ส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (affective) ซึ่งมีทั้งด้านบวก (positive) ด้านลบ (negative) และไม่แน่ใจ (mixed) 2) ส่วนประกอบทางด้านพฤติกรรม (behavioral) ซึ่งมีแนวโน้มไปทางการกระทำ เช่น เมื่อบุคคลมีความรู้สึกในด้านบวก พฤติกรรมที่แสดงออกก็จะไปในทางที่ดี และ 3) ส่วนประกอบทางด้านความคิด (cognitive) ซึ่งเป็นความเชื่อ จินตนาการ และความจำระยะยาว *แนวคิดที่สอง* เป็นแนวคิดที่มองทัศนคติเป็นองค์ประกอบเดี่ยว เพราะความคิดกับความรู้สึกอาจจะไม่ไปด้วยกันเสมอไป

ทัศนคติ (attitude) หมายถึง ความรู้สึก ท่าที การตอบสนองเชิงประเมิณผล ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะ และมีความเกี่ยวข้องกับ ความคงทน อิทธิพล แรงจูงใจ พฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเหล่านั้น (Lippa, 1994) คุณลักษณะของทัศนคติ ประกอบด้วย

1) ทัศนคติเป็นการประเมิน เช่น ชอบ – ไม่ชอบ เช่น จากการวิจัยของ Olade (2003) ที่ศึกษาทัศนคติ และปัจจัยคัดสรรของพยาบาลในชนบท ที่มีต่อการวิจัยและการใช้ประโยชน์จากการวิจัยว่า พยาบาลส่วนใหญ่ (76.4%) ไม่ชอบการวิจัย หรือชอบเพียงปานกลางเท่านั้น

2) ทัศนคติไม่เหมือนกับ อารมณ์ ความรู้สึก โดยที่อารมณ์ ความรู้สึกจะเป็นเรื่องทั่วไป เช่น ดีใจ เสียใจ หรือวิตกกังวล ส่วนทัศนคติจะต้องมีต่อเป้าหมายเฉพาะต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Lippa, 1994)

3) ทัศนคติมีความคงทน คงที่ มากกว่าอารมณ์ ทัศนคติในความคิดนี้จะคล้ายกับบุคลิกภาพ (Lippa, 1994; Brehm & Kassin, 1993)

4) คนส่วนใหญ่เชื่อว่าทัศนคติมีอิทธิพลและชักจูงให้เกิดพฤติกรรม และพฤติกรรมที่ตอบสนองมีหลากหลาย ทัศนคติที่ทำนายพฤติกรรมได้ดีนั้น จะต้องีผลต่อประสบการณ์ตรง และเข้าถึงได้ง่าย เช่น พยาบาลในชนบทที่เข้าร่วมในกิจกรรมทางการวิจัยจะมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ (Olade, 2003) บุคคลที่มีจิตสำนึกต่อตนเองสูง มีการกำกับตนเองต่ำ จะมีพฤติกรรมที่คงเส้นคงวาต่อทัศนคตินั้น

5) ทัศนคติสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ได้ (Lippa, 1994) การศึกษาระดับสูงและความสามารถสูง จะมีทัศนคติทางบวกต่อการวิจัย (Olade, 2003)

การวิจัยฐานชุมชนด้านการอนามัยชุมชน เป็นความร่วมมือในการทำวิจัยที่มีความเท่าเทียมกันของสมาชิกชุมชน นักวิจัย ผู้นำหรือผู้แทนองค์กร ในทุกกระบวนการวิจัย ซึ่งการมีส่วนร่วมต้องเป็นไปอย่างเข้มแข็ง และมีความรับผิดชอบร่วมกัน มีการผสมผสานการวิจัยกับการปฏิบัติ เพื่อที่จะส่งเสริมความเข้าใจในปรากฏการณ์ทางสังคม วัฒนธรรมของชุมชน และนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงสุขภาพและสุขภาวะของสมาชิกในชุมชน (Israel et al., 1998)

ดังนั้นทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยฐานชุมชนด้านการอนามัยชุมชน หมายถึง ความรู้สึก ทำที การตอบสนองเชิงประเมิณผลของบุคคลที่มีต่อการวิจัยฐานชุมชน การมีส่วนร่วม และผลกระทบของการวิจัยฐานชุมชนด้านการอนามัยชุมชน

ตอนที่ 3 การฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน (Community Health Nursing in Practicum)

การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน (พรพย. 453) ที่ดำเนินการโดยภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สุขภาพจิต และจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ มีจำนวน 3 หน่วยกิต (3-0-15) เป็นรายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับนักเรียนพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 โดยมีระยะเวลาในการศึกษาภาคการศึกษาที่ 1-2 ประกอบด้วยคำอธิบายรายวิชา วัตถุประสงค์ กิจกรรม การเรียนการสอน การประเมินผล สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน (ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สุขภาพจิต และจิตเวชศาสตร์, 2546) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

คำอธิบายรายวิชา

ฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท เกี่ยวกับการสำรวจชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนแก้ไขปัญหอนามัยชุมชน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ปัญหอนามัยชุมชน รวมทั้งการให้การพยาบาลอนามัยครอบครัวและการอนามัยโรงเรียน โดยครอบคลุมการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ในการใช้ทรัพยากรในชุมชน

วัตถุประสงค์ เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติงานแล้ว นักเรียนพยาบาลมีความสามารถ ดังนี้

1. ฝึกทักษะการสำรวจข้อมูลชุมชน วิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนแก้ไขปัญหอนามัยชุมชน ปฏิบัติงานตามแผน และประเมินผลการปฏิบัติงาน

2. ฝึกทักษะการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ปัญหาอนามัยชุมชนทั้งในเมืองและชนบท
3. ฝึกทักษะการให้บริการอนามัยครอบครัวในระยะต่าง ๆ ตามพัฒนาการของครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ
4. ฝึกทักษะการประเมินสถานะสุขภาพของนักเรียน และวางแผนให้บริการอนามัยโรงเรียน
5. ประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ และใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชน

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

1. ปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน (เขตเมือง)
 - 1.1 การปฐมนิเทศก่อนฝึกปฏิบัติงาน
 - 1.2 การทดสอบความรู้ก่อนฝึกปฏิบัติงาน
 - 1.3 การบริการอนามัยครอบครัว
 - 1.4 การศึกษาครอบครัว (เฉพาะกรณี)
 - 1.5 การประชุมปรึกษา ก่อนและหลังการปฏิบัติงาน
2. ปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนเขตชนบท
 - 2.1 การปฐมนิเทศก่อนฝึกปฏิบัติงาน
 - 2.2 การให้บริการอนามัยโรงเรียน
 - 2.3 การศึกษาอนามัยชุมชน
 - 2.4 การศึกษาการให้บริการอาชีพอนามัย
 - 2.5 การทดสอบความรู้หลังการปฏิบัติงาน

การประเมินผล

1. การฝึกทักษะในชุมชน

การศึกษาอนามัยชุมชน	ร้อยละ 30
รายงานการศึกษาชุมชน	ร้อยละ 30
การบริการสุขภาพครอบครัว	ร้อยละ 30
การศึกษาครอบครัวเฉพาะกรณี	ร้อยละ 30
การบริการอนามัยโรงเรียน	ร้อยละ 30

การบริการอาชีวอนามัย	ร้อยละ 30
การประชุมปรึกษา	ร้อยละ 30
การทดสอบความรู้ก่อน – หลังการปฏิบัติงาน	ร้อยละ 30
2. การประเมินประสพการณ์ในชุมชน	100 คะแนน

สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน

1. ชุมชนเมือง ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. ชุมชนชนบท ณ พื้นที่ในเขตปริมณฑลนอกเขตเทศบาล

ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดในการวิจัย

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยฐานชุมชนที่นำมาใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอน และเสริมพลังอำนาจชุมชน ที่จะนำเสนอสาระต่อไปนี้มีจำนวน 3 เรื่อง และการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนมีจำนวน 1 เรื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Kelly (1995) ทำการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการศึกษาฐานชุมชน: เครื่องมือสำหรับการเสริมพลังอำนาจของชุมชน และการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โครงการวิจัยฐานชุมชนเป็นวิธีการสอนแบบหนึ่ง ใช้กรอบแนวคิดของ Paulo Freire's model of community empowerment ที่ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม 2) การสร้างหัวข้อ 3) การให้ความหมายสัญลักษณ์ และ 4) การถอดรหัสและการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ ภายในกรอบแนวคิดนี้ นักศึกษาพยาบาลจะถูกมอบหมายให้ทำโครงการชุมชน โดยที่นักศึกษาพยาบาลจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประสบการณ์ทางคลินิก และแนวคิดการวิจัยก่อนที่จะเข้าไปที่ชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชน จากนั้นนักศึกษาจะเริ่มทำความคุ้นเคยกับชุมชน และทำความเข้าใจกับภาษา ค่านิยม ของชุมชน โดยการเดินสำรวจชุมชนหรือประเมินชุมชน ซึ่งเป็นระยะแรก พอเริ่มมีความคุ้นเคยจึงเข้าสู่ระยะที่สอง ในการสร้างหัวข้อ โดยนักศึกษาได้ประชุมร่วมกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาเรื่องยา และการใช้ยาของเพื่อนในโรงเรียน และชุมชนที่มีปัญหามากขึ้น ซึ่งจากการประชุมร่วมกันในครั้งนี้นอกจากจะได้หัวข้อที่จะทำโครงการแล้ว ยังได้เป็นการกระตุ้นความตระหนักต่อปัญหาด้วย เมื่อเข้าสู่ระยะที่สาม เพื่อให้มีความเข้าใจกับปัญหาที่ชัดเจนขึ้น จึงมีการจินตนาการ การใช้รูปภาพและสัญลักษณ์ช่วยในการสำรวจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับคำว่ายา การพิจารณาว่าใครเจ็บป่วยและควรทำอย่างไร

เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่ได้จัดประชุมเกี่ยวกับคู่มือการใช้งาน โดยใช้เวลา 3 สัปดาห์ และนักศึกษาพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการประชุม ช่วยการถอดรหัส รูปภาพ สัญลักษณ์ ซึ่งจากการทำโครงการร่วมกับสมาชิกชุมชน นักศึกษาพยาบาลได้รับการพัฒนาบทบาทเกี่ยวกับ การเป็นนักการศึกษา การเป็นผู้อำนวยความสะดวก ซึ่งไม่ใช่การขัดเขี่ยความรู้หรือการมีอำนาจในด้านความรู้

Ferrari & Jason (1996) ทำการวิจัยเรื่องการผสมผสานการวิจัยและการบริการชุมชน: การรวมทักษะการวิจัยเข้าไปในประสบการณ์การเรียนรู้แบบรับใช้สังคม (service learning) การมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยฐานชุมชน โดยประยุกต์กรอบแนวคิดของ Ferrari & Geller (1994) A Model for Learning Constructive Altruism ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ 1) การเสริมพลังอำนาจ (empowerment: I can make a difference) 2) การเห็นคุณค่าในตนเอง (self esteem: I am valuable) และ 3) ความเป็นเจ้าของ (belongingness: I belong to a team) นักศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 10 คน ระดับปริญญาโทและปริญญาเอก จำนวน 14 คน รวม 24 คน มีส่วนร่วมในการทำโครงการวิจัยที่เป็นโครงการที่ดำเนินมาแล้วระยะยาว ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับบุหรี การใช้สารเสพติด และโครงการวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มอาการอ่อนแรงเรื้อรัง และกลุ่มนักศึกษาประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยฐานชุมชน โดยการตอบแบบสอบถาม ที่เป็นมาตรฐานค่า 1-7 ผลการประเมินพบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นที่ว่า การมีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นการสร้างการเจริญเติบโต สนับสนุนการศึกษา และมีอิทธิพลต่อเป้าหมายในอาชีพ และนักศึกษายกจะแนะนำประสบการณ์ให้กับผู้อื่น รวมทั้งต้องการจะทำวิจัยซ้ำด้วยตนเอง แต่สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยก็คือ การนัดหมายการประชุม และการขัดแย้งภายในทีม Ferrari & Jason ได้เสนอแนวทางในการวิจัยครั้งต่อไปเกี่ยวกับ การประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และความเป็นเจ้าของของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ

Chapdeline & Chapman (1999) ใช้โครงการวิจัยฐานชุมชนสอนในวิชาวิธีการวิจัย (Research Methods course) และศึกษาผลกระทบทางบวกของโครงการต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาในหลักสูตรจิตวิทยา ระดับปริญญาตรี จำนวน 27 คน ซึ่งขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 1) การเลือกและออกแบบโครงการ 2) การวางแผนโครงการ 3) การพัฒนาสมมติฐาน 4) การรวบรวมข้อมูล 5) การตรวจสอบข้อมูล 6) การทดสอบสมมติฐาน 7) การรายงานโครงการ 8) การนำเสนอต่อหน่วยงานชุมชน และ 9) การประเมินโครงการ ผลการประเมินความคิดเห็นของนักศึกษาด้วยแบบสอบถาม มาตรฐานค่า 5 ระดับ พบว่า การทำโครงการวิจัยฐานชุมชนเป็นการเพิ่มการเรียนรู้และความเข้าใจเป็นอย่างมาก โครงการวิจัยช่วยส่งเสริมความสนใจ มีทัศนคติทางบวกต่อ

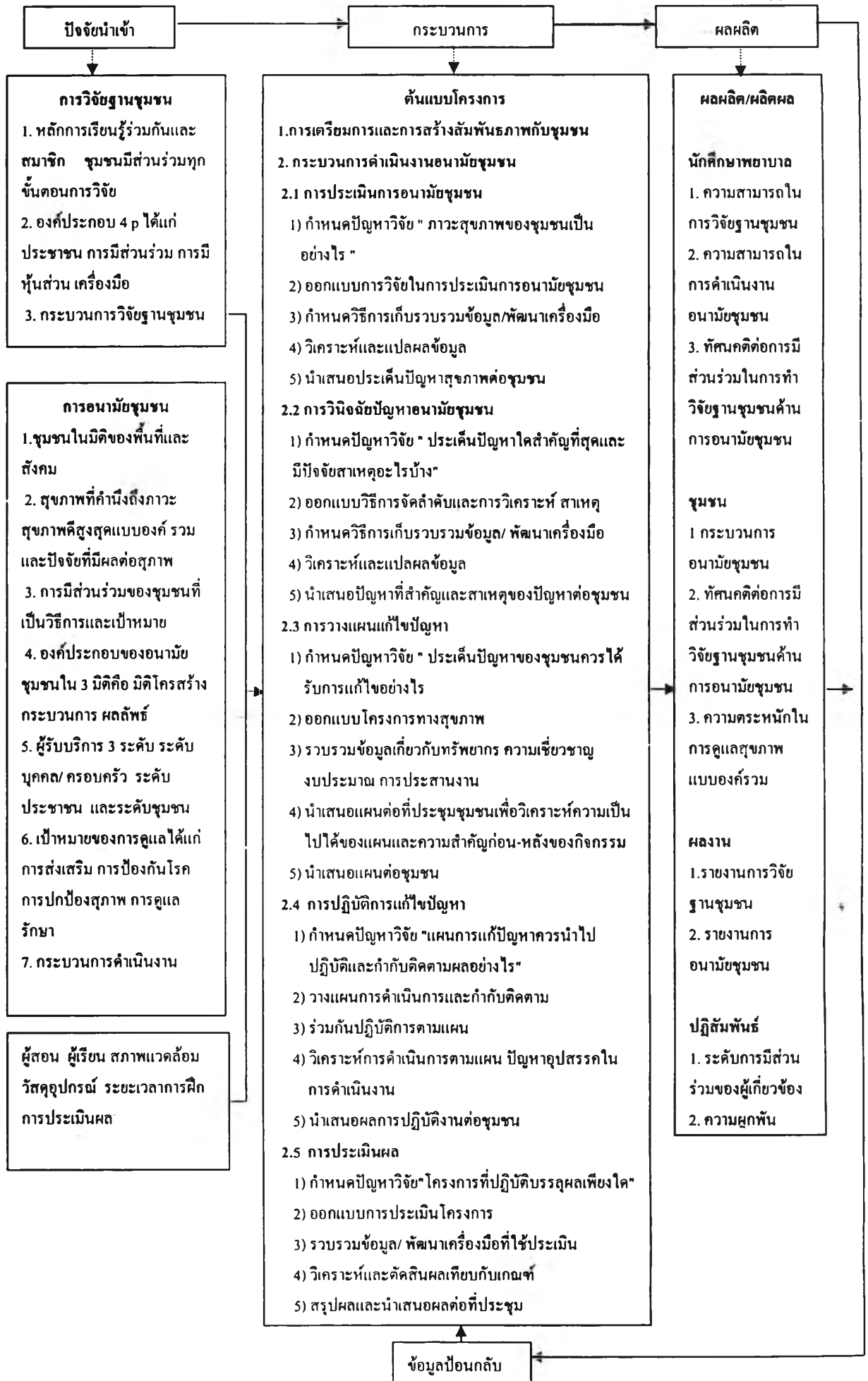
การวิจัย และช่วยให้นักศึกษาเข้าใจความสำคัญของการวิจัยในบริบทที่ใหญ่ขึ้น โดยการมีส่วนร่วมในโครงการที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชนรอบ ๆ สถาบัน และมีความตระหนักต่อสังคม

นงพิมพ์ นิมิตอนันท์ (2544) จัดทำโครงการพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เรียนและชุมชน ในกระบวนการวินิจฉัยชุมชน ของนักเรียนพยาบาลกองทัพบกชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ด้วยการประยุกต์จัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด (reflective learning) และการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักศึกษา กับชุมชน (participatory learning) และกระบวนการพยาบาล โดยมีขั้นตอนการเรียนรู้ดังนี้ คือ 1) การประเมินปัญหาชุมชน 2) การวางแผนแก้ไขปัญหา สาธารณสุข 3) การดำเนินการแก้ไขปัญหา และ 4) การประเมินผล จากการพัฒนาดังกล่าว พบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจที่ตนเองและชุมชนได้มีส่วนร่วมกระบวนการวินิจฉัยชุมชน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาตนเองหลายประการ ได้แก่ การรู้สึกรู้ว่าตนมีคุณค่าต่อชุมชน มีการพัฒนาด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติพยาบาลทุกสาขา บุคลิกภาพและวุฒิภาวะทางอารมณ์ การคิดเชิงวิเคราะห์และการคิดแก้ปัญหา ฯลฯ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งการนำการวิจัยฐานชุมชนมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน และการพัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน พบว่า ทุกงานวิจัยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมกับโครงการวิจัยที่มีผลกระทบต่อชุมชน ซึ่งเป็นโครงการวิจัยฐานชุมชนที่ดำเนินการระยะยาว หรือ พัฒนาโครงการใหม่ขึ้นมา และมีการประเมินความเหมาะสมของโครงการ จากการประเมินความพึงพอใจ หรือความคิดเห็นต่อโครงการที่นักศึกษาเข้าร่วม ในส่วนของผลกระทบที่ชุมชนได้รับ และบทบาทในการเข้าร่วมของชุมชนนั้น ยังไม่ชัดเจน รวมทั้งยังไม่มีงานวิจัยใดที่นำการวิจัยฐานชุมชน มาบูรณาการกับการอนามัยชุมชน และพัฒนาเป็นโครงการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน และทุกงานวิจัยเป็นการวิจัยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

2. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยฐานชุมชนและการอนามัยชุมชนเป็นการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในชุมชน การวิจัยฐานชุมชนจะเป็นเครื่องมือหรือ วิธีการช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยได้มีขีดความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาที่เป็นระบบมากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำการอนามัยชุมชนและการวิจัยฐานชุมชนมาบูรณาการกันเรียกว่า การอนามัยชุมชนแบบบูรณาการวิจัย และนำการอนามัยชุมชนแบบบูรณาการวิจัยมาพัฒนาเป็นต้นแบบโครงการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน และตรวจสอบคุณภาพของโครงการที่พัฒนาโดยการทดลองใช้ รวมทั้งศึกษาผลที่เกิดขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยเป็นดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย