วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 24 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2558

Journal of Health Science
Vol. 24 No. 4, July - August 2015

นิพนธ์ต้นฉบับ *Original Article*

การพัฒนาตำบลสุขภาวะ: กรณีศึกษาตำบลกรุงชิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

สุปรีชา แก้วสวัสดิ์ Ph.D. (Counseling Psychology)*
ทัศณุ เรืองสุวรรณ์ วท.ม. (สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย)*
พิมลพรรณ ศรีสงคราม วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)**
ปรีดา ไก่แก้ว วท.บ. (สาธารณสุขชุมชน)***
** สำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*
*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ*
**** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน*

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาตำบลสุขภาวะ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นตำบลสุขภาพ โดยใช้เทคนิควิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) และการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริง พัฒนาผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยการฝึกทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การทำแผนที่ตำบลสุขภาวะ การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตลอดจนการจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาในชุมชน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2556 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2557 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมได้แก่ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน จาก 11 หมู่บ้าน ถูกคัดเลือกเข้าร่วมกิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 224 คน มีขั้นตอนการศึกษา 4 ขั้น คือ ขั้นที่ 1: ขั้นการวางแผน (planning) ขั้นที่ 2: ขั้นปฏิบัติการ (action) ขั้นที่ 3: ขั้นการสังเกต (observation) ขั้นที่ 4: ขั้นการสะท้อนผล (reflection) ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้มีทักษะในการจัดการ ดังนี้ (1) จัดทำเครื่องมือประเมินสุขภาวะในชุมชน (2) ทำแผนที่สุขภาวะระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน 6 มิติ [แผนที่ผู้นำ (ทางการ) แผนที่ผู้นำ (ไม่เป็นทางการ) กลุ่มอาชีพ แผนที่ร่างกาย แผนที่จิตใจ แผนที่สังคม และแผนที่ภูมิปัญญา] ส่วนด้านการมีส่วนร่วมพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้วยในชุมชนแบบมีส่วนร่วม สามารถร่วมมือจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน จำนวน 11 โครงการ ตลอดทั้งจัดทำแผน 3 ปีบรรจุในแผนการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม, ชุมชนสุขภาวะ**

บทนำ

ปัจจุบันสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมทั้งภายในและภายนอกประเทศเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป แม้แต่ประเทศไทย ก็มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไป[1] เนื่องจากเป็นประเทศที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาในทุกๆ ด้านพร้อมกันเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) มียุทธศาสตร์การพัฒนาคนไปสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน[2] จาก

การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาประเทศให้ประสบความสำเร็จได้ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรมากขึ้น ประเทศไทยมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีให้ก้าวทันตามกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคม แต่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะต้องมาจากการมีสุขภาพที่ดีด้วย[3] ซึ่งสุขภาพที่ดีจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อประชาชนต้องมีความรู้ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ ตลอดทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชนได้อย่างมีความสุข[4]

แต่ขณะนี้ปัญหาสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ซึ่งสวนทางกับความเจริญก้าวหน้าของประเทศ มีโรคภัยมากมายที่มีผลพวงมาจากความเจริญก้าวหน้าและมีปรากฏการณ์ของโรคบางโรคหวนกลับมาระบาดอีก จากโรคติดต่อสู่โรคเรื้อรัง และโรคที่ป้องกันได้ก็เริ่มเพิ่มมากขึ้น[1] ซึ่งแต่ละโรคมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับสังคมสิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนมากขึ้น แม้กระทั่งชุมชน ในชนบทก็กำลังเผชิญกับสถานการณ์นี้[2] พบว่าสาเหตุการป่วยตายที่สำคัญในสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปเนื่องมาจากการดำรงอยู่ของโรคติดเชื้อ การเปลี่ยนวิถีชีวิตของคนและพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็งที่มีการคาดการณ์ว่าใน ปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยสะสม จำนวน 120,000 รายเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศ และก็ยังมีโรคอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่การป่วยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การระบาดอย่างรวดเร็วของเชื้อโรคต่างๆ ในยุคโลกาภิวัฒน์ เช่นโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ฯลฯ[5]

แม้ว่ารัฐบาลจะมีนโยบายในด้านสุขภาพที่ชัดเจนและให้การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชนในชนบทด้วยการสนับสนุนงบประมาณ เวชภัณฑ์ และเพิ่มค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ รวมทั้งให้การอบรมในชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีความสามารถป้องกันการเกิดโรค และมีการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น แต่ผลการพัฒนานโยบายในภาพรวม ยังไม่เป็นไปตามที่คาดหวังของชุมชนมากนัก ประชาชนไทยยังคงประสบกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อต่างๆ ที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ[1,4] ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ.2551-2555 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน เบาหวาน 3.2 ล้านคน โรคหลอดเลือดหัวใจ 6.9 แสนคน โรคหลอดเลือดสมอง 7.3 แสนคน และโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2.7 แสนคน ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก และหากควบคุมอาการไม่ได้จะเกิดโรคแทรกตามมา อาจร้ายแรงจนเสียชีวิตหรือพิการได้เป็นปัญหาต่อการพัฒนาชุมชน [6]

ดังนั้น การขับเคลื่อนชุมชนให้เป็นชุมชนสุขภาวะเป็นแนวทางหนึ่งที่สำคัญที่จะกลไกทำให้ชุมชนนั้นมีความผาสุก ไม่ต้องเผชิญกับปัญหาโรคภัยต่างๆ การขับเคลื่อนด้วยการพัฒนาศักยภาพของคนในพื้นที่ให้เกิดพลังความร่วมมือคือปัจจัยที่จะต้องถูกดำเนินการให้เกิดขึ้นใน แต่ละพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นชุมชนชนบทหรือชุมชนเมืองก็ตาม[7] การขับเคลื่อนจะเดินหน้าได้ก็จะต้องพึ่งพาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่มาร่วมมือกันแก้ไขปัญหาโดยร่วมกันพัฒนาให้ชุมชนมีศักยภาพเพียงพอในการจัดการกับปัญหาโรคภัยที่เกิดขึ้น เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชนร่วมมือกันขับเคลื่อนชุมชนไปสู่ชุมชนสุขภาวะได้[8,9]

ตำบลกรุงชิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นตำบลที่ตั้งอยู่ท่ามกลางหุบเขาห่างไกลจากความเป็นเมือง แต่ประชาชนในพื้นที่ประสบกับปัญหาสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลกรุงชิงพบว่าใน ปี พ.ศ. 2557 ประชาชนในพื้นที่ยังมีปัญหาภาวะสุขภาพ เช่น ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 0.4 และโรคเบาหวาน 0.2 ซึ่งเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้ชีวิตประจำวัน การขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้และ

การสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในชุมชนกรุงชิงเป็นกลไกที่สำคัญที่สามารถผลักดันการดำเนินงานสุขภาวะให้เกิดขึ้นในพื้นที่ตำบลกรุงชิงได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการพัฒนาตำบลสุขภาวะโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่ศึกษาบริบท สภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน และพัฒนาศักยภาพแกนนำ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านสุขภาพ (stakeholders) ในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนด้วยกระบวนการรับทราบปัญหาการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาตลอดจนการประเมินผลการดำเนินการด้วยชุมชนเอง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหาในพื้นที่ๆ อยู่เองด้วยรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่ที่มีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนาหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการแก้ไขปัญหานั้น[10] การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (participatory rural appraisal) และการเรียนรูปแบบปฏิบัติจริง (action learning) มาเป็นรูปแบบการจัดกระบวนการ

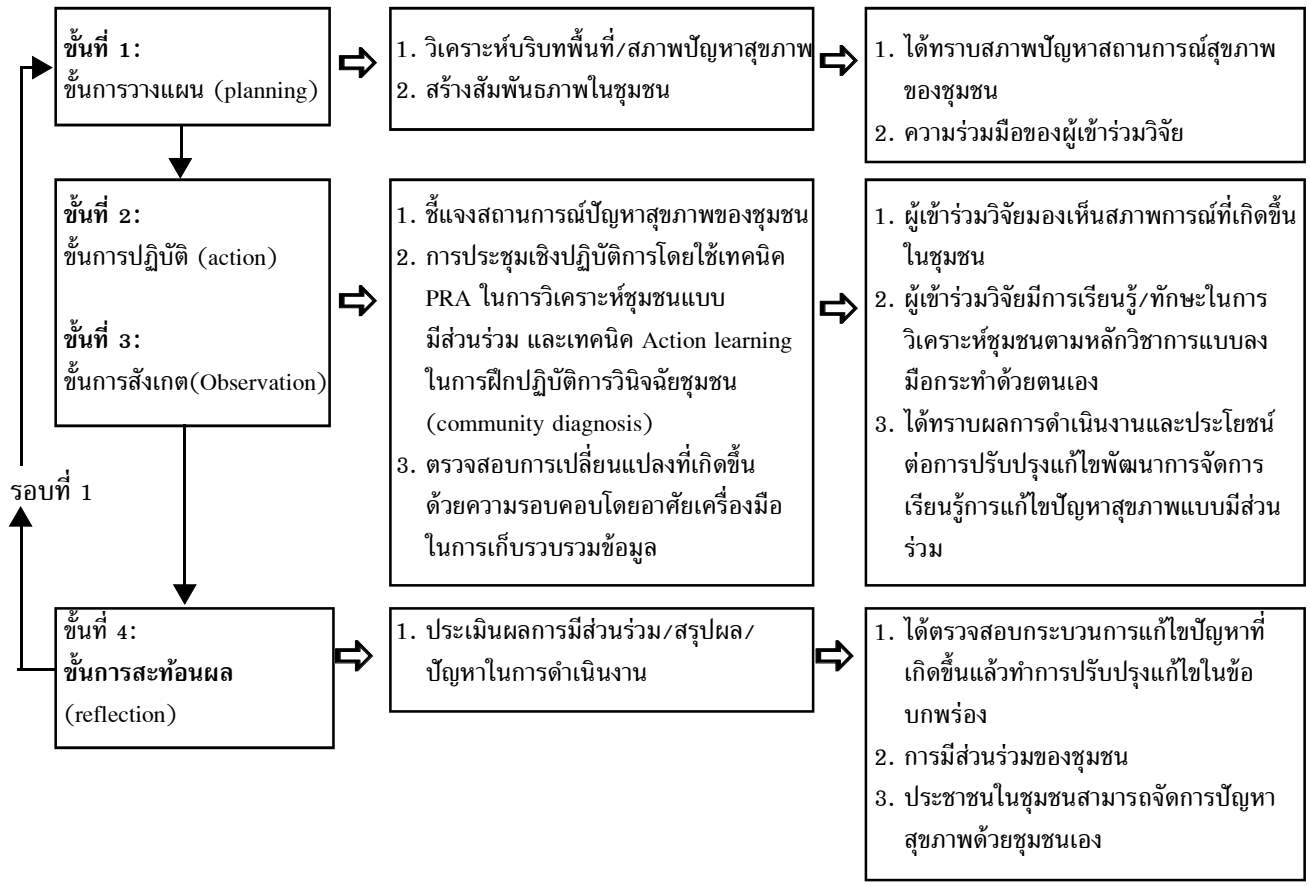
รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาตำบลสุขภาวะ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีขั้นตอนตามภาพที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัยครั้งนี้ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จาก 11

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อตำบลสุขภาวะ



หมู่บ้าน ตำบลกรุงชิง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 10 คน แกนนำครอบครัว หมู่บ้านละ 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 224 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบมากกว่า 5 ปี

2. เป็นแกนนำครอบครัวที่ถูกเสนอชื่อจากเวทีชุมชน

3. เป็นผู้ที่มีความเต็มใจเข้ากิจกรรมพัฒนาและมีจิตอาสาในการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือจำแนกตามลักษณะงานแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการ ได้แก่ คู่มือการประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม และแนวทางการวินิจฉัยชุมชนใช้สำหรับประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการสะท้อนกลับ ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกการวิเคราะห์สภาพและปัญหาใช้ในการศึกษาสภาพและสถานการณ์สุขภาพของชุมชน (2) แบบสัมภาษณ์ใช้สำหรับสัมภาษณ์กลุ่มผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (3) แบบบันทึกการประชุมใช้สำหรับสรุปปัญหาและแนวทางการพัฒนาและจัดทำโครงการร่วมกันของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย (4) แบบประเมินตนเอง ใช้สำหรับประเมินความพึงพอใจ ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพ (5) แบบบันทึกการสังเกตใช้สำหรับบันทึกพฤติกรรมความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมพัฒนา (6) แบบประเมินแผนงาน/โครงการ

3. อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยกล้องถ่ายภาพ และสมุดจดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยมีกระบวนการเพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ความเที่ยงแบบสัมภาษณ์ในส่วนความรู้ด้วยวิธีของคูเดอร์ได้ค่าสัมประสิทธิ์ 0.8 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจหลังจากปรับปรุงตามข้อแนะนำแล้วไปทดสอบความเที่ยง (reliability) ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ การประเมินระดับความรู้ด้วยจำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วย paired t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปด้วยความถูกต้องมากที่สุดผู้วิจัยได้ตรวจสอบความชัดเจน โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) จากข้อมูลทั้งหมดคือ (1) ด้านข้อมูลจากแหล่งข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคลที่ต่างกัน (2) ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีในเรื่องเดียวกันด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การศึกษาจากเอกสาร การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ ส่วนการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บได้ทุกขั้นตอนย่อยมาวิเคราะห์เนื้อหา และรวบรวมสรุป

การดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการ 4 ขั้น[10] ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (planning) มีกิจกรรมดำเนินการ ดังนี้

1.1 เตรียมชุมชน ทีมวิจัยประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัย โดยประสานงานอย่างเป็นทางการกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนบพิตำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียนและบ้านนบ องค์การบริหารส่วนตำบลกรุงชิง แกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานและระยะเวลา

ดำเนินการวิจัยให้ทราบ ตลอดจนขอความร่วมมือในการอนุญาตให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้

1.2 การวิเคราะห์สถานการณ์ ทีมวิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชมได้แก่ สถานที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของแต่ละหมู่บ้าน ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประชากร สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนแต่ละหมู่บ้านทั้ง 11 หมู่บ้าน

1.3 ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนและจัดการประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลกรุงชิง และสนับสนุนโครงการ/กิจกรรมที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเสนอข้อมูลกายภาพและสังคมเกี่ยวข้องกับสุขภาพ กำหนดปัญหาร่วมกันในการวางแผนแก้ไข และคัดเลือกแกนนำที่มีจิตอาสาหรือถูกเสนอชื่อจากที่ประชุมในเวทีเข้าร่วมกิจกรรมฝึกพัฒนาทักษะการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ

1.4 จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะใช้ในกระบวนการการวิจัยให้มีความพร้อม และมีจำนวนเพียงพอได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสังเกตการมีส่วนร่วม อุปกรณ์ในการจัดประชุม อุปกรณ์ในการสนทนากลุ่ม อุปกรณ์ในการจดบันทึก อุปกรณ์ในการบันทึกภาพและเสียง และวัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ต้องใช้ในการจัดอบรมให้ความรู้การวางแผน และการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (action) และขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกต (observation) ทีมวิจัยดำเนินการฝึกทักษะผู้เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับบันทึกการสังเกตแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย 6 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ทีมวิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับชุมชนสุขภาวะ แนวทางการพัฒนาชุมชนสุขภาวะด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นก่อนเริ่มต้นกิจกรรมสร้างความพร้อมและความเข้มแข็งของผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยจัดให้มีอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจเตรียมพร้อมที่จะเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 2 ทีมวิจัยจัดกระบวนการฝึกทักษะการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (participatory rural appraisal) โดยผู้วิจัยแบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านนบ หมู่ที่ 2 บ้านห้วยพาน หมู่ที่ 3 บ้านพิตำและหมู่ที่ 10 บ้านหวายช่อ กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วยหมู่ที่ 4 บ้านเปียน หมู่ที่ 6 บ้านปากลง หมู่ที่ 7 บ้านห้วยตง และหมู่ที่ 8 บ้านทับน้ำเต้า กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วยหมู่ที่ 5 บ้านสวนปราง หมู่ที่ 9 บ้านห้วยแห้ง และหมู่ที่ 11 บ้านสองแพรก ฝึกให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 3 กลุ่มวิเคราะห์ชุมชนโดยใช้เทคนิคกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ด้วยข้อมูลสถานการณ์ที่ผู้วิจัยสำรวจมาเบื้องต้นเป็นแนวทางการวิเคราะห์เพื่อชี้วัดปัญหาของแต่ละชุมชน ทีมวิจัยจะกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจนผู้เข้าร่วมกิจกรรมมองเห็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องดำเนินการให้มีในชุมชน เช่น ชุมชนต้องมีแผนที่ชุมชนที่เป็นเครื่องมืออธิบาย ภูมิลักษณะของพื้นที่ ชุมชนที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมภูมิใจและอยากจะให้เป็น และสิ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องขับเคลื่อนให้เกิดขึ้นในชุมชน ในขั้นตอนนี้ทีมวิจัยประเมินทักษะการปฏิบัติการและบันทึกการพัฒนาจากกิจกรรมกลุ่ม

ระยะที่ 3 ทีมวิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริงมาจัดกระบวนการพัฒนาความรู้และทักษะการวินิจฉัยชุมชน โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 3 กลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาชุมชน การมองปัญหาร่วมกัน การวิเคราะห์โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ การทำแผนที่ชุมชน 6 มิติและการสร้างเครื่องมือประเมินสุขภาพเบื้องต้นของชุมชน หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงพื้นที่เก็บข้อมูลสุขภาพ ด้วยเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อศึกษาสุขภาวะชุมชนของตนเองพร้อมทั้งจัดทำแผนที่ชุมชน 6 มิติ ทีมวิจัยประเมินทักษะและบันทึกการพัฒนาจากกิจกรรมกลุ่ม

ระยะที่ 4 ทีมวิจัยจัดให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละหมู่บ้านนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเพื่อสะท้อนสภาพปัญหาปัจจุบันด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนแก่ผู้วิจัย นักวิชาการสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล หลังจากนั้นทีมวิจัยจัดอบรมฝึกทักษะกระบวนการวินิจฉัยชุมชน ประกอบด้วย แนวทางการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การโยงใยปัญหาสาเหตุของปัญหา จนได้ปัญหาสุขภาพ หลังจากนั้น นำเสนอผลกระบวนการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนต่อทีมวิจัย นักวิชาการสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อวิพากย์และเติมเต็มองค์ความรู้ก่อนที่จะนำไปสู่กระบวนการจัดทำประชาคมสุขภาพในชุมชนของตนเอง ขั้นตอนนี้ทีมวิจัยประเมินผลการเรียนรู้จากนำเสนอและบันทึกการมีส่วนร่วมจากกิจกรรมกลุ่ม

ระยะที่ 5 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงพื้นที่ในชุมชนของตนเองเพื่อนำเสนอผลการวินิจฉัยชุมชนสะท้อนข้อมูลปัญหา ที่ได้จากการวิเคราะห์แสดงรายละเอียดของปัญหาสาเหตุที่เกิดขึ้นของแต่ละปัญหาด้วยการจัดทำเวทีประชาคม เพื่อหาฉันทามติในการเลือกปัญหาสุขภาพต่าง ๆ จากกระบวนการวินิจฉัยชุมชนมาแก้ไขเป็นลำดับ ในขั้นนี้ผู้ร่วมกิจกรรมอธิบายความเป็นมาของปัญหาสุขภาพแสดงแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาให้ชุมชนเห็นในเชิงประจักษ์ ตลอดทั้งการใช้องค์ความรู้ที่ได้รับการพัฒนามาแสดงให้ประชาชนในชุมชนเข้าใจและร่วมกันแสดงเหตุและผล จนได้ปัญหาเร่งด่วนที่เป็นปัญหาสำคัญที่ประชาชนในชุมชนลงมติที่จะดำเนินการแก้ไข ขั้นตอนนี้เปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทุกคนมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นต่อการแก้ไขปัญหาของชุมชน ทีมวิจัยประเมินทักษะการถ่ายทอดข้อมูลของผู้เข้าร่วมกิจกรรม บันทึกการพัฒนาจากกิจกรรมกลุ่มและการสะท้อนความร่วมมือจากเวที

ระยะที่ 6 ทีมวิจัยฝึกทักษะการวางแผนงาน/โครงการโดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนที่ได้มาจากเวทีประชาคม ขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันกำหนดกิจกรรม แนวทางการแก้ไขโดยกิจกรรมกลุ่ม แล้วนำเสนอแผนงาน/โครงการ ทีมวิจัยประเมินความเป็นได้ของแผนงาน/โครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้และบันทึกการมีส่วนร่วม

ขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (reflection) ขั้นตอนนี้ทีมวิจัยใช้รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการจัดเวทีการพูดคุย ประชุมร่วมกันระหว่างทีมวิจัย ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบผลการแก้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในขั้นการปฏิบัติ ที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนานำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการพัฒนาชุมชน-สุขภาวะ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.5 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 30.8 รองลงมา 50-60 ปี ร้อยละ 27.6 ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.4 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 38.8

จากการศึกษาบริบทของชุมชนพบว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของชุมชน ตำบลกรุงชิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ ปัจจัยภายในชุมชนกรุงชิง พบว่า ปัจจัยด้านสังคม ลักษณะของประชากร โครงสร้างทางสังคมในพื้นที่ ความเป็นอยู่และความสัมพันธ์ของคนในสังคมที่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปมีการเดินทางออกไปทำงานนอกพื้นที่มากขึ้น ส่วนทุนทางสังคม วัฒนธรรมประเพณีในพื้นที่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปจากการขยายตัวเป็นสังคม-เมืองมากขึ้น ค่านิยมการพึ่งพิงผู้มีอำนาจมากกว่าการพึ่งตนเองมากขึ้น คนในชุมชนมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารรวดเร็ว แต่เป็นลักษณะฉาบฉวย ขาดความรู้ในการพิจารณาความถูกต้อง ตลอดทั้งลักษณะโครงสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนเริ่มเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากมีการลงทุนทางการเกษตรจากนายทุนภายนอกชุมชนมากขึ้น

2. การประเมินระดับความรู้/ความพึงพอใจ

ด้านความรู้ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ มีระดับความรู้ในระดับทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (X=4.3, SD = 0.4) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (X= 4.1, SD = 0.8) แสดงในตารางที่ 1

ด้านความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาชุมชนสุขภาวะ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ มีระดับความพึงใจต่อการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 88.39 รองลงมาระดับพอใจ ร้อยละ 11.61 แสดงในตารางที่ 2

2. ผลการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ผลการวางแผนโดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม และการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริง พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาชุมชนสุขภาวะสามารถร่วมกันวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมและจัดทำแผนที่สุขภาวะระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน 6 มิติ ได้แก่ แผนที่ผู้นำ (ทางการ) แผนที่ผู้นำ (ไม่เป็นทางการ) กลุ่มอาชีพ แผนที่ร่างกาย แผนที่จิตใจ แผนที่สังคม และแผนที่ภูมิปัญญา) ส่วนแนวคิดการสร้างชุมชนที่ตนเองภูมิใจพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเป็นเจ้าของ ๆ พื้นที่ ทำให้ทุกคนเกิดความรักในพื้นที่ มีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และสิ่งที่ชุมชนควรพัฒนา พบว่า การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบลกรุงชิงให้มีสุขภาวะที่ดีจะต้องดำเนินการบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วม (participation) ของชุมชนเอง

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการฝึกทักษะการวินิจฉัยชุมชน (community diagnosis) ตามแนวทางเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริง พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพแต่ละหมู่บ้าน ได้โครงการจำนวน 11 โครงการคือ หมู่ที่ 1 (บ้านนบ) โครงการบ้านนบร่วมใจป้องกันภัยยุงร้าย หมู่ที่ 2 (บ้านห้วยพาน) โครงการรู้ทันเข้าใจห่างไกลภูมิแพ้ หมู่ที่ 3 (บ้านพิตำ) โครงการบ้านพิตำสดใส ร่วมใจออกกำลังกาย หมู่ที่ 4 (บ้านเปียน) โครงการบ้านเปียนยุคใหม่ ร่วมใจคัดแยกขยะ หมู่ที่ 5 (บ้านสวนปราง) สวนปรางร่วมใจ คิดก่อนใช้ คัดแยกขยะก่อนทิ้ง หมู่ที่ 6 (บ้านปากลง) บ้านปากลงร่วมใจ ป้องกันยุงลาย หมู่ที่ 7 (บ้านห้วยตง) ห้วยตงสดใส ปลอดภัย ปลอดโรค (เบาหวาน) หมู่ที่ 8 (บ้านทับน้ำเต้า) การสุขาภิบาลน้ำดื่มน้ำใช้บ้านห้วยน้ำเต้า หมู่ที่ 9 (บ้านห้วยแห้ง) บ้าน-

ตารางที่ 1 ความรู้การจัดการสุขภาวะชุมชน ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ

ระดับความรู้	X	S.D.	แปลผล	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	4.1	0.8	ดี		
				5.0	0.05
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	4.3	0.4	ดี		

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (0-5 คะแนน)	96	42.9	0	0.0
ระดับพอใช้ (6-10 คะแนน)	89	39.7	26	11.6
ระดับดี (11 คะแนนขึ้นไป)	39	17.4	198	88.4

ห้วยแห้งร่วมใจ ปลอดภัยไร้ยุง หมู่ที่ 10 (บ้านสองแพรก) สองแพรกยกของถูกท่า ลดปัญหาปวดเมื่อย หมู่ที่ 11 (บ้านหวายช่อ) หวายช่อร่วมพิชิต ดับสนิทปัญหาโรค-ความดัน โครงการชุมชนทุกโครงการมีการแต่งตั้งคณะ-ทำงานจากกรรมการชุมชนตามระเบียบแบบแผน ซึ่งผลจากการพัฒนาทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีสมรรถนะที่จะดำเนินการพัฒนาชุมชนต่อได้ในวงรอบต่อไป และผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ไปถ่ายทอดต่อจนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชนร่วมกันสรุปบทเรียน และแลก-เปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันตามแผนงานและกิจกรรมที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องนำไปสู่การทำงานเพื่อชุมชนสุขภาวะ

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วมของชุมชน มาจัดเป็นกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการคิด วางแผนและแก้ไข โดยเรียนรู้แบบปฏิบัติจริงด้วยตนเองและกิจกรรมกลุ่ม การเรียนรู้รูปแบบนี้ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้คิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เมื่อลงมือปฏิบัติจริง ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น[10] ทีมวิจัยร่วมกับนักวิชาการ-สาธารณสุขและตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ร่วมกันศึกษาบริบทและสภาพการณ์ของปัญหาในพื้นที่จนได้ข้อมูลที่นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบ-ครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเองแบบมีส่วนร่วมได้ และยังได้รับการฝึกพัฒนาทักษะการวินิจฉัยชุมชนแบบการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริงจนสามารถกำหนดแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาในชุมชน กรุงชิงแบบมีส่วนร่วมได้ซึ่งเป็นการลดปัญหาการเจ็บป่วย สถานการณ์โรคต่างๆ ในชุมชนได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชนอย่างแท้จริง[11]

กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (participatory rural appraisal) เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และมีความพร้อมที่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาชุมชนมากขึ้น[12] สำหรับการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมถูกพัฒนาทักษะให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนเองได้ตระหนักรู้ได้ว่าอะไรคือสาเหตุและอะไรคือแนวทางแก้ไข เมื่อได้ผ่านการฝึกทักษะด้วยกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน ทำให้มีความเข้าใจที่ดี กระบวนวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้เกิดความเข้าใจเรื่องราวต่างๆ เปิดโลกทัศน์ของคนในชุมชนดีขึ้น และยังเป็นส่วนหนึ่งของการปลุกจิตสำนึก (consciousness raising) เป็นกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ของคนในชุมชน (community learning process)[13] ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผล (effectiveness) ของกระบวนพัฒนาการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนเพื่อมุ่งสู่ชุมชนสุขภาวะได้ จะเห็นได้จากการจัดแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน จำนวน 11 โครงการ ซึ่งผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริง ทำให้ตรงกับความต้องการของชุมชนซึ่งสอดคล้องกับคำบอกเล่าของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นว่า การฝึกทักษะด้วยกระบวนการนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้สามารถนำไปพัฒนาต่อ และจัดการกับปัญหาของชุมชนเองได้ไม่ต้องรอให้หน่วยงานมาช่วยเหลือ หากชุมชนแก้ไขปัญหาด้วยชุมชนเองเบื้องต้นได้ ชุมชนสุขภาวะก็จะเกิดขึ้นจริง

ด้านการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริง (action learning) ทีมวิจัยนำมาใช้เป็นรูปแบบการฝึกทักษะการวินิจฉัยชุมชนด้วยการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริงซึ่งเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ในการสร้าง-เสริมสุขภาวะได้อย่างมีประสิทธิผล ไม่ใช่การเรียนรู้เฉพาะหลักการและทฤษฎีเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาวะที่ดีได้[14] การเรียนรู้แบบปฏิบัติจริงที่ผู้วิจัยนำมาใช้จัดกระบวนการวินิจฉัยชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แสดงศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ทบทวน ปรึกษาร่วมกันโดยมีทีมวิจัยเป็นพี่เลี้ยงจนนำไปสู่การวางแผน และตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่เป็นความต้องการของชุมชนได้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมองเห็นและ

คาดหวังผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อชุมชน ทั้งปัจจุบันและอนาคต[15,16]

จากการศึกษานี้ พบว่า สมรรถนะหลักที่เกิดขึ้นและควรจะพัฒนาให้เกิดกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะไม่ใช่เรื่องใหม่และทันสมัยก็ตาม แต่ก็ยังเป็นหัวใจสำคัญที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นกับทุกชุมชนเพราะหัวใจการทำงานเพื่อให้เกิดการจัดการสุขภาวะในชุมชนนั้น ๆ ได้ ประชาชนหรือแกนนำชุมชนต้องร่วมกันคิดเอง ทำเอง และจัดการกันเองซึ่งไม่ใช่เรื่องง่าย กว่าที่แต่ละหมู่บ้านจะพึ่งตนเองได้จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาและกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเอง หากชุมชนเข้าใจและรู้บทบาทของตนเองสามารถจัดการหมู่บ้านของตนเองได้ นับว่าเป็นสมรรถนะที่ดีที่ต้องส่งเสริม[17,18] ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเห็นว่าสมรรถนะที่ยังคงต้องมีอยู่สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเพื่อการจัดการสุขภาวะด้วยตนเองได้นั้น ประกอบด้วย (1) ชุมชนต้องสามารถสำรวจ / ประเมินสถานการณ์ปัญหา และการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชนที่ผ่านมาได้ (2) ชุมชนต้องสร้างเวทีเรียนรู้ชุมชน สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดกลุ่มองค์กร ภาคี/เครือข่าย ร่วมกันทำประชาคม ร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา (3) ชุมชนต้องมีทักษะกระบวนการจัดทำแผนชุมชนได้ตามบริบทของพื้นที่ (4) ปฏิบัติการตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยผ่านเวทีประชาคมร่วมกันวิเคราะห์ จัดลำดับแนวทางการแก้ปัญหาและ (5) สามารถประเมินผลเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคและความก้าวหน้าของงานเพื่อที่จะวางแผนการดำเนินงานครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยภายในและภายนอกชุมชนให้เข้าใจเพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการจัดกิจกรรมการพัฒนาชุมชน

2. หน่วยงานภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณให้กับแผนงาน/โครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชนสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยชุมชนเองตามแผนที่กำหนดไว้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้ากิจกรรมทุกท่านที่กรุณาร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบและบ้านเปียน ที่ให้การสนับสนุนสถานที่ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบล ที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม โครงการแต่ละหมู่บ้าน และขอบคุณนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ทุกคน ที่มีส่วนในการจัดกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

1. สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส: 2556; 1-62.
2. อดิศร สุทนต์. แนวทางการพัฒนา ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี สู่การเป็นตำบลสุขภาวะ. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 2556;6: 80-95.
3. สมพันธ์ เตชะอธิก, วินัย วงศ์อาสา. สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ 2556; 29: 1-22.
4. อลิสา ศิริเวช. แนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556;23:94-102.
5. สุเทพ พลอยพลายแก้ว, นิษฐา หรุ่นเกษม. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2556;14:61-70.
6. ผู้จัดการออนไลน์. พบคนไทยป่วยโรคเรื้อรังเกือบ 15 ล้านคน สธ.ห่วงใช้ยาลูกกลอน อ้างรักษาหาย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2556]. แหล่งข้อมูล: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9560000034726
7. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ, เมธา บุณยประวิทย์. สถานะของการพัฒนาสู่ตำบลสุขภาวะ: กรณีศึกษาตำบลชะแล้อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา จังหวัดสงขลา; 2554.

8. วินัย วงศ์อาสา. การศึกษาและพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาคมสุขภาวะระดับตำบล: กรณีศึกษาตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ 2556;29:113-32.
9. Petersen A R. Community development in health promotion: empowerment or regulation? Australian Journal of Public Health 1994;18: 213-7.
10. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท; 2546.
11. Kemmis S, Mc Tagart R. The action research planner. Geelong: Deakin University Press, 1990.
12. มานะ นาคำ, พะเยาว์ นาคำ. ครอบครัว ผู้ป่วย อาสาสมัครชุมชน เรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2556;29:51-78.
13. สมพันธ์ เตชะอธิก, บัวพันธ์ พรหมพักพิง, มานะ นาคำ, สกุล วงศ์กาฬสินธุ์, อนันต์ ลิขิตประเสริฐ, วศิน โกมุท. คู่มือการจัดทำแผนที่สุขภาวะตำบล. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2553.
14. สมใจ วินิจกุล. การสร้างพลังชุมชนในการจัดการปัญหาขยะโดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2554;4:99-109.
15. ประเวศ วะสี. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาวะทั้งมวล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2549.
16. คะนึงนิจ อนุโรจน์. Adoption of action learning in health care services in advance of AEC. แพทย์สารทหารอากาศ 2013;25:56-9.
17. ขนิษฐา นันทบุตร. ระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ในชุมชน. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2553.
18. สมพันธ์ เตชะอธิก, วินัย วงศ์อาสา. สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2556; 29:1-22.

Abstract: Healthy Community Development: a Case Study of Krungching Sub-District in Nakhon Si Thammarat Province

Supreecha Kaewsawat, Ph.D. (Counseling Psychology)*; Tassanu Ruangsuwan, M.Sc. (Industrial Hygiene and Safety)*; Phimonphan Srisongkhram, B.Sc. (Public health); Preeda Kaikaew, B.Sc. (Community Public Health)*****

** School of Allied Health Science and Public Health, Walailak University; ** Ban-Nob Subdistrict Health Promoting Hospital; *** Ban-Pien Subdistrict Health Promoting Hospital*

Journal of Health Science 2015;24:659-69.

This study was an action research aimed to develop a healthy community at Krungching sub-district, Nopphitum District, Nakhon-Si-Thammarat Province, using the participatory rural appraisal and action learning as the process of community development. This process was comprised of health problem identification, health community mapping, community diagnosis, priority setting and problem solving plan in each community. The period of implementation was during August 2013 to March 2014. The samples were 224 people and stakeholders in 11 villages who were selected by purposive sampling. The implementations of this study was comprised of 4 steps: (1) planning, (2) action, (3) observation and (4) reflections. It was found that participants had knowledge and understanding about community health development under community diagnosis concepts. They were capable of performing the following activities: (1) designing community-health assessment tool; and (2) making community maps consisting of 6 dimensions (formal and informal leader map, physical map, mental map, social map and wisdom map) using collected data within the community. Regarding comminity participation, the samples felt that they were the owners of the problems, and that they should solve all the community problems by themselves. They also understood the concept of health promotion through participatory approach. Altogether 11 projects were created as well as the development of a 3-year health plan which was incorporated into the operational plan of the local sub-district organization.

Key words: **action research, participatory rural appraisal, community health**